

BISTAND PÅ LIKSOM

En studie om rusmiddelmisbrukeres mål for
fremtiden, og hvorfor de ikke når disse

RH335S MASTERAVHANDLING I REHABILITERING
45 STUDIEPOENG

KANDIDAT NUMMER 54
GURO WISTH ØYDGARD

Med takk til mine informanter for at dere gjorde det mulig for meg å skrive denne oppgaven, og til min veileder Hanne Thommesen for kritiske spørsmål og oppmuntrende ord.

Innhold

KAPITTEL 1 - INTRODUKSJON	1
Veien og målene.....	1
Rus, misbruk og avhengighet	3
Begrepsavklaring.....	6
Oppgavens videre oppbygning.....	8
KAPITTEL 2 - METODE.....	9
Valg av kvalitativ metode	9
Utvalg og rekruttering	10
Gjennomføring av intervjuene	11
Analyse.....	12
Ethiske overveielser	14
KAPITTEL 3 - TEORIOPPBYGGING	18
Innledning.....	18
Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere	19
En bruker blir til	25
KAPITTEL 4 - FREMTIDSMÅL.....	30
Et sted å bo	30
Stabil rus.....	36
Forsørgelse	40
Sosial deltakelse	45
På stedet hvil	51
KAPITTEL 5 -	52
OM Å GÅ OG GÅ OG ALDRI KOMME TIL DØRA	52
Substitusjonsbehandling - om å ikke kvalifisere.....	52
Rusbehandlingsinstitusjon - om å melke systemet.....	57
Lavterskeltilbud - et skritt i riktig retning eller endeholdeplass?.....	59
Fastlegen - den siste skanse.....	62
Ansvarsgruppe og kontaktperson - koordinering og samhandling på liksom	65
Oppsummering - om å gå i ring	68
KAPITTEL 6 - DEN NYE VEIEN	70
Et åpenbart behov for skadereduserende tiltak?.....	70
Rehabilitering på alvor	71
LITTERATUR	74
<i>Vedlegg 1 - Forespørsel om deltakelse i intervju og samtykkeerklæring.....</i>	<i>81</i>
<i>Vedlegg 2 - Tilbakemelding på meldeskjema fra NSD.....</i>	<i>83</i>
<i>Vedlegg 3 - Svarbrev fra Forskningsetisk komite (NESH).....</i>	<i>85</i>

KAPITTEL 1 - INTRODUKSJON

VEIEN OG MÅLENE

Denne oppgaven handler om fremtidsmål og om veien dit. Den handler om hvilke mål rusmiddelmissbrukere har for fremtiden, og om hvilken hjelp de ønsker fra bistandsapparatet for å nå sine mål. Grunnen til at jeg ønsket å skrive om akkurat dette bunner dypest sett i en undring over hvorfor dette er en gruppe mennesker som det tilsynelatende er veldig vanskelig å gi hjelp til. I alle større byer kan man se rusmiddelmissbrukere som lever på gata, tigger og som driver gatelangs. Min undring bunner nok også i en frustrasjon over hvor uverdigg jeg syns dette er. Er det mulig at noen ønsker å leve livet sitt på denne måten, og hvordan kan det ha seg at noen mennesker lever så til de grader på randen av samfunnet i et av verdens rikeste land?

Når det snakkes om hjelp til rusmisbrukere snakkes det ofte om behandlingsplasser. Lettere tilgang på avrusning i behandling, har vært et satsingsområde gjennom rusreformen og opptrappingsplanen for rusfeltet. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er blitt lagt inn under spesialisthelsetjenesten, og rusmiddelmissbrukere fikk fra 2004 pasientrettigheter på lik linje med andre. Det høres ut som rusen er roten til alt ondt, og at personen vil komme ut av rusbehandling med et nytt og bedre liv. Men hva betyr egentlig rusmiddelmissbruket i et menneskes liv? Ingen kan vel defineres bare ut fra en ting, og hva kan vi oppdage hvis vi ser noe mer enn bare rusen?

Min undring som danner bakgrunnen for valg av tema for denne oppgaven kan på bakgrunn av det ovenstående sies å være todelt. Jeg undres over hvordan rusmiddelmissbrukere ønsker at livet deres skal være, og jeg undres over det store fokuset omverdenen har på rusen som roten til alt ondt i disse menneskenes liv. Med bakgrunn i min undring hadde jeg derfor tre spørsmål jeg ønsket å stille til mennesker med omfattende rusmiddelmissbruk:

- 1. Hvordan er livet ditt i dag?*
- 2. Hvilke mål har du for fremtiden?*
- 3. Hvilken bistand ønsker du fra bistandsapparatet for å nå dine mål?*

Jeg har brukt formuleringen *hvilken bistand* med hensikt. *Hvilken* henspeler nemlig her på to ting: Jeg ønsket med dette spørsmålet svar på *hva* de ønsker, altså hvilke mål den enkelte har for fremtiden som de ønsker bistand til. Samtidig ville jeg også å vite *hvordan* de ønsker at bistanden skal ytes. Jeg ville vite hva de mener skal til for å nå sine mål, og jeg ønsket å vite hvilke virkemidler de mener er de beste for de.

Jeg har ikke spurt informantene om hva deres mål er med utgangspunkt i et mål om rusfrihet. Jeg har spurt hva de ønsker, *uavhengig* av rusmisbruk. Ut fra tanken om rusmisbruket som et onde, kunne man jo tenke seg at de skulle svare at de ønsker hjelp til rusfrihet. Ingen av de jeg snakket med ønsket hjelp til dette. Derimot hadde informantene flere andre mål de ønsket å nå. Mål om et helt vanlig hverdagsliv. Mål om en normalisert hverdag. Som jeg vil vise videre i oppgaven, fremstår disse målene i mange tilfeller som nærmest uopnåelige. Dette ble for meg både vanskelig å forstå. Ikke minst ble jeg nysgjerrig på hvorfor det er slik. Med utgangspunkt i de tre spørsmålene over, er mine to problemstillinger for denne oppgaven følgende:

Hvilke mål har mennesker med omfattende rusmiddelmissbruk for fremtiden,

og

Hvorfor når de ikke disse målene?

I denne oppgaven anvender jeg et brukerperspektiv. Å ha et brukerperspektiv vil ifølge Røkenes (2006:33) si å forsøke å forstå "(...) hvordan den andre opplever sin verden." Å forsøke å forstå brukerens perspektiv må imidlertid ikke forveksles med en oppfatning av å vite hvordan brukeren opplever sin verden. Normann m.fl. (2008:103) understreker dette ved å benytte formuleringen *brukers perspektiv*. Brukers perspektiv er "(...) virkeligheten sett gjennom brukerens - og ingen annens - øyne." Formuleringen sier noe om at man som profesjonell bør tilstrebe å legge brukerperspektivet til grunn, men at man samtidig også må være bevisst på at det bare er brukeren, og ingen andre, som kan inneha vedkommedes personlige perspektiv fullt ut. Som fagperson har man også sitt fagperspektiv å ivareta (ibid).

Samtidig som jeg søker å legge til grunn et brukerperspektiv i denne oppgaven, er mitt perspektiv også det samfunnsvitenskapelige studiet av samfunnet og menneskene i det. Studier av mennesker og samfunn er sosiologiens perspektiv. Man leter etter mønstre, regelmessigheter og sammenhenger i mangfoldet av individuelle levde liv. Med andre ord

dreier det seg om å lete etter det generelle i det spesielle (Schiefløe, 2011). Forskning kan således bidra til avklaringer og dokumentasjon i forhold til å forklare både hva som skjer og hvorfor (Skog, 2006). Med denne oppgaven ønsker jeg å få vite hvilke mål rusmiddelmissbrukere har for fremtiden, og jeg ønsker å forstå hva som skjer når det er slik at rusmiddelmissbrukere ikke når målene sine. Jeg ønsker å forstå hvorfor det er slik, og jeg ønsker å forklare hvorfor. Jeg ønsker med andre ord å avdekke hvilke mønstre, regelmessigheter og sammenhenger som ligger til grunn. Min motivasjon for å skrive denne masteroppgaven kan således sies å knytte seg nettopp til det å avdekke: Ved å avdekke muliggjør man nemlig for andre måter å se og forstå på.

RUS, MISBRUK OG AVHENGIGHET

Rusmidler har vært i bruk rundt om i verden i flere tusen år. Midlene ble da, som nå, brukt i den hensikt å tre ut av dagliglivets rutiner, og inn i en annen bevissthetstilstand. Selve rusopplevelsen kan defineres som "(...) en tilstand kjennetegnet ved at konsentrasjonsevnen er svekket i større eller mindre grad, av endret stemningsleie, samt av en viss kritikkkløshet." (Skog, 2006:158). Bruk av rusmidler er altså et fenomen som i mange sammenhenger regnes som helt normalt. Det er når vi begynner å snakke om misbruk at det blir gjenstand for debatt. Begrepet misbruk er imidlertid et vanskelig begrep å definere. Hva som skiller bruk fra misbruk, er ikke objektivt gitt, og synet på dette varierer mellom både personer, samfunn og kulturer. I alle tilfeller er imidlertid begrepet misbruk negativt ladet. Det handler om noe som gjøres feil, om en skadelig og negativ bruk av rusmidler (ibid).

Rusmiddelmissbruk i Norge - antall og omfang

I juridisk forstand er all bruk av illegale narkotiske stoffer misbruk. Det er imidlertid når rusbruken opptrer sammen med sosiale problemer at det oppleves som misbruk og som et samfunnsproblem (Ulfrstad, 2011). Rusmiddelmissbruk har vært sett på som et samfunnsproblem i Norge siden 1960-årene. Sett i forhold til andre europeiske land er bruken av ecstasy, kokain, heroin og cannabis noe lavere i Norge. Bruk av amfetamin er imidlertid mer utbredt i Norge sammenlignet med mange andre land i Europa (Bretteville-Jensen og Hordvin, 2011). Til tross for at bruken av mange narkotiske stoffer totalt sett er mer utbredt i andre europeiske land, ser det ut til at det i Norge er et relativt høyt antall såkalt tunge misbrukere. I 2007 toppet eksempelvis Norge listen over narkotikarelaterte dødsfall. Dette knyttes blant annet til at det i Norge er en utbredt sprøytetekultur, noe som medfører at det i

Norge finnes en høy andel sprøytemisbrukere (ibid). Dette er bekymringsverdig da de mest omfattende negative konsekvensene og skadene i forhold til narkotika knyttes nettopp til injisering av heroin og andre opiater (Amundsen og Storvoll, 2011).

I tillegg til de kjente stoffene som det i en årrekke er registrert utbredelse av, kommer stadig nye stoffer inn på markedet. Disse stoffene utgjør en utfordring da de er i bruk og forårsaker skader allerede før myndighetene rekker å registrere at de finnes. Et særlig aktuelt eksempel på dette i Norge er det syntetiske stoffet PMMA som kom inn på det Norske markedet i 2010, og som allerede knyttes til en rekke overdosedødsfall (Bretteville-Jensen og Hordvin, 2011).

Antallet tunge misbrukere er vanskelig å tallfeste. Dette har nok også noe sammenheng med at det eksisterer ulike definisjoner av hva som er misbruk eller problematisk bruk av narkotika. EMCDDA definerer ifølge Amundsen (2011:31) misbruk som: 'Injecting use of drugs or prolonged/regular use of opiates, cocaine and/or amphetamines'. Bruk av cannabis som hasj og marihuana, er altså ikke inkludert i definisjonen (ibid). I Norge har vi først og fremst tall som viser anslag over hvor mange som *injiserer* rusmidlene. Ifølge Amundsen (2011) i publikasjonen *The drug situation in Norway 2011*, anslås det at det finnes mellom 8 og 12 000 personer som regelmessig injiserer illegale stoffer i Norge. Hovedtyngden av sprøytemisbrukerne benytter heroin, men et lite antall injiserer også amfetamin som sitt hovedrusmiddel. Foruten dette anslaget finnes det ingen data som viser det totale antall rusmiddelmisbrukere som finnes i Norge (ibid).

Fra 2009 er pasienter som er under behandling i spesialisthelsetjenesten blitt registrert i Norsk pasientregister. Denne registreringen vil fremover kunne gi grunnlag for rapportering, utvikling og forskning på behandling av rusmiddelmisbruk. Nå er det imidlertid langt fra alle rusmiddelmisbrukere som mottar behandling for sitt rusmiddelmisbruk, og Norsk pasientregister gir ingen data om det som foregår på kommunalt nivå. Dette er en utfordring da svært mange av de tiltak som gjøres overfor rusmiddelmisbrukere foregår nettopp på dette nivået (Lauritzen, 2011). Det er ifølge Lauritzen (ibid) derfor et stort behov for å etablere en mulighet for å kunne registrere og følge de intervensjoner som gjøres på kommunalt nivå. Samhandlingsreformen som trådte i kraft fra 2012 aktualiserer dette behovet ytterligere, da det gjennom denne er lagt opp til at svært mye av oppfølgingen av rusmiddelmisbrukere skal ivaretas på kommunalt nivå (ibid).

Rusmiddelmissbrukere - de uverdige trengende?

Begrepet misbruk settes gjerne i sammenheng med begrepet avhengighet. Misbruk og avhengighet brukes også noe om hverandre, alt ettersom hva som betraktes som mest riktig eller passende. Vekslingen mellom bruk av disse to begrepene har sannsynligvis sammenheng med hvilken forklaringsmodell for den skadelige rusbruken som legges til grunn. Mens misbruk fortrinnsvis har vært knyttet til en sosial forklaringsmodell, har avhengighet vært knyttet til en medisinsk sykdomsmodell (Skretting, 2011b). I Norge har synet på misbruk og avhengighet gått i bølgedaler de siste 40 årene. Forklaringsmodellene, og behandlingstilbudene, har vekslet mellom å ha sin hovedvekt i det sosialfaglige og det medisinske feltet. Skretting (2011a) beskriver hvordan synet på skadelig rusbruk har gått fra en medisinsk forklaringsmodell til en sosialfaglig, og tilbake til en medisinsk (ibid). Den sosiale forklaringsmodellen la vekt på de bakenforliggende faktorene for misbruket, og så rusmiddelmissbruket som et tegn på mistriivsel. Behandlingen var derfor konsentrert rundt de sosiale tilpasningsproblemer som det ble antatt at lå til grunn for utviklingen av et misbruk. Skepsisen til bruk av medikamenter i behandling av rusmiddelmissbruk henger i denne sammenheng sammen med frykten for å bidra til å opprettholde et misbruk, istedet for å få bukt med årsakene til misbruket (Skretting, 2010). Den siste dreiningen tilbake til en medisinsk modell kom med Rusreformen i 2004, der behandling av rusmisbruk ble lagt til spesialisthelsetjenesten og rusmiddelmissbrukere fikk allminnelige pasientrettigheter etter pasient og brukerrettighetsloven (Skretting 2011a).

Misbruk av rusmidler har tradisjonelt ikke vært sett på som en verdig grunn til å trenge hjelp. Dette har imidlertid også gått noe i bølgedaler, noe som kan settes i sammenheng med vekslingen mellom den sosiale og den medisinske forklaringsmodellen som er beskrevet over (Skretting, 2011b). Opp gjennom historien har det alltid vært forskjell på de verdige og de uverdige trengende. Det har alltid vært, og er fortsatt, en fordel om den som trenger hjelp, trenger dette av verdige grunner (Kirkebæk, 2002). Skillet mellom de verdige og de uverdige handler om grunnlaget for hjelpebehovet. De uverdige kan skylde seg selv, mens de verdige trengende er de som ikke kan noe for at de er blitt hjelpetrengende (Egelund, 2003). Ifølge Skretting (2011b) har den siste dreiningen i retning av et medisinsk perspektiv trolig sammenheng med et forsøk på å gi rusmiddelmissbrukere økt verdighet.

Skretting (2011b) hevder i publikasjonen *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet – Grunnlagsmatrise til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*, at betegnelsen

rusmiddelavhengige blitt nesten enerådende i offentlige publikasjoner. Til tross for dette benyttes imidlertid betegnelsen rusmiddelmisbrukere gjennom hele publikasjonen.

Stoltenbergutvalget (2010) legger i sin rapport om rusmiddelmisbrukere i Norge, tydelig til grunn at de ser de som bruker rusmidler som avhengige mennesker som vanskelig kan endre sin situasjon. De hevder det handler å få bukt med giftens tyranni, og å bidra til verdige liv for "mennesker som neppe vil makte å komme ut av giftens grep over dem" (ibid:5). Samtidig er rusfeltet et felt med høy grad av kontrolltiltak. Det er kanskje et paradoks at rusmiddelmisbruk ses som et helseproblem, men at det samtidig anvendes en høy grad av kontrolltiltak (Skretting, 2011b). Er det da bare et helseproblem på papiret eller kan det også handle om et syn på rusmiddelmisbrukere som såkalt viljeløse klienter?

Skillet mellom brukere som vil og ikke vil, har sammen med skillet mellom verdige og uverdige trengende, alltid vært et sentralt element i vurderingen av brukere. De som vil, er de som ønsker å samarbeide med hjelpeapparatet, mens de som ikke vil, er de som ikke vil følge de føringer og opplegg som hjelpeapparatet opererer med. Dette har betydning for den moralske statusen brukeren tildeles. Den såkalt viljeløse bruker har således et dårlig utgangspunkt i møte med tjenesteytere innenfor helse- og omsorg (Järvinen og Mik-Meyer, 2003b). Kanskje handler det imidlertid ikke om verdige og uverdige problemer, men om livet nå?

Villadsen (2004) hevder at det i det danske bistandssystemet er tendenser til å se at når nøden inntreffer, så handler det ikke lenger om vilje, men om evne til å tåle belastning. Således er kanskje ikke den viljeløse klient et fruktbart begrep å anvende om brukere når man ser mennesket her og nå, og ikke fokuserer på hva som er grunnen til at de er havnet i et uføre. Kanskje er det også en slik tanke som ligger til grunn når Stoltenbergutvalget (2010) kaller rusmisbrukere for avhengige og fanget i narkotikaens klør. Anvendelsen av begrepet avhengighet har blitt kritisert for å bidra til å frata misbrukere ansvaret for eget liv (Skretting, 2011b). Dette kan selvfølgelig være en konsekvens av anvendelse av begrepet. Samtidig kan det også tenkes at en like fruktbar måte å se den skiftende bruken av begrepene avhengighet og misbruk, er som et uttrykk for at det ikke handler om å anerkjenne rusmisbruket i seg selv, men det handler om å se mennesker som trenger hjelp til å mestre livet sitt. Livet nå. Kan bruken av avhengighetsbegrepet i forhold til tunge misbrukere således også være et uttrykk for en erkjennelse av at det er grenser for hvor mye belastning et menneske kan tåle?

BEGREPSAVKLARING

Rusmiddelmisbrukere

Om betegnelsen misbruk eller avhengighet er benyttet, har en slik skadelig bruk av rusmidler blitt regnet som noe som trenger behandling, som noe som bør endres. I begrepet misbruk ligger det ganske eksplisitt at det handler om noe som brukes på en feil måte. Avhengighet er heller ikke et entydig begrep, og kan både forstås som et enten-eller fenomen eller som et gradsfenomen (Skog, 2006). I denne oppgaven vil jeg benytte betegnelsen rusmiddelmisbruker. Nå er ikke rusmiddelmisbruket, eller avhengigheten, det informantene til denne oppgaven først og fremst ønsker hjelp til å behandle. Misbruket er imidlertid det som setter dem i en bestemt gruppe av brukere innenfor velferdssystemet. Det faktum at de er rusmiddelmisbrukere gjør at dette blir deres masterstatus. En slik status gir seg uttrykk i at "(...) en bestemt status og et identifikasjonstegn ved en person overskygger personens andre stater" (Thommesen, 2012:48).

Brukere og tjenesteytere

Det er ulike meninger om hvilket begrep som er mest passende å benytte i forhold til de personer som mottar velferdstjenester. Klient, tjenestemottaker, hjelpetrengende og bruker er noen av de begrepene som kan benyttes. Disse begrepene kan alle, i en eller annen form, kritiseres for å ikke favne det man ønsker å si med bruk av begrepet. Det er derfor viktig at man presiserer det virksomhetsområdet man skal forholde seg til (Olsen, 2010). I denne oppgaven har jeg valgt å benytte begrepet *bruker* som en benevnelse på de personer som benytter seg av en eller annen form for helse-, sosial- og omsorgstjenester fra kommune, spesialisthelsetjeneste, NAV eller frivillige organisasjoner.

Som en fellesbetegnelse på de institusjoner som yter en eller annen form for helse-, sosial- og omsorgstjenester i kommune, spesialisthelsetjeneste, NAV eller frivillige organisasjoner benytter jeg i denne oppgaven betegnelsene *bistandsapparat* og *hjelpeapparat*. Når jeg velger å bruke begge begrepene er dette av hensyn til variasjon i språket. Etter min oppfatning favner disse to betegnelsene det samme. I oppgaven benytter jeg også begrepet *tjenesteytere*. Dette begrepet betegner de ulike institusjoner og personer som utøver tjenester som en del av bistandsapparatet eller hjelpeapparatet.

OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING

I det neste kapitlet i oppgaven gjør jeg rede for de metodiske overveielser og avgjørelser oppgaven er bygget på. I dette kapitlet gjør jeg også rede for analyseprosessen, og jeg presenterer der en teorimodell jeg utviklet gjennom analysen. Deretter vil jeg i kapittel 3, med utgangspunkt min teorimodell, presentere et teoretisk grunnlag for å svare på oppgavens to problemstillinger. I oppgavens kapittel 4 og 5 presenteres og drøftes empiri og analyse. I kapittel 4 tar jeg for meg de mål informantene har for fremtiden. I kapittel 5 viser jeg hvorfor de ikke når disse målene. Kapittel 6 er oppgavens avsluttende kapittel, og jeg vil der avslutte oppgaven med å presentere den vei informantene mente at de, med bistand fra hjelpeapparatet, kan følge for å nå sine mål.

KAPITTEL 2 - METODE

VALG AV KVALITATIV METODE

Jeg ønsket med min masteroppgave å finne ut hvilke mål rusmiddelmissbrukere har for fremtiden, samt hvilken bistand de ønsker for å nå disse målene. For å få svar på dette valgte jeg kvalitativ metode. Kvalitative metoder egner seg til å studere fenomener som ikke er tilgjengelige på andre måter. Mens kvantitative metoder kan fortelle oss mye om hvilke, og i hvilken grad, faktorer påvirker hverandre, kan de kvalitative metodene hjelpe oss å *forstå* fenomener. Kvalitativ metode er med andre ord godt egnet til å forstå *hvordan* (Silverman, 2006). I min oppgave kan fenomenet jeg ønsket å forstå, således sies å være *veien mot målet*. Jeg ønsket ikke bare å vite hvilke resultater rusmisbrukerne ønsker å få ut av bistanden, jeg ville vite *hvordan* de ønsker at bistanden skal være. Ved hjelp av tre spørsmål om livet i dag, mål for fremtiden, og hvilken bistand de ønsket, ønsket jeg å finne svar på dette. Mine tre spørsmål kan oppsummeres i følgende figur som viser hvordan jeg ønsket at informantene skulle beskrive nåtid og fremtidsmål, og hvilken innsats, eller bistand, de mener at kan lede til den fremtiden de ønsker.



Figur 1

For å få besvart mine spørsmål valgte jeg å bruke intervju. Det kvalitative forskningsintervjuet egner seg ifølge Dalen (2004) godt til å fremskaffe beskrivelser og informasjon om hvordan informanten opplever eller erfarer et fenomen. Med intervjuet ønsker man gjerne å få en dypere innsikt i, og en forståelse av, hvordan de man snakker med forholder seg til sin livssituasjon. Livsverden er et mye brukt begrep på dette, og omfatter "(...) personens opplevelse av sin hverdag og hvordan vedkommende forholder seg til denne" (Dalen 2004:17). Jeg ønsket med mine intervjuer å få en dypere forståelse av hvilke mål informantene har for fremtiden, og hvilken hjelp de ønsker. Jeg ønsket med andre ord å vite hvordan de ønsket at deres livssituasjon skal være, hvordan den er nå, og hvordan de ser for seg at de kan oppnå de målene de har for fremtiden.

Gjennom intervjuene med de syv informantene så jeg likheter i deres fortellinger som vekket en ny undring hos meg. I tillegg til at jeg fikk innblikk i målene de hadde for fremtiden, så jeg også noen fellestrekk ved deres fortellinger da jeg spurte dem om hvilken bistand de ønsket på veien mot målene. Jeg så at de hadde som fellestrekk at ingen av dem nådde målene sine, men jeg så også et felles mønster i deres fortellinger om forsøkene på å nå disse målene. Dette ledet meg frem til min analytiske undring og mine to problemstillinger for oppgaven:

Hvilke mål har mennesker med omfattende rusmiddelmisbruk for fremtiden,

og

Hvorfor når de ikke disse målene?

UTVALG OG REKRUTTERING

For å få besvart mine spørsmål ønsket jeg å snakke med mennesker som hadde misbrukt illegale rusmidler over lang tid, og som fortsatt var aktive misbrukere. For å unngå problemer med samtykke i forhold til myndighetsalder satte jeg som et kriterium at de måtte være over 18 år.

Den neste utfordringen var å få tilgang til informanter. Jeg kontaktet et natthjem i en av Norges større byer. Jeg fikk tillatelse av leder ved et natthjem til å komme og være tilstede på natthjemmet og spørre de som kom dit om de kunne tenke seg å delta i prosjektet. Å rekruttere informanter slik 'på stedet' kan ifølge Johannessen m.fl (2005) betegnes som on-location rekruttering. Jeg var veldig spent da jeg møtte opp på natthjemmet den første kvelden. Ville noen i det hele tatt snakke med meg? Jeg hadde lest om forskere som beskrev vanskeligheter med å rekruttere informanter, som Øfeldt (2009), som hevder at det er en kjennsgjerning at rekruttering av informanter i rusmiljøet er vanskelig (ibid). Dette var det jeg hadde basert hele min masteroppgave på. Hva hvis det ikke klaffet, og ingen ville la seg intervju.

Natthjemmet åpnet dørene kl 20.00 hver kveld. Da kunne de som ønsket en seng å sove i komme inn og få tildelt en seng. Natthjemmet hadde imidlertid et begrenset antall plasser, og var antallet som ønsket et sted sove flere enn antall senger, ble sengene tildelt etter loddtrekning blant de oppmøtte. Sengene var fordelt på tomannsrom, og det var knyttet visse betingelser til overnattingen. Det var blant annet ikke tillatt å gå ut igjen etter et visst

tidspunkt, da kunne du risikere at plassen ble tildelt noen andre. Det var videre ikke tillatt å ha besøk, og personalet ved natthjemmet gikk hver kveld runde der de sjekket alle rom og om beboerne overholdt reglene. Ved brudd på reglene eller ved uakseptabel atferd kunne brukerne utvises fra mulighet til overnatting for en periode. Klokken halv ti neste morgen måtte alle være ute igjen av natthjemmet.

Da jeg ankom natthjemmet ble jeg møtt av personalet som arbeidet der. Jeg ble advart mot at det kunne være vanskelig å komme i posisjon til brukerne av natthjemmet. Jeg satte meg likevel ned på spisesalen tilknyttet natthjemmet og ventet. Etter hvert kom det noen inn som ville vente på fordelingen av soveplassene for natten. De så på meg, noen hilste, andre ikke. Noen spurte noen forsiktige spørsmål. Det viste seg etter hvert at min bekymring var ganske ubegrunnet. Etter at jeg hadde tilbrakt noen timer på natthjemmet og presentert prosjektet mitt, stilte en etter en opp som informanter. Noen takket også nei, men samtlige jeg møtte i løpet av de tre dagene jeg oppholdt meg på natthjemmet møtte meg med interesse og åpenhet.

Min erfaring med rekruttering av informanter fra rusmiljøet i dette prosjektet ble udelt positivt. Dette tror jeg imidlertid har sammenheng med at jeg nettopp benyttet denne type on-location rekruttering. Livet som rusmisbruker, er ikke en ni til fire jobb. Det er en 24/7 jobb, med et evig jag for å få tak i neste dose. Heroin og amfetamin selges som kjent ikke i butikken, og er en vare som fortrinnsvis kan kjøpes når det måtte passe for selger, ikke for kjøper. Markedet for rusmidler er således kanskje mer selgers marked enn kjøpers. Det er også selger som bestemmer prisen på varen, og jaget etter neste dose, består for en stor del av arbeidet med å få dekket de utgiftene de har til rusmidler. Dette medførte følgelig at informantene ikke alltid hadde tid til å stille opp til intervju med en gang, eller heller ikke samme dag. Jeg tilbrakte derfor mange ganger så lang tid på natthjemmet med å rekruttere informanter som på å gjennomføre selve intervjuene.

GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE

Intervjuene ble gjennomført i tilknytning til natthjemmets lokaler. Jeg fikk, av personale ved natthjemmet, tilgang til et samtalerom der intervjuene kunne gjennomføres uforstyrret. Ved det ene intervjuet fikk nettopp dette rommet en avgjørende betydning for starten på intervjuet. Informanten ga tydelig uttrykk for sin misnøye med at det var etablert samtalerom der det kunne vært plass til en ekstra seng å sove i. Det hadde skjedd flere ganger at noen ble

værende uten plass etter at alle sengene var delt ut for natten, fortalte han. Samtidig ledet nettopp dette den samme informanten inn på de tanker han hadde både om hvilke mål han hadde for fremtiden, hvilken bistand han ønsket, og hvilken form han mente den bør ha.

Jeg gjennomførte intervjuene ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide som jeg presenterte for informantene i begynnelsen av intervjuet. Med en semistrukturert intervjuguide styrer forskeren intervjuet med noen få overordnede temaer som viser til essensen i prosjektet, men som allikevel lar informanten relativt fritt dele sine erfaringer (Silverman, 2006). Min intervjuguide var delt i de tre temaene; Livet nå, Mål for fremtiden og Veien dit. Jeg fortalte informantene at jeg var særlig opptatt av hvordan hjelpeapparatet kunne bistå dem i å nå sine mål. Jeg valgte å ikke benytte båndopptager for å unngå å lagre identifiserbare personopplysninger. Underveis i intervjuet tok jeg derfor notater, før jeg skrev ut hele intervjuet relativt umiddelbart etterpå.

Jeg intervjuet til sammen syv personer i alderen 20 til 60 år som alle er aktive misbrukere av illegale rusmidler, og som har vært det over lang tid. Da jeg startet intervjuene mine hadde jeg ikke satt et maksimum eller minimum antall informanter. Jeg valgte derfor å vurdere dette fortløpende etter hvor mye datamateriale jeg fikk samlet inn. Johannessen m.fl (2005) sier at mange forskere jobber etter en grenseverdi der man samler informasjon helt til man ikke får ny informasjon. Når forskere ikke lenger får ny informasjon, er denne grensen nådd, og man har nok data (ibid). For min del vil jeg si jeg nådde jeg denne grensen etter syv intervjuer. Selv om jeg gjerne kunne hørt på flere informanters erfaringer, måtte jeg også ta hensyn til datamengde i forhold til oppgavens omfang.

ANALYSE

Etter å ha gjennomført alle intervjuene satt jeg med en mengde data i form av notater. Ved en systematisk gjennomgang av datamaterialet kodet jeg alle data ved å plassere dem i kategorier. Ifølge Dalen (2004) handler koding om å bryte ned datamaterialet, kategorisere og sette sammen på nytt, for å kunne forstå innholdet på en ny måte (ibid). Ved å gjennomgå datamaterialet så jeg at jeg kunne dele informantenes uttalelser inn etter de mål de hadde for fremtiden. Datamaterialet ble derfor delt i målkategoriene stabil rus, et sted å bo, forsørgelse og sosial deltakelse. Siden jeg spurte informantene både hva de ønsket for fremtiden, men

også *hvordan* de ønsket hjelp, så jeg også en kategori som sa noe om hvordan informantene så for seg veien mot målet; langvarig og koordinert bistand.

For hver målkategori så jeg at jeg hadde fått data som sa noe om livet nå og de erfaringer informantene hadde gjort seg hittil, og om hva de ønsket seg for fremtiden. Jeg delte derfor alle målkategoriene inn i de to underkategoriene i dag/erfaringer og fremtid/veien dit. En koding som denne, der man koder datamaterialet langs en tidsakse, kalles ifølge Dahlen (2004) aksial koding. Denne type koding egner seg godt til å belyse hendelser eller handlingssekvenser (ibid). For hver kategori fikk jeg, ved å bruke denne type akse, en systematisk oversikt. Tidligere i dette kapittelet viste jeg hvordan mine forskningsspørsmål kunne oppsummeres i figur 1. Figur 2 illustrerer hvordan jeg for hver målkategori fikk en forståelse av de erfaringer og mål informantene fortalte om:



Figur 2

Ut fra det kodede datamaterialet så jeg at informantene fortalte om en runddans mellom ulike instanser i bistandsapparatet. Ut fra analysen utviklet jeg derfor en teorimodell (figur 3). I sitt forsøk på å nå målsonen går de fra den ene til den andre instansen, men ingen av dem klarer å komme frem til målene de har for fremtiden. Den ytre sirkelen er, som figur 3 viser, adskilt fra den indre sirkelen. Informantene hadde alle vært innom, eller forsøkt å benytte seg av, mange av de samme instansene. De instansene som gikk igjen sorterte jeg i tiltakskategoriene substitusjonsbehandling (herunder LAR og LAS), rusbehandlingsinstitusjon, fastlege, ansvarsgruppe og kontaktperson og lavterskeltilbud. Med lavterskeltilbud mener jeg også her natthjemmet der jeg rekrutterte informantene til prosjektet. Følgende teorimodell, som jeg kom frem til gjennom min analyse, illustrerer hvordan informantene sirkler rundt i ring uten å komme nærmere målet.



Figur 3

De fire målkategoriene i den indre sirkelen plasserer seg i målsonen: Et sted å bo, Stabil rus, Forsørgelse og Sosial deltakelse. Disse kategoriene var altså informantenes mål for fremtiden. De ulike hjelpeinstansene i den ytre sirkelen er de instanser informantene fortalte at de benyttet i et forsøk på å komme inn i den indre sirkelen, altså til målene. Tiltakskategoriene substitusjonsbehandling, fastlege, ansvarsgruppe og kontaktperson, rusbehandlingsinstitusjon og lavterskeltilbud var altså ikke for informantene noe mål i seg selv, men et forsøk på å komme nærmere den indre sirkelen av mål. Teorimodellen viser imidlertid at de to sirklene er adskilt. Det finnes ingen forbindelse mellom sirklene. Veikategorien om langvarig og koordinert bistand beskrives av informantene som nøkkelen til å komme fra den ytre til den indre sirkelen. Denne nøkkelen er det imidlertid, ifølge informantene, hjelpeapparatet som har på sitt nøkkelknippe.

ETISKE OVERVEIELSER

Når forskning berører mennesker direkte, som gjennom innsamling av data gjennom intervju, oppstår det etiske problemstillinger. De forskningsetiske retningslinjene utformet av Norsk forskningsetisk komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) peker særlig på tre typer

hensyn som forskeren er pliktig å ivareta; Retten til selvbestemmelse og autonomi, respekten for privatlivets fred og vurdering av risiko for skade (Johannessen m.fl, 2005). Videre i dette kapittelet vil jeg vise hvordan jeg har ivaretatt disse forskningsetiske forpliktelsene i mitt prosjekt. Vurdering av risiko for skade, ble særlig aktualisert i dette prosjektet, da det innebærer forskning på en såkalt *sårbar gruppe*.

Da jeg bestemte meg for hva jeg ville skrive min masteroppgave om, var jeg oppmerksom på at mennesker som misbruker rusmidler anses for å være en spesielt utsatt og sårbar gruppe. Samtidig er dette en gruppe som bistandssystemet skal yte tjenester til, og som jeg av erfaring vet at det er knyttet mye usikkerhet og også frustrasjoner til, hvordan best kan hjelpes. Fra politisk hold er brukererfaringer og brukerfokus de siste årene blitt stadig mer vektlagt. Det er en utfordring for forskningen å følge opp dette, når forskningen samtidig skal gjennomføres på en etisk forsvarlig måte og ikke skade noen (Hummelvoll, 2010b). Ifølge Hummelvoll (2010a) er forskningsetiske komiteer generelt reservert i forhold til å godkjenne forskning på sårbare eller utsatte grupper som utføres av mastergradsstudenter (ibid). Samtidig er også viktig, ifølge Dalen (2004) at hensynet man tar, på vegne av en gruppe, ikke blir så store at de hindrer at verdifull kunnskap blir formidlet. Problemer kan på den måten bli fortiet, og forskjøvet fra et politisk plan til et individuelt plan (ibid). Spørsmål omkring forskning på sårbare grupper har ingen enkle svar. Forskningsetikken vektlegger sterkt at de grunnleggende prinsipper om autonomi må ivaretas. Samtidig er forskeren pålagt et spesielt ansvar for å beskytte de som vi antar ikke kan beskytte seg selv ved å vurdere samtykkekompetanse. Hvor grensen går for behov for beskyttelse, er vanskelig og krever grundige etiske overveielser (Hummelvoll, 2010b).

Tilgang til feltet

Alle prosjekter som innebærer innsamling av sensitive opplysninger er underlagt meldeplikt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (Johannessen m.fl, 2005). Ved gjennomføringen av mitt prosjekt var jeg i tvil om de opplysninger jeg ville innhente var sensitive. Jeg valgte derfor, i samarbeid med min veileder, å sende inn meldeskjema til NSD. Selv om personvernombudet kom til den konklusjon at mitt prosjekt ikke var meldepliktig, så de flere etiske aspekter i prosjektet som de mente burde vurderes grundig. De anbefalte at jeg la frem prosjektet for Nasjonal forskningsetisk komitee for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) for en vurdering. NESH tilrødde, etter å ha drøftet prosjektet i komitemøte, gjennomføring av prosjektet, fulgt av en rekke anbefalinger.

Jeg gikk gjennom anbefalingene fra NESH sammen med min veileder. I tråd med deres anbefalinger gjorde jeg de nødvendige modifiseringer og endringer av prosjektet.

Tilbakemelding på meldeskjema fra NSD og svarbrevet fra NESH er vedlagt oppgaven.

Som masterstudent har jeg naturlig nok en begrenset erfaring med forskerrollen. Jeg var nok ikke helt forberedt på at tilgangen til dette feltet skulle bli så kronglete og tidkrevende. Videre var jeg heller ikke forberedt på hvilken skepsis jeg skulle oppleve å møte i forhold til de etiske aspekter ved prosjektet. Ifølge Dalen (2004) er det å søke om tilgang en balansekunst. Det handler om å spille kortene på en klok måte, og det handler om å ta kontakt med de rette personene. Særlig i forhold til forskning på sårbare og utsatte grupper vil man møte på såkalte portvoktere som kontrollerer tilgangen til informantene man ønsker å snakke med (ibid). I forhold til mitt prosjekt ble møte med Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og Nasjonal forskningsetisk komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) lærerike møter i forhold til både balansekunst og atkomstkontroll. Det jeg trodde skulle være i orden i løpet av en måned med behandlingstid etter å ha sendt søknad til NSD, ble i stedet til fire måneder med venting og korrespondanse.

I arbeidet med å få tillatelse til å gjennomføre mitt prosjekt har jeg erfart at de portvoktere som jeg har møtt har bidratt til ytterligere etiske refleksjoner hos meg som forsker på en sårbar gruppe. De refleksjoner jeg har gjort meg, vil jeg si har bidratt til å utvise det Hummelvoll (2010a) kaller moralsk forskningsatferd. Han fremhever at moralsk forskningsatferd ikke bare handler om rasjonelle valg og etiske kunnskaper, men at det også handler også om den aktuelle situasjon og dens krav (ibid). Noen ganger er det vanskelig å sette fingeren på konkrete handlinger eller eksempler på at man handler etisk riktig. For meg vil jeg si at det handler om en økt bevissthet og fokus. Som Silverman (2006) påpeker, er de etiske aspektene i forskning ikke så ulike fra dem som eksisterer i andre møter mellom mennesker. Det handler i bunn og grunn om respekt for andre mennesker og det handler om ikke å gjøre noe som kan skade den andre (ibid).

Samtykke og anonymitet

Et viktig forskningsetisk prinsipp er informert samtykke. De som deltar i et forskningsprosjekt skal fritt bestemme over sin deltakelse (Johannessen m.fl. 2005). I noen tilfeller kan det være tvil om informantene kan avgi et fritt, informert samtykke hvis det gjelder sårbare eller spesielt utsatte grupper, som eksempelvis mennesker med psykiske

lidelser, psykisk utviklingshemming eller ruspåvirkede personer. Forskere har derfor et særlig ansvar for sårbare og utsatte grupper, som man antar at ikke alltid vil kunne beskytte egne interesser overfor forskere (etikkom.no).

Før jeg startet intervjuene til mitt prosjekt fikk informantene utdelt et informasjonsskriv og de skrev under på en samtykkeerklæring. Noen av informantene viste ikke særlig interesse for informasjonsskrivet. Før de skrev under, forsikret jeg meg derfor i tillegg muntlig om at de hadde forstått hva deltakelsen innebar, at samtykke var frivillig, og at det kunne trekkes tilbake når som helst. Ved en anledning opplevde jeg å være i tvil om personen som ønsket å delta i prosjektet var for ruspåvirket til å kunne avgi et fritt, informert samtykke. Jeg valgte da ikke å intervju denne personen.

Alle data i oppgaven er anonymisert. Jeg bruker ikke navn på informantene i oppgaven, da jeg av hensyn til anonymiseringen ikke ønsker å knytte flere utsagn til samme person. For å sikre at informantene ikke kan kjennes igjen på bakgrunn av det bilde som vil dannes av personen ved hjelp av flere erfaringer og utsagn, velger jeg derfor heller å skrive hva en eller flere informanter har sagt i den aktuelle sammenhengen. I alder spenner informantene fra cirka 20 til 60 år. I den grad alder fremkommer i oppgaven har jeg valgt å bruke cirka alder. Informantene var av begge kjønn, men av hensyn til anonymiseringen skiller jeg ikke på informantenes kjønn i oppgaven. Jeg bruker derfor gjennomgående hannkjønnsform om informantene. Foruten at det er opplyst at intervjuene er foretatt på et natthjem i en av landets større byer, nevnes ikke sted eller by der intervjuene er foretatt i oppgaven.

Pålitelighet og troverdighet

I dette kapittelet har jeg gjort rede for ulike sider knyttet til datainnsamlingen til mitt prosjekt. En slik redegjørelse er viktig for at andre skal kunne se hvordan undersøkelsen er gjort, og handler om pålitelighet (Johannessen m.fl. 2005). En annen viktig faktor ved forskning er troverdighet, som handler om ”i hvilken grad forskerens funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten.” (ibid:199). I forhold til denne studiens troverdighet vil jeg si at jeg har stor respekt for informantene og den tillitten de viste meg ved å stille opp til intervju. Jeg vil etter beste evne være tro mot informantene og gjengi deres uttalelser, erfaringer og opplevelser på en måte som reflekterer den virkelighet de ga meg innblikk i ved å la meg få intervju dem.

KAPITTEL 3 - TEORIOPPBYGGING

INNLEDNING

I denne oppgaven spør jeg hvilke mål rusmiddelmissbrukere har for fremtiden, og hvorfor de ikke når disse. I dette kapittelet presenterer jeg et teoretisk grunnlag for å svare på i disse to problemstillingene. I metodekapittelet har jeg vist hvordan jeg gjennom analyse av mitt datamateriale kom frem til en teorimodell som består av en ytre og en indre sirkel. Den indre sirkelen består av de målene informantene fortalte at de har for fremtiden. Den ytre sirkelen beskriver det tjenestetilbudet de beskriver at de har mulighet til å benytte seg av i dag. For informantene er benyttelsen av dette tjenestetilbudet sammenfallende med en søken etter å nå målene sine. Det er imidlertid ingen forbindelse mellom den ytre og den indre sirkelen, og nøkkelen til en vei inne til den indre sirkelen beskrives av informantene som fraværende. Nøkkelen ligger hos bistandsapparatet, men ingen benytter den. Et sentralt poeng er også at det for informantene ikke fremgår klart hvilke mål bistandssystemet egentlig har, ei heller hvordan de vil bistå brukerne i veien mot målet.

Det hevdes, som vist innledningsvis, at det i dag eksisterer en medisinsk forståelse av rusmiddelmissbruk. Som jeg vil vise videre i oppgaven er flere av de tiltak og tjenester som tilbys, imidlertid så preget av det behovet som samfunnet har for kontroll og vern mot illegale rusmidler at det kan stilles spørsmål ved om de samfunnsmessige hensynet til kontroll med illegale rusmidler overskygger den medisinske hjelpen som angivelig skal gis. Flere offentlige utredninger peker også på at tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere ikke er som det burde være. I Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika (2010) slås det fast at tjenestetilbudet er oppsplittet og preget av en uklar ansvarsfordeling. Ifølge Samhandlingsreformen (2008-2009) er utfordringene innenfor rusfeltet store, og rusbehandling er i stor grad preget av såkalte brudd i behandlingsforløpene. Det fremholdes også at forløpene i for stor grad er preget av lineær tenkning i stedet for samhandling (ibid).

Jeg vil videre i dette kapittelet presentere tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere slik det er i dag. Jeg vil deretter gå inn på hvordan hvordan man kan forstå brukerrollen i et samspill med tjenesteytingen.

TJENESTETILBUDET TIL RUSMIDDELMISBRUKERE

Ansvar for tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere er delt mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). I tillegg til ulike tjenester som er spesifisert innenfor ansvarsområdene til de ulike forvaltningsorganene, har de alle etter forvaltningsloven (1970) en generell veiledningsplikt i forhold til de tjenester de selv yter. De senere årene har også forebygging og folkehelsearbeid fått stadig større fokus. Fokus på bekjempelse av, og forebygging av sosiale problemer, skal vektlegges på alle områder og forvaltningsnivåer. Målet er et helhetlig og fokusert arbeid for et samfunn for alle, der faktorer som påvirker helsen, er jevnt fordelt (helse- og omsorgsdepartementet.no). Den siste satsingen på et helhetlig folkehelsearbeid kan sies å ha kommet med den nye folkehelseloven (2012), som understreker og legger til rette for det helhetlige ansvar både kommune, fylkeskommune og stat har for å overvåke og aktivt arbeide for tidlig forebygging og en god folkehelse (ibid).

Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten

Behandling for rusmiddelmissbruk i spesialisthelsetjenesten er samlet under tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Spesialisthelsetjenesteloven (1999) pålegger alle helseforetak å tilby slik behandling. Behandling tilbys både som dag- og døgnbehandling og som poliklinisk tilbud (helsedirektoratet.no(a)). Alle som henvises til TSB har ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) rett til å få vurdert denne innen 30 dager.

Det kanskje mest kjente, og omdiskuterte, behandlingstiltaket som ligger under TSB er Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Substitusjonsbehandling av rusmiddelmissbruk ble først forsøkt i form av ulike mindre prøveprosjekter, og ble gjort til en landsdekkende ordning i 1998. Metadon var til å begynne med det legemiddelet som fortrinnsvis ble brukt, mens det fra 2002 også er tatt i bruk buprenorfin (kjent som legemidlene subutex og subuxone) (Helsedirektoratet, 2010).

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) defineres i LAR-forskriften (2009) som

"(...) tverrfaglig spesialisert behandling for opioidavhengighet der rekvirering av vanedannende legemidler i en bestemt dose (substitusjonsbehandling) inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp."

Substitusjonsbehandling skal iverksettes av spesialisthelsetjenesten, men bør foregå som et samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, fastlege og kommune. Dette springer ut fra grunntaken i LAR, som er at behandlingen har rehabilitering som mål, og at den derfor foregår over lang tid (Helsedirektoratet, 2010).

Substitusjonsbehandling kan også foregå utenfor LAR, i form av et såkalt stabiliseringstiltak. Dette er det åpnet for med tanke på at pasientene skal søke seg videre til LAR, eller som et tilbud i påvente av et behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten. Fastlegen kan da iverksette substitusjonsbehandling, fortrinnsvis med buprenorfin, under forutsetning av at spesialisthelsetjenesten sier seg villig til å bistå i vurdering med tanke på LAR. Buprenorfin skal da fortrinnsvis kombineres med naloxon (Helsedirektoratet, 2010). Naloxon er et virkestoff som hindrer intravenøs bruk. I legemiddelet Subuxone er dette, til forskjell fra subutex, tilsatt, slik at de som får dette, hindres i å injisere legemiddelet (felleskatalogen.no). Når informantene omtalte substitusjonsbehandling utenfor LAR, omtalte de dette som Legemiddelassistert Stabilisering, forkortet til LAS. Videre i oppgaven vil også jeg derfor benytte betegnelsen Legemiddelassistert Stabilisering (LAS).

Kommunale helse- og omsorgstjenester til rusmiddelmissbrukere

Kommunene har et omfattende ansvar for å tilby tjenester til mennesker med rusmiddelmissbruk. Tjenestene skal omfatte de behov brukeren har, og som ikke oppfylles av spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis kan tilbudene omfatte bolig, oppfølging i bolig rådgiving, veiledning, individuell plan og /eller koordinator og sosialpsykososial eller medisinsk rehabilitering (helsedirektoratet.no(b)). Plikten kommunen har til å tilby disse tjenestene fremkommer av Helse- og omsorgstjenesteloven (2012), og tjenestene omfatter alle som har sitt oppholdssted i kommunen (ibid).

Arbeids- og velferdsforvaltningens tjenesteyting

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) er en sentral aktør i forhold til rusmiddelmissbrukere, og da ifølge informantene, særlig i forhold til økonomi. NAV har etter NAV-loven (2006) ansvaret for gjennomføringen av arbeidsmarkeds-, trygde- og pensjonspolitikken. Hovedvekten av tjenester NAV er pålagt å tilby omhandler dermed arbeidsrettede tiltak, og økonomiske stønader som økonomisk sosialhjelp, arbeidsavklaringspenger og trygd. NAV sitt ansvar for å yte tjenester fremgår av NAV-loven (2006) og lov om sosiale tjenester i NAV (2009).

En sentral del av NAV sitt arbeid er kvalifiseringsprogrammet som er arbeidsrettet tilbud til mennesker som lange har vært avhengig av økonomisk sosialhjelp eller står i fare for å bli det. Kvalifiseringsprogrammet skal bidra til at deltakerne får hjelp til opplæring og å komme i arbeid eller annen meningsfull aktivitet (nav.no(a)). I tillegg har NAV et omfattende ansvar for råd og veiledning til de som har behov for det. Målet for rådgivingen er både å løse og forebygge sosiale problemer. Blant annet skal NAV gi råd og veiledning til rusmiddelmisbrukere og deres pårørende (nav.no(b)).

Langvarige, koordinerte helse- og omsorgstjenester - alle og ingens ansvar?

Arbeids- og velferdsforvaltningen gjennomgikk en større omveltning med NAV-reformen som ble vedtatt i 2005. Tre etater ble samlet til en, og det ble inngått partnerskap mellom stat og kommune (arbeidsdepartementet.no). Da de sosiale tjenestene ble delt mellom den daværende sosialtjenesteloven og lov om sosiale tjenester i NAV, ble dette gjort etter forslag framlagt i Ot.prp. nr. 103 (2008-2009):

"Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet stod overfor valget mellom å foreslå en felles helse- og sosiallov som ville omfatte et bredt spekter av kommunens helse-, omsorgs- og sosialtjenester, eller å skille ut tjenester av hovedsakelig økonomisk karakter fra dagens sosialtjenestelov, og legge disse i en ny lov." (Ot.prp. nr. 103 2008-2009:kapittel 2.7).

Formålet med den nye fordelingen var et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Kvalifiseringsprogrammet og økonomiske stønader ble skilt ut med det formål at loven skulle være bedre tilpasset dagens arbeids- og velferdsforvaltning.

"Til tross for at lovforslaget innebærer et skille mellom tjenester av hovedsakelig økonomisk/arbeidsrettet karakter og helse- og omsorgstjenester, ivaretas behovet for samarbeid med helse- og omsorgstjenesten både på kommunalt og statlig nivå." (Ot.prp. nr. 103 2008-2009:kapittel 2.7).

Med Samhandlingsreformen (2008-2009) kom en ny, samlet lov om helse og omsorgstjenester i kommunen. Sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven ble opphevet og erstattet av helse- og omsorgstjenesteloven (2012). Pasient- og

brukerrettighetsloven (2001) ble endret til å omfatte rettigheter i forhold til både spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Brukerbegrepet ble innlemmet i loven, og defineres som

"(...) en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp (...)" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-3).

Retten til tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste fremgår dermed i dag av pasient- og brukerrettighetsloven (2001) som sier at pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste, samt å stå på liste hos en fastlege (ibid). Tjenestene etter NAV-loven og Lov om sosiale tjenester i NAV er imidlertid ikke innlemmet i den nye felles helse- og omsorgstjenesteloven, og omfattes heller ikke av pasient og brukerrettighetsloven. Dette medfører at enkelte tjenester har man rett til både etter helse- og omsorgstjenesteloven (2012) og etter lov om sosiale tjenester i NAV (2009). Dette gjelder eksempelvis hjelp til å skaffe bolig. Etter Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) skal kommunen "(...) medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet (...)". Etter Lov om sosiale tjenester i NAV (2009) skal kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen "(...) medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet." Det åpenbare spørsmålet blir hvem som skal innfri rettigheten til brukeren, når plikten ligger hos flere tjenesteytere.

En klarere ansvarsfordeling var et mål, både for NAV-reformen og samhandlingsreformen. For de brukere som er i behov av tjenester både fra NAV og fra kommune og/eller spesialisthelsetjeneste, kan resultatet imidlertid ha blitt stikk motsatt. Da Lov om sosiale tjenester i NAV ble vedtatt, ble det hevdet at samarbeidet med andre instanser ville bli ivaretatt fordi "Lovforslaget inneholder bestemmelser om samarbeid i enkeltsaker og på systemnivå." (Ot.prp. nr. 103 2008-2009:kapittel 2.7). Samhandlingsreformen (2008-2009:21) fremhevet at "pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok", og presenterte forslag om den felles helse- og omsorgstjenesteloven (2012) for kommunene som et av tiltakene. De sosiale tjenestene i NAV nevnes ikke i forbindelse med den nye, samlede loven. Dette fremstår som noe merkelig, spesielt sett i forhold til at det bare for få år siden ble vurdert en felles lov om helse- og omsorgstjenester i kommune og NAV. Den gang ble det

vurdert at en ytterligere oppsplitting av lovbestemmelsene var det mest hensiktsmessige. Når det i samhandlingsreformen allikevel ble vurdert at en felles lov ville være mest formålstjenelig, er det vel grunn til å undre seg; Ble NAV glemt da den nye loven om helse- og omsorgstjenester ble utformet og vedtatt?

Rehabilitering, Individuell plan og koordinator

Alle med behov for sammensatt, koordinert bistand har rett til rehabilitering (Thommesen, 2010b). Rehabilitering defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering (2012) som

“(…) tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.”

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012) gjelder for alle rehabiliteringstjenester som tilbys etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg gjelder forskriften utarbeidelse av individuell plan og oppnevning av koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.

Alle med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan og å få oppnevnt en koordinator (ibid). Individuell plan ble for første gang tatt i bruk i 2001, og har gradvis blitt utvidet til å gjelde flere grupper av brukere. Den Individuelle planen skal blant annet inneholde en oversikt over mål, ressurser og behov for tjenester. Hver plan skal ha en koordinator (Thommesen, 2010c). Retten til individuell plan er nedfelt i flere ulike lover og forskrifter. Ved behov for langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven (1999) eller helse- og omsorgstjenesteloven (2012) har brukeren rett til individuell plan etter disse lovene. Ved behov for tjenester fra begge instanser, skal planarbeidet koordineres i kommunen (ibid). Individuell plan utarbeides da etter forskrift om habilitering og rehabilitering (2012). Har man behov for koordinerte og langvarige tjenester i NAV, eller er deltaker i kvalifiseringsprogrammet, har man rett til individuell plan etter Lov om sosiale tjenester i NAV (2009) og NAV-loven (2006). Individuell plan utarbeides da etter Forskrift om individuell plan i NAV (2010). Det er kommunen i arbeids og velferdsforvaltningen som har ansvaret for å utarbeide planen i

samarbeid med brukeren (ibid). Også i forhold til individuell plan er derfor spørsmålet om felles lovverk og forskrift påtrengende.

Fra 1. Januar 2012 kom også retten til koordinator for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven (1999) og helse- og omsorgstjenesteloven (2012). Retten til koordinator er uavhengig av om brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for den nødvendige oppfølgingen av brukeren, og sikre samhandling og koordinering. Dersom brukeren ønsker, eller har, individuell plan er det samme koordinator som skal være koordinator for planen og sikre fremdrift i arbeidet med denne. Individuell plan eller koordinator gir altså ikke rett til tjenester, men skal sikre samhandling og koordinering av de tjenester som brukeren har rett til etter andre lover (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012). Det er imidlertid verdt å merke seg at det ikke finnes noen liknende lovbestemmelse om koordinator for de brukerne som mottar tjenester og får utarbeidet individuell plan etter lovgivingen i NAV.

Tiltak knyttet til skadereduksjon

Tiltak som knyttes til skadereduksjon har ifølge Skretting (2011c:60) som mål å være "tiltak der det primære målet er å gjøre skader av rusmiddelmisbruk minst mulig både for misbrukeren selv og for samfunnet, uten at innsatsen har som mål at den enkelte skal redusere/slutte sitt misbruk." Eksempler på slike tiltak er overnattingssteder eller herberger, sprøyterom og lavterskel helsetilbud med tilbud om helsesjekk (ibid). Natthjemmet der jeg gjennomførte intervjuene til denne oppgaven regnes altså i gruppen av skadereduserende tiltak. Natthjem kan defineres som "(...) en samlebetegnelse for midlertidige botilbud der hele eller deler av dagen tilbringes ute." (Johannessen og Dyb, 2011:57). Rundt omkring i Norge finnes mange natthjem liknende der jeg gjennomførte mine intervjuer. I noen kommuner henvises også bostedsløse til pensjonater eller hospitser for overnatting i kortere perioder (ibid).

Det kan stilles spørsmål ved om tiltak som benevnes som skadereduserende egentlig har dette som sitt egentlige formål. Avveiningen mellom behandling og skadereduserende tiltak er et dilemma for myndighetene. Dilemmaet oppstår ikke minst i forhold til hvilken grad av aksept man skal gi til misbruket av illegale stoffer, der det samtidig ligger en klar føring om at målet er at flest mulig skal komme seg ut av avhengigheten (Skretting, 2011c). Det ligger derfor følge Skretting (ibid) også et underliggende mål om at bruk av skadereduserende tiltak vil

kunne føre til at rusmiddelmissbrukeren kommer i kontakt med hjelpeapparatet og dermed øker sjansene for å komme inn i behandling og rehabilitering.

EN BRUKER BLIR TIL

Å innta rollen som bruker

Mine informanter er alle rusmiddelmissbrukere. De definerer seg som dette selv, og de defineres som dette av bistandsapparatet. Gjennom intervjuene fikk jeg et innblikk i deres livssituasjon, erfaringer og mål for fremtiden. Felles for de alle var at de var avhengig av hjelpeapparatet for å nå målene. For å nå sine mål må de derfor inngå i en relasjon med hjelpeapparatet. De må be hjelpeapparatet som hjelp, og de må innta rollen som *bruker*. Rollen som bruker er ikke en objektivt gitt rolle (Skau, 2003). Læringen av denne rollen foregår på en uformell måte, og handler om "(...) å lære gjennom prøving og feiling både hva som forventes av en selv, og hva som kan forventes av ulike hjelpere." (ibid:69).

I alle relasjoner mellom bruker og hjelpeapparat er både hjelp og makt tilstede. I noen tilfeller er maktspektet det mest fremtredende, mens det i andre tilfeller er hjelpeaspektet som er mest synlig. Makt trenger ikke nødvendigvis i denne sammenheng å oppleves som negativt eller krenkende, men er tilstede i kraft av den makt hjelpeapparatet har til å definere og kategorisere brukerne (Skau, 2003). Begrepet klientgjørelse kan være et nyttig begrep å se i sammenheng med maktelementet som ligger i sosialiseringen av brukerrollen. Begrepet brukes ofte i den betydning at det handler om at velferdsinstitusjonene passiviserer brukeren, og gjør han eller henne mer avhengig av hjelpen (Järvinen og Mik-Meyer, 2003a). I forhold til en slik klientgjørelse argumenteres det gjerne med at brukeren må ses mer som et individ, og at samarbeid mellom hjelpeapparat og bruker er nødvendig for brukeren skal kunne nyttiggjøre seg hjelpen. Brukeren skal assisteres av hjelpeapparatet, slik at brukeren kan hjelpe seg selv i størst mulig grad (Skau, 2003). Motivet for hjelpen skal være hjelp til selvhjelp. Det er i dette landskapet at begrepet empowerment har sitt opphav og virke (Villadsen, 2004). Mange analyser har analysert nettopp dette fenomenet. Faren ved dette kan imidlertid være at analysen egentlig sier mest om hvordan disse idealene ikke oppnås. I forhold til rusmisbruk er det også et annet problem som åpenbarer seg i forhold til dette. Hvordan skal hjelpeapparatet kunne anerkjenne et individs handlinger når disse handlingene i

utgangspunktet er handlinger hjelpeapparatet er til for å bekjempe? (Mik-Meyer og Villadsen, 2007).

Den institusjonelle konstruksjon av brukerrollen

Klientgjørelse kan imidlertid også ses på en annen måte, nemlig som en dialektisk prosess. Denne prosessen foregår ikke utelukkende ved at brukeren blir passivisert og objektivert, men i et samspill mellom bruker og velferdsinstitusjonene. Klientgjørelse innebærer i et prosessperspektiv at problemer oversettes til systemspråk og avklares innenfor rammen av velferdsapparatets diagnoser og forståelsesrammer (Järvinen og Mik-Meyer, 2003a). I stedet for å se bruker-hjelper relasjonen i en slags todeling med ulik grad av makt, forstås den i dette perspektivet som en prosess der samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter står sentralt, men der også de aktuelle underliggende forestillinger som ligger innbakt i velferdssystemets måte å se brukeren og omgivelsene på. Disse forestillingene om brukeren kan betegnes som velferdssystemets doxa; altså det tatt for gitt, det som alle vet, og som derfor ikke trenger å sies eller forklares nærmere (ibid).

Ved en slik måte å se velferdssystemet på kan den franske sosiologen Pierre Bourdieus teori om felt være et nyttig perspektiv. Bourdieu ser det moderne samfunnet som bestående av ulike felt. På de ulike feltene utkjempes en kamp om anerkjennelse og ressurser. Et felt kan sies å være et rom av posisjoner. Innad i feltet foregår det en maktkamp om de ulike posisjonene. Ytterkantene, eller feltets grenser, er der feltets virkning opphører. De relasjoner, den anerkjennelse og de ressurser en kan ha innen et felt, kan altså ikke uten videre overføres til et annet felt (Mik-Meyer og Villadsen, 2007). Velferdsinstitusjoner som yter helse- og omsorgstjenester i Norge, kan sies å utgjøre et slikt felt. Bourdieu mener at at systemer ikke bare kan analyseres i forhold til de prosesser som foregår innad i systemet, men at de må settes i en større sammenheng. Prosesser og hierarki i feltet, må også ses på i forhold til de institusjoner og systemer det er koblet til. Ikke bare må man analysere det som foregår *mellom* aktører, men også se interaksjonen i forhold til de strukturelle føringer de er underlagt (Mik-Meyer og Villadsen, 2007).

Velferdssystemets suksess avhenger ut fra et slikt perspektiv ikke av kvaliteten på det arbeidet som utføres. Suksess handler i denne sammenheng om de samfunnsmessige forventningene til det arbeidet det utfører (Egelund, 2003). Egelund (ibid) kaller slike samfunnsmessige forventningene for rasjonaliserende myter. Hun hevder at enhver velferdsinstitusjon bygger

på slike allmenne forventninger om hvilke oppgaver de skal løse og hvordan de skal løse dem (ibid). Det er få som ville hevde at tjenesteytere har en intensjon om å gjøre brukeren ondt. Ericsson (2002:92) treffer kanskje spikeren på hodet når hun sier at "Ondskap er ikke å ha et ondt hjerte, ondskap er å *skape ondt* for den andre." Makt utøves ikke bare gjennom det som gjøres. Makt til å unnlate å gjøre noe, kan være likeså mye et resultat av maktutøvelse. Mange har i møte med ulike tjenesteytere innenfor helse- og omsorg fått til svar at 'sånn er det bare'. Det er slik reglene er. Spørsmålet som tvinger seg frem er imidlertid; hva om 'sånn' er ondt? (ibid).

Bourdieu ønsker med sin sosiologi "(...) både at kunne beskrive de objektive strukturer, som virker i samfunnet, og samtidig fastholde, at individet er en aktør eller agent, som aktivt medvirker til at reproducere strukturene, også når de virker undertrykkende på ham eller hende." (Mik-Meyer og Villadsen, 2007:179). Sett i forhold til Bourdieus perspektiv kan dermed brukerrollen forstås i sammenheng med både de institusjonelle føringer som ligger til grunn og i relasjonen mellom bruker og hjelpeapparat. En brukerrolle konstruert på denne måten beskrives av Egelund (2003) konstruksjonen av en institusjonell identitet. Denne konstrueres i det møtet som skjer mellom bruker og hjelpeapparat, og i kraft av de underliggende føringer, eller rasjonaliserende myter som eksisterer.

Konstruksjonen av institusjonelle identiteter skal tjene to formål. For det første bidrar det til å trekke grensen mellom det normale og det avvikende. For det andre legitimerer det den inngripen som gjøres av tjenesteyterne (Egelund, 2003). Den institusjonelle identitet bygger altså på en type makt som både legitimerer og definerer. Maktbegrepet her er imidlertid ikke forstått utelukkende som en type makt som hjelpeapparatet har over brukerne. Identitet utvikles i samspill med andre, og det sentrale i de institusjonelle identitetene er at brukernes selvforståelse utvikles og tilpasses de betingelser hjelpeapparatet fungerer under (Järvinen og Mik-Meyer, 2003a). Makt er etter dette perspektivet noe som må ses som en virkning av bestemte sosiale relasjoner, ikke som noe en kan tilegne seg uavhengig av relasjonene. Makt er således ingen substans som kan tilegnes, men en *virkning*. Bourdieu bruker begrepet symbolsk makt for å betegne en slik forståelse av makt (Mik-Meyer og Villadsen, 2007).

Relevans for oppgaven

Tidligere i dette kapittelet introduserte jeg velferdsinstitusjonene som yter helse- og omsorgstjenester i Norge sett i lys av feltbegrepet. I forhold til tjenesteyting overfor rusmiddelmissbrukere kan man i et slikt perspektiv forstå hvordan posisjonene til henholdsvis tjenesteytere og rusmiddelmissbrukere utvikles i et samspill mellom aktørene, men også i kraft av de rasjonaliserende myter som Egelund (2003) beskriver ligger til grunn for, og som er suksesskriteriet for tjenesteytingen (ibid). I forhold til tjenester som ytes overfor rusmiddelmissbrukere ligger det forventninger om at målet er å få flest mulig rusfri. Det uttrykte mål er å få flest mulig til å søke behandling. Også ved bruk av skadereduserende tiltak ligger det til grunn et mål om at kontakt med lavterskel tiltak gir brukerne en mulighet til å komme i kontakt med behandlingsapparatet, og det gir behandlingsapparatet en mulighet til å nå de brukeren de ellers har vanskelig for å nå (Skretting, 2011c).

Innenfor alle felt engasjerer, ifølge Bourdieus perspektiv, aktørene seg omkring det som står på spill i feltet. Hva som står på spill er ulikt i de ulike feltene, men felles for alle felt og alle spill er at det i ytterste konsekvens alltid kjempes om en type makt (Danielsen og Hansen, 2004). Symbolsk makt virker i de sosiale relasjonene mellom mennesker innenfor bestemte felt. Makt i et slikt perspektiv, som jeg anvender i denne oppgaven, kan altså ikke ses fristilt fra verken det relasjonelle som foregår mellom aktørene eller de strukturer som påvirker forholdet mellom mennesker og mellom mennesker og det strukturelle (Mik-Meyer og Villadsen, 2007). Brukerrollen kan således ses som den inntas av rusmiddelmissbrukerne selv, gjennom en prosess der rusmiddelmissbrukerne blir brukere av de tjenester hjelpeapparatet tilbyr. De benytter seg av, og bidrar dermed også til å opprettholde de eksisterende tjenestetilbudene. Brukerne benytter seg av sine rettigheter til tjenester, men blir samtidig sosialisert inn i en institusjonell identitet. På samme tid som de som aktører i samspill med hjelpeapparatet søker å få hjelp til å nå sine mål, bidrar de også til å opprettholde de strukturelle rasjonaliserende myter som eksisterer i feltet.

Rusmiddelmissbrukerne blir således stående i et avhengighetsforhold til tjenesteyter, hvor den makten som virker i feltet fordeler seg ulikt mellom de to. Symbolsk makt kan bare utøves så lenge de undertrykte aktivt samarbeider med de som utøver volden. Et sentralt poeng her er imidlertid at dette ikke skjer bevisst. Den symbolske makten er ikke synlig, og legitimeres ikke bevisst av noen av partene. Den ligger i institusjonens doxa, og er dermed ofte vanskelig å få øye på (Mik-Meyer og Villadsen, 2007).

Som beskrevet tidligere i kapitlet over har alle med behov for langvarig og koordinert bistand rett til dette. I denne oppgaven viser jeg imidlertid at virkeligheten ser annerledes ut. Hjelpen fra bistandssystemet omfatter i praksis ikke alle. Retten til hjelp oppfylles ikke for alle, ikke for rusmiddelmissbrukerne jeg intervjuet. Som vist i teorimodellen figur 3 i metodekapitlet, vandrer disse personene fra den ene instansen til den neste, uten å komme nærmere målet. De vandrer i den ytre sirkelen, adskilt fra målområdet. Allikevel inngår bruker og de ulike tjenesteyterne i en relasjon der det stadig er nye forsøk på endring. Et sentralt spørsmål er imidlertid om man kan oppnå endring når man sikter mot ulike mål. Den usynlige symbolske makten viser til at det er en tynn linje mellom omsorg og grusomhet. Balansegangen er vanskelig, og omsorg kan gå over i ondskap, uten at vi en gang merker det (Sætersdal, 2002).

KAPITTEL 4 - FREMTIDSMÅL

I dette kapittelet beskriver jeg målene som de syv informantene har for fremtiden, samt de erfaringer de har gjort seg i forhold til målene hittil. Målene et sted å bo, stabil rus, forsørgelse og sosial deltakelse utgjør den indre målsirkelen i teorimodellen (figur 3).

ET STED Å BO

"Først må jeg ha et sted å bo", sa en av informantene gjentatte ganger under intervjuet. Uten bolig kom han ingen vei, understreket han. Liknende uttalelser kom også frem i de andre intervjuene. Ingen av informantene hadde på intervjutidspunktet fast bopel. En av dem bodde midlertidig på institusjon, mens seks benyttet seg av de muligheter de kunne finne. Noen ganger var dette natthjemmet der intervjuene ble gjennomført, mens det andre ganger kunne være hos venner eller bekjente.

Ifølge Ulfrstad (2011) er seks av ti av alle bostedsløse i Norge rusmiddelmissbrukere. Hva som kan regnes som en bolig kan være vanskelig å fastslå. Det er nok de færreste som vil regne et natthjem som bolig, og det er vel liten tvil om at et selveid hus er en bolig. Der tvilsspørsmålet dukker opp er ofte i det grenselandet som midlertidige botilbud utgjør. Er plass i et kollektiv nok til å regnes som å ha en bolig? Eller hva med midlertidige kommunale boliger? Det finnes ikke i norsk boligpolitikk noen felles definisjon av hva som regnes som bolig (Ulfrstad, 2011). Ulfrstad (ibid:87) gir allikevel følgende definisjon av bostedsløs:

"Som bostedsløs regnes personer som ikke disponerer egen eller leid bolig, men er henvist til tilfeldig eller midlertidig boalternativ, samt personer som ikke har noe ordnet oppholdssted kommende natt."

Det er vel liten tvil om at informantene til denne oppgaven faller inn under denne definisjonen. Ingen av informantene ønsket å ha natthjemmet som sitt oppholdssted nattestid. De sov der fordi det var deres eneste alternativ. En informant fortalte også at det hadde vært kvelder da natthjemmet var fullt. Da hadde de loddrekning seg i mellom om hvem som skulle få plassene. Ble ikke deres navn trukket, var de henvist til gata eller en parkeringskjeller dersom de ikke hadde venner eller andre de kunne sove hos.

”Jeg sover på natthjem av og til. Bare for å få tak over hodet. Jeg går bare dit når jeg er skikkelig trøtt og sliten. Men det er så (...) de kikker inn på rommet, jeg liker det ikke. Men man er så sliten, man orker ikke.” (Informant)

FNs menneskerettighetserklæring slår fast at bolig er en menneskerett. Norge har sammen med 106 andre land ratifisert denne konvensjonen (Ulfrstad, 2011). I opptrappingsplanen for rusfeltet (2007) fremholdes det at alle skal gis mulighet til å bo trygt og godt. Behandling skal ikke være et kriterie for å få bolig. Man skal ikke på noen måte måtte kvalifisere seg for å få muligheten til et sted å bo (ibid). Informantene forteller imidlertid om en annen virkelighet. En av informantene forteller følgende:

”Jeg bodde i en leilighet sammen med fire andre. Men det var tilknyttet en behandlingsinstitusjon, og jeg ble uthivd fordi jeg rusa meg.”

I følge Järvinen og Mik-Meyer (2003a) har en hver velferdsinstitusjon visse kriterier for hva som er de riktige resultatene å oppnå. De rasjonaliserende myter ligger til grunn for dette (ibid). Ifølge Ulfrstad (2011) var det tidligere vanlig i Norsk velferdspolitikkk å se boligen som noe man kvalifiserte seg til gjennom rehabilitering. Boligen var sett på som en læringsarena, som del av det å lære å ta vare på seg selv og eget liv (ibid). Ifølge de informantene forteller, er det fortsatt slik i dag. Dette kan forstås som at de rasjonaliserende myter knyttet til boligformidling nettopp dreier seg omkring hjelp til selvhjelp-parolen.

Alle informantene hadde forsøkt å få tilgang til en kommunal leilighet å bo i. To av dem hadde også lyktes i dette, men hadde blitt kastet ut fordi de ikke klarte å betale husleia.

” Jeg hadde en leilighet som jeg fikk tildelt av kommunen. Jeg bodde der i 12 år. Så skjedde det som skjedde, med at jeg fikk bostøtta rett inn på min konto, i stedet for at den gikk rett til husleie. Husleia forble ubetalt da jeg fikk ansvar for å betale leien selv” (Informant).

Det informanten her referer til som "det som skjedde", er at han tidligere fikk bostøtte som gikk direkte til betaling av husleie. Utbetalingsordningen ble så endret slik at han istedet fikk pengene inn på sin konto, og selv måtte sørge for at husleia ble betalt. Informanten fortalte at han ikke ble spurt før ordningen ble omgjort, men at dette ble besluttet som en felles endring

for alle som mottok bostøtte. Begrunnelsen han fikk oppgitt var at dette skulle medføre økt verdighet for rusmiddelmissbrukerne. Det var angivelig paternalistisk og uverdigg å ta hånd om de økonomiske midlene til rusmiddelmissbrukere ved å styre bostøtta direkte til husleie uten at de selv fikk ta ansvar for dette. En annen informant fortalte om en lignende erfaring:

”Jeg hadde en bolig, men jeg klarte ikke å betale. Så da mista jeg den. Jeg klarte ikke å få betalt inn husleia.”

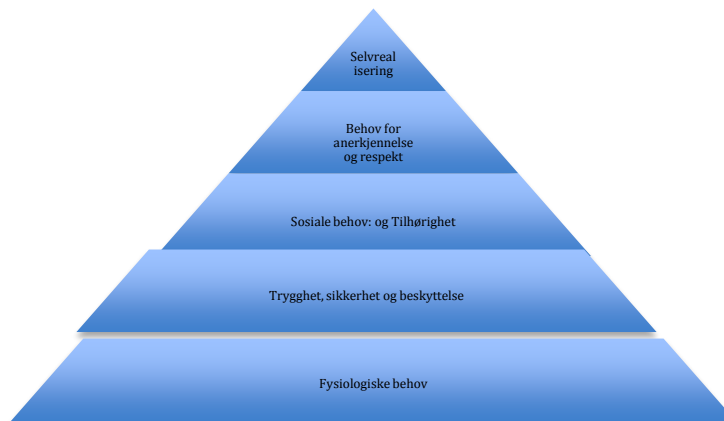
Kravet om å selv disponere de økonomiske midlene slik at husleia ble betalt, ble mer enn disse to informantene klarte å mestre. Det er altså ikke et prinsipp om bolig som grunnleggende behov som er blitt lagt til grunn for det å ha en bolig i disse tilfellene. Boligen ble istedet stilt til disposisjon dersom de klarte å mestre resten selv. Det ble lagt til rette for at de skulle kunne hjelpe seg selv til et bedre liv. Dette var ikke en endring informante hadde etterspurt. Det var hjelpeapparatet som bestemte at det var mer verdigg å selv kunne betale husleien. Etter å ha hørt informantene fortelle om hvordan de nå var bostedsløse og mest av alt ønsket seg hjelp til et varig sted å bo, kan man spørre seg; Mer verdigg for hvem?

Å legge til rette for at rusmiddelmissbrukerne selv kunne disponere sine midler riktig og betale husleien, vitner om en hjelp til selvhjelp-parole i god empowerment-tradisjon; Gi brukeren myndighet over sitt eget liv, og vokt deg vel for paternalisme. Empowerment-tradisjonen har de siste årene stått sterkt i den norske velferdsstatens ideologi. Brukeren skal selv bestemme over eget liv, og skal myndiggjøres slik at et mest mulig selvstendig liv kan oppnås (Vik, 2007). Samfunnet forventer således at hjelpeapparatet gir brukerne myndigheten over eget liv tilbake. Å gi brukerne retten til å bestemme over egne økonomiske midler kan i denne sammenheng være en suksessoppskrift for hjelpeapparatet. For dersom alle kan se at her er det ingen paternalisme, her gis brukeren makten til å bestemme selv, da har hjelpeapparatet suksess. I forhold til samfunnet utad. For informantene som nå er bostedsløse er saken en helt annen.

Informantene beskrev alle målet som et sted å bo som et grunnleggende behov. Bolig var, ifølge dem, en forutsetning for et hverdagsliv der de kunne ha det godt. Slik hverdagen var for flere av informantene på intervjutidspunktet, dreide mye av dagen seg omkring å forflytte seg mellom ulike steder de de kunne få tak over hodet, og kanskje også noe å spise. Stedene informantene flyttet seg mellom var ulike såkalt lavterskeltilbud fra kommune eller frivillige

organisasjoner. En informant fortalte at dersom han benyttet seg av alle de ulike stedene som hadde åpnet noen timer hver i løpet av dagen, hadde han bare tiden mellom kl 18 og 20 som han ikke hadde noe sted å være. I løpet av en dag hadde han da forflyttet seg mellom fire ulike steder. På kvelden kom han tilbake til natthjemmet igjen, før han neste morgen kl 09.30 måtte begynne runden på nytt igjen.

Det informantene beskriver om behovet for et tilholdssted, kan forstås i lys av det psykologisk teori sier om menneskets grunnleggende behov. Psykologisk teori legger til grunn at det finnes et sett av grunnleggende behov som er felles for alle mennesker (Schiefløe, 2011). Maslows behovspyramide illustrerer en slik modell:



(Schiefløe 2011:301; Ulfrstad, 2011:201)

Som det fremgår av figuren er behovene rangordnet i et hierarki. Tanken med dette er at behovene må dekkes i en gitt rekkefølge. De mest grunnleggende behovene må altså dekkes før man kan begynne å arbeide med andre mål. De fysiologiske behovene som må dekkes innebærer grunnleggende behov som hvile, mat og varme. Neste nivå handler om sikkerhet og beskyttelse mot det som kan true livsstandard og overlevelse. Deretter følger tilhørighet, anerkjennelse og kjærlighet som eksempler på de sosiale behovene som utgjør neste nivå. Når dette er sikret rettes oppmerksomheten mot anerkjennelse og respekt. På toppen av pyramiden finner vi selvrealisering, som handler om å kunne utfolde seg og bruke sine evner (Schiefløe, 2011).

I forhold til bolig er et slikt behovshierarki blitt tatt i bruk som et argument i forhold til viktigheten av å ha et eget sted å bo. Metoden housing first er utviklet ut i fra en slik forståelse. Dette er en arbeidsmetode som legger til grunn at bolig er et grunnleggende behov

og en menneskerett, og arbeider ut i fra rekkefølgen; bolig først, alt annet etterpå. Tanken er at boligen representerer grunnmuren i livet til mennesker, og er en helt avgjørende ramme for å kunne gjøre noe i forhold til å bedre en vanskelig livssituasjon. Når personen så er etablert i en bolig, jobbes det videre med ulike mål personen har for livet sitt. I metoden stilles det ingen krav til reduksjon eller opphør av misbruk. Metoden legger de til grunn de forutsetninger personen har, og etablerer et opplegg deretter. Botreningstiltak og de tjenester som er nødvendig for at personen skal klare seg i boligen etableres samtidig med flyttingen (Ulfrstad, 2011).

Housing først er et eksempel på et perspektiv der bolig ses som et middel for samfunnsdeltakelse. Behovet for varme og beskyttelse, en intimitetssfære vi selv har kontroll over og for avskjerming fra samfunnet, gjør at boligen blir et grunnleggende behov som må dekkes som en forutsetning for å at mennesker skal kunne fungere og delta i samfunnet. Informantene beskriver boligens betydning på en liknende måte ved å si at de først har behov for et sted å bo. De beskriver hvor slitsomt, hvor utmattende, det er å måtte opp og ut av natthjemmet til et gitt tidspunkt, og ikke få slippe inn igjen før til kvelden. De har ikke noe tilholdssted, de vandrer fra det ene stedet til det andre, der de kan finne tak over hodet. Det de eier har de med seg i en sekk eller plastpose.

Boliger og bosettingsmønstre er en av de grunnleggende strukturene i samfunnet. Hvor man bor har betydning for en rekke samfunnsmessige forhold ved livene til alle mennesker. Bostedet avgjør eksempelvis hvilket distrikt man hører til når det gjelder helse- og omsorgstjenester (Ulfrstad, 2011). En av informantene forteller om de vanskeligheter han har møtt fordi han er bostedsløs.

”Jeg prøvde å få hjelp hos kommunen, men jeg tilhører en annen kommune, så de ville ikke hjelpe meg. Og hjemkommunen vil ikke hjelpe meg så lenge jeg bor her, så de sa jeg måtte melde flytting, men jeg får jo ikke meldt flytting uten en adresse! Og det står jo at hjelpen skal gis av den kommunen der du har opphold. De sier jeg kan flytte tilbake, men jeg kan ikke det. Men jeg skal klage da, på avslaget. Det som er er at jeg trenger raske svar. Men alt tar så lang tid. Først måtte jeg gå hit, også dit, også tar det lang tid.”

Det informanten her sier noe om kan forstås som et uttrykk for for den betydningen bolig har for samfunnsdeltakelse. Informanten blir avvist og henvist videre, og blir henvist tilbake igjen. Tilsynelatende skjer dette uten at de som henviser han videre har noen problemer med å gjøre dette. Informanten behandles som et sakspapir. Dette kan forstås som et eksempel på den institusjonelle logikk som sier at "(...) ingen velferdsinstitusjon kan forholde sig til "et helt menneske"." (Järvinen og Mik-Meyer, 2003a:15). Informanten blir dermed henvist videre til å fortsette runddansen i den ytre sirkelen slik modellen i figur 3 viser.

Alle de syv informantene hadde henvendt seg til kommunen med forespørsel om hjelp til å skaffe bolig en eller flere ganger. Flere av dem hadde tidligere hatt en fast bolig, men mistet den av ulike grunner. Når de så gjorde et nytt forsøk på å få hjelp til bolig, fortalte flere av dem om hvordan deres tidligere mislykkede forsøk fulgte dem og gjorde at de diskvalifiserte fra å i det hele tatt få levere søknaden.

”Da jeg skulle levere boligsøknad sist fikk jeg til svar at det ikke var noe vits i å levere en gang, begrunnet i at jeg måtte ha bodd i kommunen i 2 år for å få.” (Informant)

En slik måte å avvise brukeren på, kan settes i sammenheng med et maktutøvelse Stang (1998) kaller non-decision-making. Dette er en type "(...) maktutøvelse som innebærer at saker aldri når fram til beslutningsarenaen og beslutningsprosessen" (ibid:64). Ved å møte brukere på denne måten som informantene ble møtt velges deres sak bort fra beslutningarenaen før den en gang har kommet dit. Saksbehandleren får dermed en portvokterfunksjon som velger ut hvilke problemer som bør prioriteres (ibid). Denne portvokterfunksjonen kan ses som en av de mekanismer som hindret informantene i å bevege seg fra den ytre til den indre sirkelen slik jeg har vist i teorimodellen. Ved å nekte brukeren tilgang til sitt mål om et sted å bo, fortsetter brukeren runddansen i den ytre sirkelen. En informant forteller følgende om sitt forsøk i å nå målet om et sted å bo:

”Jeg hadde kommunal bolig en gang. Men så ble jeg uthiva. Så søkte jeg igjen seinere, men jeg fikk avslag på grunn av tidligere bråk. Jeg kan jo søke igjen, men jeg tviler på at jeg får. ”

Det informanten her forteller illustrer det avhengighetsforholdet brukeren står i til hjelpeapparatet. Tidligere mislykkede forsøk gjør at det for brukeren virker nytteløst å gjøre

nye forsøk. Dette kan ses i lys av den symbolske makt som ligger i relasjonen mellom bruker og hjelpeapparat. Det er ingen som fysisk hindrer informanten i å søke om bolig på nytt igjen. I den sammenheng kan det derfor argumenteres for at kommunen ikke en gang har mottatt en boligsøknad, og dermed heller selvsagt ikke vil tildele en bolig. Brukeren bidrar dermed selv til at runddansen i den ytre sirkelen opprettholdes. Han fortsetter å benytte seg av lavterskeltilbudet som natthjemmet er, og kan dermed sies å opprettholde systemet slik det er. Samtidig er det ikke uten grunn at brukeren ikke søker om bolig på nytt. Han har erfart hvordan bistandssystemet fungerer. Han har erfart de rasjonaliserende myter som ligger til grunn for tildelingen av kommunale boliger; Bolig er noe du må gjøre deg fortjent til å beholde.

STABIL RUS

Alle de syv informantene ruset seg daglig. De hadde alle klare formeningene om hvilke rusmidler de foretrakk. Tre av dem ruset seg fortrinnsvis på opioider. Opioider er en samlebetegnelse for "(...) en rekke stoffer som kommer fra opiumsvalmuen (opiater), eller kunstig framstilte stoffer med en tilsvarende virkning." (Helsedirektoratet, 2004:22). Til gruppen opioider hører blant annet morfin, kodein og heroin. Opioidene kan, litt avhengig av hvilket stoff det er snakk om, både spises, røykes, sniffes og injiseres. Heroin er andre steder i verden vanlig å røyke, mens det i Norge stort sett injiseres. Substitusjonslegemidlene metadon, subutex og subuxone tilhører også gruppen opioider, og tas i tablettform eller drikkes (ibid). Flere av informantene beskrev avhengigheten av opioidene som sterkere enn andre stoffer. En av dem beskrev forskjellen på følgende måte:

"De som er avhengig av hasj og amfetamin kan få samtalerapi, så kan de bli kvitt det. Du blir ikke skikkelig sjuk av det. Med morfin og opiater blir man så sjuk. Gang influensa med 60, kaldsvetting, magesmerter, paranoia."

Abstinenssymptomer defineres som "(...) betegnelse på de symptomene som oppstår hos et individ når tilførsel av et rusmiddel reduseres betydelig eller opphører helt." (Kronholm, 2011:143). Frykten for abstinenser var for flere av informantene en drivkraften for å fortsette å skaffe mer rusmidler. Med det samme en dose var inntatt, startet jakten på neste dose.

Abstinensene etter bruk av opioider beskrives, av de av informantene som brukte dette, som voldsomme. En av dem forteller at det skjer

(...) en eksplosjon av symptomer med oppkast og urin og avføring. Det kommer alle veier. Du kjenner at du begynner å få vondt i magen, også eksploderer det. Etter hvert blir det bare galle. Magen er tom og det er bare syre. Drikk en halv liter og kaster opp en liter."

En annen informant beskriver abstinensene som den rene tortur:

"De abstinensene, jeg hadde ikke ville brukt det som tortur mot min verste fiende. Angst, uro, klarer ikke sitte, klarer ikke ligge. Man er så sjuk, det er helt grusomt. "

De fire andre informantene fortalte at de fortrinnsvis ruset seg på det sentralstimulerende stoffet amfetamin. Amfetamin og det kjemisk beslektede stoffet metaamfetamin kan både spises, sniffes og injiseres. Amfetamin og metaamfetamin kalles også ofte speed (Helsedirektoratet, 2004). En av informantene som fortrinnsvis brukte amfetamin når han ruset seg, foretrakk å injisere den. Ødelagte blodårer gjorde imidlertid at han nå hadde sett seg nødt til å redusere hvor ofte han injiserte amfetamin.

"Når jeg pumpa, før, så fikk jeg til å sette her (skuldra) og på halsen. Jeg har ei venninne som hjelper meg litt av og til og da. Til å sette her (halsen)."

Norge har en utbredt sprøytekultur i forhold til antallet misbrukere. Spesielt gjelder dette ved bruk av heroin, men det er også en del som injiserer amfetamin. En utbredt sprøytekultur er bekymringsverdig, da injisering knyttes til en betydelig forhøyet risiko for tidlig død, sykdommer og helseskader. Det er blitt lansert ulike forklaringer på den høye andelen sprøytemisbrukere i Norge, uten at det er forskere har kommet til noen konklusjon. En av de foreslåtte forklaringsmodellene er et høyt norsk prisnivå på narkotika. Dersom denne forklaringen skulle være riktig, burde imidlertid antallet sprøytemisbrukere ha blitt redusert sammen med prisfallet som har vært på narkotika i Norge de siste årene. En annen foreslått forklaring knyttes til at bruksmønstre er vanskelig å endre, og at den norske ruskulturen ser ut til å prege det illegale markedet i form av en søken etter sterke rusopplevelser. Man trekker da

paralleller til den norske helgefylla, og viser til at injisering av narkotika gir sterkere og raskere rusopplevelse enn andre inntaksformer (Bretteville-Jensen og Hordvin, 2011).

En av informantene opplyste at han kun brukte amfetamin. De andre seks fortalte at de brukte ulike stoffer, og at selv om de hadde et hovedrusmiddel, brukte de andre rusmidler i tillegg. Rusmidlene de benyttet seg av i mindre omfang var benzodiazepiner, hasj og ulike tabletter. Benzodiazepiner finnes i utgangspunktet i Norge som reseptbelagte beroligende og avslappende medikamenter, eksempelvis i form av sovemedisiner. I høye doser har imidlertid benzodiazepiner en oppkvikkende effekt. Hasj hører sammen med marihuana inn under fellesbetegnelsen cannabis. Cannabis røykes eller spises, og egner seg på grunn av stoffets oppbygging, ikke til injisering (Helsedirektoratet, 2004).

Ved blandingsmisbruk, som det flere av informantene forteller om, benytter brukeren de ulike stoffene i kombinasjoner, og kan med dette benytte seg av virkningen de ulike stoffene har på hverandre. Ved bruk av amfetamin og hasj samtidig, kan eksempelvis amfetaminen redusere den sløvende virkningen hasj har. En annen grunn til blandingsmisbruk, som også informantene forteller om, er å benytte andre rusmidler for å roe ned eller oppveie for rusmidlenes negative effekt som oppleves etter bruk over tid. Eksempelvis kan man etter noen dagers bruk av amfetamin oppleve uro, paranoiditet og angst. Mange benytter da benzodiazepiner for både å roe de ubehagelige opplevelsene, men også fordi benzodiazepiner gjensker noe av rusfølelsen ved samtidig amfetaminbruk (ibid). Informantene fortalte om flere slike kombinasjoner av rusmidler der de benyttet seg av den ulike effekten stoffene hadde. En av informantene, som fortrinnsvis ruset seg på opioider, fortalte at han av og til brukte amfetamin for å holde det seg våken og klare å holde det gående. Dette var spesielt i forbindelse med at han måtte reise langt for å skaffe mer opioider. Amfetamin kamuflerer en del abstinenser, fortalte han, men det var også visse forsiktighetsregler det var viktig å følge:

"Jeg tar det aldri mer enn to dager. Og jeg tvinger meg til å spise og drikke. Jeg har sett folk som har gått i sju åtte dager, da begynner de å se ting. Så etter to dager så stopper jeg det. Da tar jeg nozinan og truxal, fordi det roer meg ned, og så får jeg sove. Jeg planlegger det sånn da."

Den daglige rusen var for alle informantene en nødvendighet for å i det hele tatt fungere. Å være uten rus, var ikke et reelt alternativ. Informantene fortalte alle om ulike funksjoner rusen

hadde for dem. Den medisinske effekten av rusmidlene sto sentralt i fortellingene. To av informantene fortalte at de brukte rusmidlene som medisiner for å roe seg selv ned, en brukte store mengder opiatet mot smerter, og en oppga at rusen fungerte som en selvmedisinering av bipolar lidelse. For en av informantene var også rusen et middel for å glemme:

"Når jeg ruser meg forsvinner de vonde minnene. Jeg er diagnostisert med posttraumatisk stress. Jeg vokste opp med kun misbrukere, overgipere og narkomane. Det var skyting, knivstikking, og politi, det var normalen det (...) nesten hver dag."

Som beskrevet tidligere i dette kapittelet hadde alle informantene et omfattende rusmiddelmissbruk. Ingen av dem ønsket hjelp til å slutte med bruken av de illegale rusmidlene. En av informantene fortalte at han av helsemessige grunner så seg nødt til å slutte med rusmidler, men hadde sin egen oppskrift på hvordan han ville oppnå dette. De andre seks informantene hadde bare ett ønske i forhold til hvordan de ønsket at bistandsapparatet skulle forholde seg til deres rusmiddelmissbruk: De ønsket å kunne opprettholde en stabil rus. For de av informantene som ruset seg på opioider, innebar dette substitusjonsbehandling. For de andre innebar det regelmessig inntak av rusmidler.

I følge Nasjonal faglig retningslinje for LAR (Helsedirektoratet, 2010), skal ikke det absolutte mål for substitusjonsbehandling være rusfrihet. Målet beskrives istedet som rusmestring. Rusmestring handler om:

"Rusmestring er grunnlaget som muliggjør mestring av øvrige rehabiliteringsmål. Trygge rammer for pasienten med tett samtaleoppfølging, relasjonsbygging og trygge utleverings- ordninger er avgjørende for å oppnå best mulig rusmestring. Når en indre struktur og motivasjon for å utforske en rusfri tilværelse er etablert, kan rammene for kontroll endres over tid." (Helsedirektoratet, 2010:67).

Rusmestring, slik det beskrives i sitatet over, handler altså i ytterste konsekvens om å bli i stand til å utforske en rusfri tilværelse. Det handler om å oppnå en kontroll, en indre struktur og motivasjon. Informantene snakket også mye om det å ha kontroll over eget forbruk. Samtlige informanter fortalte om hvordan de beregnet mengde og kombinasjoner på en slik måte at de oppnådde det stabile inntaket av rusmidler de ifølge dem selv hadde behov for.

Informantene beskriver, slik jeg forstår dem, en type rusmestring. For dem er imidlertid ikke målet med rusmestring å bli rusfri, men å ha et forbruk som gjør at de kan leve med en stabil rus og mestre hverdagen. De som fikk substitusjonsbehandling, fortalte at de oppnådde denne rusmestringen ved hjelp av legemidlene de fikk tilgang til gjennom behandlingen. De brukte mindre illegale rusmidler, og de opplevde å ha kontroll over abstinenser. Informantene ønsket imidlertid ikke hjelp til rusfrihet. Som en informant sa:

"Jeg ønsker å legge fra meg rusmisbruket på en normal måte, og det er bare en måte å gjøre det på; Stabil medisinerer."

Stabil medisinerer var ifølge informanten Subuxone. Han fortalte han tidligere hadde prøvd dette, ved at han hadde fått dosene til ei venninne. De andre informantene fortalte om lignende mål. Felles for informantenes fortellinger var istedet at de ønsket en type aksept for at de selv hadde kunnskap nok om eget behov for rusmidler. Informantene fortalte at de ikke var i behov av hjelp til å mestre eget rusbruk. Rusmidler og bruken av dem, var den ene faktoren i livet de faktisk hadde kunnskap om. Ønsket informantene hadde til bistandsapparatet var et ønske om en tiltro til at de selv også kunne forvalte denne kunnskapen til sitt eget beste uten hjelp av en rekke kontrolltiltak.

FORSØRGELSE

Alle informantene mottok på intervjuetidspunktet en eller annen form for økonomisk stønad fra det offentlige. To av dem fortalte at de mottok arbeidsavklaringspenger. Fire av informantene levde på sosialstønad. En informant hadde fått innvilget varig uføretrygd på grunn av sin somatiske helsetilstand.

Ansvar for vurdering, behovsprøving og utbetaling av økonomiske ytelser er som tidligere beskrevet underlagt NAV. Prinsippene for tildeling av økonomiske ytelser er "(...) en omfordeling i favør av dem som har kommet i en vanskelig livssituasjon og har redusert arbeidsevne." (Stamsø, 2010:180). Arbeidsavklaringspenger, som noen av informantene forteller at de får, er en tidsbegrenset stønadsordning som forutsetter at mottakeren er under behandling, rehabilitering eller annen oppfølging fra NAV (nav.no(c)). Den ene av informantene som mottok arbeidsavklaringspenger fortalte at han mottok dette i påvente av

behandlingsplass. En annen av informantene som nå fikk sosialstønad fikk tidligere arbeidsavklaringspenger, men var ikke lenger kvalifisert for dette:

"Jeg hadde arbeidsavklaringspenger, men nå får jeg sosialstønad. Jeg mista arbeidsavklaringspengene fordi jeg ikke var under behandling. Men fastlegen vil jo ikke søke meg til LAR."

En av informantene som mottok arbeidsavklaringspenger var nå i ferd med å miste denne stønaden:

"Jeg får arbeidsavklaringspenger nå. Men jeg fikk beskjed om at jeg mister de etter denne måneden, fordi jeg har ikke levert urinprøver til LAR. Men jeg har jo ikke hentet metadonen heller."

Informanten som er sitert over fortalte at han hadde klart å slutte med metadon og andre opioider. Han brukte imidlertid fortsatt sentralstimulerende illegale rusmidler. For LAR var han dermed fortsatt en rusmiddelmissbruker. Ved å slutte i LAR, var han ikke lenger under rehabilitering, og dermed heller ikke kvalifisert til å motta arbeidsavklaringspenger. Informantens fortelling vitner om et møte med et bistandssystem som ikke er moralsk nøytralt. Ifølge Järvinen og Mik-Meyer (2003a) signaliserer bruken av begreper som misbruker og sosialt utstøtt at noen personer har en livsførsel som ikke er i overensstemmelse med de gjeldende normer i samfunnet. For brukeren kan et bistandssystem som ikke er moralsk nøytralt føre til at enkelte kjennetegn ved personer ses som diskvalifiserende for hjelp. Møte med bistandssystemet kan således sies å preges av moralsk ondskap. Moralsk ondskap er en form for "(...) ondskap som forutsetter og ytrer seg i relasjoner mellom mennesker." (Heggen, 2002:36). Dette viser seg også gjennom informantens fortellinger om å leve på økonomisk sosialhjelp.

Informantene som mottok sosialstønad fortalte at de hadde levd på denne type stønad i lengre tid. De fortalte at dette var deres eneste alternativ til inntekt. De kvalifiserte ikke for uføretrygd, og så lenge de ikke var i LAR, fikk de heller ikke arbeidsavklaringspenger. De av informantene som mottok substitusjonsbehandling utenfor LAR, mistet retten til arbeidsavklaringspenger. Ifølge Hanssen (2010) er sosialstønad en midlertidig økonomisk ytelse som gis for en kortere periode med den hensikt å sikre økonomisk trygghet til

mennesker som er havnet i en vanskelig livssituasjon. Alle som ikke kan forsørge seg selv, har i prinsippet rett til økonomisk sosialhjelp. Hjelpen skal imidlertid kun være midlertidig, og bygger på hjelp til selvhjelp-prinsippet. Dette vil si at "(...) tiltakene som iverksettes, skal ta utgangspunkt i og styrke søkerens egne ressurser til å styre sitt liv." (ibid:210). Rettigheten til hjelp er heller ikke ubetinget. Utbetaling av stønad forutsetter at mottakeren forplikter seg til å samarbeide med hjelpeapparatet slik at han eller hun kan oppnå selvhjulpenhet (ibid).

Informantenes fortellinger viser hvordan også informantenes økonomiske situasjon kan settes i sammenheng med runddansen i den ytre sirkelen i teorimodellen i figur 3. I et forsøk på å nå målene sine, benytter de seg av de eksisterende tilbudene, men de når aldri frem til den indre sirkelen og dermed målet om forsørgelse. Det kan synes som kontrakten med samfunnet om en vei mot rusfrihet er avgjørende for at informantene skal kunne nå målet om forsørgelse i form av økonomisk stabilitet. Informantene er imidlertid ikke villig til å inngå denne kontrakten. Deres mål i forhold til bruk av rusmidler, handler om rusmestring, men ikke rusfrihet. Ved å benytte seg av behandlingstilbud som LAR og institusjonsopphold, får de tilgang til en smakebit av hvordan oppfyllelsen av målet om en stabil økonomi kan være. Når de ikke lenger oppfyller kriteriene som er satt, rykker de på mange måter tilbake til start, og fortsetter runddansen i den ytre sirkelen.

Flere av informantene fortalte at de tidligere hadde vært i lønnet arbeid. Tre hadde arbeidet i helsevesenet og to av dem hadde arbeidet innen bygg- og mekaniske fag.

Rusmiddelmissbruket hadde imidlertid skapt problemer for samtlige. De fortalte alle at rusmiddelmissbruk i det omfang de har i dag, ikke er forenelig med ordinært arbeid. For en av informantene som arbeidet i helsevesenet tok arbeidsforholdet slutt da han ikke lenger klarte å kombinere arbeidet og rusmiddelmissbruket:

"Jeg hadde jobb og skulle ta fagbrev. Men så ble jeg tatt med 1g amfetamin. Jeg gikk aldri tilbake."

En annen informant fortalte om hvordan fortiden hadde innhentet han:

"Jeg jobba på psykiatrisk sykehus i 1,5 år. Men så fant de ut hvem jeg var, og da ble jeg kastet ut. Selv om jeg ikke hadde rusa meg hele den tiden jeg jobba der."

Sitatet illustrerer hvordan statusen som rusmiddelmissbruker kan overskygge alt annet. Rusmiddelmissbruket gjør at statusen som rusmiddelmissbrukere blir deres masterstatus. Er masterstatusen en negativ ladet kategori, slik som rusmiddelmissbruk, kan denne kategorien bli et usynliggjørende trekk ved personen (Thommesen, 2012). Informanten fortalte at han etter å ha mistet jobben ved sykehuset vendte tilbake til rusmiddelmissbruket. Han lever i dag av den sosialstønad han får utbetalt.

En av informantene fortalte at han en gang fikk tilbud om skoling og jobb ved en klinikk for rusmiddelmissbrukere, forutsatt at han selv var rusfri. Fullført grunnskole var imidlertid et krav for å starte opplæringen. Da han ikke hadde fullført skolen, var han med andre ord diskvalifisert før han i det hele tatt fikk begynt. Det informanten forteller vitner om at ikke alle har like muligheter til å oppnå det de ønsker. Den sosioøkonomiske statusen man har, har betydning for hvilke muligheter man får. Det blir derfor et gap mellom målene og mulighetene til å realisere dem (Skog, 2006). Strain-teorien, sier imidlertid, ifølge Skog (ibid), at gapet mellom mål og muligheter til å realisere disse, ikke er likt for alle. Teorien sier at jo lavere sosioøkonomisk status, dess mindre er muligheten for å nå målene. Denne teorien står dermed i kontrast de som fremholder at det handler om viljen til å jobbe hardt nok (ibid).

Sett i sammenheng med Bourdieus feltbegrep, vi den sosioøkonomiske statusen påvirke hvilken posisjon den enkelte har i feltet. Ifølge Bourdieus teori har vi alle ulik grad av kapital, noe som påvirker hvilken posisjon vi klarer å erverve oss. Begrepet kapital betegner de verdier og ressurser den enkelte har adgang til. Kapital er imidlertid ikke en objektiv størrelse. Hvilken kapital man er i behov av, og hvilken nytte man får av kapitalen er avhengig av det aktuelle feltet man opererer i (Mik-Meyer og Villadsen, 2007). Sett ut fra Bourdieus teori om de ulike posisjoner personer har i felt, kan man se for seg at rusmiddelmissbrukere i en avhengighetsposisjon til hjelpeapparatet ikke har de samme muligheter som en del andre. Informantenes fortellinger om å være sosialhjelpsmottakere i lang tid kan vitne om at de ikke oppnår det som er satt som et mål for sosialhjelpen. Sosialhjelpen bygger på hjelp til selvhjelp-prinsippet, men ifølge informantene kommer de seg ikke videre fra sosialhjelpen. De står på stedet hvil. Den økonomisk sosialhjelpen ser for flere av informantene ut til å bære preg av å være mer permanent enn midlertidig. Informantene kan således se ut til å ikke klare å leve opp til de betingelser som er satt for den økonomiske sosialhjelpen. Spørsmålet som da kan reises, er om det er snakk om viljen eller evnen som mangler hos stønadsmottakeren?

De såkalt viljeløse brukerne har et særdeles dårlig utgangspunkt i møtet med bistandssystemet. Det å ikke ville er det som i mange tilfeller det som utgjør skillet mellom den verdige og den uverdige trengende (Egelund, 2003). Brukerens uvilje blir et symptom på at det er noe galt med personen, og er dermed ikke en verdig mottaker av hjelp. For å kunne motta hjelp, må man nemlig være motivert (Järvinen og Mik-Meyer, 2003a). Informantenes forteller at de vil ha endring. De ønsker å nå de målene de har for livet. Problemet er imidlertid at disse målene ikke kvalifiserer som de riktige målene. Vilje i seg selv er ikke nok. De villige brukerne er nemlig de som vil forandres i samsvar med hjelpeapparatets løsninger (Järvinen og Mik-Meyer, 2003b).

Konsekvensen av å ikke ha muligheter kan ifølge Strain-teorien, slik den er presentert i Skog (2006), resultere i avvik av et eller annet slag. En av informantene forklarer sin kriminelle atferd ut fra et slikt syn. Informanten forteller om et likegyldig forhold til det å bedrive svindel av det offentlige. Et stort antall møter med et bistandssystem der han har opplevd å bli sett ned på, på grunn av rusmiddelmissbruket, gjør at hans samvittighet ikke lenger er til noe hinder. Han forteller at han etter å ha blitt dømt for svindling snart skal inn til soning:

"Jeg skal inn til soning etter hvert. På grunn av svindel. Jeg tenkte at når jeg først skulle svindle ville jeg gjøre det skikkelig. Gadd jo ikke sitte inne for så lite, så da tok jeg like så godt 100 000. Jeg gidder ikke si noe på det når jeg blir tatt heller lenger. Er heller ærlig og sier det som det er. Men jeg går aldri til privatfolk å stjeler. Jeg stjeler fra firma, butikker og sånt. Jeg svindler helst det offentlige. Og det kommer jeg til å fortsette med. "

Tre av informantene fortalte at de i dag solgte gatemagasiner for å tjene litt ekstra penger. Dette var en jobb de alle fortalte at de likte godt. Det ga ekstra inntekt, og lettet dermed arbeidet med å skaffe nok penger til rusmidlene de var i behov av. Inntekten de fikk fra salget av gatemagasiner hadde ingen innvirkning på sosialstønad, trygd eller arbeidsavklaringspenger.

Gatemagasiner selges i dag i flere Norske byer. Det første gatemagasinet, Street News, utkom første gang i New York i 1989. Etter dette har gatemagasiner blitt produsert og solgt i stadig flere land over hele verden. Formålet med salg av gatemagasiner er å gi vanskeligstilte arbeid og et mer verdig liv. Felles for gatemagasine er at de er profesjonelt produsert og selges av

vanskeligstilte eller hjemløse. Selgeren kjøper vanligvis bladene for halv pris av utsalgspris, og beholder overskuddet. Over 100 medlemsblader i over 40 land er i dag organisert i The International Network of Street Papers (snl.no). Ideen bak gatmagasiner kan knyttes til hjelp til selvhjelp-tankegangen som knyttes til empowerment-tradisjonen. Selgerne gir mulighet til et ærlig stykke arbeid som gir inntekt, noe som har vist seg å redusere kriminell aktivitet (Falch-Lillevold, 2008). Dette er sammenfallende med det informantene til denne oppgaven forteller. Informantene som solgte gatmagasiner fortalte at inntekten de fikk av gatmagasinsalget gjorde at behovet for å skaffe økonomiske midler ved hjelp av kriminell aktivitet ble redusert.

Informantene beskrev imidlertid arbeidet med å selge gatmagasiner som midlertidig. Målet var å komme ut i ordinært arbeid. Ifølge informantene førte ikke salget av gatmagasiner til at de kom noe nærmere målet sitt om en mer stabil inntekt og forsørgelse. Inntektene de fikk var et supplement til de offentlige stønadsordningene, og var, slik jeg forsto dem, bare et middel for å holde hodet over vannet. "Det er bare inntekt de ti første dagene i måneden. Så kjøper ikke folk mer", fortalte en av informantene. Av det informantene fortalte om salg av gatmagasiner kan dette tiltaket sies å måtte regnes på linje med de andre lavterskeltilbudene de benyttet seg av. På samme måte som de benyttet seg av natthjemmet for å slippe å sove på gata, benyttet de seg av salg av gatmagasiner som et middel for å redusere stresset med å skaffe penger til rusmidler. Salget av gatmagasiner ga dem ikke den stabilitet og mening som de beskrev at de ønsket ved å ha et ordinært lønnet arbeid.

SOSIAL DELTAKELSE

Da informantenes fortellinger dreide inn på temaet familie, venner og nettverk, var informantenes fortellingene preget av opplevelsen av tap. Alle hadde de tette bånd med andre i rusmiljøet. Flere fortalte om det å miste sine nære på grunn av sykdom og overdose. "Alle de beste er døde", sa en av informantene og ramset opp en lang rekke med navn. Dette er kanskje et utsagn man kunne forvente å høre fra en sykehjemspasient som har levd et langt liv. Informanten som sa dette var i midten av 30-årene. En annen informant fortalte om en hverdag der døden i aller høyeste grad var en del av livet:

"Jeg har ikke så mange igjen (...) det er sjelden at folk blir gamle. Folk dør av overdose. Vi var et bridgelag på sju stykker, i løpet av 5 måneder døde fem av de. Jeg var i sytten begravelser på et år. Det er rekord da."

At det er vondt å miste venner eller familie er noe alle vet. I rusmiljøet som informantene er en del av, forteller de at det er svært vanlig å miste noen. Rusmiljøet er et miljø der døden ikke er fremmed. Norge er høyt oppe på overdosestatistikken, og rusmiddelmissbrukere har ofte en dårlig psykisk og fysisk helse. Ved bruk av såkalt tunge stoffer som heroin, amfetamin og kokain, er risikoen for dødsfall relativt høy. Ved injisering av stoffene, øker risikoen betraktelig. I Norge påvises opioider, eksempelvis heroin, metadon og buprenorfin (som er virkestoffet i subutex og subuxone), i 85 til 90% av alle overdosedødsfall (Amundsen m.fl. 2011).

"Jeg hadde ei venninne. Jeg savner henne (...) det sa bare pang når vi møttes. Hun døde av overdose. Jeg har tenkt mange ganger; Faen, hvorfor var det ikke jeg som døde i stedet, hun var jo bare 22 år." (Informant)

Informantene fortalte alle at de hadde et begrenset nettverk. Det nettverket de hadde i dag besto i overveiende grad av andre som også var rusmiddelmissbrukere. Informantenes fortellinger om vennskap og relasjoner i rusmiljøet bar imidlertid preg av at en hårfin balanse mellom tillitt og svik. "Jeg har kuttet ut mange, fordi jeg blir alltid bare utnyttet", sa en informant. En annen informant fortalte om hvordan kjøp og salg av rusmidler var en kilde til utnyttelse av de svakeste i miljøet:

"Jeg prøver å unngå å selge. Det er så moralsk forkastelig. Jeg får dårlig samvittighet. Betaler 30 kr og selger for 800. De utnytter jo de svakeste. Den som klarer å skaffe 800 kroner holder seg så vidt frisk."

Til tross for at informanten syntes det var moralsk forkastelig ved å selge stoff til andre, solgte han allikevel av og til. Drivkraften for å selge var da at han selv var i behov av penger til rusmidler. Andre informanter fortalte om at både hadde blitt frastjålet saker, men også at de selv stjal fra andre når abstinensene begynte å merkes. Samtidig bar også informantenes fortellinger preg av fellesskap og solidaritet. Flere fortalte om hvordan de samarbeidet og delte på inntekt og rusmidler. En av informantene fortalte at han hadde hepatittsykdom, og at

han derfor passet på å ikke dele sprøyte med andre som ikke var smittet. Flere advarte også mot å selge rusmidler til ungdommer som ennå ikke var avhengig.

En av informantene holdt på intervjuetidspunktet, på med å flytte til et annet sted. Han fortalte at han ville skifte miljø, og komme seg bort fra det harde rusmiljøet. Helsen var dårlig, og han fortalte at han ikke hadde annet valg enn å komme seg bort. Det synet på rusmiddelmissbruk denne informanten presenterte, kan ses i sammenheng med det Rise (2011:30) sier om konflikten mellom viljestyrke og selvregulering:

"Noen ganger gir en etter for den sterke appetitten knyttet til inntak av stoffet, mens andre ganger er lysten til å avstå sterkere. At en slik konflikt kan framstå som sykdomslignende, gjør den imidlertid ikke til en sykdom i seg selv."

Rise (ibid) konkluderer istedet med at den frie viljen er til stede, og er det som gir oss muligheten til selvregulering. Samtidig er ikke alltid viljen i seg selv en sterk nok motivator. Motivasjonsgrunnlaget for viljen må være tilstrekkelig sterkt for at vi skal ha vilje til å følge den viljen vi velger å ha. Det kan derfor ses som at det også avhenger av en annen type frihet og vilje; nemlig "frihet til å ha den viljen man ønsker å ha."(Rise, 2011:34). Informanten fortalte at slik situasjonen hans var nå, var en reduksjon i rusbruken hans eneste mulighet. For å klare å regulere sitt rusmiddelmissbruk var han imidlertid avhengig av en økt grad av deltakelse i det sosiale fellesskap enn det han hadde nå. Ifølge informanten måtte han bort fra det nettverket av rusmiddelmissbrukere som han nå var en del av. Han måtte bli del av lokalsamfunnet, omgås mennesker som ikke misbrukte rusmidler. Det han derfor ønsket hjelp til fra bistandssystemet, var muligheten til å skifte miljø og nettverk.

Informantene fortalte at de tidligere, i større eller mindre grad, hadde hatt et nettverk som også besto av av andre utenfor rusmiljøet. Flere av dem beskrev det imidlertid som vanskelig å vende tilbake til det de hadde hatt før. "Hva hvis jeg får spørsmålet, hva har du gjort de siste tre årene?", sa en informant. Flere av fortellingene bare preg av skamfølelse over det livet de levde i dag. Ifølge Stoltenbergutvalget (2010) er rusmiddelmissbruk er forbundet med ulike følelser. Skam, selvforakt, fornedrelse og skyld, kan være noen av dem (ibid). Informanten som er sitert over sier noe om disse følelsene. En annen informant mistet mesteparten av sin familie og sine venner da han ikke lenger klarte å holde det skjult at han misbrukte amfetamin:

"Så måtte jeg gå å lyge til slekta i 2-3 år. Da alt kom for en dag var det bare pappa som ikke slo hånda av meg."

Informantenes fortellinger vitner om at vi alle inngår i et sosialt felleskap. Mennesket "(...) er avhengig av, påvirkes av og forholder seg til andre mennesker" (Schiefløe, 2011:287). Alle har vi en formening av hvordan vi ønsker at andre skal oppfatte oss. Samtidig som vi prøver å påvirke denne, tolker vi kontinuerlig andres reaksjoner. I dette kontinuerlige samspillet utformes og utvikles måten vi ser på oss selv (ibid). Følgende sitat kan illustrere hvordan et slikt samspill også kan bidra til en erkjennelse i forhold til eget liv:

"For noen år siden så hørte jeg om folk som gjorde forskjellig. Dømte de nord og ned. Men nå gjør jeg det samme..." (Informant)

Ut i fra tanken om at synet en har på seg selv utvikles i et samspill mellom en selv og andre, kan sitatet også sies å tematisere et syn på rusmiddelmissbruker som heller ikke er ukjent i samfunnet forøvrig. Bruk av illegale rusmidler er ikke akseptert i Norge. Det kjempes kontinuerlig en kamp mot narkotikaen fra politisk hold, med bred støtte fra befolkningen. De illegale rusmidlene som samfunnsproblem har en synlig plass i både media og samfunnsdebatten forøvrig (Mæland, 2010). Informantenes fortellinger bærer preg av at de er vel vitende om at de lever et liv som ikke er sosialt akseptert. I en informants fortelling om prosessen for å få samvær med egne barn, tematiseres dette tydelig:

"Jeg ville ha samvær med ungene mine. Da ble jeg hudfletta av ei fra LAR. "Du lar narkotika gå forann ungene dine, så samvær får du aldri", sa hun. Men jeg fikk samvær, etter å ha gått til retten. Fire ganger i året, med tilsyn"

Informanten som er sitert over fortalte at han aldri var ruset under samværet med barna. Dette var noe han var svært nøye på. Tilsynet ble allikevel opprettholdt, noe informanten syntes var helt greit. Informanten begrunnet dette med at han var rusmiddelmissbruker, og at han derfor forsto at de ansvarlige for tilsynet måtte forsikre seg om at han var nykter under samværet. Det kan synes som et paradoks at samtidig som informanten reagerte kraftig på at hjelpeapparatet definerte hans omsorgsevne ut i fra rusmiddelmissbruket, definerte han også seg selv og behovet for tilsyn ut i fra det samme kriteriet. Tilsynelatende gjorde informanten dette uten at han selv satte noe spørsmålsteget ved dette. I samspillet mellom mennesker, er

ikke slike stigmatiseringsprosesser uvanlige. Omverdenes syn på det avvikende internaliseres og gjøres til det bildet en person har av seg selv (Solheim, 1996). Dette kan settes i sammenheng med de forventninger til problemdefinisjoner som ligger i samfunnet. Problemdefinisjoner som står i motsetning til de dominerende diskurser i samfunnet, risikerer å bli definert som meningsløse eller lite troverdig. For å være en del av samfunnet, må våre historier og definisjoner også være meningsfulle for omgivelsene. Vår oppfattelse av oss selv, defineres derfor gjennom et gjensidig samspill mellom andres forventninger og syn og ens eget (Järvinen, 2003).

Alle informantene fortalte om erfaringer de hadde fra møte med et hjelpeapparat som definerte og behandlet dem på en nedlatende måte fordi de var rusmiddelmissbrukere. Denne beskrivelsen passet ikke overens med den oppfattelsen de hadde av seg selv. "De skriver det i papirene sine, at jeg er en rusmisbruker", sa en av informantene, og la irritert til: "Men de kjenner meg jo ikke en gang, de har møtt meg i fem minutter!" En annen informant fortalte om opplevelsen av å bli straffet fordi han skapte unødvendig arbeid for en ansatt i kommunen hun tilhørte. I forbindelse med flytting til en annen kommune, opplevde informanten å måtte begynne å hente metadonen daglig. Begrunnelsen han fikk oppgitt for et strengere kontrollregime var at LAR ville være sikre på at han fulgte reglene og ikke begynte å selge metadonen når han nå flyttet. For informanten var dette uforståelig. I løpet av den tiden han hadde benyttet metadon, hadde han fulgt opp alle kontroller og henteregimer. En annen informant beskrev hvordan han opplevde å bli misforstått på følgende måte:

"Vi som er stoffmisbrukere, det er jo en sykdom. Akkurat som alkoholikerne. Vi er ikke galninger. Vi er friske sånn mentalt." (Informant)

De opplevelser informantene forteller om kan, slik jeg ser det, forstås som en reaksjon på å bli stemplet som en avviker. De fortellinger som informantene forteller har mange likhetstrekk. Samtlige forteller om opplevelsen av å bli sett på som en avviker og en sak istedet for som et unikt individ. Stemplingen medfører at avvikerrollen blir personens hovedposisjon (Schieffloe, 2011). Dette kan ses i sammenheng med at tjenesteytere og brukere har ulik grad av makt. Dette medfører at beskrivelsen den ansatte i hjelpeapparatet gir av brukeren vil være mer virkelig og riktig enn den brukeren gir av seg selv (Järvinen og Mik-Meyer, 2003a).

Rusmiddelmissbruk engasjerer og er et tema som hyppig er diskutert. 'Alle' har en mening om hva som gjør at rusproblemer oppstår og hvordan de bør behandles (Lossius, 2011).

Innledningsvis i denne oppgaven viste jeg hvordan synet på rusmiddelmissbrukere har vekslet mellom en medisinsk og sosialfaglig forklaringsmodell. I takt med disse svingningene har også hjelpetilbudet til rusmiddelmissbrukere variert mellom sosiale og medisinske tiltak. Den medisinske forklaringsmodellen som i dag fremstilles som gjeldende antas å skulle gi rusmiddelmissbrukere en økt grad av verdighet (Skretting, 2011b). Man kan imidlertid spørre seg om synet på rusmiddelmissbrukere virkelig preges av en medisinsk forklaringsmodell?

Rusmiddelmissbrukere fremstilles både i den offentlige debatt, og blant helsepersonell, som viljesvake. Behandlingstilbudet preges av konsekvenser, straff og belæring. Når ruspasienter får tilbakefall kan de risikere å bli utskrevet på grunn av brudd på behandlingssopplegget. (Lossius, 2011). Mitt poeng med å fremheve behandlingstilbudet i denne delen av oppgaven, er imidlertid ikke å innlede noen diskusjon om hvordan behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere er, eller bør være. Mitt anliggende er istedet å vise hvordan den gjeldende forklaringsmodell kan knyttes til det syn på rusmiddelmissbrukere som eksisterer i samfunnet.

Sett i lys av hvordan konstruksjonen av en institusjonell identitet foregår, kan man se de møter informantene her forteller om som et eksempel på dette. Informantene opplever å bli stemplet som rusmiddelmissbrukere, som avvikere. De avviker fra normen og kan dermed plasseres i kategorien avvikende, til forskjell fra de normale. Ifølge Egelund (2003) har konstruksjonen av institusjonelle identiteter sin legitimitet i distinksjonen normal-avvikende. De avvikende lever ikke livene sine på en kulturelt og sosialt akseptert måte, og kan dermed plasseres i kategorien hjelpetrengende, eller brukere. Dette er med på å gi brukeren rett til hjelp, men samtidig er det også med på å legitimere tiltak og den inngripen som anses som nødvendig i den enkeltes liv (ibid). Konsekvensen av å være en avvikler vil imidlertid ikke bare merkes i forhold til bistandsapparatet.

Informantene beskriver alle hvordan deres nettverk er blitt begrenset som følge av det livet de i dag lever. De har få eller ingen igjen av venner og familie utenfor rusmiljøet. Informantene fortalte alle om hvordan hele deres nåværende livssituasjon gjorde at de ikke lenger hadde noe nettverk utenfor rusmiljøet. En slik gradvis redusering av nettverket kalles av Fyrand (2005) avskalling av nettverk. Avskallingsprosesser går gjerne over tid, og kan eksempelvis skje ved

langvarig rusmiddelmisbruk. Ved rusmiddelmisbruk blir rusen det sentrale omdreiningspunktet i livet, og evnen til gjensidighet i relasjoner svekkes. Dette fører ofte til at det rusfrie nettverket trekker seg vekk (ibid).

Sett i sammenheng med den problemdefinisjonen som foreligger av rusmisbruk som avvik, kan man også se en slik mangel på nettverk som en konsekvens av å ikke kunne leve opp til de forventninger som samfunnet har til sosial deltakelse og gjensidig forpliktelse i relasjoner. Slik informantene beskriver sin mangel på deltakelse i det sosiale samfunnsliv, kan deres fortellinger settes i sammenheng med begrepet sosial eksklusjon. Sosial eksklusjon betegner personer som kan sies å stå på sidelinjen, som holdes utenfor samfunnet. Begrepet viser til en prosess der opphopning av sosiale problemer fører til at personer, eller grupper, blir avskåret fra å delta sammen med resten av samfunnet (Halvorsen, 2002). Slik informantene forteller om sin nåværende livssituasjon kan de ses som sosialt ekskludert. De har imidlertid et mål om en annen tilværelse. Informantene gir uttrykk for at de ønsker å delta, de ønsker å være en del av et større sosialt felleskap. Det at de nå står på sidelinjen gjør imidlertid veien til deltakelse lang. En informant sier det på følgende måte:

"Jeg kjenner jo en del utenfor rusmiljøet, men det stopper meg at jeg er redd for å bli dømt. Jeg kan ikke gå tilbake til det gamle miljøet. Hva vil de si når de får høre at jeg har rusa meg i tre år og vært uten fast bolig. De kommer til å se så ned på meg. Nei, det makter jeg ikke."

PÅ STEDET HVIL

Jeg har i dette kapitlet tatt for meg de målene informantene har for fremtiden; Et sted å bo, stabil rus, forsørgelse og sosial deltakelse. Felles for informantenes fortellinger er imidlertid at de ikke når disse målene. I forhold til måloppnåelse står de på stedet hvil. Dette kapitlet har således dreid seg om den første av de to problemstillingene for denne oppgaven. Jeg har vist hvilke mål et utvalg rusmiddelmisbrukere har for fremtiden. I det neste kapitlet går jeg videre til den andre problemstillingen; Hvorfor når de ikke målene?

KAPITTEL 5 - OM Å GÅ OG GÅ OG ALDRI KOMME TIL DØRA

I dette kapittelet ser jeg på runddansen i den ytre sirkelen av teorimodellen. Den ytre sirkelen består av de ulike deler av bistandsapparatet som informantene forteller at de søker og mottar hjelp hos. Hjelpeinstansene den ytre sirkelen består av er substitusjonsbehandling, rusbehandlingsinstitusjon, kontaktperson og ansvarsgruppe og fastlege. Informantene søker hjelp hos disse tjenesteyterne med et håp om at det skal bringe dem nærmere den indre sirkelen av mål om et sted å bo, stabil rus, forsørgelse og sosial deltakelse. Som vist i kapittel fire når de imidlertid ikke disse målene. I dette kapittelet analyserer og drøfter jeg hvorfor de ikke når målene sine.

SUBSTITUSJONSBEHANDLING - OM Å IKKE KVALIFISERE

Ingen av informantene var på intervjutidspunktet under Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), men dette var noe informantene snakket mye om under intervjuene. To av informantene hadde tidligere vært med i LAR. En av informantene ønsket å komme inn i LAR, men hadde flere ganger fått avslag.

"Du må sannsynliggjøre at du har et misbruk, og at du har hatt det over lang tid. Før så var det aldersgrense, men det er det ikke lenger. Men fastlegen og sosialkontor, de skal prøve alt annet først. De andre behandlingstilbudene foretrekkes. Jeg har prøvd i 5 år, men NAV bare stopper det og fastlegen vil ikke sende søknad." (Informant)

Informanten som er sitert over, fortalte at han hadde ruset seg siden ungdomsårene. Han ønsket substitusjonsbehandling, men fikk altså ikke dette. Han kvalifiserte ikke, ifølge både NAV og fastlege. Innskriving i LAR skal etter LAR-forskriften (2009) skje etter

"(...) en konkret og tverrfaglig spesialisert vurdering av pasientens helsetilstand."

Beslutningsmyndigheten ligger her hos spesialisthelsetjenesten (ibid), ikke hos verken NAV eller fastlegen. Som beskrevet innledningsvis i oppgaven er LAR en del av rusbehandlingen i spesialisthelsetjenesten. Etter pasient- og brukerrettighetsloven (2001) har pasienten rett til å få vurdert sin henvisning innen 30 dager. Problemet til informanten er imidlertid at

henvisningen aldri kommer frem til spesialistene som skal vurdere den. NAV og fastlegen bedriver her ifølge informantens fortelling non-decision-making. De hindrer informantens sak i å nå frem til beslutningsarenaen. Dette viser tydelig den skjevfordeling av makt som ligger i relasjonen mellom brukere og tjenesteytere.

I feltet der helse- og omsorgstjenester ytes står brukere, som informanten som ønsker innpass i LAR, i en avmaktposisjon i forhold til å få fremmet sine saker. Posisjonen brukeren innehar, fremkommer kanskje særlig tydelig i de saker der de møter lukkede dører. Det er imidlertid heller ikke slik at alle tjenesteyterne har samme posisjon. I forhold til den makt det kjempes om innad i feltet kan det se ut til at fastlegene og NAV har en særskilt posisjon i form av den portvokterfunksjonene de innehar ved at brukeren er avhengig av dem for å komme videre mot målet sitt om å komme inn i LAR. Den makten fastlege og NAV har i kraft av denne portvokterfunksjonen, er ikke nødvendigvis i seg selv negativ. Vi er alle avhengige av makt for å gjennomføre ting, for å ta avgjørelser. Makt gir dermed muligheter. Når maktbruken oppleves som negativ er det kanskje ofte i de situasjoner der man opplever at makten brukes til å hindre, eller til å få hjelpeapparatets vilje gjennom, istedet for brukerens (Skau, 2003). Innenfor feltet der helse- og sosialtjenester ytes er makten fordelt ulikt. Tjenesteyterne har en annen posisjon enn brukerne, og dette medfører at tjenesteyterne har en større makt til å gjennomføre sin vilje. Dette vil alltid reise spørsmål om hva som er riktig. Makt er derfor, ifølge Skau (2003:47) "(...) uløselig knyttet til etiske spørsmål og dilemmaer." Dette viser seg også i forhold til de kontrolltiltak som er knyttet til substitusjonsbehandling.

Informantene som tidligere hadde vært med i LAR fortalte om hvor uverdige de opplevde kontrolltiltakene som var knyttet til substitusjonsbehandlingen. En informant ga følgende beskrivelse av kontrolltiltakene i form av urinprøver da han var med i LAR:

"Jeg brukte metadon tidligere, men da måtte jeg avgi urinprøve tre ganger i uka. Det var sånn at først måtte man trekke opp jumperen, så trekke ned buksa, så på med hansker, også pisse i en kopp. Og klarte du ikke å pisse på en viss tid måtte du gjøre det seinere. Jeg klarte jo ikke når jeg visste at de sto bak speilet (...) det er sånn speil rundt hele. Det er jo helt sprengt da, er så nedverdiggende. Men du får mer frihet, du får hente metadon en gang i uka."

Det er åpenbart at det er mange hensyn å ta i forbindelse med bruk av metadon og subutex. Samtidig kan man spørre seg om det virkelig er de helsemessige aspektene som her veier tyngst. Det fremstår som at samtidig som det helsemessige aspektet understrekes, understrekes det samfunnsmessige aspektet minst like sterkt. Fra myndighetenes side begrunnes kontrolltiltakene med viktigheten av kontroll for å styrke rehabiliteringen, samt å hindre lekkasje (Helsedirektoratet, 2010). I forhold til urinprøvetaking understrekes plikten til å

"(...) legge til rette for at slik prøvetaking gjennomføres på en forsvarlig måte. Hensyn til diskresjon og verdighet skal ivaretas, men for å sikre at prøven stammer fra riktig pasient skal prøven avlegges overvåket. Det betyr at det skal være helsepersonell til stede som kan dokumentere at prøven kommer fra pasienten." (ibid:71).

Det er et sterkt innslag av kontroll i LAR, som vanskelig kan rettferdiggjøres bare ved bruk av de helsemessige argumentene. For å forstå graden av kontroll i LAR, må de nok også ses i sammenheng med det samfunnsmessige behovet for å kontrollere utdelingen av ellers illegale rusmidler. Kontrollrutinene i LAR kan dermed settes i sammenheng med den legitimitet en institusjonell identitet, ifølge Egelund (2003), gir i forhold til de tiltak og den inngripen som benyttes overfor brukeren. Rusmiddelmissbrukere er i utgangspunktet en avvikende gruppe, noe som fordrer en disiplinerende linje fra hjelpeapparatet.

To av informantene fikk substitusjonsbehandling utenfor LAR. De fikk da subuxone, som de hentet daglig. Det var ingen kontrollprøver knyttet til utdelingen, og heller ingen tilbud om andre rehabiliteringstiltak.

"Det eneste som skjer er at jeg ikke får abstinenser. Merka ingenting egentlig, men når jeg ikke får abstinenser trenger jeg ikke å skaffe nytt hele tia." (Informant)

Man kan stille spørsmål ved hvorfor det i LAR er så viktig å hindre sidemisbruk, mens det i LAS ikke er det. I begge tilfeller er det snakk om substitusjonsbehandling med den hensikt å gjøre hverdagen til mennesker med omfattende rusmiddelmissbruk mer levelig. Et sterkt argument for å kontrollere for sidemisbruk er det helsemessige aspektet.

"Legemidler som brukes i LAR, kan skade pasienten dersom det ikke tas på foreskrevet måte. De utgjør også en betydelig fare dersom de kommer i hendene på personer som ikke har utviklet toleranse for opioider. Grensen mellom nødvendig kontroll og hjelp til normalisering av tilværelsen i et rehabiliteringsforløp er vanskelig å trekke og må vurderes både individuelt og i et samfunnsperspektiv." (Helsedirektoratet, 2010:67).

Den praksis som informantene forteller om illustrerer at det ligger noe mer enn bare et ønske om å ivareta deres helse. Det presenteres dermed som et helsefaglig spørsmål, men det benyttes sosiale, samfunnsfaglige argumenter og tiltak som tydelig forsøker å ivareta den gjeldende narkotikapolitikk. Det skinner dermed tydelig gjennom hvordan de samfunnsmessige forventningene til bistandssystemet her styrer tjenestetilbudet. Det advares mot å gi metadon og subutex i kombinasjon med andre medikamenter. Det understrekes at benzodiazepiner ikke bør gis til pasienter i LAR (Helsedirektoratet, 2010). For de som får subuxone er det imidlertid som sagt ingen kontrollrutiner, og det åpnes dermed implisitt for sidemisbruk, også med benzodiazepiner.

Ser man på den høye graden av kontrolltiltak i LAR versus fraværet av kontrolltiltak i LAS, fremstår det som at det egentlige målet for LAR er rusfrihet. Målet om rusfrihet kan ut i fra dette ses som en rasjonaliserende myte som ligger til grunn for utformingen av tiltaket og dets kontrollrutiner. Konsekvensen blir da at LAR ikke handler om rehabilitering i den forstand at brukeren skal bistås i arbeidet med å nå sine mål. LAR handler om at brukeren skal kontrolleres slik at de kun bruker det rusmiddelet han eller hun får på resept. Etterlevelse av kontrollrutinene skal vise at brukeren ivaretar sine forpliktelser i forhold til de samfunnsmessige forventningene til rusmestring.

Bruken av kontroll i LAR kan ses i sammenheng med en individfokusering som de siste årene har blitt mer og mer fremtredende i bistandssystemet. Det individuelle ansvar fordrer at brukeren må være innstilt på personlig forandring. Brukeren må være motivert, hevdes det i stadig flere sammenhenger (Järvinen og Mik-Meyer, 2003a). Informantenes fortellinger om LAR, viser til en grunnleggende tanke om at brukeren må vise at han eller hun har er villig til å stå til ansvar for sitt rusmiddelmisbruk. Det fremstår som brukeren må inngå en kontrakt med samfunnet om behandling, slik at det hvertfall utad virker som informantene er på vei mot rusfrihet. Dette vitner om en type ansvarliggjøring som ifølge Järvinen og Mik-Meyer (2003a)

er typisk for det individfokuserede arbeid, der ansvarliggjøring av brukere innebærer "(...) at deres selvforståelse og individuelle livsstil tilpasses de forandringsmodeller, som institusjonen arbeider med." (ibid:12).

Ingen av informantene fikk velge hvilket legemiddel de ønsket som substitusjonsbehandling. Informantene fortalte imidlertid om store forskjeller i opplevelsen av effekt av de ulike legemidlene. En av informantene fortalte følgende om hvordan han ble tvunget til å bytte legemiddel:

"Jeg fikk metadon de første tre månedene når jeg var i LAR. Men jeg ville ha 50 mg, og det fikk jeg ikke for minstedosen var 60. Så da fikk jeg subuxone i stedet. Men jeg fikk så nerver av subuxone. Uff, no så gæli (...) det er egentlig mye bedre nå etterpå, når jeg er uten."

Informanten bestemte seg til slutt for å slutte på subuxone, og heller gå tilbake til å benytte de rusmidler han kjøpte illegalt. For de av informantene som var under LAS, var subuxone det alternativet de fikk tilbud om. Dette er i tråd med anbefalingene i de nasjonale retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering. Begrunnelsen er å hindre misbruk av legemidlene, samt hindre lekkasje til markedet forøvrig (Helsedirektoratet, 2010). Dette var også begrunnelsen informantene hadde fått oppgitt. De av dem som fikk subuxone hentet denne daglig og måtte innta den under påsyn av helsepersonell. På denne måten ble lekkasje til markedet for øvrig hindret. Samtidig var det ingen kontrollprøver. Informantene fortalte at de synes dette var fint, da det gjorde hverdagen mye lettere for dem. Samtlige benyttet seg av andre rusmidler i tillegg til subuxone, men de fortalte at subuxone gjorde at de brukte mindre av andre rusmidler.

Understrekingen av det helsemessige aspektet ved substitusjonsbehandling synes å ha blitt borte i praktiseringen av LAS. Den sterke understrekingen av de helsemessige farene ved sidemisbruk som benyttes som argument i LAR, synes å være borte. Kontrollrutinene i LAS er utelukkende knyttet til å hindre lekkasje. Med andre ord er det kun de sosiale, samfunnsmessige sidene ved argumentasjonen for kontroll som er opprettholdt. Det er fristende å spørre seg om vektleggingen av det helsemessige aspektet i LAR fungerer mer som et utstillingsvindu ut mot samfunnet enn som et genuint mål. Ved å understreke det helsemessige aspektet viser LAR at de rasjonaliserende myter om rusfrihet ivaretas. Alle kan

dermed se at LAR som velferdsinstitusjon ivaretar de forpliktelser de har til å oppdra og hjelpe rusmiddelmissbrukere et et bedre liv uten rus.

RUSBEHANDLINGSINSTITUSJON - OM Å MELKE SYSTEMET

Alle helseforetakene i Norge tilbyr rusbehandling i institusjon. Alle informantene hadde en eller flere ganger vært innom en behandlingsinstitusjon for rusmiddelmissbrukere. Alle hadde de i løpet av institusjonsoppholdet vært mer eller mindre rusfri. Beskrivelsene informantene ga av oppholdene ligner den Smith-Solbakken og Tungland (1997) beskriver: De hevder at en del av det behandlingsapparatet anser som stadig viktigere, er å hjelpe rusmiddelmissbrukere og bryte med de kulturelle båndene de har til rusmiljøet. Ved å lære å stå opp om morgenen, kle seg på en akseptert måte, få orden på de økonomiske forpliktelsene og begynne å leve et regelmessig liv, skal rusmiddelmissbrukerne bli integrert i det såkalt normale samfunn (ibid).

Siden alle informantene ruset seg daglig, hadde gjort dette over lang tid, og ikke hadde noen umiddelbare ønsker om å slutte med rus, ble jeg under intervjuene noe undrende til hvordan disse oppholdene på behandlingsinstitusjon hadde gått til. En av informantene beskrev et slikt opphold på behandlingsinstitusjon:

"Institusjonen fulgte et fast opplegg og tilbød tre måneders opphold. På institusjonen var det faste rutiner, med faste tider for aktivitet, behandling og måltider. Rusfrihet under oppholdet var et krav. Etter nøyaktig 90 dager var oppholdet over. Da sprakk jeg", avsluttet informanten.

Informanten fortalte at han hadde hatt tre slike opphold. Alle foregikk på samme måte, og etter tre måneder begynte han å ruse seg på nytt. Intensjonen for oppholdet fra informanten sin side, var ikke rusfrihet. Han var, ifølge han selv, i behov av en pause fra livet 'på gata'. Oppholdet på institusjonen var for han en måte å hente seg inn igjen på, en pause fra hverdagen med rusbruk. En annen informant sto på intervjutidspunktet i kø for et opphold på en rusbehandlingsinstitusjon. På spørsmål om hva som var formålet med oppholdet, svarte han at han håpet å få seg et sted å bo og oppfølging etter oppholdet. Informanten forklarte at institusjonen tilbød rusbehandling, og at han i grunnen ikke var interessert i dette. Hans mål for oppholdet var å få tilgang til det institusjonen kunne tilby av ettervernstiltak. Dette var, ifølge informanten, den eneste måten han kunne få tilgang til den langvarige, koordinerte

bistanden han ønsket for å nå sine mål om et sted å bo, trygd, substitusjonsbehandling og et liv der han følte seg som en del av samfunnet.

Begge de to informantene som fortalte om behandlingsopphold på institusjon hadde altså et mål om et annerledes hverdagsliv enn det de hadde nå. Hjelpen de ønsket fra bistandsapparatet var imidlertid ikke hjelp til rusfrihet, eller å bryte med den kulturelle båndene til rusmiljøet. For den ene av informantene var institusjonsoppholdet et sårt tiltrengt avbrekk med tre måneder restitusjon. For den andre informanten, var oppholdet et middel for å nå sine mål om en mer normalisert tilværelse.

Informanten som snart skulle inn til institusjonen på for et såkalt behandlingsopphold søkte seg bevisst inn på behandlingsinstitusjon med andre mål enn hjelpeapparatets. Han visste hvordan systemet fungerte, fortalte han meg. Rusbehandlingsinstitusjon er i teorimodellen i figur 3 plassert i den ytre sirkelen. Ved å benytte det behandlingstiltaket som rusinstitusjon er, benytter informanten seg av det tilbudet som eksisterer, men vil ifølge informanten selv aldri nå målet om rusfrihet som er det egentlige målet til behandlingsinstitusjonen. Informanten kan ut fra dette sies å utfylle brukerrollen på en måte som underbygger de samfunnsforventningene som er tillagt institusjonen. Brukeren handler på en slik måte at den aktuelle velferdsinstitusjonen utad ses som den oppfyller og ivaretar de materielle og symbolske interesser som er knyttet til institusjonen (Stax, 2003). Brukeren kan ut fra dette sies å søke å oppnå det som Goffman ifølge Stax (ibid:167) kaller kolonisering. Han

"søger at opbygge en stabil tilværelse på baggrund af de muligheder, som institutionen tilbyder, men hvor klienten ikke stræber efter at opnå den forandring, som institutionen formelt tilsigter."

Informanten sier at han vet på forhånd at han ikke kommer til å bli rusfri, han har rett og slett ingen intensjon om dette. Hans fortelling vitner dermed tydelig om et bistandssystem der han ikke kan få den hjelpen han selv mener han er i behov av. Allikevel bidrar han til at antall behandlingsplasser fylles opp og benyttes. Institusjonen kan således vise til ennå en rusmiddelmisbruker inne til behandling, og vise til at etterspørselen er der. Ved å benytte seg av behandlingstilbudet som eksisterer bidrar dermed informanten til å opprettholde de rasjonaliserende myter som bistandssystemet bygger på. Informanten benytter seg av en behandlingsplass der han skal behandles for sitt problem, som ved innskrivelse i institusjonen

defineres som rusmiddelmissbruket. Institusjonens beskrivelse av problemet kan således ses som hyperreal, eller med andre ord mer sann enn brukerens (Järvinen og Mik-Meyer, 2003a). Rusbehandlingsinstitusjonen er til for rusmiddelmissbrukere. Rusmiddelmissbrukere kvalifiserer således til et opphold uavhengig av hva deres mål for oppholdet er. At pasientens beskrivelse av sitt problem blir ikke tatt til følge, kan derfor settes i sammenheng med at dette ville undergrave institusjonens rolle i velferdssystemet. Maktforskjellen som gjør at institusjonens beskrivelse blir hyperreal, kan dermed sies å springe ut av, og være sammenvevet med institusjonens handlingsmuligheter (Järvinen og Mik-Meyer, 2003a). En rusbehandlingsinstitusjon ville naturlig nok ikke kunne kalles en rusbehandlingsinstitusjon dersom de ikke arbeidet med rusbehandling.

LAVTERSKELTILBUD - ET SKRITT I RIKTIG RETNING ELLER ENDEHOLDEPlass?

Informantene hadde tilbud om, og benyttet seg av, ulike lavterskeltilbud. Dette var tilbud om helsehjelp i forbindelse med skader av sprøytemisbruk og overdoser, tilgang på rene sprøyter, overnatting på natthjemmet og tilgang til måltider og ulike steder å være på dagtid. Disse lavterskeltilbudene inngår alle i det som defineres som skadereduserende tiltak. Det primære målet for skadereduserende tiltak er ifølge Skretting (2011c:59) "(...) å redusere de umiddelbare skadene av misbruk."

Betegnelsen skadereduksjon ble først tatt i bruk i forhold til tiltak som skulle begrense HIV-epidemien blant sprøytemisbrukere (ibid). Det er blant annet blitt satset stort på utdeling av rene sprøyter, et tiltak som har vært praktisert i mer enn 20 år i Norge (Bretteville-Jensen m.fl. 2011). Oslo startet med sprøyteutdeling allerede i 1988, og i dag har de fleste større kommuner ordninger for utdeling av rene sprøyter (Amundsen m.fl. 2011). På slutten av 1990-tallet ble debatten om sprøyterom reist, og etter en lang politisk prosess, ble lov om sprøyterom vedtatt midlertidig i 2004, og deretter permanent i 2009. Loven innebærer at det kan etableres sprøyterom i alle landets kommuner etter godkjenning fra Helsedirektoratet. Så langt er det imidlertid kun Oslo kommune som har benyttet seg av loven og etablert et slikt tilbud (Skretting, 2011a).

Det ideelle målet for skadereduserende tiltak er ifølge Skretting (2011c) at rusmiddelmissbrukerne blir motivert til kontakt med ulike hjelpeinstanser som tilbyr behandling og rehabilitering. Det samme argumentet finner vi også i Samhandlingsreformen (2008-2009), der det understrekes viktigheten av å tilby lavterskeltilbud. Tanken bak lavterskeltilbudene hviler da på en tanke om at rusmiddelmissbrukere er vanskelig å nå, unnlater å søke behandling og har problemer med å følge opp behandling som er igangsatt. Målgruppen er mennesker med omfattende rusmiddelmissbruk, og tiltakene hevdes å være både virkningsfulle og treffe de behov målgruppen har (ibid). Informantene til denne oppgaven tilhører målgruppen for disse lavterskel, skadereduserende tilbud. De benyttet seg alle av de ulike lavterskeltilbudene de hadde tilgang til. Lovordene om de som arbeidet ved, og drev disse tilbudene var også mange. Informantene fortalte at uten natthjemmet måtte de ha sovet på gata. Uten stedene som hadde åpent på dagtid, måtte de ha drevet gatelangs. Flere hadde også fått hjelp til å kontakte andre instanser i bistandsapparatet, slik som fastlege og LAR.

Ingen av informantene var imidlertid i nærheten av å hevde at disse tilbudene dekket deres behov. Informantene benyttet de skadereduserende tiltakene i mangel av bistand til å nå de målene de selv hadde, og for å få dekket de grunnleggende behov for hvile og ernæring. Informantene kan således sies å søke å oppfylle de grunnleggende fysiologiske behov sett ut fra Maslows behovspyramide som er presentert i kapittel fire. Det faktum at tilbudene benyttes kan imidlertid på en annen side tyde på at det faktisk er behov for disse tilbudene. Selv om tilbudet ikke dekker brukerens egentlige behov, ser det tilsynelatende ut som de sørger for at brukerne får tilgang til både helsehjelp og tak over hodet. Disse behovene er viktige grunnleggende behov, som det for velferdssamfunnet er viktig at blir ivaretatt. Ingen skal gå til grunne i den solidariske velferdsstaten Norge (Hjelmtveit, 2010). Når målgruppen benytter seg av skadereduserende tiltak bekreftes således tiltakenes suksess. Det er kan ut fra et slikt syn også ses hvordan det ikke er noen tvil om at norske myndigheter har gjort sitt i forhold til å forebygge sykdom og smitte blant sprøytemisbrukere: Ingen andre land i Europa deler ut så mange sprøyter som det gjøres i Norge.

En kartlegging gjort av Statens institutt for rusmiddelforskning, viste at det i 2006 ble delt ut over 3,1 millioner sprøyter i Norge. Delt på de anslagsvis 10.000 sprøytemisbrukere som finnes i Norge, utgjør dette 330 sprøyter per person (Bretteville-Jensen m.fl. 2011). Sprøyteutdelingen har både i Norge og ute i Europa blitt hevdet å ha bidratt til en reduksjon

av nye HIV-tilfeller. Det bør imidlertid nevnes at at det i nyere kunnskapsoppsummeringer er fremkommet at det er store svakheter ved tidligere utført forskning på effekten av sprøyteutdeling. Det sås nå sterk tvil om forskerne egentlig var objektive da de ut fra forskningen argumenterte for at sprøyteutdeling reduserte HIV-epidemien. Tilhengere av skadereduserende tiltak kunne imidlertid lettere få gjennomslag for sprøyteutdelingen både hos politikerne og andre ved å ha ryggdekning i forskning (Amundsen m.fl. 2011).

Enkelte frykter at skadereduserende tiltak kan bidra til å opprettholde rusmiddelmissbruket, og dermed svekke motivasjonen til å søke behandling for å redusere eller slutte med misbruket. Denne frykten har imidlertid vist seg å være ubegrunnet. Det finnes ingen indikasjoner på at noen har latt være å slutte å ruse seg på grunn av tilgang til rene sprøyter eller helsetjenester (Skretting, 2011c). Norske myndigheter argumenterer istedet for at skadereduserende tiltak må ses som et første skritt på veien mot rusfrihet. Skadereduksjon ses dermed som et delmål (Bretteville-Jensen m.fl. 2011). Informantenes beskrivelse av de skadereduserende tiltakene, samsvarer ikke med skadereduserende tiltak som et delmål. De skadereduserende tiltakene beskrives istedet som noe brukerne får tilgang til når de ikke mestrer de standardiserte behandlingsforløpene. En informant beskriver hvordan han mistet tilgang til oppfølging da han sluttet i LAR, og istedet gikk over til substitusjonsbehandling utenfor LAR.

"I LAR er det mer oppfølging. Da er det ansvarsgruppemøte hver tredje måned, og du får en kurator. Når jeg var med i LAR så hadde jeg en kurator, men den kuratoren var bare mens jeg var med i LAR, ikke i LAS. Så når jeg slutta i LAR så mista jeg kuratoren og."

Sitatet tematiserer en type kostnad som er velkjent i velferdssamfunnet. Alle skal føle seg trygge på at de blir ivaretatt, og den kollektive forpliktelsen er en viktig grunnleggende verdi i velferdsstaten. Det som det imidlertid ikke alltid snakkes like høyt om, er at dette samtidig har sin pris. Trygghet koster frihet. Frihet til å definere sine egne problemer og seg selv som person. Prisen for visse typer hjelp kan medføre at man samtidig må innta en lav hierarkisk posisjon i samfunnet, underkaste seg disiplinering og kontrolltiltak, og motta og akseptere påtvungne rettleidninger og råd (Kirkebæk, 2002). Informanten som er sitert over maktet ikke å betale kostnaden for deltagelsen i LAR. Dermed mistet han også tryggheten. De skadereduserende tiltakene fungerer således ikke som et delmål, men som en endeholdeplass. Istedet for at de skadereduserende tiltakene fungerer som et skritt på veien mot rehabilitering,

fungerer de istedet som et siste stoppested. Man kan spørre seg om brukerne i LAS er gitt opp av bistandssystemet.

Målet om rusfrihet kan således ses som overordnet i et hierarki over behandlingsmål. En hvilken som helst hierarkisk orden kan bare opprettholdes så lenge den oppfattes som legitim av aktørene (Mik-Meyer og Villadsen, 2007). Behandlingsmålshierakiet der rusfrihet står øverst kan derfor, ut fra et slikt syn, sies å opprettholdes av at det legitimeres både av brukere og tjenesteytere. Som den symbolske maktens dynamikk beskrives av Bourdieu, skjer imidlertid ikke dette bevisst fra verken brukere eller tjenesteyternes side (ibid). Rusfrihet som mål er en del av feltets doxa, og vil derfor til en hver tid infiltrere og opprettholdes i alle relasjoner mellom brukere og tjenesteytere så lenge dette målet legitimeres av begge parter.

FASTLEGEN - DEN SISTE SKANSE

Alle med folkeregistrert adresse i Norge har rett til å ha en fastlege. Formålet med ordningen er at alle som ønsker det skal kunne ha en fast allmennlege å forholde seg til (helfo.no). Alle informantene fortalte at de hadde en fastlege, og de kom alle i løpet av intervjuet inn på relasjonen de hadde til denne legen. I teorimodellen i figur 3, er fastlegen del av den ytre sirkelen. For alle informantene var fastlegen en mer eller mindre sentral person i forsøket på å nå de målene de hadde for fremtiden. Spesielt var legen en sentral kilde for å få tilgang til de medikamenter de mente de var i behov av for å opprettholde en stabil rus. Forsøkene på å få tilgang til disse medikamentene var imidlertid preget av en balansegang mellom tillit og åpenhet. En informant fortalte at han av frykt for å få avslag ikke fortalte at han ønsket legemidler for å dempe effekten av det sentralstimulerende rusmiddelet amfetamin:

"Jeg får nozinan og truxal av fastlegen min. Jeg sier ikke hva jeg skal bruke det til da.. jeg bruker å si at jeg sover dårlig eller noe sånt. Jeg er ikke helt ærlig om det. Det er ikke sikkert det hadde skjedd noe hvis jeg var ærlig, men jeg tar ikke sjansen"

Flere av informantene fortalte at de var klar over at de ved å lyve til fastlegen sto i fare for å miste all tilgang til medikamenter utlevert på resept. En informant fortalte følgende historie om hvordan han hadde erfart at resultatet kan bli langvarlig mistillit:

"Jeg prøvde å lure legen til å skrive ut medisiner som jeg kunne misbruke. Men så ble jeg oppdaga etter hvert, og nå får jeg ingenting. Jeg får ikke tilliten tilbake."

Ifølge Larsen (2008) har legene havnet i en besynderlig rolle i forhold til den norske rusomsorgen. I forhold til å skrive ut medikamenter til rusmiddelmissbrukere må de balansere mellom et ønske om å hjelpe disse menneskene med medikamentell behandling og opprettholde de forventinger og pålegg som foreligger i forhold til å hindre misbruk (ibid). Skillet mellom bruk og misbruk er ikke et enkelt skille, og det er heller ikke objektivt gitt. Begrepet misbruk i seg selv derfor et problematisk begrep fordi det gir inntrykk av at det finnes et klart skille mellom bruk og misbruk (Skog, 2006). Skog (ibid) hevder at misbruk heller må betraktes som et normativt begrep, fordi det strengt tatt er snakk om en subjektiv vurdering av andres forbruksvaner. For legene kan konsekvensen av dette ifølge Larsen (2008:21) være "(...) at de fleste leger vegrer seg for å ha noe med narkomane å gjøre, enten det skyldes frykt for myndighetenes hete ånd i nakken, eller at de ikke orker å forholde seg til en vanskelig pasientgruppe."

Flere av informantene fortalte under intervjuene om opplevelsen av å bli behandlet på en særskilt måte fordi de var rusmiddelmissbrukere. Spesielt kom dette frem i forhold til hvordan de opplevde å bli møtt når de oppsøkte legen med ulike helseplager. Informantene fortalte gjennomgående om å bli møtt først og fremst som en rusmiddelmissbruker.

"Jeg ringte legen en gang jeg hadde skikkelig influensa. Jeg mente oppriktig at jeg ville ha råd. Det eneste han sa var "du får ikke Cosylan (hostesaft med små mengder morfin) hvis det er det du trur." (Informant)

Skau (2003) hevder at noen klienter får en livslang status som klient. Prosessen der man blir en klient, kan dermed bli en livsvarig forandring. Dette kan settes i sammenheng med en masterstatus som rusmiddelmissbruker. Rusmiddelmissbruket usynliggjør og overskygger de andre sidene og egenskapene ved personen (Thommesen, 2012). En annen informant fortalte at han oppsøkte lege i forbindelse med at han hadde mistet en nær venn. Informanten mottok substitusjonsbehandling på dette tidspunktet, noe som gjorde at han ikke fikk den resepten han ønsket.

"Sjefen i LAR, han har taket på legene. Får ingenting. Hvis man har mista en kompis, så får man ikke noe beroligende, for det er ikke lov i LAR."

En tredje informant forteller hvordan hans status som rusmiddelmissbruker hindrer han i å få tilgang til smertelindring.

"Jeg har mye smerter, men jeg får ikke dolcontin. Ikke på sykehuset heller, for jeg er jo rusmisbruker. Jeg er snart 50 år og jeg har store smerter. Hvorfor kan ikke jeg få det? Kreftpasienter få oppi 600 mg om dagen mot smerter. En kompis av meg han får det mot rygg smerter."

Dersom man ser tildelingen av masterstatus i sammenheng med symbolsk makt, kan man ut i fra dette forstå masterstatus ikke bare som noe som tildeles rusmiddelmissbrukere, men også som en status som er avhengig av å opprettholdes av den som får den tildelt. Masterstatusen som rusmiddelmissbruker, kan således sies å utvikles i samspillet mellom rusmiddelmissbrukeren og de samfunnsmessige normene som ligger i bistandssystemet. Makten til å definere kan altså ikke tilegnes som en substans, makten er en virkning av den relasjon som er mellom de ulike aktørene (Mik-Meyer og Villadsen, 2007). Begge de to informantene som er sitert over, hevder at det faktisk at de er rusmiddelmissbrukere diskvalifiserer dem fra å motta den helsehjelpen de mener de er i behov av. Samtidig som de hevder at de behandles annerledes på grunn av deres misbruk av andre stoffer, omtaler de også seg selv ut fra denne statusen. Informantene kan således sies å tilskrive sin avmaktsopplevelse til masterstatusen som rusmiddelmissbruker. I forhold til personer som misbruker illegale rusmidler, har statusen som rusmiddelmissbruker en tendens til å henge ved personen. Kanskje skjer ikke dette utelukkende ved at bistandssystemet og samfunnet definerer personen som avvikende ut fra rusmiddelmissbruket, men også fordi personene selv tillegger denne statusen stor vekt. Avviket ses ut fra dette ikke som en egenskap som er tilstede i personens handlinger, men som resultat av en prosess. "Avviket ligger i interaksjonen mellom personen som utfører handlingen og dem som reagerer på handlingen." (Thommesen, 2012:45).

Informantenes møte med fastlegen bidrar således ikke til at de kommer nærmere sine mål. Møtet med fastlegen bekrefter istedet bare hvordan runddanser i den ytre sirkelen i teorimodellen virker. Rusmiddelmissbrukere er først og fremst rusmiddelmissbrukere, og skal

ikke ha tilgang til ytterligere rusmidler. Så lenge personene først og fremst ses som rusmiddelmissbrukere vil bistandssystemet behandle dem deretter. Når det uttrykte mål er rusfrihet, vil ikke rusmiddelmissbrukeren oppnå å få tilgang til den medikamentelle hjelpen han ønsker. Informantene forteller også at de vet at de aldri vil få tilgang til de medikamenter de ønsker i form av en resept hos fastlegen. Allikevel prøver de med jevne mellomrom fordi de vet at de kan være heldige å få noe av det de ønsker for å klare seg på kort sikt. Informantene kan således sies å forsøke å oppnå maksimalt utbytte innenfor de rammene som hjelpeapparatet tilbyr, de bedriver kolonialisering (Stax, 2003).

ANSVARSGRUPPE OG KONTAKTPERSON - KOORDINERING OG SAMHANDLING PÅ LIKSOM

Informantenes fortellinger om sine relasjoner til bistandsapparatet preges av en kjede av relasjoner og forløp som kan sammenfattes i begrepet brudd. Brudd er et "(...) uttrykk for at ytelsene fra de ulike tjenestestedene ikke møter pasientens behov på en koordinert og rasjonell måte." (Samhandlingsreformen, 2008-2009:48). En informant beskriver hvordan han opplevde at det kommunale helse- og omsorgstilbudet sviktet etter et behandlingsopphold i spesialisthelsetjenesten:

"Jeg har klart det før (å slutte med rus), når jeg var på institusjon. På institusjon fikk jeg medisinsk oppfølging, samtaler og arbeidstrening. Da var jeg rusfri i to år. Men da jeg kom ut så var det ingen oppfølging. Så begynte jeg igjen."

En annen informant forteller om hvordan han erfarte at lovnader om en helhetlig og koordinert oppfølging kan være bare tomme ord:

"Når jeg ble med i LAR, var det det eneste jeg fikk tilbud om. Så jeg måtte bare ta det da. Og da ble jeg lovt oppfølging som bolig og jobb og oppfølging, men jeg fikk ingenting av det."

Alle informantene hadde et kontaktpunkt i kommunen eller i NAV. Informantene var, med unntak av en, lite fornøyd med kontaktpersonene de hadde fått tildelt. En av informantene begrunnet sin misnøye i at koordinatoren ikke visste noe om rusproblemer. En annen fortalte om hvordan han opplevde å bli ignorert:

"Jeg har vel en kontaktperson på NAV (...) på papiret. Jeg har møtt henne, men hun er sånn: Ikke ring meg, jeg ringer deg. Også skjer det ikke noe."

En tredje informant fortalte at han ikke fikk ta del i avgjøresler eller sette mål sammen med kontaktpersonen:

"Den kuratoren var sånn at hvis jeg var enig, så var alt bra, men hvis jeg ikke var enig så var alt bare dårlig. Måtte være enig med henne og ville det hun ville."

En av informantene fortalte at han var svært fornøyd med sin kontaktperson fordi han hadde inntrykk av at han virkelig forsøkte å hjelpe han. Det var imidlertid, ifølge informanten, ingen ting som hadde skjedd i saken hans, fordi kontaktpersonen satt i en avmaktsposisjon. Denne kommunalt ansatte ville ifølge informanten gjerne, men fikk ikke gjennomslag for noen ting, fordi han hadde for lite makt.

Vilje tematiseres i alle informantenes fortellinger om deres kontaktpersoner i bistandssystemet. Det kan synes som at på samme måte som hjelpeapparatet definerer verdige og uverdige brukere ut fra om det er viljen eller evnen det står på, definerer informantene også hjelpeapparatet på samme måte. Følgende utsagn fra en informant illustrerer dette:

"Det må være noen som har viljen. Det hjelper ikke å bare si at du må slutte å ruse deg"

Ingen av informantene hadde på intervjudispunktet Individuell plan. En av dem hadde hatt en tidligere, men dette var så lenge siden at informanten ikke kunne huske verken når han hadde den, eller hva den inneholdt. Flere av informantene fortalte imidlertid at de hadde en ansvarsgruppe. Problemet med ansvarsgruppen, fortalte informantene, var at den ikke fungerte som den skulle. En informant beskrev sin ansvarsgruppe på følgende måte:

"Jeg har jo en ansvarsgruppe da (...) liksom. Men de er jo aldri der."

Dette korte sitatet er beskrivende for hvordan samtlige av informantene beskrev manglende koordinering og samhandling. Fortellingene deres beskriver rett og slett koordinering og samhandling på 'liksom'. Som en annen informant sa:

"Jeg må alltid forklare folka på de ulike stedene hva som har skjedd siden siste. Det er ingen som vet noe om hverandre."

I *Nasjonal retningslinje for LAR* definerer Helsedirektoratet (2010:76) ansvarsgruppe som "(...) en tverrfaglig og tverretattlig gruppe, der de mest sentrale bistands- instansene er representert." Utgangspunktet for arbeidet i gruppa er individuell plan, og bruk av ansvarsgruppe anbefales. I retningslinjen understrekes det at ansvarsgruppe er en frivillig ordning, og at brukeren derfor må samtykke (ibid). Ansvarsgruppe er imidlertid ingen rettighet for brukere etter verken pasient- og brukerrettigheter eller etter lovgivingen innen helse- og omsorg. Dette medfører at ansvarsgruppe, i motsetning til individuell plan, faktisk også strengt tatt er frivillig for tjenesteyterne. Ut i fra dette fremstår det som noe merkelig at flere av informantene har ansvarsgruppe, mens ingen av dem har individuell plan. På en annen side har ingen av informantene en *fungerende* ansvarsgruppe. Dette medfører muligens at det grunnlag for samarbeid og samhandling som kunne vært benyttet i arbeidet med en individuell plan, ikke er etablert.

Tjenesteytere i både spesialisthelsetjeneste, kommune og NAV har plikt til å samarbeide og samhandle med andre deler av forvaltningen (Lov om sosiale tjenester i NAV, 2009; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Alle skal de bidra til en klarere ansvarsfordeling og til sammen å nå et felles mål. Ved bruk av verktøyer som individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper skal ideen om samhandling realiseres. Ideen om samhandling er forankret og nedfelt slik at muligheten for oppgavefordeling, og til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte blir en utfordring. Alle skal samhandle, og tjenestene skal gis på en kordinert og rasjonell måte. Spørsmålet blir imidlertid hvordan man skal koordinere noe som er alle og ingens ansvar.

Thommesen (2012:168) fant i sin undersøkelse av hverdagslivet til mennesker med rusproblematikk og psykiske lidelser at "(...) intervjupersonene ikke 'falt mellom stolene' slik de offentlige utredningene beskriver, men at de 'falt på alle stolene' i den forstand at de har vært innom det meste av velferdsstatens hjelpetilbud og hjelpeinstanser." Slik kan også

samhandlingsutfordringene i forhold til rusmiddelmissbrukerne som er intervjuet til denne oppgaven ses. Informantene kan sies å ha falt på alle stolene, i den forstand at de har gått fra den ene hjelpeinstansen til den neste slik analysen viser runddans i den ytre sirkelen. Spørsmålet jeg sitter igjen med etter å ha hørt informantenes fortellinger, er imidlertid om de stolene de har falt på, egentlig bare var hvilestoler. For å nå de målene informantene forteller at de har, hjelper det ikke at de har falt rett på disse stolene. Disse stolene bringer dem ikke nærmere det målet de selv har. Hvilestolene har gitt dem et avbrekk, de har bidratt til overlevelse, og de har bidratt til at hjelpeapparatet tilsynelatende har hatt suksess.

OPPSUMMERING - OM Å GÅ I RING

Gjennom dette kapitlet har jeg vist at årsaken til at informantene ikke kommer nærmere målene kan forstås gjennom det samspillet som eksisterer mellom bruker og bistandssystemet. Til grunn for bistandssystemets arbeid ligger det forventninger til hvordan de ulike tjenesteytere skal utføre sine oppgaver. Disse forventningene bygger på de rasjonaliserende myter som er springer ut av de samfunnsmessige forventningene til systemet. I forhold til rusmiddelmissbrukere har jeg vist at målet om rusfrihet og bekjempelse av illegale rusmidler må ses som sentrale rasjonaliserende myter. Disse rasjonaliserende mytene er de som avgjør om bistandssystemet har suksess. De rasjonaliserende mytene uttrykkes imidlertid ikke eksplisitt, men er en del av feltets doxa.

Jeg har vist at den skjulte symbolske makt som ligger i feltet av helse- og omsorgstjenester viser seg i form av konstruksjonen av institusjonelle identiteter som legitimerer og opprettholder den ulike graden av makt som bruker og bistandssystem har ervervet seg gjennom sine posisjoner i feltet. Samtidig som bistandssystemets tjenesteutøving påvirkes av de samfunnsmessige forventningene, bidrar også brukerne til å opprettholde det eksisterende system. Ved å benytte seg av de tilbud som eksisterer legitimerer de samtidig den skjevfordeling av makt som er i feltet. De bidrar også til opprettholdelse av de samfunnsmessige forventningene ved å bidra til at bistandssystemet tilsynelatende oppfyller disse forventningene.

Grunnlaget for all bistand velferdsstaten gir, er at den enkelte på sikt skal kunne bli mer selvstendig og selvhjulpen. Velferdsstaten sikter således mot en utjevning av ulikhet, slik at

alle gis reelle muligheter til å delta i samfunnet (Hjelmtveit, 2010). Som vist i denne oppgaven går informantene fra den ene tjenesteyteren til den andre i en evig runddans. For informantene medfører runddansen at de ikke klarer å oppnå noen endring i en livssituasjon de ikke ønsker å være i. Runddansen gjør at de ikke kommer noe nærmere sine mål, de står på stedet hvil. Konsekvensene for individet er således store. At informantene står på stedet hvil er imidlertid ikke bare uheldig for individet. Så lenge brukerne går i denne evige runddansen vil også behovet for bistand de mottar fra de ulike tjenesteyterne opprettholdes. Dette medfører at kostnadene også for samfunnet opprettholdes på samme nivå. Det er således ingen utvikling i en retning som kan føre til økt selvhjulpenhet, mindre hjelpebehov og dermed mindre kostnader, verken for individet eller samfunnet. Den bistanden informantene mottar i dag fører ikke noe sted. Hjelpen har ingen retning fremover, den virker istedet sirkulært. Bistansen er bare *bistand på liksom*.

KAPITTEL 6 - DEN NYE VEIEN

I kapittel 5 har jeg vist hvordan informantene via de fem tiltakskategoriene substitusjonsbehandling, lavterskeltilbud, rusbehandlingsinstitusjon, kontaktperson og ansvarsgruppe og fastlege går fra den ene instansen til den andre i en evig runddans i den ytre sirkelen som vises i teorimodellen i figur 3. I dette kapitlet kommer jeg tilbake til de målene informantene har for fremtiden. Som beskrevet i metodekapitlet identifiserte jeg under kodingen fire målkategorier. Disse kategoriene var målene et sted å bo, stabil rus, forsørgelse og sosial deltakelse. I tillegg identifiserte jeg en kategori som dreide seg om hvilken vei informantene mente ledet til disse fire målene. Kategorien fikk tittelen langvarig og koordinert bistand. I dette kapitlet vil jeg vise hvordan en vei mot de målene informantene fortalte om kan se ut.

ET ÅPENBART BEHOV FOR SKADEREDUSERENDE TILTAK?

Den bistanden informantene har tilgang til og mottar i dag må sies å bære sterkt preg av å kun fungere skadereduserende. Verken en seng å sove i på natthjem, ulike steder å oppholde seg noen timer på dagtid, midlertidige økonomiske ytelser, sysselsetting ved salg av gatemagasiner, forsøk på tilgang til medikamenter, noen måneders avbrudd i form av opphold på rusbehandlingsinstitusjon eller en ansvarsgruppe som ikke vet hva de andre gjør fører informantene noe nærmere målet. Tiltakene holder rusmiddelmissbrukerne jeg intervjuet på bena, men det fører ingen steder. Informantene står med andre ord på stedet hvil.

Den norske narkotikapolitikken preges ifølge Bretteville-Jensen m.fl (2011) av et stadig sterkere innslag av skadereduksjonsideologien. Samtidig opprettholdes fokuset på de strafferettslige tiltakene som anses som nødvendig for å holde markedet av illegale rusmidler i sjakk. De skadereduserende tiltakene kommer altså ikke istedet for straffereaksjoner, men heller i tillegg til. Et slikt tosporet styringsrasjonale anvendes i flere andre europeiske land, som Finland og Nederland. Utviklingen i Norge ser altså ut til å peke i samme retning, men det er allikevel en forskjell: I Norge opprettholdes det fra politisk hold at skadereduksjon skal være et delmål, og ikke et mål i seg selv. Skretting (2011c) oppsummerer dilemmaer i forhold til bruk av skadereduserende tiltak på følgende måte:

"Selv om det er åpenbart at det er behov for skadereduserende tiltak rettet mot rusmiddelmissbrukere, vil det imidlertid kunne reises spørsmål om hvor langt en skal gå. Skal 'alle' typer tiltak godtas hvis en bare kan godtgjøre at de er rettet inn mot skadereduksjon eller vil det være grenser for hva som kan aksepteres?" (Skretting, 2011c:60)

Jeg har tidligere i oppgaven vist hvordan de skadereduserende tiltakene som tilbys kan ses mer som en oppfyllelse av de samfunnsmessige forventninger til bistandsapparatet, enn som en oppfyllelse av brukernes reelle bistandsbehov. Skadereduksjon fungerer ikke som et delmål ut fra det informantene forteller. I denne oppgaven har jeg vist at de skadereduserende tiltakene bidrar å opprettholde en evig runddans mellom ulike tiltak og instanser i hjelpeapparatet. Ut i fra dette er det dermed ikke så *åpenbart* at det er behov for skadereduserende tiltak.

Informantene var svært samstemt i sine uttalelser når det gjaldt bistand fra hjelpeapparatet. Informantene ønsket et permanent sted å bo, de ønsket ikke å benytte seg av natthjem. De ønsket et hjem å være i, ikke å vandre fra det ene åpne møtestedet til det neste. Videre ønsket de en stabil rus, som de selv kunne mestre å administrere. For noen av de innebar dette substitusjonsbehandling, slik at de ikke trengte å bruke hele dagen på å skaffe rusmidler. De ønsket utdanning og arbeid, og en stabil inntekt. De ønsket muligheten til sosial deltakelse, uten å måtte kjenne på skam og avmakt fordi de er rusmiddelmissbrukere. De ønsket en koordinator som fulgte dem opp, og de ønsket noen som var der for dem når prøvelsene i det såkalt normale livet ble vanskelige. Oppsummert kan de ønsker og behov informantene etterspør sammenfattes i begrepet rehabilitering.

REHABILITERING PÅ ALVOR

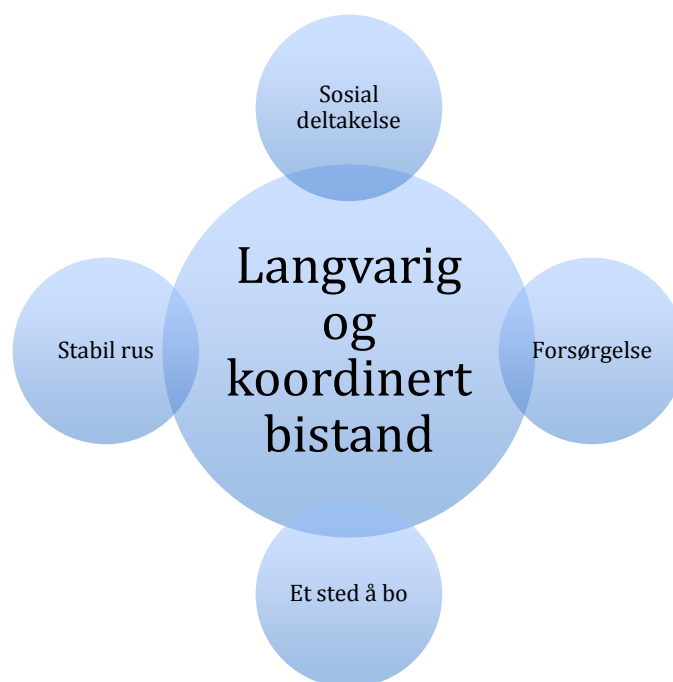
Thommesen (2010a:18) sier at "(...) rehabilitering dypest sett handler om hvordan samfunnet (herunder hjelpeapparatet) behandler mennesker som trenger offentlig støtte og hjelp for å utvikle seg og for å håndtere hverdagens små og store utfordringer." Følgende sitat fra en av informantene sier noe om nettopp dette:

"De sier bare ”det er ditt valg, vi har alle et valg”. Og det er greit det, at det er mitt valg, men det har å noe å si hva som er rundt og da."

Med ordene "det har noe å si hva som er rundt og" tematiserer sitatet på en direkte måte etter min mening selve kjernen ved rehabilitering. Det handler om at vi alle er en del av et større samfunn, og at samfunnets organisering påvirker oss alle (Thommesen, 2010a).

Rehabilitering handler om bistand til å kunne delta i samfunnet, både i form av å bedre funksjonsevnen til personen og i form av å fjerne barrierer for deltakelse og selvstendighet i omgivelsene (Normann m.fl. 2008). Til grunn for en slik definisjon av rehabilitering kan man knytte den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming. I Norge legges en slik relasjonell forståelse av funksjonshemming til grunn. Det relasjonelle betegner her gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. Ved utforming av tjenestetilbud til mennesker med ulike funksjonsnedsettelse, må man med andre ord fylle dette gapet. I dette arbeidet må fokuset ligge på *både* de individuelle prosessene og på arbeid med strukturer og holdninger i samfunnet (Nergård, 2010).

Teorimodellen i figur 3 viser hvordan informantene istedet for å nå sine mål, vandrer de rundt og rundt i den ytre sirkelen av ulike tilbud. Jeg har gjennom denne oppgaven vist hvordan de rasjonaliserende myter, doxa og symbolsk makt som finnes i feltet der helse- og omsorgstjenester ytes, skaper og opprettholder adskillelsen mellom den indre og ytre sirkel. Når jeg nå nærmer meg slutten på oppgaven vil jeg vise hvordan informantene fortalte at de ønsket at tjenestetilbudet bør utformes. Figur 4 illustrerer dette.



Figur 4

Figur 4 inneholder de fire målkategoriene som jeg fant under kodingen av de innsamlede data: Et sted å bo, stabil rus, forsørgelse og sosial deltakelse. I tillegg inneholder den kategorien om langvarig og koordinert bistand som samlet informantenes fortellinger om en vei mot målene. I teorimodellen i figur 3 viste jeg de fire første kategoriene i form av målene i en indre sirkel som informantene aldri når frem til. I figur 4 er disse målene samlet omkring et felles grunnlag for hjelpen; Langvarig og koordinert bistand. Alle informantene ga uttrykk for dette behovet gjentatte ganger under intervjuene. En informant uttrykte behovet på følgende måte:

"Man trenger mye omsorg. Tett oppfølging. En å prate med, for alt må klaffe. Bare man ikke har mat hjemme, så sitter man der med sprøyta i armen."

Figur 4 illustrerer for det første hvordan alle deler av oppfølgingen må henge sammen. Det er ingen sirkler som er adskilt fra de andre. Det andre sentrale poenget er figurens midtpunkt: Langvarig og koordinert oppfølging. Informantene etterspør en bistand preget av målrettet innsats med klare mål og virkemidler. En bistand der målet er klart og omforent mellom bistandsapparat og bruker. En ny vei der rehabilitering tas på alvor.

LITTERATUR

- Amundsen, Ellen J (2011). *Prevalence and incidence estimates of Problem Drug Use*. I: Hordvin, Odd (red.) *The drug situation in Norway 2011*. ss. 32-34. Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA. Oslo: Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Elektronisk utgave: <http://www.sirus.no/Narkotikasituasjonen+i+Norge+2011.d25-SMRnWY-.ips>
- Amundsen, Ellen J og Elisabeth E Storvoll (2011). *Skader og problemer ved rusmiddelbruk*. I: Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll (red.) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-Rapport nr. 3/2011. ss. 53-58. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Amundsen, Ellen J, Odd Hordvin, Hilgunn Olsen og Astrid Skretting (2011). *Narkotikarelaterte problemer og skader*. I: Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll (red.) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-Rapport nr. 3/2011. ss. 123-140. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Arbeidsdepartementet.no. *NAV-reformen: Organisering og innhold*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik/NAV-reformen/NAV-reformen-Organisering-og-innhold.html?id=606543>. Hentet 01.04.2012.
- Bretteville-Jensen, Anne Line og Odd Hordvin (2011). *Narkotikasituasjonen i Norge sett i et europeisk perspektiv*. I: Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll (red.) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-Rapport nr. 3/2011. ss. 141-147. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Bretteville-Jensen, Anne Line, Mette Snertingdal og Odd Hordvin (2011). *Mot en mindre restriktiv narkotikapolitikk?* I: Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll (red.) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-Rapport nr. 3/2011. ss.148-163. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Dalen, Monica (2004). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Danielsen, Arild og Marianne N. Hansen (2004). *Makt i Pierre Bourdieus sosiologi*. I: Engelstad, Fredrik (red.) *Om makt. Teori og kritikk*. ss. 43-78. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Egelund, Tine (2003). *Farlige foreldre: Den institutionelle konstruksjon af dem, der afviger fra os*. I: Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer (red.) *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. ss. 59-81. København: Hans Reitzels Forlag
- Ericsson, Kjersti (2002). *Fengslets tid – og livets*. I: Sætersdal, Barbro og Kristin Heggen (red.) *I den beste hensikt? Ondskap i behandlingssamfunnet*. ss. 75-96. Oslo: Akribe forlag
- Etikkom.no. *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Gitt av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Hentet fra: <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Falch-Lillevold, Kine Therese (2008). *Gatemagasinet =Oslo – empowerment og identitet. Å reise seg fra asfalten*. Masteroppgave i velferdspolitik. Avdeling for helse- og sosialfag. Høgskolen i Lillehammer
- Felleskatalogen.no. *Subuxone/Subutex*. Elektronisk utgave: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/sok?sokord=buprenorfin>. Hentet 15.04.2012
- Folkehelseloven (2012). Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-029.html>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012). Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111216-1256.html>
- Forvaltningsloven (1970). Justis- og beredskapsdepartementet. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19670210-000.html>
- Fyrand, Live (2005). *Sosialt nettverk. Teori og praksis. 2.utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsen, Knut (2002). *Sosiale problemer. En sosiologisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hanssen, Jan-Inge (2010). *Kommunal sosialpolitikk*. I: Stamsø, Mary Ann (red.) *Velferdsstaten i endring. 2.utgave*. ss. 200-232. Oslo: Gyldendal Forlag.
- Helfo.no. *Fastlegeordningen*. <http://www.helfo.no/privatperson/fastlegeordningen/Sider/default.aspx>. Hentet 06.05.2012.
- Helse- og omsorgsdepartementet.no. *Folkehelsearbeid*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse/folkehelsearbeid.html?id=673728>. Hentet 15.04.2012.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>
- Helsedirektoratet (2004). *Fakta om narkotiske stoffer*. IS-1042/B. Oslo: Helsedirektoratet, avdeling grupperettet folkehelsearbeid. Elektronisk utgave: <http://helsedirektoratet.no>

/publikasjoner/fakta-om-narkotiske-stoffer/Publikasjoner/Fakta-om-narkotiske-stoffer.pdf

- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonalt retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. IS-1701. Oslo: Helsedirektoratet, avdeling rusmidler.
- Helsedirektoratet.no(a). *Behandling av rusmiddelproblemer i TSB*. <http://www.helse-direktoratet.no/psykisk-helse-og-rus/behandlingavrusmiddelproblemer/Sider/default.aspx>. Hentet 20.04.2012
- Helsedirektoratet.no (b). *Hvem gjør hva på rusfeltet*. <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/rusmiddelarbeid-i-kommunen/aktorer-i-rusfeltet/Sider/default.aspx>. Hentet 20.04.2012
- Heggen, Kristin (2002). *Krenkende pleie og behandling*. I: Sætersdal, Barbro og Kristin Heggen (red.) *I den beste hensikt? Ondskap i behandlingssamfunnet*. ss. 33-58. Oslo: Akribe forlag
- Hjelmtveit, Vidar (2010). *Sosialpolitikk i historisk perspektiv*. I: Stamsø, Mary Ann (red.) *Velferdsstaten i endring*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Forlag.
- Hummelvoll, Jan Kåre (2010a). *Praksisnær forskningsetikk*. I: Hummelvoll, Jan Kåre, Ellen Andvig og Anne Lyberg (red.) *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. ss. 17-32. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hummelvoll, Jan Kåre (2010b). *Forskningsetikk i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer*. I: Hummelvoll, Jan Kåre, Ellen Andvig og Anne Lyberg (red.) *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. ss. 33-46. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Johannessen, Asbjørn, Per Arne Tufte og Line Kristoffersen (2005). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, 3.utgave. Oslo: Abstrakt Forlag
- Johannessen, Katja og Evelyn Dyb (2011). *På ubestemt tid. Døgnovernatningssteder og andre former for kommunalt disponerte boliger*. NIBR-rapport 2011:13. Oslo: Norsk Institutt for by- og regionforskning.
- Järvinen, Margaretha (2003). *Alkoholfortællinger i et institutionelt landskab*. I: Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer (red.) *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. ss. 30-58. København: Hans Reitzels Forlag
- Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer (2003a). *Innledning: At skabe en klient*. I: Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer. (red.) *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. ss. 9-29. København: Hans Reitzels Forlag

- Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer (2003b). *Institutionelle paradokser*. I: Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer. (red.) *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. ss. 227-244. København: Hans Reitzels Forlag
- Kirkebæk, Birgit (2002). *Det onde og det gode – om forholdet mellom paternalisme og likegyldighet*. I: Sætersdal, Barbro og Kristin Heggen (red.) *I den beste hensikt? Ondskap i behandlingssamfunnet*. ss. 19-32. Oslo: Akribe forlag
- Kronholm, Karsten (2011). *Avrusning*. I: Lossius, Kari (red.) *Håndbok i rusbehandling*. ss. 139-163. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, Ole Martin (2008). *Mellom alle stoler. Narkomane og leger utenfor rusomsorgen*. Oslo: Forlaget Aktuell
- Lauritzen, Grethe (2011). *Norsk pasientregister (NPR) og andre kartleggingsverktøy*. I: Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll (red.) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-Rapport nr. 3/2011. ss. 36-38. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- LAR-forskriften (2009). Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20091218-1641.html>
- Lossius, Kari (2011). *Om å ruse seg*. I: Lossius, Kari (red.) *Håndbok i rusbehandling*. ss. 21-37. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lov om sosiale tjenester i NAV (2009). Arbeidsdepartementet. <http://www.lovdato.no/all/hl-20091218-131.html>
- Mik-Meyer, Nanna og Kaspar Villadsen (2007). *Magtens former. Sociologiske perspektiver på statens møte med borgeren*. København: Hans Reitzels Forlag
- Mæland, John Gunnar (2010). *Forebygging - vakker tanke eller fornuftig handling?* I: Stamsø, Mary Ann (red.) *Velferdsstaten i endring*. ss. 299-322. Oslo: Gyldendal Akademisk
- NAV-loven (2006). Arbeidsdepartementet. <http://www.lovdato.no/all/hl-20060616-020.html>
- Nav.no(a). *Kvalifiseringsprogrammet*. <http://www.nav.no/Sosiale+tjenester/Kvalifiseringsprogrammet>. Hentet 13.04.2012
- Nav.no(b). *Råd og veiledning*. <http://www.nav.no/Sosiale+tjenester/R%C3%A5d+og+veiledning>. Hentet 13.04.2012
- Nav.no(c). *Arbeidsavklaringspenger*. <http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Arbeidsavklaringspenger>. Hentet 20.04.2012

- Nergård, Berit (2010). *Kommunal planlegging av rehabiliteringsvirksomheten*. I: Thommesen, Hanne (red.) *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. ss.71-85. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Normann, Trine, Johans Tveit Sandvin og Hanne Thommesen (2008). *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse*. Oslo: Kommuneforlaget
- Olsen, Benedicte C. R. (2010). *Om å vite best ... sammen - brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren*. I: Stamsø, Mary Ann (red.) *Velferdsstaten i endring*. ss. 144-176. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Elektronisk utgave hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/regjeringens-opptrappingsplan-for-rusfel.html?id=500845>
- Ot.prp. nr 103 (2008-2009). *Om lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*. Tiltråding fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet av 19. juni 2009, godkjent i statsråd samme dag. Regjeringen Stoltenberg II. Elektronisk utgave: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-103-2008-2009-.html?id=567529>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>.
- Rise, Jostein (2011). *Hva er avhengighet?* I: Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll (red.) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-Rapport nr. 3/2011. ss. 29-35. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Røkenes, Odd Harald (2006). *Relasjonskompetanse og kommunikasjon*. I: Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (red.) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2.utgave. ss. 7-42. Bergen: Fagbokforlaget
- Samhandlingsreformen (2008-2009). *Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. St.meld. nr 47. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Schiefløe, Per Morten (2011). *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Skau, Greta M (2003). *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Skretting, Astrid (2010). *Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere*. Artikkel publisert i Historiestudentenes tidsskrift, Fortid 4/2010. Universitetet i Oslo. www.fortid.no.

- Skretting, Astrid (2011a). *Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere - noen utviklingstrekk*. I: Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll (red.) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-Rapport nr. 3/2011. ss. 12- 23. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Skretting, Astrid (2011b). *Begrepsbruk på rusmiddelfeltet*. I: Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll (red.) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-Rapport nr. 3/2011. ss. 24-28. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Skretting, Astrid (2011c). *Skadereduksjon*. I: Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll (red.) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-Rapport nr. 3/2011. ss. 59-61. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Skog, Ole Jørgen (2006). *Skam og skade. Noen avvikssosiologiske temaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag
- Silverman, David (2006). *Interpreting qualitative data, third edition*. Sage publications.
- Smith-Solbakken, Marie og Else M. Tunngland (1997). *Narkomiljøet. Økonomi, kultur og avhengighet*. Oslo: Gyldendal Forlag
- Snl.no. *Gatemagasinet*. I: Store norske leksikon. Hentet fra: <http://snl.no/gatemagasinet>
- Solheim, Liv Johanne (1996). *Sosialhjelp og vern av sjølvrespekten*. I: Halvorsen, Knut (red.) *Mestring av marginalitet*. ss.126-155. Oslo: Cappelen Forlag
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Helse- og omsorgsdepartementet. Elektronisk utgave: <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19990702-061.html>
- Stamsø, Mary Ann (2010). *Trykkesektoren*. I: Stamsø, Mary Ann (red.) *Velferdsstaten i endring*. ss. 177-199. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stang, Ingunn (1998). *Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget
- Stax, Tobias Børner (2003). *Fordi ingen er ens - eller? En analyse av tre hjemløse klienters strategier på et lokalcenter*. I: Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer. (red.) *At skape en klient. Institutionelle identiteter i sosialt arbeid*. ss. 164-191. København: Hans Reitzels Forlag
- Stoltenbergutvalget (2010). *Rapport om narkotika*. Utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sætersdal, Barbro (2002). *Den tynne hinnen mellom omsorg og grusomhet*. I: Sætersdal, Barbro og Kristin Heggen (red.) *I den beste hensikt? Ondskap i behandlingssammenheng*. ss. 155-162. Oslo: Akribe forlag

- Thommesen, Hanne (2010a). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt - en introduksjon*. I: Thommesen, Hanne (red.) *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. ss.15-30. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Thommesen, Hanne (2010b). *Rehabiliteringspolitikk*. I: Thommesen, Hanne (red.) *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. ss.31-54. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Thommesen, Hanne (2010c). *Individuell plan og ansvarlig tjenesteyter*. I: Thommesen, Hanne (red.) *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. ss.107-124. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Thommesen, Hanne (2012). *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Ulfrstad, Lars-Marius (2011). *Velferd og bolig. Om boligsosialt (sam-)arbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Vik, Lars Jørgen (2007). *Makt og myndiggjering - utfordringer for helse- og sosialarbeidarar*. I: Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen (red.). *Meistring og myndiggjering*. ss. 83-101. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Villadsen, Kaspar (2004). *Det sociale arbejdes genealogi. Om kampen for at gøre fattige og udstødte til frie mennesker*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Øfeldt, Brit Snefrid (2009). *Speilrommet og refleksene*. Masteravhandling, Master i rehabilitering. Høgskolen i Bodø.

Vedlegg 1 - Forespørsel om deltakelse i intervju og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i intervju i forbindelse med min masteravhandling

Mitt navn er Guro Øydgard, jeg er 25 år, og student ved master i rehabilitering ved Universitetet i Nordland. Jeg er fra tidligere utdannet barnevernspedagog, og jobber til daglig ved en rehabiliteringsavdeling for voksne i psykisk helsevern. I min masteravhandling ønsker jeg og skrive om rehabilitering for mennesker som misbruker rusmidler. Jeg søker å komme i kontakt med deg som er aktiv bruker av illegale rusmidler, er kvinne eller mann og er over 18 år. Dersom du kan tenke deg å delta ønsker jeg å intervju deg. Intervjuet vil ta cirka en time, avhengig av hvor mye du ønsker å fortelle.

Det jeg er opptatt av hvordan rusmiddelmissbrukere som er aktive misbrukere opplever å sette mål for fremtiden og hvordan disse kan nås. I den forbindelse er jeg spesielt opptatt av hvordan hjelpeapparatet kan bidra til måloppnåelsen. Jeg ønsker derfor å spørre om dine erfaringer og tanker omkring 3 temaer: Livet nå, Livet i fremtiden, og Veien mot de mål du har for fremtiden.

Det er frivillig å delta og du har muligheten til å trekke deg når som helst underveis, selvfølgelig uten å begrunne dette. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data fra deg bli slettet. Opplysningene du gir vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjennes igjen i den ferdige oppgaven. Jeg vil ta skriftlige notater underveis i intervjuet. Notatene vil bli makulert når oppgaven er ferdig. Dersom du kan tenke deg å delta ber jeg deg fylle ut samtykkeerklæringen på baksiden av arket.

Ta gjerne kontakt med meg dersom du har spørsmål, både på forhånd og underveis.

Med Vennlig Hilsen

Guro Øydgard

Telefon: 99541104

Mail: guro.wisth.oydgard@stud.uin.no

Samtykkeerklæring

Jeg bekrefter med dette at jeg ønsker å delta i intervju i forbindelse med Guro Øydgards masteravhandling i rehabilitering. Jeg bekrefter å ha lest informasjonsskrivet, og at mitt samtykke er frivillig. Jeg er orientert om at mitt samtykke når som helst kan trekkes tilbake, og at den informasjon jeg har gitt i så fall vil bli slettet. Jeg er videre orientert om at alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, slik at ingen opplysninger jeg gir, vil kunne spores tilbake til meg i den ferdige oppgaven.

Navn: _____

Telefon: _____ Epost: _____

Dato _____ Underskrift: _____

Vedlegg 2 - Tilbakemelding på meldeskjema fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårlages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Hanne Thommesen
Fakultet for samfunnsvitenskap
Universitetet i Nordland
Mørkvedtråkket 30
8049 BODØ

Vår dato: 27.10.2011

Vår ref: 28086 JSL/RF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDESKJEMA

Vi viser til meldeskjema, mottatt 19.09.2011, for prosjektet:

28086 *Rehabilitering for rusmisbrukere*

Basert på opplysninger gitt fra student og veileder i meldeskjema og i e-postkorrespondanse, finner vi at prosjektet ikke er underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven. Ifølge e-post datert 10.10.2011 er natthjemmet studenten skal inn på åpent tilgjengelig for alle, og i følge institusjonen er det ikke nødvendig å innhente dispensasjon fra taushetsplikten for at studenten skal få tilgang. Studenten understreker at det ikke skal innhentes noen opplysninger som på noen måte kan tilbakeføres til enkeltpersoner. Studenten har fått tillatelse til å gjennomføre prosjektet av institusjonen (natthjemmet).

Personvernombudet forstår ikke helt hvorfor prosjektet er meldt til personvernombudet når prosjektleder er så tydelig på at det ikke skal samles inn eller behandles personopplysninger i prosjektet. Prosjektet faller da utenfor personopplysningsloven og er følgelig ikke meldepliktig til personvernombudet. Selv om prosjektet gjennomføres anonymt, reiser det en rekke etiske problemstillinger slik vi ser det. Personvernombudet anbefaler derfor at prosjektet legges fram for NESH (Nasjonal forskningsetisk komité for humaniora og samfunnsvitenskap) for uttalelse før det gjennomføres.

Det vises i den forbindelse til at det skal forskes på en svært sårbar gruppe personer med mer eller mindre samtykkekompetanse (eller der det kan stilles spørsmål ved i hvilken grad det er mulig å avgi et frivillig og informert samtykke). I en slik forskningskontekst, der ulempen ved å delta ikke nødvendigvis er ubetydelig, stilles det strenge krav til formål, relevans og potensiell nytte for den enkelte deltaker. Det innebærer at problemstillingen/formålet med prosjektet skal kunne besvares med de metoder som tas i bruk, og der det ikke innhentes mer opplysninger enn det som er nødvendig for å oppfylle formålet med prosjektet. Vi stiller spørsmål ved om observasjon på et natthjem kan gi svar på problemstillingen/formålet med prosjektet: "Hvilken bistand ønsker personer med omfattende rusmiddelmissbruk fra hjelpeapparatet?" Vi kan heller ikke se at prosjektleder i tilstrekkelig grad har sannsynliggjort at en eventuell samfunnsnytte av prosjektet kan rettferdiggjøre mulige personvernulempen ved deltakelse, eller at samfunnsnyttene er stor og personvernulempene minimale. Vi anbefaler derfor at prosjektet legges frem for NESH til vurdering før prosjektet igangsettes.

Brevet sendes i kopi til ledelsen ved Universitetet i Nordland til informasjon.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. tyne.sverre@ntnu.no
TROMSØ: NSD, NSU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-ame.andersen@uit.no

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

✓ Kopi: Guro Øydgard, Leitetunet 17a, 8009 BODØ

Kopi: Universitetet i Nordland v/ledelsen, Mørkvedtråkket 30, 8049 Bode

Vedlegg 3 - Svarbrev fra Forskningsetisk komite (NESH)

FORSKNINGSETISKE KOMITEER

De nasjonale forskningsetiske komiteer

Prinsens gate 18

Pb. 522 Sentrum, 0105 Oslo

Tlf: 23 31 83 00

Faks: 23 31 83 01

www.etikkom.no

Guro Øydgard
Leitetunet 17a
8009 Bodø
guro_wisth@yahoo.no

Vår ref.: 2011/178

Dato: 16.12.11

Etisk vurdering av prosjektet ”Hvilken bistand ønsker personer med omfattende rusmiddelbruk fra hjelpeapparatet?”

Guro Øydgard, student ved masterstudiet i rehabilitering ved Universitetet i Nordland, har tatt kontakt med NESH og ønsker en vurdering av etiske aspekter ved masteroppgaven sin. Hun har vært i kontakt med NSD angående prosjektet, og der er det konkludert med at prosjektet ikke er meldepliktig, men Øydgard ble anbefalt å legge fram prosjektet for NESH. Begrunnelsen er at prosjektet innebærer forskning på en sårbar gruppe, mennesker som bruker illegale rusmidler.

Opgaven dreier seg om rehabilitering av rusmisbrukere (illegal rusmisbruk) hvor rusfrihet ikke er et mål eller ønske. Hun viser til at mange tjenestetilbud til denne gruppen stiller krav om rusfrihet, eller at rus ikke kan benyttes samtidig med tjenestetilbudet. Tilbudene kretser derfor i stor grad rundt reduksjon og forebygging av rusbruk. Dette gjør at mennesker som holder fast på sitt misbruk kan oppleve møte med hjelpeapparatet som vanskelig, selv om opptrappingsplanen for rusfeltet understreker at alle har krav på behandlings- og rehabiliteringstilbud. På denne bakgrunn ønsker Øydgard å finne ut mer om hvilke erfaringer mennesker med omfattende rusmiddelmisbruk har med rehabilitering. Hun formulerer i denne sammenheng en hypotese om at mennesker kan oppleve å bli stilt overfor et valg mellom rehabilitering og rusen. Etter innspill fra NSD er hennes problemstilling som følger: ”Hvilken bistand ønsker personer med omfattende rusmiddelbruk fra hjelpeapparatet?”

Informantene skal være mennesker som misbruker ulovlige rusmidler og har gjort det over lang tid, og som ikke ønsker/ser mulighet for å sette seg mål om rusfrihet, og de må være over 18 år. Disse vil Øydgard rekruttere fra et midlertidig botilbud/natthjem som tillater at beboerne ruser seg. Hun vil bruke styrer som døråpner for å finne frem til aktuelle informanter. Øydgards intervjuguide har tre hovedtemaer: livet nå, livet i fremtiden og veien

NEM Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag

NENT Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi

NESH Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora

mot målet—med underpunkter som skal fange opp erfaringer og opplevelser informantene har på ulike områder.

Metode for innsamling av data beskrives som deltakende observasjon i institusjonen i kombinasjon med intervjuer, enten individuelt eller i grupper. Det skal etter planen ikke brukes lydopptaker, men manuelle notater (feltnotater). Det vil bli bedt om muntlig samtykke. I oppgaven vil informantene anonymiseres slik at opplysningene ikke kan knyttes til den enkelte.

Resultatene vil Øydgard forsøke å gi tilbake til sine informanter, men siden det kan være vanskelig å finne informantene igjen, skriver hun at hun vil formidle resultatene til botilbudet hvor informantene ble rekruttert.

NESH diskuterte saken i møte 6. desember 2011, og vurderer den slik at nødvendigheten av kombinasjonen av intervju og deltakende observasjon ikke synes godtgjort i prosjektbeskrivelsen. Den deltakende observasjonen er meget problematisk, ikke minst fordi den gjør skillet mer uklart mellom det som utgjør forskningsdata og det som ikke utgjør forskningsdata. Dette har etiske implikasjoner, fordi det bidrar til å gjøre det mindre klart hva informantene samtykker til, og hvilken informasjon som skal kunne utgjøre del av forskningen. Den deltakende observasjonen kan i tillegg også komme til å bidra til å undergrave skillet mellom dem som har avgitt samtykke og dem som ikke har gjort det. I tillegg vil deltakende observasjon kunne gjøre rekrutteringsfasen uklar for de involverte. Også intervjuene vil kunne by på forskningsetiske utfordringer. Ved gruppeintervjuer, som prosjektbeskrivelsen åpner for, vil det være en langt større tendens til at man omtaler, og forteller historier som involverer, personer som ikke er til stede eller har samtykket til å delta i forskningen. I et prosjekt som dette, som involverer både en utsatt gruppe, ytterst personlig informasjon og ulovlig aktivitet, er det meget problematisk å benytte seg av design som kan forventes å gi et overskudd av sensitiv og vanskelig viten uten direkte relevans for forskningsprosjektet.

I forlengelse av dette poenget er det viktig å trekke frem at man ved gjennomføring av et slikt prosjekt må sørge for å involvere ressurspersoner og -miljøer som kan bidra i vanskelige situasjoner, og å ha reflektert grundig over hvilke slike vanskeligheter man kan forvente å støte på. I dette prosjektet vil f.eks informasjon om forestående kriminell aktivitet, eller selvmordsplaner, utgjøre slik 'farlig' viten for forskeren. Dette er ikke vanskeligheter man kan vente å takle like ansvarlig uten forberedelser selv om man er en erfaren forsker, og enda langt mindre som MA-student. Både metodevalg og etablering av støtteapparat er i høyeste grad relevante her. Slike ressurser må involveres på forhånd, og ikke først når situasjonen er der.

Ved muntlig samtykke kan det fort bli uklart hva man har samtykket til, endog i enkelte tilfeller hvem som har samtykket.

I prosjektbeskrivelsen legges det opp til at forskningsresultatene skal bringes tilbake til den aktuelle institusjonen. Selv om det er et forskningsetisk ideal å bringe resultatene tilbake til dem man forsker på, kan slik tilbakeføring i dette tilfellet utgjøre en trussel mot personvernet. Problemet her er at rekrutteringsbasen er såpass liten og avgrenset at det skal

godt gjøres å unngå at informantene kan identifiseres. Slik umuliggjøres en garanti om reell anonymitet. Ettersom miljøene er så små, bør resultatene i alle tilfelle være presentert på en slik måte at heller ikke institusjonen kan identifiseres.

En hovedsak for prosjekter som dette er veileders rolle. Veileder må langt sterkere inn når det gjelder design og forskningsetikk enn det som nå synes å være tilfelle. Dette er også av mer generell betydning når MA-studenter forsker på ekstremt utsatte og vanskeligstilte grupper. Det er generelt uforsvarlig at MA-studenter skal utføre etisk ytterst krevende forskning uten aktiv og tilstedeværende deltakelse fra veileders side og helst også fra andre instanser i forskermiljøet.


NESH har altså i sum følgende syv anbefalinger.

1. Gitt prosjektets øvrige premisser vil NESH anbefale at den deltakende observasjonen sløyfes.
2. NESH anbefaler at intervjuene gjennomføres med informantene enkeltvis fremfor i grupper.
3. NESH anbefaler at relevante og egnede ressursinstanser involveres ved konkrete avtaler før rekruttering initieres.
4. NESH anbefaler at samtykket som innhentes er skriftlig, og ikke muntlig slik det er lagt opp til i prosjektbeskrivelsen.
5. NESH anbefaler at eventuell tilbakeføring av forskningsresultater ikke gjennomføres slik det er lagt opp til i prosjektbeskrivelsen, men på en måte som klarere sikrer informantenes anonymitet.
6. NESH anbefaler at forskningsresultatene blir publisert og formidlet slik at de ikke tillater identifisering av institusjonen som er benyttet.
7. NESH anbefaler at veileder involveres aktivt i modifisering og gjennomføringen av prosjektet.

NESH tilrår gjennomføring av prosjektet i en versjon der disse syv anbefalingene er tatt til følge.

På vegne av NESH,


Bjørn Hvinden
Komiteleder NESH


Hallvard J. Fossheim
Sekretariatsleder NESH

Kopi: Hanne Thommesen (veileder) hanne.thommesen@uin.no