

# FRA KONFLIKT TIL KONSENSUS?

*Fremvekst og utforming av metadonassistert rehabilitering av heroinmisbrukere i Norge på 1990-tallet, i lys av massemedia, sosiale mekanismer og sosial handlingsteori*



av

*Astrid Brandsberg-Dahl*

*Hovedoppgave i sosiologi (Cand. Polit. 1992)*

*Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi*

*Universitetet i Oslo*

*Høsten 2000*

## **FORORD**

Det er mange som skal takkes når man endelig når slutten av den lange prosessen som en hovedoppgave er. Først og fremst stor takk til min hovedveileder *Astrid Skretting* (SIFA/ Sosial- og helsedepartementet), for godt samarbeid, konstruktiv kritikk, oppmuntring og fruktbare diskusjoner. Du har vært en god støtte på veien. Takk går også til min biveileder *Ole-Jørgen Skog* (UiO/Vitenskapsakademiet), for hjelp med den teoretiske analysen.

Stor takk går deretter til *mamma* og *pappa*, for å respektere mine valg og alltid være der med omsorg, oppmuntring og all mulig støtte når jeg trenger dere. Takk også til min kjæreste og samboer *Harald*; for å ha gjort det økonomisk mulig å fullføre på heltid, og for tålmodig hjelp med utskrifter, kopiering, scanning, diagrammer og tabeller. Takkes må også alle mine gode kolleger opp gjennom årene ved MiO/MARIO, for å ha dannet grunnlag for et godt og hyggelig miljø med gode utviklingsmuligheter. *Birgitte*, *Eli* og *Turid* har vært deltagere i en noe utradisjonell kollokviegruppe, men dere har vært gode støttespillere å ha både på faglig og personlig plan.

Den siste takken blir den aller største, og den går til alle pasientene i MiO/MAR Bygdøy Allé. Takk for den interesse mange av dere har vist arbeidet mitt, og for å ha latt meg ta del i deres tanker, refleksjoner, drømmer og sorger opp gjennom årene. Uten dere hadde dette aldri blitt hva det har blitt. Det har vært mange tøffe tak, men det overskygges av all den utrolige humor, latter og den ukuelige livsglede som så mange av dere fremviser. Takk igjen for at dere har lært meg mer om livet, virkeligheten og forholdet mellom teori og praksis enn noen bok i hele verden.

Hvil i fred, Knut Arne.

Kløfta, 12 november 2000

Astrid Brandsberg-Dahl

## **SAMMENDRAG.**

Tema i denne hovedoppgaven er fremveksten og utviklingen av metadonbehandling i det norske behandlingsapparatet for rusmisbrukere på 1990-tallet. Det norske behandlingsapparatet har siden 1970-tallet hovedsakelig vært basert på sosial-psykologiske og –pedagogiske forståelsesmodeller, og store deler av det etablerte behandlingsapparatet har vært skeptiske til bruk av medikamenter som ledd i behandling for stoffmisbruk. Metadon er et kunstig opiat, som brukt under kontrollerte former kan brukes til å stabilisere en heroinmisbruker både fysisk og psykisk. Metadon er like avhengighetsskapende som heroin, men gir ingen rus under kontrollert bruk over tid. Forskning viser at denne type behandling har god effekt både med hensyn til redusert heroinmisbruk og kriminalitet, redusert risiko for overdosedødsfall, samt økt livskvalitet for den enkelte misbruker. Denne behandlingsformen ble for alvor introdusert i Norge i 1994, da Oslo Kommune med statlige midler startet et 3-årig forsøksprosjekt med 50 pasienter, Metadonprosjektet i Oslo. På dette tidspunktet var det uttalt motstand mot metadon, både politisk og i det etablerte behandlingsapparatet. Et av hovedargumentene mot metadon var at behandlingen kom i konflikt med det overordnede målet om et ”samfunn fritt for narkotika,” og at man gjennom aksept av metadon som virkemiddel gav opp troen på det enkelte menneskes iboende evne til forandring. Motstanden stilnet imidlertid raskt, og hovedproblemstillingen her er knyttet til hvilke faktorer som har bidratt til den relativt raske og omfattende holdningsendringen som vi har vært vitne til i løpet av 1990-tallet på dette området.

Først tas mål og målsetninger opp til diskusjon, med spesiell fokus på endrede målsetninger, hvordan man best formulerer effektive og realistiske mål, og hvilken type etikk som bør ligge til grunn for mål og målsetninger på narkotikafeltet. Dette vil igjen reflekteres i hvilke resultater og hvilke virkemidler man regner som akseptable. Deretter beskrives hva metadon er og hva metadonbehandling av heroinmisbrukere innebærer, samt litt om ulike forståelsesmodeller for stoffmisbruk. Om vi med aksept av metadon nærmer oss en mer sykdomsmodellorientert tenkning omkring stoffmisbruk er sentralt her. Jeg diskuterer hvilke konsekvenser dette eventuelt vil få for misbrukerne, gjennom en statusendring fra ”kriminell” til ”syk,” og hvor forenlig det er med en god rehabiliteringsprosess å plassere stoffmisbrukeren i en tradisjonell sykerolle, hvor han på mange måter fratras ansvar for egne handlinger, egen situasjon og fremtidige bedring.

Jeg beskriver Metadonprosjektet i Oslo fra en konfliktfylt og vanskelig start, og til etableringen av metadonbehandling som et permanent tiltak. Jeg viser hvordan målsetningene har endret seg, om ikke offisielt, så i hvertfall i praksis, gjennom å sammenligne oppnådde resultater i 1997/98 med offisielle retningslinjer fra 1992. På begynnelsen var prosjektet under press for å sikre behandlingens berettigelse, mens siste halvdel av 1990-tallet har vært mer preget av politisk press for å øke antall pasienter.

I den sosiologiske analysen av holdningsendringen, ser jeg først på massemedias rolle som premissleverandør og holdningsskaper. Media viste stor interesse for metadonspørsmålet, og jeg viser hvordan de bidro til å gjøre en kompleks medisinsk, politisk og behandlingsfaglig, sak til en "folkesak" som alle var berettiget til å mene noe om. Jeg viser hvordan media med sin dramatiske presentasjon av metadonsaken bidro til å etablere et feilaktig bilde av hva metadonbehandling er, og at det ble dannet en slags "myte" om metadon som vidundermiddel. Denne myten hevder jeg bidro til å gjøre konflikten omkring metadon uforståelig for folk flest, og trykket på dem som var motstandere eller skeptisk til metadon økte. Media tilskrives her en rolle i forhold til å skape holdninger til metadon blant det brede publikum, noe som ses som en sentral faktor i forhold til en holdningsendring også på det politiske og rusfaglige området. Massemedia kan imidlertid ikke tilskrives samme påvirkningskraft i de mer rusfaglige kretser, da folk der antas allerede å ha hatt etablerte holdninger til metadon, som igjen var basert på mer faglige og ideologiske prinsipper og kunnskap. I forbindelse med dette ser jeg på endringene i lys av sosiale mekanismer og sosial handlingsteori. Ved å se på forholdet mellom holdninger og handlinger viser jeg hvordan media kan ha bidratt til å gjøre det ubehagelig/illegitimt å gi uttrykk for negative holdninger til metadon, og hvordan dette kan ha påvirket det rusfaglige feltet. Gjennom teorien om "taushetsspiralen" ser vi hvordan man kan være vitne til en omfattende endring som egentlig ikke er reell, men bare tilsynelatende, fordi bare de som har en spesiell holdning gir uttrykk for dette. Videre belyses mer teoretiske mekanismer som virker i forhold til folks handlinger, blant annet terskelmodeller og begrepet kritisk mengde, som viser at det noen ganger kan være små forskjeller eller hendelser som avgjør om en påbegynt sosial endring blir av varig karakter, eller bare et kortvarig "blaff." Slik setter jeg den observerte holdningsendringen både blant folk flest og blant fagfolk inn i en teoretisk ramme, som jeg hevder gir noen av svarene på hvorfor vi har sett så store endringer innen metadonbehandling og norsk narkotikapolitikk på 1990-tallet.

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1. PROBLEMSTILLINGER OG HYPOTESER.....	2
1.1.1. Sentrale begrepsavklaringer.....	3
1.2. OVERSIKT OG LESERVEILEDNING.....	4
<b>2. METODE OG DATAMATERIALE.....</b>	<b>7</b>
2.1. DATAMATERIALE, INNSAMLING OG ANALYSE.....	8
2.1.1. Egne observasjoner.....	8
2.1.2. Offentlige dokumenter og evalueringer.....	9
2.1.3. Statistikk.....	10
2.1.4. Massemedia.....	11
2.2. MASSEMEDIA SOM DATAKILDE.....	11
<b>3. MÅL OG MÅLSETNINGER I NORSK NARKOTIKAPOLITIKK.....</b>	<b>13</b>
3.1. DET NARKOTIKAFRIE SAMFUNNET.....	13
3.1.1. Nye tider - nye mål?.....	14
3.2. FRA POSITIVE TIL NEGATIVE MÅL?.....	16
3.2.1. Metadon som resignasjon?.....	17
3.2.2. Narkotika, metadon, etikk og moral.....	18
3.2.3. Reduksjon fremfor eliminasjon.....	20
3.3. FORSKNING SOM BASIS FOR MÅLSETNINGER.....	21
3.3.1. Inn i fremtiden - hva er det vi vil, med hvem og hvordan?.....	23
<b>4. MEDIKAMENTELL BEHANDLING AV HEROINMISBRUK.....</b>	<b>25</b>
4.1. HVA ER METADON?.....	25
4.1.1. Farmakologi og virkemåte.....	26
4.1.2. Dosering og administrering av metadon.....	27
4.1.3. Bivirkninger.....	29
4.1.4. Bruksområder og bruksmåter.....	29
4.2. METADON I NORGE; FRA 1970 TIL 1990.....	30
4.2.1. AIDS og metadon – verdig død eller verdig liv?.....	31
4.3. FORSTÅELSESMODELLER FOR STOFFMISBRUK - FØR OG NÅ.....	32
4.3.1. Heroinmisbruk som sykdom.....	33
4.3.2. Rasjonell aktør i en sykdomsmodell?.....	35
4.4. MEDISIN OG SOSIOLOGI.....	37
4.4.1. Sykerollen og det frie valg.....	37
4.4.2. Fra kriminell til syk, enkelt og greit?.....	38
<b>5. METADONPROSJEKTET I OSLO - FRA FORSØK TIL PERMANENT TILTAK.....</b>	<b>41</b>
5.1. DE FØRSTE SKRITT MOT ET METADONPROSJEKT I OSLO.....	41
5.1.1. Mange skjær i sjøen.....	43
5.2. RAMMEBETINGELSER FOR METADONPROSJEKTET I OSLO.....	43
5.2.1. Målsetninger.....	44
5.2.2. Målgruppe og inntakskriterier.....	45
5.3. HVORFOR FORSØKSPROSJEKT?.....	46
5.3.1. Mulige virkninger av et forsøksprosjekt.....	47
5.3.2. Konflikt og konsekvenser for iverksetting og gjennomføring.....	49
5.4. FRIHET OG KONTROLL - KOMPROMISSER OG KONFLIKTER.....	50
5.4.1. Rammer som begrensninger.....	53
5.5. STATUS ETTER 4 ÅR - HVA VILLE VI? HVA FIKK VI?.....	54
5.5.1. Overdoser og dødelighet.....	55
5.5.2. Psykisk helse.....	56
5.5.3. Rus: Stoff - og medikamentmisbruk.....	57
5.6. FORDELING AV PASIENTER ETTER STATUS I BEHANDLING.....	60
5.6.1. Endrede statusdefinisjoner.....	62
5.7. NÅR METADONET HAR KOMMET FOR Å BLL.....	63
5.7.1. Fra metadon på poliklinikk til heroin på apotek?.....	64

<b>6. MASSEMEDIA SOM PREMISSLEVERANDØR FOR FØLELSER, HOLDNINGER OG INFORMASJON .....</b>	<b>65</b>
6.1. HOLDNING OG HOLDNINGSOBJEKT .....	65
6.1.1. Ulike typer holdninger .....	66
6.1.2. Kunnskap, følelser og handling .....	67
6.2. NARKOTIKA, POLITIKK OG MASSEMEDIA .....	69
6.2.1. Trusler mot rikets sikkerhet - en moralsk panikk .....	70
6.2.2. "Folkelig" engasjement .....	71
6.3. HOLDNINGER I ENDRING ELLER EMNING? .....	73
<b>7. METADON PÅ MASSEMEDIAS ARENA .....</b>	<b>75</b>
7.1. MASSEMEDIA, METADON OG POLITIKK .....	75
7.1.1. Massemedia som aktør og arena .....	76
7.1.2. Dagsorden - hva skal vi være opptatt av? .....	77
7.1.3. Kontroll over presentasjon og form .....	78
7.2. METADON SOM DRAMA OG FØLJETONG .....	80
7.2.1. Triangelhypotesen .....	81
7.2.2. Konflikt som triangel .....	82
7.2.3. "Sprøytenarkoman møter sosialministeren" .....	83
7.2.4. Rasjonell aktør på medias arena .....	84
7.3. SKURKER OG HELTER PÅ MEDIAS SCENE .....	84
7.3.1. Tragediens ansikter – roller byttes om .....	85
7.3.2. Endret årsaksforståelse - metadon som vidundermiddel .....	87
7.3.3. Myten om metadonet .....	89
<b>8. ENDREDE HOLDNINGER TIL METADON I LYS AV SOSIALE MEKANISMER OG SOSIAL HANDLINGSTEORI .....</b>	<b>91</b>
8.1. METADON - BEDRE ENN MEDIKAMENT FRI BEHANDLING? .....	91
8.1.1. Holdning og handling - hånd i hånd? .....	92
8. 2. TAUSHETSSPIRALEN - FRYKTEN FOR ISOLASJON .....	93
8.2.1. Hvilken sosial enhet er aktuell i denne forbindelse? .....	94
8.2.2. Taushetsspiralen i teori og praksis .....	95
8.2.3. Teoretisk grunnlag for taushetsspiralen og sosiale mekanismer .....	98
8.3. GRUNNLEGGENDE ELEMENTER I SOSIAL HANDLINGSTEORI .....	99
8.3.1. Forutsetninger for rasjonell handling .....	100
8.3.2. Sosialt avvik som faktor i sosiale endringsprosesser .....	101
8. 4. TERSKELMODELLER FOR KOLLEKTIV HANDLING .....	102
8.4.1. Terskelbegrepet - når gjør man som de andre? .....	102
8.4.2. Individuelle motiver versus kollektivt utfall .....	104
8.4.3. Krittisk mengde - når er det for sent å snu? .....	105
8.5. TAUSHETSSPIRALEN, KRITISK MENGDE OG SOSIAL ENDRING .....	107
<b>9. AVSLUTNING .....</b>	<b>109</b>
9.1. KONFLIKTEN SOM FORSVANT? .....	110

## **1. INNLEDNING**

Narkotikamisbrukere lever ofte under svært elendige forhold i vårt stadig rikere velferdssamfunn, samtidig som det har vist seg å være en vanskelig gruppe mennesker å hjelpe. Dette til tross for at det hver år brukes millioner av kroner på et omfattende behandlingsapparat rettet spesielt mot denne gruppen. På midten av 1980-tallet og begynnelsen av 90-tallet ble problematikken knyttet til stoffmisbrukere tydeligere; de utgjorde en risikogruppe i forhold til HIV og AIDS, antall overdosedødsfall steg og gruppens økende sykkelighet og generelle elendighet ble stadig mer synlig. Denne utviklingen førte etter hvert til en mer åpen og kritisk diskusjon enn tidligere omkring mål og virkemidler i narkotikapolitikken, og tema for denne hovedoppgaven er fremveksten og utviklingen av metadonassistert rehabilitering av heroinmisbrukere på 1990-tallet. Det er ikke noe mål å argumentere eller konkludere for eller i mot behandlingsformen, men å beskrive og analysere de endringer som har funnet sted.

Internasjonal forskning viser at denne type behandling innen bestemte rammer har god effekt, både med hensyn til redusert misbruk og kriminalitet, redusert risiko for overdosedødsfall, samt bedret helse og livskvalitet for den enkelte. De viktigste hovedargumentene i Norge mot denne type behandling var at det kom i konflikt med det ideelle målet om et narkotikafritt samfunn, og at man gjennom bruk av metadon gav opp troen på det enkelte menneskes iboende evne til forandring. Motstanden er per i dag mye mindre uttalt. Metadonspørsmålet er et komplekst spørsmål med både medisinske, politiske, ideologiske og etiske aspekter, og jeg vil her ta disse aspektene opp til diskusjon og undersøke hva som kan ligge til grunn for endring i holdninger. En sentral del av analysen er viet massemedias rolle i en endringsprosess, både som holdningsskaper, informasjons- og kunnskapsformidler for folk flest. Dette fokus er valgt fordi striden om metadon i stor grad ble ført på medias "arena," en arena hvor jeg mener å se at også rusmisbrukerne selv kom til orde i større grad enn tidligere. Videre foretar jeg en mer teoretisk sosiologisk analyse av endringene på det rusfaglige feltet. Hovedfokus vil da være på ulike sosiale mekanismer som kan ha bidratt til den endring og utvikling som er observert, med bruk av sosiologisk rasjonalitetsteori og handlingsteori knyttet til både individuelle og mer institusjonelle endringer.

## 1.1. PROBLEMSTILLINGER OG HYPOTESER

Den overordnede problemstillingen er knyttet opp mot *hvilke faktorer som har bidratt til utformingen og den raske aksepten av metadonassistert rehabilitering (MAR) i Norge på 1990-tallet*. Jeg har jobbet innen feltet i flere år, og finner problemstillingen sosiologisk interessant av flere grunner. Først og fremst fordi man tidlig på 1990-tallet opplevde en sterk og uttalt motstand mot denne type behandling, en motstand som hadde både politiske, ideologiske og etiske aspekter. Denne motstanden stilnet imidlertid av relativt raskt etter at Oslo Kommune ved hjelp av statlige midler i 1994 satte i gang “Metadonprosjektet i Oslo” (MiO), et 3-årig forsøksprosjekt for 50 av byens antatt tyngste heroinmisbrukere. I dag er metadonbehandling et landsdekkende tilbud i rask utvikling. Sett i lys av den raske holdningsendringen som tilsynelatende har skjedd på området, er det derfor interessant å undersøke nærmere hva som kan ligge bak denne til dels omfattende sosiale endringen på det politiske og behandlingsfaglige området. Jeg finner dette spesielt viktig fordi vi også har sett en ikke ubetydelig målsetningsforskyvning med hensyn til metadonbehandlingen i løpet av de siste årene, om ikke politisk uttalt, så i alle fall i praksis. Et sentralt punkt i den avsluttende teoretiske analysen er derfor i hvilken grad disse endringene kan tilskrives ideologiske og behandlingsfaglig relevante faktorer, eller om andre mer generelle sosiale mekanismer og prosesser også har spilt en rolle.

Et annet sosiologisk aspekt av denne problemstillingen er av mer avvikssosiologisk karakter, da endringer i virkemidler overfor avvikergrupper ofte reflekterer en endring i årsaks- og problemforståelse. Narkotikamisbruk har i Norge tradisjonelt vært oppfattet som et problem av sosial, psykologiske og moralsk karakter, noe som reflekteres gjennom de dominerende behandlingssideologiene og den strenge strafferettslige lovgivningen på området. Når medikamenter så tas i bruk som virkemiddel, kommer narkotikaproblemet inn i et spenningsfelt mellom medisin, behandlingssideologi og strafferett, hvor kampen på mange måter står om retten til å *definere* problemet, og dermed også bestemme de legitime løsningsstrategiene. En underordnet problemstilling i denne sammenhengen er derfor *om introduksjon og bred aksept av metadon representerer en endring i retning av å definere heroinmisbruk som en sykdom, og hvilke konsekvenser dette i så fall kan få for misbrukerne, deres situasjon og rehabiliteringspotensiale*.



Ut fra dette utleder jeg en hypotese om at introduksjon, utvikling og aksept av metadonbehandling på 1990-tallet har ført til en radikal endring i norsk narkotikapolitikk og behandlingssideologi, både med hensyn til teoretisk fundament, problem- og årsaksforståelse. Jeg antar også at massemedia, med den voldsomme interesse og dekning den gav metadonsaken og misbrukernes livssituasjon på 1990-tallet, har spilt en sentral rolle i denne endringsprosessen.

### ***1.1.1. Sentrale begrepsavklaringer***

Når jeg videre bruker betegnelsen *stoffmisbruker(e)*, viser jeg i denne sammenhengen til individer som bruker og er avhengige av *heroin*. Denne avgrensningen finner jeg nødvendig fordi det kun er misbrukere av heroin som er aktuelle for behandling med metadon. Jeg finner imidlertid betegnelsen *heroinmisbruker* for snever i den større sammenheng, fordi man i Norge, og i resten av den vestlige verden, i dag relativt sjelden møter rene heroinmisbrukere. De fleste har også en relativt jevnlig bruk av *andre* narkotiske stoffer og/eller medikamenter, og karakteriseres gjerne heller som *blandingsmisbrukere* (Waal 1992; Ervik 1997:55; Bell 1998:165). Som følge av dette vil betegnelsene *stoffmisbruk* og *stoffmisbruker* her først og fremst omfatte et dominerende heroinmisbruk, samt et eventuelt sidemisbruk av andre rusmidler og/eller medikamenter.

Begrepene *rusfrihet* og *rusfri* viser til at det ikke finner sted misbruk av alkohol, illegale narkotiske stoffer og/eller medikamenter. Metadon er, brukt i kontrollert behandling foreskrevet av lege, et legalt legemiddel, og som følge av dette betegner jeg her en person i metadonbehandling som *rusfri* dersom det ikke misbrukes andre rusmidler og/eller medikamenter ved siden av. For å understreke at metadonbehandling er en medisinsk behandling, valgte man ved Metadonprosjektet i Oslo å bruke betegnelsen *pasient* fremfor klient. En *metadonpasient* er derfor en person som er under kontrollert metadonbehandling. Videre vil alle andre sentrale begreper bli definert løpende etter hvert som de blir aktuelle i teksten.

Leseren vil også treffe på en del forkortelser. Disse har jeg valgt å bruke fordi de ofte står for lange og tunge beskrivelser, og fordi de er innarbeidet i dagligtale på feltet. Metadonprosjektet i Oslo ble forkortet til MiO, noe som også raskt ble betegnelsen på

prosjektet i dagligtale blant ansatte og pasienter. Betegnelsene *MiO*, eller bare *Metadonprosjektet*, viser til dette forsøksprosjektet som varte fra august 1994 og ut 1997. Dette heter per i dag MAR Bygdøy Allé og er en av fire metadonpoliklinikker i Oslo. *MAR* står for metadonassistert rehabilitering, men som betegnelse videre brukes bare *metadonbehandling*. Fra 1.1.98 ble *MARIO* etablert, Senter for Metadonassistert Rehabilitering i Oslo. Dette senteret har det administrative og behandlingsfaglige ansvar for all metadonbehandling i Oslo, i tillegg til å være et nasjonalt kompetansesenter.

## 1.2. OVERSIKT OG LESERVEILEDNING

Oppgaven deler seg naturlig i to deler, hvor kapittel 3 til 5 beskriver og drøfter relevante begreper og dilemmaer, metadon og metadonbehandling, samt Metadonprosjektets planlegging, iverksetting og resultater. Dette danner et empirisk grunnlag for den andre, mer teoretiske analysen i kapittel 6, 7 og 8 av massemedia, sosiale mekanismer og handlingsteori.

I *kapittel 2* redegjøres det for valg av metodisk tilnærming, hvilke data som er brukt og hvordan datainnsamling, bearbeiding og analyse har foregått. Hovedsakelig er den metodiske tilnærmingen kvalitativ, men jeg gjør også i noen grad bruk av mer kvantitative data og modeller, spesielt i forhold til illustrasjon av resultater, måloppnåelse og holdningsendringer. I *kapittel 3* tas mål og målsetninger i norsk narkotikapolitikk opp til drøfting, med spesiell fokus på den overordnede målsetningen om et samfunn fritt for narkotika. Dette drøftes gjennom en diskusjon om måter å formulere mål og målsetninger, og hvilke moralske og etiske problemstillinger som er aktuelle i en diskusjon omkring narkotikapolitikk generelt og metadonbehandling spesielt. *Kapittel 4* beskriver hva metadonbehandling innebærer, litt generelt om forhistorie, medisinske egenskaper, dosering og administrering. Deretter presenteres kort de ulike forståelsesmodeller som har vært/er aktuelle med hensyn til behandling av stoffmisbrukere, og en diskusjon om stoffmisbruk er tjent med å defineres som en sykdom. *Kapittel 5* beskriver Metadonprosjektet i Oslos forhistorie, oppstart, gjennomføring og resultater. Videre diskuteres de politisk bestemte rammebetingelsene, og hvilken innvirkning disse kan ha hatt på utfallet av behandlingen og gjennomføringen av prosjektet. Prosjektets resultater sammenlignes med de opprinnelige

målsetningene, og dette danner empirisk grunnlag for å drøfte målsetningsforskyvninger og holdningsendring.

*Kapittel 6* innleder den teoretiske analysen med fokus på massemedias rolle som premissleverandør i offentlig debatt. Her presenteres holdningsbegrepet, og forholdet mellom narkotikapolitikk og massemedia beskrives. *Kapittel 7* beskriver massemedias rolle både som aktør og arena i metadondebatten i lys av medietriangler og konstruksjon av konflikter mellom ulike parter. Her vises det hvordan media bruker sin makt til å definere dagsorden både for publikum og politikere, med måten de prioriterer og fremstiller et tema. Jeg viser hvordan media bidro til å skape myter omkring metadon, og at medias fremstilling gjorde den opprinnelige konflikten om metadon mer eller mindre uforståelig for det brede publikum. Dette danner så utgangspunkt for *kapittel 8* hvor den observerte holdningsendringen settes inn i en teoretisk ramme av sosiale mekanismer, terskelmodeller og sosial handlingsteori. Her viser jeg hvilke mekanismer som kan bidra til at en holdningsendring finner sted, og hvordan tilsynelatende små faktorer på gitte tidspunkt i en sosial endringsprosess kan ha avgjørende effekt på det endelige utfallet. *Kapittel 9* oppsummerer analysen og konkluderer i forhold til problemstillingene, og gir plass til noen tanker omkring konflikten som det kan se ut som forsvant.



## **2. METODE OG DATAMATERIALE**

Narkotikapolitikken er et område som tradisjonelt har vært, og fremdeles er, preget av stor grad av ideologiske, moralske og normative aspekter (Christie&Bruun 1985; St.m. 16/1996-97; Andenæs 1994, 1996; Waal 1996). Dette er noe som spesielt viser seg i forhold til metadonspørsmålet, der det blant annet befinner seg i skjæringsfeltet mellom medisin og strafferett. Dette gjør at jeg finner det hensiktsmessig å belyse problemstillingene først og fremst ved hjelp av en kvalitativ og skjønnsmessig metode. Dette arbeidet er derfor hovedsakelig basert på en *kvalitativ* tilnærming til feltet, og jeg velger å legge Reidar Almås' (1990) definisjon av kvalitative metoder til grunn:

*"... innsamling og bearbeiding av opplysningar med sikte på å få fram intensjonar og mønster i sosiale samanhengar" (: 57).*

*Kvalitative* data samles hovedsakelig inn og uttrykkes i form av tekster, mens man ved *kvantitative* metoder kan omforme og uttrykke datamaterialet som tall eller andre mengdetermer som er representative for en større gruppe (Korsnes m.fl. 1997:174). Bruk av tall er ofte den beste metoden når man er på jakt etter målbare effekter av ulike tiltak, tendenser og endring over tid, men ikke særlig anvendelig i forhold til den type problemstillinger jeg reiser i denne oppgaven. Dette fordi jeg her er ute etter å studere et fenomen og en endringsprosess, som jeg mener best kan forstås gjennom de ulike aktørenes situasjonstolkninger, holdninger, motiver og selvforståelse (Almås 1990:57), og hvordan deres handlinger på individplan (mikronivå) fører til aggregerte/kollektive konsekvenser på samfunnsplan (makronivå) (Brox 1995b:6768; se også Schelling 1978; Elster 1989a).

Analysen vil i stor grad være i form av en *kvalitativ innholdsanalyse*, hvor jeg undersøker og tolker innholdet i ulike dokumenter og materiale. Denne tilnærmingen er blant annet valgt fordi den er spesielt nyttig i forhold til studier av utviklingsforløp over tid. Med dokumenter i denne sammenheng siktes det til publisert materiale som i form av tekst inneholder direkte eller indirekte spor etter, eller informasjon om, sosiale handlinger, forhold eller hendelser (Korsnes m.fl. 1997:129-130; Schwebs&Østbye 1999:179-182). Det er imidlertid vanskelig å skille klart mellom datainnsamlingen og selve analysen i det arbeidet jeg har gjort. Dette fordi analysen på mange måter begynner allerede ved første kontakt med datamaterialet, da ethvert materiale bidrar til den foreløpige situasjonsforståelsen (Almås 1990:80). Ture Schwebs og Helge Østbye

(1999) hevder at kvalitativ innholdsanalyse av media har sin styrke i god validitet. Dette fordi man kommer ”dypere” inn i teksten, og at man er rimelig sikker på dataenes relevans for problemstillingen. Svakheten til denne tilnærmingen kan være i forhold til reliabilitet og generalisering, da resultatet i stor grad er avhengig av subjektiv tolkning og situasjonsforståelse (Schwebs&Østbye 1999:180).

Jeg kommer også til å bruke noe kvantitativt materiale, men i forholdsvis liten skala. Det er da snakk om statistikker over narkotikamisbruk og -kriminalitet utgitt av Rusmiddeletaten og SIFA (Lohiniva 1999), samt statistikk over misbruk av illegale rusmidler og medikamenter blant pasienter som er i metadonassistert rehabilitering.

## **2.1. DATAMATERIALE, INNSAMLING OG ANALYSE**

Jeg kan i forbindelse med denne oppgaven ikke se at jeg har samlet inn, eller brukt, data som er sensitive i en slik grad at det har vært behov for godkjenning fra Datatilsynet. De data som er utledet direkte fra informanter er gjengitt i en slik form at de reflekterer forhold ved hele pasientgruppen, og ingen vil kunne gjenkjennes med unntak av der det vises til publisert avismateriale. Jeg ser ingen betenkeligheter med dette, da materialet uansett er/var offentlig tilgjengelig og akseptert av de involverte. Alle deltagerne i forsøksprosjektet måtte også skrive under en samarbeidskontrakt med MiO, og et viktig punkt i denne var blant annet at pasientene aksepterte å bli intervjuet av forskere, og at ulike data fra prosjektet skulle kunne brukes i forskningsøyemed.

### ***2.1.1. Egne observasjoner***

En viktig kilde til data i denne oppgaven har vært mine egne erfaringer og observasjoner i forbindelse med min mangeårige jobb ved Metadonprosjektet i Oslo. Jeg har fulgt prosjektet og de første metadonpasientene siden 1997, det vil si gjennom siste del av prosjekttiden og den første tiden etter at prosjektet ble gjort til et permanent tilbud. Siden jeg har jobbet nært innpå og med pasientene, har jeg fått innblikk både i deres egne tanker, meninger og holdninger til prosjektet, samtidig som jeg har sett prosjektet og de utfordringer det har stått overfor fra de ansattes synspunkt.

Jeg har i dette arbeidet ikke foretatt noen form for organiserte intervjuer, men har likevel tilegnet meg mye nyttig kunnskap og materiale gjennom observasjoner, samtaler og diskusjoner både med kollegaer og pasienter. Innsamling av data har vært resultat av min naturlige interaksjon i pasientmiljøet, med pasienter og kollegaer. Mange pasienter og ansatte har imidlertid vist interesse for mine studier, og i den forbindelse har spesielt en del pasienter benyttet sjansen til å gi uttrykk for meninger og tanker omkring behandlingen de tar del i, samt utviklingen på feltet de senere år. Deres meninger og refleksjoner om egen situasjon og opplevde behov i forhold til den mer byråkratiske organiseringen av Metadonprosjektet, har vært av stor betydning i denne forbindelse.

### ***2.1.2. Offentlige dokumenter og evalueringer***

Diverse offentlige dokumenter, meldinger og utredninger utgjør viktig materiale i forhold til prosessen før, under og etter etableringen av Metadonprosjektet i Oslo. En del offentlige dokumenter og skriv har jeg fått tilgang på gjennom MiO. Det er også utgitt flere notater og rapporter fra ledelsen ved Metadonprosjektet om resultater og fremdrift i løpet av prøveperioden. Det ble i 1997 skrevet fire evalueringsrapporter knyttet til ulike problemstillinger nyttet til Metadonprosjektet, pasientene og misbrukermiljøet, og de representerer alle viktige data. Disse er: Skretting 1997 (SIFA-rapport nr. 4), Ervik 1997 (SIFA-rapport nr. 5), Ravndal & Vaglum 1997 (SIFA/Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo) og Frantzen 1997 (Institutt for Kriminologi, Universitetet i Oslo).

Jeg har også hatt tilgang på høringsuttalelsene som ble avgitt i 1992 i forbindelse med innstillingen om et eventuelt forsøksprosjekt med metadon vedlikeholdsbehandling i Oslo kommune. Høringsuttalelsene representerer viktige data i forhold til holdninger til metadon. Astrid Skretting (1997) analyserte imidlertid disse i sin evalueringsrapport, og jeg har derfor valgt å forholde meg til hennes arbeid med hensyn til disse.

### ***2.1.3. Statistikk***

Det var mange, og til dels store, forventninger knyttet til pasientene ved MiO, og det ble utarbeidet en del statistikker for å få frem konkrete bilder av hvordan det gikk med pasientgruppen i forhold til overordnede målsetninger om blant annet rusfrihet,

sysselsetting og økonomi. Analyse av urinprøver for å kontrollere for misbruk av rusmidler og/eller medikamenter, er et viktig metodisk verktøy i arbeidet med metadonpasienter (Grönbladh&Gunne 1989; Ball&Ross 1991:135; Ward m.fl. 1998d), fordi tiltaket i noen grad tillater misbruk av andre stoffer ved siden av metadon. At en pasient leverer en urinprøve med utslag på for eksempel heroin, amfetamin eller hasj resulterer med andre ord ikke i umiddelbar utskrivelse fra prosjektet. Metadonbehandling er i Norge hovedsakelig basert på poliklinisk behandling, og kontrollen med hva pasientene gjør når de ikke er i prosjektets lokaler, er derfor begrenset.<sup>1</sup> Dette gjør pasientene mer sårbare overfor negativ påvirkning, og risiko for tilbakefall øker. Dette vil imidlertid *ikke* si at rusmisbruk ved siden av metadonbehandlingen er akseptert, da det jobbes kontinuerlig mot rusfrihet og/eller ruskontroll på sikt for den enkelte pasient. Står man overfor tilfeller der det er snakk om langvarig og tilsynelatende ukorrigerbart rusmisbruk, skal metadonbehandlingen i følge de offisielle retningslinjene avsluttes (Arbeidsgruppen 1992; Blix 1997). Det tolereres imidlertid misbruk i langt større grad i dag enn hva som var tenkt i henhold til de offisielle retningslinjene fra 1992.

I denne forbindelse vil jeg hovedsakelig bruke statistikker som sier noe om pasientenes bruk av rusmidler ved siden av metadon, fordi det er sentralt i forhold til overordnede målsetninger. Disse statistikkene har jeg selv produsert i samarbeid med psykolog Steinar Bruvik ved MiO, gjennom analyse av de enkelte pasienters urinprøver for hver måned. Slik kunne vi lage måneds og årsoversikter over antall positive prøver (utslag på andre stoffer enn metadon) i forhold til negative (utslag kun på metadon) prøver, både for enkeltpasienter og hele pasientgruppen, samtidig som vi fikk et bilde av hvilke rusmidler som representerte de største problemene hos våre pasienter.

#### **2.1.4. Massemedia**

Metadondebatten foregikk ikke bare på politisk og byråkratisk nivå. Ulike narkotikaspørsmål har helt siden 1960-tallet hatt evne til å skape stort engasjement blant vanlige folk og i massemedia (Bergersen Lind 1974; Skretting m.fl. 1996). Og siden metadonspørsmålet vakte stor interesse og engasjert debatt blant store deler av befolkningen og ulike yrkesgrupper, er det derfor vanskelig å komme unna massemedia som kilde. Selv om både radio og fjernsyn er kraftfulle medier, har jeg i denne

---

<sup>1</sup> Dette gjelder selvfølgelig ikke metadonpasienter som av ulike grunner befinner seg i lukkede/kontrollerte institusjoner.



sammenhengen valgt å konsentrere meg om dagspressen, nærmere avgrenset de fire største riksdekkende avisene *VG*, *Dagbladet*, *Arbeiderbladet* (*Dagsavisen* fra 7/9-97) og *Aftenposten* (morgen- og aftenutgaven). Aftenutgaven til *Aftenposten* er imidlertid ikke riksdekkende, men mer en lokalavis for Oslo. Grunnen til at jeg likevel inkluderer den, er at metadonspørsmålet den første tiden var et Osloanliggende, og de mer lokale konfliktene og diskusjonene fikk derfor naturlig nok stor dekning i *Aftenposten* Aften. Den geografiske nærhet som Oslobeboerne hadde til saken antas derfor å ha hatt betydning for temaets nyhetsverdi (Schwebs&Østbye 1999:106), noe som igjen kan ha påvirket i hvilken avisutgave temaet ble behandlet i. Når jeg videre bruker begrepet *massemedia* eller *media* henvises det til en eller flere av de fire ovennevnte avisene. Avismaterialet som det refereres til i teksten er kun et utvalg, og ikke fullstendig i forhold til alt det som ble skrevet i disse avisene om temaet i løpet av 1990-tallet. Oversikt over avismateriale ligger ved litteraturliste.

## **2. 2. MASSEMEDIA SOM DATAKILDE**

Materiale fra massemedia må imidlertid behandles med en viss forsiktighet og forbehold. Dette fordi avisreferater og reportasjer ofte tegner et skjevt bilde av en sak. Selve informasjonsverdien til materialet er derfor avhengig av kunnskapsnivået til den som skriver, og hvilken vinkling saken gis. Det siste er igjen gjerne avhengig av subjektive faktorer som massemediets og/eller journalistens grunnsyn og ideologiske plattform (Almås 1990:58; Schwebs&Østbye 1999:114-115). Det mest sentrale med hensyn til materiale fra media i denne forbindelse, er imidlertid ikke å bruke media som objektiv informasjonskilde. Derimot er jeg ute etter å studere hvordan avisene prioriterte og presenterte materiale om metadon og narkotikapolitikk, for slik å undersøke hvilken rolle massemediene kan ha hatt i forhold til eventuell endring og dannelse av holdninger til metadonbehandling.



### **3. MÅL OG MÅLSETNINGER I NORSK NARKOTIKAPOLITIKK**

Kampen mot narkotika, den elendighet den fører til for brukerne og den omfattende belastning narkotikamisbrukerne utgjør for samfunnet, har de siste tiårene stått i sentralt i den vestlige verden. Spesielt USA har ført an med sin *War on drugs*,” hvor strafferettslige kontrolltiltak og krigsmetaforer har stått i sentrum (Andenæs 1994:79, Fjær 1994a:163). Narkotikapolitikken er på mange måter regulert gjennom internasjonale konvensjoner, men de enkelte land står likevel forholdsvis fritt i utformingen av egen politikk. Dette har ført til at man i Europa har både ”narkotikaliberale” land som Nederland og Danmark, og land som mer konsekvent har fulgt den amerikanske ”krigsstien”, som Norge og Sverige (Fjær 1994a). Norge står i en særstilling i Europa når det gjelder strafferammer for narkotikaforbrytelser, og den norske narkotikapolitikken har siden 1960-tallet vært preget av strafferettslig kontroll og -virkemidler (Hauge 1992:154-155; Andenæs 1994:77).

#### **3.1. DET NARKOTIKAFRIE SAMFUNNET**

Den overordnede politiske målsetning for narkotikapolitikken har, helt siden den spede begynnelse, vært å komme all form for misbruk av narkotiske stoffer og avhengighets-skapende medikamenter til livs. Et ”misbruksfritt verdenssamfunn” var målsetningen som ble lansert etter den store narkotikakonferansen i Haag i 1911, som bygget på en modell som regnet stoffenes tilgjengelighet som den viktigste årsaksfaktoren til misbruk. Gjennom streng kontroll av legemidlene ville man på sikt slå bunnen ut av det illegale markedet, og all ikkemedisinsk bruk og etterspørsel ville forsvinne (Bergersen Lind 1974:23-24). Målsetningen om et samfunn fritt for narkotika kan sies å ha stått sentralt i norsk narkotikapolitikk siden 1960-tallet (Andenæs 1994:78, 1996), men ble for første gang offentlig formulert i Stortingsmelding nr. 13/1985-86 *”Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken”*:

*”Et narkotikafritt samfunn er regjeringens målsetning for innsatsen på narkotikafeltet. Dette er en målsetning som har en sterk forankring i folkeopinionen, i alle politiske partier og i det øvrige organisasjonsliv” (:6).*

Det gis altså uttrykk for at det er bred tilslutning til målet, og det er av den grunn ikke spesielt bemerkelsesverdig at hverken mål eller virkemidler tas opp til kritisk diskusjon. Dette var imidlertid et særtrekk ved norsk narkotikapolitikk på 1980-tallet, hvor det var liten uenighet å spore på tvers av partipolitiske skillelinjer med hensyn til mål og virkemidler

(Hauge 1992:156; Hakkarainen m.fl. 1996:90). I ettertid er det imidlertid flere som har hevdet at norsk narkotikapolitikk gikk noe "av skafet" på slutten av 1970- og begynnelsen av 1980-tallet (Waal 1996:22; Andenæs 1994:77, 1996), hvor straffesammene for narkotikaforbrytelser økte i været og endte på lovens lengste straff, 21 års fengsel, i 1984 (Straffeloven §162). Denne strategien ble begrunnet ut fra allmennpreventive hensyn, folk skulle skremmes til ikke å bruke narkotika samtidig som brukerne skulle isoleres (Hauge 1992:154). Det går drøye 10 år til neste narkotika politiske stortingsmelding legges frem, og i Stortingsmelding nr. 16/1996-97 "Narkotikapolitikken" ser man at noe har skjedd i forhold til den overordnede målsetningen. Det holdes fremdeles fast ved viktigheten av å ha et langsiktig og overordnet mål, altså står "det narkotikafrie samfunnet" fremdeles sentralt. Det sies imidlertid videre at:

*"Det er ikke realistisk å tro at narkotikaproblemene skal kunne løses innen overskuelig fremtid"* ( St.m. 16/1996-97:9).

Her gis det altså uttrykk for at den formulerte målsetningen *ikke* lenger regnes som et realistisk mål, men mer en utopisk idealtilstand. Det legges med andre ord opp til en politikk som tar sikte på en ideell målsetning som selv ikke de ansvarlige, lenger har særlig tro på. *Legaliseringstanker* nevnes sammen med *negativ signaleffekt* som vektige grunner til at man må holde fast på den gamle og veletablerte målbningen (St.m. 16/1996-97:9; Maaseide 1997:20-21). Man kan likevel ut fra dette tolke at målsetningen om et narkotikafritt samfunn ikke lenger står like sterkt, og at den tverrfaglige og tverrpolitiske enighet som i meldingen fra 1985-86 sies å prege narkotikapolitikken, ikke lenger er så fremtredende på 1990-tallet.

### **3.1.1. Nye tider - nye mål?**

Visjonen om *det narkotikafrie samfunnet* som politisk målsetning har i lengre tid vært gjenstand for kritikk, blant annet fra samfunnsvitenskapelig (Lind 1974; Christie & Bruun 1985; Maaseide 1997) og juridisk (Andenæs 1994, 1996; Rieber-Mohn 1996:75) hold. Nils Christie og Ketil Bruun (1985) har hevdet at målsetningen faller allerede på definisjonsplan, og på samme måte som jusprofessor Johs. Andenæs (1994, 1996) sier de at målsetningen i seg selv er til hinder for en effektiv kamp mot narkotikaproblemene både på individ og samfunnsnivå. Andenæs (1994:78) hevder at vi like lite kan oppnå et narkotikafritt som et kriminalitetsfritt samfunn. Dette fordi både "narkotika" og

“*kriminalitet*” er begreper av normativ art.<sup>2</sup> Altså begreper hvis innhold til en hver tid bestemmes av formelle eller uformelle regler eller forskrifter om hvordan man bør handle i tråd med omgivelsenes forventninger og krav (Korsnes m.fl. 1997:219-220).

En politikks nytteverdi er i stor grad direkte knyttet opp mot hvilke mål man har definert som ideelle. Mens målsetningen om det narkotikafrie samfunnet har vært i sentrum, har imidlertid narkotikaproblemene i Norge, som i resten av verden, bare økt. Antall narkotikabeslag gjort av politi og tollvesen, samt antall personer som siktes for narkotikalovbrudd har økt kraftig de siste 20 årene (Lohiniva 1999, tab. 7.5:130, 7.13:143). Mens man mot slutten av 1980-tallet mente å se tegn til en viss stagnasjon i rekrutteringen til de tyngste stoffmisbrukermiljøene (Skog 1992:48-49), ser det i dag ut til at misbruk og aksept av ulike typer narkotika sprer seg til stadig nye og ikke minst yngre brukergrupper (Lohiniva 1999, tab. 9.5:170, 9.7:175; Aftenposten 20/2-99). Dette må regnes som en viktig grunn til at narkotikapolitikken i de senere år har blitt gjenstand for mye kritikk og diskusjon. Kritikk av de offentlige mål og virkemidler i narkotikapolitikken har vært sjelden i Norge frem til 1990-tallet, og media har stort sett brukt sine spaltemetre på å støtte opp om den etablerte politikken (Hauge 1992:156; Skretting m.fl. 1996:112). Det har vært hevdet at innenfor andre områder ville en politikk som gav så dårlige resultater blitt totalt forkastet og gjenstand for nytenkning og kraftig revidering. Innenfor narkotikapolitikken kan det imidlertid se ut som om kun de gamle virkemidlene har vært legitime, slik at det bare er blitt satset mer og mer ressurser på økt kontroll, strengere straffer og økte politiresurser (Christie&Bruun 1985; Andenæs 1996).

Den samme kritikken kan i stor grad også rettes mot behandlingsapparatet for stoffmisbrukere. De samme idealene og virkemidlene har stort sett stått like sterkt helt siden 1970 tallet, med rusfrihet, sosialpedagogiske og psykologiske prinsipper og forståelsesmodeller i sentrum (Mork 1992; Furuholmen&Andresen 1993:23-24; Fjær 1994b:175-176; Skretting 1997:7-8). På 1990-tallet ble det imidlertid i økende grad satt fokus på det faktum at resultatene av nesten 20 års behandlingsinnsats ikke var spesielt oppløftende. Den optimismen som tidligere preget feltet ble i større og større grad byttet

---

<sup>2</sup>For en mer utfyllende diskusjon om narkotika- og misbruksbegrepet, se Christie og Bruun 1985:59-65.

ut med økende oppgitthet, noe som igjen førte med seg nytenkning og mer kritiske blikk på hva som kunne gjøres annerledes (Blindheim 1995).

### 3.2. FRA POSITIVE TIL NEGATIVE MÅL?

En ideell, men til dels utopisk målsetning, som for eksempel målet om et samfunn fritt for narkotika, kan i følge Ottar Brox (1995a) kalles et *positivt mål*. Det er ganske enkelt en beskrivelse av en ideell og ønsket fremtidig tilstand eller situasjon (Brox 1995a:64). Og det er nærliggende å anta at dersom vi klarte å gjøre Norge om til et samfunn fritt for narkotika, så ville vi kunne spares for enorme summer på samfunnsnivå, og for store sorger, lidelser og tidlig død på individnivå. Så målet i seg selv er prisverdig nok. Men er det det samme som at det egner seg som en politisk målsetning? Og sist men ikke minst, hvilken pris er vi villige til å betale for å nå dette målet? Hvor mye lidelse, elendighet og død kan vi akseptere at andre gjennomgår, bare for å oppnå en fremtidig tilstand hvor den type lidelse ikke lenger finnes?

Brox hevder at *negative mål* i de fleste tilfeller er bedre og mer nyttige målsetninger enn positive. Det argumenteres med andre ord for å snu problemstillingen på hodet, og heller definere målsetningen i form av hvilke trekk vi ikke ønsker en fremtidig tilstand skal kjennetegnes ved eller hvilke grenser vi må sørge for ikke å overskride (Brox 1995a:69). Negative mål gir videre, i følge Brox, de aktuelle aktørene bedre muligheter til å forholde seg til virkelighetens realiteter fremfor positive utopier. Positivt formulerte mål gir aktørene større markeringsmuligheter med hensyn til verdier og ideologier, uten å trenge å ta hensyn til de reelle situasjonen som det må gjøres noen med (Brox 1995a:70). Et viktig argument som stadig gjentas i narkotikapolitiske diskusjoner er at man aldri må gi opp, at vi ikke må la narkotikaen "vinne". Nettopp dette har vært en grunnholdning i den norske behandlingssideologien, en grunnfestet tro på stoffmisbrukerens egen iboende evne til forandring (St. m. 13, 1985-86; Skretting 1997:52), en holdning som kan antas å ha stått sentralt i den store motstanden mot metadon (se bl.a. Furuholmen&Andresen 1993:81, 91). At enkelte muligens *ikke har denne evnen* etter 10 til 20, kanskje 30 år med tungt misbruk av rusmidler, synes å ha vært et ikketema, på samme måte som misbrukets mulige biologiske og medisinske aspekter.

### 3.2.1. Metadon som resignasjon?

I debatten om hvorvidt en skulle tilby metadon til de mest nedkjørte heroinmisbrukerne, ble resignasjonsargumentet flittig brukt. Mange av motstanderne la stor vekt på at ved å tilby metadon til stoffmisbrukerne, så signaliserte man at man har gitt opp både dem og selve kampen mot narkotikaen, altså som uetisk i seg selv (Furuholmen&Andresen 1993:91; Blindheim 1995; Skretting 1997:52). Vi ser her at omfattende internasjonal forskning og erfaring som kunne vise til at metadon hjelper mange til bedre helse, sosial funksjon og livskvalitet, kom i skyggen av en sterkt ideologisk begrunnet tillit til en målsetning som selv politikerne var i ferd med å gi opp troen på.

Ottar Brox (1995a) er imidlertid ikke enig i at negative målformuleringer automatisk innebærer redusert anbisjonsnivå eller resignasjon. Han hevder i stedet at de derimot ofte representerer virkelighetens realiteter bedre enn positive og ideelle målsetninger. Streben etter utopiske mål kan blant annet føre til at det blir brukt virkemidler som på lang sikt får negative ringvirkninger, også overfor de som man i utgangspunktet skulle hjelpe. Mens man med en målsetning som i utgangspunktet er utopisk, lettere kan legitimere en holdning om at "målet helliger middelet", blir det vanskeligere med en negativ målsetning å akseptere at virkemidlene som en tar i bruk får visse negative konsekvenser (Brox 1995a:71-77). Johs. Andenæs hevder da også at det menneskelige lidelsesaspektet som påføres stoffmisbrukere gjennom det omfattende strafferettslige kontrollapparatet, er tillagt altfor liten vekt i norsk narkotikapolitikk. Han ser med gru på hvordan vanlig medmenneskelighet og rettferdighet har blitt satt til side i "krigen" mot narkotikaen (Andenæs 1996), en "krig" som føres nettopp mot en utopisk målsetning av den type som Brox skisserer. Og ikke minst en krig basert på et etisk og moralsk fundament, hvor handlingenes symbol- og signalverdi får overskygge de reelle menneskelige og samfunnsmessige konsekvensene. Eller med Nils Christies og Kertil Bruuns ord:

*"Dette er en krig som ikke kan vinnes. Den kan bare føres"* (Christie&Bruun 1985:190).

Ottar Brox (1995a) viser også hvordan antall alternative virkemidler øker når målsetningen er negativt formulert, ganske enkelt fordi resultater underveis kan regnes som positive så lenge man ser at man *beveger seg bort fra* den mest uønskede fremtidige situasjon. Ved tilgang på flere alternative virkemidler kan man også lettere

unnå og forkaste de virkemidlene som man med sikkerhet vet, eller antar at, vil føre til uønskede og utilsiktede ringvirkninger. Vi ser her at hvordan målene formuleres har direkte innvirkning på hvilke alternative virkemidler som blir aktuelle, noe som i ytterste konsekvens kan føre til at ønsket om det beste blir det godes fiende (Brox 1995a:71-75). Innenfor den norske narkotikapolitikken, og kanskje spesielt i debatten omkring metadon, vil jeg hevde at man finner eksempler på dette.

### **3.2.2. Narkotika, metadon, etikk og moral**

Noe av det som gjør debatten omkring metadon og narkotikapolitikk vanskelig, er at vi befinner oss i et så verdiladet og ideologisk felt at begge sider i debatten påberoper seg å ta de beste etiske hensyn. Innenfor etikken skiller man mellom to typer etikk, den *konsekvensetiske* og den *pliktetiske*. Konsekvensetikken tar utgangspunkt i at det er en handlingens resultater eller konsekvenser som bestemmer handlingens etiske kvalitet, mens det innen pliktetikken er selve handlingen i seg selv som er etisk eller ikke, uavhengig av konsekvensene. For eksempel vil det å drepe et annet menneske, uansett fordelaktige konsekvenser for seg selv eller andre, være en umulighet for de fleste. Dette fordi det å drepe anses som moralsk og etisk galt, uansett hvordan man vurderer konsekvensene<sup>3</sup> (Krummradt Lie 1992; Christoffersen 1997:25-27).

Men hvordan avgjøre hvilken etiske tilnærming som er den rette? Når ”helliger målet middelet,” og når må man ta ansvaret for å velge det handlingsalternativ som gir de gunstigste konsekvensene? Max Weber (1990:42) berørte også dette tema, men da med et skille mellom sinnelagsetikk (plikt-) og ansvarsetikk (konsekvens-). Han hevder det er en ”avgrunnsdyp motsetning” mellom dem, men også at

*”Ingen etikk i verden kommer utenom den kjensgjerning at man for å oppnå den ”gode” hensikt i tallrike tilfeller må ta med på kjøpet moralsk betenkelige eller i det minste farlige midler, og muligheten, til og med sannsynligheten, for slette bivirkninger. Heller ikke kan noen etikk i verden avgjøre når og i hvilket omfang den etisk gode hensikt ”helliger” de etisk farlige midler og ugunstige følger”* (Weber 1990:43).

Vi ser altså at det ikke er selve etikken som kan avgjøre om en handling er ”god” eller ikke, men at vi i tillegg trenger verdier til å danne grunnlag for å avgjøre *hva* som er et

---

<sup>3</sup> Jeg ser her bort fra ekstreme situasjoner som innbefatter *nødverge*. Drap i nødverge for å beskytte henholdsvis seg selv eller andre, kan frikjennes gjennom Straffeloven §48.



godt resultat. Til sammen danner etikk og verdier basis for vår moral, som hovedsakelig kommer til uttrykk i hvordan vi handler og hvordan vi vurderer konsekvensene av de ulike handlingsalternativenes (Weber 1990:43; Christoffersen 1997:10, 28).

På den ene siden hevder tilhengerne av målsetningen om å oppnå et narkotikafritt samfunn at det byr på etiske betenkeligheter å fjerne dette som overordnet mål, og motstandere av metadonbehandling hevder at det er uetisk å opprettholde folks avhengighet i behandling (Mork 1992). Dette er eksempler på etikk av pliktetisk karakter. Det er selve handlingen som står i sentrum, uansett hvilke konsekvenser det vil føre til. Den som avviser bruk av metadon på grunnlag av den tradisjonelt norske grunnfestede holdningen om ”aldri å gi opp” kan sies å gi uttrykk for en pliktetisk tankegang, fordi det å resignere *i seg selv* vil oppleves som uetisk. På den andre siden hevdes det at det er etisk uakseptabelt å la folk dø i ung alder på gata i velferdssamfunnet når man kan redde livene deres med metadon, selv om det etter enkeltes oppfatning skjer på bekostning av et overordnet ideal om rusfrihet (Ervik 1994; Andenæs 1994, 1996). Dette er uttrykk for konsekvensetisk tankegang, da man velger det antatt beste handlingsalternativ blant de realistiske alternativene. Det er denne type etikk folk viser til når de hevder det er uetisk å opprettholde en politisk målsetning som, etter deres mening, er til hinder for effektiv bekjempelse av problemet.

Professor i medisinsk etikk, Reidar Krummradt Lie (1992), argumenterer for at en moralsk ramme for behandling av stoffmisbrukere må være av konsekvensetisk karakter, og at man hele tiden må velge handlinger som er best gitt de realistiske handlingsalternativene. Utgangspunktet for valget må altså ikke være utopisk, for selv om det hadde vært *best* om ingen misbrukte narkotika, så *gjør* mange det. Og om dette faktum er aldri så ubehagelig, så må det ikke få lov til å stå i veien for effektiv hjelp til de mest elendige. Han hevder altså at det må være den reelle situasjon som må være utgangspunkt for handling på narkotikafeltet (Krummradt Lie 1992). Vi ser altså at en strategi basert på negative målformuleringer, vil måtte være basert på en konsekvensetisk plattform, og at det er med en slik holdning og etikkforståelse man kan danne et moralsk og etisk grunnlag for metadonbehandling og arbeid av mer direkte skadereduserende karakter.

### 3.2.3. Reduksjon fremfor eliminasjon

Skadereduksjon er et begrep som siden slutten av 1980-tallet har vært aktuelt i narkotikapolitiske diskusjoner. Begrepet utfordrer på mange måter de tradisjonelle tilnærmingene til feltet, også målet om et narkotikafritt samfunn. Med *skadereduserende tiltak* menes tiltak som ikke er rettet inn mot rusfrihet og helhetlig rehabilitering, men mot enkeltforhold som kan redusere skadene som aktivt stoffmisbruk påfører individet. Som oftest er det ikke snakk om å gjøre det "enkelt" å være stoffmisbruker, men å gjøre en akutt håpløs situasjon litt lettere å bære gjennom å sette i verk enkle helsebevarende tiltak. Utdeling av rene sprøyter og kondomer er eksempler på tiltak overfor stoffmisbrukere som tar sikte på å redusere spredning av alvorlige sykdommer som hepatitt og AIDS, og som internasjonal forskning også viser at har den ønskede effekt (Ervik 1994; Fekjær 1996). Vi ser altså at denne tilnærmingen representerer negative målformuleringer med utgangspunkt i reelle problemsituasjoner. Mange skadereduserende tiltak ble på 1980 og tidlig på 90-tallet avvist på mer eller mindre ideologisk grunnlag, fordi de ikke harmonerte med den overordnede målsetningen i norsk narkotikapolitikk. Men til tross for politisk skepsis og motstand, er det i løpet av de siste 10 årene etablert flere tiltak som kan defineres som skadereduksjon rettet mot stoffmisbrukere,<sup>4</sup> som den såkalte sprøytebussen, oppøskende helseteam og ulike akutt-, omsorgs- og botiltak.

Et problem knyttet til skadereduksjonsbegrepet er imidlertid at mange forbinder det med avkriminalisering og legalisering av omsetning og/eller bruk av narkotiske stoffer. Dette skyldes at mange narkotikaliberalister og legaliseringstilhengere bruker begrepet, og i en del sammenhenger nærmest har "overtatt" det (Fekjær 1996). Legal forskrivning eller omsetning av narkotiske stoffer, som for eksempel heroin, *kan* være ledd i en skadereduksjonsstrategi (Fjær 1994a:167), men å være tilhenger av skadereduksjon trenger ikke å innebefatte aksept av den type tiltak. Dette fører igjen til at tilhengere av skadereduksjon kan føle seg koblet til holdninger de ikke ønsker å forbindes med, da det kan virke som om de færreste som argumenterer for skadereduserende tiltak i Norge ønsker å forfekte en aksept og/eller legalisering av narkotikabruk (Ervik 1994). Det de mener er imidlertid at når de *vet* at en person kommer til å injisere heroin uansett hva som skjer, så er det bedre at vedkommende får en ren sprøyte enn at hun låner en brukt

---

<sup>4</sup> Skadereduserende tiltak har fra tidligere vært vanlige i forhold til alkoholmisbrukere. At aksept av slike tiltak mot denne gruppen ikke har vært kontroversielle antar jeg skyldes at det misbrukte rusmiddel er legalt.

og kanskje infisert sprøyte av en annen. Dette er konsekvensetikk som beskrevet av Krummradt Lie (1992) i praksis. Ser vi på debatten om overdosedødsfall, som har gått mer eller mindre gjennom hele 1990-tallet, er skadereuserende tiltak og handlingsforslag som kun er rettet inn mot å redde liv i vinden som aldri før. Dette gjelder blant annet ”varmestuer,” offentlige sprøyterom med helsepersonell, nye medikamenter, mindre strenge kriterier for å få metadon, samt forslag om legal utdeling av heroin (Cron 1998; Interpellasjonsdebatt Stortinget 16/2-99; Aftenposten 2/5, 8/7-99; Dagsavisen 5/3-98; Waal 1999). Disse tiltakene skaper så godt som bestandig heftig debatt, og bra er det, men det som er spesielt interessant er at vi her snakker om tiltak som få eller ingen hadde drømt om å legge frem bare for noen få år siden.

Fekjær (1996) karakteriserer metadonbehandling som tiltak med skadereuserende hensikt, og metadon utgjør en vesentlig faktor i skadereuserende strategier i store deler av Europa (Ervik 1994; Fjær 1994a,b). Med hensyn til det norske, 3-årige forsøksprosjektet som ble startet i 1994 (MiO), blir dette imidlertid mer diskutabelt, fordi skadereuksjon som motiv ikke ble nevnt i prosjektplanen. I de opprinnelige retningslinjene fra 1992 (Arbeidsgruppen 1992) ble målsetningene definert som sosial og yrkesmessig rehabilitering. Dette kan selvfølgelig tolkes som uttrykk for at selve ordet skadereuksjon ble unngått av mer strategiske årsaker, men kan også ses som tegn på at målsetningen ikke var aktuell. Vi ser altså at metadon som virkemiddel i behandling av heroinmisbrukere kan skape et konfliktfelt mellom overordnede forebyggingsmål rettet mot å redusere tilgang på narkotika, og mer individuelt orientert forebygging av sykdom og død hos en spesiell gruppe misbrukere (Fjær 1994b:170). Det er i dette konfliktfeltet man må finne en middelvei for å ivareta flest mulig interesser, både på samfunns og individnivå. For selv om vi ser det som etisk uakseptabelt å avvise skadereuserende tiltak, så er det vel så etisk uakseptabelt å ikke følge dem opp videre (Ervik 1994).

### **3.3. FORSKNING SOM BASIS FOR MÅLSETNINGER**

Helge Waal (1996) hevder at narkotikapolitikken ikke bare kan være forskningsbasert, men alltid vil være sterkt påvirket av allmenne verdier og normer, samt politisk og økonomisk klima (Waal 1996:12). Max Weber tok i sin verdilære ikke bare utgangspunkt i motsetningsforholdet mellom verdier og virkelighet, men også i konflikt

forholdet mellom ulike verdier. Verdier står i konstant kamp mot hverandre, og det å ta parti *for* ett bestemt verdisett innebærer ofte også å ta *partimot* andre verdier (Fivelsdal 1990:12). Dette ser vi tydelig i narkotikapolitikken, hvor det å gå inn for aksept av metadon og/eller andre mer skadereduserende tiltak av mange oppleves som konfliktfylt i forhold til mer grunnleggende verdier, som det å ta klar avstand fra stoffmisbruk og kjempe for mer ideelle målsetninger. I følge Weber kan forskningen bidra med å analysere konsekvenser av det å vektlegge ulike verdier, men den har ingen rett eller kompetanse til å legitimere et gitt verdiprinsipps berettigelse. Å avgjøre hvilke verdier som skal prioriteres foran andre kan aldri bli vitenskapens oppgave, men vil alltid være "*det handlende menneskes sak*" (Fivelsdal 1990:11-12). Hall, Ward og Mattick (1998a) hevder likevel at det empiriske grunnlaget som finnes for metadonbehandlings effekt på misbruk, kriminalitet og helse, absolutt bør være relevant med hensyn til å vurdere de moralske prinsipper og motstridende verdier som eksisterer om emnet (Hall m.fl. 1998a:7).

Verdier er selvfølgelig faktorer som alltid vil påvirke politikk og ulike handlingsplaner. Ottar Brox (1995a) hevder imidlertid at det vil være enklere å danne en forskningsbasert basis for fremtidig planlegging, dersom man bruker negativt formulerte mål fremfor positive. Dette fordi at et negativt mål tar utgangspunkt i en aktuell situasjon som man vil endre noe spesielt ved, og det derfor blir enklere å identifisere de involverte aktørene og prosessene. Han mener det er viktig å definere flest mulig prosesser, ikke bare de viktigste. Når alt kommer til alt er det de prosessene som det er *mulig å endre eller kontrollere* som er viktigst, og ikke nødvendigvis de målbart mest betydningsfulle (Brox 1995a:80-81). Planlegging ut fra utopiske målsetninger kan i liten grad baseres på forskning, ganske enkelt fordi man ikke kan ha valid kunnskap om en tilstand som (foreløpig) ikke eksisterer (Brox 1995a:30). I dag ser vi at mange tar til orde for at narkotikapolitikken gjennom et skadereduksjonsperspektiv bør sette fokus på "reduere ulykke" fremfor å "produsere lykke" (se bl.a. Christie&Bruun 1985; Ervik 1994; Andenæs 1994, 1996; Fekjær 1996; Frantzen 1996), en strategi som i følge Brox åpner for en videre og mer praktisk debatt om hvilke virkemidler som kan og bør brukes (Brox 1995a:92). Dette rettfærdiggjør tiltak med andre og mer kortsiktige målsetninger enn full rusfrihet, samtidig som også bruk av metadon kan ses i denne sammenhengen. Dette fordi det for mange stoffmisbrukere synes klart at det å være avhengig av metadon

langt fra er den *beste* løsningen, men i virkelighetens verden regnes kanskje den nestbeste løsningen som eneste realistiske alternativ for å overleve (Skretting 1997).

### ***3.3.1. Inn i fremtiden - hva er det vi vil, med hvem og hvordan?***

Ting kan altså tyde på at målsetningen om det narkotikafrie samfunnet er på vikende front, forhåpentligvis til fordel for en mer realistisk og nyansert narkotikapolitikk. Det er grunn til å håpe at dette vil føre oss nærmere mer konstruktive målsetninger som vil komme både enkeltindivider og samfunn til gode. Mens metadon, som har vært brukt i behandling og forsket på i 30 år, var den mest kontroversielle narkotikapolitiske saken tidlig på 1990-tallet, dreide debatten seg mot slutten av 90-årene om alle *de andre* medikamentene (bl.a. farmasøytisk heroin) som kunne brukes for å hjelpe stoffmisbrukerne. Det kan se ut som om politikerne mer eller mindre kritikkløst er villige til å akseptere alt som hevdes, eller teoretisk kan tenkes, å være til hjelp for stoffmisbrukerne. Dette kan ses som signaler om at narkotikaproblemet er i ferd med å bli et problem som man etterhvert innser at man må leve med, uansett om man vil eller ikke. Denne holdningen har stått sterkt i Danmark, der “det narkotikafrie samfunnet” aldri har hatt noen plass i den offentlige debatten. Politikerne har derimot vært mer opptatt av hvordan man best forebygger *misbruk* av narkotiske stoffer, enn av å forhindre at det finnes slike stoffer innenfor landets grenser (Hakkarainen m.fl. 1996:92), altså mer negativt formulerte målsetninger. Dette åpner for nye tiltak, strategier og holdninger i narkotikapolitikken, og det at denne erkjennelsen ser ut til å være i ferd med å slå rot også her, kan regnes som en sentral årsak til at metadon igjen ble et tema her i landet. Samtidig har vi sett på 1990-tallet at det også har skjedd en ganske stor holdningsendring, over et forholdsvis kort tidsrom. Dette kan sies spesielt å gjelde bruk av medikamenter i behandling av stoffmisbrukere.

Helge Waal setter imidlertid i Aftenposten i mai 1999 fokus på problemene ved å kritikkløst søke de enkle løsninger på komplekse problemer, og at årsakssammenhenger mellom ulike tiltak og observerte resultater ofte blir feiltolket og misforstått både av politikere, massemedia og fagfolk (Waal 1999). Dette er etter min mening et viktig innspill, fordi slik jeg ser det, bør ikke holdningen om at enkelte handlinger er etiske eller moralske *i seg selv* skyves altfor langt ut i skyggen. Pliktetikken bør være konstant med i bakhodet, fordi man jobber for å bedre folks liv og livsvilkår, og i en slik

sammenheng har grunnleggende verdier og holdninger absolutt en plass (Christoffersen 1997). Vi må aldri tillate oss å gå i den fella at skadereuserende tiltak blir det eneste vi tilbyr våre stoffmisbrukere, slik man kan se tendenser til i enkelte land i Europa (Fjær 1994b:174), og at tiltakene bryter med de hjelpetrengende misbrukernes grunnleggende menneskeverd.

## **4. MEDIKAMENTELL BEHANDLING AV HEROINMISBRUK**

Medikamentell behandling av stoffmisbruk går hovedsakelig ut på å erstatte illegale narkotiske stoffer med medisinsk foreskrevne og kontrollerte stoffer som erstatter de farmakologiske effektene av narkotikamisbruket. Det brukes vanligvis i forbindelse med opiatrelatert avhengighet (fortrinnsvis heroin). Erstatningsmedikamentene påvirker imidlertid *ikke* heroinmisbrukerens fysiske avhengighet, og de *forblir like avhengige* av erstatningsmedikamentet som de før var av heroin (Ward m.fl. 1998b:206; Waal m.fl. 1999; Øye 1999). Det er med andre ord ingen behandling for selve avhengighetstilstanden, og medikamentell behandling av stoffmisbruk står derfor i sterk kontrast til mer tradisjonell abstinensorientert behandling hvor avholdenhet fra de misbrukte stoffer er målsetningen (Skretting 1997:16).

Per i dag er det flere ulike medikamenter i bruk og under utprøving både internasjonalt og i Norge, men metadon er det stoffet som man har lengst erfaring med og hvis effekt er studert nøye over tid (Hall m.fl. 1998a:2; Waal m.fl. 1999). Det teoretiske grunnlag for å bruke metadon er at langvarig opiatmisbruk skader hjernens evne til å regulere sin naturlige kjemiske balanse mer eller mindre permanent, slik at regelmessig opiattilførsel er nødvendig for at individet skal kunne fungere normalt (Waal m.fl. 1999; Øye 1999). Det er metadon som står i sentrum for min videre analyse.

### **4.1. HVA ER METADON?**

*Metadon* er et syntetisk opiat, hvis effekt er svært lik morfin, men det skiller seg også fra morfin (og heroin) på en del viktige områder. Stoffet ble opprinnelig oppfunnet av tyske vitenskapsmenn mot slutten av andre verdenskrig på grunn av mangel på morfin som smertestillende middel (Øye 1999). Når det gjelder bruk av metadon i behandling av heroinmisbrukere, regnes legeekteparet Vincent Dole og Marie Nyswander som opphavsmann og -kvinne. På 1960-tallet oppdaget de at stoffet fjernet og motvirket de abstinenssymptomene som heroin- og morfinmisbrukere opplevde når de ikke lenger fikk tilført stoffene de var avhengige av. De startet de første kontrollerte forsøkene med ulike medikamenter som erstatning for heroin og morfin, tidlig på 1960-tallet i USA. Etter heller mislykkede forsøk med kontrollert utdeling av heroin og morfin, viste forsøk med metadon mye bedre resultater (Ball&Ross 1991:1-2; Hall m.fl. 1998a:2).

#### 4.1.1. Farmakologi og virkemåte

En viktig grunn til at metadon er det mest brukte stoffet til behandling av heroinmisbrukere er at det er svært langtvirkende i forhold til andre opiat. Metadon har en halverings- eller virkningstid på 24 - 36 timer, noe som er omtrent seks ganger så lang virkningstid som heroin og morfin. Metadon kan derfor tas en gang i døgnet, i motsetning til heroin som må tas fire til seks ganger i døgnet for å hindre abstinens. En annen fordel med metadon er at det i motsetning til heroin opptas pålitelig fra mage og tarm, slik at det kan blandes i saft og drikkes fremfor å settes intravenøst, det vil si direkte i blodåre med sprøyte. Ved høye nok doser vil metadon forårsake en farmakologisk blokkering av *opioidreseptorene* i hjernen, det vil si de mottaksstrukturene som reagerer med opioider (Ward m.fl. 1998b:206-207; Waal m.fl. 1999; Øye 1999). *Opioider* er en betegnelse på naturlige opiat (som heroin, morfin, opium) som utvinnes fra opiumsvalmuen, samt syntetiske varianter (som metadon, petidin, buprenorfin). Når en tilstrekkelig andel av disse reseptorene er "opptatt" av langsomtvirkende metadonmolekyler, vil inntak av andre mer kortvirkende opiat som heroin eller morfin ikke gi særlig effekt, hverken om hensikten er smertelindring eller ønske om rus. Bruk av andre opiat ved siden av metadon forventes derfor å bli sterkt redusert, og det er dette som gjør stoffet egnet i terapeutisk sammenheng (Ball&Ross 1991; Hall m.fl. 1998a; Waal m.fl. 1999; Øye 1999)

Metadon er som nevnt det mest brukte legemiddelet i medikamentell behandling av heroinmisbrukere, men prinsipielt kan man bruke et hvilket som helst opiat, også heroin, i slik behandling. Det viktigste er riktig dosering og regelmessig tilførsel av stoffet. Dette skyldes at man ved kontinuerlig tilførsel av metadon (eller annet opiat) utvikler toleranse for bivirkninger og rusvirkning, gjennom såkalt *neuroadapsjon*. *Neuroadapsjon* vil si at de aktuelle reseptorene tilpasser seg en kontinuerlig tilførsel av et gitt stoff (Waal m.fl. 1999; Øye 1999). Det er imidlertid viktig å merke seg at metadon, som andre opiat, kan misbrukes som rusmiddel, både alene og i kombinasjon med andre rusmidler. Stoffet kan også forårsake dødelige overdoser ved ukontrollert bruk (Waal 1992, 1999; Ege 1996a). Rusen som oppnås ved bruk av metadon gis imidlertid ikke spesielt god omtale av stoffmisbrukerne selv, og omsetning av metadon på det svarte markedet begrunnes oftere i at det skal brukes som medisin for abstinensplager enn i ren rushensikt (Stewart 1996: 183-84). Dette støttes også av mine observasjoner ved MiO, der jeg er blitt fortalt at man tidligere gjerne kjøpte metadon i



tablettform utenlands for å ha det liggende til ”dårligere tider,” det vil si når det var lite eller ingen heroin å få tak i. Stabiliserte metadonbrukere blir imidlertid *ikke* ruset av metadon, de kan både kjøre bil og fungere i de fleste yrker (Bix 1996; Waal m.fl. 1999), og det er av den grunn vanlig å karakterisere metadonpasienter som *rusfrie* dersom de ikke har misbruk av andre rusmidler.

Det er viktig å poengtere at den farmakologiske blokkeringen *kun* virker i forhold til andre opiater som heroin og morfin, og *ikke* i forhold til andre rusmidler som alkohol, cannabis, kokain eller amfetamin. Disse stoffene virker på andre måter, uavhengig av de hjernestrukturer som påvirkes av metadon. Det er derfor kun misbrukere hvis misbruk er dominert av opiater, som vil kunne ha nytte av metadonbehandling (Waal 1992: 46-47; Øye 1999). Misbruk av andre narkotiske stoffer og/eller medikamenter viser seg ofte å ha en negativ innvirkning på behandlingens effekt, men forskning og erfaring viser imidlertid at godt kontrollerte metadonprogrammer ofte *også* har god effekt på misbruk av andre rusmidler. Denne effekten kan imidlertid ikke direkte tilskrives metadonet i seg selv (Ball&Ross 1991; Darke 1998:75-78).

#### ***4.1.2. Dosering og administrering av metadon***

I behandling trappes pasienten gradvis opp til en individuelt bestemt dose, og når han eller hun er stabilisert på denne dosen oppnås ikke rus ved inntak av metadon. Å øke dosen ut over dette vil heller ikke føre til rus for pasienten, kun til døsigheit, slapphet og søvn. Dette er viktig, fordi hensikten ved behandlingen er å stabilisere stoffmisbrukeren både fysisk og psykisk, slik at vedkommende blir mer tilgjengelig og i stand til å nyttegjøre seg andre psykologiske, sosiale og pedagogiske hjelpetilbud (Waal 1992; Blix 1996). Når dette er oppnådd har metadon en beskyttende virkning mot overdoser av andre opiater på grunn av pasientens opparbeidede toleranse for stoffet, og den tidligere beskrevne reseptorblokkeringen. Ved akutt avrusning, eller helt i begynnelsen av mer langsiktig behandling, brukes vanligvis lave doser metadon (under 45 mg), mens optimal dosering i langsiktig vedlikeholdsbehandling for de fleste ligger mellom 60 og 100 mg. per døgn (Ward m.fl. 1998b:217). Dette er også den vanligste doseringen ved prosjektene i Norge (Waal m.fl. 1999). Man ser imidlertid variasjoner med hensyn til dosering og behandlingsopplegg i ulike land, ofte avhengig av det aktuelle lands

holdning og politikk på området. Man ser også forskjeller mellom ulike programmer innen hvert enkelt land (Ball&Ross 1991; Fjær 1994b; Ward m.fl. 1998a).

Det som kanskje er viktigst med hensyn til dosering er at dosene ikke er for lave, fordi lav dosering av metadon ikke fører til optimal blokkering av opioidreseptorene. Dette fører til at mange reseptorer ennå er ledige til å reagere med for eksempel heroin, slik at heroin fremdeles har verdi som rusmiddel. Dessuten reduseres ikke kroppens fysiske "sug" etter opiatet i stor nok grad ved for lav dosering, og risikoen for fortsatt misbruk av heroin er dermed stor. En altfor høy metadondose kan imidlertid være dødelig også for opptrappede og stabile metadonpasienter, men det er da snakk om meget høye doser (Waal m.fl. 1999; Øye 1999). Samtidig vil en dose over 40 mg. i de fleste tilfeller være dødelig for mennesker uten toleranse for opiatet (Ward m.fl. 1998b:211).

Metadon inntas hovedsakelig i flytende form, og drikkes utblandet i saft. Dette er nyttig av medisinske grunner, fordi mangeårige sprøytemisbrukere ofte har så ødelagte blodårer i de øvre hudlag at selv erfarent helsepersonell kan ha store problemer med å sette intravenøse injeksjoner eller ta blodprøver av dem. Ødelagte blodårer fører til at misbrukerne i større grad setter sine sprøyter intramuskulært (direkte i muskel fremfor blodåre), noe som lett skader muskelvevet slik at det oppstår komplikasjoner, såkalte "bomskudd". Svekket immunforsvar og generelt dårlig helsetilstand øker også risikoen for komplikasjoner ved injeksjoner, både intramuskulært og intravenøst. Ubehandlete "bomskudd" kan i verste fall føre til livstruende tilstander, som blodpropp og blodforgiftning, store betennelser og åpne sår som ikke gror. Det er derfor en stor fordel om man i minst mulig grad benytter sprøyter på denne pasientgruppen. Samtidig gjør blandingen med sukkerholdig saft at metadonet ikke kan injiseres. I forbindelse med dette ser man imidlertid også et sosiologisk og psykologisk aspekt, da sprøyten som ting og "verktøy" har (hatt) stor symbolverdi for stoffmisbrukeren. Det er ikke uvanlig å høre en tidligere stoffmisbruker si at han "savner sprøyta." Sprøyten gir forventninger, og har hatt en overordnet rolle i den rituelle handlingen som det å ordne seg et "skudd"<sup>5</sup> innebærer, både i forhold til det å ruse seg og det å "bli frisk" fra abstinens (Ervik 1997:84). Tam Steward, tidligere mangeårig heroinmisbruker, hevder sogar at noen heroinmisbrukere er mer avhengige av å sette sprøyter på seg selv enn de er av heroin

---

<sup>5</sup> "Skudd" er det vanligste uttrykket for injeksjon av heroin eller annen narkotika.

(Steward 1987:28-32). En pasient ved MiO uttalte under en diskusjon om den norske filmen "*Junkies*" (1998), at han syntes det i filmen ble satt for stor fokus på selve injeksjonen, og ikke alt det som skjedde i forkant og under tilberedningen av selve skuddet: "*Å trøkke det inn i armen er jo på en måte bare toppen av kransekaka...*". Derfor er det ikke usannsynlig at metadonpasienter i større grad ville kunne oppleve en psykologisk fremkalt rus av metadon dersom sprøyten også fikk en rolle i inntaket av metadon.

#### **4.1.3. Bivirkninger**

Metadon har, som de fleste andre medikamenter, også bivirkninger. Forstoppelse, overdreven svetting, hudproblemer, hodepine, menstruasjons- og potensproblemer ses ofte i begynnelsen av behandlingen. Disse er imidlertid felles for de fleste opiatet, og er stort sett forbigående. Man har heller ikke belegg for å tro at metadon er skadelig, hverken kroppslig eller mentalt, selv ved livsvarig behandling (Waal 1992:46; Waal m.fl. 1999). Den bivirkning jeg har inntrykk av at flest føler er mest plagsom, er unormal svetting. Mange opplever også til dels stor vektøkning, noe som i enkelte tilfeller kan tilskrives metadonets innvirkning på kroppens forbrenning. Men en generell vektøkning blant metadonpasienter kan nok oftere tilskrives de endringer i livsstil som metadonbehandlingen gjerne fører til, fremfor egenskaper ved metadonet i seg selv. Det daglige stresset etter stoff, stor kriminell aktivitet og prostitusjon blir i det fleste tilfeller erstattet av et mer avslappet og rolig liv, som gjerne også innbefatter mer regelmessige og næringsrike måltider enn hva som var tilfellet den tiden de var i et aktivt og destruktivt heroinmisbruk (Ervik 1997:77).

#### **4.1.4. Bruksområder og bruksmåter**

Metadon kan brukes på flere ulike måter i behandling av stoffmisbrukere. Enten som midlertidig og kortsiktig hjelp ved akutt avrusning for å dempe de verste abstinensene og stabilisere tilstanden, eller som langsiktig substitusjons- eller vedlikeholdsbehandling (Waal m.fl. 1999). *Vedlikeholdsbehandling* vil si at metadon gis regelmessig over lengre tidsrom for å holde heroinmisbrukeren fri for abstinensplager, samt redusere eller stoppe dennes bruk av heroin og andre narkotiske stoffer. På denne måten håper man at personens sosiale funksjon og generelle helsetilstand skal bedres. Det er vanlig at

vedlikeholdsbehandling settes i forbindelse med andre sosiale rehabiliteringstiltak, da omfattende forskning og erfaring viser at metadon ikke har særlig rehabiliterende effekt når behandlingen ikke følges opp av andre mer sosiale og/eller psykologiske hjelpetiltak (Grönbladh&Gunne 1989; Ball&Ross 1991; Blix 1996; Ege 1996a; Ward m.fl. 1998a; Waal m.fl. 1999). Dette bidrar til at det ikke alltid er lett å avgjøre hvilken behandlingsintervensjon som er årsak til spesifikke forbedringer hos pasienten. Dette understreker igjen det dynamiske og komplekse aspektet ved denne type problematikk, og at vedlikeholdsbehandling med metadon *ikke* bør regnes primært som en farmakologisk intervensjon (Ball&Ross 1991:160).

I tilfeller der man bruker metadon over lang tid, men kun i skadereduserende hensikt uten noen form for annen oppfølging ved siden av, vil det som regel dreie seg om såkalte *lavterskeltiltak*. Her stilles få eller ingen krav til deltakerne, da det primære målet ikke er å endre rusmønster, men å redusere dødelighet og kriminalitet. Denne typen "behandling" ses ofte i Sveits, England og Nederland, hvor det også i et visst omfang brukes heroin til dette formålet (Dagbladet 5/6-94; VG 29/9-98; Waal m.fl. 1999). I Danmark har også dette vært den mest utbredte måten å bruke metadon på, noe som til en viss grad har redusert det medikamentfrie behandlingsapparatet og ført til store problemer med ukontrollert misbruk og dødsfall (Furuholmen&Andresen 1993:93; Fjær 1994b:174; Ege 1996a). Når jeg videre bruker begrepet *metadonbehandling*, er det i betydningen *vedlikeholdsbehandling med psykologisk og sosial tilleggsbehandling*. Dette kommer også til uttrykk i den norske betegnelsen *metadonassistert rehabilitering* (MAR), som er ment å reflektere at metadon brukes som del av en større rehabiliteringsprosess.

#### **4.2. METADON I NORGE; FRA 1970 TIL 1990**

Metadon brukt til behandling av morfin og -heroinmisbrukere<sup>6</sup> er ikke helt nytt i Norge, slik den til dels opphetede debatten omkring stoffet kanskje har gitt inntrykk av. Metadon ble foreskrevet til stoffmisbrukere også her i landet på begynnelsen av 1970-tallet, både i tilknytning til institusjoner og av privatpraktiserende leger. I 1976 la imidlertid Helsedirektoratet ned forbud mot bruk av metadon utenfor sykehus, noe som

---

<sup>6</sup>Heroin kom ikke hit til landet før omkring 1974, før dette var det dominerende opiatet morfin.

i praksis innebar at all bruk av metadon til stoffmisbrukere etterhvert forsvant (Fjær 1994b:175; Ruud&Krook 1998:3).

Denne endringen kan knyttes til de rådende forklarings- og årsaksmodellene som preget feltet på denne tiden. Disse vektla stoffmisbrukernes sosiale og psykiske problemer, og man gikk av den grunn sterkt imot bruk av medikamenter både i nedtrapping og mer langsiktig behandling (Fjær 1994b:176; Skretting 1997:7). De neste 10 årene var det mer eller mindre stille omkring metadon her i landet, sosialpedagogikken dominerte feltet (Mork 1992), og i Stortingsmelding nr. 13 ”*Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken*” (1985) nevnes ikke engang metadon i gjennomgangen av narkotikasituasjonen og de fremtidige strategier på feltet (Skretting 1997:7-8). Det er derfor påfallende at man drøye 10 år senere er i gang med å bygge ut et omfattende behandlingstilbud nettopp basert på metadon.

Den såkalte “HIV-epidemien” som startet omkring 1985 regnes som den utløsende faktor til at metadon igjen kom på dagsorden i Norge (Mork 1992; Fjær 1994b:175; Skretting 1997:13), og Sentralrådet for Narkotikaproblemer satte i 1986 ned en arbeidsgruppe som ble bedt om å vurdere bruk av metadon til AIDS-syke heroinmisbrukere. Arbeidsgruppen kom i juni 1986 med en fyldig vurdering av metadonspørsmålet, men gruppens innstilling var delt. To av medlemmene gikk inn for å anbefale at en begrenset gruppe stoffmisbrukere burde kunne tilbys metadonbehandling under streng kontroll, mens de resterende to gikk i mot dette. De mente at de forventede politiske konsekvenser og behandlingmessige ulempene var for store sammenlignet med de fordelene et slikt tilbud ville gi for en svært liten og oversiktlig gruppe misbrukere (Arbeidsgruppen 1986:55). Denne utredningen førte imidlertid hverken til ytterligere utredning om metadonbehandling eller videre diskusjon i omkring emnet, da den aldri ble offentliggjort. Så frem til omkring 1990 var det fremdeles relativt stille omkring metadon og metadonbehandling her i Norge (Skretting 1997:10) – men akkurat *det* skulle ikke vare så lenge...

#### ***4.2.1. AIDS og metadon – verdig død eller verdig liv?***

Det ble imidlertid startet opp forsøk med å gi metadon til AIDSsyke stoffmisbrukere ved Ullevål Sykehus allerede i 1989. I 1991 startet så et offisielt forsøksprosjekt med

metadonbehandling av stoffmisbrukere som hadde utviklet AIDS, det såkalte *Hiv-Met*<sup>7</sup> (Ruud&Krook 1998:3). Dette prosjektet var kun for HIV-positive som allerede hadde utviklet langtkommende immunsvikt, det vil si i ferd med å utvikle eller hadde utviklet AIDS. Prosjektet vakte ikke særlig oppsikt, og en grunn til dette skyldes nok at målgruppen var så syk at det var viktig å gjøre dem mest mulig tilgjengelige for annen medisinsk behandling, samt gi dem en verdig tilværelse den siste tiden. Å redusere smittespredning var også et samfunnsmessig viktig mål. Det var altså en gjengs oppfatning at man ikke behandlet *heroinmisbruket*, men at man med en medisinsk begrunnelse behandlet heroinmisbrukerens HIV-infeksjon (Mork 1992; Skretting 1997:10-11). Dette ble også poengtert i vurderingen gitt av Arbeidsgruppen i 1986, nemlig at dersom metadon skulle bli tilgjengelig, måtte det:

“...betraktes som en medisinsk behandling av en sykdom med dødelig utgang”  
(Arbeidsgruppen 1986:54).

Dette gjør at dette prosjektet ikke er så aktuelt i forhold til minproblemstilling videre, da det som jeg vil kalle den virkelige metadondebatten, først startet i etterkant av dette prosjektet. Den dreiet seg om å tilby metadon til stoffmisbrukere *uten* kritisk behov for annen medisinsk behandling; nemlig å bruke metadon i behandling av *heroinmisbruk*. Det er interessant å se at den store bruduljen først kom i det målsetningen ble snudd på hodet, nemlig fra å gi dødssyke stoffmisbrukere en verdig *død* og til å gi fysisk friskere stoffmisbrukere et verdig *liv*. Det er imidlertid viktig å legge til at man mot slutten av 1990-tallet etterhvert hadde utviklet effektive medisiner som hemmer og bremser utviklingen HIV-infeksjon og AIDS. Det sosiale rehabiliteringsaspektet er derfor i langt større grad enn tidligere nå også tilstede for denne målgruppen (Waal m.fl. 1997; Ruud&Krook 1998:4, 22).

#### **4.3. FORSTÅELSESMODELLER FOR STOFFMISBRUK - FØR OG NÅ**

Heroin-, morfin- og opiumsmisbruk ble fra ca. 1920 tallet og frem til 1960 tallet i stor grad sett på som en rent fysisk sykdomstilstand. Selv om det tidlig fantes strafferettslig lovgivning på området (Opiumsloven av 1913), var kontroll og behandling hovedsakelig av medisinsk karakter (Bergersen Lind 1974:18, 30; Hauge 1992:151). På midten av 1960-tallet skjedde det imidlertid et omslag i det narkotikapolitiske klimaet i

---

<sup>7</sup> Senere Metadontiltaket Ullevål, og fra 1998 MARS ("Metadonassistert rehabilitering forsømt syke"), som også åpnet for misbrukere med andre kroniske og livstruende sykdommer enn HIV og AIDS (se Ruud&Krook 1998).

Norge og i store deler av verden. Et skjerpet strafferettslig kontrollsystem overtok for det medisinske, og narkotikaproblemene skulle nå bekjempes gjennom kriminalisering, avskrekking og straff (Bergersen Lind 1974:36; Hauge 1992:155). Å bekjempe et medisinsk problem gjennom en slik form for moralsk fordømmelse faller ulogisk, og det ligger derfor i sakens natur at man samtidig så en endring i problem og årsaksforståelse med hensyn til misbruk av narkotika.

Gjennom store deler av 1970-tallet stod psykiatrien sentralt i problemforståelsen av stoffmisbruk og i behandlingsapparatet, mens man mot slutten av 1970-tallet så at den mer sosialpsykiatriske, sosiologiske og sosialpedagogiske tenkningen etablerte seg på feltet. Fokus var altså ikke på stoffmisbruket i seg selv, men på de bakenforliggende problemene av familiemessig, sosial og/eller personlig karakter (Furuholmen& Andresen 1993:23; Skretting 1997:7, 14-15). Disse behandlingssideologiene står ennå sterkt i det norske behandlingsapparatet, men samtidig har det på 1990-tallet skjedd ting som kan tolkes i retning av tiltagende dreining mot en mer medisinsk forståelse (Waal i Blindheim 1998a). Selve avhengighetstilstanden og dens medisinske, neurobiologiske og genetiske faktorer står stadig oftere i sentrum, og mange hevder at dette er konsekvens av en generell medikaliseringstrend som ses i store deler av den vestlige verden. Gjennom denne trenden ser man at stadig flere tidligere antatt sosialt betingede problemer blir overtatt av medisin og psykiatri (Conrad&Schneider 1992:34; Furuholmen&Andresen 1993:25-26). Yngve Hammerlin og Egil Larsen (1997) hevder at dette ofte fører til et forenklet menneskebilde og menneskesyn. De betegner videre dette som en ”farlig vulgarisering”, da kompleksiteten i menneskets problemer blir redusert til enkeltårsaker og rives løs fra den større sosiale sammenhengen de hører hjemme i (Hammerlin&Larsen 1997:223-225). Det er derfor grunnlag for å spørre om vi er i ferd med å bevege oss tilbake til en mer sykdomsmodellrettet tenkning når det gjelder stoffmisbruk.

#### **4.3.1. Heroinmisbruk som sykdom**

Det var med utgangspunkt i forståelsen av heroinmisbruk som en fysiologisk sykdom eller svikt i hjernens metabolske system at Vincent Dole og Marie Nyswander utviklet og prøvde ut metadon som hjelpemiddel i 1964 (Hall m.fl. 1998a:2). Det teoretiske utgangspunktet var med andre ord basert på en *sykdomsmodell*. En stund trodde man at

metadon representerte den endelige "løsningen" på problemet morfin og heroinmisbruk (Waal 1992:46), og det er her litt av nøkkelen ligger til hvorfor metadon har vært, og fremdeles i visse kretser er, så kontroversielt i Norge. De forklarings- og årsaksmodellene som har ligget til grunn for narkotikapolitikken og behandlingsapparatet har sett misbruket mer som en konsekvens av den komplekse sosiale og psykiske problematikk som er tilstede hos de fleste stoffmisbrukerne, enn som direkte årsak til at denne problematikken. Det er derfor logisk at medikamenter rettet direkte inn mot avhengighetstilstanden ikke har hatt noen plass i behandlingen, og at motstanden i stor grad bunner i at det å gi metadon signaliserer at avhengighet er en uhelbredelig sykdom (Skretting 1997:14-16). Defineres tilstanden derimot som en sykdom eller skade, vil medikamenter innta en naturlig plass i behandlingen. Dette fordi det alltid er (eller i hvertfall bør være) en logisk sammenheng mellom hvordan man definerer et problem og hvilke strategier som velges for å bekjempe problemet:

*"When opiate addicts are defined as criminals, they are given legal punishments; when they are defined sick, they are given methadone"*  
(Conrad&Schneider 1992:27).

Den meste ekstreme forskning på dette området foregår hovedsakelig i USA, og er rettet inn mot å identifisere den *genetiske* faktoren som fører til narkotika- og alkoholmisbruk (Conrad&Schneider 1992:243; Hammerlin&Larsen 1997:224). Denne rendyrkede biologiske forståelsesmodellen virker imidlertid ikke å ha særlig gjennomslagskraft i Norge. Det kan heller virke som om de holdninger og årsaksmodeller som har vokst frem på det medisinske området her i landet i større grad fokuserer på at stoffmisbruket er en *forstyrrelse eller sykdomstilstand forårsaket av selve misbruket i seg selv* (Waal i Blindheim 1998a; Waal m.fl. 1999; Øye 1999). Gjennom en slik tenkning legitimeres bruken av medikamenter, samtidig som de mer komplekse sosiale årsaksmodellene kan bestå. På denne måten ser vi at selv om det trekkes inn en sykdomsfaktor, så kan man beholde fokus på det komplekse problemet med alle sine ulike faktorer. Jeg vil derfor hevde at det er positivt at man også på rusfeltet har åpnet for en mer sykdomsorientert modell, men at det er viktig ikke å løsrive den fra de mer komplekse sammenhengene som den inngår i (Hammerlin&Larsen 1997:225; Waal i Blindheim 1998a). På den måten kan en sykdomsmodell eksistere side om side med mer sosialt og psykologiske forståelsesmodeller, noe jeg tror med stor sannsynlighet vil kunne ivareta *både* stoffmisbrukernes og samfunnets interesser og behov i større grad enn tidligere.



### 4.3.2. Rasjonell aktør i en sykdomsmodell?

En annen forståelsesmodell for stoffmisbruk er også på fremmarsj i dag, nemlig forståelsen av stoffmisbrukeren og hans misbruk fra et *rasjonelt* valgperspektiv. Her settes det fokus på stoffmisbrukeren som en rasjonell aktør, og at hans eller hennes handlinger kan forstås i et kostnad- og nytteperspektiv. Tatt i betraktning at en stoffmisbruker gjerne lever i et miljø og en kultur preget av verdier og normer som sterkt skiller seg fra det konvensjonelle samfunnet omkring, kan hans eller hennes rasjonelle handlinger derfor virke irrasjonelle på utenforstående (Smith&Solbakken&Tungland 1997:102-115; Waal i Blindheim 1998a; Skog 2000).

Et trekk som ofte ses ved stoffmisbrukere både i aktivt misbruk og i behandling, er en tendens til å fraskrive seg ansvar for egne handlinger. I mitt arbeid med stoffmisbrukere har jeg hørt mange gode, og ikke minst mindre gode, unnskyldninger for at et eller annet gikk galt. Det var i alle fall *ikke* vedkommendes *egen* skyld! Det kan virke som om ansvarsfraskrivelsen i stor grad er forbundet med perioder preget av dårlig selvbilde, oppgitthet og aktiv rus, noe man blant annet kan se som et utslag av *kognitiv dissonans*. Dette betegner en psykologisk tilstand som oppstår i det individet handler på en måte han vet han ikke burde gjøre, men danner seg en egen forestilling av situasjonen som rettferdiggjør de gale handlingene, fremfor å avslutte eller endre handlingsmønstret (Elster 1989a:4; Baron&Byrne 1994:158). I situasjoner hvor folk derimot ikke avskriver sin egen rolle og vilje, men heller ærlig begrunner en rusepisode for eksempel med ønske om å ”slappe av” eller fordi de ”fikk så lyst,” så åpnes det for en terapeutisk dialog som muliggjør bevisstgjøring og trening knyttet til mestring av fremtidige situasjoner. Dette kan for eksempel handle om å prøve ut alternative måter ”å slappe av” på, eller ”ting jeg kan gjøre som får meg til å tenke på andre ting enn dop.” Dette blir vanskelig overfor de som fraskriver seg sitt eget ansvar, nettopp fordi ”ting bare skjer” (tilsynelatende) utenfor deres kontroll.

Mitt inntrykk er at denne type holdninger hos pasientene ofte reflekterer at de undervurderer sitt eget ansvar og egen rolle i rehabiliteringsprosessen. Disse stoffmisbrukerne plasserer seg selv i en situasjon preget av en ytre, *sosial determinisme*, hvor handlingene deres ses som styrt og bestemt av ytre sosiale forhold utenfor egen kontroll, altså en form for *sosiologisme* (Hammerlin&Larsen 1997:21-25, Korsnes m.fl. 1997:308). Ansvarlighet for egen situasjon og handlinger overføres altså fra personen

selv og til omgivelsene rundt. Dette har jeg også til dels fått bekreftet gjennom samtaler med pasienter som har gått rusfrie over lengre tid. Det kan virke som om de har passert en slags terskel hvor de ser sin egen rolle og sitt eget ansvar mye klarere, samtidig som de ofte fordømmer andre stoffmisbrukeres (ofte også tidligere egen) aktive ansvarsfraskrivelse. De beskriver gjerne hvordan de kom til et punkt hvor de selv måtte ta et grunnleggende valg, et valg som er helt nødvendig for å stå i mot rustrang og motgang på den lange ferden mot et rusfritt og ordnet liv. De ser seg selv som mer ansvarlige og frie aktører med en viss grad av kontroll og innvirkning over egne valg og livssituasjon. De er med andre ord blitt mer selvstendige og rasjonelle aktører (Elster 1989a:22).

Denne forståelsesmodellen har også vist seg fruktbar med hensyn til å forstå hvorfor det ofte er så vanskelig å hjelpe folk ut av stoffmisbruk, kriminalitet og elendighet. For det første kan det å ruse seg være en rasjonell og målbevisst handling; stoffmisbrukeren ønsker å ruse seg fordi det er det beste han vet å gjøre, eller fordi det oppleves som den beste måten å redusere fysisk og psykisk ubehag (Steward 1987:56-57; Ervik 1997:79). Men sett fra det synspunkt at en stoffmisbruker har levd og fungert i en misbrukerkultur som han kjenner og mestrer, så gir kjente verdier og normer også en trygghet og tilhørighet som han ikke finner ute i det ”nyktre” samfunnet. Det å være en dyktig kriminell gir høy status og anerkjennelse i narkotikamiljøet, mens i det vanlige samfunnet blir individer med slik bakgrunn gjerne marginalisert og sett ned på med forakt. At det fra stoffmisbrukerens standpunkt ofte kan virke mer rasjonelt å gå tilbake til misbrukerlivet, fremfor å møte nederlagene i en rehabiliteringsprosess, er derfor ikke så vanskelig å forstå fra et rasjonelt valgperspektiv (Smith&Solbakken&Tungland 1997:140-141; Waal i Blindheim 1998a).

Jeg vil hevde at dette illustrerer at en rendyrket sykdomsmodell ikke er tilstrekkelig når det kommer til å forstå og forklare en så kompleks og dynamisk prosess som rehabilitering av heroin- og andre rusmisbrukere i praksis er. En *for* sterk fokus på stoffmisbrukets medisinske og biologiske aspekter kan derimot tenkes å kunne virke negativt inn på misbrukerens evne og vilje til å handle rasjonelt til eget beste, og til å forstå betydningen av sin egen innsats og rolle i rehabiliteringsprosessen. Dette vil i så fall kunne være direkte til hinder for at individet oppnår en kvalitativt bedre livssituasjon, og kanskje også blir helt fri fra alle avhengighetsskapende stoffer.

#### 4.4. MEDISIN OG SOSIOLOGI

Dersom man definerer heroinmisbruk som en sykdom, så kan det i ytterste konsekvens brukes som en biologisk "aksept" for heroinmisbruk. Stoffmisbrukerens handlinger blir da uttrykk for en slags *biologisk determinisme*, altså styrt av indre, kroppslige betingelser utenfor individets kontroll (Hammerlin&Larsen 1997:24, 225). Dette kan muligens føre til at man igjen forsterker stoffmisbrukernes tendens til å fraskrive seg alt ansvar for egen situasjon og egne handlinger. Dette er et viktig moment i diskusjonen omkring forståelse og behandling av stoffmisbruk, og kanskje spesielt i forhold til metadonpasienter. For dersom man definerer heroinmisbruk som en "sykdom," så må man vel også tillate den syke (heroinmisbrukeren) å innta en mer tradisjonell sosial rolle som syk?

##### 4.4.1. Sykerollen og det frie valg

Talcott Parsons var den første som på alvor brakte sosiologisk teori inn på det medisinske området på 1950-tallet, med sin funksjonalistiske beskrivelse av *sykerollen*. Denne rollen får en funksjon i form av sosial kontroll, da den bidrar til å minimere det øvrige samfunnets byrde, og å kanalisere den syke inn i en lege-pasient relasjon. Parsons ideal-typiske sykerolle består av fire komponenter:

1. Den syke fratras sine normale forpliktelser, i hvert fall i den grad det er nødvendig for å bli frisk
2. Den syke holdes ikke ansvarlig for sin tilstand
3. Den syke må innse at den syke tilstanden er uønsket og ønske å bli frisk
4. Den syke er forpliktet til å søke hjelp hos, og å samarbeide med, den til enhver tid anerkjente behandlingsinstans for den aktuelle lidelsen

Kjernen ved Parsons sykerolle er altså at individet *ikke* er ansvarlig for, eller kan kontrollere sin egen situasjon, og at han skal overlate til ekspertisen å gjøre ham frisk (Conrad&Schneider 1992:32).

Thomas Mathiesen (1992) viser til hvordan Parsons idealtypiske skisse av sykerollen faktisk beskriver *det upolitiske individ*, det vil si fratatt sine normale forpliktelser i samfunnet og pålagt å underkaste seg den behandling som maktinnehaveren til enhver tid finner formålstjenlig. I forhold til dette ser vi hvordan sykerollen, og en sykelgjøring av tidligere moralsk og sosialt utstøtte individer, kan danne grunnlag for en

omfattende sosial kontroll (Conrad&Schneider 1992:32, 246-247; Mathiesen 1992:50-51). Slik ser vi at en overdreven fokus på stoffmisbrukets medisinske aspekter kan føre til utilsiktede konsekvenser (se bl.a. Elster 1989a; Schelling 1978) som igjen kan tenkes å virke negativt inn på den øvrige sosiale rehabiliteringsprosessen for metadon pasientene, blant annet i form av at tendensen til ansvarsfraskrivelse hos misbrukerne forsterkes. Dette kan igjen vanskeliggjøre andre tiltak som krever egeninnsats fra pasientens side, slik at de helhetlige behandlingsresultatene påvirkes i negativ retning. Å introdusere en sykerolle sammen med økte krav om å ta ansvar for egen situasjon og handlinger er altså ikke uproblematisk, noe jeg mener å ha sett i praksis i mitt arbeid med metadonpasienter.

#### ***4.4.2. Fra kriminell til syk, enkelt og greit?***

Innenfor avvikssosiologien hevdes det med styrke at det skal mere til for å endre en struktur eller et fenomen enn bare å gi det en ny og mer "human" betegnelse. I en del tilfeller kan endringene føre til verre kår for dem det gjelder, selv om den uttalte hensikten ofte er god og velmenende. Dette kan man finne mange eksempler på, spesielt opp gjennom historien til den moderne medisin, psykiatri og strafferett (se bl.a. Conrad&Schneider 1992; Mathiesen 1992; Foucault 1994). Det å redefinere stoffmisbrukere fra "kriminelle og straffeberettiget" til "syke og medisinsk behandlingstremende," som flere har tatt til orde for i forbindelse med metadondebatten (Fugelli 1990:30; Andenæs 1996; Dagbladet 30/7-98), trenger altså ikke *nødvendigvis* å innebære noen endring til det bedre for dem det gjelder. I verste fall kan det være med på, i form av sin nye og fine "innpakning," å legitimere nye og omfattende makt og kontrolltiltak overfor individer som regnes som samfunnsunyttige, plagsomme og/eller farlige (Conrad&Schneider 1992; Foucault 1994; Mathiesen 1992).

Dette er et viktig aspekt med hensyn til metadon, fordi denne behandlingsformen fordrer en balanse mellom et sosialt kontrollperspektiv og et terapeutisk rehabiliteringsperspektiv (Waal 1992:63). Dette fordi man må, på grunn av metadonets medisinske egenskaper og dertil misbrukspotensiale, forsøke å ivareta interessene til både den enkelte bruker og det øvrige samfunnet. Tar man mest hensyn til brukernes interesser kan man ende opp med en slags offentlig narkotikadistribusjon hvor det øvrige samfunnets interesser trues i en slik grad at offentlig velvilje og politisk aksept settes i

fare (Hall m.fl. 1998c:458-459). Blir de samfunnsmessige kontrollmotivene for mye vektlagt, vil imidlertid metadonbehandling kunne bli så lite brukervennlig at motivasjonen for slik behandling reduseres kraftig, samtidig som kritikernes argumenter om sosial kontroll og at det offentlige "doper vekk" et samfunnsproblem blir aktuelle (Furuholmen&Andresen 1993:91; Hall m.fl. 1998a:11). Man er altså avhengig av å finne en balansegang mellom tilfredsstillende kontroll og god klinisk praksis for å kunne forsvare denne type behandling og samtidig beholde offentlige midler og velvilje.



## **5. METADONPROSJEKTET I OSLO - FRA FORSØK TIL PERMANENT TILTAK**

Holdningen til metadonbehandling har fram til nylig vært negativ i Norge, både blant helsemyndighetene og i de fleste behandlingsfaglige miljøer (Skretting 1997:14-16, 50; St.m. 16/96-97:165; Fjær 1994b; Mork 1992; Waal 1992:44). Det har blant annet vært hevdet at fraværet av medikamenter i norsk rusomsorg representerte et *kvalitetsstempel* (Skretting 1997:51). Men AIDS-problematikken og en stadig eldre, mer nedslitt og synlig gruppe stoffmisbrukere satte som tidligere nevnt fokus på behandlingstilbudet, og flere begynte å ta til orde for nye løsningsalternativer for dem som viste seg vanskeligst å hjelpe (Fjær 1994b; Blindheim 1995). Dette var imidlertid ikke enestående for Norge, da HIV-virusets inntreden på arenaen på midten av 1980-tallet påvirket ressursfordelingen og behandlingsapparatet til stoffmisbrukere i hele den vestlige verden (Ward m.fl. 1998d:59).

Stoffmisbrukerne selv viste positive holdninger til metadon. Jeg er selv blitt fortalt av pasienter i MiO om stoffmisbrukere som bevisst smittet seg med HIV, for deretter å smitte seg selv gang på gang<sup>8</sup> for å bli syk nok til å få metadon i Hiv-met. Evy Frantzen (1996) refererer også til denne type historier i sitt arbeid med å evaluere ringvirkningene av Metadonprosjektet ute i narkotikamiljøet. Om de er sanne eller må betraktes mer som konstruerte vandrehistorier er usikkert, men det anser jeg om uvesentlig i denne sammenhengen. De er uansett viktige fordi de gir uttrykk for den desperasjon som mange stoffmisbrukere opplevde i forhold til sin situasjon og den begrensede tilgangen til en behandlingsform de selv hadde tro på. Det kan også legges til at metadonspørsmålet la grunnlaget for at stoffmisbrukere i Oslo sommeren 1997 for første gang organiserte en lovlig demonstrasjon foran Stortinget, med krav om fortløpende utvidelsen av Metadonprosjektet (se "Stoffmisbruk" nr. 3/1997:13-20).

### **5.1. DE FØRSTE SKRITT MOT ET METADONPROSJEKT I OSLO**

Etter en nasjonal konferanse om bruk av medikamenter i behandling av rusmiddelmissbrukere i 1991 fant Rådet for Medisinsk Forskning (RMF) under Norges

---

<sup>8</sup> En fremgangsmåte som drastisk reduserer kroppens immunforsvar. En HIV-infeksjons alvorlighetsgrad måles i forhold til immunforsvarets svekkelse, og kriteriet for deltagelse i Hiv-met var at verdien for T4-celler (immunforsvarets viktigste forsvarsceller) var 0,2 eller lavere (normalverdi = 1,0). (se Frantzen 1996:248, se også Ruud&Krook 1998)

Allmenvitenskapelige Forskningsråd (NAVF) det tilrådelig å anbefale et forsøk med metadonbehandling for en svært begrenset gruppe stoffmisbrukere (NAVF 1992:22). Resultatene fra Hiv-Met på Ullevål Sykeus var også positive, men på grunn av disse pasientenes tilleggspromblematikk var det enighet om å holde dette prosjektet adskilt fra det fremtidige forsøksprosjektet (Waal 1992; Arbeidsgruppen 1992).

I mai 1992 ble det så lagt frem et forslag til prosjektmodell (Waal 1992) som ble sendt ut på høring til aktuelle instanser, og Oslo Kommune ble invitert av Sosialdepartementet til å avgi en innstilling om et fremtidig metadonprosjekt basert på dette forslaget. Arbeidsgruppen som ble opprettet på dette tidspunktet jobbet under sterkt tidspress, og la i oktober 1992 fram sin innstilling (Arbeidsgruppen 1992:3). I februar 1993 forelå de nødvendige politiske vedtak om å sette i gang et 3-årig forsøksprosjekt med metadon for 50 tunge heroinmisbrukere i Oslo. Oslo Kommune måtte imidlertid tåle sterk kritikk for håndteringen av metadonspørsmålet på planleggingsstadiet (Skretting 1997:19, 25). Blant annet følte det etablerte behandlingsapparatet seg mer eller mindre overkjørt, og altfor lite trukket med i diskusjonen. Det hersket på dette tidspunktet kraftig prinsipiell motstand i store deler av det behandlingsfaglige miljøet mot å introdusere metadon i behandlingen av heroinmisbrukere i Norge (Mork 1992; Arbeidsgruppen 1992:73). For mange representerte det å ta i bruk metadon en dramatisk endring i norsk behandlingsfilosofi (Skretting 1997:16, 51), og det er derfor rimelig å anta at mange nok kunne føle at egne interesser ble truet.

Dette, sammen med den grad av konflikt som preget feltet på denne tiden, må ses som aktuelle årsaksforhold med hensyn til den problematiske oppstarten og gjennomføringen som prosjektet fikk:

*“Dersom tiltaket innevarsler markerte endringer og saksgangen samtidig har vært preget av konflikt om både målet og virkemidlene, da er det liten sjanse for at gjennomføringen går greit og knirkefritt” (Kjellberg&Reitan 1995:143).*

Vi ser altså at *grad av konflikt* og *grad av endring* i forhold til status quo er viktige faktorer å ta i betraktning dersom man forsøker å forutsi hvordan gjennomføringen av et tiltak vil gå, eller når man i etterkant spør seg hvorfor noe gikk som det gikk (Kjellberg&Reitan 1995:141-143, se også Elster 1989b:128).



### ***5.1.1. Mange skjæi sjøen***

At ting skjedde fort på dette området var imidlertid ikke noe som skulle vare. Prosessen fra de første politiske vedtak til oppstart av prosjektet trakk av ulike grunner ut i langdrag, og Oslo Kommune ble kraftig kritisert fra mange hold for sin håndtering av saken (Skretting 1997:27; Dagbladet 13/4-94; Aftenposten 17/6, 9/11-94 ). Det viste seg å være vanskelig å rekruttere medisinsk ekspertise til å lede prosjektet, samtidig som det oppstod problemer omkring egnede lokaler. Ikke før i august 1994 fikk den første pasienten den første flasken med metadon. Oslo Kommune ble da nærmest tvunget til å sette i gang i små, midlertidige lokaler og med et personale som ikke hadde fått den tiltenkte opplæring. Dette fordi Sosialdepartementet truet med å trekke de bevilgede midlene tilbake dersom ikke ting begynte å skje (Skretting 1997:24). Problemene i etableringsfasen førte til at det bestemte antallet på 50 pasienter ikke ble nådd før etter omtrent to år, og med hensyn til de langsiktige målsetningene må dette sies å være uheldig i forhold til evalueringen av prosjektet (Ervik 1997; Skretting 1997).

Spesielt lokalspørsmålet hadde stor betydning for MiO's fremdrift, da Oslo Kommune blant annet måtte ta flere runder i rettssalen før de fikk ta i bruk de ønskede lokalene i Bygdøy allé i Frogner bydel på Oslos vestkant (Arbeiderbladet 7/5-94; Aftenposten 30-31/5, 15/6, 29/6-94; Rienks 1997). Astrid Skretting (1997) hevder at offentligheten omkring lokaliseringskonflikten og de vestlige bydelers motstand mot å ta i mot institusjoner for problembelastede klienter, det være seg barn, ungdom eller rusmiddel-misbrukere (Dagbladet 5/6-94; Aftenposten 29/6-94), bidro til å skyve ansvaret for problemene med Metadonprosjektet fra Oslo Kommune og over på befolkningen i Oslo Vest. Det faktum at Oslo Kommune brukte over halvannet år på å skaffe egnede lokaler til prosjektet gjør det vanskelig å komme unna et spørsmål om kommunal unnfalighet og passiv motarbeidelse, noe også opposisjonspolitikere visste å benytte seg av (Aftenposten 17/6-94; VG 15/7-94; Arbeiderbladet 1/12-94; Skretting 1997:27-29).

## **5.2. RAMMEBETINGELSER FOR METADONPROSJEKTET I OSLO**

Det ble tidlig klart at man ønsket stramme rammer omkring forsøksprosjektet, samtidig som det ble stilt strenge krav til pasientenes forutsetninger til å følge opp et krevende behandlingsopplegg (Arbeidsgruppen 1992:17, RMF/NAVF 1992:22-24). Dette kom spesielt tydelig frem under en konferanse om metadon i regi av Oslo Kommune høsten

1992, hvor mange representanter fra det etablerte behandlingsapparatet var til stede. Her ble det lagt stor vekt på de sterke narkotikapolitiske motforestillingene som rådet på feltet, og det var allmenn enighet om at dersom man på tross av disse valgte å igangsette et prosjekt, måtte det skje på strengt kontrollerte betingelser (Arbeidsgruppen 1992:73). De endelig fastsatte kriteriene for utvelgelse av pasienter til prosjektet ble basert på de anbefalinger som den nedsatte arbeidsgruppen kom med høsten 1992.

Et viktig trekk ved den vedtatte modellen for Metadonprosjektet i Oslo (MiO) var at metadon ikke skulle gis som isolert behandling, men være en del av et bredt psykososialt behandlingstilbud, såkalt vedlikeholdsbehandling. Man valgte å kalle behandlingen *metadonassistert rehabilitering* (MAR) nettopp for å understreke dette. Etter mye diskusjon ble det til at MiO hovedsakelig skulle stå for den medisinske delen av behandlingen, mens instanser utenfor MiO skulle stå ansvarlig for den mer psykososiale rehabiliteringen. Man gikk altså inn for en *integrert modell* hvor ansvaret for pasientene ble fordelt mellom MiO og det etablerte behandlingsapparatet. Et vektig argument i denne forbindelse var at man ikke ønsket at metadonbehandling skulle bli et isolert særomsorgstilbud helt på utsiden av det etablerte medikamentfrie behandlingsapparatet, slik som er tilfellet i Sverige (Grönbladh&Gunne 1989; Arbeidsgruppen 1992:15, 30). I november 1992 ble så det oppnevnt en nasjonal styringsgruppe som skulle ha overordnet tilsyn med prosjektet (Skretting 1997:30). Videre ble det knyttet kontakter med ulike forskningsmiljøer for å utføre evaluering av prosjektet med hensyn til behandlingsforløp og -status (Ervik 1997), etablering, inntak og forhold til det øvrige behandlingsapparat (Skretting 1997), psykisk helse (Ravndal&Vaglum 1997) og om ringvirkninger i stoffmisbrukermiljøene (Frantzen 1997).

### ***5.2.1. Måsetninger***

Hovedmålet for prosjektet skulle være *sosial og yrkesmessig rehabilitering*, mål av mer skadereduserende karakter var som tidligere nevnt aldri inne i diskusjonen på dette tidspunktet. Dette kom til uttrykk gjennom strenge kriterier for deltakelse, samt strenge eksklusjonskriterier. Videre ønsket man å vurdere ringvirkningene av prosjektet i stoffmisbrukermiljøene generelt, og for det etablerte medikamentfrie behandlingsapparatet spesielt. Til slutt ville man se om prosjektet hadde innvirkning på legers forskrivningspraksis med hensyn til vanedannende medikamenter til stoffmisbrukere

(Arbeidsgruppen 1992; Skretting 1997), en praksis som er meget problematisk og omdiskutert (se bl.a. RMF/NAVF 1992; Arbeiderbladet 9/8-95; Aftenposten 13/2-98). For den enkelte pasient stod målet om *ruskontroll og metadonfrihet* på sikt sentralt, sammen med sosial rehabilitering og yrkesmessig atferd. Videre nevnes reduksjon av kriminalitet og prostitusjon, bedret sosial funksjon, avstand fra rusmiljø, samt bedret fysisk og psykisk helse, alle variabler som det er rimelig å forvente vil bidra til bedre personlig opplevd livskvalitet. Dette er også faktorer som et stort antall internasjonale studier<sup>9</sup> har vist at metadonbehandling har positiv innvirkning på (Arbeidsgruppen 1992, St.m. 16/1996-97:166; Waal 1999).

*Omsetning av metadon eller annen narkotika, vold eller trusler om vold mot ansatte eller medpasienter og kriminelle handlinger som førte til fengselsstraff* ble spesifisert som absolutte eksklusjonskriterier, det vil si at de alltid ville føre til utskrivelse fra MiO. Det var også spesifisert noen relative eksklusjonskriterier, som ville føre til diskusjon om eventuell utskrivelse. Disse var *vedvarende sidemisbruk, fusk eller forsøk på fusk med urinprøver, ikke hentet metadon på 3 dager, samt manglende samarbeid i forhold til tiltaksplan* (Arbeidsgruppen 1992).

### **5.2.2. Målgruppe og inntakskriterier**

Målgruppen for metadonbehandling skulle være heroinmisbrukere som over tid hadde vist seg ikke å profittere på de tilbud som det etablerte behandlingsapparatet hadde å tilby, med andre ord de eldste og mest utslitte stoffmisbrukerne (Arbeidsgruppen 1992:4-5). Først og fremst ble det satt en absolutt nedre aldersgrense på 30 år, samt krav om minimum 10 års opiattdominert (heroin-) misbruk. Videre skulle det foreligge dokumentasjon for at annen medikamentfri behandling var utprøvd i slik grad at det var liten grunn til å forvente at vedkommende skulle profittere på videre slik behandling. Ingen måtte heller ha uoppgjorte saker med politi/rettsvesen, hovedsakelig på grunn av prosjektets tidsbegrensning. Det ble også stilt krav om ordnede boforhold og at pasienten aksepterte en forpliktende kontrakt og fremdriftsplan med prosjektet. Til slutt ble det lagt til et krav om at søkeren måtte være registrert bosatt i Oslo per 1.1.94, dette for å hindre at stoffmisbrukere flyttet til Oslo for å få metadon. At metadonbehandling skulle være frivillig var også et ufravikelig krav, det vil si at det ikke ville bli akseptert

---

<sup>9</sup> For oversikt og gjennomgang av internasjonale studier anbefales Ball&Ross 1991 og Ward, Hall & Mattick (red.) 1998a.

som vilkår i for eksempel betinget dom eller lignende (Skretting 1997:42-45). Som vi ser var det en begrenset gruppe stoffmisbrukere som ville kvalifisere til deltagelse, og den senere evalueringen viste at MiO-pasientene var eldre og tyngre belastet enn hva som var gjennomsnittet for landets øvrige behandlingsinstitusjoner (Ervik 1997:32-39).

Før oppstart på metadon ble det også stilt krav om at pasienten hadde avlagt 3 rene urinprøver i løpet av 7 dager. Randi Ervik (1997) setter i sin evaluering kritisk søkelys på denne praksisen, og senere er dette kriteriet redusert til 1 ren urinprøve. Kravet viste seg i praksis å være svært problematisk for mange, og enkelte som hadde fått plass i prosjektet fikk aldri begynt på grunn av dette. De maktet rett og slett ikke å først gjennomføre avrusning, for deretter å holde seg borte fra rusmidler i en uke. Både målgruppens sterke grad av misbruksbelastning og generelt svekkede fysiske og psykiske helsetilstand, samt problemer knyttet til avrusningsplasser og -opphold, bidro til dette (Ervik 1997:60-64).

### 5. 3. HVORFOR FORSØKSPROSJEKT?

Behandling av stoffmisbrukere med metadon har vært gjenstand for omfattende forskning de siste 20 - 30 årene, og i Stortingsmelding nr. 16/1996-97 sies det:

*“Bruk av metadon i behandling har vært gjenstand for en nærmest uendelig rekke forskningsprosjekter og er uten sammenligning den behandlingsformen det finnes mest dokumentasjon omkring” (:165).*

Hvorfor valgte man så i Norge å starte et tids-, pasient- og stedsbegrenset forsøksprosjekt, når man hadde tilgang på mange gode internasjonale studier og erfaringer omkring metadonbehandling? I Sverige har man blant annet drevet metadonbehandling i Uppsala siden 1967, Ulleråkerprogrammet, og dette er et av de eldste metadonprogrammene i Europa. Omfanget har riktignok vært begrenset,<sup>10</sup> men det er til gjengjeld et av de grundigst dokumenterte og best evaluerte metadonprogram man kjenner til (Grönbladh&Gunne 1989; Fjær 1994b; Hall m.fl. 1998b:24-25). En sentral målsetning med forsøket var å evaluere virkningen av vedlikeholdsbehandling med metadon under norske forhold. Man var spesielt opptatt av å finne ut om introduksjon av denne behandlingsformen ville føre til noen *negative* konsekvenser, og

---

<sup>10</sup> Fra 1979 til 1984 var det inntaksstopp i svenske metadonprogrammer på grunn av politisk uenighet om behandlingsformens fremtid og eventuelle plass i det svenske behandlingsapparatet (Grönbladh&Gunne 1989).

da spesielt med hensyn til generelt misbruksmønster og det etablerte behandlingsapparatet (Blix 1992). Spesielt stod frykten for at stoffmisbrukere generelt skulle miste motivasjonen for annen, medikamentfri behandling sentralt (Skretting 1997:62). På en måte kan man si at det hvilte et ikke ubetydelig ansvar på de få privilegerte som fikk være med i MiO, de skulle være med på å avgjøre metadonets fremtidige plass i det norske behandlingsapparatet. Metadonprosjektet i Oslo representerte altså en dyptgående endring i det norske behandlingsapparatet, en endring som det var svært delte meninger om med hensyn til hvilke resultater man kunne forvente, både for stoffmisbrukerne individuelt og samfunnet generelt.

### ***5.3.1. Mulige virkninger av et forsøksprosjekt***

Men vil et forsøksprosjekt, i kraft av å være nettopp det, kunne fungere annerledes i forhold til den sosiale struktur som det er en del av, enn det ville gjort som et permanent tiltak? Jon Elster (1989b) skiller mellom *lokale og globale virkninger* av institusjonelle endringer. Han viser til at hvis man innfører et nytt sosialt tiltak i liten målestokk (lokalt), så kan man få virkninger som er helt ulike de man ville sett dersom tiltaket ble igangsatt i stor målestokk (globalt). Han viser til Alexis de Toqueville's eksempel med ulike ekteskapstyper (i *Democracy in America* fra 1835), om at hvorvidt arrangerte ekteskap eller kjærlighetsekteskap får lykkelig utfall er avhengig av omgivelsenes holdninger. De tiltak som innebærer det å "gå mot strømmen", noe MiO klart innebar, vil i alle samfunn ofte føre til fiendtlighet fra omgivelsene. Dette er igjen ofte en viktig årsak til uheldige utfall. Et mislykket prosjekt i liten målestokk sier oss derfor, i følge Elster, lite om prosjektets resultat og konsekvenser for omgivelsene dersom det var blitt innført i stor skala med en gang. Det samme gjelder også andre veien; et vellykket tiltak i liten målestokk illustrerer ikke nødvendigvis hvor vellykket en stor satsning vil være (Elster 1989b:128).

Overført til situasjonen omkring MiO er dette interessant, fordi prosjektet i seg selv var så lite og så stedsspesifikt (50 deltakere i Oslo). Og så lenge metadon var (og til dels fremdeles er<sup>11</sup>) et knapt gode for noen få utvalgte, så er det i følge Elsters resonnement lite sannsynlig at prosjektet skulle påvirke hele stoffmisbrukerpopulasjonens motivasjon for annen type behandling i stor målestokk. Det fikk det da heller ikke i nevneverdig

---

<sup>11</sup> 31.12.98 stod 321 stoffmisbrukere med tilhørighet i Oslo på MARIOs venteliste (MARIO 1998:9).

grad (Skretting 1997:63-64). I Evy Frantzens studie om ringvirkninger i stoffmisbrukermiljøene (1996) kommer det også frem tendenser til at stoffmisbrukernes holdninger til metadon ble mer negative jo mer uopnåelig det ble å få plass i prosjektet. Dette kan ses som utslag av kognitiv dissonans; er det umulig å oppnå noe, så vil man heller ikke ha det. En slik tilpasning til de gitte omstendigheter, bevisst eller ubevisst, kan altså ses som en årsaksfaktor til at stoffmisbrukernes motivasjon for annen behandling ikke ble påvirket i den grad man fryktet. Likevel er det på sin plass å påpeke at denne mekanismen ikke lenger vil være virksom i det øyeblikk metadon skulle bli lett tilgjengelig for alle. Resultatene fra forsøksprosjektet med hensyn til motivasjon for annen behandling må derfor brukes med forsiktighet når det gjelder en slik mulig fremtidig situasjon. Jon Elster peker altså på betydningen av ulike mekanismer utenfor selve prosjektet og menneskene som deltar i det med hensyn til et vellykket eller mislykket utfall (1989a,b). Med utgangspunkt i dette kan man teoretisk tenke seg 2 ulike utfall for metadonpasienten som møter negative og fiendtlige holdninger fra omgivelsene:

1. Han kan miste motet under omgivelsenes stadige fordømmelse, og ta i bruk sin gamle løsningsstrategi for alt som er vanskelig, nemlig rusing (Ervik 1997:79). Altså vil metadonbehandlingen etter de aktuelle standarder regnes som mislykket. Gjelder dette mange nok, kan man videre tenke seg at hele prosjektet stemples som en fiasko, samtidig som motstanderne sier "hva var det vi sa..."
2. Han kan mobilisere all sin vilje og kraft for å bevise for omgivelsene at de tar feil; metadon er nyttig og bra! Får han med seg mange nok medpasienter på dette, slik at de finner styrke og støtte i et sosialt fellesskap, vil prosjektet sannsynligvis bli en suksess etter de gjeldende standarder. Omgivelsene må dermed revurdere sine holdninger.

Her er det viktig å se på virkninger på kort og lang sikt, og ikke blande sammen forbigående konsekvenser (positive eller negative) av det å innføre et nytt tiltak, og de mer varige konsekvensene av å ha et slikt tiltak som en fast bestanddel i et system (Elster 1989b:129-130). Begge de ovennevnte utfallene (spesielt nr. 2) er konsekvenser av forhold som er spesifikke for en iverksettingsfase, hvor tiltakets fremtid er avhengig av konkret oppnådde resultater (Kjellberg&Reitan 1995:131). Resultatene som oppnås i en fremtidig situasjon, hvor metadon er et permanent behandlingstilbud på linje med andre, trenger altså ikke nødvendigvis samsvare med prøveprosjektets resultater.

### 5.3.2. Konflikt og konsekvenser for iverksetting og gjennomføring

Jeg finner også en viss støtte for denne teoretiske forståelsen i mine egne observasjoner ved MiO, da mange av de tidligste pasientene ofte refererer til "*hvor mye bedre alt var på Gaustad.*"<sup>12</sup> Mitt inntrykk er at det på dette tidspunktet (1994-1995) var en mer utstrakt omsorgs- og ansvarsfølelse innad i pasientgruppen enn hva som er synlig i dag, samt en viss uformell kontroll innad i gruppen. Det å "sprekke" (å ruse seg) var blant de første pasientene flaut, og det faktum at man selv hadde vært så heldig å få komme med i prosjektet, hadde nok en stor motiverende effekt for de fleste. Videre var to av de nærmeste naboene til MiO på Gaustad en barnehage hvor foreldrene protesterte kraftig mot sine nye naboer (Aftenposten 25/10-94), og en behandlingsinstitusjon for stoffmisbrukere, *Veksthuset*, som i høringsrunden gikk sterkt i mot bruk av metadon på ideologisk grunnlag (NFTS 1994; se også Furuholmen 1987:28). Veksthuset gikk blant annet ut med et skriv hvor de ba metadonpasientene om ikke å ha kontakt med deres klienter (Rienks 1997).

Det er derfor nærliggende å anta at MiO-pasientene som reaksjon på omgivelsenes "*ikke i vårt nærmiljø*"-holdninger<sup>13</sup> (Dagbladet 5/6-94; Rienks 1997) følte ansvar overfor prosjektet og var opptatt av å vise seg frem fra en positiv side. Samtidig kan dette ses som empirisk uttrykk for den konflikt som eksisterte omkring metadonbehandling på denne tiden, da det viser hvordan prosjektets turbulente politiske forhistorie, samt store grad av endring i forhold til tidligere praksis, i stor grad påvirket Metadonprosjektets iverksetting og gjennomføring (Kjellberg&Reitan 1995: 141-143). Man kan altså ikke uten videre slå fast at det er en kausal sammenheng mellom metadonets terapeutiske effekt og pasientenes resultater uten å trekke inn omgivelsenes holdninger som 3. variabel (Elster 1989a:5). Samtidig vil jeg også peke på det man kan kalle pasientenes og de ansattes *pionérand* (jfr. utfall nr. 2). Jeg tror nettopp dette er viktig å ha i minne, fordi en slik pionérand-effekt vil svekkes etterhvert som prosjektet finner sin plass i det omkringliggende systemet (Elster 1989b). Resultatene kan med andre ord være kontekstavhengige, og i så fall vil dette underbygge forståelsen av stoffmisbruk som et komplekst problem med mange aspekter, og ikke noe som utelukkende kan behandles som et medisinsk problem.

---

<sup>12</sup> Prosjektet ble igangsatt i midlertidige lokaler på området til Gaustad Sykehus 22 august 1994, og flyttet først til de permanente lokalene i Bygdøy alle 23 høsten 1996.

<sup>13</sup> NIMBY-syndromet: Not in my backyard, thank you...

#### **5.4. FRIHET OG KONTROLL - KOMPROMISSER OG KONFLIKTER**

Rammene omkring et tiltak gir i utgangspunktet bare en skisse av hvilke betingelser noe skal utføres innenfor. Med politisk bestemt menes at det er politikere som bestemmer hvilke rammer fagfolk skal jobbe innenfor, og det trenger ikke nødvendigvis være i samsvar med fagfolkenes egne oppfatning av hva som vil være de beste betingelsene. Spesielt når det er snakk om iverksetting av mer kompliserte tiltak, som MiO må kunne sies å være i dette tilfellet, er rammebetingelsene ofte preget av mange motstridende kompromisser (Kjellberg&Reitan 1995:144).

Etter knapt ett års drift, sommeren 1995, oppstod den første åpne konflikten mellom de politiske rammebetingelsene og MiO's praksis. Gjennom media (Arbeiderbladet 10/7-95) stod en stoffmisbruker frem og hevdet at det foregikk salg av metadon fra MiO-pasienter til stoffmisbrukere utenfor prosjektet. Det var snakk om metadondoser som var sendt med pasienter hjem for helger eller ferier. Dagen etterpå var byrådets helse- og sosialkomitè på banen (Arbeiderbladet 11/7-95) og hevdet at en praksis hvor pasienter fikk med metadondoser hjem for selvadministrasjon var helt uakseptabelt og i strid med de vedtatte retningslinjene for prosjektet. Der står det klart at all metadon skal innntas overvåket på MiO eller apotek (Arbeidsgruppen 1992:28). Olof Blix, leder av MiO, hevdet på sin side at det å innvilge pasientene økt ansvar var en viktig del av rehabiliteringsprosessen, samtidig som arbeid eller skolegang noen ganger gjorde det nødvendig å innvilge pasienter doser med hjem. Dette argumentet hadde imidlertid ikke representanten fra bystyret forståelse for, noe som synliggjør en konflikt mellom behovet for kontroll med metadonet og prosjektets overordnede målsetninger om sosial og yrkesrettet rehabilitering. Likevel førte oppmerksomheten omkring denne saken til at utlevering av metadon for selvadministrering ble stanset for en periode, og selv godt stabiliserte pasienter måtte gå daglig til MiO på Gaustad (Arbeiderbladet 11/7-95).

Jeg vil understreke at jeg ikke mener å argumentere for en løssluppen metadonpraksis uten kontroll, da kontroll må anses som nødvendig for å unngå lekkasje til det illegale markedet, ikke minst fordi metadon i gale hender kan være livsfarlig. Her handler det imidlertid om hvordan man best mulig kan løse konflikten mellom kontrollbehov og gode behandlingsbetingelser, slik at både samfunnets og stoffmisbrukernes interesser ivaretas i tilfredsstillende grad (Blix i Arbeiderbladet 10/7-95; Hall m.fl. 1998c:458).



Det er også på sin plass å legge til at det bare er pasienter som har vist en viss stabilitet i forhold til rusfrihet som innvilges "ta-med-hjem"-doser, i første omgang for en eller begge helgedagene. Kun pasienter som viser stabilitet og rusfrihet over lengre tid får administrere større mengder metadon, fra 3 - 4 dager opptil en uke. Selv med slike rammer er det imidlertid umulig å hindre en viss lekkasje til det illegale markedet, blant annet på grunn av gode fortjenestemuligheter, men dette gjelder også alle andre legale medikamenter med misbrukspotensiale.

Det ideelle målet må være å redusere eventuelle lekkasjer til et minimum gjennom tilstrekkelig kontroll med ustabile pasienter uten at det går på bekostning av de stabile og seriøst arbeidende pasientenes rehabiliteringsbetingelser. De fleste av oss, både studenter og vanlige arbeidstakere, kan nok forestille seg hvilke konflikter som vil kunne oppstå dersom en var nødt til hver morgen å reise til et spesielt sted, kanskje langt fra både hjemsted og arbeids- eller studiested, for å få i seg en medisin som er helt nødvendig for å føle seg frisk den dagen. Enda mer sårbart blir det hele når man tar i betraktning de fordommene som både nåværende og forhenværende stoffmisbrukere risikerer å bli rammet av, slik at man helst vil skjule for omgivelsene at man er tidligere stoffmisbruker. Videre er et viktig ledd i en vellykket rehabiliteringsprosess distanse fra narkotikamiljøet og misbrukende venner (Arbeidsgruppen 1992). For mange betyr dette i første omgang gjenopprettelse av kontakt med familie, barn og eventuelle nyktre venner. Dette forutsetter ofte en del reising utenfor Oslo, noe som umuliggjøres dersom metadonet underlegges altfor streng kontroll. Det å komme seg litt ut av byen, som de nær sagt har tilbrakt all sin tid som stoffmisbrukere i, er for mange et kjærkomment og nyttig pusterom, spesielt i vanskelige perioder. Her ser vi klart hvordan kontrollbehovet kommer i konflikt med andre overordnede målsetninger i rehabiliteringsprosessen.

På grunnlag av dette er det vanskelig å tenke seg en god rehabiliteringsprosess for et voksent menneske uten noen grad av frihet og ansvar. Dette illustrerte en kvinnelig MiO-pasient ved å stå frem i media (Arbeiderbladet 18/7-95) i etterkant av denne spesifikke saken. Hun forteller om sin første ferie på over 20 år, gjenopptatt kontakt med familie og invitasjoner til ulike familiebegivenheter, altså at hun igjen opplever å bli "regnet med" som et familiemedlem på linje med andre. Alt muliggjort gjennom å få ta med seg metadondoser for selvadministrering. Hun hevder videre at ryktene og det påståtte omfanget av metadonsalg er betydelig overdrevet, og peker på at de heldige

som har fått plass i MiO faktisk befinner seg i en utsatt posisjon. De blir lett mål for kritikk fra misunnelige stoffmisbrukere som selv ikke fikk ønsket om metadon oppfylt, samtidig som de er med på å bære ansvaret for prosjektets fremtid. Til tider kan nok dette ansvaret ha føltes tungt å bære både for pasienter og ansatte, spesielt på grunn av massemedias eksponering og store interesse for prosjektet (Ervik 1997:99). For selv om media i stor grad var positive i sin omtale av MiO og aktive i å eksponere stoffmisbrukernes elendighet og behandlingsbehov (les: metadonbehov), var nok alle involverte parter bevisst at medias velvilje lett kunne snus i mot dem (se bl.a. Mathiesen 1993:167), med svært negative konsekvenser som mulig resultat. Og den 12/7-98 stod følgende notis i VG:

<b>Toåring døde av metadon</b>		
En to år gammel gutt døde i den danske byen Korsør etter å ha tatt en overdose metadon.	faren lettsindig hadde lagt fra seg en metadondose. Han klarte å få opp lokket på den lille flasken, og drakk en dødelig slurk av stoffet, skriver den danske avisen Ekstra Bladet.	ter falt gutten om på gulvet med voldsomme symptomer på forgiftning i den lille kroppen.
Det skjedde i et ubevoktet øyeblikk da foreldrene hadde forlatt stuen for å vinke farvel til noen gjester.	Metadon brukes av narkomane til nedtrapping som erstatning for heroin.	Selv om han ble erklært død ved ankomst til sykehuset, lyktes det legene å gjenopplive ham.
Guttungen stabbet bort til stuebordet, der den 35-årige ste-	Etter få minut-	Men dessverre, etter et halvt døgn under intensiv behandling døde barnet.

*Hva om noe sånt hadde skjedd her?*

Medias aktive rolle som pådriver i metadondebatten kan altså ikke betraktes som udeelt positiv, selv om media stort sett hadde et fokus som gikk i stoffmisbrukernes og Metadonprosjektet favør. Det ansvaret som ble pålagt MiO-pasientene og de ansatte midt i medias søkelys kan imidlertid ha skapt en utrygghet og prestasjonsangst som på mange måter kan ha virket negativt inn på rehabiliteringsbetingelsene, blant annet gjennom rigide regler og overdreven kontrollvirksomhet (se også Ervik 1997:98-99).

#### **5.4.1. Rammer som begrensninger**

Hall, Ward og Mattick (1998) viser til at politisk fastlagte rammer rundt metadonbehandling i enkelte tilfeller har vært av en slik karakter at det hele er dømt til å mislykkes. I slike tilfeller er som oftest kunnskap om aktuell forskning og erfaring på området satt til side, til fordel for kompromissmodeller hvor aktører som er negative eller skeptiske til metadon har fått stor innflytelse på utformingen av selve behandlingsprogrammet. Blant annet har man sett tilfeller hvor metadondosene settes altfor for lavt, til tross for ekspertisens enighet om at tilstrekkelig høye doser er svært viktig for å oppnå optimal terapeutisk og rehabiliterende effekt (Hall m.fl. 1998c:443). Også Olof Blix, overlege og ansvarlig for MiO fra 1994 til 1998, viser konkret til hvordan politisk bestemte rammebetingelser kan skyve mer terapeutiske hensyn i bakgrunnen (Blix 1996). En viss statlig styring er likevel viktig når det gjelder metadon. Fra svensk hold vises det til at de strenge retningslinjene bidrar til å sikre prosjektenes mål og måloppnåelse (Grönbladh&Gunne 1989), mens man i Danmark har negative erfaringer med for dårlig kontroll og styring (Ege 1996a; Fjær 1997b). Der jobbes det i dag med å stramme inn på kontrollen og styrke det psykososiale tilleggstilbudet etter at “fri flyt” av metadon viste seg å ha svært negativ virkning både på stoffmisbrukernes livskvalitet og dødelighet (Ege 1996a). Situasjonen i Danmark ble også flittig brukt som (skrekk)eksempel av motstandere av metadon her hjemme (Furuholmen&Andresen 1993:40; Arbeiderbladet 29/5-95), hovedsakelig fordi metadon ble delt ut med liten eller ingen kontroll, og i liten eller ingen grad ble fulgt opp av andre behandlingstilbud.

Som en forlengelse av denne diskusjonen, kan man også spørre seg om de strenge kriteriene for deltagelse utelukket de som tiltaket egentlig var tiltenkt, da det er blitt hevdet at det i stor grad var de “sterkeste av de svake” som kom med (Frantzen 1996). I så tilfelle sto man overfor et alvorlig metodisk problem. For dersom den reelle forsøksgruppen skiller seg systematisk fra den skisserte målgruppen, blir det umulig å foreta en riktig evaluering av effekten av metadonbehandling på denne gruppen. Samtidig kan den aktuelle pasientgruppen gjennom sine resultater bidra til å sette lista for høyt i forhold til hva man krever og forventer av den definerte målgruppen. Dermed kan man tenke seg muligheten for at de aller mest nedslitte og hjelpetrengende stoffmisbrukerne mister det behandlingstilbudet som var spesielt tiltenkt dem, på grunn av politisk bestemte rammebetingelser som hindrer dem i å nå frem til det.

Det kan altså se ut som om man i planleggingen av Metadonprosjektet i stor grad satte fokus på mulige ulemper og problemer for den allerede etablerte sosiale struktur fremfor mulige *positive* konsekvenser for de eldste og mest slitne stoffmisbrukerne. Jeg har her lagt vekt på å vise at en slik grunnholdning og problemfokus fra styresmaktens side kan få store konsekvenser i forhold til generelle holdninger, rammene rundt, iverksetting og gjennomføringen av prosjektet. Med andre ord, det er ingen selvfølge at de stramme rammebetingelsene som man fastlegger i usikkerhetens og forsiktighetens navn, gir et nytt prosjekt reelle muligheter til å vise hva det virkelig kan være godt for. Den tidligere diskusjonen om negative versus positive mål kan komme til sin rett her. Kanskje hadde man vært tjent med å omformulere målene, slik at de små skritt på veien fikk litt større oppmerksomhet enn de altfor store sprangene, som de færreste av den definerte målgruppen kan eller tør å ta?

#### **5. 5. STATUS ETTER 4 ÅR - HVA VILLE VI? HVA FIKK VI?**

Så tidlig som i 1996, altså *før* forsøksperiodens slutt og den planlagte evalueringen var ferdig, kom den nasjonale styringsgruppen med en anbefaling om utvidelse av MiO. I mai 1997 avgjorde så Stortinget at metadon skulle bli et permanent tilbud til tungt belastede heroinmisbrukere, ikke bare i Oslo, men over hele landet (Blix 1997). Det var nå liten motstand å spore politisk, protestene fra det etablerte behandlingsapparatet hadde stilnet og metadonbehandling var i vinden som aldri før. De tyngste stoffmisbrukernes elendige situasjon var på denne tiden et høyaktuelt tema både politisk og i massemedia, og det manglet ikke på lovnader om økte bevilgninger og utvidelse av Metadonprosjektet. Dette bidro til å sette sterkt press på MiO om å øke pasienttallet, samt til å skape store forventninger i stoffmisbrukermiljøene.

Fra 1. januar 1998 ble Metadonprosjektet i Oslo gjort om til permanent tiltak, og i år 2000 er MAR Bygdøy Allé en av fire metadonpoliklinikker i Oslo. All behandling er underlagt Senter for Metadonassistert Rehabilitering (MARIO), som også fungerer som et nasjonalt kompetansesenter. Det ytre presset for raskt å øke antall pasienter preget også den nyetablerte organisasjonen utover i 1998 og 1999 (MARIO 1998:19). I løpet av dette tidsrommet er det også igangsatt metadonbehandling andre steder i landet, slik at bosted ikke lenger er avgjørende. Kriteriene for deltakelse er hovedsakelig de samme som i MiO, med unntak av aldersgrensen, som ble senket til 25 år fra 1 januar 1998. Når

en på bakgrunn av dette ser tilbake på den sterke motstanden mot behandlingen og de strenge kriteriene for vellykkethet, så ble vel kritikken gjort til skamme og målsetningene nådd?

I følge de opprinnelige retningslinjene fra 1992 gikk det tydelig frem at misbruk av rusmidler ved siden av pågående metadonbehandling i liten grad ville bli tolerert. Metadon skulle være del av en helhetlig rehabilitering med rusfrihet som mål, og ikke en “snikinnføring” av reduserte målsetninger annet enn i forhold til det rent medisinske aspektet. I forhold til vurdering av måloppnåelse og resultater vil jeg sette spesielt fokus på dette. Jeg har valgt å vektlegge misbruk sterkt fordi erfaring fra Sverige (Grønbladh&Gunne 1989) og fra MiO viser at misbruk av rusmidler ved siden av metadon er en viktig variabel i forhold til evne til oppnåelse av andre sosiale rehabiliteringsmål. Samtidig kjennetegnes målgruppen for MiO av stoffmisbrukere som tross tidligere til dels omfattende behandling, ikke har maktet å komme ut av stoffmisbruket og den destruktive livsstil og -situasjonen som dette medfører.

### ***5.5.1. Overdoser og dødelighet***

Målgruppen for MiO var som nevnt en gruppe stoffmisbrukere som tilhørte de aller tyngst belastede. Denne gruppen har generelt en høy dødelighet, og et mål var å se om metadonbehandling ville påvirke overdosedødeligheten hos denne gruppen. Ved evalueringstidspunktet var ingen pasienter i metadonbehandling døde av overdoser, men to mannlige pasienter var rapportert døde av overdose kort etter å ha blitt ekskludert fra prosjektet. To pasienter døde av akutt sykdom mens de var i behandling. 17 personer (av 161) som i sin tid søkte om plass var registrert døde ved dette tidspunktet, 15 av disse klassifiseres som overdoser og unaturlige dødsfall, deriblant 4 selvmord. Årlig dødelighet for denne gruppen var 5,3% (Ervik 1997:115-117), et tall som ligger noe høyere enn det man regnet for sprøytemisbrukere generelt på den tiden, nemlig omlag 2-3% dødelighet per år (Skog 1992:45; Blix m.fl. 1996). Det ble imidlertid regnet som lite sannsynlig at prosjektet med sine 50 pasienter skulle ha særlig innvirkning på den generelle overdosestatistikken i Oslo (Arbeidsgruppen 1992:14), men det synes helt klart at metadon hadde hatt en svært god beskyttende virkning for deltagerne. Den høye dødeligheten blant stoffmisbrukerne på søkerlisten og ekskluderte fra MiO, illustrerer nok mer den akutte elendighet som preger målgruppen i sin helhet. Samtidig kan det

virke som om mange av de avviste søkerne mistet både håpet og den siste livsgnisten, og av den grunn løp en større dødsrisiko enn misbrukergruppen som det er naturlig å sammenligne dem med (Blix m.fl. 1996; Ervik 1997:117-18). Dette viser at metadonbehandling i kontrollerte former har en positiv innvirkning på deltakernes risiko for å dø av overdoser og andre unaturlige dødsårsaker, noe som også samsvarer med internasjonal forskning på området (Ervik 1997:119; se også Grönbladh&Gunne 1989; Ball&Ross 1991; Ward m.fl. 1998a). Et sentralt argument i diskusjonen omkring metadonbehandling i Norge var jo nettopp den økende bekymring for de eldste stoffmisbrukernes helsetilstand, og den urovekkende stigningen i antall overdosedødsfall på 1990-tallet, spesielt i Oslo.

I forhold til dette kan man altså si at innføringen av metadon har hatt den ønskede effekt, nemlig å påvirke risikoen for overdosedødsfall (hos gruppen i behandling). Her vil jeg imidlertid legge til at dette først og fremst gjelder for *kontrollerte* metadonprogrammer. Erfaring fra Danmark viser nemlig at når store mengder metadon kommer i omløp uten kontroll, så får dette en negativ innvirkning på overdosestatistikken. Dette fordi metadon da også brukes som rusmiddel, gjerne i kombinasjon med andre rusmidler, og av misbrukere som ikke er forsvarlig opptrappet (Ege 1996a; Hall 1998c:454).

### **5.5.2. Psykisk helse**

Forskjellige grader av alvorlig psykopatologi, det vil si ulike psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser, psykoser (akutte og kroniske), angst og depresjon, er utbredt blant stoffmisbrukere. Slike lidelser er videre forbundet med dårlige behandlingsprognoser, det vil si at stoffmisbrukere med psykiske tilleggslidelser oftere faller ut av behandlingsopplegg sammenlignet med andre stoffmisbrukere uten slik problematikk (Arbeidsgruppen 1992:31; Blix m.fl. 1996; Ravndal&Vaglun 1997; Darke 1998:80-81). På grunn av målgruppens relativt høye alder, lange stoffmisbrukskarrierer og ustabile sosiale liv, var det også rimelig å anta at denne gruppen ville være svært belastet med hensyn til psykopatologi. Det var derfor et viktig mål å se i hvilken grad MiO's opplegg også ville være til hjelp for disse pasientene. Også på dette området viste prosjektet svært gode resultater (Blix 1997; Ravndal&Vaglun 1997). Edle Ravndal og Per Vaglun fant at 69% av pasientene hadde en eller flere

personlighetsforstyrrelser, med antisosial personlighetsforstyrrelse som den mest utbredte (52%). De fant likevel at MiO i stor grad klarte å etablere behandlingsallianser med disse pasientene, samt å holde dem i behandling over tid i samme utstrekning som pasienter uten slik tilleggsproblematikk. Dette er et viktig funn når man tar i betraktning at spesielt antisosiale pasienter generelt har en dårlig behandlingsprognose i nesten alle typer behandling, og at de ofte samarbeider dårlig (Ravndal&Vaglum 1997; Darke 1998:81). På bakgrunn av dette kan man si at MiO klarte å dekke et behov for denne spesielt belastede pasientgruppen, et behov hverken psykiatrien eller det etablerte medikamentfrie behandlingsapparatet til da hadde klart å ivareta i tilfredsstillende grad.

Grad av psykopatologi hadde imidlertid signifikant sammenheng med frafall i prosjektet (Ravndal&Vaglum 1997). Gitt forhåndskunnskapene og forventningene om den aktuelle målgruppens psykisk helse synes jeg at det ble tatt overraskende lite høyde for denne problematikken i de opprinnelige målsetningene fra 1992. Er det for eksempel realistisk å tro at mange av de tyngste stoffmisbrukere i 30 - 40 års alderen og med psykisk tilleggsproblematikk kan nå et mål som sosial og yrkesmessig rehabilitering? Hva hvis en av de viktigste faktorene som opprettholder misbruket hos målgruppen, tross omfattende behandlingsforsøk, er nettopp psykiske lidelser? Dette er viktige momenter i forhold til en målsetningsdiskusjon, da målgruppens grad av psykopatologi må ses som en utfordring for fremtidens utforming av metadonbehandling, samt for samarbeidspartnere innen det øvrige helse- og sosialapparatet.

### **5.5.3. Rus: Stoff - og medikamentmisbruk**

Det ble tidlig klart at problemene med sidemisbruk i MiO absolutt var tilstede (Blix 1995, Waal m.fl. 1996, 1998). Med *sidemisbruk*<sup>14</sup> menes her misbruk av narkotika som heroin (opiater), amfetamin, kokain og cannabis (hasj), samt andre rusmidler som alkohol, løsemidler og narkotikaklassifiserte medikamenter. For enkelhets skyld vil jeg videre bruke betegnelsen *benzodiazepiner* om denne type medikamenter. Dette fordi det som indikasjon på medikamentmisbruk kun testes for benzodiazepiner. En får altså normalt ikke vite hvilket legemiddel som er inntatt, selv om dette er mulig ved mer avansert analyse.

---

<sup>14</sup> Man har i dag gått bort fra dette begrepet, da det indikerer at metadon også er *misbruk*. Det snakkes nå kun om misbruk.

Statistikk over misbruk blant MiO-pasientene viser at problemene hovedsakelig er knyttet til benzodiazepiner, opiater (heroin) og alkohol. Bruk av alkohol er i kraft av sin legalitet lett å forsvare for mange, men fører svært ofte til bruk av andre rusmidler i tillegg. Spesielt legemiddelet *Rohypnol*<sup>15</sup> er svært utbredt i stoffmisbruksmiljøene i Oslo. Dette er et sterkt sovemiddel som lett lar seg løse opp og settes intravenøst, ofte blandet med heroin for å forsterke heroinets effekt. Dette er en meget farlig praksis, og medikamentet er spesielt mistenkt for å spille en sentral rolle med hensyn til den kraftige økningen vi har sett i overdosedødsfall på 1990-tallet (Bretteville-Jensen 1994 i Ervik 1997:117). Blandes *Rohypnol* med heroin får heroinet ruseffekt også hos metadonpasienter (Blix m.fl. 1996), og medikamentet utgjør et stort problem blant metadonpasientene, både alene og i kombinasjon med heroin. Også internasjonalt viser man til at benzodiazepiner utgjør et stort klinisk misbruksproblem blant heroinmisbrukere både i og utenfor metadonbehandling (Darke 1998:76-77). Ved inntak av store doser *Rohypnol* opptrer ikke søvnighet, men hyperaktivitet og ofte svært ukritisk oppførsel. Mange forteller om “blackout” etter slik rus, de husker ingenting av hva som her skjedd, selv ikke ved direkte konfrontasjoner. Å nå frem med terapeutiske intervensjoner i slike tilfeller er, forståelig nok, som oftest umulig.

Mange pasienter lider av ulike kroppslige og psykiske plager, og har gjerne selvmedisinert seg i årevis med smertestillende og beroligende opiat- og benzodiazepinholdige medikamenter som *Rohypnol*, *Paralgin Forte*, *Valium*, *Vival*, *Stesolid* og *Flunipam*. Svært mange av metadonpasientene bar preg av et slikt langvarig blandingsmisbruk (Ervik 1997:55), noe som uten tvil er et stort problem i forhold til metadonbehandlingen, som jo er rettet direkte inn mot ren opiatavhengighet. Benzodiazepiner er også svært avhengighetsdannende, og mange sliter med denne type avhengighet etter omfattende bruk over mange år. Svært mange pasienter i metadonbehandling klager over at det ikke tillates såkalt “terapeutisk bruk” av slike medikamenter, blant annet for søvnproblemer, nerver og angst. Det hevdes imidlertid at man bør utvise stor forsiktighet når det gjelder å foreskrive denne type medikamenter til pasienter i metadonbehandling, da det med stor sannsynlighet vil ha negativ effekt på pasientens helhetlige situasjon (Darke 1998:77). Det blir derfor et mål for de mer

---

<sup>15</sup> Inneholder flunitrazepam, som tilhører benzodiazepingruppen. *Rohypnol* er forbudt i en rekke land, samt noen stater i USA, og har fått tilnavnet “the date rape drug,” voldtektsdøpet. I den senere tid har produsenten Roche tilsatt blåfarge for å hindre at medikamentet skal kunne blandes i drinker, samt påført hver tablett en ytre hinne som skal vanskeliggjøre oppløsning og injisering. I følge stoffmisbrukere jeg har snakket med, kan denne forholdsvis lett skrapes av.



sosiale og psykologiske hjelpetiltakene å motarbeide pasientenes ofte meget innarbeidede oppfatning om at alle følelsesmessige problemer best løses kjemisk og medikamentelt.

Med utgangspunkt i statistikk over urinprøver ved MiO har jeg laget to tabeller over andel positive urinprøver (det vil si prøver med utslag på andre narkotiske stoffer og medikamenter enn metadon) ved MiO i 1996 og 1997. Jeg har for enkelhets skyld valgt ut tre av årets måneder per år.

<b>1996</b>	<b>Med opiat</b>	<b>med benz.</b>	<b>med opiat + benz.</b>	<b>Totalt positive prøver</b>
Januar	21%	17%	11%	30%
Juni	36%	37%	22%	51%
Desember	27%	25%	11%	46%
<b>Snitt hele året</b>	<b>28%</b>	<b>27%</b>	<b>16%</b>	<b>43%</b>

Tall fra Metadonprosjektet i Oslo.

*Tabell 5.1. Antall positive urinprøver i 1996*

<b>1997</b>	<b>Med opiat</b>	<b>med benz.</b>	<b>med opiat + benz.</b>	<b>Totalt positive prøver</b>
Januar	31%	21%	13%	48%
Juni	30%	36%	22%	53%
Desember	42%	36%	28%	56%
<b>Snitt hele året</b>	<b>34%</b>	<b>33%</b>	<b>22%</b>	<b>53%</b>

Tall fra Metadonprosjektet i Oslo.

*Tabell 5.2. Antall positive urinprøver i 1997*

Som vi ser av tabellene ligger andel positive prøver omkring 50%, altså har annenhver avleverte prøve spor etter misbruk. Dette innbefatter alle stoffer som det testes for, også amfetamin og cannabis, men jeg har i tabellen valgt å konsentrere meg om forekomstene av *opiat*er og *benzodiazepiner*. Dette fordi det er disse som representerer det største misbruksproblemet, spesielt *i kombinasjon* med hverandre, da dette gir heroin verdi som rusmiddel tross metadonbehandling. Det er verd å merke seg at tallene for 1998 ligger jevnt over tallene for 1997, og at det har vært en økning på 10% i det totale antall positive prøver. Dette illustrerer at misbruk ved siden av metadon var et problem ved MiO, og at det virkelige bildet kanskje ikke er helt sammenfallende med det bilde en del politikere, journalister og menigmann hadde/har av metadon som terapeutisk virkemiddel.

Tallene overfor sier imidlertid lite om *hvor stort problem* dette misbruksproblemet representerer for Metadonprosjektet. Det skal ikke så mange rusepisoder til i løpet av en måned før alle urinprøvene (tre per uke) er positive, noe som øker betydningen av individuelle vurderinger av hver enkelt pasient med hensyn til behandlingsstatus. Disse tallene forteller oss derfor ikke det som den mer kvalitative evalueringen avdekket, nemlig at de aller fleste opplevde *kraftig reduksjon* i sitt stoffmisbruk i forhold til tidligere (Ervik 1997:122). Mange pasienter opplever at kraftig redusert misbruk som en kjempestor seier, og blir naturlig nok frustrerte og sinte når de føler at urinprøvene tillegges for stor vekt i forhold til egenopplevd fremgang og bedring på ulike områder. Tatt i betraktning at blandingsmisbruk er det meste utbredte misbruksmønster blant den målgruppen som metadonbehandling rettes inn mot, er det derfor rimelig å stille et spørsmål om denne problematikken tas alvorlig nok i dagens tiltak. Man må likevel merke seg at for de fleste pasientene representerer den nye situasjonen og opplevde livskvalitet en stor forbedring i forhold til tiden før de kom med i prosjektet. Dette gjelder også i stor grad pasienter som er blitt utskrevet på grunn av vedvarende sidemisbruk (Blix m.fl. 1996, 1998; Ervik 1997).

## **5.6. FORDELING AV PASIENTER ETTER STATUS I BEHANDLING**

I MiO har det vært vanlig å dele pasientgruppen inn i 3 kategorier; *tilfredsstillende*, *middels* og *krise*, basert på den siste 3 måneders perioden. På denne måten får man et bilde av hvordan hele pasientgruppen ligger an i forhold til behandlingsmålsetninger og rusfrihet generelt. Pasientenes urinprøver den siste tiden er, tross åpenhet for individuelle vurderinger, en av de mest avgjørende faktorer for hvilken statuskategorien enkelte plasseres i (Blix m.fl. 1996, 1998). For å få en enkel oversikt over hvordan pasientgruppen har fordelt seg på denne ene "evalueringsvariabelen," har jeg også her stilt opp de relative og absolutte fordelingene til de ulike kategoriene ved tre evalueringstidspunkter i en tabell. Det er viktig å legge til at siden de absolutte tallene her er forholdsvis små, spesielt for 1996, så får hver enkelt pasient stor utslagsgivende effekt på de relative tallene.

Status i behandling	November 1996	N	November 1997	N	August 1998	N
<i>Tilfredsstillende</i>	49 %	16	30%	15	33 %	20
<i>Middels / Bør bedres</i>	24 %	8	34%	17	36 %	22
<i>Krise</i>	27 %	9	36%	18	31 %	19
<b>Sum</b>	100 %	33	100%	50	100 %	61

Tall for 1996 og 1997 fra Blix, Bruvik&Waal 1996, 1998, og tall for 1998 fra MARIO 1998.

**Tabell 5.3. Fordeling av pasienter etter status i behandling: 1996, 1997 og 1998.**

I 1996 var kategorien “tilfredsstillende” forbeholdt de pasientene som hadde hatt utelukkende rene urinprøver, eller *maksimalt to urene prøver med utslag på kun ett stoff per måned*, i to måneder i strekk. Pasienter som *hovedsakelig leverer rene prøver, men viser til mer enn to urene prøver og/eller utslag på flere stoffer*, defineres som “under utvikling” i kategorien “bør bedres”. Kategorien “krise” består på dette tidspunktet av pasienter som *avleverer mer enn halvparten urene prøver*, og disse skal tas opp til vurdering for eventuell utskrivning. Pasientene som utgjør gruppen “tilfredsstillende” tenderer til å være rimelig stabile over tid, mens en stor del av de resterende pasientene alternerer mellom middels- og krsedefinisjoner. (Blix m.fl. 1996). I august 1998 kjennetegnes imidlertid pasientene i kategorien “tilfredsstillende” av *hovedsakelig rene urinprøver, god funksjon og måloppnåelse, samt tillit i personalgruppen*. “Middels” består av de som gir et *blandet inntrykk, samt pasienter under opptrapping*. Rammene for plassering i denne kategorien er altså blitt langt videre og mer diffuse enn hva som var tilfelle med den gamle, langt mer konkrete kategorien “bør bedres” fra 1996. Pasientene som plasseres i “krise” kjennetegnes av *hovedsakelig urene urinprøver, rusatferd og manglende progresjon i forhold til tiltaksplan og målsetninger, samt svekket tillit i personalgruppen*. Disse pasientene står i fare for å få en advarsel, et såkalt “varselbrev” med krav om konkret bedring innen en bestemt dato. Kan man likevel ikke spore endring i pasientens situasjon innen den fastsatte fristen, avsluttes metadonbehandlingen dersom ikke helt spesielle hensyn tilsier noe annet (MARIO 1998:18).

Vi ser også av tabellen at det er forholdsvis liten endring i andel pasienter som utgjør kategorien "krise", hhv. 27, 36 og 31%. Med andre ord befinner nesten en tredjedel av pasientene seg her ved alle tidspunktene. I de to andre kategoriene er det imidlertid større endringer. Kategorien "tilfredsstillende" er redusert fra å bestå av halvparten av pasientene (49%) i 1996 til 30% i 1997 og 33% i 1998, mens "middels" har økt med 12%, fra 24 til henholdsvis 34 og 36%. Begge de to siste årene ser vi at pasientgruppen er delt i omtrent 3 like store deler i forhold til status i behandling. Min viktigste kommentar til tabellen er imidlertid at andelen av pasientgruppa som defineres som "tilfredsstillende" er vesentlig redusert fra 1996 til 1998.

### **5.6.1. Endrede statusdefinisjoner**

Det har imidlertid skjedd store endringer i løpet av det aktuelle tidsrommet tabell 5.3 omfatter, Metadonprosjektet endret blant annet status fra forsøksprosjekt til permanent tiltak på lik linje med andre tiltak i behandlingsapparatet. Vi ser også at antall pasienter er nær fordoblet på halvannet år, fra 33 pasienter i november 1996 til 61 i august 1998. Som vi har sett kan begge disse faktorene ha effekt på behandlingsresultatet gjennom ulike sosiale mekanismer som er mer eller mindre utenfor prosjektets kontroll. Det er også viktig å merke seg at kategorien "*bør bedres*" har skiftet navn; i 1998 heter den "*middels*". Som nevnt har det ikke bare skjedd en udramatisk navneendring, men selve definisjonen og innholdet i kategorien har endret seg. Det blir som følge av dette nødvendig å reise et metodisk spørsmål til tabell 5.3, fordi verdiene for de ulike tidspunktene ikke blir sammenlignbare når det ikke ligger samme kriterier til grunn for fordeling til de ulike kategoriene ved de forskjellige tidspunktene.

Vi ser altså at pasientene i krisekategorien i 1998 ikke er sammenlignbare med pasientene som utgjorde denne gruppen i 1996. En konsekvens av dette er at en pasient som i 1996 ville blitt definert som i "krise" og vurdert for utskrivning, i en del tilfeller i 1998 ville blitt definert som "middels" og dermed uaktuell for utskrivning. Jeg tør å påstå at en pasient som jevnt viser til en tredjedel rene prøver per måned ikke vil bli skrevet ut i dag (2000) dersom ikke vedkommende bryter andre absolutte eksklusjonskriterier. Pasienter får også ofte gå forholdsvis lange perioder med misbruk før eventuell utskrivning, og tiltaket har i perioder omfattende bruk av avrusnings- og utredningsplasser ved ulike institusjoner. Jeg vil hevde at dette gir uttrykk for at det har skjedd en

åpenbare målsetningsforskyvning i den praktiske behandlingen, noe som også kan underbygge at det på kort tid skjedde en ikke ubetydelig holdningsendring til metadonbehandling av heroinmisbrukere i Norge.

## **5.7. NÅR METADONET HAR KOMMET FOR Å BLI**

Med utgangspunkt i et vidt rehabiliteringsbegrep vil jeg hevde det finnes belegg for, noe også Ervik (1997) fant i sin evaluering, at metadonbehandling har god effekt på tunge stoffmisbrukeres generelle livssituasjon og -kvalitet, selv om ikke fullstendig rusfrihet fra andre rusmidler oppnås. Men med utgangspunkt i en mer snever definisjon av rehabilitering, slik som i retningslinjene fra 1992, er det vanskelig å kalle metadonbehandlingen etter norsk modell en suksess for andre enn noen få. Sosial og yrkesmessig rehabilitering, samt det å bli inkludert på lik linje med andre i det ordinære, “nyktre” samfunnet, er (dessverre) en utopi for størstedelen av den definerte målgruppen. Dette innebærer imidlertid ikke det samme som at disse menneskene ikke kan leve mer verdige og trygge liv, samt være sitt samfunn til langt mindre belastning, bare deres egne premisser, ønsker og evner vektlegges i større grad.

Vi har altså sett at det i praksis har skjedd en ikke ubetydelig målsetningsforskyvning med hensyn til metadonbehandling i Norge, og skadereduksjon har for en del pasienter etterhvert har “sneket seg inn bakveien” i målsetningene. Det er, til tross for den offisielle målsetningen om at rehabilitering må og skal være hovedmålsetningen, etterhvert innad i MARIO vokst frem en aksept for at enkelte stoffmisbrukere ikke kan nå dette målet på basis av den definisjon som har ligget til grunn for rehabiliteringsbegrepet. En slik aksept kan nok ses på som en resignasjon i forhold til mer ideelle målsetninger, men vil i mange tilfeller likevel åpne for bedre tilbud tilpasset den enkelte, fremfor at både pasient og personale skal jobbe forgjeves mot mål som begge opplever som uoppnåelige. Dette åpner opp for et mer relativt rehabiliteringsbegrep, uten at man nødvendigvis trenger å gi stoffmisbrukerne aksept for misbruk, noe jeg tror de fleste fagfolk uavhengig av faglig bakgrunn, vil oppleve som praktisk og etisk problematisk.

### 5.7.1. Fra metadon på poliklinikk til heroin på apotek?

Diskusjon omkring behov for et eventuelt "lavterskeltibud" med metadon, med mindre ambisiøse målsetninger, ble allerede nevnt i MiO's 2-årsrapport (Blix m.fl. 1996), og har stadig kommet opp de senere årene. Et nytt medikament, Subutex (buprenorfin, også et syntetisk opiat), er stadig nevnt som et alternativ for stoffmisbrukere som ikke mestrer metadonbehandling og de krav som settes der (Waal 1999), altså i mer skadereduserende hensikt. Også diskusjon omkring legal forskrivning av heroin, som eksempelvis foregår i Sveits og Nederland, har dukket opp i media med jevne mellomrom på 1990-tallet (Aftenposten 29/8, 31/8-95; Dagbladet 13/6-95; Aftenposten 25/8, 30/8 og 3/9-97; Dagbladet 13/8, 29/9, 8/12-97; Dagsavisen 5/3-98), men også i fagtidsskrifter (Ege 1996b). Disse reportasjene er gjerne vinklet i retning av at heroinforeskriving i mange tilfeller er *bedre* enn metadon, eller at de som faller ut av metadonbehandling også må få et tilbud om annen medikamentell behandling. Samtidig kan det virke som om motivet med å redusere kriminaliteten oftere knyttes til argumenter for heroinforeskriving, noe som kan tolkes i retning av motiver for økt sosialt kontroll fremfor reelle rehabiliterings- og hjelpetiltak.

De opprinnelige retningslinjene for metadonassistert rehabilitering var etter alt å dømme preget av den negative holdningen vi tidligere fant til metadon i Norge. Det må også sies å være overraskende at kunnskapen om målgruppens misbruksmønster som ikke er rent heroinmisbruk, men stor grad av blandingspreget misbruk, ikke ble tillagt større vekt. Det er ikke urimelig å anta at man fra politisk hold, med så mange konflikter, motstridene interesser og ulike hensyn å ta, utformet retningslinjene på en om ikke så realistisk, så i hvertfall akseptabel måte. Så fikk heller veien bli til mens man gikk, da klimaet tidlig viste tegn til endringer i retning av at avslutning av et godt igangsatt metadonprosjekt virket lite sannsynlig, om ikke politisk umulig. Man har altså på 1990-tallet vært vitne til en omfattende holdningsendring i forhold til mål og virkemidler i narkotikapolitikken, etter nærmere 30 års konsensus på området. Og man kan trygt hevde at når ting først begynte å skje, så gikk det fort. Fryktelig fort. Kanskje for fort? Og i så fall - hvorfor?

## **6. MASSEMEDIA SOM PREMISSLEVERANDØR FOR FØLELSER, HOLDNINGER OG INFORMASJON**

I vårt moderne samfunn spiller massemedia en viktig rolle med hensyn til konstruksjon og definisjon av ulike fenomener som sosiale problemer (Eide&Hernes 1987; Mathiesen 1993; Skretting m.fl. 1996; Waldahl 1999). Media har tradisjonelt vist stor interesse for narkotikafeltet, og etablerte seg tidlig som en viktig informasjonsformidler og opinionsdanner med hensyn til holdninger og utforming av narkotikapolitikken (Bergersen Lind 1974:37-38; Hauge 1992). *Massemedia* kan defineres som aktører i en kommunikasjonsprosess som når ut til mange mennesker på samme tid:

*”...dei organisasjonane og den teknologien som produserer og spreier budskapar slik at store grupper mottakarar tek imot den same budskapen på tilnærma same tid.”* (Schwebs&Østbye 1999:21).

En undersøkelse om narkotika i nordiske aviser mellom 1986 og 1990 (Skretting m.fl. 1996) viste at norske aviser hadde flere narkotikarelaterte reportasjer enn svenske og danske aviser. Dette til tross for at narkotikasituasjonen i Norge ble regnet som bedre enn i Sverige og Danmark på denne tiden (Hakkarainen m.fl. 1996:89; Skretting m.fl. 1996:110-111). Undersøkelser har også vist at massemedia spiller en viktig rolle i forhold til den politiske dagsorden på flere områder, og at politikere ofte henter sine spørsmål og saker nettopp fra media (Eide&Hernes 1987:34-35; Valberg 1992; Waldahl 1999:214). Massemediene kan altså ses på som mer eller mindre selvstendige aktører i å fortelle oss hva som er aktuelt og viktig, samt hva vi bør mene om de ulike forholdene (Eide&Hernes 1987:11-12; Lagerspetz 1992). En gjennomgang av materiale relatert til narkotikapolitikk og metadon i de store riksdekkende avisene på 1990-tallet, forteller først og fremst at narkotikapolitikken, og ikke minst metadon, var gjenstand for stor interesse og utallige spalte metre.

### **6.1. HOLDNING OG HOLDNINGSOBJEKT**

Holdning er et begrep som allerede er nevnt flere ganger og som står sentralt i det jeg her presenterer. Med *holdning* forstås en relativt varig innstilling eller normativ og/eller verdimesig preferanse for eller i mot noe, et såkalte *holdningsobjekt* (Korsnes m.fl. 1997:119; Mathiesen 1993:221). De aller fleste samfunnsmessige fenomener kan i prinsippet betraktes som holdningsobjekter idet det er mulig å ha ulike oppfatninger om

dem. "Objektet" kan med andre ord være alt fra et abstrakt eller generelt fenomen til et mer konkret objekt i fysisk forstand, som for eksempel en person (Korsnes m.fl. 1997:119). Holdninger blir tilegnet og formet gjennom sosial kontakt med omgivelsene, de er med andre ord basert på en eller annen form for erfarings- og/eller læreprosess (Waldahl 1999:114).

Holdningsobjektet i denne sammenheng er medikamentet metadon og hvorvidt det bør brukes som et virkemiddel i behandling av heroinmisbrukere. Holdningene til metadon kan for eksempel ofte ses i sammenheng med hvordan den enkelte velger å definere stoffet når det gis til misbrukere; som legemiddel eller narkotikum. Professor i kriminologi Nils Christie, har sammenlignet den heroinavhengiges behov for metadon med den sukkersykes behov for insulin (Christie i Aftenposten 21/8-96), mens Randi Leedaal Gjertsen (Ungdom mot Narkotika) ser på aksept av metadon som et første skritt i retning av å legalisere heroin og all annen narkotika (siteret i Blindheim 1998b). Jeg vil derfor karakterisere dette som et *abstrakt* holdningsobjekt. Dette fordi hva som legges til grunn for de ulike holdningene, kan variere mye fra person til person, og at metadonbehandling ikke er et entydig begrep. Metadon kan brukes på ulike måter med forskjellige hensikter og målsetninger, fra mer eller mindre fri utdeling uten noen form for oppfølging og kontroll, til å være ett av flere virkemidler i større rehabiliteringsprogrammer (St.m. nr. 16/1996-97:165; Ball&Ross 1991; Ward m.fl. 1998a).

### ***6.1.1. Ulike typer holdninger***

Det er også mulig å ordne holdninger i et slags hierarkisk system eller struktur i form av *overordnede* og mer *spesifikke* holdninger. De overordnede holdningene regnes som mer varige, stabile og holdbare, mens de mer spesifikke regnes som lettere påvirkelige selv om de også i stor grad er farget og påvirket av de mer generelle overordnede holdningene (Baron&Byrne 1994:138; Korsnes m.fl. 1997:119). Helt øverst i dette holdningshierarkiet eller -strukturen, finner vi noen få grunnleggende og generelle holdninger som reflekterer *verdier* eller *ideologier* (Waldahl 1999:119-120). Disse grunnleggende verdiene eller ideologiene har igjen sitt utspring fra et enda mer generelt *menneskesyn* som påvirker hvordan vi oppfatter og bedømmer verden omkring oss (Furuholmen&Andresen 1993:16-17; Hammerlin&Larsen 1997:41-42). Et sentralt moment med hensyn til konfliktene omkring metadon er at de rådende ideologiene



omkring årsakene til rusmiddelmisbruk stod fjernt fra det vi kan kalle medisinske og/eller sykdomsorienterte modeller (se bl.a. Skretting 1997:51-52; Furuholmen 1987:28, 42), noe som dermed bidro til å farge holdningene til metadon. Det ble også gitt uttrykk for at de rådende ideologiene representerte et *positivt* menneskesyn i den forstand at man trodde på menneskets egen evne til forandring. Metadonbehandling ble således karakterisert som uttrykk for et *negativt* menneskesyn, hvor man gav opp troen på menneskets iboende evne til åforandre sin atferd og situasjon (Skretting 1997:52)

Korsnes, Andersen og Brante (1997) bruker politisk ståsted som eksempel i sin definisjon, noe som kan overføres direkte til spørsmålet om metadon. En person som er positiv til metadon vil samtidig gjerne ha en positiv innstilling til andre individer (spesifikke holdninger til enkeltpersoner) som deler dennes syn, eller til personer som selv bruker metadon (egen overordnet holdning). Endres egen overbevisning (overordnet holdning) radikalt, vil dette med stor sannsynlighet også påvirke de mer spesifikke holdningene nedover i holdningshierarkiet, som at man for eksempel blir mer negativt innstilt til dem som før mente det samme som en selv, men som nå er av motsatt overbevisning, og vice versa. Endringer i de mer underordnede holdningene har sjelden samme effekt på de overordnede holdningene, det er for eksempel rimelig å anta at få finner grunn til å endre egen overbevisning bare fordi man opplever negative følelser eller holdninger knyttet til en enkeltperson med samme overbevisning (Korsnes m.fl. 1997:119).

### ***6.1.2. Kunnskap, følelser og handling***

Selv om begrepet holdning brukes mye i dagligtale, er det likevel et metodisk og definisjonsmessig komplekst og omdiskutert begrep (Mathiesen 1993:221; Waldahl 1999:114). Det er imidlertid vanlig å konsentrere seg om tre forskjellige hovedkomponenter når det gjelder holdninger og deres dannelse og endring; en *kognitiv*; hva individet vet eller tror om holdningsobjektet, en *affektiv*; de subjektive følelser som knyttes til holdningsobjektet og styrken på dem, og en *intensjonell*; individets handlingsberedskap overfor holdningsobjektet (Baron&Byrne 1994:138; Korsnes m.fl. 1997:119). Mer dagligdags betegnelser på disse komponentene er *kunnskaps-*, *følelser-* og *handlingskomponenter* (Mathiesen 1993:222; Waldahl 1999:115-116). Jeg velger å bruke de sistnevnte betegnelsene videre.

Alle holdninger er basert på en eller annen form for kunnskap eller tro. *Kunnskaps*komponenten kan bestå av logiske antakelser og korrekt informasjon, men den kan også være basert på uriktige antakelser, gale slutninger og/eller upresise eller upålitelige kilder. *Følelse*s-komponenten handler om sympati eller antipati, altså er den basert på aktørens subjektive vurderinger. Mange holdningsobjekter har den egenskap at de setter i sving til dels sterke følelser hos aktørene. Narkotika har tradisjonelt hatt denne egenskapen (Bergersen Lind 1974:37; Christie&Bruun 1985:9), noe også metadonspørsmålet hadde i stor grad når det ble introdusert på begynnelsen av 1990-tallet. Følelsene spente her over et vidt spekter fra sterk antipati og mistenkeliggjøring av tilhengerne av metadon og deres villighet til å gi opp idealet om rusfrihet (se bl.a. Blindheim 1998b; VG 26/5-1994), til sterk sympati for syke misbrukere som led under den rådende politikken og som ble nektet den hjelpen de trengte (se bl.a. VG 19/5-1994; Aftenposten 21/1-97; Dagbladet 30/7-98; ).

“*När starka känslor är i sväng har förnuftet ingen chans*” skriver Olof Lagerkrantz i forordet til Christie og Bruuns bok “Den Gode Fiende” (1985:9). Dette sitatet gir en god beskrivelse av forholdet mellom følelses- og kunnskapskomponenten, da det illustrerer sterke følelsers tendens til å farge den informasjonen som aktøren samler inn og legger til grunn for sin holdning til holdningsobjektet (Baron&Byrne 1994:155). *Kunnskapsmangel* danner også lett grobunn for usikkerhet, skepsis og negative holdninger til nye og fremmede ting og fenomener (Bergersen Lind 1974; Eide&Hernes 1987; Mathiesen 1993). Med tanke på at metadon nærmest hadde vært et ikketema i Norge siden slutten av 1970-tallet (Frantzen 1995; Skretting 1997), er det nærliggende å anta at mangel på objektiv og dokumentert kunnskap kan ha vært en annen sentral faktor i grunnlaget for de negative holdningene mot metadon innad i det etablerte behandlingsapparatet. Blant annet var det en utbredt forestilling at metadonpasienter var i en konstant rus og dermed psykisk utilgjengelige for psykologisk og/eller pedagogisk hjelp (Furuholmen 1987:28; Mork 1992; Furuholmen&Andresen 1993:91). Nettopp denne misoppfatningen gjorde at metadonpasienter i begynnelsen opplevde å bli stigmatisert både av andre misbrukere, pårørende og behandlere, samtidig som de ble nektet å benytte enkelte aktivitets- og fritidstilbud i regi av andre tiltak (Ervik 1997:86-88). Det er imidlertid også grunn til å tro at det gikk andre veien; at manglende kunnskap om hva metadon og metadonbehandling egentlig innebar, kan ha vært en viktig faktor for de mest ivrige tilhengerne, og sist men ikke minst, for medias rolle i holdningsendringen.

## 6.2. NARKOTIKA, POLITIKK OG MASSEMEDIA

Det har vært hevdet at medias rolle i forhold til politisk dagsorden, er spesielt sterk når det gjelder strafferettslige og helse- og sosialpolitiske spørsmål (Eide&Hernes 1987:20; Laursen 1994). Avhengig av faglig ståsted hører narkotikaspørsmål hjemme i begge disse kategoriene, men et viktig moment skiller dem likevel fra mer generelle helse- og sosialpolitiske spørsmål. I motsetning til problematikk knyttet til for eksempel alkoholmisbruk, hjertelidelser, kreft eller mangel på sykehjems plasser, så er det langt færre som har personlig erfaring med narkomane eller narkotika (Frønes 1994). De fleste vil kjenne til mennesker i sin egen familie eller nære omgangskrets som har vært berørt av ett eller flere av de ovennevnte problemer. Dermed har de også en mulighet til å legge egne erfaringer til grunn for sine holdninger og meninger omkring det aktuelle tema. Med hensyn til narkotika stiller det seg imidlertid noe annerledes, da de fleste mangler egne erfaringer og tilgang på annen type informasjon som de kan sammenligne med den informasjon de mottar gjennom media og andre mer perifere kilder<sup>16</sup> (Andenæs 1994:86; Frønes 1994:198). Under slike forutsetninger får media som informasjonsformidler og opinionsdanner ekstra kraft, men også ekstra ansvar, fordi folk flest må kunne stole på den informasjon og det bilde som media skaper (Valberg 1994; Schwebs&Østbye 1999:175).

Brit Bergersen Lind (1974) illustrerer i boken "Narkotikakonflikten" hvordan media på 1960-tallet fikk en svært sentral posisjon som autoritativ informasjonskanal når det gjaldt narkotikaproblemet, nettopp fordi det her i landet fantes lite kompetanse til å nyansere, falsifisere eller stille spørsmål til en del av medias fremstillinger. Både den offisielle informasjonsvirksomheten og medias fremstillinger fikk raskt en kraftig vinkling mot det ekstreme. Skremselsprofetier, som at rikets sikkerhet var truet og en hel generasjon stod i fare for å bli ofre for "narkotikaondet," samt generaliseringer fra undersøkelser av svært lite representative utvalg, ble raskt til "sannheter". Dette bidro til å viske ut skillet mellom tro og viten fordi det var lite rom for vitenskapelig korrektiv av feilaktige fremstillinger (Bergersen Lind 1974:37-40). Nils Christie og Kjetil Bruun karakteriserer også narkotikaen som en "god" fiende, fordi man ved å vise til "narkotikaondet" skaper en felles fiende som man kan gi skylden for et bredt spekter av

---

<sup>16</sup> Med *perifere kilder* sikter jeg her til kilder som tradisjonelt bygger opp under etablerte stereotyper og ikke-vitenskapelig dokumenterte påstander og "sannheter", som f.eks. skjønn- og underholdningslitteratur, filmer, tv-serier og muntlige skrekk- og vandrehistorier. (se bl.a. de Vibe 1992; Schrøder 1992)

problemer der man enten ikke kjenner, eller forsøker å lukke øynene for, de egentlige årsaksfaktorene (Christie&Bruun 1985:55-58; Mathiesen 1993:213-214). Og i jo større grad selve begrepet narkotika blir demonisert, jo lettere kan man legitimere en streng strafferettslig kontrollpolitikk overfor misbrukerne, samtidig som man skyver andre problemer og mer medmenneskelige hensyn i bakgrunnen (Andenæs 1996; Maaseide 1997:6-9). Eller som en stoffmisbruker sa:

*”Tenk om politiet ikke hadde oss å taue inn – da måtte dem hive seg på kriminal- og voldsforbryterne. Og ”det er fa’li” det! veit du.”* (Arbeiderbladet 21/6-97).

### **6.2.1. Trusler mot rikets sikkerhet - en moralsk panikk**

Man bør imidlertid ha i tankene at det som Bergersen Lind beskriver, er en situasjon hvor samfunnet stod ovenfor et nytt og skremmende problem, og at det i slike sammenhenger lett bryter ut en generell panikkstemning fordi man vet så lite om problemets reelle karakter eller årsak (Eide&Hernes 1987; Mathiesen 1993). Noe lignende så man også på midten av 1980-tallet da HIV-viruset og AIDS-problematikken dukket opp for alvor. I norsk presse så vi blant annet betegnelser som “AIDS-horer” og “dødsmaskiner” (Eide&Hernes 1987:86), og selv i vestlige land nektet enkelte sykehus og leger å yte HIV-smittede noen form for medisinsk hjelp (Fugelli 1990:69). I dag vet vi imidlertid så mye om sykdommen at reaksjonene og panikken for knappe 15 år tilbake, virker både fremmed og irrasjonell.

Jeg vil her stille spørsmål ved om noe av det samme gjentok seg med hensyn til metadon på 1990-tallet; var de forestillinger og “sannheter” som ble presentert og senere i mange tilfeller lagt til grunn for politiske vedtak, i tråd med virkelighetens realiteter? En parallell til 1960-tallet kan trekkes ved det faktum at det da fantes forholdsvis liten erfaring og ekspertise, som kunne bidra til vitenskapelig korreksjon av det bildet som ble skapt gjennom media. Men i motsetning til narkotikasituasjonen på 1960- og tidlig 70-tall, så *fant*es det på 1990-tallet faglig og vitenskapelig kompetanse med hensyn til metadonbehandling, blant annet så nær som i Sverige og Danmark. Spørsmålet er imidlertid om denne brukt til å korrigere eller støtte fremstillingene av metadonets egenskaper.

Det som omhandlet metadon skilte seg også fra de fleste andre moralske panikktilstander på et interessant punkt; den fikk raskt motsatt fortegn. Istedenfor fokus på det negative og farlige var fokus hovedsakelig positiv, og jeg vil hevde at “panikken” var mer knyttet til den etablerte politikkenes svakheter og tilsynelatende manglende handlekraft. Grunnen til at jeg likevel sammenligner metadondebatten med en moralsk panikktilstand, er at jeg mener å se visse likheter mellom konsekvensene for informasjonsformidling og holdningsdannelse. Dette er igjen viktig med hensyn til utforming av ulike tiltak og vedtak.

### **6.2.2. "Folkelig" engasjement**

Det at metadon skapte debatt og engasjement langt utenfor de faglige og andre direkte berørte kretser, er kanskje mest overraskende når man tenker på sakens særegne karakter. Emnet er sterkt medisinsk og behandlingsfaglig forankret, og stiller derfor krav til kunnskap både fra den som skal skrive om det og den som skal lese om det. Dette legger et ansvar på media og journalistene, da deres påvirkningskraft overfor publikum er så sterk. Publikum har på sin side tendens til å være ukritiske i forhold til hva de leser, noe som igjen øker mediens ansvar både med hensyn til innholdets pålitelighet, presentasjon og vinkling (Schwebs&Østbye 1999; Waldahl 1999).

På grunnlag av egen erfaring som direkte engasjert i MiO og utfra datamateriale vil jeg hevde at media kan regnes som en avgjørende faktor som bidro til at metadon til en “folkesak.” Mange ble forståelig nok følelsesmessig engasjert av elendigheten blant stoffmisbrukere som stod fram med navn, bilde, tanker og drømmer, mens andre igjen nok tenkte at det er det samme hva man gjør med misbrukerne, bare de slutter å være til sjenanse og belastning for samfunnet. Jeg vil imidlertid hevde at engasjementet hos “den vanlige mannen i gata” nok ikke var så mye knyttet til selve metadonet og problemstillinger knyttet til medikalisering og behandlingssideologi. Det er grunn til å anta at det var mer knyttet til at *noe* måtte gjøres for å hjelpe disse vanskeligstilte menneskene, samtidig som media fortalte folk at dette var en aktuell sak å engasjere seg i. Og her blir mediens rolle mer synlig, i det de ofte presenterte metadon som et vidundermiddel som straks forvandlet en utslitt, syk og kriminell misbruker til “et normalt menneske”. Følgende to reportasjer illustrerer dette:

- *REDDET AV METADONEN. Uppsala: Frisk og fornøyd med livet sykler Conny Höjd (43) til apoteket for å hente ukens metadondoser. (...) Etter en uke på stoffet fikk den tunge morfinisten arbeidslyst og skaffet seg en jobb – Conny som aldri hadde jobbet en dag før. (Dagbladet 20/5-94:14).*
- *NYTT LIV PÅ METADON. København: Lucie fikk en sjanse – i Danmark. Henrykt over livets muligheter, møter Lucie Thue (34) våren i København. For halvannet år siden var den rødhårede jenta et heroinvrak som ravet sanseløst rundt i horestrøket i Oslo. I dag – etter 20 års helvete som sprøytenarkoman – har hun begynt på skole og tar pianotimer. (VG 15/4-95:6-7).*

I forbindelse med sistnevnte reportasje, som for øvrig gikk over to helsider illustrert med et bilde av Lucie fra 1992, hvor hun sitter utkjørt etter utallige overdoser på en madrass, og et fra 1995 hvor hun står sporty og smilende på stranden sammen med samboeren og sine to lekne schäferhunder, er det en notis om at fem misbrukere er døde mens de ventet på å få metadon i Oslo. Samtidig gir Lucies mor, under overskriften ”*Fikk datteren tilbake*” uttrykk for bitterhet overfor norske leger og myndigheter som er i mot metadon:

*”Skammer de seg ikke, de som bestemmer, når den ene etter den andre dør?”  
(VG 15/4-95:7)*

Det er derfor lett se hvorfor så mange utenforstående fant det vanskelig å forstå hvorfor det skulle være så mye ”om og men” med hensyn til metadon. *Når metadon gjør narkotikamisbrukere til ”normale” friske mennesker, hvorfor kan ikke alle bare få det da? Og hvorfor er noen i mot metadon?* Dette er spørsmål som fremdeles kan møte oss som jobber med metadonbehandling. Og kanskje finnes svaret på hvorfor metadon ble viet så stor oppmerksomhet i massemedia, nettopp her? Ikke bare stod man overfor en sak med stort potensiale for følelsesladde scener, dramatik og spenning, med en moralsk stigmatisert gruppe mennesker i sentrum som tradisjonelt kunne knyttes til ”farlige” sjablongroller som skurker og horer (Eide&Hernes 1987:86), men stod man ikke også overfor en problemstilling *som folk flest faktisk ikke forstod?* For dersom publikum ikke kunne se det rasjonelle i konflikten som utspant seg på liv og død i Oslos gater, er det ikke vanskelig å se at potensialet for folkelig engasjement, salg av aviser og store oppslag var stort.

### 6.3. HOLDNINGER I ENDRING ELLER EMNING?

Jeg har hittil forholdt meg til at det skjedde en holdnings*endring* til bruk av metadon på 1990-tallet. Jeg vil imidlertid reise en problemstilling i forbindelse med dette; når vi antar at folk generelt visste svært lite om metadon, og det i tillegg var et mer eller mindre ikkeeksisterende element i deres hverdag, er det da grunn til å tro at folk i utgangspunktet i det hele tatt hadde holdninger til metadon?

Hvis så ikke var tilfelle, kan det ikke tas utgangspunkt i en ordinær holdningsendring, men heller at det fant sted holdnings*dannelse*, det vil si at folk etablerer nye holdninger til noe de ikke tidligere har hatt bestemte holdninger om. Når folk på forhånd ikke har noen mening om eller holdning til noe, kan feltet betegnes som *meningstomt* (Mathiesen 1993:222). Narkotikafeltet er som vi har sett, et komplekst område sammensatt av ulike forklaringsmodeller og behandlingsideologier, og kan derfor generelt ikke kalles meningstomt. Men i forhold til det mer spesifikke spørsmålet omkring metadon kan man vel si at en på begynnelsen av 1990-tallet stod overfor et mer eller mindre meningstomt felt, spesielt blant “vanlige” folk. Siden det var så lenge siden metadon hadde vært tema innad i behandlingsapparatet kan det være nærliggende å anta at mange også der, ble tvunget til raskt å gjøre seg opp en mening som med tanke på det tilgjengelige kunnskaps- og informasjonsmaterialet nok var sterkt farget av antakelser, tro og ideologi, samt sentrale personers holdninger og prinsipper. Dette kan igjen være en bakgrunn for at de tilsynelatende etablerte holdningene, i ettertid viste seg å være så lette å påvirke og dermed åpnet for en rask holdningsendring.

Thomas Mathiesen viser til at massemediene vanligvis fungerer bekreftende på allerede eksisterende holdninger fremfor å endre dem (Mathiesen 1993:222-224), noe som muligens kan føres tilbake til det faktum at overordnede holdninger ofte er vanskelige å endre (Waldahl 1999:114). Media synes imidlertid å være mer effektive når det gjelder å *skape* nye holdninger på mer eller mindre meningstomme områder (Mathiesen 1993:222-224,229). Det er på grunnlag av dette at jeg har utledet en hypotese om at massemedienes rolle som holdningsskaper i forhold til metadon har vært av vesentlig betydning, og at de bidro til å legge premissene for sosiale mekanismer som igjen førte til den raske holdningsendringen i positiv retning. En nærmere analyse av dette blir

derfor interessant med hensyn til forståelsen av fremveksten og utviklingen av metadonbehandlingen i Norge.



## **7. METADON PÅ MASSEMEDIAS ARENA**

Som nevnt kan det virke som om narkotikarelaterte tema alltid er ”godt stoff” for massemedia, noe som i stor grad kan tilskrives dets store potensiale for dramatisering (Frønes 1992:198; Andenæs 1994:86). Og nettopp *drama* er et viktig moment i massemedienes fremstilling av et tema; ved å skape spenning og dramatik fanges publikums interesse, samtidig som det ofte åpner muligheten for konflikt (Eide&Hernes 1987:12, 89; Schweps&Østbye 1999:135). Tidligere har mediernes rolle på narkotikafeltet hovedsakelig vært rettet mot å støtte opp omkring den etablerte strafferettslige kontrollpolitikken. Åpen kritikk av de offisielle mål og virkemidler som har preget narkotikapolitikken, var sjelden, om ikke fraværende på 1970- og 80-tallet (Andenæs 1994:83; Skretting m. fl. 1996:112). En av de største endringene på 1990-tallet når det gjelder forholdet mellom media og narkotikapolitikk, er at dette ikke lenger er tilfelle. Dette kommer klart frem ved studier av hvordan metadonsaken ble dekket; politikere og behandlingsapparatet ble til stadighet kritisert gjennom reportasjer, ledere og kronikker om elendighet, død og feilslått politikk. Omfanget av innlegg og reportasjer kan brukes som et generelt mål på hvor viktig, og ikke minst på hvor salgbar, et tema blir sett på som (Eide&Hernes 1987:89).

Det kan se ut som om metadonsaken gav media et godt utgangspunkt for stoff knyttet til de narkotikapolitiske problemstillingene som uunngåelig hadde vokst frem på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 90-årene, da Oslo opplevde sterk stigning i overdosedødsfall og økende synlig elendighet i de tyngste stoffmisbrukermiljøene. Utgangspunktet her er at media i så stor grad bidro til å synliggjøre den konflikten som pågikk både politisk og i det rusfaglige behandlingsapparatet mellom problemforståelse, verdier og ideologi. Det er i forbindelse med dette at jeg vil hevde massemedia spilte en sentral rolle som premissleverandør og holdningsskaper med hensyn til fremveksten og utviklingen av metadonbehandling i Norge.

### **7.1. MASSEMEDIA, METADON OG POLITIKK**

Massemedia er allment akseptert som en betydningsfull kanal for politisk innflytelse (Eide&Hernes 1987; Mathiesen 1993; Waldahl 1999). Definisjonen av massemedia beskriver en kommunikasjonsprosess, og det er kontroll over denne prosessen som gjør mediernes politiske stilling så sterk (Waldahl 1999:275). Det er derfor nærliggende å

betrakte media som en sentral aktør i den politiske drakampen som utspilte seg i forhold til metadon på 1990-tallet. Metadonbehandling var, og er i stor grad et politisk anliggende, ikke bare her i landet, men også i resten av verden (Waal 1996:12-13; Bell 1998:170-171; Hall m.fl. 1998c:443). Politikk er strid om knappe midler; hvem skal få, hvor mye og når. Men politikk er også strid om *verdier*; hvordan ønsker vi at vår virkelighet skal være, og om *forståelse*; hvordan vi tror eller mener at virkeligheten vår er (Eide&Hernes 1987:11). Når det gjaldt metadon, handlet verdiene om i hvilken grad idealet om rusfrihet og det å ikke "gi opp" skulle heves over omsorg og livskvalitet for de svakeste og mest utsatte. Definisjonsspørsmålet handlet på sin side om hvordan stoffmisbruk skulle forstås; som en fysisk sykdom eller et mer personlig og/eller sosialt betinget fenomen. Begge disse faktorene er avgjørende for hvordan man definerer det aktuelle problemet, og hvilke tiltak eller virkemidler som dermed blir aktuelle (se bl.a. Conrad&Schneider 1992; Hammerlin&Larsen 1997).

### **7.1.1 Massemedia som aktør og arena**

Ved siden av å ivareta et informasjons- og opplysningsaspekt overfor politikere og det øvrige publikum, har media også en annen viktig funksjon. Den rivende utviklingen innen kommunikasjon- og informasjonsteknologi har gjort de ulike massemedier til en viktig *arena* hvor ulike aktører kan utkjempes sine "slag" (Eide&Hernes 1987:11-12; Waldahl 1999:274). Det kan være seg politikere mot hverandre, den "lille mann i gata" mot makt og firkantet byråkrati, eller ulike fagfolk mot politikere som de mener bevilger for lite penger til deres respektive hjertesaker. I denne prosessen inntar de ulike aktørene som spiller mot hverandre på medias arena, *roller*. Disse rollene inngår gjerne i en konflikt som kan dramatiseres og danne nytt grunnlag for videre dekning i media (Eide&Hernes 1997:19-21, 133-139, 189).

Media ses altså ikke bare som en selvstendig aktør som forsøker å fortelle sitt publikum hva som er viktig og hva de bør mene om hvilke saker, men også som en sentral arena som brukes av andre aktører for å få frem spesielle hensikter og meninger. Slik ser vi at media får en viktig plass i den offentlige kampen om ulike saker og problemers definisjon og legitimitet, og dermed også en reell mulighet for å utøve makt (Eide&Hernes 1987:60, 167-68; Mathiesen 1993:209-220).

### 7.1.2. Dagsorden - hva skal vi være opptatt av?

Massemediene spiller en sentral rolle med hensyn til hvilke saker folk er opptatt av, og hvilke som grunnet manglende oppmerksomhet glir over i glemselen både hos publikum og politikere. Man sier at media med dette har en *dagsordenfunksjon*, (Eide&Hernes 1987:34-42; Schwebs&Østbye 1999:230; Waldahl 1999:214). Ragnar Waldahl (1999) skiller mellom 3 typer dagsorden; den *politiske* dagsorden som viser til de saker politikerne må og/eller ønsker å prioritere, *medienes* dagsorden viser til hvilke saker mediene gir oppmerksomhet, og til slutt *publikums* dagsorden som er hvilke saker folk flest er opptatt av og snakker om. Spesifikt vet man ikke så mye om medienes konkrete innflytelse på den politiske dagsorden, men man vet at politikerne generelt ikke kan unngå å vie oppmerksomhet til saker som mediene (og publikum) setter på sin dagsorden. Et viktig moment her er at dette fort kan tvinge politikernes fokus fra det prinsipielle til det konkrete, noe som ofte virker negativt inn på den langsiktige planleggingen og tiden som politikerne får til rådighet for å tenke gjennom sine standpunkter (Waldahl 1999:214-215).

Det er derfor grunn til å anta at medias store interesse for metadonspørsmålet både i forkant av, og i tiden etter oppstarten av MiO, kan ha hatt innvirkning på den langsiktige planleggingen og utformingen av det fremtidige tilbudet. Spesielt kan det tenkes at det voldsomme fokus på overdosedødsfallene, kan ha fått politikerne til raskt å akseptere reduserte målsetninger, i tillegg til å gå ut med støtte til forslag om nye tiltak som bare kort tid i forveien ville blitt betraktet som uakseptable. Eksempler på dette kan være de tidligere nevnte diskusjonene omkring legal heroinforeskriving, etablering av "varmestuer" og "sprøyterom" hvor folk kunne sette sprøytene sine under hygieniske forhold, samt at politiet skal la stoffmisbrukerne være i fred der de måtte velge å holde seg (Aftenposten 11/6-97; 6 og 11/3 og 24/11-98; 8/7-99; Dagbladet 21/8-96; 2/3-98). På Venstres landsmøte i 1999 (partiet satt da i regjering med KrF og Sp) vedtas det blant annet at partiet går inn for avkriminalisering av narkomani, og at det bør åpnes for å vurdere bruk av forbudte narkotiske stoffer som ledd i behandling av "særlig tunge" stoffmisbrukere. Odd Einar Dørum (V), daværende samferdselsminister, uttalte i denne forbindelse at "*Det er ikke politiets oppgave å jage narkomane rundt på Karl Johan*" (Aftenposten 2/5-99). Fremskrittspartiet sendte i januar 1998 ut en pressemelding hvor de setter de "svake av de svakeste" i fokus og slår fast med henvisning til den

forsinkede utvidelsen av Metadonprosjektet at ”Regjeringen svikter de narkomane” (Pressemelding 9/1-98). De to sistnevnte forhold representerer et radikalt brudd med den strenge strafferettslige kontrollstrategi som norsk narkotikapolitikk tradisjonelt har vært tuftet på. Dette illustrerer at dagene er talte for den tradisjonelle politiske konsensus omkring den norske narkotikapolitikken mål og virkemidler.

Helge Waal, leder for MARIO, retter et kritisk blikk mot søken etter enkle løsninger på komplekse problemer med kronikken ”Reddet av ny pille i sprøyterom?” (Waal 1999). Han viser her til vitenskapelig belegg for at hverken medikamentet Subutex eller etableringen av offentlige sprøyterom, kan tilskrives æren for reduksjon i overdosedødsfall i henholdsvis Frankrike og storbyen Frankfurt, slik norske medier har fremstilt det (se bl.a. Aftenposten 3/3-99). Waal setter også ord på den frustrasjon som oppstår når feilaktige opplysninger og ”sannheter” begynner å versere i mediene, da korreksjoner og dementier sjelden får den plass som trengs for å rette opp feilaktigheter (Waldahl 1999:293). Sitatet under viser til en påstått rapport om at over halvparten av de som døde av overdose i Oslo var helt ukjente for hjelpeapparatet:

*”Problemet er at en slik rapport ikke finnes. Det finnes en større rapport om overdosedøden i Oslo utarbeidet av Rusmildeletaten. Denne inneholder imidlertid ingen slike funn – selv ikke om det stadig gjentas av lederen av Fagrådet for rusvernet, av kriminologer og av nesten alle journalister som skriver om dette. Rusmildeletaten i Oslo har forsøkt å korrigere påstanden ved henvendelse til NRK og TV2 og til ulike aviser. Men korreksjonen er uinteressant. Den har ingen snert.” (Waal 1999, min understrekning)*

Det kommer her tydelig frem hvordan mediene kan forme dagsorden og en saks fremstilling ved aktivt å bestemme hva som skal prioriteres og ikke minst *hvem* som skal komme til orde. Waldahl (1999:275) kaller dette medias *situasjons-, og kanal-kontroll*, noe som igjen er av stor betydning for mediens politiske stilling og mulighet til å utøve makt.

### **7.1.3. Kontroll over presentasjon og form**

Martin Eide og Gudmund Hernes viser i sitt arbeide om massemedia og helsepolitikk (1987) hvilke teknikker mediene bruker for å presentere sitt materiale og hvordan dette igjen påvirker både publikums og politikernes behandling av samme tema. De setter fokus på i hvilken *form* mediene presenterer temaet, og setter selve den strategiske

presentasjonen i sentrum fremfor selve innholdet i materialet. Først og fremst er media ute etter å kunne presentere samspill mellom ulike aktører som *konflikter*, nettopp fordi det gir rom for dramatisering og spenning. Og det er gjerne gjennom å stille seg til rådighet for utspill av konflikter at media selv blir en aktør og maktfaktor i det politiske spillet (Eide&Hernes 1987:21, 25, 167-168). Kontrollen over hvilken form for presentasjon et aktuelt emne gis, er en viktig faktor i mediernes holdningsskapende og politiske makt (Mathiesen 1993:210-216; Waldahl 1999:275).

*Tid* ble raskt en sentral faktor i presentasjonen av metadon i massemedia. Media har en sterk tendens til å forenkle og polarisere konflikter (Eide&Hernes 1987:21), og metadonspørsmålet ble fort et spørsmål konsentrert om liv og død. Og hva er mer egnet til å skape spenning og dramatik enn nettopp liv og død? (Eide&Hernes 1987:19-21, 91). Spesielt ser vi at koblingen mellom metadon og overdosedødsfall er flittig brukt i denne forbindelse:

- *"Huskrangel gir narko-dødsfall"* (Dagbladet 13/4-94)
- *"Metadonutvidelse utsatt, lege frykter overdose-eksplosjon"* (Aftenposten 19/2-98)
- *"Lotteri om liv og død"* (Dagbladet 1/4-98)
- *"Norge på overdosetoppen, mer metadon"* (Aftenposten 3/7-00)
- *"Mange dør etter metadon-nekt"* (Aftenposten 27/12-96)

Tid er også viktig for folks handlinger i mange sosiale sammenhenger, og nettopp tidsfaktoren gjorde det mulig for media å ensidig fokusere på de kortsiktige (antatte) gevinstene av metadonbehandling. Dette kan igjen ha satt mer langsiktige politiske og behandlingfaglige konsekvensvurderinger i negativt lys (Hovi&Rasch 1993:78).

Spørsmålet om metadon kan ses på som svært velegnet til denne type mediepresentasjon, da utgangspunktet for konflikten lå i en strid om verdier, moral og etikk. Fra mediernes side er dette gunstig, fordi saken da ikke nødvendigvis bare er forbeholdt fagfolk og politikere, men også hovedtyngden av leserne kan ta del i konflikten og være meningsberettiget. Vi har alle rett til å mene noe om at folk dør fordi norske politikere ikke vil gi dem den behandlingen som angivelig gav Lucie Thue og Conny Höjd "livet" tilbake, uten å trenge å ta stilling til de politiske og fagspesifikke problemstillingene. Vi har rett til å synes synd på Venke som ber om sin "billett til livet" og kjemper om

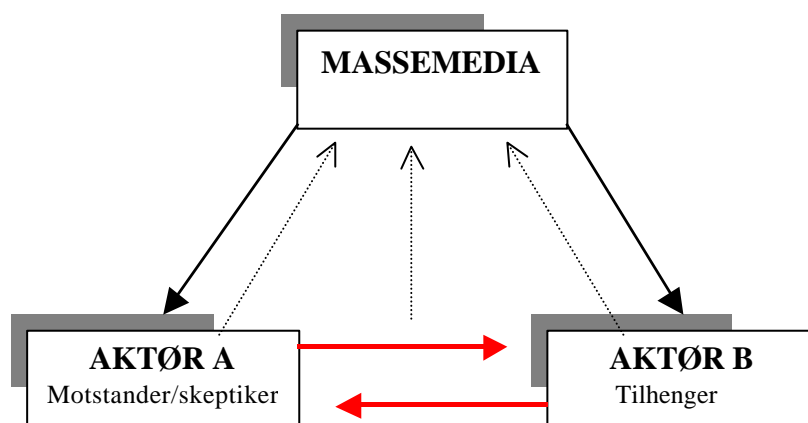
metadonplass (Arbeiderbladet 28/7-94), "Berit" som er redd hun dør før hjelpen kommer (Aftenposten 21/8-96), og ikke minst på alle dem vi blir fortalt dør i køen til Metadonprosjektet (Aftenposten 11/11-94, 27/12-96; VG 15/4-95). På denne måten trekker media en ny aktør inn på konfliktarenaen: menigmann er blitt meningsberettiget i en konflikt han knapt visste fantes, og aktør i en ideologisk og politisk konflikt. Hva vi mener, og om vi eventuelt skal vurdere å endre mening eller holdning til noe, avgjøres av den informasjon vi selv innhenter eller får presentert gjennom ulike kanaler. Når informasjon er av en slik karakter at vi kan legge den til grunn for våre handlingsvalg, blir den et *premiss* (Eide&Hernes 198:28-29). Slike premisser spiller naturlig nok en sentral rolle i forhold til saksområder vi fra før har begrenset kunnskap om, og begrenset mulighet til å innhente annen informasjon om. Som vi har sett representerer narkotikafeltet generelt, og metadon spesielt, et slikt saksområde for mange. Medias rolle som premissleverandør blir derfor av stor betydning, både med de muligheter og det ansvar som følger en slik oppgave.

## **7.2. METADON SOM DRAMA OG FØLJETONG**

Når et spesielt tema eller en konflikt har potensiale til å kunne trekke ut i tid, får media mulighet til å følge opp saken så lenge den fanger publikums interesse og ikke andre saker konkurrerer den ut. Denne type dekning av stoff eller nyheter kalles gjerne for *medieføljetonger* og *mediedrama* (Eide&Hernes 1987; Schwebs&Østbye 1999; Waldahl 1999). En slik dramaturgisk tilnærming ser vi ofte i helse- og sosialpolitiske reportasjer, fordi sakene ofte har et tidsaspekt, og fordi det vanligvis kan knyttes en viss usikkerhet til det endelige utfallet. Slikt skaper spenning, samtidig som tid gir muligheter til å utdype og/eller utvide konflikten ved å trekke inn nye aktører og ny informasjon. Metadonsaken og den generelle narkotikapolitiske debatten gikk jevnt på mesteparten av 1990-tallet. Dette tidsspennet gjør at temaet ganske naturlig fikk form av mediedrama og føljetonger. Alle avisene som inngår i mitt materiale har fulgt metadonsaken med varierende intensitet i form av føljetonger og serier. VG hadde blant annet en serie på 5 artikler under fellestittelen "*Kampen om metadon*", den 19, 20, 24, 26 og 26 mai 1994. Ofte når temaet ble tatt opp, hadde avisene en slags "vignett" som de festet til reportasjen, gjerne med litt fakta om metadon, bakgrunnen for konflikten og litt om tidligere artikler om samme tema. Dette er med på å understreke sakens langsiktige og føljetongaktige karakter.

### 7.2.1 Triangelhypotesen

Dersom vi har en situasjon hvor flere aktører med ulike interesser befinner seg i en sosial sammenheng, og media presenterer informasjon som angår dem alle, vil man raskt kunne få en situasjon hvor de ulike aktørene reagerer på informasjon om seg selv eller andre (Eide&Hernes 1987:29). Media kan på denne måten spille flere parter ut mot hverandre (media er *aktør*), enten med utgangspunkt i en eksisterende konflikt som i metadonspørsmålet, eller de kan selv forsøke å skape et konfliktforhold. Slik tvinges det frem reaksjoner fra de ulike partene (media er nå også *arena*), noe som ofte danner en *ekkoeffekt* som igjen utgjør nye premisser for medias videre dekning av saken ((Eide&Hernes 1987:30-31). Det er en slik teoretisk situasjon som ligger til grunn for Martin Eide og Gudmund Hernes' *triangelhypotese*, eller såkalte *medietriangler*, altså når et massemedium i rollen som premissleverandør virker inn på forholdet mellom aktører ved å tvinge frem gjensidige reaksjoner mellom dem. Dette kan illustreres gjennom en modell:



Figur 7.1. Medietriangel

De røde pilene signaliserer konflikten som synliggjøres. De stiplede linjene representerer den feedback som aktør A og B, eller selve konflikten gir til media, og som de kan spille videre på, enten i samme medietriangel med de samme aktørene, eller ved å skape et nytt ved å trekke inn en eller flere nye aktører. Gjennom en slik modell får man frem det dynamiske og aktive aspektet ved medias rolle som aktør på egen arena, og ikke bare som en kanal for ren enveiskommunikasjon. Dette utløser gjerne krefter og konflikter som ligger latent i spesielle kontekster eller sosiale relasjoner, og

åpner for strategiske muligheter for de ulike partene (Eide&Hernes 1987:28-33, 167-169; se også Waldahl 1999:292-294).

### 7.2.2. *Konflikt som triangel*

Medias dekning av metadonsaken gir flere eksempler på aktiv bruk av medietriangler. Først og fremst kan man beskrive det jeg vil kalle en *overordnet* konflikt, nemlig konflikten mellom tilhengere og motstandere av metadonbehandling. Massemedia danner så et *overordnet* medietriangel ved å gå inn som en aktiv aktør i konflikten og stille sin arena til disposisjon for de stridene partene. Ut av dette overordnede triangelet vokser det så ut mindre, mer *underordnede* konflikter som danner grunnlag for mer lettfattelig og dramatisk presentasjon. Datamaterialet gir grunnlag for å hevde at media ikke inntok en nøytral posisjon i dette triangelet. Selv om reportasjer med kritisk syn på metadon også ble gitt spalteplass, synes det som om massemedia gjennomgående stilte seg på tilhengers og de svakeste sin side.

I reportasjene det vises til i kapittel 5 heter det at "*Metadon selges på gata*" (Arbeiderbladet 10/7-95). En stoffmisbruker som ikke har fått plass i MiO går til avisen og forteller at det omsettes metadon fra MiO illegalt på gata. Vedkommende er sint fordi enkelte MiO-pasienter etter hans mening ikke gjør seg fortjent til den plassen de har vært så heldige å få. Implisitt ligger det at han selv mener han hadde fortjent plassen bedre. Arbeiderbladet har så kontaktet lederen for Metadonprosjektet, Olof Blix, for en kommentar, og her øyner vi begynnelsen på medietriangelet. Blix benekter ikke at lekkasjer til det illegale markedet *kan* forekomme, men hevder at ingenting tyder på at det er et utbredt problem i Oslo. Han viser til at én pasient er ekskludert fra prosjektet etter metadonsalg (Arbeiderbladet 10/7-95).

Her ser vi at avisen aktivt spiller to parter ut mot hverandre; Terje som gjør seg til representant for alle de "uheldige" stoffmisbrukerne som ikke har fått plass i MiO, og overlegen som må forsvare driften av prosjektet for de (implisitt: altfor få) 50 "heldige" stoffmisbrukerne. Allerede dagen etter er som nevnt politikerne på banen med en reaksjon overfor prosjektet; "*Utdelingen bryter med forutsetningene*" (Arbeiderbladet 11/7-95). Olof Blix blir øyeblikkelig kalt inn på teppet til Helse- og Sosialkomiteen i Oslo Kommune, som står på sitt med hensyn til at all metadon skal inntas overvåket på



apotek eller dagsenteret. Den 18/7-95 kommer svar på tiltale fra en av pasientene ved MiO; *"Selges ikke på gata. Wenche forsvarer metadonprosjektet"*. Wenche er oppgitt og fortvilet over beskyldningene om illegalt salg av metadon fra MiO-pasienter, og gir inntrykk av å være en person som har fått et "nytt liv" på grunn av metadon. Hun forsøker også å dempe konflikten som er blitt synliggjort mellom deltagere i prosjektet og stoffmisbrukere utenfor ved å uttrykke sympati for Terje og alle de andre: *"Dere må ikke gi opp"* (Arbeiderbladet 18/7-95). I dette eksempelet ser vi at det ikke bare har oppstått en konflikt mellom politikere og Metadonprosjektet, men også mellom aktører som egentlig tilhører samme part, nemlig stoffmisbrukerne selv. Dette blir så et nytt medietriangel, og vi ser at en sak eller konflikt kan utgjøre mange medietriangler mellom flere ulike aktører. Vi ser også at ved å skape nye, mindre medietriangler, så skaper media samtidig nytt materiale og nye spenningsfelt som de kan spille videre på (Eide&Hernes 1987:21, 32).

### ***7.2.3. "Sprøytenarkoman møter sosialministeren"***

Den samme stoffmisbrukeren som står frem med gatesalg-saken, Terje, har ved flere anledninger tidligere vært i mediene. Første gang forteller han hvordan han behandler seg selv med illegal metadon og ber sosialminister Hill-Marta Solberg (Ap) om å "få opp øya" (Arbeiderbladet 22 og 23/11-94). Sosialministeren svarer ham nedd å hevde at selv om hun forstår hans desperasjon, så er egenbehandling med metadon uforsvarlig (Arbeiderbladet 24/11-94). Den 20/2-95 får Terje møte sosialministeren, et møte Arbeiderbladet dekker over to helsider, samt hele førstesiden med følgende overskrift: *"Sprøytenarkoman møtte sosialministeren: Gi meg metadon, Hill-Marta!"*. Vi får tidlig i reportasjen vite at 80 mennesker døde av overdose året før, deriblant en som stod i kø for metadonbehandling. Slik opprettholdes dramatikken og spenningen; tiden er knapp, folk dør - her må det handles fort!

Det vises også til de tre tidligere nevnte reportasjene; Arbeiderbladet viser at de følger opp, de *"har saken"* og følger *"Terjes kamp"*. Det at sosialminister Hill-Marta Solberg kommer på banen, først ved å svare i avisen, deretter ved å sette av tid et personlig møte med Terje, kan ses som et klart signal om hvor høyt oppe på den politiske dagsorden metadon og narkotikapolitikk var på denne tiden (Eide&Hernes 1987:76).

#### **7.2.4. Rasjonell aktør på medias arena**

Terje handler for så vidt rasjonelt. Han ønsker seg sterkt en plass i MiO, og er med rette forbannet på folk som misbruker den sjansen de har fått. Ved å forsøke å skyve folk ut av MiO, kan det hende at det åpnes for en ny mulighet for ham. Vi kan derfor si at han handler både strategisk og rasjonelt, for selv å oppnå mest mulig nytteverdi av den generelle konflikttilstanden som omgir Metadonprosjektet. Han sitter inne med kunnskap om begge parter i konflikten, og bruker det for hva det er verd i den hensikt å forbedre egen situasjon (Elster 1989a:22). Konflikten han skaper er imidlertid farlig, og kan teoretisk sett få utilsiktede konsekvenser for alle de involverte partene. Arbeiderbladet lar oss nemlig ikke glemme det spenningsfeltet som forsøksprosjektet befinner seg i, ved å spørre: *"Betyr dette at det nå spøker for metadonprosjektet?"* (Arbeiderbladet 11/7-95). Ytterste konsekvens av Terjes anstrengelser for å bedre egen situasjon, kunne derfor paradoksalt nok ført til at hele Metadonprosjektet ble avsluttet, og både hans egen og andre stoffmisbrukeres situasjon ble ytterligere forverret (se bl.a. Schelling 1978; Elster 1989a; Hovi&Rasch 1993).

Omkring ett år senere slår Arbeiderbladet (17/8-96) fast at byrådet har endret mening i strid med bystyrets tidligere vedtak, og sier *"Ja til metadon på apotek."* Det skal bli enklere for metadonpasientene å hente sin metadon på lokale apotek og administrere det selv. Artikkelen gir oss inntrykk av at dette er noe som har kommet i orden etter at Arbeiderbladet "tok saken" ett år tidligere, samtidig som de beholder det dramatiske tidsaspektet når de forteller oss at *"Narkotikamisbrukere dør mens de venter"* (Arbeiderbladet 17/8-96). Kampen på liv og død i Oslos gater er med andre ord ennå ikke slutt, så det er bare å følge med.

### **7.3 . SKURKER OG HELTER PÅ MEDIAS SCENE**

Martin Eide og Gudmund Hernes har i sin teori om triangelhypotesen lånt begreper fra teater og skuespill. Ved siden av at det utspilles et drama på en arena ("scene") besetter de ulike aktørene forskjellige *roller* (Eide&Hernes 1987:12, 91). Et interessant moment når det gjelder medias rolle i metadonsaken på 1990-tallet, er at *stoffmisbrukerne selv* ofte kom til orde eller ble portrettert i mediene, og at de ble gjort meningsberettiget med hensyn til egen situasjon. Narkotikamisbrukere er en gruppe mennesker som tradisjonelt har vært å betrakte som utstøtte, stigmatiserte og kriminelle, noe som kan ses som en

naturlig konsekvens av den strafferettslige linje som har preget narkotikapolitikken i Norge helt siden 1960-tallet (Hauge 1992:157; Andenæs 1996; Waal 1996:16). På grunnlag av dette, samt mediens tidligere tendens til å støtte opp omkring den offentlige narkotikapolitikken, er det naturlig å anta at det bilde mediene tidligere har presentert av stoffmisbrukere, har vært i tråd med dette "farlige" og negative bildet.

### **7.3.1. Tragediens ansikter – roller byttes om**

*Personifisering* er et virkemiddel media ofte gjør bruk av for å skape interesse og engasjement, det vil si at et tema eller en konflikt blir presentert med en spesiell person i sentrum. Man snakker gjerne om "å gi saken et ansikt" (Eide&Hernes 1987:20-21; Christoffersen 1997:78; Schwebs&Østbye 1999:107). Dette er i følge Eide og Hernes (1987) et viktig element i mediedrama og -føljetonger, noe som også kommer tydelig frem av datamateriale knyttet til deknningen av metadon og narkotikapolitikk i avisene på 1990-tallet. Her ble det i stor grad trukket frem enkeltpersoner og enkeltskjebner, slik som illustrert tidligere med reportasjene om Lucie og Conny i kapittel 6, og Wenche, Terje, Venke og "Berit" ovenfor. Dette er ikke nye grep fra medias side, men helt i tråd med de hovedtemaer og idealtyper som tradisjonelt går igjen i helse- og sosialpolitiske reportasjer (Eide&Hernes 1987:20-21, 130-131).

Dekningen av metadonsaken er likevel spesiell i denne sammenheng, da jeg vil hevde at man står ovenfor en form for *rollebytte*. De kriminelle og stigmatiserte stoffmisbrukerne går ut av sine tradisjonelt truende "skurke"roller, og inn i mer stakkarslige "offer"roller som appellerer til publikums sympati og hjerterom. Jeg vil hevde at dette representerer en ny situasjon i norske medier, blant annet fordi representantene for den offisielle narkotikapolitikken, politikerne, går inn i en slags "skurke"rolle. Dette kan illustreres med deknningen av stoffmisbrukernes demonstrasjon for fortgang og utvidelse av Metadonprosjektet den 20 juni 1997, som endte med en appell utenfor Stortinget. Både Arbeiderbladet og Aftenposten poengterer politikernes passivitet i sin dekning:

*"Narkomane i tog for metadon. Politikerne ville ikke møte dem" (Arbeiderbladet 21/6-97, min understrekning).*

*"I tog for metadon (...) -La oss leve levende, ropte de mot stengte stortingsdører" (Aftenposten 21/6-97, min understrekning).*

Og er det ikke politikerne som er skurken, så er det behandlingsapparatet:

*”Behandlingsapparatet vil ha oss på gata. De er redde for å miste jobbene sine, derfor vil de ikke ha oss på metadon fordi de vet det hjelper”* (Arbeiderbladet 21/6-97).

I enkelte tilfeller blir stoffmisbrukeren faktisk også gjort til en slags *helt*, i det media presenterer historier om enkeltmennesker som ved hjelp av vilje og pågangsmot ”tar saken i egne hender” og overvinner byråkrati og strukturelle vansker i kampen for (metadon)behandling og et bedre liv. Dette er også en velkjent vinkling av tema og idealtipe som går igjen i helse- og sosialpolitiske reportasjer (Eide&Hernes 1987:130). Bobby, ”innbruddskongen”, tok saken i egne hender, eller rettere sagt hans mor gjorde det, og han ble ”*Reddet av mor*” (VG 28/5-94). Hun solgte smykker og pels, og tok sønnen med til Danmark for å få metadon. Vi ser bildet av en frisk og glad gutt som har ”*fått et nytt og lykkelig liv med metadonbehandling og skolegang*” i Danmark, sammen med et bilde som ble brukt av politiet til etterlysning av Bobby i 1991

*”...da han ikke møtte til soning for et væpnet ran og stakk av fra politiet da de kom for å hente ham”* (VG 28/5-94).

En slik historie rører naturlig nok ved publikums følelser, da den illustrerer hvordan en handlekraftig og omsorgsfull mor og hennes sønn har vunnet over det norske systemet. Det er grunn til å tro at denne type reportasjer har styrket publikums problemer med å se det rasjonelle i den konflikten som utspant seg i forbindelse med Metadonprosjektet, noe som igjen kan ha lagt føringer for politiske reaksjoner. Politikerne kan til syvende og sist ikke operere helt avsondret fra hva publikum mener om spesielle problemstillinger som det er naturlig å anta vil påvirke deres vurdering av både politiske partier og konkrete politikere (Waldahl 1999:219). Dette viser også hvordan opposisjonspolitikere får en unik mulighet til strategisk handling i forhold til en konflikt som allerede har satt den sittende regjering i et dårlig lys, da vedkommende vet at gitte utspill vil føre til positiv oppmerksomhet og støtte både i media og blant publikum.

Vi ser også at det beskrevne rollebyttet får betydning for grunnlaget for å kalle narkotika for en ”god fiende”, slik Christie og Bruun (1985) beskriver, fordi

*”Det velegnede samfunnsproblem er ett hvor ingen forsvarer de angrepne, hvor angriperne får ære av kampen, hvor krigsomkostningene i særlig grad bæres av svake grupper, og hvor majoritetens livsførsel ikke forstyrres”* (Christie&Bruun 1985:12, min understrekning).

Og det er jo nettopp det som skjer i denne forbindelse, nemlig at stoffmisbrukerne (de ”angrepne”) blir forsvart, og myndighetene (”angriperne”) ikke lenger levnes noen ære i kampen.

### 7.3.2. Endret årsaksforståelse - metadon som vidundermiddel

Måten media behandler en spesiell sak eller et mer generelt tema på, og hvordan de presenterer de berørte partene, har stor betydning for hvordan publikum forholder seg til saken. Et spesielt eksempel på dette er en reportasje i Dagbladet 30/7-98, hvor Wenche Foss, landets fremste revy- og teaterpersonlighet, står frem og krever metadon til stoffmisbrukere:

*”Narkomani er en sykdom. Nå er det på tide at vi behandler narkomane som syke. Det er meningsløst at unge liv skal gå til grunne fordi vi nekter dem effektiv behandling. Metadon hjelper. Det er tragisk at heroinvrak dør mens de står i kø for metadonbehandling” (Dagbladet 30/7-98, min understrekning).*

Wenche Foss går her inn i rollen som *rikssynser*. Det vil si at media gir en kjendis som de vet har appell til et bredt publikum, autoritet til å uttale seg om en spesiell sak, gjerne helt på tvers av det fag vedkommende egentlig representerer (Mathiesen 1993:155-156). Jeg finner ikke grunn til å så tvil om Wenche Foss sitt engasjement og gode hensikter i denne forbindelse, da det er rimelig å anta at det kan være av stor positiv betydning for svake grupper at mer ressurssterke personer taler deres sak og setter fokus på deres situasjon. Det jeg imidlertid finner påfallende, er at media gir henne autoritet til å uttale seg så bastant om en så kompleks medisinsk, politisk og behandlingsfaglig sak. Hvor har for eksempel Wenche Foss *sin* kunnskap om metadon og narkomani fra? Det er faktisk nærliggende å anta at det kunnskapsgrunnlaget som hun bygger sine påstander på, i dette tilfellet kanskje er skapt nettopp av media selv. Slik jeg ser det bidrar hun til å befeste både stoffmisbrukerens nye offerrolle, og myndighetenes rolle som den store ”skurken”, da de ifølge henne jo ”nekter unge mennesker effektiv behandling” slik at de går til grunne. På denne måten ser vi også at det å være motstander av metadon implisitt kobles opp mot negative og inhumane holdninger og motiver, noe som selvfølgelig må oppleves som negativt for de involverte som også på bakgrunn av sitt moralske og ideologiske tanke- og verdsett ønsker det beste for stoffmisbrukerne og samfunnet.

Vi ser her hvor kraftfullt massemedia kan virke når det gjelder å definere et helt problemfelt, samt å gi legitimitet til bestemte tolkninger og løsninger av problemet (Eide&Hernes 1987:19; Waldahl 1999:218). Dersom denne fremstillingen skulle vise seg å ikke være helt i tråd med realitetene, er likevel de ”sannheter” og problemdefinisjoner som media har etablert ofte vanskelige å rette opp igjen (Waldahl 1999:293). Jeg vil derfor hevde at media, ikke minst gjennom måten de presenterte stoffmisbrukerne på, gjennom håndteringen av metadonspørsmålet på 1990-tallet, bidro til å styrke opplevelsen av stoffmisbruk som et mer helsemessig og medisinsk problem enn hva som tidligere har vært tilfelle. Om det er selve årsaken til problemet som er av medisinsk art, eller om lidelsen er en konsekvens av mer sosialt og/eller kulturelt betingede handlinger<sup>17</sup>, er underordnet i denne forbindelse. Dette fordi fokus her er hvordan problemet skal løses når det først er oppstått, og ikke på et mer forebyggende plan. Og dersom et problem er av medisinsk art, faller bruk av medikamenter naturlig inn som en sentral løsningsstrategi. Samtidig blir det også irrasjonelt å nekte de syke den medisinen som hjelper, i dette tilfellet metadon. Dette ble da også brukt som argument mot den restriktive holdningen, gjerne med fokus på stoffmisbrukernes moralsk stigmatiserte og svake sosiale posisjon ”nederst på samfunnets rangstige” (Fugelli 1990:30; Arbeiderbladet 21/6-97).

Et uttrykk for en begynnende endring i årsaksforståelse med hensyn til heroin- og annet stoffmisbruk, kan illustreres med utspill som ”hadde jeg bare fått metadon så hadde jeg sluppet å være kriminell” og fokus på alle dødsfallene som man får inntrykk av at hadde vært unngått, bare metadon hadde vært tilgjengelig for alle. Vi ser at den kriminelle stoffmisbrukeren nærmest overfører ansvaret for sine egne kriminelle handlinger til de som hindrer ham i å få metadon, samtidig som det gis uttrykk for at metadon nærmest er et vidundermiddel som løser alle problemer på et blunk. Dette har jeg tidligere vist ikke er i overensstemmelse med virkeligheten, da de færreste stoffmisbrukere klarer å skape seg en ny ”normal” tilværelse bare ved hjelp av metadon alene. Mye av grunnen til dette er at de aller fleste stoffmisbrukere har levd hele, eller mesteparten av sine voksne liv i mer eller mindre kaotiske, kriminelle og asosiale misbrukermiljøer, og som følge av dette sliter de ofte med komplekse problemer av både fysisk, psykisk, og ikke minst sosial karakter (se bl.a. Ervik 1997; Ravndal&Vaglum 1997). Samtidig kan også den

---

<sup>17</sup> Noe som kjennetegner vår moderne tids såkalte *livsstilssykdommer*; som ulike hjerte- og karsykdommer, enkelte kreftformer, diabetes etc. (se Kringlen 1996, kap. 1)

kulturelle og sosiale tilhørigheten i stoffmisbrukermiljøet, og den trygghet som dette tross alt representerer, være til hinder for en rask overgang til det ”normale” samfunnet. En dyktig kriminell kan være vant med å bli behandlet med respekt og alltid ha penger i lomma, mens det som venter ham som ”rehabiliteret” samfunnsborger, ofte er en marginalisert tilværelse på minstetrygd (Smith-Solbakken&Tungland 1997:155; Waal i Blindheim 1998a). At en person som kjenner alle bakveiene til ”lettjente penger” automatisk ønsker å legger all kriminalitet på hylla når han går i konstant pengenød, ser jeg derfor ikke nødvendigvis som noen selvfølge. Min erfaring fra MiO når det gjelder kriminalitet og uærlighet, er at for mange gjelder det gamle ordtaket om at ”*gammel vane er vond å vende.*” Dette innrømmer de gjerne selv også, noe som igjen illustrerer det problemfelt som oppstår i det man forsøker å definere stoffmisbruket i seg selv som en sykdom, og tro at det finnes en rask medisin som løser alle problemer.

#### ***7.4.3. Myten om metadonet***

Det virker imidlertid som om massemedia klarte å bygge opp omkring bildet av metadon som et vidundermiddel, enten bevisst eller ubevisst som følge av manglende kunnskap hos journalistene. Vi ser at dette igjen kan ha gjort det stadig vanskeligere for publikum å forstå kjernen i konflikten. Det er dette Yngve Hammerlin og Egil Larsen (1997:225) karakteriserer som en farlig vulgarisering av komplekse menneskelige problemer, og som danner grunnlag for et forenklet menneskebilde hvor årsaks-mangfold reduseres til enkeltårsaker og løsrives fra sin sammenheng. Dette kan videre ha bidratt til å mistenkeliggjøre dem som var skeptiske til, eller motstandere av metadonbehandling, slik at folk gradvis begynte å opplevde det som ubehagelig å stå frem som motstander av metadon. Jeg vil anta at dette igjen kan ha påvirket hvordan publikum forholdt seg til motstandernes argumenter, noe som videre kan ha påvirket medias dekning og fremstilling av disse. Både reportasjene om Lucie, Conny, Venke, Terje og Bobby vil jeg hevde bidro til å bygge opp omkring dette jeg vil kalle *myten om metadonet*. Og nettopp denne myten tror jeg fikk en innvirkning på utformingen av metadonbehandlingen i Norge. Den raske holdningsendringen og presset på utvidelse av forsøksprosjektet allerede før forsøksperioden utløp, med stor sannsynlighet var påvirket av måten media behandlet og presenterte temaet på.

Jeg vil imidlertid understreke at det er all grunn til å beundre og glede seg over at Lucie, Conny og Bobby har klart noe det står stor respekt av, nemlig å starte på nytt etter mange års kaotisk tilværelse preget av tungt heroinmisbruk, kriminalitet og prostitusjon. Det jeg imidlertid savner i disse fremstillingene, er alt det andre som sannsynligvis ligger bak disse menneskenes ”nye” liv. Min erfaring er at de pasientene som klarer seg bra i metadonbehandling, har kjempet en tøff kamp for sin nye tilværelse på flere områder. Mange føler til og med at kampen aldri tar slutt, selv ikke flere år etter det siste heroinskuddet. Og selv om metadonet spiller en sentral rolle i den kampen, så gis den ikke hovedrollen. Den spiller de nemlig selv.



## 8. ENDREDE HOLDNINGER TIL METADON I LYS AV SOSIALE MEKANISMER OG SOSIAL HANDLINGSTEORI

Jeg har tidligere diskutert og presentert data som viser at det i løpet av et forholdsvis kort tidsrom på 1990-tallet skjedde en omfattende endring i holdningene til bruk av metadon, både politisk og i det behandlingsfaglige miljøet. Den uttalte motstanden mot metadonbehandling av norske heroinmisbrukere stilnet, og presset på det daværende forsøksprosjektet om å utvide behandlingstilbudet økte sterkt fra flere hold gjennom siste halvdel av 1990-tallet.

Vi har sett at massemedia gjennom sin presentasjon og vinkling av saken bidro til å skape unyanserte forestillinger og en slags myte om metadon, som til en viss grad må antas å ha bidratt til både holdningsendring og holdningsdannelse blant folk flest på området. Et viktig moment videre er imidlertid også i hvilken grad endrede holdninger på det rusfaglige feltet skyldes metadonbehandlingens antatte og/eller observerte *fortrinn* i forhold til de mer tradisjonelle behandlingsformene, eller om endringene til en viss grad her også kan tilskrives andre mer generelle sosiale forhold og fenomener som setter i gang og driver fram sosiale endringsprosesser. Jeg vil sette den observerte endringen inn i en teoretisk ramme for bedre å forstå, og om mulig forklare hvorfor den uttalte motstanden mot metadonbehandling stilnet så raskt, og ikke minst; hvorfor begynte ting å skje så fort etter at de første forsiktige skrittene var tatt?

### **8.1. METADON - BEDRE ENN MEDIKAMENTFRI BEHANDLING?**

Når et nytt virkemiddel tas i bruk for å løse et spesielt problem, og det raskt blir akseptert og bruken øker, er det ikke da naturlig å anta at det nye virkemiddelet har bedre effekt enn de man hadde tidligere? Dersom det aktuelle problemet og dets løsning er oversiktlig og lite komplekst, som for eksempel ved introduksjon av et medikament som raskt helbreder en tidligere uhelbredelig sykdom, er det nærliggende å trekke en slik konklusjon. Metadon representerte imidlertid et (for oss) nytt virkemiddel innenfor et såpass komplekst problemområde, at jeg vil hevde at en slik slutning blir litt i enkleste laget her. Dette fordi det norske behandlingsapparatet for stoffmisbrukere som tidligere nevnt er sammensatt av ulike behandlingssideologier og årsaksforståelser, og at synet på *hva* som anses som vellykket behandling derfor vil/kan variere. Med tanke på hvor sentralt målet om total rusfrihet alltid har stått, og det faktum at omlag 2/3 av

metadonpasientene ved tre ulike tidspunkt fremdeles slet med misbruk av illegale rusmidler i større eller mindre grad, finner jeg det lite sannsynlig at den raske holdningsendringen og raske utvidelsen av prosjektet utelukkende kan tilskrives en oppfatning av at metadonbehandling er overlegen mer tradisjonell medikamentfri behandling. Jeg vil tro det er mer nærliggende å lete etter grunnlaget for den raske aksepten i en mer generell ideologiendring, som i større grad enn tidligere åpner for en gradvis erkjennelse av at enkelte langtkommende stoffmisbrukere ikke er i stand til å nyttegjøre seg medikamentfrie tiltak og bli helt rusfrie (se også Skretting 1997; Waal i Blindheim 1998a). Den tidligere beskrevne trenden i retning av økt medikalisering og fokus på biologiske og medisinske forståelsesmodeller for tidligere antatt sosialt betinget problematikk bør etter alt å dømme også tillegges vekt i denne sammenheng.

Tidligere har vi sett at media kan tilskrives en sentral rolle som premissleverandør på den narkotikapolitiske arena, og at det bilde som helhetlig sett er blitt formet av metadon og metadonbehandling ikke kan sies å være hverken nøytralt eller realistisk. Samtidig virker det noe enkelt å tilegne media all "ære" for utviklingen vi har sett, og det er på grunnlag av dette jeg vil se på de observerte endringene og utviklingen i lys av mer generelle sosiale mekanismer og sosial handlingsteori. Gjennom denne analysen håper jeg å kunne øke forståelsen av hvorfor vi fikk en så rask holdningsendring i forhold til metadon, og hvilke faktorer ved siden av media som kan ha bidratt til å utforme det metadontilbudet som eksisterer i år 2000, 6 år etter starten av Metadonprosjektet i Oslo (MiO). Slik jeg ser det, er kunnskap om de sosiale prosesser og mekanismer som omgir tiltaket avgjørende for å kunne etablere et best mulig faglig og forskningsmessig behandlingsopplegg, og som i minst mulig grad er formet av utenforstående og behandlingsfaglig irrelevante faktorer og hensyn (se også Elster 1989b).

### ***8.1.1. Holdning og handling - håd i håd?***

De fleste individers holdninger og handlinger er nært knyttet opp til hverandre (Baron&Byrne 1994:137, Korsnes 1997:119-120), men betyr det at vi stort sett kan gå ut fra at en handling alltid gjenspeiler en reell holdning hos aktøren? Selv om en holdning ofte reflekteres i handling, er det ikke alltid gitt at det personen velger å gjøre eller gir uttrykk for, er i samsvar med vedkommendes holdning eller mening. Holdninger kan under visse omstendigheter ha svak prediksjonsverdi for handlinger,

fordi handlinger i så stor grad også er kontekstavhengige. Det kan være faktorer tilstede i en situasjon som setter individets reelle holdninger i bakgrunnen (Korsnes 1997:120), for eksempel i ulike press- og gruppesituasjoner (se bl.a. Granovetter 1978; Noelle-Neumann 1984). Videre antyder sosialpsykologisk forskning at selv om spesifikke holdninger regnes som lettere påvirkelige enn mer overordnede holdninger, så har førstnevnte generelt bedre prediksjonsverdi for atferd enn sistnevnte (Baron&Byrne 1994:138).

## 8. 2. TAUSHETSSPIRALEN - FRYKTEN FOR ISOLASJON

Elisabeth Noelle-Neumann har gjennom sitt arbeid med politisk valgforskning, meningsmålinger og opinionsdannelse, utarbeidet teorien om *taushetsspiralen* (Noelle-Neumann 1984). Hun viser til en spesiell sosial mekanisme (se også Elster 1989a:3-10) som under visse omstendigheter trer i kraft når ulike grupperinger, gjerne med motstridende budskap og meninger, kjemper i offentligheten for oppslutning om sin sak. Dersom en av gruppene er mer villig og/eller flinkere til å stå frem offentlig med sitt budskap, skapes i følge Noelle-Neumann, en situasjon hvor folk har tendens til å tro at nettopp denne mest aktive gruppen har større oppslutning i befolkningen enn den egentlig har. Dette påvirker igjen motivasjonen hos tilhengere av det motsatte budskapet til å stå frem offentlig med budskap i negativ retning, og dermed er taushetsspiralen satt i bevegelse. Noelle-Neumann hevder at det som utløser denne mekanismen er en grunnleggende side ved menneskets sosiale natur, nemlig angsten for å bli isolert fra fellesskapet (Noelle-Neumann 1984:1-8).

Menneskets streben etter tilhørighet og konformitet er altså viktige faktorer i Noelle-Neumanns teori. Å vise *konform* atferd vil si at man forsøker å følge de til en hver tid rådende regler og normer innad i en gruppe eller et samfunn, og som en konform person forsøker man å oppføre seg tilnærmet likt de andre i den sosiale enheten som man tilhører og identifiserer seg med (Korsnes m.fl. 1997:156). Vi har tidligere sett hvordan media kan bidra til å fremheve en bestemt side av en sak, og dermed gjøre det vanskelig og/eller ubehagelig å komme med argumenter i mot. Det er derfor interessant å se Noelle-Neumanns teori i forhold til den raske enighet som kom til å råde omkring metadonspørsmålet etter oppstarten av Metadonprosjektet; var det resultat av en reell

holdningsendring, eller bidro ulike faktorer, deriblant massemedia, til å skape et bilde som ikke var i overensstemmelse med de faktiske forhold?

### ***8.2.1. Hvilken sosial enhet er aktuell i denne forbindelse?***

Definisjonen av konformitet viser altså til en sosial enhet som individet tilhører eller ønsker å tilhøre. Når det gjelder metadonbehandling vil det være naturlig å se på den aktuelle *sosiale enheten* som de involverte i rusmiddelomsorgen og narkotikapolitiske organisasjoner, andre berørte yrkesgrupper som politi, ansatte i fengsels- og helsevesen, forskere og politikere. Dette fordi spørsmålet om bruk av metadon i behandling av stoffmisbrukere i stor grad er et ideologisk og fagspesifikt spørsmål som det kreves en viss innsikt og bakgrunn for å ha en kvalifisert mening om. Jeg har tidligere vist at metadon ved medias hjelp utviklet seg til å bli en slag ”folkesak”, som engasjerte publikum langt utenfor de berørte profesjonene og den politiske sfære. Jeg finner det likevel ikke riktig å trekke hele det øvrige publikum eller folk flest inn i denne sosiale enheten det er snakk om her, fordi jeg i denne sammenhengen peker på de opprinnelige *partene* i konflikten. Det er dessuten rimelig å anta at fagfolk av ulik karakter i *mindre* grad lot seg påvirke av massemedias fremstillinger, fordi de må antas å ha basert sine holdninger på mer faglig og uavhengig kunnskap, samt egen erfaring (Waldahl 1999:289). De kan derfor, i kraft av sine posisjoner og faglige bakgrunn, antas å hatt bedre tilgang på korrigerende informasjon enn det brede publikum (se bl.a. Lind 1974:38; Frønes 1992:198). Det er derfor viktig å undersøke andre mulige kilder til holdningsendringer for disse enn bare massemedia.

Innenfor den her avgrensede sosiale enheten, vil man kunne finne mindre grupperinger med ulike meninger og standpunkt i forhold til metadon. Ved det ene ytterpunktet finner man de mest liberale som ønsker å gi metadon mer eller mindre fritt til alle som ønsker det etter en nederlandsk/dansk modell (se bl.a. Christie i Dagsavisen 8/12-97; Bojer i Dagsavisen 5/3-1998), og i andre enden de mer ekstreme motstanderne som helt avviser enhver medisinsk behandling av stoffmisbruk på ideologisk, moralsk eller prinsipielt grunnlag (se bl.a. Furuholmen 1987:28; NFTS 1994; Leedaal Gjertsen i Blindheim 1998b). Selv om de fleste i praksis vil befinne seg et sted mellom disse ekstreme ytterpunktene, vil jeg for enkelhets skyld her dele dem inn i to kategorier, *motstandere*

og *tilhengere*. I følge det konformitetsønsket<sup>18</sup> som ligger til grunn for denne type sosial handlingsteori, vil altså hver enkelt forsøke å tilpasse seg det rådende standpunktet som vedkommendes nærmeste krets eller sosiale enhet velger å stå for. En teoretisk konsekvens av dette er at man sannsynligvis vil kunne finne små "tause" enheter med avvikende synspunkt innenfor hver hovedenhet, altså tause motstandere/skeptikere blant metadontilhengerne og tause tilhengere blant motstanderne. Det som beskrives av Noelle-Neumann er altså en prosess som over tid får tilhengere av et gitt standpunkt til å tie i offentligheten. Fra dette kan vi utlede at folk ikke reagerer samtidig på presset fra taushetsspiralen, noen tier raskere enn andre, men det som driver prosessen videre er det faktum at stadig flere tier.

Et eksempel på dette kan være en radiodebatt ("17.30" i P4 6/6-2000) i etterkant av et utspill fra den da nye sosialministeren Guri Ingebrigtsen (Ap), om at det skulle lempes kraftig på kriteriene for å få metadonbehandling. Ulf Jansen, leder for Tyrilistiftelsen<sup>19</sup> som i 1999 etablerte sitt eget metadontiltak (MAR Tyrili), uttrykte skepsis til dette med argumenter om at utvidelsen av metadonbehandling i Norge hadde gått altfor fort, og at utviklingen etter hans mening var negativ med hensyn til det mer sosiale og helhetlige rehabiliteringsopplegget rundt den enkelte metadonpasient. Jansen ble imidlertid hele tiden konfrontert med hvorfor han var *negativ til metadon*, mens argumentene for *hvorfor* han var skeptisk til utvidet og friere metadonforeskriving kom i bakgrunnen. Vi ser her hvor vanskelig det kan være å nå frem med kritiske og nyanserte synspunkter på et felt hvor det tilsynelatende er enighet om hvilke virkemidler som er de rette.

### **8.2.2. Taushetsspiralen i teori og praksis**

Noelle-Neumann hevder å ha funnet støtte for teorien om taushetsspiralen helt tilbake til antikkens filosofer, men også blant teoretikere, filosofer og historikere nærmere vår egen tid, som Rousseau, Hume, Locke, Luther, Machiavelli, Hus og Tocqueville (Noelle-Neumann 1984:7). Spesielt trekker hun frem Alexis de Tocqueville og hans arbeid om den franske revolusjon, publisert i 1856:

---

<sup>18</sup> Jeg finner det ikke riktig å kalle det konformitetspress (Korsnes m.fl. 1997:156) da denne teorien; 1) ikke legger som premiss at folk utsettes for direkte press, men at "presset" er mer individuelt og har rot i vår grunnleggende mentale og sosiale natur; og 2) ikke sier noe om hva som faktisk vil skje med den som ytrer et avvikende standpunkt, om vedkommende virkelig vil bli utstøtt og påført ubehageligheter eller om dette bare er noe individet frykter og tror.

<sup>19</sup> Tyrilistiftelsen har også fra 1997 hatt sitt eget prøveprosjekt med medikamentet *Naltrexon* i samarbeid med Psykiatrisk institutt, Vindern og legemiddelfirmaet Meda. De stiller seg altså ikke negative til medikamentell behandling (se Aamodt&Waal 1998).

*“Those who retained their belief in the doctrines of the Church became afraid of being alone in their allegiance and, dreading isolation more than error, professed to share the sentiments of the majority. So what was in reality the opinion of only a part (...) of the nation came to be regarded as the will of all and for this reason seemed irresistible, even to those who had given it this false appearance” (Noelle-Neumann 1984:7, min understrekning).*

Som vi har sett tidligere viser også Jon Elster til Alexis de Tocqueville og hans arbeider med å identifisere sosiale mekanismer som forklaringsvariabler i forhold til sosial endring og utfall av ulike institusjonelle endringer (Elster 1989b:127-130). Denne franske politiker og sosiolog, som skrev og virket tidlig på 1800-tallet, har altså beholdt sin aktualitet og gyldighet helt frem til i dag. Mikko Lagerspetz viser også til at Antonio Gramsci beskrev dette fenomenet allerede på 1920-30-tallet, men da under betegnelsen *hegemonisk ideologi*:

*“By means of the hegemonic ideology, the particular interests of a dominant group in society masquerade as the universal interest of society as a whole” (Lagerspetz 1994:124).*

Som empirisk illustrasjon på fenomenet taushetsspiralen, viser Noelle-Neumann til et kjent sosialpsykologisk eksperiment fra 1950-tallet av Solomon Asch (Noelle-Neumann 1984:37-38; se også Baron&Byrne 1994:354). Her ble forsøkspersonene vist ulike visuelle oppgaver, blant annet en med tre ulike streker ved siden av en annen “standardstrek.” De ble så spurt om hvilken av de tre strekene som var like lang som standardstreken. Forsøkspersonen befant seg i en gruppe, men visste ikke at alle de andre var forskningsmedarbeidere som var instruert til å svare feil. Og selv om det riktige svaret var innlysende, hadde svært mange av forsøkspersonene tilbøyelighet til å svare feil og dermed tilpasse seg gruppens oppfatning, selv om de må ha visst at de svarte feil. Dette viser at folks angst for å isolere og/eller skille seg ut med hensyn til majoritetens oppfatning, er en viktig faktor når det gjelder folks handlingsvalg.

Men hva har en person å tape på å mene at strek A er lik standardstreken, når han eller hun ser at det er det riktige svaret og alle de andre i gruppen er totalt fremmede? Det mest nærliggende burde kanskje heller være motsatt, at det må være mye å *vinne* på å ha rett når alle de andre tar feil? Noe av det mest interessante ved Asch’s eksperiment<sup>20</sup> er

---

<sup>20</sup>Mer om dette og lignende eksperimenter vil finnes i de fleste innføringsbøker i psykologi og sosialpsykologi, som fex. Atkinson et. al. “Introduction to Psychology “ Harcourt Brace Jovanovich 1993 eller Baron&Byrne “Social Psychology” Allyn and Bacon 1994.

imidlertid at denne angsten for de fleste *også* er substansiell i helt banale og “ufarlige” situasjoner (Noelle-Neumann 1984:40). Grad av kjennskap til de andre i gruppen og eventuelt behov for, ønske eller forventning om fremtidig samarbeid, er riktignok viktige variabler som virker inn på tendensen til konformitet og rasjonelle handlingsvalg (Granovetter 1978; Hovi&Rasch 1991:78), men Asch og Noelle-Neumann viser likevel at tendensen til konformitet også er virksom blant fremmede i relativt betydningsløse sammenhenger.

Å definere spørsmålet om bruk av metadon eller ikke i det norske behandlingsapparatet som banalt eller betydningsløst for de involverte, vil imidlertid være langt fra realitetene. Det er derfor nærliggende å anta at konformitetsvariabelen, og dermed taushetsspiralen, kan ha hatt en betydelig innvirkning på de involvertes handlinger og uttalte holdninger. Selv om jeg har valgt å skille den mer profesjonelle sosiale enheten fra det brede publikum, så er det ikke urimelig å anta at massemedias innvirkning på det som kan ha blitt opplevd som majoritetens holdninger også har hatt en betydning i forhold til den sosiale enheten det er snakk om her. Dette fordi mange fagpersoner kan ha fryktet å bli misforstått og/eller utsatt for ubehageligheter hvis du ytret seg negativt mot den opplevde majoritetens holdning. Taushetsspiralen beskriver altså en sosial mekanisme som nærmest tvinger tilhengerne av et gitt budskap til taushet i den offentlige debatten. For mange oppleves det som ubehagelig å gi uttrykk for holdninger som de tror eller vet har liten støtte blant flertallet, og mange velger derfor å forbli tause i det de vurderer kostnaden ved å stå åpent frem med et avvikende synspunkt som for store. Gjennom denne mekanismen kan man altså få inntrykk av at en gitt holdning er mer utbredt og akseptert enn den egentlig er, fordi at de som forfekter det motsatte rett og slett ikke gir uttrykk for dette. De er, dramatisk sagt, “kneblet av taushetsspiralen.”

Dette åpner for en teoretisk mulighet for at man kan observere en holdningsendring som ikke er reell, det vil si bare en *tilsynelatende* endring. Dette fordi bare de som forfekter en gitt holdning gir uttrykk for denne, mens de fleste som forfekter et annet syn føler seg undertallige og dermed har høyere terskel for åpent å gi uttrykk for hva de mener. Denne mekanismen kan altså sies å medvirke til den effekten som media får når de fremhever en viss side av en sak, slik at det utad dannes et uriktig bilde av sakens karakter og oppslutning omkring et spesielt standpunkt.

### 8.2.3. Teoretisk grunnlag for taushetsspiralen og sosiale mekanismer

En sosial handlingsteori som dette, som forklarer sosiale fenomener og endring på makronivå gjennom enkeltmenneskers handlinger og interaksjon på mikronivå, betegnes gjerne som *metodologisk individualisme*. I et slikt perspektiv er den grunnleggende enhet i det sosiale livet det enkelte menneskes handlinger og valg, og alle sosiale fenomener kan i følge dette synet forklares ut fra egenskaper ved de enkelte individer, deres intensjoner, tanker, handlinger og interaksjon med hverandre (Elster 1989a:13; Brox 1995b:13-14, 69-70; Korsnes m.fl. 1997:202-203).

*“Talk about institutions is just shorthand for talk about individuals who interact with one another and with people outside the institution. Whatever the outcome of the interaction, it must be explained in terms of the motives and the opportunities of these individuals”* (Jon Elster 1989a:158).

Motsatsen til dette synet kalles *metodologisk kollektivism* eller *holisme*, et grunnsyn som oppfatter sosiale fenomener på makronivå som helheter, med kvalitativt andre egenskaper enn bare summen av enkeltelementer det er sammensatt av (Korsnes m.fl. 1997:203). Sosiale fenomener forstås altså som selvstendige helheter, og kan ifølge denne tilnærmingen ikke forklares ut fra egenskaper ved enkeltindivider. Émile Durkheim er en klassisk representant for dette synet, med sitt standpunkt om at sosiale fenomener må studeres som “ting” (sosiale fakta), og at man i sosiologisk analyse alltid må gå fra helheten til delene, og ikke omvendt (Korsnes m.fl. 1997:62-63, 203; Durkheim 1991a:29, 1991b:38). Durkheim sier om sosiale institusjoner og fenomener:

*“Här har vi således en sorts fakta, som har mycket speciella egenskaper: de består i sådana sätt att handla, tänka och känna, som finns utanför individet och som har en tvingande makt, varigenom de utövar påtryckning på honom.”* (Durkheim 1991:22, min understrekning).

Durkheim representerer en rendyrket *funksjonalisme*, hvor det kollektive fenomenets *funksjon* regnes som den sentrale faktor i dets årsak. Han hevder at det kollektive fenomenet er en syntese av sine enkeltdeler (*sui generis*), og derfor er kvalitativt forskjellig fra bare summen av sine deler, nærmest å regne som en annen art (Korsnes m.fl. 1997:62, 97-98). I denne klassiske sosiologi har ikke det enkelte individets tanker, følelser eller handlinger noen plass, da det hevdes at sosiologien som vitenskap kun skal beskjeftige seg med kollektive og sosiale fenomener og institusjoner som gjennom sin *selvstendige eksistens* påvirker og styrer de enkelte individenes handlinger (Durkheim 1991:26; Østerberg 1991:11). Den metodologiske individualismen benekter imidlertid



ikke at menneskers handlinger på mikronivå også er påvirket av mer makrososiologiske strukturer, ikke minst påvirkes samspill og interaksjon mellom individer av kultur og sosial tilhørighet, noe som blant annet illustreres gjennom taushetsspiralen, hvor det nettopp er *hva andre gjør* som påvirker handlingsvalg. Utgangspunktet er bare at sosiologiens fundamentale studienhet er det enkelte individs handlinger på mikronivå, og ikke større strukturer på makronivå som tillegges selvstendig og objektiv eksistens og kraft (Elster 1989a:13; Brox 1995b:70; Korsnes m.fl. 1997:97).

Noelle-Neumann forklarer gjennom sin teori om taushetsspiralen hvordan enkeltindividers valg og handling på mikronivå kan påvirke og sammen skape et kollektivt resultat eller endring på makronivå. Men bortsett fra å ta utgangspunkt i det sosiale menneskets natur og angst for å bli isolert eller sanksjonert fra omgivelsene, sier hun lite om hvordan det enkelte individ mer rasjonelt vurderer sine alternativer og kommer frem til et handlingsvalg om å være konform eller ikke. Dette bringer oss over på mer rasjonell nytte- og kostnadsorientert sosial handlingsteori.

### **8.3. GRUNNLEGGENDE ELEMENTER I SOSIAL HANDLINGSTEORI**

Jon Elster (1989a) er opptatt av å forklare hvilke mekanismer som ligger til grunn for de individuelle handlingene, som i følge den metodologiske individualismen danner grunnlaget for vårt samfunn og sosiale liv. Hvilke mekanismer ligger bak den enkeltes valgprosess, for eksempel når de utsettes for påvirkning fra massemedia, bortsett fra Noelle-Neumanns beskrevne angst for isolasjon fra fellesskapet?

Elster forklarer individuelle handlinger som resultat av to filteroperasjoner. Vi vet alle av erfaring at ting ikke alltid ligger til rette slik at vi kan gjøre akkurat som vi vil i enhver situasjon. Det første filteret som Elster beskriver, består derfor av alle de *begrensninger* som bidrar til å snevre inn våre reelle handlingsalternativer. Dette er begrensninger av fysisk, økonomisk, legal eller psykologisk karakter. Elster setter fokus på *valggenererte* mekanismer fremfor *normgenererte*, fordi han er av den oppfatning at førstnevnte er mer fundamentalt grunnleggende for sosial handlingsteori enn sistnevnte (Elster 1989a:13). Dette blir også mitt teoretiske utgangspunkt videre, fordi normer som faktor i atferdsbestemmelse heller mer mot en kollektivistisk tilnærming enn mot den individualistiske som jeg har tatt utgangspunkt i tidligere i denne analysen. Disse

situasjonsspesifikke begrensningene skaper så individets reelle valgmuligheter og handlingsalternativer, mens det andre filteret er en mekanisme som avgjør hvilket handlingsalternativ som individet til slutt velger. Det Elster gjør er å skille mellom hva individet *kan* gjøre og hva det helst *vil* gjøre, altså mellom *muligheter* og *ønsker*. I en gitt situasjon vil man med andre ord foreta en mer eller mindre rasjonell rangering av de ulike handlingsalternativene, med utgangspunkt i egne preferanser og konsekvensvurdering av de ulike handlingene (Elster 1989a:13-21).

### ***8.3.1. Forutsetninger for rasjonell handling***

For at en aktør skal kunne handle rasjonelt og maksimere sin nytteverdi i en situasjon, er det en nødvendig forutsetning at aktøren har tilstrekkelig kunnskap og informasjon om sine medaktører (Granovetter 1978; Schelling 1978; Hovi&Rasch 1995). En rasjonell handling trenger imidlertid *ikke* nødvendigvis å være basert på *korrekt* informasjon, men betingelsen er at aktøren handler slik han *tror* er best for ham selv på grunnlag av den informasjon han besitter. Det er den rasjonelle aktørens oppgave å vurdere om han har tilstrekkelig informasjon til å basere en god avgjørelse på eller om verdien av ytterligere informasjon overstiger kostnadene ved å samle den inn (Eide&Hernes 1987:28; Elster 1989a:35). I forhold til rasjonell handling har man altså et sentralt kunnskaps- og informasjonsaspekt, aspekter hvor massemedia som vi har sett, spilte en viktig rolle i metadondebatten.

Men har vi alltid *flere* valgmuligheter? Nei, sier Elster, noen ganger er faktisk begrensningene på handlingsalternativene så sterke at filter nr. 2 settes ut av spill. Individet har rett og slett ingen alternativer å velge mellom, og det finnes bare en aktuell handling i den gitte situasjonen (Elster 1989a:14-15). Med dette kan vi komme litt nærmere inn på hvordan Noelle-Neumanns taushetsspiral fungerer i praksis når den får folk til å tie fremfor å stå frem med sine meninger. Taushetsspiralen kan altså ses som en sosial mekanisme som bidrar til å begrense individenes valgmuligheter, hovedsakelig gjennom en begrensning av psykologisk karakter, nemlig angsten for å bli isolert og utstøtt fra det større fellesskapet. Så der hvor handlingsalternativene tidligere bestod i enten å stå frem eller å tie, gjenstår bare å tie som rasjonelt alternativ etter at taushetsspiralen er satt i gang. Individet opplever med andre ord ikke lenger å stå overfor en reell valgsituasjon. Her ser vi også hvordan media med sin fremstilling og

vinkling av metadonsaken bidro til å redusere publikums reelle valgmuligheter, fordi det inntrykket som ble skapt tilsynelatende styrket det ene valgalternativets moralske og etiske overlegenhet.

### ***8.3.2. Sosialt avvik som faktor i sosiale endringsprosesser***

Som individualister kan vi mennesker ha ulike preferanser og tilbøyeligheter, og det vil være forskjellig fra individ til individ hvor viktig de vil synes det er å være konform til enhver tid. Noen er sogar opptatt av å *ikke* være konforme; de gjør bevisst ting som skiller dem ut fra omgivelsene og hevder uredd sine synspunkter uansett hva flertallet av de andre måtte mene. Slike individer er langt fra uvesentlige i denne sammenheng, snarere tvert i mot. De er faktisk svært viktige, for det er *de* som setter mekanismene for sosial endring i bevegelse (Noelle-Neumann 1984:137). Av dette kan vi nå utlede at taushetsspiralen også kan bidra til å *styrke* avvikende synspunkter, slik at tilhengerne av dem kan føle seg sterke nok til å åpenlyst å kjempe for sitt synspunkt, til tross for majoritetens negative holdninger. Dette kan tenkes å ha vært tilfelle helt i begynnelsen for metadontilhengerne, da skepsis eller tvil blant tilhengerne kan ha blitt undertrykt for utad å kunne vise en samlet og sterk gruppe med klare meninger. Det kan imidlertid også ha hatt betydning for stoffmisbrukernes motivasjon til å stå frem i offentlig og kjempe for sin sak, da de fikk inntrykk av at majoriteten i samfunnet nå, i motsetning til tidligere, støttet opp bak deres synspunkter. Misbrukernes motivasjon til å stå frem var også, som vi har sett, en sentral faktor i massemedias behandling av temaet. Dette gav igjen media mulighet til å påvirke de involverte partenes roller utad, slik at konflikten ble polarisert og for mange vanskelig å forstå.

Taushetsspiralen er en *selvforsterkende* mekanisme i den forstand at er den først satt i bevegelse, så påvirker den sterkere og sterkere den faktor som satte den i sving (Schelling 1978; Elster 1989a). I dette tilfellet er det altså snakk om menneskets frykt for isolasjon. De som står for det "tapende" synspunktet vil som følge av dette føle seg mer og mer alene med sine meninger, og bli mindre og mindre villig til å stå frem med det. Men her ser vi også at andre faktorer som Noelle-Neumann ikke berører, må være inne i bildet med hensyn til taushetsspiralen, blant annet hvorfor reagerer ikke folk samtidig? Et annet viktig moment er også om taushetsspiralen i egenskap av å være en såkalt selvforsterkende mekanisme ubønhørlig fører til endringer, eller om det finnes

andre mekanismer som kan stoppe den selv etter at den er satt i sving. Kunne for eksempel tilsynelatende små og/eller enkeltstående hendelser ha gitt utviklingen av metadonbehandlingen i Norge et helt annet forløp enn det vi ser resultatet av i dag?

#### 8. 4. TERSKELMODELLER FOR KOLLEKTIV HANDLING

Dette bringer oss over på en annen teoretiker, den amerikanske sosiologen Mark Granovetter og hans teori om kollektiv handling. Hans teori tar ikke, som annen sosiologisk handlingsteori ofte gjør, utgangspunkt i at folk har *felles* normer og preferanser, men derimot i at folk har *forskjellige* preferanser i forhold til hva de vil gjøre under hvilke omstendigheter. Granovetter beskriver såkalte *terskelmodeller*, som er modeller over hvordan folk handler på bakgrunn av hvordan andre har handlet før dem, eventuelt hvor ofte de gjør det. Aktørene i en terskelmodell over sosial atferd kan være både enkeltindivider eller grupper som overfor omverdenen handler som en enhet (Granovetter 1978). Jeg vil her undersøke om slike modeller vil kunne hjelpe til med å utdype de prosesser og mekanismer som bidrar til at en holdningsendring finner sted. Videre er det også interessant å se om de lar seg kombinere med teorien om taushetsspiralen for bedre teoretisk forståelse av mekanismene bak denne, og om denne tilnærmingen har relevans for forståelse av de endringer vi har sett i forhold til metadonbehandling på 1990-tallet.

##### 8.4.1. Terskelbegrepet - når gjør man som de andre?

Nøkkeltbegrepene i Granovetters teori er *terskler* og *terskelverdier*. Disse kan kort beskrives som det antall andre aktører som må handle på en gitt måte før individet selv velger å utføre handlingen.<sup>21</sup> Vi snakker med andre ord om det punkt hvor nytteverdien av de antatte fordelene ved å handle på en spesiell måte overstiger de opplevde kostnadene ved ikke å gjøre det. Kostnad og nytte er her altså knyttet direkte opp til hvor mange andre aktører som først velger et spesielt handlingsalternativ. Noen aktører vil være konservative og ha høy terskel for å gjøre noe som få andre har gjort før dem, mens andre igjen vil være mer radikale og oftere handle uavhengig av andre. Det er vanlig å anta at fordelingen av terskelverdier i en populasjon tilsvarer en normalfordelingskurve (Granovetter 1978; Schelling 1978).

---

<sup>21</sup> Å "utføre en handling" kan her også innebære det å aktivt velge å *avstå fra å handle* på en spesiell måte.

Her ser vi klare paralleller til Noelle-Neumanns teori, nemlig at individet handler med bevisst referanse til andre aktørers handlinger, samtidig som fordelingen av ulike terskelverdier i en populasjon kan brukes som forklaring på hvorfor folk ikke reagerer samtidig. En forutsetning for denne type modeller er at individene opptrer som rasjonelle aktører med god informasjon om situasjonen og sine medaktører, og at enhver velger den handling som i følge egne mål, preferanser og opplevelse av situasjonen, vil gi maksimalt utbytte eller nytte av situasjonen (Granovetter 1978; Elster 1989a; Hovi&Rasch 1993). Det er heller ikke uvesentlig *hvem* som tar et bestemt handlingsvalg; en person du ikke kjenner så godt, eller ikke liker noe særlig, vil i de fleste tilfeller utgjøre langt mindre påvirkningskraft enn en du kjenner godt og/eller har tillit til (Granovetter 1978). Innad i en sosial enhet har det med andre ord også betydning for terskelverdiene til de enkelte aktører *hvem* som handler, og ikke bare hvor mange. Enkle terskelmodeller tar utgangspunkt i at aktørene står overfor en binær valgsituasjon, det vil si at de kun har to handlingsalternativer; enten å utføre en handling eller ikke. Prinsippene bak terskelmodellene beskrives lettest som en “dominoeffekt”, hvor hver oppstilte dominobrikke slår ned den ved siden av når den selv blir slått ned av sin sidebrikke, og det er tilstrekkelig å velte en eneste brikke for å sette i gang en kjedereaksjon som ender med at alle brikkene til slutt velter (Granovetter 1978; Schelling 1978:94-95).

Som illustrasjon kan vi tenke oss et utvalg av 100 personer, hvor en person har terskel 0 for å utføre en viss handling, en har terskel 1, en har terskel 2 og så videre helt opp til 100. Personen med terskelverdi 0 utfører handlingen, for eksempel lage bråk, røyke hasj eller åpent være tilhenger av metadon helt uavhengig av hva andre gjør eller mener. Neste aktør, med terskelverdi 1, vil ikke utføre handlingen eller ytre sin mening før en annen aktør har gjort det, aktøren med terskelverdi 2 krever at 2 har gjort det og så videre opp til 100. Slik ser vi at når først en aktør har handlet, så danner han grunnlaget for at alle de andre skal handle ved at hver ny aktør som handler, bidrar til å tilfredsstille den neste aktørens krav til antall handlende aktører for selv å handle. Dersom terskelfordelingen er helt uniform som i dette teoretiske eksempelet, vil resultatet bli at alle 100 til slutt utfører den gitte handlingen. Men dersom bare én aktør er fraværende, for eksempel han med terskelverdi 4 (handling betinget av at 4 andre allerede har handlet), blir situasjonen en helt annen. Nå velger nemlig aktøren med terskelverdi 5 *ikke* å handle eller ytre sin mening, fordi han krever at 5 andre har gjort det før han selv

gjør det. Resten av aktørene får som følge av dette heller ikke oppfylt sine betingelser for handling, så vi ser at ved fravær av nr. 4 stopper kjedereaksjonen relativt raskt opp. En teoretisk konsekvens av dette er at små forskjeller i fordelingen av terskelverdier blant de enkelte aktører i to ellers tilsynelatende like populasjoner, kan forårsake svært forskjellige utfall på makronivå etter å ha blitt eksponert for samme type påvirkning (Granovetter 1978).

Til slutt vil jeg legge til, at dette er strengt teoretiske konstruksjoner, og at i det virkelige liv er ting selvsagt noe mer nyansert. Denne teoretiske vinklingen er imidlertid nyttig når man ønsker å se nærmere på hvorfor spesielle fenomener oppstår og/eller endrer seg i en gitt retning, fordi den gir oss gode verktøy og begreper til bruk i en analyseprosess.

#### ***8.4.2. Individuelle motiver versus kollektivt utfall***

Individuelle forskjeller står som nevnt sentralt i denne type modeller, og det sentrale er hvordan terskelverdiene er fordelt i en gitt populasjon eller fordeling. Målet er så at man ved å vite eller anta den totale fordeling av terskler skal kunne forutsi et spesielt resultat i en gitt populasjon (Granovetter 1978:1424). Terskelbegrepet er en rent teoretisk konstruksjon som mange kanskje vil føle er veldig fremmed sett i forhold til egen hverdag og de ulike handlingsvalg som gjøres der, men det er likevel et interessant begrep som åpner for en mer rasjonell forståelse av både individuelle og samfunns-messige hendelser og endringer.

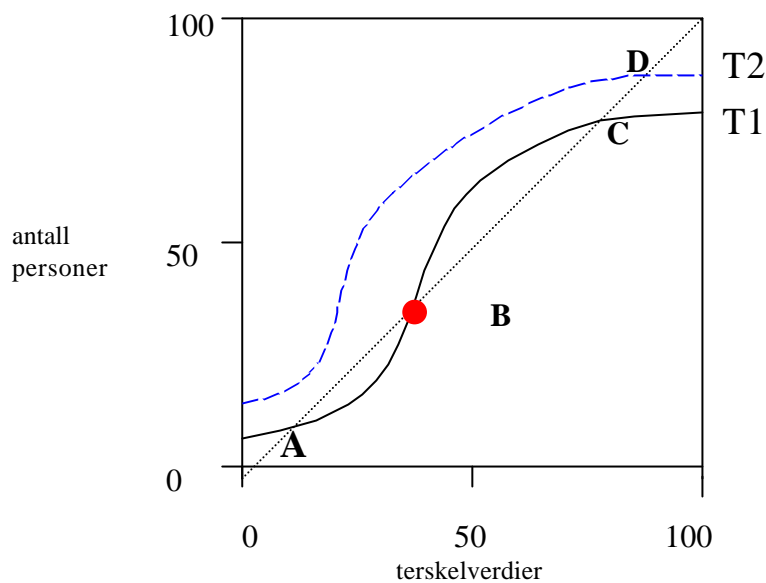
Spesielt nyttige kan terskelmodeller være når det gjelder å forstå situasjoner hvor enkeltindividenes preferanser i en populasjon klart peker i favør av en gitt handling eller resultat, men hvor ingenting blir gjort (Granovetter 1978). Og som vi har sett, var det lite som tydet på at man innen de behandlingsfaglige miljøene skulle få en så raskt og omfattende holdningsendring og utvidelse med hensyn til metadon i Norge, tatt den uttalte motstanden tidlig på 1990-tallet i betraktning. Dette reflekterer noe av det mest sentrale og interessante med Granovetters modeller, nemlig at det oppnådde resultatet på makronivå *ikke* nødvendigvis gjenspeiler de enkelte aktørenes preferanser på mikronivå. De individuelle aktørenes handlinger kan sammen skape et kollektivt resultat som få av enkeltindividene ønsket å oppnå med sine handlinger, resultatet kan

til og med være uønsket av alle på tross av at alle handlet med den hensikt å best mulig å ivareta sine egne interesser. Det blir derfor vanskelig, om ikke umulig, å avlede enkeltindividers preferanser eller intensjoner på mikronivå bare ut fra det aggregerte/kollektive resultatet på makronivå (Granovetter 1978; Schelling 1978:14).

Med referanse til en observert holdningsendring til metadonbehandling på det politiske og behandlingsfaglige området, kan man som følge av dette ikke uten videre konkludere med at tidligere innbitte motstandere og skeptikere reellt sett har endret mening. Det er også en mulighet for at de som enkeltindivider har blitt trukket med i en komplisert sosial prosess hvor deres egne handlinger i samspill med andres har bidratt til et kollektivt resultat på makronivå som de selv ikke ønsket. Noen gav kanskje fort opp med å protestere, og valgte etterhvert som de så i hvilken retning utviklingen gikk, å tilpasse seg mer rasjonelt og gjøre det beste ut av situasjonen. Dette kan igjen være et strategisk valg med hensyn til å sikre videreføring og utvikling av egne metoder og prinsipper. At eksempelvis Veksthuset, et av de tiltak som var sterkest i mot Metadonprosjektet både av etiske og ideologiske grunner (Furuholmen 1987:28; NFTS 24.08.92), i 1999 satte i gang et eget tiltak spesielt for metadonpasienter kan tolkes i favør av en slik rasjonell forklaringsmodell.

#### ***8.4.3. Kritisk mengde - når er det for sent åsnu?***

Et viktig begrep i Granovetters terskelmodeller er *kritisk mengde*, som også er behandlet av Thomas C. Schelling (1978). Når en ny aktivitet introduseres i et miljø kan den enten dø ut av seg selv, eller den kan etterhvert bli integrert som en naturlig del av miljøet. Terskelfordelingen i den aktuelle sosiale enheten er viktig med hensyn til hva som blir resultatet, for som vi har sett kan selv små individuelle faktorer ha store konsekvenser for det endelige resultat. Kritisk mengde illustrerer det antall som kreves for at handlingen skal bli del av en selvoppholdende prosess, fremfor å dø ut. Begrepet er egentlig hentet fra kjernefysikken, hvor det beskriver den mengde uran som må til for å starte en irreversibel kjedereaksjon hvor atomer spaltes i stadig økende tempo (Schelling 1978:89-95). Her følger imidlertid begrepet direkte av terskelmodellene, da basis for kritisk mengde dannes av de med lavest terskler. Individene med høyest terskler kommer først med etter at det avgjørende punktet er nådd, som konsekvens av den beskrevne kjedereaksjonen. Kritisk mengde kan illustreres nærmere ved et diagram:



**Figur 8.1. Kritisk mengde**

På figuren ser vi en kumulativ terskelfordeling for en populasjon. Ved fordelingen på tidspunkt T1 ser vi at det er få som har lave terskler, og selv om de handler så drar de ikke med seg mange flere. Vi får da et *stabilt* likevektspunkt ved A, det vil si at det antall personer som utfører en gitt handling over tid forblir stabilt på et lavt nivå, uten at aktiviteten sprer seg ut i den øvrige populasjonen. Punkt B representerer punktet for *kritisk mengde*, og dette er et *ustabilt* likevektspunkt, for fra dette punktet vil aktiviteten enten spre seg ytterligere eller reduseres i omfang, og det er omkring dette punktet at små marginer kan være avgjørende i den ene eller andre retningen. Dersom aktiviteten sprer seg fra punkt B og videre ut til majoriteten av populasjonen, vil punkt C representere et nytt stabilt likevektspunkt, hvor antall personer som utfører handlingen forblir høyt over tid (Schelling 1978:102-110). Med hensyn til metadonbehandling kan man si at det frem til 1990-tallet var et stabilt likevektspunkt omtrent tilsvarende A i diagrammet, det vil si at svært få var positivt innstilt til denne behandlingsformen, og at det måtte skje noe spesielt for å rokke ved denne aktuelle tilstanden.

Ved T2 har det imidlertid skjedd en endring i populasjonen, med hensyn til metadonbehandling kan vi kanskje si at dette er omkring 1985, når HIV- og AIDS-problematikken ble aktuell. Vi ser av den stiplede linjen at det etter denne hendelsen er flere personer med terskel 0 (i denne spesielle saken handler de helt uavhengig av hva



andre gjør eller mener) enn ved T1, og vi ser av den raskt stigende kurven at hver person som kommer til trekker med seg flere. Dette fordi at når linjen er over den horisontale referansestreken, er det alltid like mange eller flere som får sine betingelser oppfylt for å handle, og den aktuelle aktiviteten øker i omfang (Schelling 1978:102-110). Når vi trekker en linje vertikalt fra terskelverdi 50 og opp til linjen for T2, ser vi at det da er ca. 75 personer som synes 50 andre er tilstrekkelig for selv å handle. Gjør vi det samme fra et punkt før kritisk mengde for T1, for eksempel fra terskelverdi 30, så ser vi at det ikke er 30 personer som synes 30 er tilstrekkelig for selv å handle. Ergo så velger de å ikke handle. Linjen for T2 når et stabilt likevektspunkt ved D, hvor handlingen som ved A på T1 kun var en sjeldenhet nå har blitt en integrert del av majoritetens handlingsmønster, i dette tilfellet aksept av metadonbehandling.

## 8.5. TAUSHETSSPIRALEN, KRITISK MENGDE OG SOSIAL ENDRING

Som tidligere nevnt er Noelle-Neumanns taushetsspiral en selvforsterkende sosial mekanisme, og nettopp denne spesielle egenskapen er en forutsetning for modeller som involverer kritisk mengde:

*“What all of the critical mass models involve is some activity that is self-sustaining once the measure of that activity passes a certain minimum level”*  
(Schelling 1978:95).

Når kritisk mengde er nådd, har det ikke særlig konsekvenser dersom en og annen med høy terskel faller fra og ikke vil utføre handlingen, fordi dette ikke vil påvirke handlingspremissene for andre enn noen få aktører. En enkeltstående, men svært negativ avisomtale eller hendelse etter dette tidspunktet trenger altså ikke å få noen langsiktig effekt. Før og omkring kritisk mengde er aktiviteten imidlertid svært sårbar for at aktører “faller fra,” for som tidligere illustrert kan teoretisk sett bare én aktørs valg på dette stadiet være avgjørende for hvilken retning resten av prosessen tar. Vi ser også at det faktum at et nytt handlemønster eller aktivitet etablerer seg, i følge denne teoretiske vinklingen ikke nødvendigvis sier noe om hvor *nær* det egentlig kan ha vært å ”dø ut” (Schelling 1978:97-98). Det er med andre ord punktet for kritisk mengde som avgjør om omfanget av en påbegynt endring eller handling skal bli omfattende og etablere en ny sosial tilstand, eller om det bare blir en midlertidig tilstand som snart faller tilbake til det gamle “status quo.” Samtidig ser vi at terskelmodeller og kritisk mengde

representerer sentrale faktorer med hensyn til om taushetsspiralen igangsetter en reell sosial endringsprosess, eller om den brytes og ingen langsiktig endring finner sted.

Går vi tilbake til medietrianglet om lekkasje av metadon fra MiO til det illegale markedet, ser vi på bakgrunn av både Noelle-Neumanns taushetsspiral og Granovetters terskelmodeller at både pasienter og ansatte hadde en berettiget grunn til å være redd for negativ omtale og/eller uheldige hendelser. Hvis nå barnet som døde av metadon hadde bodd i Oslo istedenfor i Danmark, kan det tenkes at dette kunne vært nok til å hindre at kritisk mengde for aksept av metadon ble nådd hos politikerne, publikum og behandlingsapparatet, og at taushetsspiralen kunne snudd seg i tilhengers disfavør. Teoretisk kunne vi altså ha kommet i en situasjon hvor Metadonprosjektet ble avvirket på grunn av en enkelt persons skjødesløshet, og Norges holdning til metadonbehandling av heroinmisbrukere kunne forblitt like negativ, om ikke mer negativ enn tidligere. Vi hadde jo prøvd, og ”alle husker hvordan det gikk!”

## **9. AVSLUTNING**

Jeg har først og fremst beskrevet hvordan det har funnet sted en rask og omfattende holdningsendring til bruk av metadon i behandling av tunge stoffmisbrukere i Norge i løpet av 1990-tallet. Holdningsendringen illustreres ved å vise til at behandlingsformen har økt sterkt i omfang siden 1994, men også ved at den massive motstanden som var mot metadon tidlig på 90-tallet raskt stilnet. Resultatene fra Metadonprosjektet i Oslo viser at metadon er et nyttig virkemiddel også under norske forhold når det kommer til å forbedre tunge heroinmisbrukeres helhetlige situasjon. En sammenligning av de opprinnelige målsetningene og de oppnådde resultatene ved evalueringstidspunktet i 1997 viser imidlertid at det har skjedd en forskyvning av målsetningene for behandlingen. Mens skadereduksjon ikke ble nevnt i de opprinnelige retningslinjene til MiO i 1994, ser man i dag i praksis et mye større fokus på dette, selv om sosial og yrkesmessig rehabilitering fremdeles er de offisielt uttalte målsetningene.

Dette gir grunn til å hevde at vi de siste 10 årene har vært vitne til en endring både i norsk narkotikapolitikk og behandlingssideologi. Denne dreiningen går i retning av en mer sykdomsorientert modell, samt en større bredde av hjelpetiltak rettet mot stoffmisbrukere. Men mens medikamentell behandling får en større og større plass inne behandlingsapparatet for stoffmisbrukere, er det samtidig viktig å være oppmerksom på at et overordnet fokus på stoffmisbrukets biologiske og medisinske aspekter ikke nødvendigvis er til det beste for den enkelte stoffmisbruker. Imidlertid ser det ut til at man i Norge ser viktigheten ved å holde fast ved forståelsen av stoffmisbruk som et komplekst problem, slik at en økt vektlegging av medisinske aspekter på sikt kan bidra til å styrke fremfor å begrense, stoffmisbrukeres livskvalitet, menneskeverd og rehabiliteringsmuligheter. Gjennom en analyse av massemedias dekning av tema knyttet til narkotikapolitikk generelt og metadon spesielt, mener jeg å finne belegg for å hevde at media bidro til et økt fokus på stoffmisbruk som en sykdom og misbrukerne som syke. Dette, koblet med forestillinger om at metadon er den (eneste) nødvendige medisin for denne sykdommen, mener jeg har vært en sentral faktor med hensyn til den raske holdningsendringen til metadon og metadonbehandling. Media bidro til å skape en myte om metadon som vidundermiddel, en myte som ikke kan sies å være i nærheten av virkeligheten, men som likevel må antas å ha preget og påvirket holdninger i stor grad. Metadon ble en "folkesak," løsrevet fra mer politiske og behandlingsfaglige

problemstillinger, og konflikten som utspant seg blant fagfolk, ble mer eller mindre uforståelige for det brede publikum.

Imidlertid kan ikke media tilskrives den samme effekt på endring og dannelse av holdninger blant de mer opprinnelige partene i konflikten. Dette fordi disse allerede til en viss grad hadde etablert holdninger til metadon, som igjen må antas å ha vært basert på mer fagpolitisk, ideologisk og prinsipielt grunnlag. I et forsøk på bedre å forstå den raske holdningsendringen også blant fagfolk, har jeg trukket inn mer generelle mekanismer og sosial handlingsteori. Jeg har i denne forbindelse drøftet en form for sosial handlingsteori hvor enkeltindividers handlinger i stor grad bestemmes av hvordan andre velger å handle, samt av hver enkelts terskelverdi for å utføre en gitt handling. Jeg har illustrert hvordan teorien om taushetsspiralen, i kombinasjon med terskelmodeller og kritisk mengde, bidrar til en økt sosiologisk forståelse av de observerte endringene. Dette fordi disse mekanismene belyser forhold og mekanismer som vi til vanlig ikke er oppmerksomme på, og som i stor grad påvirker våre handlingsvalg og prioriteringer både på individuelt og mer samfunnsmessig nivå. De ulike teoretiske innfallsvinklene er ment å utfylle og komplettere hverandre, slik at en bredere forståelse av et komplekst sosialt fenomen blir mulig. Massemedias påvirkningskraft og føring i konflikten, i kombinasjon med sosiale mekanismer og sosial handlingsteori, gir kanskje ikke hele svaret, men på bakgrunn av denne analysen vil jeg hevde at de representerer sentrale faktorer med hensyn til den raske aksept vi så av metadonbehandling i Norge på 1990-tallet.

## **9.1. KONFLIKTEN SOM FORSVANT?**

Et annet viktig resultat som fremkommer, er at den observerte holdningsendringen og den tilsynelatende konsensus som i dag synes å råde på det narkotikapolitiske området med hensyn til metadon, mål og virkemidler, ikke nødvendigvis trenger å være uttrykk for en så omfattende holdningsendring eller enighet som man kan få inntrykk av. Kanskje er konflikten borte, kanskje er alle enige? Eller kanskje ikke?

Kanskje ligger konflikten nærmere overflaten enn vi aner, som en vedvarende trussel mot de enkle løsningene, mot sosial kontroll og en snikende av medikalisering og biologisering av vårt sosiale og kulturelle liv. Kanskje var det derfor konflikten var så

lett å polarisere, så vanskelig å gripe fatt i, fordi den var så grunnleggende. Fordi den handlet om så mye mer enn bare ja eller nei, liv eller død. Jeg håper konflikten ikke er borte. Jeg håper den fremdeles er der, klar til å bli brakt på banen igjen av uredde idealister idet det igjen skulle dukke opp problemstillinger med enkle og selvfølgelige løsninger, men som likevel krever at man ser litt lenger enn Dagbladets førsteside.



## Litteraturliste :

- Almindelig borgerlig straffelov (Straffeloven)* av 22.mai 1902 nr. 10, m/ endringer fra 1.1.1996. Grøndahl Dreyer Lovdata, Oslo.
- Almås, Reidar (1990): *Evaluering på norsk*. Universitetsforlagets Metodebibliotek.
- Andenæs, Johs. (1996): "Drømmen om et narkotikafritt samfunn". I: *Aftenposten*, 20 mai.
- Andenæs, Johs. (1994): *Straffen som problem*. Exil Forlag, Halden.
- Arbeidsgruppen 1986 (1986): *Metadonspørsmålet i lys av AIDS- epidemien*. Vurderinger fra en arbeidsgruppe. Sentralrådet for narkotikaproblemer, Oslo.
- Arbeidsgruppen 1992 (1992): *Innstilling om et eventuelt forsøksprosjekt med metadon vedlikeholdsbehandling i Oslo Kommune*. Organisatoriske og behandlingsfaglige rammer. Oslo Kommune 1992, Oslo.
- Ball, John C. og Alan Ross (1991): *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. Springer Verlag, New York.
- Baron, Robert A. og Donn Byrne (1994): *Social Psychology. Understanding human interaction*. Allyn and Bacon. Boston. 7. utgave.
- Bell, James (1998): "Delivering effective methadone treatment". I: Ward, Mattick og Hall (red.) (1998): *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers, Amsterdam.
- Blindheim, Martin (1995): "Nytter behandling?". I: *Stoffmisbruk* nr. 3.
- Blindheim, Martin (1996): "Metadon i Norden: Baklengs inn i fremtiden?". I: *Stoffmisbruk* nr. 3.
- Blindheim, Martin (1998a): "Avhengighet er noe relativt." Intervju med Helge Waal. I: *Rus&Avhengighet* nr. 1.
- Blindheim, Martin (1998b): "Tilsynet for høy moral?" I: *Rus&Avhengighet* nr. 1.
- Blix, Olof (1995): *Årsberetning, Metadonprosjektet i Oslo, 22/8-94 - 15/9-95*. Notat.
- Blix, Olof, Steinar Bruvik og Helge Waal (1996): *Metadonprosjektet i Oslo. 2-årsrapport*. Notat, Metadonprosjektet i Oslo, Oslo Kommune.
- Blix, Olof (1997): *The Methadone Project in Oslo - A three year experimental project. Preliminary report*. Notat. Oslo.
- Blix, Olof, Steinar Bruvik og Helge Waal (1998): *Metadonprosjektet i Oslo - status og erfaringer*. Senter for metadonassistert rehabilitering i Oslo (MARIO), Oslo Kommune.
- Brox, Ottar (1995a): *Dit vi ikke vil*. Exil Forlag, Halden.
- Brox, Ottar (1995b): *Praktisk Samfunnsvitenskap*. Universitetsforlagets Metodebibliotek, Universitetsforlaget, Oslo. 2. utgave.
- Christie, Nils og Kjetil Bruun (1985): *Den gode fiende. Narkotikapolitikk i Norden*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Christoffersen, Svein Aage (1997): *Handling - Person - Samfunn. En innføring i grunnlagsetikk for helse- og sosialfagene*. Tano Aschehoug, Oslo.
- Conrad, Peter og Joseph W. Schneider (1992): *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Temple University Press, Philadelphia.
- Cron, Rolf Dieter (1998): "Metadon- og heroindebatten." I: *Dagbladet*, kronikk 2 mars.
- Darke, Shane (1998): "The effectiveness of methadone maintenance treatment 3: Moderators of treatment outcome". I: Ward, Mattick og Hall (red.): *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Press, Amsterdam.
- Durkheim, Emile (1895/1991a): "Sociologins metodregler". I: *Tre klassiske tekster*. Bokforlaget Korpen, Gøteborg.
- Durkheim, Emile (1897/1991b): *Selvordet*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo. 2. utg.

- Ege, Peter (1996a): "Metadonbehandling i Danmark: Fra liberalisme til statlig styring".  
I: *Stoffmisbruk* nr. 3.
- Ege, Peter (1996b): "Heroinuttdeling, hvorfor i all verden?". I: *Stoffmisbruk* nr. 4.
- Eide, Martin og Gudmund Hernes (1987): *Død og pine. Om massemedia og helsepolitikk*. Fafo, Oslo.
- Elster, Jon (1989a): *Nuts and Bolts for the Social Sciences*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Elster, Jon (1989b): *Vitenskap og politikk*. Det blå bibliotek, Universitetsforlaget, Oslo.
- Elvbakken, Kari T., Svanaug Fjær og Thor Ø. Jensen (red) (1994): *Mellom påbud og påvirkning*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Ervik, Randi (1997): *Evaluering av Metadonprosjektet i Oslo, Del 2: Behandlingsforløp og status*. SIFA-rapport nr. 5.
- Ervik, Randi (1994): "Skadereduksjonsteori - og praksis". I: *Stoffmisbruk*, nr. 4.
- Fekjær, Hans Olav (1996): *Skadereduksjon – nyttig eller skadelig?* Innledning på Narkotikapolitisk seminar 13/3-96.
- Fivelsdal, Egil (1990): "Om Max Webers sosiologi". I: Weber, Max (1990): *Makt og byråkrati*. Gyldendal, Oslo. 2. utgave.
- Fjær, Svanaug (1994a): "Kontroll og forebygging i internasjonal rusmiddelpolitikk".  
I: Elvbakken, Fjær og Jensen (red.): *Mellom påbud og påvirkning*. Ad Notam Gyldendal.
- Fjær, Svanaug (1994b): "Ideelle mål og skadereduserende tiltak. Skandinaviske løsninger i metadonspørsmålet". I: Elvbakken, Fjær og Jensen (red.): *Mellom påbud og påvirkning*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Foucault, Michel (1994): *Overvåkning og straff*. Gyldendal, Oslo. 2. utgave.
- Frantzen, Evy (1995): "Fra tabu til forsiktig aksept". I: *Stoffmisbruk* nr. 6.
- Frantzen, Evy (1996): "Mens vi venter på metadon". I: Pedersen, Willy og Helge Waal (red.): *Rusmidler og veivalg*. Norges forskningsråd / Cappelen Akademisk forlag, Oslo.
- Frantzen, Evy (1997): *Passe elendig. Ringvirkninger av et metadonprosjekt*. Institutt for kriminologi, Universitetet i Oslo.
- Frønes, Ivar (1992): "Narkotika i media. Innledning." I: Waal og Middelthun (red.): *Narkotikaforebygging mot år 2000*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Fugelli, Per (1990): *Helse og rettferdighet. Samfunnsmedisinske artikler og foredrag*. Alma Mater Forlag AS, Bergen.
- Furuholmen, Dag (1987): *Boka om Veksthuset*. Veksthuset / Cappelen, Oslo.
- Furuholmen, Dag og Arne Schanche Andresen (1993): *Fellesskapet som metode - miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere*. Cappelen, Oslo
- Fremskrittspartiet (1998): *Regjeringen svikter de narkomane*. Pressemelding 9 januar.
- Granovetter, Mark (1978): "Threshold Models of Collective Action". I: *American Journal of Sociology* nr. 83.
- Lohiniva, Reidun Johanne B. L. (red.) (1999): *Rusmidler i Norge 1999*. Rusmiddeldirektoratet / SIFA, Oslo.
- Grönbladh, Leif og Lars Gunne (1989): "Methadone-assisted rehabilitation of Swedish heroin addicts". I: *Drug and Alcohol Dependence*, nr. 24.
- Hall, Wayne, Jeff Ward og Richard P. Mattick (1998a): "Introduction." I: Ward, Mattick og Hall (red.): *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Press, Amsterdam.
- Hall, Wayne, Jeff Ward og Richard P. Mattick (1998b): "The effectiveness of Methadone



- Maintenance Treatment 1: Heroin use and crime." I: Ward, Mattick og Hall (red.): *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Press, Amsterdam.
- Hall, Wayne, Jeff Ward og Richard P. Mattick (1998c): "The future of opioid replacement therapy." I: Ward, Mattick og Hall (red.): *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Press, Amsterdam.
- Hakkarainen, Pekka, Timo Jetsu og Astrid Skretting (1996): "Arguing drug policies in Nordic Parliaments". I: Hakkarainen, Laursen og Tigerstedt (red.): *Discussing drugs and control policy*. Nordic Council for Alcohol and Drug research (NAD), Publikasjon nr. 31
- Hammerlin, Yngve og Egil Larsen (1997): *Menneskesyn i teorier om mennesket*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Hauge, Ragnar (1992): "Norsk narkotikapolitikk - en beskrivelse og vurdering." I: Waal og Middelthun (red.) (1992) *Narkotikaforebygging mot år 2000*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hovi, Jon og Bjørn Erik Rasch (1993): *Strategisk Handling*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Interpellasjonsdebatt i Stortinget (1999): *Tiltak for å redusere overdosedødsfallene i Norge*. Referat, 16 februar.
- Johansen, Ivar (1994): "Metadonbehandling eller husleieprofitt?". I: *Stoffmisbruk* nr. 4.
- Kjellberg, Fransisco og Marit Reitan (1995): *Studiet av offentlig politikk - en innføring*. TANO, Oslo.
- Korsnes, Olav, Heine Andersen og Thomas Brante (red.) (1997): *Sosiologisk Leksikon*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Kringlen, Einar (1996): *Medisin og samfunn*. Universitetsforlaget, Oslo, 2. utgave.
- Lagerspetz, Mikko (red.) (1992): *Social problems in newspapers. Studies around the Baltic Sea*. Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD), Publikasjon nr. 28.
- Lagerspetz, Mikko (1994): "Social problems in newspapers: Concluding remarks" I: Lagerspetz, (red.): *Social problems in newspapers. Studies around the Baltic Sea*. Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD), Publikasjon nr. 28.
- Laursen, Lau (1994): "Violence and other social problems in Denmark - media construction and reality". I: Lagerspetz, Mikko (red.): *Social problems in newspapers. Studies around the Baltic Sea*. Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD), Publikasjon nr. 28.
- Lind, Brit Bergersen (1974): *Narkotikakonflikten - stoffbruk og myndighetskontroll*. Gyldendal, Oslo.
- Lie, Reidar Krummradt (1992): "Etiske spørsmål med hensyn til medikamenter i behandling av stoffavhengige". I: Rådet for medisinsk forskning (RMF)/Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF): *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige*. Rapport nr.3.
- MARIO (1998): *Årsmelding 1998*. Senter for metadonassistert rehabilitering i Oslo. Rusmiddelstaten, Oslo Kommune.
- Mathiesen, Thomas (1992): *Det uferdige*. Pax, Oslo. 2. utgave.
- Mathiesen, Thomas (1993): *Makt og medier*. Pax, Oslo. 2. utgave.
- Mork, Torbjørn (1992): "Policyutvikling". I: Rådet for medisinsk forskning (RMF)/Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF) (1992): *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige*. Rapport nr.3.
- Maaseide, Kristin (1997): *Narkotikapolitikkens retorikk*. Stensilserien, nr. 86. Institutt for kriminologi, Universitetet i Oslo.
- NFTS (Norsk Forum for Terapeutiske Samfunn) (1992): Høringsuttalelse vedrørende metadon,

- avgitt til Oslo Kommune 24.08.92.
- Noelle-Neumann, Elisabeth (1984): *The Spiral of Silence. Public opinion - Our social Skin.* The University of Chicago Press, Chicago/London.
- Pedersen, Willy og Helge Waal (red.) (1996): *Rusmidler og veivalg.* Norges forskningsråd / Cappelen Akademisk forlag, Oslo.
- Ravndal, Edle og Per Vaglum (1997): *Betydningen av psykopatologi hos narkomane i metadon-behandling. En prospektiv undersøkelse.* SIFA / Institutt for medisinske afterdsfag, Universitetet i Oslo. Arbeidsrapport nr. 2.
- Rienks, Ineke (1997): "Neighbourhood resistance to metadone clinics: The Oslo example." I: *Newsletter Euro-Metwork*, nr. 10, mars 1997.
- Rieber-Mohn, Georg Fr. (1996): "Dilemmaer i narkotikapolitikken." I: Pedersen og Waal (red.): *Rusmidler og veivalg.* Norges forskningsråd/Cappelen Akademisk forlag, Oslo.
- Ruud, Anne-Ma og Aud Krook (1998): *Rapport fra Metadontiltaket Ullevål 01.01.1995 - 31.12.1997.* Akuttinstitusjonen, Oslo Kommune.
- Rådet for medisinsk forskning (RMF)/Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF) (1992): *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige.* Rapport nr.3.
- Schelling, Thomas C. (1978): *Micromotives and macrobehavior.* W. W. Norton & Co, New York / London.
- Schrøder, Kim (1992): "Not my Kid. Amerikansk tv-fiksjon og narkotikaproblemet". I: Waal og Middelthon (red.) (1992) : *Narkotikaforebygging mot år 2000.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Schwebs, Ture og Helge Østby (1999): *Media i samfunnet.* Det Norske Samlaget, Oslo. 4. Utg.
- Skog, Ole-Jørgen (2000): "Addicts' Choice". I: *Addiction*, (forthcoming pr. feb 00.)
- Skog, Ole-Jørgen (1992): "Utviklingen av det norske narkotikaproblemet." I: Waal og Middelthon (red.): *Narkotikaforebygging mot år 2000.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Skretting, Astrid (1997): *Evaluering av Metadonprosjektet i Oslo. Del 1: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak.* SIFA-rapport nr 4.
- Skretting, Astrid, Pekka Hakkarainen, Lau Laursen, og Börje Olsson (1996): "Reporting on drugs in Nordic Newspapers" I: Hakkarainen, Laursen og Tigerstedt (red.): *Discussing drugs and control policy.* Nordic Council for Alcohol and Drug research (NAD), Publ. nr. 31.
- Steward, Tam (1996): *The heroin users.* Pandora Press/Haper Collins, London. 2. utgave.
- Stoffmisbruk* (1997) nr. 3. Tema: Demonstrasjon mot metadon. Side 13 – 20.
- Stortingsmelding nr. 13 (1985-86): *Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken.* Sosialdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 16 (1996-97): *Narkotikapolitikken.* Sosial- og helsedepartementet.
- Valberg, Aksel (1992): "Norsk presses fremstilling av rusmidler og rusmiddelbrukere: Samfunnsspeil eller desinformasjon?". I: Waal og Middelthon (red.): *Narkotikaforebygging mot år 2000.* Universitetsforlaget, Oslo.
- de Vibe, Astrid (1992): "Historier fra virkeligheten? Narkotika i ukebladenes "Mitt Liv"-spalter" I: Waal og Middelthon (red.) (1992) : *Narkotikaforebygging mot år 2000.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Waal, Helge og Anne Lise Middelthon (red.) (1992) : *Narkotikaforebygging mot år 2000.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Waal, Helge (1992): "Metadonbehandling i Norge. Forslag til modell for et forsøksprogram." I: Arbeidsgruppen 1992: *Innstilling om et eventuelt forsøksprosjekt med metadon*

- vedlikeholdsbehandling i Oslo Kommune. Organisatoriske og behandlingsfaglige rammer.* Oslo Kommune.
- Waal, Helge (1996): "Veivalgene og forskningen". I: Pedersen og Waal (red.): *Rusmidler og veivalg.* Norges forskningsråd / Cappelen Akademisk forlag, Oslo.
- Waal, Helge, Olof Blix og Aud Krook (1997): *Utredning om nasjonalt kompetansesenter for metadonassistert rehabilitering.* Oslo Kommune.
- Waal, Helge (1999): "Reddet med ny pille i sprøyterom?" I: *Aftenposten*, kronikk 6 mai.
- Waal, Helge, Olof Blix, Aud Krook og Harald Olsen (1999): "Bruk av metadon i behandlingen av opioidavhengighet." I: *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 2.
- Waldahl, Ragnar (1999): *Mediepåvirkning.* Ad Notam Gyldendal, Oslo. 2. utgave.
- Ward, Jeff, Richard P. Mattick og Wayne Hall (red.) (1998a): *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies.* Harwood Academic Press, Amsterdam.
- Ward, Jeff, Richard P. Mattick og Wayne Hall (1998b): "The use of methadone during maintenance treatment: Pharmacology, dosage and treatment outcome." I: Ward, Mattick og Hall (red.): *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies.* Harwood Academic Press, Amsterdam
- Ward, Jeff, Richard P. Mattick og Wayne Hall (1998c): "The use of urinalysis during opioid replacement therapy." I: Ward, Mattick og Hall (red.): *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies.* Harwood Academic Press, Amsterdam
- Ward, Jeff, Richard P. Mattick og Wayne Hall (1998d): "The effectiveness of methadone maintenance treatment 2: HIV and infectious hepatitis." I: Ward, Mattick og Hall (red.): *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies.* Harwood Academic Press, Amsterdam
- Weber, Max (1990): *Makt og byråkrati.* Gyldendal, Oslo. 2. utgave.
- Østerberg, Dag (1991): "Innledning". I: Durkheim, Emile (1897/1991b): *Selvordet.* Gyldendal Norsk Forlag, Oslo. 2. utgave.
- Øye, Ivar (1999): "Farmakologiske prinsipper for behandling av heroinmisbruk." I: *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 14.
- Aamodt, Øyvinn og Helge Waal (1998): "Erfaringer med naltrexon i behandlingen av Opiatavhengige." I: *Rus&Avhengighet* nr. 4.

(\* Tidsskriftet "Stoffmisbruk" skiftet fra 1.1.1998 navn til "Rus&Avhengighet")

### **Mediekilder:**

#### **Aftenposten:**

- 30/5-94: *Bastant nei til metadonutleie / Bygdøy Allè 23 nekter å ta imot: Nytt nei til metadon.*
- 31/5-94: *Beklager nei til metadonklinikk*
- 15/6-94: *Metadon: Endeløs tvist / Metadonprosjektet ender i retten.*
- 17/6-94: *-Fåmetadon-hjelpen i gang!*
- 28/6-94: *Byrådets nedtur i Oslo Vest. Bygdøy alle: Nytt nei til metadon / Frogner: Ny naboprotest / Tåsen: Avviser psykiatri / Kløverlia: Fylliker uønsket*
- 25/10-94: *Metadonsenter i barnehavehus / Metadon-naboer protesterer Aften*
- 9/11-94: *Fagfolk forvilet over metadonprosjekt.*
- 11/11-94: *Metadonprosjektet: Tre døde i metadonkøen / Hans Petters siste håp etter 15*

*overdoser / Ni får ro i sjelen med solbærsaft*

1/12-94: *Kritikk av metadonhåndtering*

29/8-95: *Narkotika som medisin / Heroin på kvote i Sveits*

21/8-96: *Dør før hun får hjelp? / Kritisk Christie: 20 år for sent*

27/12-96: *Mange dør etter metadon-nekt*

21/1-97: *De narkomanes drøm om metadon*

11/6-97: *La de narkomane i fred!*

21/6-97: *I tog for metadon*

25/8-97: *-Uaktuelt åfrigi heroin i Norge / Vil reise til Danmark*

30/8-97: *Nytt liv på statlig heroin / Setter sprøyter på rekke*

31/8-97: *Vil ikke vurdere heroinkvoter / Uenighet om heroinkvoter*

13/2-98: *Misbrukere mottar livsfarlig hjelp: Får narkotika av legen – dør av overdose*

19/2-98: *Metadonutvidelse utsatt, lege frykter overdose-eksplosjon*

6/3-98: *Tre døde av overdose i går*

11/3-98: *Tre nye dødsfall etter overdoser*

24/11-98: *Minst 1200 reddet fra overdosedøden i år.*

13/2-98: *Misbrukere mottar livsfarlig hjelp: Får narkotika av legen – dør av overdose.*

20/2-99: *Politiet mister grepet / Rekordbeslag av kokain og amfetamin.*

3/3-99: *Ett av to overdoseofra var ”ukjent”.*

26/3-99: *Fagrådet slakter norsk narkotikapolitikk.*

2/5-99: *Åpner for heroinkvoter.*

8/7-99: *Ja til varmetue for narkomane.*

3/7-00: *Norge på overdosetoppen, mer metadon*

### **Arbeiderbladet:**

7/5-94: *Narkomane uønsket*

28/7-94: *Ber om nytt liv: Metadon er min billett til livet / Metadon betyr liv eller død*

22/11-94: *Behandler seg selv med metadon / Få opp øya, Hill-Marta!*

24/11-94: *Egenbehandling er uforsvalig / Jeg forstår deg, Terje.*

1/12-94: *Byrådet er en narkobrem!*

20/2-95: *Sprøytenarkoman møtte sosialministeren: Gi meg metadon, Hill-Marta! / Du må ikke gi opp, Terje!*

29/5-95: *Til Danmark etter metadon / Frykter ikke noen masseflukt / Uverdige liv på metadon*

10/7-95: *Metadon selges på gata / Lett å forstå bitterheten*

11/7-95: *Utdelingen bryter med forutsetningene*

18/7-95: *Selges ikke på gata. Wenche forsvarer metadonprosjektet*

9/8-95: *Snille leger er gull verd*

7/8-96: *Ja til metadon på apotek / Narkotikamisbrukerne dør mens de venter*

21/6-97: *Narkomane i tog for metadon*

3/9-97: *Stor heroin-diskusjon: Erik Solheim henter inspirasjon fra Sveits-prosjekt.*

**Dagsavisen (tidligere Arbeiderbladet):**

8/12-97: *-Gi heroin til narkomane. Professor Nils Christie: Vi kan ikke akseptere at folk dør.*

5/3-98: *Gi narkomane heroin / Systemet rammer unødige hardt.*

**Dagbladet:**

13/4-94: *Huskrangel gir narkodødsfall*

5/6-94: *Kirken ble narke-bule: Nederland vurderer legalisering av heroin og kokain.*

5/6-94: *Ikke som vår nabo*

13/6-95: *Advokat vil ha dop-monopol / Faste doser kan redde liv*

1/4-98: *Lotteri om liv og død*

30/7-98: *Wenche Foss vil ha metadon til de narkomane: -Gi dem et verdig liv!*

13/8-98: *Politimester vil dele ut heroin*

**VG:**

VG-serie: *"Kampen om metadon":*

19/5-94: *Siste rop om hjelp / Legene nekter / Trygler om metadon*

20/5-94: *Reddet av metadonen / Åtte av ti blir rusfrie*

24/5-94: *Evig angst / Ønsker egne erfaringer / Du blir narkoman "light" av metadon*

26/5-94: *Frykter metadonpress på norske leger*

28/5-94: *Reddet av mor: "Innbruddskongen" er skolegutt i Danmark*

15/7-94: *Vi må redde de narkomane: Hagen inn i metadonprosjektet*

15/4-95: *Nytt liv påmetadon / Fikk datteren tilbake / Fem døde i metadonkø*

29/9-97: *Fortsatt gratis heroin til tunge narkomane i Sveits.*

12/7-98: *Toåring døde av metadon.*

**Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.**

