



Perspektiver og tilnærminger til bruk av ulovlige
rusmidler
- En diskursanalyse av arbeidet med rusreform i Norge

Andreas Fagertun
VID vitenskapelige høgskole
Oslo

Masteroppgave
Master i sosialt arbeid

Antall ord: 25075
17.11.2022

Sammendrag

Denne oppgaven benytter diskursanalyse til å se på perspektiver og tilnærminger til bruk og besittelse av illegale rusmidler på rusfeltet som kommer til uttrykk i dokumenter knyttet til Solberg-regjeringens forsøk på å få gjennomført en rusreform. Reformen hadde som mål å flytte samfunnets reaksjoner på bruk og besittelse av narkotika til eget bruk fra strafferettssystemet til helsevesenet og å redusere stigmatisering som kan ha stått i veien for at brukere har fått den behandlingen og de tjenestene som ville vært mest hensiktsmessige. Ved å analysere diskurser knyttet til strafferettssystemet, helsevesenet og sosialt arbeid danner det seg et bilde over aktørene på rusfeltets ulike hensyn og motstridende målsettinger. Ved å gå nærmere inn på forslaget til rusreform kan man også se på om det var egnet til å skape endringer i maktstrukturer.

Stikkord:

Rusreform, diskursanalyse, stigmatisering, skadereduksjon, psykososial integrasjon

Summary

This paper uses discourse analysis to look at perspectives and approaches to use of illicit drugs and how they are expressed in documents connected to the norwegian governments attempt to pass a drug-reform. The reform set out to move societys reactions to illegal drug use an posession for own consumption from the penal system to the health care system, and reduce stigmatization that can be standing in the way of giving drug-users the treatment and services that are most reasonable. By analyzing discourses associated with the penal system, health care and social work an image is forming over the different considerations and conflicting goals in the field. By looking closer at the proposal to impose a reform one can also see if it was capable of changing the existing power-structures.

Key words:

Norwegian drug-reform, discourse analysis, stigmatization, harm-reduction, psychosocial integration

Innhold

Sammendrag	s. 2
Summary	s. 2
1 Innledning	s. 4
1.1 En kort historikk over norsk narkotikapolitikk	s. 5
1.2 Sosialt arbeid	s. 7
2 Teori	
2.1 Perspektiver på rus	s. 10
2.2 Stigmatisering	s. 12
2.3 Skadereduksjon	s. 13
2.4 Makt	s. 14
2.5 Diskursteori	s. 15
2.6 Brukermedvirkningsdiskurser	s. 17
3 Metode	
3.1 Diskursanalyse	s. 18
3.2 Diskursorden	s. 20
3.3 Utvalg	s. 22
3.4 Kildekritikk	s. 23
4 Analyse	s. 24
4.1 Medisinsk diskurs	s. 25
4.2 Strafferettslig diskurs	s. 27
4.3 Sosial diskurs	s. 29
4.4 Forholdet mellom de tre diskursene	
4.4.1 Mester-betegnere	s. 32
4.4.2 Forholdet mellom de tre diskursenes nodalpunkter	s. 33
4.5 Legaliseringsdiskurs	s. 37
4.6 Brukermedvirkningsdiskurser	s. 39
4.6.1 Rådgivende enhet for narkotikasaker	s. 40
4.6.2 Brukermedvirkning i de ulike diskursene	s. 41
5 Drøfting	s. 43
5.1 Dislokasjon	s. 43
5.2 Oppsøkende virksomheter	s. 45
5.3 Stigmatisering	s. 47
5.4 Erfaringskonsulenter	s. 51
5.5 Skadereduksjon	s. 54
5.6 Makt	s. 57
5.6.1 Makt og tvang	s. 58
5.7 Oppsummerende drøfting	s. 62
6 Avslutning	s. 65
7 Litteraturliste	s. 71

1 Innledning

I mars 2018 ble Rusreformutvalget oppnevnt for å forberede gjennomføring av Solberg-regjeringens rusreform der regjeringen ønsket at ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk skulle overføres fra justissektoren til helsetjenesten. I utvalgets mandat sto det at bakgrunnen for rusreformen var en erkjennelse av at rusproblematikk i all hovedsak er en helseutfordring og at straffeforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk har bidratt til stigmatisering og kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging (NOU 2019:26, s. 17). Utvalget avga sin utredning *NOU 2019:26 Rusreform – fra straff til hjelp* i desember 2019 til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet leverte sitt forslag til lovvedtak *Prop. 92 L (2020-2021)* i februar 2021.

I både utredningen og lovforslaget ble det foreslått at tilnærmingen til bruk og besittelse av ulovlige rusmidler skulle endres, slik at man ikke lenger skulle straffe ulovlig rusbruk med bøter. I stedet skulle de som ble tatt for illegal rusbruk bli pålagt å møte hos en kommunal rådgivende enhet. Utvalget foreslår å opprette en *rådgivende enhet for narkotikasaker* enten i hver kommune eller at flere kommuner samarbeider om å ha en slik enhet. Videre foreslår utvalget at en slik rådgivningsenhet skal ha tilgang på medisinskfaglig, psykologfaglig, sosialfaglig og erfaringsbasert kompetanse (NOU 2019:26, s. 34-35). Utvalget ble også bedt om å utrede hvilken mengde illegale rusmidler som skulle falle inn under definisjonene av "bruk og besittelse til eget bruk". Flertallet av utvalgsmedlemmene kom frem til et forslag om terskelverdier som de mener kan fange opp en normal variasjon blant brukerne. De presiserer at straffrihet ved besittelse innenfor terskelverdiene kun gjelder når rusmidlene er til eget bruk. Hvis det foreligger rimelig grunn til å etterforske om stoffet ikke er til eget bruk kan det gjøres etter eksisterende bestemmelser i straffeloven (NOU 2019:26, s. 282-283).

Denne oppgaven skal se nærmere på ulike perspektiver og tilnærminger til bruk og besittelse av illegale rusmidler, slik de er i dag og slik de fremkommer i utredningen og noen utvalgte hørings svar. De ulike tilnærmingene til og perspektivene på bruk av ulovlige rusmidler er forankret i fagdiskusjoner. Ved å analysere noen av dokumentene og høringsuttalelsene som har blitt produsert i arbeidet med rusreformen vil jeg kunne

identifisere kjennetegn ved de ulike perspektivene og hvilke tilnærminger som springer ut fra de perspektivene, og plassere de innenfor noen *diskurser*.

Som en sekundær problemstilling skal jeg fokusere på sosialt arbeid og hvordan sosialarbeidere kan navigere i et landskap preget av ulike tilnærminger. Jeg skal plassere sosialarbeideren i dette landskapet, i en *diskursorden*, der sosialarbeideren må forholde seg til og samarbeide med andre profesjonsutøvere. Jeg skal bruke *diskursanalyse* som metode for å lokalisere konflikter mellom ulike aktører i diskursordenen.

Problemstillinger

Hvilke ulike perspektiver og tilnærminger til bruk av ulovlige rusmidler kommer til uttrykk i dokumentene som er knyttet til arbeidet med rusreform i Norge?

Hvordan kan profesjonsutøvere innen sosialt arbeid forholde seg til de ulike perspektivene og tilnærmingene i sin arbeidshverdag?

1.1 En kort historikk over norsk narkotikapolitikk

Før jeg tar fatt på oppgaven er det nyttig å ta en kort gjennomgang over historikken til norsk ruspolitikk. Johansen m.fl. (2018) har skrevet en gjennomgang av hvordan man opp igjennom historien har kontrollert rusbrukere i Norge. Johansen var medlem av rusreformutvalget og en lignende gjennomgang finnes i utredningen når de skriver om bakgrunn og forutsetninger for rusreform og trekker opp hovedlinjer i norsk narkotikapolitikk. Kontrollen startet på 1700-tallet med innesperringen av fattige og opprettelsen av tukthusene. For å skille ut hvem som hørte hjemme på tukthus fra de som fortjente hjelp opererte man med et skille mellom *verdige trengende* og *uverdige trengende*. De *verdige trengende* ble vurdert til å være syke, mens de *uverdige trengende* ble vurdert til å være late, ugudelige, drankere og promiskuøse (Johansen et al., 2018, s. 244).

Senere begynte man å se på problematisk rusbruk som en sykdom. I mellomkrigstiden kom lov om edruehetsnemnder og behandling av drikkfeldige som hadde fokus på å endre atferden og tenkemåten til personer med alkoholproblemer. Selv om alkoholproblemer ble omtalt som en sykdom, var virkemidlene som ble brukt sanksjoner og råd som fokuserte på personens moralske ansvar (Johansen et al., 2018, s.

247-248). Når man i 1961 begynte å behandle rusmisbrukere på Statens klinikk for narkomane skjedde det et verdiskifte. Man sa at dette var pasienter som trengte medisinsk behandling for å redusere stigmatisering og den statlige klinikken så på rusavhengighet som et symptom på personlig lidelse. De ønsket ikke at pasientene skulle føle seg som kriminelle (Johansen et al., 2018, s. 248-249).

Einar Ødegård (2001) har også skrevet om historikken til norsk narkotikapolitikk. Han skriver at det på 1960-tallet oppstår et nytt bruksmønster ved at cannabis og hallusinogene stoffer får innpass i yngre aldersgrupper og at denne endringen blir ledsaget av en endring i narkotikapolitikken. Bruk av narkotika gikk fra å være et medisinsk anliggende mellom bruker og lege til å bli forstått som et kriminalpolitisk spørsmål. Når ungdommer samlet seg i Slottsparken våren 1966 og brukte cannabis så fikk det store oppslag i media. Forestillingen om at man sto ovenfor epidemi av narkotikamisbruk fikk gjennomslag og denne trusselen rettferdiggjorde radikale mottiltak. Før 1964 var maksimalstraff for narkotikaforbrytelser 6 måneders fengsel, tyve år senere, i 1984, var maksimalstraffen 21 års fengsel, som er en økning av straffemengde på 4200 % (Ødegård, 2001, s. 4-5).

I 1993 trådte sosialtjenesteloven av 1991 i kraft. Denne avløste edruskapsloven av 1932. Fra da av fikk de kommunale sosialtjenestene det overordnede ansvaret for tjenester til personer med rusproblemer. I denne perioden hadde sosialfaglige perspektiv og sosialpedagogisk behandlingsmetodikk en fremtredende posisjon i behandlingstilbudene. I januar 2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisthelsetjenester til rusmiddelavhengige. Dermed fikk disse pasientene også pasientrettigheter og rett til behandling i "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk". Det tverrfaglige aspektet var med for å beholde den sosialfaglige og miljøterapeutiske behandlingsmetodikken i behandlingstilbudene, i tillegg til at spesialisthelsetjenesten bidro med sin medisinske kompetanse (NOU 2019:26, s. 60-62).

I utredningen av rusreform blir Straffelovkommisjonens forslag til lovendringer som ble fremmet i 2002, for å avkriminalisere bruk av narkotika, samt erverv og besittelse av narkotika til eget bruk, betraktet som et brudd i norsk narkotikapolitikk som hadde vært preget av straffeskjerpelser og kontrolltiltak. Det var første gang et offentlig utvalg fremmet et forslag om avkriminalisering på dette området (NOU 2019:26, s. 51). Forslaget førte ikke frem og det ble ikke vedtatt noen avkriminalisering, men utredningen som Straffelovkommisjonen presenterte i 2002 omkring ny straffelov

inneholder en del kritikk mot kriminaliseringen og straffenivået på narkotikafeltet som fortsatt gjør seg gjeldende. Blant annet la de vekt på skadefølgeprinsippet som går ut på at straff bare bør brukes som reaksjon på handlinger som medfører, eller kan medføre, at noen påføres skade. Kommisjonen la også vekt på at straffeforfølgning har en stigmatiserende effekt (NOU 2019:26, s. 51).

Når Ødegård skriver om norsk narkotikapolitikk skriver han at det er en politikk som forsøker å forene ulike siktemål og at den er preget av indre motsetninger (Ødegård, 2001, s. 2). Et eksempel på dette er det at man ønsker å hjelpe og behandle *brukere*, mens man samtidig ønsker å straffe og stoppe *selgere*. Ødegård tar opp at beskrivelsen av selgere som "bakmenn", ukjente og hensynsløse individer, bidro til å forsterke trusselbildet og legitimere straffeskjerpelsene (Ødegård, 2001, s. 7-8). Denne oppdelingen i *brukere* og *selgere* er fortsatt et dilemma i narkotikapolitikken og det er verdt å merke seg at rusreformen var ment å endre på samfunnets reaksjoner på bruk av illegale rusmidler og besittelse av ulovlige stoffer til eget bruk. Samfunnets reaksjoner på salg av ulovlige stoffer inngikk ikke i utvalgets mandat til å foreslå endringer omkring. Jeg skal nå gå over til å presentere *sosialt arbeid*.

1.2 Sosialt arbeid

Pionerene innenfor sosialt arbeid begynte å jobbe med marginaliserte grupper i USA og Europa på slutten av 1800-tallet, da det ble nødvendig med en systematisk innsats mot fattigdom og nød. Utviklingen av sosialt arbeid i Norge er nært knyttet til utviklingen av velferdsstaten og i 1950 fikk man på plass den første sosialarbeiderutdanningen i Oslo. Siden jeg i oppgaven også skal forsøke å løfte frem et sosialfaglig perspektiv er det aktuelt å si noe om hva som menes med *sosialt arbeid*.

Ellingsen, Berg, Levin og Kleppe (2015) skriver om sosialt arbeid at det er både en akademisk disiplin, et fag og en profesjon. Den akademiske disiplinen bygger på en vitenskapelig kunnskapsbase som det undervises i på universiteter og høyskoler, og man kan ta høyere utdanning innen disiplinen. Faget befinner seg i et felt der sosialt arbeid utøves, det kan være i barnevernet, kriminalomsorgen, innen psykisk helse eller andre sosialfaglige felt. Profesjonen er en type hjelpearbeid som handler om å hjelpe mennesker i vanskelige livssituasjoner og bidra til å skape endring hos enkeltpersoner eller grupper, men *sosialt arbeid* handler også om å tydeliggjøre og motvirke forhold i samfunnet som bidrar til ekskludering og marginalisering (Ellingsen et al., 2015, s. 19).

Ellingsen m.fl. har oversatt en global definisjon på *sosialt arbeid* fra Den internasjonale sosialarbeiderorganisasjonen (IFSW):

Sosialt arbeid er et praksisbasert yrke og en akademisk disiplin som fremmer sosial endring og utvikling, sosial utjevning samt myndiggjøring og frigjøring av mennesker. Prinsipper om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for forskjeller er sentrale i sosialt arbeid. Understøttet av sosialt arbeids teorier, samfunnsfag, humaniora og urbefolknings kunnskap, engasjerer sosialt arbeid mennesker og strukturer for å møte livsutfordringer og for å bedre menneskers velferd. (Ellingsen et al., 2015, s. 21).

Disse prinsippene som fremheves som sentrale i sosialt arbeid; sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for forskjeller, kan også sies å være sentrale prinsipper i arbeidet med rusreform. Både sosialt arbeid og arbeidet med rusreform engasjerer mennesker og strukturer for å møte livsutfordringer og for å bedre menneskers *velferd*. *Velferd* kan ses som en *kjerneverdi* i sosialarbeidernes virke. *Velferd* kan forstås som det å ha "et godt liv" (Ellingsen et al., 2015, s. 83). Senere i oppgaven vil jeg plassere *velferd* sentralt i "den sosiale diskursen".

Når kjerneverdien *velferd* skal konkretiseres av en profesjonsutøver kan det bli utfordrende, og sosialarbeiderens egne holdninger til hva som er "et godt liv" vil spille inn. Det kan også oppstå spenninger mellom brukerens, profesjonsutøverens og oppdragsgiverens ulike perspektiver og verdier (Ellingsen et al., 2015, s. 90-95). På samme måte vil ulike perspektiver og holdninger til bruk av ulovlige rusmidler påvirke hvilken tilnærming man har til det. Verdier har betydning for vår forståelse og vår handling. Når sosialarbeideren reflekterer over sine egne holdninger er det ikke nødvendigvis for å kunne opptre mest mulig verdinøytral, men å bli mer bevisst sine egne verdier (Ellingsen et al., 2015, s. 90).

Fellesorganisasjonen (FO) har et yrkesetisk grunnlagsdokument for sine medlemmer som består av barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Dette dokumentet presenterer følgende forpliktende fellesverdier for profesjonene:

- Menneskeverd
- Respekt for den enkeltes integritet

- Anerkjennelse av ulikhet og ikke-diskriminering
- Helhetssyn på mennesker
- Tillit, åpenhet, redelighet
- Omsorg og nestekjærighet
- Solidaritet og rettferdighet
- Ansvar

Jeg skal ikke utdype hvert enkelt punkt, men vil trekke frem noe av det som står under noen av punktene. Under *menneskeverd* står det at profesjonsutøverne skal forsvare den enkeltes rett til liv og helse, bekjempe bruk av vold og tvang og arbeide for at brukerne skal få så gode levekår og så god livskvalitet som mulig. Under *solidaritet og rettferdighet* står det at brukernes rettigheter alltid skal ivaretas, og profesjonsutøverne har et særskilt ansvar for å arbeide for økt rettssikkerhet og bedre levekår for utsatte grupper i samfunnet. Under *anerkjennelse av ulikhet og ikke-diskriminering* skriver de at det er viktig å være kritisk til likebehandling og standardiserte tiltak i møte med ulike situasjoner og behov. Under *respekt for den enkeltes integritet* skriver de at gjennom dialog og tilrettelegging for medvirkning skal man bidra til å styrke brukernes mulighet til å leve i samsvar med egne verdier, muligheter og begrensninger. Under punktet *tillit, åpenhet, redelighet* står det at profesjonsutøverne kan bidra til at tillit oppstår gjennom åpen kommunikasjon, forståelig informasjon, tydelige begrunnelser og ivaretagelse av konfidensialitet (FO, 2019, s. 4-5).

Brukermedvirkning er et tverrgående krav til tjenesteytere og tjenesteleverandører om at brukerne skal få være med å utforme tilbudet sammen med fagfolk. Den enkeltes rett til å medvirke er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven § 31, mens helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 sikrer pasienter og brukeres innflytelse på systemnivå. NAV-loven § 6 pålegger arbeids- og velferdsetaten at representanter for brukerne skal få uttale seg i forbindelse med planlegging, gjennomføring og evaluering av etatens tjenester. Sosialtjenesteloven § 42 pålegger kommunen til å rådføre seg med tjenestemottager ved utforming av tjenestetilbud (NOU 2019:26, s. 106). Det fremkommer her at brukermedvirkning kan skje på individnivå eller systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå omhandler den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt eget hjelpetilbud, mens brukermedvirkning på systemnivå går ut på at representanter for brukerne involveres, enten gjennom høringer eller representasjon i råd og utvalg, i diskusjoner om hvordan tjenestene bør utformes

(Askheim, 2017, s. 135). I arbeidet med rusreformen har representanter fra brukerorganisasjoner deltatt som medlemmer i utvalget som arbeidet med utredningen, som er et eksempel på medvirkning på politisk nivå. Jeg kommer mer inn på brukermedvirkning når jeg senere skal skrive om *brukermedvirkningsdiskurser*. Nå forlater jeg innledningen og skal gå i gang med å presentere teoriene som skal ligge til grunn for oppgaven.

2 Teori

2.1 Perspektiver på rus

Rusreformen handler om å gjøre om på reaksjonene ovenfor personer som blir tatt av politiet i å bruke illegale rusmidler, at disse personene skal få sine reaksjoner fra helsesektoren i stedet for justissektoren. Begge disse sektorene har differensierte metoder for å møte personer som bruker illegale rusmidler. I utredningen deles personer som bruker illegale rusmidler inn i tre grupper: *eksperimentbrukere*, *rekreasjonsbrukere* og *problembbrukere*. Med *eksperimentbrukere* menes personer som har brukt narkotika én eller noen få ganger og som deretter ikke har gjort det igjen. *Rekreasjonsbrukere* er de som bruker eller har brukt narkotika mer eller mindre jevnlig uten at det har ført til nevneverdige problemer. *Problembbrukere* klassifiseres som personer som bruker eller har brukt narkotika i et omfang som fører til helsemessige, sosiale og/eller økonomiske problemer (NOU 2019:26, s. 72). I Helsedirektoratets retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse brukes samlebetegnelsen *ruslidelse* for skadelig bruk, avhengighet og misbruk av både lovlige og illegale rusmidler. Denne diagnosen kan settes når følgene av rusmiddelbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). Jeg skal nå gå nærmere inn på perspektiver på avhengighet.

Jostein Rise (2014) skriver at debatten om avhengighet har vært dominert av to modeller, *sykdomsmodellen* og *den moralske modellen*, og at det innenfor disse modellene finnes flere varianter. Innen *sykdomsmodellen* trekker han frem to varianter; *avhengighet som psykiatrisk sykdom* og *avhengighet som hjernesykdom*. Som psykiatrisk sykdom defineres avhengighet som et "maladaptivt kronisk bruksmønster med stadige tilbakefall", mens som hjernesykdom ses personens atferdsmønster som et direkte resultat av fysiologiske endringer i hjernen som følge av kronisk inntak av rusmidler

over tid. I *den moralske modellen* ser man på avhengighet som viljesvakhet og at den avhengige personen ikke klarer å velge det som er best for en selv. Rise trekker frem at de to modellene har ulike oppfatninger av moralsk ansvar. At hvis man tenker at avhengighet hører inn under *sykdomsmodellen* så holder man vanligvis ikke personer ansvarlig for en sykdom som de har, men hvis man ser avhengighet som viljesvakhet så kan man også holde personen ansvarlig for valgene som han tar (Rise, 2014, s. 9-11).

I de overnevnte perspektivene på avhengighet er fokuset på individet. Bruce K. Alexander (2008) trekker frem et perspektiv på avhengighet som ser det også som et sosialt problem. I dette perspektivet er ikke avhengighet noe som er begrenset til substanser, fordi han finner de samme psykologiske dynamikkene i blant annet kjærlighetsforhold og gambling. Det er heller ikke begrenset til en medisinsk tilstand, men kjennetegnes av å være en overveldende involvering i en interesse som kan være skadelig (Alexander, 2008, s. 35-36). Et sentralt element i Alexanders perspektiv er begrepet *dislokasjon* som forstås som mangel på *psykososial integrasjon*. *Dislokasjon* er en mangel på stabile psykologiske og sosiale tilknytninger som kunne sørget for et sett med ansvar og privilegier som er med på å definere ens plass i samfunnet. Langvarig og alvorlig *dislokasjon* vil føre med seg fortvilelse og skam og kan ofte føre til selvmord og andre former for selvutslettelse (Alexander, 2008, s. 58-59). I Alexanders perspektiv på avhengighet er hovedfunksjonen til denne atferden å fungere som en substitutt for *psykososial integrasjon*. Han skriver at selv livet som en injiserende rusmisbruker er bedre enn å være fullstendig sosialt ekskludert, for man er i det minste en del av en subkultur (Alexander, 2008, s. 62).

Alexander presenterer fire typer avhengighet. *Avhengighet1* er en overveldende involvering i narkotiske stoffer eller alkohol som gjør skade på den avhengige personen, samfunnet eller begge deler. *Avhengighet2* er overveldende og ikke-overveldende involvering i narkotiske stoffer eller alkohol som gjør skade på den avhengige personen, samfunnet eller begge deler. *Avhengighet3* er overveldende involvering i hvilken som helst interesse, inkludert narkotiske stoffer og alkohol, som gjør skade på den avhengige personen, samfunnet eller begge deler. *Avhengighet4* er involvering i hvilken som helst interesse som ikke er skadelig verken for personen eller samfunnet (Alexander, 2008, s. 29). Uavhengig av hvilken type avhengighet en person skulle ha, så mener Alexander at atferden springer ut fra en manglende *psykososial integrasjon*. Det handler for han ikke

om å se bort fra de individuelle problemene eller profesjonelle behandlingskunnskaper, men å plassere det i en større sosial kontekst (Alexander, 2008, s. 4).

2.2 Stigmatisering

Stigmatisering er et begrep som står sentralt i arbeidet med rusreformen. I utvalgets mandat kan man lese at "straffeforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting og kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging" (NOU 2019:26, s. 17). Som nevnt tidligere i historikken over norsk narkotikapolitikk var stigmatisering noe som man hadde fokus på allerede i 1961 når man startet med å tilby behandling ved Statens klinikk for narkomane.

Sosiologen Erving Goffman introduserte begrepet *stigma* i samfunnsforskningen på 1960-tallet. Det defineres som en stereotypisk og nedlatende måte å karakterisere mennesker på (NOU 2019:26, s. 250). Goffman beskrev tre kategorier av *stigma*. Den første omhandler kroppens utseende, den andre er lyter ved en persons karakter og den tredje omhandler slektskap og hvilken familie man kommer fra. Waquant bygde videre på Goffman og satt opp en fjerde form for stigma, *territoriell stigmatisering*, som går ut på å tilegne personer egenskaper ut i fra hvilket område de bor eller oppholder seg i (Waquant, Slater & Pereira, 2014, s. 1273).

Om *territoriell stigmatisering* skriver Waquant, Slater og Pereira (2014) at den har blitt delvis autonom fra de andre formene for stigma som Goffman skrev om. Videre skriver de at territoriell stigma har blitt nasjonalisert og demokratisert ved at hvert land, ofte i hovedstedene, har et område som er blitt synonymt med "sosialt helvete". De kulturelle forskjellene mellom de som bor eller oppholder seg i det stigmatiserte området og den øvrige majoriteten overdrives og de stigmatiserte områdene blir sett på som områder med mye *sosial desintegrasjon* (Waquant, Slater & Pereira, 2014, s. 1273-1274). *Desintegrasjon* beskrives på nettsiden til Store Norske Leksikon som en betegnelse for sammenbrudd eller oppløsning i et samfunn som følge av mangel på felles verdinormer, lederskap eller liknende (Linder, 2019). Waquant, Slater og Pereira skriver om *desintegrasjon* at det kan påvirke et område blant annet ved at de negative bildene internaliseres av de som bor der. Det kan også føre til at bedrifter og tjenestetilbydere unngår å etablere seg i området, slik at tjenestetilbudet i det stigmatiserte området blir dårligere (Waquant, Slater & Pereira, 2014, s. 1275).

Goffman (1963) tar opp hvordan stigmatiserte kan håndtere sin situasjon. Når han skriver om stigmatiserte og deres forhold til de andre i samfunnet, gir han de ikke-stigmatiserte betegnelsen "normale". Når han skriver om stigmatiserte personer gjør han en distinksjon mellom å være *diskreditert*, det innebærer at ens "defekt" er synlig eller på andre måter kjent, og å være *diskreditabel*, som innebærer at "defekten" ikke er synlig eller kjent, men hvis de andre får kjennskap til den vil den personen plasseres til å tilhøre en stigmatisert gruppe (Goffman, 1963, s. 14). En måte å håndtere stigmatisering på er *informasjonskontroll*, hvordan snakker man om "defekten" sin, til hvem gjør man det, når og hvor gjør man det. Goffman tar opp at det å bli sett sammen med en stigmatisert gruppe også havner inn under slik informasjonskontroll. Han tar opp at kriminalitet er noe som kan være "juridisk smittsomt", for eksempel hvis en "normal" person blir observert med en kriminell kan det åpne opp for at den "normale" blir mistenkt i en etterforskning (Goffman, 1963, s. 57-64). Fra før har jeg nevnt forestillingen om narkotikabruk som en smittsom epidemi på 1960-tallet i Norge, da i form av at en rusbruker introduserer andre personer for rus. I neste del er rusbrukeren som spredde av smittsom sykdom utgangspunkt for en rekke skadereduserende tiltak.

2.3 Skadereduksjon

Skadereduksjon som vidt begrep kan ta for seg de overnevnte skadene som kommer av *stigmatisering* og *desintegrasjon*, i tillegg til skadene av rusmiddelbruk. I utredningen skriver de at skadereduksjon omfatter politikk og tiltak som søker å redusere skader av rusmiddelbruk. De taler også for en vid forståelse av skadereduksjon som omfatter både helseskader, sosiale skader og økonomiske skader, på nærstående personer og samfunnet for øvrig, ikke bare de skader som rusmiddelbrukere selv opplever. Det første skadereduserende tiltaket som ble innført i Norge i 1988 omhandlet utdeling av rene sprøyter og kanyler for å forebygge overdoser, smitte og spredning av sykdommer (NOU 2019:26, s. 65-66). På denne tiden var frykten for spredning av HIV-smitte stor i Europa, og i Storbritannia ble det vurdert slik at spredning av HIV utgjorde en større trussel mot folkehelsen og folks individuelle helse enn rusmisbruk (McKeganey, 2010, s. 18).

En viktig skadereduserende satsning her til lands har vært utbygging av lavterskel helsetilbud og væresteder for personer med rusproblemer. En annen viktig satsning er Legemiddelmiddelassistert Rehabilitering (LAR), substitusjonsbehandling,

som nå er den dominerende behandlingsformen for opioidavhengighet. I tillegg har man i Oslo og Bergen etablert sprøyterom der brukere straffritt kan innta rusmidler under påsyn av helsepersonell (NOU 2019:26, s. 66-67). Det at man straffritt kan innta illegale rusmidler straffritt inne på brukerrommene betyr at bruk og besittelse av narkotika er avkriminalisert for brukergruppen innenfor brukerrommets vegger. Det er viktig å ha med seg når man skal se på diskusjonene om rusreformen at det allerede har skjedd en begrenset avkriminalisering.

McKeganey (2010) tar opp at *skadereduksjon* har utviklet seg fra å være en radikal idé til å bli en egen global bevegelse som har sin egen internasjonale konferanse og et eget akademisk tidsskrift. Han skriver videre at det har sin egen profesjonelle praksis, politikk, evidens og interne konflikter. Ifølge McKeganey har *skadereduksjon* vært den mest dominerende retningen på rusfeltet på 1990- og 2000-tallet (McKeganey, 2010, s. 16). Dette illustrerer hvordan ulike standpunkter innenfor rusfeltet kan være forankret, at *skadereduksjon* kan ha vært den mest dominerende, men andre retninger kan også ha egne konferanser og tidsskrifter, egen evidens de fremholder som den viktigste, egen praksis, politikk og interne konflikter. Nå som dette perspektivet er med er jeg klar for å skrive om *makt*.

2.4 Makt

Makt er et relevant begrep for oppgaven fordi jeg skal analysere konflikter omkring betydningsdannelser. Betydningsdannelser er et viktig redskap for å stabilisere maktforhold (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 43). Det finnes flere måter å forstå og definere *makt* på. Solheim og Øvrelid (2001) presenterer to tradisjoner; den første er den *tradisjonelle* som har som utgangspunkt at *makt* kan lokaliseres i enkeltpersoner eller institusjoner. Den andre tradisjonen fokuserer på maktutøvingssituasjonen (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 132). Solheim og Øvrelid presenterer tre hovedtyper av makt som bygger på begge tradisjonene; *aktørmakt*, *strukturmakt* og *definisjonsmakt*.

Aktørmakt kan utøves av enkeltpersoner eller institusjoner. En definisjon på *aktørmakt* er at en person har *makt* dersom han har kontroll over noe som en annen har interesse av. En annen definisjon på *aktørmakt* er at man kan få andre til å gjøre noe som de ellers ikke ville gjort. Felles for disse to definisjonene er at makt ses i relasjon til en annen part. *Aktørmakt* er dermed et relasjonelt begrep (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 133-134).

*Struktur*makt er makt som er forankret i strukturer og blir ofte utøvd ut i fra eksisterende normer og rutiner. Solheim og Øvrelid presenterer fire typer *struktur*makt. Den første er *fysiske* eller *materielle strukturer* som kan omhandle bygningen eller rommet som samhandling finner sted i, hvordan utforming er eller hvilke tidsrom som tjenestene er tilgjengelige på. Et eksempel de trekker frem er utformingen av klasserom og plassering av kateter til læreren og pulter til elevene som legger opp til hvilken type samhandling som skal finne sted. Den andre er *immaterielle strukturer* som omhandler lover, regler og andre rammer som ligger til grunn for arbeidet som utføres. Lover og regler gir blant annet svar på hvem som har krav på forskjellige goder i samfunnet eller hvem som har rett på behandling. Den tredje typen struktur makt er *språket* som benyttes. Som eksempel trekker de frem at hvis det blir benyttet byråkratisk språkbruk som er vanskelig for mottakeren å forstå, så blir det også vanskeligere for mottakeren å klage på det som blir framsatt. Den fjerde typen struktur er *organisasjonskulturen*, de formelle og uformelle normene som ulike arbeidsplasser har som legger rammer for samarbeid og samvær på arbeidsplassen, men som også kan påvirke holdninger til brukerne (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 135-138).

*Definisjons*makt handler om makt til å sette dagsorden og bestemme hva som er viktig, hvilke temaer som skal være oppe til diskusjon og hva som ikke skal diskuteres. *Definisjons*makt kan være nært knyttet til *struktur*makt ved at makten til å definere kan være forankret i strukturen, for eksempel når en saksbehandler skal definere om en person er innenfor eller utenfor en målgruppe (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 138-140). Det er denne siste formen for *makt* som kommer til å være mest fremtredende i denne oppgaven. Jørgensen og Phillips (1999) skriver at *diskursteorien*, som jeg skal presentere under, viderefører et syn på *makt* fra Foucault, som ser *makt* både som produktiv og begrensende, der *makt* er både det som skaper vår sosiale omverden og det som gjør at omverdenen kan omtales på bestemte måter mens andre muligheter utelukkes (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 23). Med dette kan jeg gå over til å presentere *diskursteori*.

2.5 Diskursteori

Metoden jeg skal bruke i oppgaven er den kvalitative metoden *diskursanalyse* som jeg skal bruke til å analysere dokumenter. *Diskursanalyse* er både metode og teori. Jeg skal først her presentere det teoretiske ved det, så kommer det frem i metodedelen

hvordan jeg han tenkt å anvende den. Bratberg (2014) skriver at *diskurser* er etablerte verdisett som legger premisser for hvordan vi forstår verden rundt oss og hvordan vi handler. En *diskurs* er et kognitivt og normativt fellesskap som kommer til uttrykk i språk og det kan være flere konkurrerende diskurser innenfor et samfunnsområde som sørger for indre spenninger og dynamisk endring (Bratberg, 2014, s. 29-30). Jeg vil i denne oppgaven hovedsakelig forholde meg til Laclau og Mouffes *diskursteori* som går ut på at språket konstituerer virkeligheten rundt oss, at mening er flytende og sosialt konstruert (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 15).

Jørgensen og Phillips (1999) foreslår at man ser diskurs som et analytisk begrep man som forsker legger ned over virkeligheten for å skape en ramme rundt sin undersøkelse (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 149). De fokuserer i sin bok på tre varianter av diskursanalyse som har til felles at de har et *sosialkonstruksjonistisk* utgangspunkt. Siden *sosialkonstruksjonisme* er en samlebetegnelse for flere teorier omkring kultur og samfunn presiserer de at de følger Vivien Burrs karakteristikk av *sosialkonstruksjonisme* som har fire nøkkelpremisser som binder feltet sammen; det første er at det er en kritisk innstilling ovenfor selvfølgelig viten, og i det ligger det at vår viten om verden kan ikke umiddelbart tas for å være en objektiv sannhet. Det andre premisset er at vi er historiske og kulturelle vesener, som betyr at vår forståelse av verden er preget av hvilken kultur vi tilhører og at denne forståelsen kan endre seg over tid. Det tredje premisset er at det er en sammenheng mellom viten og sosiale prosesser, med dette menes at vår måte å forstå verden på skapes og opprettholdes i sosiale prosesser. Det fjerde premisset er at det er en sammenheng mellom viten og sosial handling, at ulike sosiale verdensbilder gjør noen handlinger naturlige og andre handlinger utenkelige, dermed får den sosiale konstruksjonen av viten og sannhet konkrete sosiale konsekvenser (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 13-14).

I *diskursteorien* ses handlinger som *artikulasjoner* fordi de enten reproducerer eller utfordrer betydningsdanninger i en diskurs. Diskursteorien benytter også egne begreper for *politikk* og *objektivitet*. Det å skape samfunnet på en bestemt måte, og utelukke alle andre mulige måter, kaller Laclau og Mouffe for *politiske prosesser*. Når en diskurs har blitt så befestet at man glemmer at den kunne vært annerledes, har den blitt en *objektiv diskurs*. Videre er det slik at endringen fra *politikk* til *objektivitet* skjer ved *hegemoniske intervensjoner*. Det som skjer ved en *hegemonisk intervensjon* er at

alternative virkelighetsoppfatninger undertrykkes, slik at én bestemt oppfattelse av verden står igjen som den naturlige (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 47-48).

Når noen handlinger blir utenkelige innenfor en diskurs, kan man si at de handlingene hører hjemme i diskursens *diskursive felt*. Jørgensen og Phillips skriver at i *den kontinentale diskursteori* plasseres alle handlinger som diskursen utelukker i diskursens *diskursive felt*. Det kan være utdaterte metoder som har stått sentralt i diskursen tidligere, men som har blitt skjøvet ut til det *diskursive felt* (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 37). Diskurser blir påvirket utenfra, fra det *diskursive felt*, ved at betydningsdannelser blir artikulert på en ny måte (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 61). I stedet for å se på én diskurs om gangen, og alt som ikke hører inn under den diskursen som *det diskursive felt*, kommer jeg i oppgaven til å forholde meg til flere diskurser som opererer innenfor samme felt. Jørgensen og Phillips skriver at Laclau og Mouffe bruker begrepet *diskursiv formasjon*, men at det ikke kommer tydelig frem om de har en egen tolkning av dette begrepet eller om de lener seg på Foucaults forståelse av *diskursiv formasjon*. Videre skriver de at begrepet *diskursorden*, som stammer fra en annen retning innen diskursanalysen, *kritisk diskursanalyse*, egner seg til å beskrive en slik formasjon av diskurser (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 69-70). Begrepet *diskursorden* blir redegjort for i metodedelen når jeg skal vise hvordan jeg vil anvende *diskursanalyse*, men det er nyttig å ha med når jeg nå skal presentere noen eksisterende diskurser.

2.6 Brukermedvirkningsdiskurser

For at jeg ikke skal trenge å utelukkende lage eller lokalisere nye diskurser, vil jeg benytte meg av noen som andre har funnet frem til tidligere. Askheim (2017) har analysert argumentasjonen for brukermedvirkning slik den framkommer av statlige policydokumenter på velferdsområdet. I litteraturen han bruker finner han tre typer "brukermedvirkningsdiskurser"; en *demokratisk* eller *rettighetsorientert diskurs*, en *konsumentdiskurs* og en *samproduksjonsdiskurs*. *Rettighetsdiskursen* springer ut fra individets demokratiske rett til innflytelse over eget liv i kraft av å være fullverdig samfunnsborger. I *konsumentdiskursen* står den individuelle bruker som konsument av tjenester sentralt og brukeren blir sett på som den som best kjenner sine behov og derfor er i stand til å gjøre de beste valgene om hvilke tjenester som han trenger. I *samproduksjonsdiskursen* blir brukerne sett på som fullverdige og kompetente borgere med rett til å influere tjenester som angår dem og med ressurser og kompetanse som

kan forbedre tjenestene. Brukeren blir sett på som en "medprodusent" mer enn en "medvirker" og denne diskursen markerer opposisjon til de to andre diskursene som enten plasserer brukeren i en passiv mottakerrolle eller til kun å være en konsument av tjenester (Askheim, 2017, s. 136-138).

Videre skiller Askheim "brukermedvirkningsdiskursene" ut i fra hvordan de forstår begrepet *medborgerskap*, som er et begrep som knyttes til den engelske sosiologen Thomas Marshall som skilte mellom sivilt, politisk og sosialt medborgerskap. *Sivilt medborgerskap* knyttes til individuelle rettigheter som er forutsetninger for individuelle friheter som ytringsfrihet og religionsfrihet, rett til rettferdig behandling og rett til å eie egen eiendom. *Politisk medborgerskap* handler om retten til å utøve politisk innflytelse ved å ha rett til å delta i valg og til å bli valgt. *Sosialt medborgerskap* handler om innbyggernes rett til økonomisk sikkerhet og velferd, og til å kunne leve i samsvar med rådende standarder i samfunnet. Videre er det to ulike tilnærminger til *sosialt medborgerskap*; en *liberal* forståelse der individets rett til å styre eget liv står sentralt, der individet står ansvarlig for de risikoene det måtte innebære, og en *republikansk* forståelse som også vektlegger individets universelle rettigheter, men som fremhever individets ansvar og forpliktelser til fellesskapet som det er en del av. Den *liberale* forståelsen fremhever retten til handlefrihet uten offentlig innblanding, mens den *republikanske* forståelsen fokuserer på fravær av vilkårlig maktbruk fra myndighetene (Askheim, 2017, s. 138). Jeg vil nå legge frem hvordan jeg har tenkt å anvende disse diskursene og diskursteorien.

3 Metode

3.1 Diskursanalyse

I *diskursteorien* oppfattes sosiale fenomener å være organisert etter samme prinsipper som språket, og kan dermed analyseres med de samme begrepene. Diskursene blir ansett som materielle, ved at de konstituerer virkeligheten, og vår tilgang til virkeligheten er at den blir formidlet av diskurser (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 46-47). *Diskursteoriens* prinsipielle poeng om at diskurser aldri er helt stabile og enerådende skriver Jørgensen og Phillips at man kan omsette til et metodisk råd om å lokalisere konfliktlinjene i det materialet (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 64). Jeg skal nå presentere de sentrale begrepene ved den diskursanalytiske fremgangsmåten som jeg skal benytte:

Ved å se språket som et fiskegarn, der det er noen knuter (*nodalpunkter*) som er særlig betydningsfulle, som andre tegn, som kan ses som andre knuter, får sin betydning i fra. De andre knutene rundt kan enten være strammet skikkelig hardt (*momenter*), slik at de har fått fastsatt sin betydning, eller de kan være knytt dårlig slik at de er ganske løse (*elementer*) og dermed fortsatt kan fylles med innhold (Bratberg, 2014, s. 49). Prosessen der *elementer* får fastsatt sin betydning og blir til *momenter* kalles for *lukning*. En *lukning* er aldri helt ferdig, men kan føre til en midlertidig stopp i tegnenes betydningsglidning (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 149). Hvis man jobber lenge med å åpne opp et *moment* som har fått fastsatt sin betydning, som når man knytter opp en stram knute, kan den med tiden løses opp og bli et *element* som kan fylles med nytt innhold.

Jørgensen og Phillips (1999) bruker "medisinsk diskurs" som eksempel. I en "medisinsk diskurs" er "kropp" et privilegert tegn, et *nodalpunkt*, som andre tegn som "symptomer", "vev" og "skalpell" får sin betydning ut i fra ved at de blir relatert til kroppen. Ved lukning av tegn, er det tegn som blir utelukket fra en diskurs. Det som blir utelukket av en diskurs kaller Laclau og Mouffe for *det diskursive felt*. Den medisinske diskursen utelukker en del alternative behandlingsmetoder, så de alternative behandlingsmetodene befinner seg i den medisinske diskursens *diskursive felt*. Kritikken av det diskursive felt setter spørsmålsteget ved om det er kun det som er relevant som skal tas med i det diskursive felt, eller om det diskursive felt skal inneholde alt som ikke innbefattes av diskursen (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 36-38).

Nodalpunkt, *mester-betegnere* og *myter* kalles for knutetegn. De er særlig betydningsfulle på hver sine områder; *nodalpunkt* organiserer diskurser, *mester-betegnere* organiserer identiteter og *myter* organiserer et sosialt rom. Prosessen der knutetegn blir fylt med innhold heter *ekvivalenskjeder*. I denne prosessen finner man hvilke kjeder av betydninger som er like (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 63). I en *ekvivalenskjede* blir tegn sortert og knyttet sammen i kjeder ovenfor hverandre. Eksempelvis kan man sortere *mester-betegnere* (identitet) ut i fra hvordan man er og hvordan man ikke er (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 56). Om samfunnet eksisterer det en del *myter*. En myte om samfunnet kan være konstruksjonen "Norge". Vi kan ha forskjellige oppfatninger av hvordan "Norge" er satt sammen og fungerer. Eksempler på forholdet mellom *myter* og *mester-betegnere* innebærer tradisjonell klassekamp forestillingen om at samfunnet er delt inn i klasser, mens feministiske synsvinkler legger

vekt på at samfunnet er oppdelt i kjønn (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 58). På samme måte som *momenter* kan løses opp og bli åpen for å fylles med nye betydninger, kan også *nodalpunkter*, *mester-betegnere* og *myter* løses opp og bli klassifisert som *flytende betegnere*. *Flytende betegnere* er et begrep som også brukes om *elementer* som i høy grad er åpne for å tilskrives flere betydninger (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 39).

Når man skal se på konflikter omkring betydningsdannelser er det to begreper som hører med; *antagonisme* og *hegemoni*. *Antagonisme* er diskursteoriens begrep for konflikt. Eksempelet som Jørgensen og Phillips bruker er at to identiteter kan ha et antagonistisk forhold ved at man kan ha identitetene "dansk" og "arbeider" samtidig. Under 1. Verdenskrig var det slik at for noen var "arbeider"-identiteten så sterk at man ikke ønsket å kjempe mot "arbeidere" fra andre land som man identifiserte seg mer med enn andre "dansker". Dette som skjedde da var en *hegemonisk intervensjon* der "arbeider"-identiteten ble undertrykt til fordel for den "danske"-identiteten (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 60). Altså var det en konflikt mellom en *nasjonal diskurs* og en *klassediskurs*.

Laclau og Mouffe (2001) skriver at det at folk har ulike subjektposisjoner er en forutsetning for *antagonisme*, men at det ikke er nok å si at det er *antagonisme* bare fordi de har ulike subjektposisjoner. Det må være en annen *diskurs* som påvirker *diskursen* utenfra. De bruker forholdet mellom "slave" og "slaveeier" som eksempel på to subjektposisjoner som har ulike interesser og at en slave ofte kunne være i konflikt med sin eier. Det er ikke en diskursiv konflikt mellom dem hvis subjektene godtar at forholdet mellom dem er slik det er, det er når det oppstår en ny diskurs som sier at "alle mennesker er skapt like og skal ha de samme rettighetene" at det oppstår *antagonisme* mellom to diskurser (Laclau & Mouffe, 2001, s. 138-140). Dette bringer meg over til *diskursorden*.

3.2 Diskursorden

Jørgensen og Phillips foreslår at man henter begrepet *diskursorden* fra Faircloughs *kritiske diskursanalyse* når man skal anvende *diskursteori*. Når flere diskurser konkurrerer innenfor det samme sosiale rom, så inngår de i en *diskursorden*. Videre skriver de at det er viktig å undersøke en diskursordens materielle og eventuelt institusjonelle forankring, da diskurser og diskursordener ikke kun er tale og tekst. Videre skriver de at ved å sette en *diskursorden* som ramme for undersøkelsen får man

innsnevret en gruppe *diskurser* som skal analyseres og man kan da se på hva det er kamp om (*kontigens*) og hva som blir tatt for gitt (*permanens*) (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 146-148).

I denne oppgaven har jeg satt opp en diskursorden med tre diskurser som samlet kan ses for å være "rusfeltet" eller "rusdiskursen"; "medisinsk diskurs", "sosial diskurs" og "strafferettslig diskurs". Disse har hver sine institusjonelle forankringer. Den "medisinske diskursen" er forankret institusjonelt helse- og omsorgsdepartementet, i spesialisthelsetjeneste knyttet til regionale helseforetak og helse- og omsorgstjenester i kommunene. Den "sosiale diskursen" kan ses å ha sin institusjonelle forankring i arbeids- og inkluderingsdepartementet og NAV. Den "strafferettslige diskursen" har sin institusjonelle forankring justisdepartementet, i politiet, domstolene og kriminalomsorgen. Dette er en forenkling av virkeligheten, men det setter en ramme for oppgaven. Disse diskursene omfatter mer enn bare "rusfeltet", de er alle knyttet til "velferdsstaten", men jeg skal i oppgaven fokusere på deres tilknytning til "rusfeltet".



Figur 1. Diskursorden

Denne diskursordenen befinner seg innenfor en nasjonal ramme, som også blir et kunstig skille fordi alle diskursene som er satt opp her har internasjonale tilknytninger, for eksempel at utdanningsinstitusjonene i hver sektor inngår i hver sine internasjonale fellesskap. Arbeidet omkring rusreform i Norge har ikke foregått i et nasjonalt vakuum, men er drevet fram av utviklingen i andre land og etter anbefalinger fra blant annet FN. Norge har folkerettslige forpliktelser, blant annet til FNs narkotikakonvensjoner. International Narcotics Control Board (INCB) er et organ som overvåker hvordan stater etterlever sine forpliktelser til FNs narkotikakonvensjoner. Utredningen viser til at INCB ikke er en statisk enhet. For eksempel ble brukerrom der brukere straffritt kan bruke narkotika under oppsyn av kvalifisert helse- og sosialfaglig personell først ansett av INCB til å være i strid med narkotikakonvensjonene, men INCB har de siste årene gitt uttrykk for at de ikke lenger anser det for være i strid med konvensjonene (NOU 2019:26, s. 166). At McKeganey beskriver *skadereduksjon* som en global bevegelse er et

annet eksempel på at tilnærmingene på rusfeltet i andre land påvirker tilnærmingene i Norge.

Videre kan diskursordenen utvides, for eksempel ved å legge til "brukermedvirkningsdiskursene" som Askheim har funnet frem til. Disse kan ses som en selvstendig diskursorden, eller de kan inkorporeres i den diskursordenen jeg har satt opp. Det kan illustreres slik:



Figur 2. Diskursorden med brukermedvirkningsdiskurser

Denne utvidelsen av diskursordenen illustrerer hvordan jeg har tenkt å anvende diskursorden i oppgaven. Det blir som å legge det under et mikroskop, det dukker opp mer når man ser nærmere på det. Hvordan det har seg at disse ulike "brukermedvirkningsdiskursene" kan plasseres inn under de tre andre diskursene skal jeg komme tilbake til senere i oppgaven, men jeg kommer til å zoome inn og ut med det metaforiske mikroskopet mitt gjennom analysen og drøftingen.

3.3 Utvalg

Rusreformutvalgets utredning er hoveddokumentet i oppgaven, så vil jeg analysere høringsuttalelser som er sendt inn som da hovedsakelig henviser til forslagene i hoveddokumentet. Del 1 til 3 av utredningen er redegjørelser for hvordan feltet som helhet fungerer i dag. Del 4 som omhandler utvalgets vurderinger og forslag og del 5 som omhandler de foreslåtte lovendringene som utvalget kommer med er hovedsakelig det som høringsvarene kommer til å konsentrere seg om, så disse to delene av utredningen vil være mer fremtredende i analysen.

Det ble sendt inn 349 høringsuttalelser. Siden det blir for mye å analysere alle må jeg velge ut noen høringsuttalelser som kan gi et innblikk i hvilke perspektiver på ulovlig rusbruk og tilnærminger til ulovlig rusbruk som befinner seg i den oppsatte

diskursordenen. Jeg har valgt ut hørings svar som er ment å representere de ulike diskursene i diskursordenen. Jeg har valgt bort hørings svar fra enkeltpersoner og anonyme innsendinger. I tillegg er det noen tilhørende dokumenter som er aktuelle og ha med i oppgaven, deriblant Helse- og omsorgsdepartementets proposisjon til Stortinget. Dette fordi de ikke fulgte utvalgets forslag til lovendringer til punkt og prikke, men gjorde endringer basert på hørings svarene som kom inn før de la frem forslaget til stortinget. I dette dokumentet henvises det også til noen hørings svar som ikke har vært med i analysen.

Når jeg startet med oppgaven fokuserte jeg hovedsakelig på institusjoner eller organisasjoner som kunne ses som representanter for diskursene i figur 1. Jeg oppdaget etter hvert at for å finne de diskursive konfliktene som utspiller seg på rusfeltet måtte jeg finne aktører som ikke nødvendigvis representerer en silo innenfor rusfeltet, men heller fremmer antagonistiske forhold til de diskursene som jeg har valgt ut. Målet med analysen har ikke vært å lage en oversikt over hvem som var for og hvem som var imot rusreformen, men å finne perspektiver som kan ha innvirkning på arbeidet som utføres på rusfeltet og politikken som regulerer arbeidet på rusfeltet.

Det var også en avveining å ikke gå for dypt inn i hver enkelt diskurs og se på antagonistiske forhold innenfor hver av dem, men å heller velge ut noen hørings svar som kunne sies å representere de utvalgte diskursene, slik at man får et bilde av konfliktene mellom de ulike diskursene. Men det hadde vært en mulighet å fokusere kun på "den sosiale diskursen" og vise hvilke konflikter som arbeidet med rusreform gjorde synlige innenfor den, med tanke på at sosialarbeidere kan jobbe i ganske ulike tjenester.

3.4 Kildekritikk

Jeg har basert meg på Jørgensen og Phillips presentasjon og forståelse av Laclau og Mouffes *diskursteori*. Dermed har jeg basert meg på en sekundærkilde og det er et valg jeg har tatt fordi de presenterer den mest anvendelige presentasjonen av *diskursteori* som jeg kjenner til. Deres presentasjon består av 11 henvisninger til bøker og artikler av Laclau og Mouffe, både sammen, hver for seg, og ved ett tilfelle Laclau sammen med Zac. Jeg har brukt én av bøkene til Laclau og Mouffe (2001) som er andre utgave av *Hegemony and Socialist Strategy* der førsteutgaven utkom i 1985. Den er ikke like oversiktlig i sin presentasjon av *diskursteorien*, og benytter et teknisk engelsk språk som kan være vanskelig å forstå, men den er nyttig til å få inspirasjon til hvilke aspekter

man skal fokusere på i analysen. Jørgensen og Phillips skriver på dansk, og på en måte som er enklere å forstå, men der er rom for at jeg noen ganger gjør mine egne oversettelser.

Utredningen av rusreformen, som er hoveddokumentet i undersøkelsen, er en primærkilde til utvalgets vurderinger og forslag til lovendringer, altså utredningens del IV og V. Utredningens del II som omhandler bakgrunn og forutsetninger for rusreform og del III om rettslige rammer og virkemidler i narkotikapolitikken kan ses som en sekundærkilde til disse temaene, da de i stor grad henviser til tidligere dokumenter.

4 Analyse

Når jeg nå setter i gang med analysen skal jeg først ta en oppsummering for å vise hvordan en del av det som allerede er presentert kan presenteres med diskursteoretiske termer. Innledningsvis har jeg presentert en kort historikk over narkotikapolitikken i Norge, og i utredningens kapittel 3, "hovedlinjer i norsk narkotikapolitikk", har de presentert denne historikken mer utfyllende. Diskursteoretisk kan kalle dette *reproduserende artikulasjoner* og man kan si at det er en *lukning*, et forsøk på å skape en entydig forståelse for hvordan narkotikapolitikken har kommet dit den er i dag. Veien hit har vært preget av konflikter, *antagonistiske forhold*, og selv om man skulle lykkes i skape en entydig forståelse for hvordan disse konfliktene har utartet seg frem til nå så betyr det ikke at konfliktene er over og at man har kommet til enighet om veien videre. At Straffelovkommisjonens kritikk av kriminaliseringen og straffenivået på narkotikafeltet blir tatt opp igjen 17 år etter at de leverte sin utredning (NOU 2019:26, s. 51-53) er et eksempel på hvordan en *lukning* aldri er total, og en debatt eller en konflikt kan bli tatt opp igjen på et senere tidspunkt.

Man kan også si at når jeg presenterer en historikk over norsk narkotikapolitikk så reproduserer jeg en *myte* om samfunnet. *Myter* er *flytende betegnere* som henviser til en helhet og som utgjør en ramme for hva som er meningsfylt å diskutere. Jørgensen og Phillips skriver at diskursanalysens formål er å avdekke hvilke *myter* om samfunnet som impliseres i tale og andre handlinger (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 51-52). En *myte* som presenteres innledningsvis er den som mandatet til rusreformutvalget bygger sitt fundament på; erkjennelsen av at rusproblematikk i all hovedsak er en helseutfordring og at straffeforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting (NOU 2019:26, s. 17).

Dermed plasseres rusproblematikk i "den medisinske diskursen", som er den første diskursen fra diskursordenen i figur 1 som jeg skal se nærmere på.

4.1 Medisinsk diskurs

"Den medisinske diskursen" er allerede brukt som eksempel i presentasjonen av sentrale begreper, der "kropp" ble satt som et *nodalpunkt* (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 37). Jeg setter "helsehjelp" som *nodalpunkt* for "den medisinske diskursen", som ikke er veldig forskjellig, da det fortsatt er "kroppen" som skal få "helsehjelp". Siden tittelen på utredningen er "Rusreform – fra straff til hjelp" ser jeg nærmere på begrepet "hjelp".

I den medisinske diskursen finnes begrepet "helsehjelp" som defineres i helsepersonelloven til å være enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende, eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 3). Det vi ser her er at tegnene "behandling", "forebygging", "diagnostisering" og noen flere blir satt i en *ekvivalenskjede* der de sorteres til å høre inn under "helsehjelp". Så når begrepet "hjelp" blir brukt innenfor den medisinske diskursen kan man anta at det tilsvarer "helsehjelp". Det som er verdt å merke seg er at disse handlingene defineres som "helsehjelp" hvis de utføres av "helsepersonell", som bringer meg over til *mester-betegnere* i den medisinske diskursen.

I helsepersonelloven defineres det hva som menes med "helsepersonell". Helsepersonelloven § 48 om autorisasjon til helsepersonell omfatter 29 yrkesgrupper inkludert leger, sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere m.m. Alle disse er *mester-betegnere* som indikerer deres roller og identiteter innenfor den "medisinske diskursen". Helsepersonelloven § 48 kan dermed ses som en *ekvivalenskjede* som organiserer *mester-betegnere*. "Helsepersonell" blir en samlebetegnelse for personer som er autorisert til å utføre "helsehjelp". Mottakere av "helsehjelp" blir i den medisinske diskursen klassifisert som "pasienter", mens de som mottar tjenester som er omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, men ikke klassifiseres som "helsehjelp", blir klassifisert som "brukere" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Så vi ser at personer identifiseres ut i fra deres tilknytning til *nodalpunktet* "helsehjelp", om det er noe de mottar eller utøver.

Utredningens kapittel 5 presenterer en oversikt over tjenestetilbud og tiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk. Der kan man lese at tjenestetilbudet til

brukere av narkotika anses å være mangfoldig og omfattende, men at det er et vedvarende problem at mennesker med rusproblemer ikke alltid får nødvendig oppfølging og behandling. I denne oversikten fremgår det at ansvaret for offentlige tjenestetilbud til personer med rusproblemer ligger både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten (NOU 2019:26, s. 89). Her finner vi *mytene* "primærhelsetjeneste" og "spesialisthelsetjeneste". En måte å forklare *myter* på er å si at de er *knutetegn* som organiserer et sosialt rom (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 63). Hvis man mottar "helsehjelp" så mottar man det hovedsakelig fra én av disse to tjenestene. "Primærhelsetjenester" utføres av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, mens "spesialisthelsetjenester" utføres av de regionale helseforetakene, som er de som driver sykehusene. Det finnes eksempler der skillet mellom "primærhelsetjeneste" og "spesialisthelsetjeneste" ikke er så tydelig utad, blant annet aktivt oppsøkende behandlingsteam som kan yte begge typer tjenester samtidig. Der jobber kommunalt ansatte i team med ansatte fra spesialisthelsetjenesten (NOU 2019:26, s. 97). Det betyr ikke at skillet mellom "primærhelsetjeneste" og "spesialisthelsetjeneste" er oppløst i slike team, så det vil fortsatt være meningsfullt å si at "den medisinske diskursen" kan organiseres rundt disse to *mytene*.

En medisinsk diskurs kan organiseres omkring flere *myter*. Et alternativ kunne vært å organisere den ut i fra hvem som yter "helsehjelp", om det er en "offentlig" tjenesteyter eller en "privat" tjenesteyter. I utredningens oversikt over tjenestetilbud fremkommer det at private tjenesteleverandører kan deles inn i to kategorier, "kommersielle" og "ideelle" aktører og at disse kan yte tjenester på vegne av det "offentlige", både "primærhelsetjenestene" og "spesialisthelsetjenestene". Det fremkommer at over halvparten av "spesialisthelsetjenestens" døgnplasser innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling anskaffes fra "private" leverandører (NOU 2019:26, s. 89). Dette illustrerer at en slik diskursiv organisering er å finne i utredningen. Den er relevant blant annet når den kobles opp mot "brukermedvirkningsdiskursene" som er nevnt tidligere og som jeg skal komme tilbake til senere.

En tredje måte å organisere "den medisinske diskursen" er å gjøre det ut i fra hvilken type "helsehjelp" som utøves; "somatisk" eller "psykisk". Jeg trakk tidligere frem to perspektiver på rusavhengighet innenfor *sykdomsmodellen*, at det kan ses som en somatisk hjernesykdom eller psykiatrisk sykdom (Rise, 2014, s. 9-11). Når utredningen

tar opp konsekvenser av narkotikabruk så skriver de at problembrukere av narkotika vil kunne pådra seg ulike somatiske og psykiske lidelser. De skriver at det ikke vil være mulig å gi et fullstendig bilde av de ulike konsekvensene bruk av narkotika kan medføre og at disse konsekvensene kan være både helsemessige og sosiale. De skriver også at konsekvensene vil være forskjellig ut i fra hvilket stoff som brukes, mengden som blir brukt og hvilken måte stoffet inntas på (NOU 2019:26, s. 83).

Å dele "den medisinske diskursen" opp i "somatikk" og "psykiatri" gir mening siden det har institusjonell forankring og den er forenelig med inndelingen i "primærhelsetjeneste" og "spesialisthelsetjeneste". Begge disse tjenestene deler seg opp i "somatikk" og "psykiatri". For eksempel så har man i spesialisthelsetjenestene "somatiske sykehus" og "psykiatriske sykehus". Når utvalget omtaler de kommunale rustjenestene så gjør de det sammen med de psykiske helsetjenestene. Det begrunner de med at helsemyndighetene i all hovedsak omtaler disse fagfeltene samlet og mange kommuner har organisert dem sammen (NOU 2019:26, s. 91). Det som fremkommer her er at "rus" og "psykiatri" er to ulike fagfelt, men ikke hva som er forskjellen på dem. Diskursteoretisk kan man si at de settes sammen i en *ekvivalenskjede* og at de *artikuleres* sammen slik at det blir vanskelig å identifisere når det ene fagfeltet slutter og det andre begynner. Jeg skal komme tilbake til "den medisinske diskursen" når jeg skal se den opp mot de andre diskursene i diskursordenen, men først skal jeg presentere de andre diskursene.

4.2 Strafferettslig diskurs

Sentralt i "den strafferettslige diskursen" står *nodalpunktet* "straff". Det er fire hovedtyper av "straff": fengselsstraff, samfunnsstraff, forvaring og bøter (SSB, 2009, s. 12-13). Rusreformutvalget skriver om straff at det er samfunnets sterkeste virkemiddel for å motvirke og fordømme uønskede handlinger. Videre skriver de at å strafflegge handlinger noen ganger har som formål å gi uttrykk for grunnleggende verdier eller påvirke holdninger i befolkningen. De skriver også at siden strafflegging av handlinger innebærer at staten er beredt til å påføre en tilsiktet lidelse på sine innbyggere, så må straffleggingen ha en solid begrunnelse (NOU 2019:26, s. 247).

Om strafflegging av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk er et uttrykk for grunnleggende verdier er et sentralt konfliktområde i prosessen omkring rusreformen. Utvalget skriver at reformen vil innebære et betydelig skifte i norsk

ruspolitikk i hvordan man tenker og hvilken holdning man har til hva et rusproblem er og hvordan vi som samfunn skal møte dette problemet (NOU 2019:26, s. 19). Når utvalget senere i utredningen skriver om internasjonale anbefalinger om narkotikapolitikk trekker de frem at endringer i holdninger må ses i sammenheng med ny vitenskapelig kunnskap om rusmidlene og brukerne av rusmidler (NOU 2019:26, s. 167). Altså har det allerede skjedd en holdningsendring på dette området i internasjonal narkotikapolitikk.

Det er mange handlinger som er strafflagt, men det er straffleggingen av befatning med ulovlige rusmidler som er i fokus i denne analysen. I utvalgets mandat står det at straffeforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging (NOU 2019:26, s. 17). Utvalget vurderer det slik at det er de samlede konsekvensene av bruk av straff som eventuelt kan rettfærdiggjøre bruk av straff. På bakgrunn av dette tar de som utgangspunkt at straffleggingen av bruk og besittelse av illegale rusmidler kun kan rettfærdiggjøres hvis det egner seg til å redusere negative konsekvenser ved bruk av disse rusmidlene, samt at andre reaksjoner og sanksjoner vurderes til å være formålsløse eller utilstrekkelige og at nyttevirkningene av straff er større enn skadevirkningene (NOU 2019:26, s. 29).

Skadefølgepriippet er et grunnleggende utgangspunkt i begrunnelsen for straff og går ut på at straff kun bør benyttes for å motvirke handlinger som er til skade for andre. Det at bruk av narkotika medfører psykiske skader og belastninger for brukerens pårørende har vært ansett som en relevant *indirekte skade* av bruk av illegale rusmidler. Det finnes også andre straffebud som ivaretar kontroll- eller effektivitetshensyn, som regnskapsloven, eller paternalistiske straffebud, som er ment å verne mennesker mot skade på seg selv (NOU 2019:26, s. 248). Strafferettssystemet bruker straff som virkemiddel fordi det antas å ha en virkning. Det er to effekter knyttet til begrunnelsen for bruk av straff. Den allmennpreventive effekten går ut på at risikoen for straff virker inn på innbyggernes overveielser om å begå en straffbar handling (NOU 2019:26, s. 259). Den individualpreventive effekten går ut på at straffen kan inkapasitere lovbrøyteren fra å begå nye lovbrudd og at straffen kan virke oppdragende på lovbrøyteren (NOU 2019:26, s. 260).

Man kan si at institusjonene i strafferettssystemet organiseres rundt *knutetegnet* "straff" ut i fra hvor i straffeforløpet en sak befinner seg; politiet griper inn hvis en

straffbar handling pågår eller blir avdekket. Påtalemyndigheten, som består av Riksadvokaten, statsadvokatene og politiet, leder etterforskninger av straffbare forhold, avgjør om det skal reises tiltale og opptrer som aktor hvis en straffesak blir brakt inn for en domstol som da skal ta en avgjørelse i saken. Hvis domstolen avgjør at den tiltalte skal få en type straff, så blir det kriminalomsorgens oppgave å sørge for at straffen blir fullbyrdet (SSB, 2009, s. 9-14).

De som arbeider i strafferettsystemet får tildelt *mester-betegner* ut i fra sine roller. Det kan være "politibetjent", "politijurist", "aktor", "forsvarer", "dommer", "fengselsbetjent", osv. De som har begått en straffbar handling, eller er mistenkt for det, får også ulike *mester-betengere* tildelt ut i fra hvor i forløpet saken er kommet, for eksempel "mistenkte", "siktete", "tiltalte" og "domfelte". Hvis det er noen som har blitt utsatt for en straffbar handling blir de tildelt *mester-betegneren* "fornærmede". Dette er *ekvivalenskjeder* der tegn får betydning ut i fra sitt forhold til hverandre.

Det sosiale rom i "den strafferettslige diskursen" organiseres etter *myter*. En måte å organisere diskursene på er hvis man "zoomer ut" og ser det "strafferettslige" som én av to *myter* i en "juridisk diskurs", der den andre *myten* er det "sivilrettslige". Det forslaget som utvalget kommer med handler om å omgjøre bruk og besittelse av narkotika inntil en viss mengde fra å være et strafferettslig forbud til å bli et sivilrettslig forbud. Det å bli pålagt av politiet å møte hos den rådgivende enhet ville da vært en sivilrettslig reaksjon. Utredningen tar opp at en forskjell mellom det "strafferettslige" og det "sivilrettslige" er at de har ulike krav til bevis. Strafferettslige reaksjoner krever at det er bevist utover enhver rimelig tvil at en person har begått lovbruddet, mens sivilrettslige reaksjoner krever en sannsynlighetsovervekt, som betyr at det er mer sannsynlig at personen har gjort det enn at han ikke har gjort det (NOU 2019:26, s. 301). Med diskursteoretiske begreper kan man si at det er *kontigens* mellom det "strafferettslige" og "sivilrettslige" om beviskrav, at dette er noe det er kamp om. Det kan også lokaliseres en kamp mellom det å beholde det strafferettslige forbudet og innføring av et sivilrettslig forbud. Jeg skal nå gå over til den tredje diskursen i diskursordenen.

4.3 Sosial diskurs

Denne *diskursen* kunne vært navngitt på flere ulike måter, for eksempel "velferdsdiskurs" eller "diskurs om sosialt arbeid", men jeg har valgt å kalle den for

"sosial diskurs". Sentralt i "den sosiale diskursen" står *nodalpunktet* "velferd". "Velferd" er nevnt innledningsvis i oppgaven som en kjerneverdi i sosialarbeiderens virke og betyr det å ha et godt liv (Ellingsen et al., 2015, s. 83). Utvalget betegner relevante tiltak som utføres av instanser utenfor helse- og omsorgstjenestene som "velferdstjenester" (NOU 2019:26, s. 308). I utvalgets mandat står det at politiet skal kunne pålegge at rusavhengige blir møtt med helserettede tiltak (NOU 2019:26, s. 19). Senere i utredningen skriver utvalget om "helserettede tiltak" at det ikke skal avgrenses til å være det samme som "helsehjelp", fordi "helsehjelp" kun er handlinger som utføres av helsepersonell. De skriver også at det kan tenkes at mange rusbrukere kan ha behov for andre hjelpetiltak i stedet for eller i tillegg til "helsehjelp", for eksempel hjelp til å finne bolig eller bistand til å komme ut i jobb (NOU 2019:26, s. 307-308). I utvalgets forslag til sammensetning av en ny rådgivende enhet for narkotikasaker så foreslår de at denne enheten blant annet skal ha tilgang til sosialfaglig kompetanse og ved behov barnevernfaglig kompetanse (NOU 2019:26, s. 332).

Mester-betegnerne i "den sosiale diskursen" kan være vanskelig å skille ut fra "den medisinske diskursen", blant annet fordi personer med sosialfaglig kompetanse og barnevernfaglig kompetanse ikke nødvendigvis kun utfører "velferdstjenester", slik utvalget har valgt å definere det. De kan være ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenester og utføre "helsehjelp" og da bli ansett som "helsepersonell" etter helsepersonelloven. Som nevnt innledningsvis så befinner faget seg i et felt der sosialt arbeid utøves og det kan være i barnevernet, kriminalomsorgen, innen psykisk helse eller andre sosialfaglige felt (Ellingsen et al., 2015, s. 19). Hvis vi ser på hva Fellesorganisasjonen (FO) skriver om seg selv så skriver de at de er fagforbundet for "sosialarbeidere" og med det mener de "barnevernspedagoger", "sosionomer", "vernepleiere" og "velferdsvitere". Disse yrkene blir satt i en *ekvivalenskjede* ut i fra at de ifølge FO baserer seg på en del felles verdier (FO, 2019, s. 2).

Siden barnevernet er en del av "den sosiale diskursen" blir "barn", "unge", "foreldre" og "foresatte" viktige *mester-betegnere* på de som mottar tjenester fra barnevernet. "Barn" og "unges" bruk av rusmidler har vært en sentral del av debatten om norsk narkotikapolitikk og utvalget har viet en del oppmerksomhet til dette temaet i utredningen, blant annet når utvalget beskriver narkotikasituasjonen i Norge så har de et eget punkt for barn og unges bruk av narkotika (NOU 2019:26, s. 75-78). Utvalget

skriver at det i dag er ulike reaksjoner ovenfor barn og unge som bruker illegale rusmidler ut i fra om barnet har nådd den strafferettslige lavalderen som er 15 år og ut i fra om det er politiet som har avdekket bruken eller om det har kommet frem på annet vis (NOU 2019:26, s. 316). Den modellen som utvalget foreslår å innføre innebærer at barn og unge kan bli pålagt å møte hos rådgivningsenheten, fordi å møte ikke vil anses som en strafferettslig reaksjon. "Foreldre" kan bli innkalt til å delta på dette møtet hvis personen er under 18 år dersom det ikke er særlige grunner til å utelate de fra møtet, for eksempel at det er grunn til å tro at "barnet" vil bli utsatt for utilbørlige reaksjoner fra "foreldre" dersom de får kjennskap til barnets narkotikabruk (NOU 2019:26, s. 337). Videre er det slik at dersom et barn er under 16 år så kan "foreldre" og "foresatte" gi samtykke på vegne av barnet til kartlegging av behandlings- og tjenestebehov samt videre oppfølgingstilbud (NOU 2019:26, s. 35). Barnevernet kan også bli koblet inn hvis barn er pårørende til en person med rusmiddelproblemer. Hvis en person som har omsorg for barn hadde blitt pålagt å møte hos rådgivningsenheten fordi det hadde blitt avdekket bruk av narkotika ville enheten også benyttet seg av den barnevernfaglige kompetansen som skulle være tilgjengelig for enheten.

Jeg skal nå gå over til å se på *myter* som kan organisere det sosiale rom i "den sosiale diskursen". Den *myten* som er satt opp tidligere, der "sivilrettslig" og "strafferettslig" ses som to deler av en "juridisk diskurs" kan gjøre seg gjeldende her ved at man ser "den sosiale diskursen" som en del av "den sivilrettslige diskursen". Den *myten* har jeg beskrevet når jeg skrev om "den strafferettslige diskursen".

En annen måte man kan organisere det sosiale rom i "den sosiale diskursen" er å organisere det med utgangspunkt i *myten* om "velferdsstaten", som gir innbyggerne en del rettigheter. Dette er en stor *myte* som også er knyttet til rettigheter i "den strafferettslige diskursen" og "den medisinske diskursen". "Den sosiale diskursen" er knyttet til forvaltning av innbyggernes rettigheter, for eksempel gjennom barnevernet som skal sikre barns levekår og utviklingsmuligheter (NOU 2019:26, s. 103) eller den sammenslåtte arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) som blant annet forvalter innbyggernes økonomiske rettigheter (NOU 2019:26, s. 102). Også politiet har noen forvaltningsoppgaver, som for eksempel våpentillatelser og utstedelse av pass, så man ser at det er ikke klare skiller mellom *diskursene* og *mytene*. Det er verdt å merke seg at det har ikke kommet inn noen hørings svar fra NAV til denne utredningen, verken fra arbeids- og velferdsdirektoraktet, som står oppført som høringsinstans på denne

utredningen, eller lokale NAV-kontor eller regionskontor. Politidirektoratet og opptil flere politidistrikt og har sendt inn sine hørings svar. Det kan si noe om forholdet mellom de ulike *diskursene* og det skal jeg se nærmere på nå.

4.4 Forholdet mellom de tre diskursene

4.4.1 Mester-Betegnere

Som nevnt når jeg skrev om *diskursorden* så er de tre utvalgte diskursene knyttet til "velferdsstaten". I forholdet mellom de tre diskursene ligger det en *kontigens*, en kamp om *mester-betegnere* og hvor de som skal motta tjenester skal høre til. Jeg har allerede presentert *mester-betegnere* av de som utøver tjenester, men her skal jeg utdype om de som mottar tjenester. I utredningen blir det brukt mange ulike betegnelser på "rusbrukere", som blant annet "narkomane", "rusavhengige" og "rusmisbrukere". Det kommer av at utredningen henviser til mange ulike dokumenter som er skrevet i ulike perioder der diskursene var annerledes. For eksempel har betegnelsen "narkoman" falt mere bort. Jeg har tidligere presentert at utvalget deler personer som bruker illegale rusmidler inn i tre grupper, "eksperimentbrukere", "rekreasjonsbrukere" og "problembbrukere" (NOU 2019:26, s. 72). Denne inndelingen deler personer inn i grupper ut i fra deres bruk av rusmidler. Inndelingen er nyttig og kan benyttes innenfor alle tre diskursene.

Det er nevnt innledningsvis et skille mellom "brukere" og "selgere" og det er et viktig skille i utvalgets forslag til rusreform fordi reformen ville kun omhandlet de som bruker narkotika og innehar narkotika til eget bruk. Terskelverdiene for hvor mye man skulle kunne være i besittelse av uten å bli møtt med strafferettslige reaksjoner skulle ikke gjelde for "selgere". Utvalget skriver at dersom det foreligger konkrete omstendigheter som tilsier at personen innehar illegale rusmidler med tanke på videresalg så bør ikke terskelverdiene ikke være til hinder for etterforskning og straffeforfølgning (NOU 2019:26, s. 282). Det er verd å merke seg at betegnelsen "bruker" ikke alltid henviser til en person som bruker rusmidler, men noen ganger henviser det til en person som benytter seg av et tjenestetilbud. Det blir da satt i en *ekvivalenskjede* med betegnere som "pasient" og "klient".

De tre diskursene har alle noen skiller som baserer seg på alder i tilfeller av bruk og besittelse av illegale rusmidler. I "den strafferettslige diskursen" er det en strafferettslig lavalder der en må være fylt 15 år for å kunne bli møtt med strafferettslige

reaksjoner, men politiet kan fortsatt etterforske saken. I utredningen tar de opp at strafferettsapparatet i stor grad bruker ulike reaksjonsformer for "voksne" og "unge" og at ungdomsstraff for personer mellom 15 og 18 år ble innført i 2014 (NOU 2019:26, s. 58). Når jeg skrev om "den sosiale diskursen" tok jeg opp *mester-betegnerne* "barn" og "unge" og at disse omfattes av utvalgets forslag, på den måten at "barn" og "unge" kunne bli pålagt å møte hos den foreslåtte rådgivningsenheten fordi det ikke klassifiseres som en strafferettslig reaksjon. Det at "foreldre" og "foresatte" kan samtykke til kartlegging av behandlings- og tjenestebehov samt videre oppfølgingstilbud på vegne av personer under 16 år er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 og er noe som faller inn under både "den sosiale diskursen" og "den medisinske diskursen".

Når det kommer til alder så kan man se en *permanens* i tekstene, at det er en enighet om, at det ikke er ønskelig at "barn" og "unge" skal bli bruke rusmidler. Utvalget skriver at rusmiddelbruk hos barn og unge innebærer større risiko for skade enn hos voksne og at dette gjelder for fysiologisk, psykisk, kognitiv og sosial utvikling (NOU 2019:26, s. 316). Det er en *permanens* i tekstene om at det er ønskelig å forebygge at personer blir "problembrukere" og pådrar seg skader av rusbruk, og "barn" og "unge" står i en særstilling. Utvalget skriver at samfunnet har et særskilt ansvar for å sørge for gode oppvekstvilkår for barn og unge og henviser til at barnekonvensjonen er tatt inn i norsk lov (NOU 2019:26, s. 316). Så kan det lokaliseres noen *kontigenser*, noen uenigheter, omkring hvilke tiltak som egner seg til å redusere eller forhindre illegal rusbruk i befolkningen og blant "barn" og "unge". Det bringer meg videre til *nodalpunktene*.

4.4.2 Forholdet mellom de tre diskursenes nodalpunkter

Uenigheten om hvilke tiltak som egner seg til å redusere eller forhindre bruk av illegale rusmidler kan ses som *antagonistiske forhold* mellom de tre diskursenes *nodalpunkter*, at det er en uenighet om det er "straff", "helsehjelp" eller "velferdstjenester" som er best egnet til det. Disse *nodalpunktene* kan ses som *flytende betegnelser* fordi de endrer innhold over tid, så "straff" innebærer en rekke ulike straffereaksjoner, "helsehjelp" rommer mange ulike typer behandlingsmetoder og "velferdstjenester" er en samlebetegnelse for mange ulike tjenester. Disse tre kan være til stede i en persons hverdag samtidig, for eksempel kan en person sone en "straff" som gjennomføres ved fotlenkesoning samtidig som han mottar "helsehjelp" fra kommunens

helse- og omsorgstjenester og "velferdstjenester" fra NAV. Så de tre *nodalpunktene* utelukker ikke hverandre.

Et eksempel på at det kan være vanskelig å skille "straff" og "helsehjelp" fra hverandre er muligheten som finnes i lovverket til å dømme noen til behandling. Straffeloven § 62 har vilkår for å idømme overføring til tvungent psykisk helsevern og straffegjennomføringsloven åpner opp for at straff kan gjennomføres på institusjon eller sykehus (Straffegjennomføringsloven, 2001, § 12 og § 13). Et annet eksempel der soning og behandling overlapper er i rusmestringsenhetene som finnes ved 13 norske fengsler. I utredningen skriver de at disse enhetene er et formalisert samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen og at formålet med disse enhetene er å tilby behandling og rehabilitering til innsatte med rusproblemer (NOU 2019:26, s. 228).

Det henvises til et *antagonistisk forhold* mellom "straff" og "helsehjelp" i mandatet når de skriver at straffeforfølgning kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med tilpassede tilbud og oppfølging (NOU 2019:26, s. 17). Dette henviser til de som utfører tjenester. Et annet *antagonistisk forhold* mellom de to diskursene blir tatt opp av Foreningen Tryggere Ruspolitikk (FTR) som i sin høringsuttalelse skriver om et tilfelle der en person som har tatt overdose nekter personene rundt å ringe etter ambulanse, som ender med overdosedødsfall (FTR, 2020, s. 7). Altså påvirkes den hjelpesøkende atferden til brukere av illegale rusmidler.

Noen av de som har uttalt at de ikke ønsker utvalgets rusreform ønsker at reaksjoner på bruk og besittelse av illegale rusmidler skal fortsatt falle inn under strafferettssystemet. Noen taler for å beholde slik som det er, mens andre kommer med sine egne forslag i stedet for den reformen som utvalget legger frem. Det Nasjonale Statsadvokatembetet (NAST) foreslår i sin høringsuttalelse at hele forslaget til rusreform skrinlegges (NAST, 2020, s. 3). Videre skriver NAST at de mener de virkemidlene som eksisterer allerede, alternative straffemetoder og private og offentlige behandlingssenter, er mer egnet til å endre rusatferd enn en rådgivende enhet, som foreslås innført (NAST, 2021, s. 24). Utvalgsmedlem Swahn, som har tatt ut dissens fra utvalgets forslag, anbefaler at dagens mulighet for bruk av straff videreføres, men bare ovenfor "eksperimentbrukere" og "rekreasjonsbrukere", som Swahn klassifiserer som "ikke-avhengige", og at man da samtidig forbedrer det kvalitative innholdet i alternative straffereaksjoner og øker bruken av dem. Swahn foreslår at man lager et påtaledirektiv som sørger for påtaleunntatelse for gruppen "narkotikaavhengige" (problembbrukere)

(NOU 2019:26, s. 365). I dissensen reduserer Swahn gruppen "problembrukere" til å kun omhandle "narkotikaavhengige", mens utvalget beskrev gruppen som personer som bruker eller har brukt narkotika i et omfang som fører til helsemessige, sosiale og/eller økonomiske problemer (NOU 2019:26, s. 72). Så igjen finner vi kamp om *mesterbetegnere*. Det at det er ulike syn på avhengighet vil bli tatt opp igjen og drøftet senere, og Swahns dissens vil jeg også komme tilbake til da det er en kilde til å lokalisere flere *kontigenser*.

Et interessant funn i materialet er at representanter for strafferettssystemet argumenterer for utvidelse av helserettede tiltak, mens representanter for helsesystemet argumenterer for utvidelse av strafferettslige tiltak. NAST skriver at de mener det med fordel kunne vært flere hjemler for tvangsbehandling (NAST, 2021, s. 9). Swahn anbefaler i sin dissens at kommunene pålegges å opprette drop-in-plasser som er tilgjengelige hele døgnet, for å styrke helsehjelpen til "problembrukere", slik at politiet eller andre kan utnytte eventuell motivasjon som finnes hos brukeren når bruk eller besittelse avdekkes av politiet (NOU 2019:26, s. 365). På den andre siden skriver Den Norske Legeforening i sitt hørings svar at ressursene burde heller bli brukt til å utvide tilbudet om ulike former for alternativ straffegjennomføring og soning i institusjon (Den Norske Legeforening, 2020, s. 4).

"Den strafferettslige diskursen" og "den sosiale diskursen" vil jeg si at er ganske adskilte diskurser, i hvert fall på rusfeltet, i den forstand at "straff" og "velferdstjenester" ikke er så vanskelig å skille fra hverandre. Selv om man kan motta begge samtidig, man kan for eksempel sone i fengsel og samtidig få hjelp fra NAV til å betale husleia, så er det i slike tilfeller lett å forklare hva som er "straff" og hva som er "velferdstjenester". Tilfeller der det ikke er like lett kan være når en "forelder" i fylkesnemnda mister omsorgen for sitt barn på grunn av sitt rusbruk, som jeg har vært inne på når jeg skrev om *mesterbetegnere*, eller personer med sosialfaglig utdanning som jobber innen Kriminalomsorgen som har andre oppgaver enn det å tilby "velferdstjenester". Ut over det så kan man finne *antagonistiske forhold* mellom disse to diskursene og det finnes uenighet om rusbruk skal ses som et kriminalpolitisk problem eller et sosialt problem, men de glir ikke over i hverandre slik som "straff" og "helsehjelp" er beskrevet over.

Et annet *antagonistisk forhold* mellom "den strafferettslige diskursen" og "den sosiale diskursen" er det at straff, pågripelse og andre stigmatiserende reaksjoner kan forsterke sosialt utenforskap. Foreningen Tryggere Ruspolitikk løfter frem et

kontrollskadeperspektiv der de skriver at det mangler evidens for at kriminalisering av bruk av illegale rusmidler fører til mindre bruk, mens det er dokumentert at kriminaliseringen fører til skade (FTR, 2020, s. 7-8). Da har jeg allerede nevnt at kriminaliseringen kan være til hinder for å ringe etter ambulanse, men det kan også være til hinder for hjelpesøkende atferd til sosiale tjenester, herunder Barnevernet. Atferden til de som utfører disse tjenestene kan påvirkes av kriminaliseringen, og den medfølgende stigmatiseringen av gruppen, på samme måte som i helsetjenestene.

Man kan si at "den medisinske diskursen" i stor grad har slukt opp "den sosiale diskursen", så de to diskursene er de som er vanskeligst å skille fra hverandre på dette området, og det er vanskelig å si om disse *diskursene* har et *antagonistisk* forhold. I innledningen skrev jeg at sosialtjenestene hadde ansvaret for tjenester til personer med rusproblemer fra 1993 til 2004. I 2004 overtok helseforetakene ansvaret. Med diskursteoretiske begreper kan man si at det ble foretatt en *hegemonisk intervensjon* på vegne av det medisinske perspektivet på rusfeltet. Det sosialfaglige perspektivet forsvant ikke helt, men det medisinske perspektivet havnet i førerretet. Man kan se at det enda var slik i prosessen som foregikk omkring rusreformen blant annet ved å se på FOs hørings svar der de skriver at de er enige i at rusmiddelavhengighet er et helseproblem, men at rusavhengige ofte også har sosiale problemer som må løses av fagfolk med sosialfaglig kompetanse (FO, 2020). Altså kan det tolkes slik at FO lar det medisinske perspektivet gå foran, men minner om at det sosialfaglige perspektivet ikke må glemmes helt. Videre skriver FO at de mener det er feil å definere rådgivningssamtalen, som utvalget foreslår at man innfører ovenfor de som blir tatt for bruk av illegale rusmidler, som "helsehjelp" når formålet med samtalen er å føre til refleksjon og motivasjon (FO, 2020). Utvalget skriver at de synes det er unaturlig å legge til grunn pasient- og brukerrettighetslovens snevre definisjon av "helsehjelp" og at de har en bredere forståelse av "helserettede tiltak" som er begrepet som er brukt i mandatet (NOU 2019:26, s. 307). Med en slik utvidet forståelse av "helserettede tiltak" kan sosialt arbeid bli underordnet et medisinfaglig perspektiv. FO skriver at årsaker til rusproblemer eller rusbruk kan være mange og må møtes med ulike tiltak, at det kan handle om blant annet fattigdom, utenforskap, psykiske lidelser (FO, 2020). Så er spørsmålet om i hvor stor grad skal man si at FO sier seg enig i at rusmiddelavhengighet er et helseproblem. Hvis det er sånn at "helsearbeidere" og "sosialarbeidere" er enige om at rusmiddelavhengighet er hovedsakelig et helseproblem så er det ikke snakk om et

antagonistisk forhold mellom to diskurser, da er det snakk om ulike subjektposisjoner som har ulike interesser.

4.5 Legaliseringsdiskurs

Ved siden av de tre diskursene kan man sette opp en "legaliseringsdiskurs" som er mulig å finne både i utredningen og i noen av høringssvarene. Det er en diskurs lenge har hørt til ruspolitiske debatter og utviklingen i andre vestlige land kan sies å ha utfordret *hegemoniet* til "den strafferettslige diskursen" i Norge. I utredningen er det et eget kapittel om erfaringer med rusreform fra andre land og der presenteres bl.a. hvordan land som Canada, Nederland og USA har regulert omsetning av cannabis til egen ikke-medisinsk bruk (NOU 2019:26, s. 150-154). En diskursorden der "legaliseringsdiskursen" inkluderes kan illustreres slik:



Figur 3

Siden ordet "avkriminalisering" blir beskrevet i utredningens dissens som et problematisk ord som få forstår betydningen av og som kan tolkes til å bety det samme som "legalisering" (NOU 2019:26, s. 363-364) setter jeg opp en "legaliseringsdiskurs". Det at disse to begrepene uttales å være så nære at få klarer å skille dem fra hverandre blir da også et argument for hvorfor jeg ikke setter opp en egen "avkriminaliseringsdiskurs".

Det inngikk ikke i utvalgets mandat å utrede for legalisering av bruk og besittelse av noen av de illegale stoffene, og dette var en videreføring av regjeringens politiske plattform (NOU 2019:26, s. 19). Allikevel er det noen av de som har sendt inn hørings svar som tar opp legalisering i sine innspill. Det er ulike meninger om legalisering av stoffer som i dag er illegale og ulike begrunnelser som ligger til grunn for disse. Jeg skal her presentere noen av dem.

Foreningen Tryggere Ruspolitikk (FTR) har en del i sitt hørings svar som omhandler viltvoksende vekster der se skriver at fleinsopp burde kunne plukkes og inntas på lik linje med brun og rød fluesopp ut i fra allemannsretten. De skriver videre at Norge ikke er forpliktet av FN-konvensjonene til å regulere fleinsopp som narkotika og

at omsetning av fleinsopp fortsatt ville vært ulovlig etter legemiddelforskriften § 3-8 hvis man fjernet denne fra narkotikalistens (FTR, 2020, s. 15-16). Så her trekker de inn både allemannsretten og Norges forpliktelser til FN-konvensjonene. Ved at de trekker inn allemannsretten kan dette argumentet kobles til en "rettighetsorientert diskurs" som tidligere er nevnt i forbindelse med "brukermedvirkningsdiskurser", som jeg skal komme tilbake til.

En annen forening som har sendt inn hørings svar er Foreningen for Human Narkotikapolitikk (FHN). De skriver at de er en forening som fremmer brukermedvirkning, skadereduksjon, avkriminalisering og statlig regulering og at de ikke støtter et forbud mot rusmidler fordi det gir inntekter til illegalitet og hindrer politisk regulering. De skriver at de anser utvalgets forslag til rusreform som et steg i riktig retning, men ikke som et endelig mål. De er heller ikke enig i at enhver som selger rusmidler fortjener straff, og skriver at salg ofte foregår ved at rusmiddelbrukere hjelper hverandre med anskaffelse (FHN, 2020).

Skyggeutvalget skriver i sitt hørings svar at deres synspunkt på rusreformen er at "narkotika" bør legaliseres. De tar frem noen enkeltstoffer som de utdyper sine meninger om. Om cannabis skriver de at de mener all befatning med cannabis burde være lovlig, men at det burde selges under like strenge regler som kjøtt, alkohol og tobakk. De skriver at for rusavhengige er ikke cannabis en del av problemet, men en del av løsningen da det fungerer som medisin for svært mange. Om amfetamin skriver de at de går inn for at det blir vurdert på samme måte som opioider og at man lager et eget behandlingsopplegg for de som er avhengige av amfetamin. Om benzodiazepiner skriver de at de foreslår at dette vurderes på lik linje med opiatere og at mange som har utviklet avhengighet til dette stoffet har behov for substitusjonsbehandling (Skyggeutvalget, 2020, s. 111).

De begrunnelsene som ligger bak de ulike synspunktene har likhetstrekk med de diskursene som Askheim presenterte når han skrev om "brukermedvirkningsdiskurser". For eksempel kan man knytte argumentet om at viltvoksende sopp ikke skal være på narkotikalistens ut i fra allemannsretten til en "demokratisk/rettighetsorientert diskurs". Tanken om å selge cannabis under like strenge regler som kjøtt, alkohol og tobakk kan kobles opp mot en "konsumentdiskurs" som igjen er knyttet til en markedstenkning.

Jeg har satt opp "legaliseringsdiskursen" ved siden av den primære diskursorden for å vise at det er perspektiver og meninger som kan påvirke perspektiver og

tilnærminger til bruk av ulovlige rusmidler i de andre diskursene. Jeg har ikke forsøkt å gi et fullstendig bilde av "legaliseringsdiskursen". At mandatet slår fast at det for den forrige regjeringen var uaktuelt å legalisere noen av de illegale stoffene setter en grense for hvor mye "legaliseringsdiskursen" kan utfordre de andre diskursene i høringsrunden om rusreformen. I utredningen skriver de at ruspolitiske organisasjoner, som tidligere var marginaliserte og avfeid som lite seriøse legaliseringstilhengere, de siste årene har hatt en ikke-ubetydelig påvirkningskraft i samfunnsdebatten (NOU 2019:26, s. 70). Ved å legge frem "legaliseringsdiskursen" har jeg fått presentert noen av aktørene og diskursene som skal være med videre når jeg skriver om "brukermedvirkningsdiskurser".

4.6 Brukermedvirkningsdiskurser

Jeg presenterte i punkt 2.6 i teoridelen "brukermedvirkningsdiskurser" fra Askheim (2017) hovedsakelig for å ha flere *diskurser* å spille på i oppgaven. Etter hvert som jeg har lest utredningen og hørings svar ser jeg at det kan være nyttig å ta med i analysen noen *kontingenser* omkring *brukermedvirkning* for å vise at det finnes *antagonisme* på dette området knyttet til rusreformen.

I utredningen skriver de at brukerorganisasjoner på rusfeltet vokste frem på 1990-tallet da rettighetsperspektivet og brukermedvirkning fikk gjennomslag og etter hvert også ble lovfestet. Videre skriver de at mange brukerorganisasjoner har blitt godt integrert i nasjonale og internasjonale organisasjons- og fagnettverk og at de har blitt sentrale premissleverandører i ruspolitikken sammen med de ruspolitiske organisasjonene (NOU 2019:26, s. 69). Skillet mellom brukerorganisasjoner og ruspolitiske organisasjoner er ikke fullstendig. For eksempel presenterer FHN seg som begge deler når de skriver at de er en forening som fremmer brukermedvirkning, skadereduksjon, avkriminalisering og statlig regulering (FHN, 2020).

Skyggeutvalget kritiserer arbeidet med rusreformen for at "brukerstemmene" ikke har kommet tilstrekkelig til orde. De har i tillegg til å skrive en høringsuttalelse laget en rapport som de beskriver som "brukerstemmenes" kommentar til rusreformen som har fått tittelen "*Rusfeltet må granskes!*". Skyggeutvalget trekker frem Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO), som er en av brukerorganisasjonene som har vært representert i rusreformutvalget, og kritiserer dem for å ikke representere brukerne på rusfeltet da de krever av sine medarbeidere at de skal være rusfrie og

dermed har skjøvet fra seg de "mislykkede pasientene" på rusfeltet som Skyggeutvalget søker å representere (Skyggeutvalget, 2020, s. 4-5). Med diskursteoretiske begreper kan man si at RIO fremstilles som *hegemoniske* på området som omhandler *brukermedvirkning*, når Skyggeutvalget skriver at de har vært favorittene til myndighetene både når det gjelder finansiering og innhenting av brukererfaring i mange år (Skyggeutvalget, 2020, s. 4). I Skyggeutvalgets rapport og høringsuttalelse kan man lokalisere mange *kontigenser*, da de er konfronterende i hvordan de legger frem sine funn og synspunkter. Blant annet skriver de at rapporten er et anklageskrift mot forskningssamfunnet og helsemyndigheter som de mener har kommet til kort i mangel på tiltak mot overdosedødsfall (Skyggeutvalget, 2020, s. 90). At Skyggeutvalget søker å løfte frem brukerstemmer som de mener ikke har kommet tilstrekkelig til orde kan plasseres innenfor "rettighetsdiskursen" Askheim skriver om, fordi "brukerstemmene" ikke har fått oppfylt sin demokratiske rett til innflytelse over eget liv (Askheim, 2017, s. 137). Jeg skal ikke analysere mer om uenigheter omkring hvordan *brukermedvirkning* har blitt praktisert i arbeidet med utredningen, men det passet å ta det opp siden Skyggeutvalget har løftet frem det de betegner som et fravær av "brukerstemmer" i utvalget.

4.6.1 Rådgivende enhet for narkotikasaker

Det er særlig én del av utvalgets forslag jeg anser som relevant å knytte opp mot "brukermedvirkningsdiskursene", og det er utvalgets forslag om at samfunnets reaksjoner på bruk og besittelse av (en viss mengde) illegale rusmidler skal følges opp en rådgivende enhet for narkotikasaker. Denne delen av forslaget har fått mye oppmerksomhet i høringsinnspillene jeg har valgt ut og utredningen veier nøye for og imot om manglende oppmøte og oppfølging av tjenestetilbud skal sanksjoneres eller ikke. I utvalgets forslag til reaksjonsmodell gis politiet myndighet til å pålegge en person møteplikt hos den rådgivende enheten for narkotikasaker (NOU 2019:26, s. 306). Etter utvalgets syn er det å få pålegg fra politiet om oppmøte hos rådgivende enhet for narkotikasaker i seg selv være en reaksjon på overtredelse av forbudet mot bruk av narkotika. Ved et slikt oppmøte kan helsetjenesten vurdere behovet for helse- og velferdstjenester og utvalget legger til grunn at det ikke blir iverksatt tiltak med mindre det faktisk foreligger et tjenestebehov, og at personen det gjelder må samtykke til å motta slike tjenester med mindre vilkår for bruk av tvang er til stede. Utvalget foreslår

ikke noen nye tvangshjemler for rådgivningsenheten ut over de som allerede er på plass i lovverket, som for eksempel helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 som omhandler tvangstiltak ovenfor rusmiddelavhengige (NOU 2019:26, s. 308-309).

Utvalgets forslag innebærer at rådgivningsenheten skal strekke seg langt for å etablere kontakt med den som blir ilagt oppmøteplikt, som for eksempel å oppsøke personen eller at kontakt oppnås via telefon, men utvalget foreslår ikke at det skal innføres et overtredelsesgebyr for manglende oppmøte. Dette begrunner de med at et slikt gebyr vil kunne skade relasjonen mellom *pasient* eller *bruker* og *tjenesteutøverne*. I tillegg skriver utvalget at et overtredelsesgebyr vil for mange fremstå som et nytt navn på bøter, som er den straffereaksjonen oppmøte hos rådgivningsenheten var ment å erstatte (NOU 2019:26, s. 322).

Når helse- og omsorgsdepartementet leverte sin proposisjon til stortinget var sanksjoner på manglende oppmøte tatt med inn i lovforslaget. De skriver at det bør ha en konkret konsekvens å unnlate å følge politiets pålegg om møteplikt for rådgivningsenheten og begrunner det med at sanksjoner eller trussel om sanksjoner vil kunne virke individual- og allmennpreventivt for å unngå brudd på oppmøteplikten. Videre skriver de at det kan bidra til å redusere respekten for politiets myndighet dersom det ikke reageres ovenfor personer som ikke overholder pålegg gitt av politiet, men at det også vil øke sikkerheten for at reformen ikke er i strid med FNs narkotikakonvensjoner (Prop. 92 L (2020-2021), s. 48). Før de skriver om sine vurderinger og forslag fremhever de blant annet Statens Helsetilsyns høringsuttalelse som tar opp at overtredelsesgebyr etter deres mening vil være i strid med de grunnleggende prinsippene om selvbestemmelse og brukervedvirkning som forutsetninger for å yte helsetjenester (Prop. 92 L (2020-2021), s. 46). Til tross for dette foreslår Helse- og omsorgsdepartementet et gebyr på kr. 2398,- for manglende oppmøte hos rådgivningsenheten (Prop. 92 L (2020-2021), s. 50). Det fremstår som at det er hensynet til respekten for politiet veier tyngst for Helse- og omsorgsdepartementet, for når temaet dukker opp senere i proposisjonen er ikke hensynet til Norges forpliktelser til FN-konvensjonene nevnt (Prop. 92 L (2020-2021), s. 78).

4.6.2 Brukervedvirkning i de ulike diskursene

Brukervedvirkning er et begrep som hører mest hjemme i "den sosiale diskursen" og "den medisinske diskursen", da det som tidligere nevnt er forankret i

pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og NAV-loven. I strafferettssystemet er det en del alternative straffereaksjoner som er basert på samtykke, og i en straffegjennomføring kan det inngås ulike gjensidig forpliktende avtaler mellom kriminalomsorgen og "domfelte", men det er ikke samme lovfestede rettighet til å medvirke som innenfor helse og sosial. Det verdt å nevne at "medvirkning" ikke har samme positive konnotasjon i strafferettssystemet som den har innenfor helse og sosial, da det i strafferettssystemet ofte er knyttet til "å medvirke til en straffbar handling". "Brukermedvirkning" kan sies å være et *nodalpunkt* og et såpass sterkt begrep at man forstår hva som menes med det selv om det skulle bli brukt i en diskurs der det ikke hører hjemme, så det gir fortsatt mening å snakke om brukermedvirkning innenfor strafferettssystemet, selv om det ikke er forankret lovmessig på samme måte som i helse og sosial.

Askheim så på brukermedvirkningsdiskurser på "velferdsområdet" og analyserte stortingsmeldinger og lovproposisjoner knyttet til politikk som omhandlet "helse", "velferd" og "omsorg". Han fant at "samproduksjonsdiskursen" sammenkoblet med en *republikansk medborgerskapsforståelse* hadde dominert i perioden fra 1980-tallet til 2017, til tross for skiftende regjeringer, og spør seg om "samproduksjonsdiskursen" kom under press fra en "konsumentdiskurs" og *liberal medborgerskapsforståelse* etter at Høyre-Frp regjeringen kom til makten i 2013 (Askheim, 2017, s.136). I arbeidet med rusreformen kan ikke begge partiene sies å ha hatt samme forståelse, da Høyre var en av pådriverne for rusreformen mens Fremskrittspartiet var motstander av reformen fra begynnelsen av. Ingen av de to partiene går så langt i konsumenttenkningen at de foreslår å regulere noen av de illegale stoffene på samme måte som tobakk og alkohol. Det Askheim finner av å undersøke to Stortingsmeldinger fra Solberg-regjeringen, *Folkehelsemeldingen* og *Fremtidens primærhelsetjeneste*, er at "konsumentdiskursen" framtrer noe tydeligere med Solberg-regjeringen, med fokus på fritt behandlingsvalg, men han finner også en betydelig kontinuitet i retorikken i forhold til tidligere dokumenter fra tidligere regjeringer (Askheim, 2017, s. 146). Med det forlater jeg "brukermedvirkningsdiskursene" og er klar for å ta fatt på drøftingen, selv om jeg har drøftet en del mens jeg har lagt fram analysen.

5. Drøfting

Drøftingen er lagt opp slik at jeg først drøfter *dislokasjon* som er et sosialt perspektiv på avhengighet. Der kommer jeg også inn på det internasjonale perspektivet med at Norge påvirkes av verden utenfor. Deretter kommer jeg inn på oppsøkende virksomheter, der jeg trekker linjer over til utvalget forslag til sammensetningen av rådgivningsenheten. Etter det vil jeg drøfte stigmatisering som rusreformen har som mål å redusere. Derfra kommer jeg inn på erfaringskonsulenter, siden erfaringskompetanse er noe som rådgivningsenhetene etter utvalgets forslag skal ha tilgang på. I punktet om skadereduksjon kommer jeg blant annet inn på hvordan opprettelsen av rådgivningsenheten kunne fungert skadereduserende. I det siste som omhandler makt kommer jeg mer inn på tvangstiltak på rusfeltet. Til slutt kommer en oppsummerende drøfting som er ment å knytte de ulike drøftingene sammen.

5.1 Dislokasjon

Alexander knytter årsakene til *dislokasjon* til globaliseringen av markedskreftene. Han skriver at fri-markeds samfunnet produserer *dislokasjon* i stor skala og at det har ført til en verdensomspennende kollaps av *psykososial integrasjon*, der fellesskapets midler går til å sørge for infrastruktur til økonomisk utvikling, men ikke til å ivareta lokalsamfunn som har blitt brutt ned av markedskreftene (Alexander, 2008, s. 60). Å handle ut i fra tradisjonelle lojaliteter blir enten kriminalisert eller ansett som uetisk fordi det fører til nepotisme, favorisering eller diskriminering og tradisjonelle kilder til *psykososial integrasjon* har blitt klassifisert som markedsvridende (Alexander, 2008, s. 61). Dette kan knyttes til det Askheim skriver om de to tilnærmingene til *sosialt medborgerskap*. *Den liberale forståelsen* som fremhever individets rett til å styre eget liv uten offentlig innblanding, der individet har ansvaret for de risikoene det innebærer, og *den republikanske forståelsen* som fremhever individets individuelle rettigheter og individets forpliktelser til fellesskapet, men ikke fellesskapets forpliktelser til individet. Dette bygger det opp under Alexanders påstand om at markedsforståelsen påvirker alle deler av samfunnet, og viser at den også påvirker *brukermedvirkning*. Laclau og Mouffe derimot mener dikotomien individ/samfunn er en falsk dikotomi og at rettigheter ikke er knyttet til individer, men til *subjektposisjoner* (Laclau & Mouffe, 2001, s. 168). Akkurat det er aktuelt i arbeidet med rusreform fordi noen argumenterer med at "problembrukere" burde ha andre rettigheter enn "rekreasjonsbrukere" og

”eksperimentbrukere”, blant annet Swahn som i sin dissens skriver at han tolker mandatet til at utvalget er satt til å foreslå en modell som kun skal gjelde for rusavhengige (NOU 2019:26, s. 363).

Alexander har et internasjonalt fokus der han skriver om globalisering av avhengighet og at årsakene til avhengighet overskrider landegrensene. Utredningen tar inn erfaringer fra andre land og skriver at den internasjonale utviklingen må antas å hatt betydning for at avkriminalisering ble satt på dagsorden i Norge (NOU 2019:26, s. 71). ”Legaliseringsdiskursen” er sterkt påvirket av utviklingen i andre vestlige land. Disse tingene åpner for at sosialarbeidere også kan knytte seg opp mot det som skjer internasjonalt. Det er FO som har endt opp som representant for ”sosialarbeiderne” i denne oppgaven, i mangel på uttalelse fra Arbeids- og Velferdsdirektoratet og NAV. Det er nok andre instanser fra ”den sosialfaglige siden” som kunne vært tatt med

FO skriver om *signaleffekten* av å avkriminalisere bruk av narkotika at de foreslår at det igangsettes kampanjer rettet mot befolkningen samtidig med reformen (FO, 2020). Dette på bakgrunn av at utvalget har mottatt flere innspill om at avkriminalisering kan bidra til å ”normalisere” bruken av narkotika, og de som er bekymret er spesielt bekymret for ”barn” og ”unge” (NOU 2019:26, s. 321). Det er uklart hva ”normalisering av bruk av narkotika” egentlig innebærer og hvordan dette henger sammen med avkriminalisering av bruk og besittelse innenfor visse terskelverdier av narkotika. Utvalget skriver at på bakgrunn av de empiriske funnene de har gjennomgått av erfaringer fra andre land er grunn til å stille spørsmål ved antagelser om straffetrusselen har stor påvirkning på innbyggernes narkotikabruk (NOU 2019:26, s. 160). Hvis det er rett at straff har begrenset påvirkningskraft på innbyggernes narkotikabruk skulle det være liten grunn til bekymring for en ”normalisering av narkotikabruk” ved å fjerne straffen. Og hvis straff har begrenset påvirkning på befolkningen så er det vel grunn til å stille spørsmål ved hvor mye påvirkningskraft en kampanje vil ha. Dette fører oss tilbake til det internasjonale perspektivet, at en nasjonal kampanje om at avkriminalisering ikke er det samme som legalisering, og at narkotikabruk er problematisk, vil kanskje ha begrenset effekt hvis det overdøves av internasjonale strømninger der narkotikabruk ”normaliseres”, for eksempel på strømmetjenester og sosiale medier.

En kampanje er ikke det eneste forslaget til FO. De skriver at problemene knyttet til rusmiddelbruk må håndteres på en helhetlig og konstruktiv måte, at de sosiale

problemene må håndteres av personer med sosialfaglig kompetanse og derfor må spesialisthelsetjenesten ansette personer med både helse- og sosialfaglig kompetanse. De ønsker også at det skal lovfestes i helse- og omsorgstjenesteloven at kommunene må ha personell som er barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere, på lik linje som at det er blitt lovfestet at kommunene skal ha tilgang på psykologifaglig kompetanse. De mener kommunene må ha tiltak som i større grad enn i dag klarer å fange opp mennesker som er i ferd med å utvikle et rusproblem, og kommunene må i tillegg ha lavterskeltilbud til rusavhengige og lettere tjenester med fokus på rehabilitering og motivasjonsarbeid. Videre skriver de at alle kommuner må ha oppsøkende virksomheter som møter barn og unge der de befinner seg, og de ser for seg at oppsøkende tjenester vil ha en stor rolle i bemanningen av den rådgivende enheten (FO, 2020). Så det er ikke mangel på sosialfaglige innspill fra FO som kan føre til styrking av *psykososial integrasjon*. Jeg skal nå se litt nærmere på oppsøkende virksomheter siden FO mener alle kommuner bør ha dem.

5.2 Oppsøkende virksomheter

Oppsøkende virksomheter kan sies å være en tilnærming til bruk av ulovlige rusmidler og er noe som fremheves i både utredningen og høringsinnspill. Men det er flere ulike typer oppsøkende virksomheter så det er ikke så enkelt å vite hva som menes når oppsøkende virksomheter blir nevnt. I utredningens kapittel 11 om "Forebyggende tiltak og oppfølging utenfor straffesak" skriver de om "opsøkende sosialt arbeid". De vanligste betegnelsene på slike oppsøkende virksomheter er "uteseksjon", "utekontakt" og "ungdomskontakt". Disse har en viktig forebyggende rolle ved at de kan nå ut til utsatte og vanskeligstilte grupper som står i fare for å involvere seg i rus og kriminalitet og utvikle psykiske problemer (NOU 2019:26, s. 235). Det er denne typen oppsøkende virksomhet FO ønsker skal bli lovpålagt for alle kommuner å ha. Utvalget skriver om denne tjenesten at det er noe som av og til ytes til voksne, men de fleste utekontaktordningene jobber opp mot målgruppen 13-23 år (NOU 2019:26, s. 97).

En annen type oppsøkende virksomheter er "aktivt oppsøkende behandlingsteam". Disse har blitt nevnt tidligere i forbindelse med at de yter samtidige tjenester fra primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og at skille mellom de to da kan bli utydelig. De mest fremtredende eksemplene på slike behandlingsteam er ACT- og FACT-team. Disse har tradisjonelt jobbet opp mot psykosepasienter, og en del av disse

pasientene har også rusproblematikk (NOU 2019:26, s. 97). Disse teamene har ganske spesifikke tilnærminger fordi de jobber ut i fra en modell. FACT-modellen er en videreutvikling av ACT-modellen og de siste årene har man begynt å utforme team etter FACT-modellen med mer spissede målgrupper, så det har blitt etablert FACT-ung og FACT-rus team.

Disse modellene er også spesifikke på sammensetningen av teamene og hvilken kompetanse som skal være tilgjengelig i teamene. Sammensetningen av et ACT-team og den foreslåtte sammensetningen av rådgivende enheter for narkotikasaker er forbausende lik. Utvalget foreslår at kompetansen i rådgivningsenheten skal være medisinskfaglig, psykologfaglig, sosialfaglig, erfaringsbasert og ved behov barnevernfaglig (NOU 2019:26, s. 332). Det er en forskjell at ACT-modellen krever ikke barnevernfaglig kompetanse, men den utelukker det heller ikke (Aakerholt, 2013, s. 21-22). Barnevernfaglig kompetanse vil man nok finne i FACT-ung behandlingsteam. Dette betyr at det kan allerede finnes team rundt i norske kommuner som besitter all den kompetansen som skal inngå i rådgivningsenheten for narkotikasaker. Riktignok er ACT- og FACT-team satt sammen av personell fra primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, mens rådgivningsenheten foreslås å forankres i kommunenes primærhelsetjeneste. Spesielt i slike team som utfører begge typer tjenester blir skillet mellom de ulike tjenestene uklart. Hvis situasjonen skulle oppstå at rådgivningsenheten får behov for psykologfaglig kompetanse, er det vel ikke så viktig hvor denne kompetansen hentes fra. Jeg anser det som sannsynlig at oppgaven med å følge opp narkotikasaker kan tilfalle personell fra slike behandlingsteam eller utekontakttjenester. I proposisjonen til Stortinget blir det tatt opp at flere høringsinstanser, deriblant Helsedirektoratet, foreslår at rådgivningsenheten skal være lovpålagt å ha en oppsøkende funksjon ovenfor personer som ikke oppfyller møteplikten (Prop. 92 L (2020-2021), s. 62). Hvis enheten skulle blitt pålagt en slik funksjon hadde det vært naturlig at den ble ivaretatt av personer med erfaring med å oppsøke personer "der de er".

Det er ikke slik at hvis man får oppfølging fra oppsøkende behandlingsteam eller utekontakt at man blir sittende foran et panel med leger, psykologer, erfaringskonsulenter og barnevernspedagoger, eller at alle disse kommer hjem til en person samtidig. Slik vil det heller ikke blitt med disse rådgivningsenhetene hvis det hadde blitt gjennomført en avkriminalisering. Det er kompetanse som skal være

tilgjengelig, det betyr ikke at personer med denne kompetansen må være til stede hele tiden. I utvalgets forslag presiseres det at lege og psykolog ikke trenger å ha en utøvende funksjon og delta på møter med personer som er ilagt møteplikt hos enheten (NOU 2019:26, s. 332). Så da tolker jeg det dit at medisinskfaglig kompetanse, psykologfaglig kompetanse og barnevernfaglig kompetanse er noe som skal være tilgjengelig for rådgivningsenheten ved behov. Da står sosialfaglig og erfaringsbasert kompetanse igjen. Den erfaringsbaserte kompetansen står det at hvis den aktuelle kommunen ikke har ansatt erfaringskonsulent eller medarbeider med brukererfaring kan man inngå samarbeid med brukerorganisasjonene. Så hvis kommunen ikke har ansatt personer med erfaringsbasert kompetanse så står det sosialfaglige personalet igjen. Altså ville man risikert, hvis rusreformen ble vedtatt, at det å oppsøke personer som ikke møter, avholde møter med de som møter, henviser videre de som samtykker til tilbudet om tjenester, ville tilfalt kommunale sosialarbeidere.

Det ble ingen avkriminalisering, men helse- og omsorgstjenesteloven fikk tilført § 3-9 b. om rådgivende enhet i russaker. Der står det at enheten har ansvaret for å møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår for en bestemt strafferettslig reaksjon. Dette innbefatter også ruskontroll etter straffeloven § 37 første ledd bokstav d. Loven sier ikke noe om sammensetningen av rådgivningsenheten, men det kan departementet gi nærmere forskrift om. Uansett om det slår til den spådommen om at sosialfaglig personell blir stående igjen alene, eller om arbeidet blir utført av en tverrfaglig sammensatt gruppe der sosialfaglig personell inngår, har da arbeidet med rusreformen ført til at sosialfaglig personell nå blir satt til å følge opp strafferettslige reaksjoner. Og at kommunenes helse- og omsorgstjenester blir satt til å utføre oppgaver som tradisjonelt har tilhørt kriminalomsorgen.

5.3 Stigmatisering

Når rusreformutvalget skriver om tilstanden de ønsker å oppnå skriver de at de ønsker at brukere av narkotika skal oppleve *redusert* stigma knyttet til sin bruk av narkotika, mindre grad av marginalisering og økt sosial integrering (NOU 2019:26, s. 345). De ønsker å redusere stigmaet knyttet til bruk av narkotika, men de tar ikke sikte på å fjerne det. Utvalget reiser selv spørsmålet om en reform som erstatter straff for mindre narkotikalovbrudd med helse- og velferdsrettede tiltak er egnet til å endre innbyggernes holdninger til narkotikabruk og personer som bruker narkotika. De

skriver at spørsmålet er krevende å besvare og at en sivilrettslig reaksjon er et tydelig signal på at narkotika anses som et uønsket fenomen i samfunnet (NOU 2019:26, s. 29). Utvalget hadde også et ønske om at terskelen for å søke hjelp skulle oppleves som lavere etter rusreformen og at den enkelte bruker skulle møtes med hensiktsmessige og tilpassede tilbud etter reformen (NOU 2019:26, s. 345).

Den Norske Legeforening skriver i sitt hørings svar at straff oppleves som stigmatiserende og bidrar i seg selv ikke til mindre bruk av narkotika, men de skriver også at utredningen mangler forslag til konkrete tiltak for å kunne erstatte straff med hjelp. Videre skriver de at de anser at problemet med den foreslåtte reformen er at den i liten grad vil treffe "rusavhengige" som ønsker behandling, og at det dermed vil legge til rette for at nye og sårbare grupper kan rekrutteres til misbruk, avhengighet og unndras kontroll (Den Norske Legeforening, 2020, s. 3-4). Også legeforeningen stiller spørsmål om avkriminalisering er egnet til å endre befolkningens holdninger til personer som misbruker rusmidler og reiser spørsmål om reformen kan ende med å føre til en mer positiv holdning til eksperimentering og bruk av narkotika, mens holdningen til "problembrukere" forblir like negativ (Den Norske Legeforening, 2020, s. 5).

De ulike brukergruppene, "eksperimentbrukere", "rekreasjonsbrukere" og "problembrukere" som utredningen opererer med, ser ut til å falle inn under ulike modeller som er tatt opp når jeg innledningsvis presenterer ulike perspektiver på rus. "Problembrukere" havner inn under *sykdomsmodellen* der man ikke klandrer personer for en sykdom som han har, og som har behov for helsehjelp, mens "eksperimentbrukere" og "rekreasjonsbrukere" blir plassert under *den moralske modellen*. Det ser vi blant annet når legeforeningen skriver i sitt innspill at manglende oppmøte må følges av sanksjon for gruppen av personer som ikke har problematisk bruk av rusmidler (Den Norske Legeforening, 2020, s. 2). Eller Swahn som vurderer mandatet slik at utvalget kun er gitt i oppdrag å foreslå en modell som gjelder for "rusavhengige" (NOU 2019:26, s. 363). FHN skriver at det er vanskelig å definere skillet mellom når person har et problematisk forhold til rusmidler, og anser det som problematisk dersom det er "politifagligheten" som skal ligge til grunn for slike vurderinger (FHN, 2020).

Videre kan man si det slik at "problembrukere" er *diskrediterte*, altså deres "defekt" er synlig eller på andre måter kjent, mens "eksperimentbrukere" og "rekreasjonsbrukere" er *diskreditable*, hvis deres avvikende atferd blir kjent vil de også

bli *diskreditert*. Avdekking av bruk og besittelse av narkotika fremstår som en viktig kilde til *diskreditering*. Swahn skriver at anmeldelser og andre straffesaksdokumenter i bruk,- besittelses- og oppbevaringssaker er viktige informasjonskilder til edruskapsvurderinger i saker vedrørende førerkort, kjøreløyve og våpentillatelser (NOU 2019:26, s. 364). NAST skriver at det ved en avkriminalisering vil bli vanskeligere å utvise utenlandske selgere av narkotika (NAST, 2020, s. 19). Utvalget skriver at reformen ikke vil endre forsvarsloven om § 62 om pliktmessig avhold for tjenestepliktige i Forsvaret og antar at Forsvaret kan håndtere avdekket rusmiddelbruk innenfor sitt eksisterende apparat, uten å pålegge tjenestepliktige å møte hos rådgivningsenheten. Disiplinærloven § 5 gir forsvaret anledning til å benytte refselsesmidler som arrest inntil 20 dager, bot som fastsettes på grunnlag av tjenestetillegget, frihetsinnskrenkning i visse tider av dagen eller hele døgnet og ulike former for irettesettelse (NOU 2019:26, s. 289). Videre skriver utvalget at det er yrker og virksomheter som har særlig behov for risikostyring, men at de antar at det etter omstendighetene kan være like alvorlig at en person er ureglementert påvirket av legale rusmidler som illegale rusmidler og mener dette taler for felles regler for rusmiddelkontroll på området (NOU 2019:26, s. 289). Argumentet er forståelig, for eksempel hvis en pilot er ruspåvirket så er det kanskje ikke så interessant for passasjerene om rusmiddelet er legalt eller illegalt, så lenge de får en ny pilot, men reaksjonene og sanksjonene piloten blir møtt med i etterkant er nok avhengig av hvilket rusmiddel det er snakk om, da det er ulike stigma knyttet til de ulike rusmidlene.

FTR tar opp politiets forvaltningsoppgaver i saker der manglende edruskap skal konstateres, som førerrett og våpenkort, og mener at manglende edruskap bør kun konstateres på bakgrunn av innbringelser for overstadig rus, ruspåvirket kjøring eller ordensforstyrrelser i rus. FTR mener gjentatt befatning med narkotika til eget bruk ikke bør kunne utløse annet enn en legeundersøkelse om helsekrav er oppfylt. Videre skriver de at edruelighetskontroll ved rusprøver må foretas på minst mulig inngripende vis, med spyttprøver fremfor urinprøver (FTR, 2020).

FHN skriver i sitt høringsvar at å påføres et kriminelt rulleblad og være registrert i et strafferegister som kan føre til utestengelse fra både utdanning og yrke er mer skadelig enn det å ruse seg. Videre skriver de at når unge straffes for rusmiddelbruk øker risikoen for en videre kriminell løpebane ved at de stemples som annerledes og uønsket (FHN, 2020). Ved å avkriminalisere vil ikke handlingene bli oppført på et

strafferegister, og på den måten kunne rusreformen bidratt til mindre stigmatisering og til at færre ble holdt ute fra utdanning og arbeid. I tillegg drøfter utvalget mulighetene til å sperre eller slette straffereaksjoner for handlinger begått før handlingene ble avkriminalisert og skriver at det vil kunne treffes en beslutning om å ikke anmerke et avkriminalisert narkotikalovbrudd på politiattest som utstedes, for eksempel ved søknad om visum til et annet land (NOU 2019:26, s. 354).

Så rusreformen kunne vært egnet til å redusere stigma knyttet til rusbruk til eget bruk innenfor det strafferettslige, men det spørres om den ville påvirket tjenestetilbudet og måten rusbrukere blir møtt innenfor helsevesenet. Skyggeutvalget skriver at stigmatisering av rusbrukere er gjennomgripende i hele velferdsstaten, og at rusbrukere ofte blir utsatt for dårlig behandling. De skriver at det er vanskelig å vite når dårlig behandling oppstår på grunn av misforståelser og når det er resultat av fordommer, men at fordommer knyttet til det å bruke rusmidler skaper en atmosfære av mistenksomhet der pasienten ikke har noen virkemidler til å oppnå tillit (Skyggeutvalget, 2020, s. 9). Hvis det hadde blitt slik at rådgivningsenheten lettere kom i kontakt med personer som har tjenestebehov knyttet til sitt rusbruk og fikk henvist dem videre oppfølging eller behandling, etter deres samtykke, ser det ikke ut til at rusreformen ville påvirket oppfølgingen eller behandlingen de så fikk videre i noe annen grad enn at det var flere som ble henvist til disse tiltakene. Men det kunne da ha oppstått et behov for å utvide eller forbedre disse tjenestene. Den Norske Legeforening tar opp at forskyvningen forslaget til rusreform legger opp til vil legge merarbeid inn i helsetjenester som allerede sliter med å gi et godt tilbud til pasientgruppen (Den Norske Legeforening, 2020, s. 3). Når man leser det Skyggeutvalget skriver får man innblikk i at "rusmisbrukere" anses fra toppen av helsevesenet som en krevende brukergruppe. Et eksempel er å finne i en manual for smertelindring for ruspasienter der Skyggeutvalget har funnet setningen "en rusmisbruker vil alltid prøve å manipulere alle rundt seg til en hver tid" (Skyggeutvalget, 2020, s. 9). At brukergruppen blir ansett som krevende å jobbe med kan også være noe av forklaringen på funnet i analysen om at representanter for strafferettssystemet argumenterer for økte tvangstiltak i helsesystemet, mens representanter for helsevesenet argumenterer for større satsning på alternative straffereaksjoner. De kan bli sett på som en brukergruppe som krever mye ressurser, og hvis hjelpebehovet da i tillegg anses for å være selvforskyldt, at det plasseres inn under *den moralske modellen*, kan gjøre det vanskeligere å få ulike deler av velferdsstaten til å

ta ansvaret for brukergruppen og bruke ressurser som de kunne brukt på brukergrupper som anses som mer *verdige trengende*.

5.4 Erfaringskonsulenter

Jeg har allerede vært inne på at det er noen ting ved rusreformen som kunne bedret forholdene for at ikke folk skal bli holdt utenfor arbeidslivet, blant annet det at en avkriminalisert handling ikke ville havnet i et strafferegister. "Eksperimentbrukere" og "rekreasjonsbrukere" har ikke kommet dit bruken av illegale rusmidler har hindret yrkesmulighetene deres enda, for det ville automatisk puttet personen i kategorien "problembruker", uavhengig av egen oppfatning om hvilken kategori en tilhører. Dette fordi at hvis rusbruket har ført til at en person har mistet jobben og på grunn av det sliter med å finne en ny jobb, så kan man si at rusbruket har fått såpass sosiale eller økonomiske konsekvenser at personen klassifiseres som en "problembruker". "Problembrukere" er en gruppe som man kan si har problemer med å holde på yrkesmulighetene, og i mange tilfeller allerede er *diskreditert* fra mange jobber. Allikevel besitter denne gruppen en erfaringsbasert kompetanse som etterspørres i rådgivningsenheten som utvalget foreslår å innføre.

Den andre problemstillingen i oppgaven som går ut på hvordan sosialarbeidere kan forholde seg til de ulike perspektivene og tilnærmingene som fremkommer i dokumentene er ment i retning av "hvordan ville rusreformen påvirket sosialt arbeid". Jeg har allerede vært inne på muligheten for at personal med sosialfaglig bakgrunn og personal med erfaringsbasert kompetanse kunne bli stående igjen som kjernebemanningen i den daglige driften av rådgivningsenheten, siden de andre typer kompetanser kunne kontaktes ved behov. Det avhenger om kommunen har ansatt personer med erfaringskompetanse da. Innføringen av rådgivningsenhet for narkotikasaker over hele landet kunne med det blitt en satsning på sosialt arbeid og erfaringskonsulenter på sikt. Selv om det i utvalgets forslag ikke var lagt opp til at kommunene skulle få økte midler til innføring av rådgivningsenhetene, ville nok innføringen ha påvirket prioriteringene til kommunene fremover. Det avhenger jo av at utvalgets forslag til sammensetning av de rådgivende enhetene ble med i forskriftene for de rådgivende enhetene. For å gå tilbake til diskursteoretiske begreper så kunne det ha blitt slik at "den sosiale diskursen" kunne blitt styrket ved innføringen av rådgivningsenhetene.

Det som vi lærer fra *diskursteorien* er det at det at diskursene alltid kunne vært organisert annerledes. "Den sosiale diskursen" kunne utfordret *hegemoniet* til "den medisinske diskursen" i større grad enn den har gjort i denne prosessen. Det er umulig å vite hvordan prosessen hadde blitt påvirket hvis arbeids- og velferdsdirektoratet og NAV hadde prioritert å skrive hørings svar til utredningen, men det kunne kanskje gitt et løft til det sosialfaglige perspektivet. Det kommer an på hvordan de hadde posisjonert seg i forhold til det, for eksempel om de anså brukergruppen for en ressurskrevende gruppe som de allerede bruker for mye ressurser på, eller om de anså rådgivningsenheten for å være en bra arena for å nå ut med opplysning, råd og veiledning som er lovpålagt etter sosialtjenestelovens § 17. Utvalget skriver om sosialfaglig kompetanse i rådgivningsenhetene at hvis denne kompetansen ikke finnes i kommunenes helse- og omsorgstjenester kan kommunene benytte slik kompetanse for eksempel fra sosialtjenesten i NAV (NOU 2019:26, s. 332), men om man i rådgivningsenheten satset på begge typer sosialfaglig kompetanse, både fra helse- og omsorgstjenestene og fra NAV, så kunne man ha informert bredere om tilgjengelige tjenestetilbud fra det offentlige.

Tilbake til erfaringskonsulentene så skriver utvalget at erfaringskompetanse kan sikres ved at kommunene ansetter egne erfaringskonsulenter eller medarbeidere med brukererfaring i sine tjenester, eller så kan kommunene inngå samarbeid med brukerorganisasjonene (NOU 2019:26, s. 332). Så mye mer enn det står det ikke om erfaringskonsulenten eller representanten fra brukerorganisasjonens rolle og oppgaver i rådgivningsenheten i utredningen, men hvis rådgivningsenhetene hadde blitt innført på den måten som utvalget foreslo, at alle rådgivningsenhetene skulle ha tilgang til erfaringsbasert kompetanse, kunne det ført til et løft og en satsning på erfaringskonsulenter over hele landet på bakgrunn av at kompetansen deres ble mer etterspurt. En slik satsning kunne vært positivt for tidligere "problembrukere", da de ofte besitter denne erfaringsbaserte kompetansen. Det ville da blitt særlig aktuelt for sosialarbeidere eller sosionomer som har sitt virke med å få folk tilbake til arbeidslivet å fange opp at denne satsningen fant sted, så personer som kanskje er *diskrediterte* fra en del andre jobber kunne bli veiledet til å søke disse stillingene. Her gjør kritikken fra Skyggeutvalget seg gjeldende igjen, da det er de "vellykkede pasientene" som har mulighet til å ta slike jobber, mens de "mislykkede pasientene" havner utenfor, men en satsning på å fremskaffe erfaringsbasert kompetanse kan kanskje klare å få flere til å gå

fra "mislykkede pasienter" til "vellykkede pasienter". Blant annet ved at man får fokus på at de besitter en kompetanse som er etterspurt og som kvalifiserer til jobb, under visse forutsetninger som er avhengig av hvilke kriterier arbeidsgiveren setter. Aakerholt skriver at innenfor rusbehandling har noen arbeidsgivere anbefalt at en etter endt behandling jobber noen år utenfor rusfeltet, for å skaffe seg avstand fra institusjonsliv og egen behandling, før man begynner å jobbe som erfaringskonsulent (Aakerholdt, 2013, s. 23). Så hvis det settes som kriterium kan det utelukke en del personer med erfaringskompetanse som er *diskreditert* fra andre yrker.

Videre er det slik at "erfaringskonsulenter" og "medarbeidere med brukererfaring" blir satt i en *ekvivalenskjede* med "brukerrepresentanter" fra brukerorganisasjonene når utvalget skriver at kommunene kan ansette egne personer med denne kompetansen, eller så kan de hente denne kompetansen fra brukerorganisasjonene. Det kan være et uttrykk for den *makten* som brukerorganisasjonene har på rusfeltet for tiden at erfaringskompetanse som brukerorganisasjonene besitter blir plassert sentralt i forslagets sammensetning av rådgivningsenhetene. Hvis det er slik at strafferettssystemet og helsevesenet søker å skyve ressursbruken ovenfor brukergruppen over på hverandre, kan det være at "brukermedvirkningsdiskurser" anført av "erfaringskonsulenter" og "brukerrepresentanter" får mulighet til å øke sin innflytelse på rusfeltet. Legeforeningen skrev at helsetjenestene allerede sliter med å gi et godt tilbud til pasientgruppen. Da kan en satsning på å få inn flere med erfaringskompetanse være med på å avhjelpe overbelastede helsetjenester ved å utføre oppgaver som man ikke trenger å være sertifisert helsepersonell for å gjøre. Dette med tanke på at utvalget foreslo at rådgivningsenhetene skulle organiseres etter en integrert modell, som betyr at de erfaringskonsulentene som ble ansatt i kommunene og tilknyttet rådgivningsenhetene kunne ha sin primære tilhørighet til andre deler av tjenestene (NOU 2019:26, s. 331). Hvis kommunene i et slikt scenario ikke hadde ansatte med erfaringskompetanse kunne det ført til en økning i "innleie" av brukerrepresentanter fra brukerorganisasjonene, for at de da skulle følge opp samfunnets reaksjoner på bruk og besittelse av illegale rusmidler.

En satsning på ansettelse av erfaringskonsulenter og en utvidelse av bruksområdet til personell med erfaringskompetanse er mulig å se som en *diskursiv konflikt*, der "brukermedvirkningsdiskursen" utfordrer "den medisinske diskursen" og

”den sosiale diskursen” på områder som omhandler både hvilken fagforståelse som skal være førende og krav til utdanning. Mange erfaringskonsulenter som er ansatt i dag har blitt ansatt før tilbudet om utdanning for erfaringskonsulenter ble utvidet og er ansatt uten høyere utdanning. Det kan være at kravet til utdanning blir skjerpet på de stillingene som blir utlyst fremover etter at utdanningstilbudet for erfaringskonsulenter har blitt større. Jeg kan kalle dette for en diskursiv konflikt fordi her er det mer enn bare ulike subjektposisjoner som er litt uenige, her er det snakk om diskrediterte personer som inngår i en kamp om å få samfunnet til å ikke se dem som diskrediterte lenger og anerkjennelse for en kompetanse som tidligere kanskje ikke ble ansett som en form for kompetanse, eller i hvert fall en kompetanse med svært begrenset område det kan anvendes på.

5.5 Skadereduksjon

Skadereduksjon kan ta for seg skadene som følger av mangel på *psykososial integrasjon og stigmatisering*. Arbeidet med rusreform forsøker å redusere skadene av disse, samt skadene av straff og skadene som følger av rusbruk i seg selv. Som tidligere nevnt jobber utvalget ut i fra en vid forståelse av *skadereduksjon* som omfatter både helseskader, sosiale skader og økonomiske skader, for brukeren selv, nærstående personer og samfunnet for øvrig.

Utvalget argumenterer for hvorfor de mener det ikke skal være økonomiske sanksjoner knyttet til manglende oppmøte i rådgivningsenhetene, blant annet med at det kan skade relasjonen mellom de som skal hjelpe og den som skal motta hjelp, men også at det kan føre til en ekstra belastning for de pårørende som ofte ender opp med å betale slike utgifter (NOU 2019:26, s. 322). Det å redusere kostnader kan slik sett havne inn under skadereduserende tiltak. Legeforeningen er også inne på å redusere økonomiske kostnader i sitt høringssvar. De foreslår at personer med ruslidelser fritas fra å betale egenandeler for helsetjenester, og at det bør være fritak på egenandeler opp til 20 års alder, men når det kommer til manglende oppmøte for rådgivningsenheten så stiller de seg tvilende til at et sivilrettslig modell uten konsekvenser vil fungere (Den Norske Legeforening, 2020, s. 7). FO støtter ikke at skal ilegges gebyrer og lener seg på begrunnelsen om at det kan være skadelig for tillitsrelasjonen, men tar opp at medlemmer har fortalt at ungdommer de har møtt har klart å endre uheldige rusvaner ved at de har blitt stilt krav til (FO, 2020). Dette bringer meg over til LAR.

Det er aktuelt å ta opp LAR fordi det ville vært en sentral tjeneste for rådgivningsenhetene å henvise personer til behandling i, så fremst de samtykker til kartlegging først, men det kan jo også antas at en del av de som ville blitt pålagt å møte der allerede har fått kartlagt sine behov og at rådgivningssamtalen ville omhandlet å motivere personen til å motta behandling. Utvalget skriver at LAR har kanskje vært den største og viktigste skadereduserende satsningen for å redusere skader av heroinbruk og forhindre overdosedødsfall. I 2017 var det omtrent 7600 pasienter i LAR (NOU 2019:26, s. 66). Skyggeutvalget fremhever det at medisinene som tilbys i LAR er definert som livreddende medisin (Skyggeutvalget, 2020, s. 60). Allikevel har Skyggeutvalget fått inn delte tilbakemeldinger fra "brukerstemmene" om kontroll- og hjelperegimet i LAR. Selv om pasientene de har snakket med som er i LAR i første rekke er takknemlige for å motta hjelp, står tilbakemeldingene i stor kontrast til resultater av ulike tilfredshetsundersøkelser som Skyggeutvalget tar opp i sin rapport. Kontrolltiltakene i LAR består hovedsakelig av henteordninger og urinprøver. Urinprøver tas for å kontrollere for sidemisbruk fordi det forventes at pasientene ikke bruker ulovlige rusmidler når de mottar LAR-medisiner. Skyggeutvalget tar opp at disse kontrolltiltakene fører til at mange ikke ønsker å ta imot den livreddende medisinen, enten ved at de ikke ønsker å bli med i LAR eller at pasienter skriver seg ut fra LAR. I noen tilfeller blir også pasienter skrevet ut av LAR mot sin vilje. Så det spørres om den foreslåtte rusreformen ville fått flere til å motta behandling fra LAR. Mangel på informasjon om LAR er kanskje ikke det som er grunnen til at personer som er i målgruppen for denne behandlingen, men at kontrolltiltakene kan være et hinder som får en del av målgruppen til å stå utenfor LAR-ordningen.

Hvis rådgivningsenhetene hadde blitt innført slik som utvalget foreslo så kunne det fungert som en henvisningsinstans til videre kartlegging og behandling. FHN fremhever det at unge ville fått en instans der de kunne henvende seg til hvis rusbruken skulle oppleves som problematisk uten å frykte fordømmelse og straff for dette (FHN, 2020), men det ville vært aktuelt for flere enn bare unge personer. FTR tar opp at foreldre og pårørende ville fått en instans å henvende seg til angående rusbruk til personer som de er bekymret for, eller i tilfeller der narkotikabruk avdekkes, som da er utenfor strafferettssystemet. De skriver at når foreldre angir sine barn til politiet så kan det oppleves som et alvorlig tillitsbrudd og kan være skadelig for barnets utvikling (FTR, 2020). På denne måten kunne en tydelig instans utenfor strafferettssystemet virket for

psykososial integrasjon ved at båndene til foreldre ikke svekkes i slike tilfeller, men så har man ingen garanti for at det ikke ville blitt oppfattet som et tillitsbrudd at foreldre tok kontakt med rådgivningsenheten. Det som også kunne vært positivt ved å ha en slik ikke-strafferettslig rådgivningsenhet var hvis det kunne fungert som hovedkontaktpunkt. Uten dette blir det mange innfallsvinkler for foreldre som avdekker rusbruk. Noen kontakter politiet, andre barnevernet, noen oppsøker rus- og psykiatritjenestene, noen ordner avtale med fastlege, kanskje noen kontakter skolen mens andre ikke kontakter noen offentlige instanser i det hele tatt og forsøker å hjelpe barnet på egen hånd. Saken blir kanskje håndtert forskjellig avhengig av hvilken instans som kontaktes, som igjen betyr at rusbruk kan få helt forskjellige konsekvenser ut i fra hvilken instans som følger den opp. Ved å ha én instans som er hovedkontaktpunkt for narkotikasaker, uavhengig om det er politiet eller foreldre som avdekker narkotikabruken, kunne sånn sett bidratt til mer likebehandling omkring samfunnets reaksjoner på bruk av illegale rusmidler, ved at man fikk mindre variasjon i hvilke konsekvenser rusbruk ville fått fra det offentlige.

Selv om det i proposisjonen fra Helse- og Omsorgsdepartementet ble foreslått en overtredelsesgebyr, så var ikke fokuset på å redusere økonomiske skader falt helt bort. I lovforslaget til ny § 3-9 c i helse- og omsorgstjenesteloven står det at gebyr ikke kan ilegges dersom det vil være urimelig tyngende i lys av overtrederens økonomiske situasjon og livssituasjon for øvrig (Prop. 92 L (2020-2021), s. 96). Denne paragrafen ble ikke innført, men den viser at det har vært et fokus på å ikke legge sten til byrden til personer som allerede er i en vanskelig livssituasjon. Det spørres om det ville vært en forutsetning at personen som ikke møtte var kjent for instansene i rådgivningsenheten allerede for at de skulle kunne vurdere å ikke ilegge gebyret, siden manglende oppmøte også ville ført til manglende kartlegging av personen som ikke fulgte påbudet om å møte. Det var i denne paragrafen lagt opp til at overtredelsesgebyret skulle kunne påklages til Statsforvalteren, men når det står at ”gebyr kan ikke ilegges dersom det vil være urimelig tyngende” så måtte det innebære at den som skulle avgjøre om gebyret kunne ilegges eller ikke måtte fått tilgang til en del opplysninger om personens økonomi for å kunne ta den avgjørelsen. Hvis det hadde blitt praktisert slik at alle som ikke møtte ville fått overtredelsesgebyr, og det ble opp til den som har fått gebyret å påklage avgjørelsen, så kunne det ha blitt tyngende for personer i vanskelige livssituasjoner å skulle sende klage til Statsforvalteren for hver gang de ble ilagt å møte hos

rådgivningsenhetene, men ikke klarte å møte opp. Med det skal jeg gå over til å drøfte makt.

5.6 Makt

Som nevnt innledningsvis så skjedde det et verdiskifte når man begynte å behandle pasienter ved Statens klinikk for narkomane, man ønsket å fjerne stigmatiseringen med å gi rusmisbrukere status som "pasienter" fremfor "kriminelle", men i årenes løp så hardnet retorikken og tiltakene mot brukere av illegale rusmidler. Det blir utøvd mye makt på rusfeltet og det er mye *makt* i de prosessene som går ut på å skaffe seg *hegemoni* på rusfeltet. Det er mange forskjellige aktører her som deltar i *diskursive konflikter* som omhandler ulike former for *makt*. I stor grad kan man si at arbeidet med rusreform er et arbeid som handler om *strukturmakt*, da det søker å gjøre om på noen av strukturene på rusfeltet, men det er i høy grad også snakk om *definisjonsmakt* her, da det er mange ulike aktører som forsøker å sette dagsorden. Kampen om å sette dagsorden kan fremstå kaotisk. Det er mange ulike hensyn som fremmes og mange ulike ting som aktørene er uenige om. Forslaget til rusreform synes å bære preg av det forsøker å gjøre mange med ulike interesser og synspunkter til lags. Flere har i sine høringssvar påpekt at forslaget innebærer få nye tiltak for å hjelpe de som har behov for hjelp.

For det store prosjektet ved rusreformen er å definere rusproblematikk som en helseutfordring fremfor en kriminalutfordring. Det dukker opp utfordringer omkring hva man skal gjøre i tilfeller der rusbruken ikke faller inn under "problembruk" eller brukeren selv ikke anser bruken sin som problematisk, eller de som er så tidlig i sitt forløp at problemene knyttet til rusbruket ikke har dukket opp enda. Utvalget søker med sitt forslag å tilby helsehjelp til de som trenger det og ønsker det, mens de andre slipper unna med å motta informasjon om skadevirkninger og hvilke hjelpetilbud som finnes hvis de skulle oppleve behov for hjelp i fremtiden. Det har vært et omstridt tema i høringsrunden og bakgrunnen for at det i lovforslaget var kommet med en paragraf om administrative sanksjoner for de som ikke møter hos rådgivningsenheten. Med tanke på at rusreformen i all hovedsak ikke ble innført, kan man si at utvalget ikke lyktes med å definere rusproblematikk som en helseutfordring fremfor en kriminalutfordring, slik at det i dag fortsatt er begge deler.

Det er mange instanser som jobber ut i fra rusproblematikk som helseutfordring allerede og den vide forståelsen av helserettede tiltak som utvalget opererte med åpnet for å fortsette å jobbe sosialfaglig med brukergruppen, for eksempel boligsosialt i de tilfellene det skulle være nødvendig. FO er i tillegg inne på det at mange brukere av illegale rusmidler ville fortsatt hatt befatning med strafferettssystemet på grunn av andre kriminelle handlinger så det ville fortsatt vært aktuelt å drive med rusarbeid og rusprogram i justissektoren og i kriminalomsorgen (FO, 2020). Det ville fortsatt vært aktuelt med slike tilbud til de som måtte sone for befatning med narkotika over de foreslåtte terskelverdiene. Så selv om det er mange innspill på å gjøre om på strukturene på rusfeltet, innebærer ikke utvalgets forslag til rusreform så mange endringer i disse strukturene. Foruten en ny kommunal rådgivningsenhet og innføring av terskelverdier ville strukturene for det meste blitt som før, men så er det uenigheter om disse endringene er å anse som store forandringer eller ikke, og hvor mye vekt man kunne tillagt den symbolske betydningen ved å føre ruspolitikken i en ny retning.

5.6.1 Makt og tvang

I disse strukturene ligger det mye *makt* og de ulike aktørene har ulike former for maktmidler. De ulike fagfeltene som jeg har vært inne på i oppgaven har sine ulike former for *aktørmakt* som kan benytte seg av for å få folk til å gjøre noe som de ellers ikke ville gjort. Strafferettssystemet har mange muligheter til å utføre *tvang*, som frihetsberøvelse, bøter, bortvisninger, osv. Men strafferettssystemet har også ordninger som er basert på samtykke. Soning på behandlingsinstitusjon er et eksempel som er veldig aktuell på rusfeltet. Slike tilfeller defineres kanskje ikke som *tvang*, men man kan si at det utøves *aktørmakt*, fordi alternativet til den personen ofte er å sone i fengsel. Det å legge seg inn på behandlingsinstitusjon er kanskje noe personen ikke ville ha gjort med mindre han fikk det valget mellom å sone på institusjon eller i fengsel.

Helse- og omsorgstjenesteloven har et eget kapittel for tvangstiltak ovenfor rusmiddelavhengige. En person kan etter § 10-2 holdes på institusjon uten samtykke i opptil tre måneder dersom de utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk og andre hjelpetiltak vurderes til å være utilstrekkelige. Etter § 10-3 kan gravide rusmiddelavhengige tas inn i institusjon uten eget samtykke og holdes tilbake der gjennom hele svangerskapet, dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade og andre

hjelpetiltak vurderes til å ikke være tilstrekkelige. I tillegg har man psykisk helsevernloven som i kapittel 3 gir anledning til å etablere tvungen psykisk helsevern etter visse fylte vilkår.

Den siste loven her kan være aktuell i tilfeller med rusutløste psykoser for eksempel, men den har ikke vært så mye diskutert i de dokumentene som jeg har analysert. Utvalget tar opp at når de ser på antallet som er i behandling i spesialisthelsetjenesten for rusmiddelproblemer, så ser de både på de som er i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV) ut i fra om de er lagt inn med en hoveddiagnosen "lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av narkotiske stoffer" fra ICD-10. Det var omkring 18500 personer til behandling for narkotikaproblemer i 2018, og ut av disse var det 2716 nye pasienter. Nye pasienter blir definert som at de ikke har vært i slik behandling etter 2009, fordi norsk pasientregister har ikke oversikt over hvem som mottok slik behandling før 2009 (NOU 2019:26, s. 83-85). NAST tar opp at de antar at antallet nye pasienter i 2018 som presenteres i utredningen er for lavt og antar at de som ikke samtykker til behandling ikke er blitt tatt med (NAST, 2020, s. 8). Ut i fra kriteriene som ligger til grunn for statistikken over nye pasienter så ser ikke jeg noen grunn til hvorfor de som ikke har samtykket til rusbehandling ikke skulle telles med. Imidlertid det kan være at en del av pasientene som behandles i PHV, eller andre deler av spesialisthelsetjenesten, for eksempel i somatikken, behandles ut i fra en annen hoveddiagnose og at sekundære rusdiagnoser ikke har blitt telt med. Eller det kan være at rusbruket ikke er kjent og pasienten behandles ut fra det atferdsbildet som kan observeres der og da. På en annen side kan statistikken over personer til behandling for narkotikaproblemer være for høyt, hvis det er slik at alkohol eller tobakk har blitt telt med som narkotiske stoffer mens de skulle vært holdt utenfor, men da har jeg havnet inn på *definisjonsmakt* igjen. For disse to telles med i oversikter over "lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer" (Helsedirektoratet, 2019, s. 12). Jeg skal ikke dobbeltsjekke tallene til utredningen her, men anser det som relevant å nevne muligheten for at alkohol og tobakk kan havne med når temaet er rusmidler hvis det ikke spesifikt skilles mellom legale og illegale rusmidler, men det ser utvalget ut til å gjøre i dette tilfellet da de har holdt de aktuelle diagnosekodene for alkohol og tobakk utenfor.

Til sist, angående tvangstiltak, så har man sosialfaglige tvangstiltak. Her blir det nærliggende å snakke om muligheten for *tvungen forvaltning* som folketrygdloven § 22-

6 åpner opp for. Denne bestemmelsen åpner opp for at trygdeytelser kan utbetales til en annen person eller et NAV-kontor dersom en person av ulike grunner ikke er i stand til å disponere ytelsen selv, der en av grunnene kan være misbruk av berusende eller bedøvende midler (Folketrygdloven, 1997, § 22-6). I slike tilfeller kan det være at den som forvalter pengene prioriterer å betale faste utgifter, som husleie, og deretter deler det resterende beløpet opp i ukentlige utbetalinger til den som har fått ytelsen. Også vergemålsloven § 20 åpner opp for at en person kan settes under *vergemål* på grunn av sitt rusmiddelmissbruk (Vergemålsloven, 2010, § 20). NAV har muligheten til å dele opp utbetalinger, for eksempel en livsoppholdsytelse, og kan noen ganger utbetale i form av rekvisisjon for å sørge for at stønaden ikke kan benyttes til andre formål enn det som er innvilget. I tillegg har NAV mulighet til å sette vilkår på utbetalinger, som for eksempel krav til å sende et antall jobbsøknader per uke eller at man skal registrere seg som arbeidssøker og sende meldekort annenhver uke. De siste her er kanskje ikke per definisjon *tvangsmidler*, men det er ikke vanskelig å sympatisere med brukerstemmene som sier at NAV er en vedvarende kilde til frustrasjon. Skyggeutvalget tar også opp at arbeid kan for mange være et urealistisk mål og at kravene til å dokumentere søknadene kan stå i veien for å få hjelp til å bygge seg et bedre liv (Skyggeutvalget, 2020, s. 31). I tillegg ser vi i de overnevnte bestemmelsene at rusmiddelbruk settes i en *ekvivalenskjede*. I folketrygdloven og vergemålsloven nevnes rusmiddelmissbruk sammen med blant annet sinnslidelse, demens, psykisk utviklingshemming og hjerneskade. Det ligger mye makt i hvordan man setter sammen kategorier for hvem som ikke er i stand til å disponere sine ytelser eller ivareta sine egne interesser. I helse- og omsorgstjenesteloven er tvangsbestemmelsene i det minste adskilt i egne kapitler, så kapittel 9 omhandler makt og tvang ovenfor personer med psykisk utviklingshemming og kapittel 10 omhandler tvangstiltak for rusmiddelavhengige, men også dette kan ses som en *ekvivalenskjede* ved at de er kapitler etter hverandre i den samme loven. Men da i mindre grad enn når de blir satt sammen slik som i bestemmelsene i folketrygdloven og vergemålsloven. Siden utvalget fikk i oppgave å gjøre noe med stigmatiseringen av brukere av illegale rusmidler så kunne kanskje også bestemmelsene om vergemål og tvungen forvaltning vært vurdert. I disse bestemmelsene skilles det ikke mellom legale og illegale rusmidler og bestemmelsene gjelder ikke utelukkende rusmiddelmissbruk, så det er forståelig at det har havnet på siden i prosessen med rusreform i denne omgangen. I tillegg har det samtidig som arbeidet med denne utredningen vært en

annen utredning som har forsøkt å samle bestemmelsene for tvang og inngrep uten samtykke innen helse- og omsorgstjenestene. Utredningen fikk navnet "Tvangsbegrensingsloven" og står enda oppført som "under behandling" etter to høringsrunder.

En annen type sosialfaglige tvangsmidler er de som barneverntjenesten har ansvaret for, som kan bli tatt i bruk i tilfeller der barn bruker rusmidler eller er pårørende til en person med rusmiddelproblemer. Helse- og omsorgstjenesteloven åpner for å bruke tvang ovenfor gravide rusmiddelavhengige og barnevernloven åpner for å vedta omsorgsovertakelse av barnet etter at det har blitt født, deriblant adopsjon (Barnevernloven, 1992, § 4-12 og § 4-20). Tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven og barnevernloven er det fylkesnemndene som vedtar. Fylkesnemndene kan i tillegg gi foreldre pålegg om tilsyn, meldeplikt og urinprøver, men også omsorgsendrende tiltak som innebærer ulike former for foreldreveiledning etter § 4-4 i barnevernloven. § 4-24 i barnevernloven er paragrafen som åpner opp for å plassere et barn som har vist alvorlige atferdsvansker i institusjon uten barnets samtykke eller foreldrenes samtykke.

For barn som er under 15 år og er under den strafferettslige lavalderen kan man si at bruk av illegale rusmidler er allerede avkriminalisert, fordi de kan ikke straffes for det. De kan møtes med mange ulike tiltak, men de kan ikke straffes i strafferettssystemet. Akkurat dette er et punkt som jeg mener slår beina under argumentet til de som fremmer avkriminalisering som et vanskelig ord som lett kan forveksles med legalisering, for på dette punktet fremstår det som at de fleste vet forskjellen på avkriminalisering og legalisering og hva det vil si å være under den strafferettslige lavalderen. Det er en god illustrasjon på hvordan noe kan være ulovlig, men ikke straffbart. De ulike tvangstiltakene kan være strenge og kan komme som en reaksjon for at man har gjort noe ulovlig, men de er ikke per definisjon straff slik som det er definert tidligere i analysen.

Utvalgets forslag til rusreform omfatter ikke de ulike tvangsbestemmelsene som finnes i lovverket, så rusreformen ville verken utvidet eller innskrenket mulighetene til å bruke tvang ovenfor brukere av illegale rusmidler, men innføringen av rådgivingsenhetene ville etter utvalgets forslag etablert et nytt kontaktpunkt der tvangstiltak ville kunne blitt vurdert. Hvilke muligheter ville enn gravid kvinne som ble pålagt å møte for rådgivningsenheten etter at illegal rusbruk ble avdekket av politiet ha til å ikke samtykke til videre kartlegging? Og selv om det kun er informasjon en person

ville vært pålagt å motta i et slikt møte med rådgivningsenheten, ville kanskje en lege ha et fokus på samtykkekompetanse dersom personen virker til å ikke være i stand til å forstå informasjonen eller viser tegn til å være psykotisk. På denne måten kunne rusreformen bidratt til at sosialarbeidernes arbeidshverdag ble mer preget av oppgaver knyttet til tvang, ikke fordi tvangsbestemmelsene ble endret, men for at man ville fått kontakt med personer på et annet grunnlag enn tidligere og at man i disse møtene kunne bli nødvendig å vurdere om grunnlag for ulike former tvang er til stede.

5.7 Oppsummerende drøfting

I drøftingen har jeg hovedsakelig sett på hva som kunne ha skjedd hvis rådgivningsenhetene i kommunene ble innført etter utvalgets forslag og hvordan dette kunne påvirket sosialarbeideres arbeidshverdag. Avkriminalisering er drøftet mer generelt, men jeg har ikke gått så mye konkret inn på de aktuelle terskelverdiene som ble foreslått. Jeg har ikke tillagt det så mye vekt om det hadde vært flertallet eller mindretallet i utredningen sitt forslag til terskelverdier som ble vedtatt, fordi jeg anser det ikke som en *diskursiv* konflikt da de er enige om avkriminalisering, bare ikke mengden. Da er det mer interessant at de ikke er helt enige om hvem en avkriminalisering skulle vært gjeldende for. Noen ønsker å knytte avkriminalisering til en bestemt *subjektposisjon*, der de som blir plassert i kategorien "problembrukerne" blir ansett som syke og dermed ikke skal straffes, mens "eksperimentbrukere" og "rekreasjonsbrukere" anses mer som viljesvake som må få hjelp til å velge hva som er best for seg selv.

Det at rådgivningsenhetene skulle kunne jobbe oppsøkende førte meg over til å drøfte oppsøkende virksomheter. For sosialarbeidere ville kanskje innføringen av utvalgets forslag til rådgivende enhet for narkotikasaker ført til at man i større grad hadde blitt satt til å jobbe oppsøkende, for å oppnå kontakt med de som ikke møtte opp. Sosialarbeidere kunne fått en sentral plass i bemanningen av disse enhetene, der de kanskje også måtte jobbe i større grad i samarbeid med erfaringskonsulenter enn tidligere. Videre kunne dette ført til en satsning på utdanning og ansettelse av erfaringskonsulenter ved at etterspørselen av deres erfaringskompetanse økte. Dette ser jeg som en satsning på å få sysselsatt en del mennesker som kan være *diskreditert* fra andre yrker og jeg klassifiserer dette til å være en *diskursiv konflikt* som kan utfordre *den medisinske diskursen* og *den sosial diskursen*.

Det at arbeidslinja står såpass sterkt i Norge er en del av grunnen til at jeg i oppgaven har tatt opp fraværet til Arbeids- og Velferdsdirektoratet og NAV i arbeidet med rusreform, fordi det henger sammen med tanken om hvorfor man ønsker å rehabilitere de som har et problematisk forhold til illegale rusmidler. Om man ser rusproblemer som et medisinsk anliggende som kan behandles eller et sosialt problem som trenger tilrettelegging for psykososial integrasjon, så er et mål å få flest mulig ut i arbeid, selv om det ikke formuleres spesifikt i mandatet. Når man ser hvor mange forskjellige former for makt og tvang som er tilgjengelige for å nå dette målet, ser man at de som ikke tvinges til å ta imot et behandlingstilbud kan utsettes for ulike former for makt, for eksempel å få valget mellom å sone i behandlingsinstitusjon eller i fengsel.

Det har kanskje vært en utfordring ved denne utredningens muligheter til å komme med konkrete tiltak at den er satt til å hovedsakelig ta for seg bruk og besittelse av illegale rusmidler. Deler av regelverket som omhandler rusmiddelmissbruk skiller ikke mellom legale og illegale rusmidler, for eksempel tvangsbestemmelsene eller bestemmelser om pliktmessig avhold. Grunnen til at jeg synes det er interessant er at dette kan åpne opp muligheten for at man snakker om problemene av alle former for rusmisbruk, men når tiltak skal gjennomføres så kan det ende med at tiltakene kun omfatter brukere av illegale rusmidler, slik som forslaget til rusreform. Derfor tar jeg opp statistikken over personer som er til behandling i spesialisthelsetjenesten i drøftingen, først og fremst for å vise hvor nøye utvalget måtte være for å skille ut legale stoffer fra statistikken, men det blir også et poeng å vise hvor enkelt det kan være for ulike instanser å si seg uenig og komme med antakelser om at tallene er feil.

Solberg-regjeringen skriver at de ønsket å føre en kunnskapsbasert ruspolitikk, så oppstår uenighetene når man skal finne ut av hvem sine kunnskaper som skal ligge til grunn. Brukere av illegale rusmidler, og forhenværende brukere, kan være i besittelse av ulike grader av erfaringskunnskap. Ansatte i politiet, kriminalomsorg, barnevern, spesialisthelsetjeneste, rus- og psykiatritjenester, alle som jobber på rusfeltet opparbeider seg en del kunnskaper basert på erfaring ettersom årene går. Det kan virke som at erfaringene avhenger av hvor i prosessen man møter brukere av illegale rusmidler, for eksempel om det er i avdekkingen av illegal rusbruk eller i rehabiliteringen, og at disse erfaringene da påvirker hvilke hensyn man legger vekt på. Det er flere aktører her som har hatt ganske konsekvente meninger om tiltakene på rusfeltet over flere år, men så har det vært interessant å se i denne prosessen at en del

aktører har kommet med annerledes hørings svar enn man kanskje forventet i forkant. At representanter for strafferettssystemet ikke støttet avkriminalisering var ikke overraskende, men denne prosessen med rusreform har kanskje ført til noe bevegelse. For eksempel har jeg ikke observert noen tydelige stemmer for strengere straffer for bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk. Så den utviklingen har kanskje stagnert, og at de som tidligere fokuserte på strengere straffer kanskje har blitt tilhengere av tvungen behandling i helsevesenet i stedet. Tanken om at diskursene alltid kunne vært organisert annerledes åpner jo da opp for at forandring alltid kan skje, så det kan være at det skjer en endring slik at det oppstår et flertall for avkriminalisering innenfor strafferettssystemet også. Det skal også sies at representantene som er valgt til å representere strafferettssystemet hører til påtalemyndigheten, og at oppgaven kunne blitt ganske annerledes hvis det var forsvarsadvokater som ble satt til å representere strafferettssystemet, for det var et hørings svar fra Advokatforeningen som var aktuelt å ha med, men som ble valgt bort for at jeg ikke skulle gå for dypt inn i de antagonistiske forholdene innenfor hver enkelt diskurs.

Når man kommer inn på temaet tvangsbehandling så ser jeg en åpning for at erfaringsbasert kunnskap fra de som har måttet forholde seg til de ulike kontrolltiltakene, og tvang, og senere begynt å jobbe i ulike deler av velferdsstaten kan få en større rolle, ettersom formaliseringen av kompetansen bygges videre og kullene fra "erfaringskolene" kommer ut i arbeid på rusfeltet. I denne prosessen med rusreformen ble det ikke sendt inn hørings svar fra Erfarings sentrum som er erfaringskonsulentenes interesseorganisasjon, men skulle avkriminalisering bli utredet igjen senere så kan det godt hende at vi vil kunne lese et hørings svar om hva de mener om saken. For selv om ansettelse av tidligere rusbrukere har vært vanlig lenge på rusfeltet, så er det i ferd med å skje en utvidelse av formaliseringen av denne kompetansen og organiseringen av erfaringskonsulentene, som kan føre til økt innflytelse for de hensyn som de skulle velge å fokusere på. Det enda kan være litt vanskelig å forutse nøyaktig hvilke hensyn de vil komme til å legge vekt på, men begrensning av tvangstiltak i helsevesenet har for tiden stort fokus for erfaringskonsulentene. Ved videre formalisering og styrket organisering av erfaringskonsulentene kan de etter hvert komme til å utfordre brukerorganisasjonenes *hegemoni* innenfor "brukermedvirkningsdiskursene", eller at "brukermedvirkningsdiskursene" transformeres til "erfaringsdiskurser", som igjen kan

utfordre de andre diskursene i diskursordenen på en annen måte enn brukerrepresentantene har gjort, i kraft av at erfaringskonsulentene er ordinære ansatte i ulike deler av tjenestene, mens brukerrepresentanter representerer organisasjoner som kan ses som å befinne seg på siden av tjenestene. Og det kan virke andre veien, at "erfaringsdiskursen" kan bli slukt opp av en "medisinsk diskurs" eller "sosial diskurs" ved at de som ansatte blir underordnet ledere med medisinskfaglig eller sosialfaglig bakgrunn, eller ved at blir satt til å gjøre de samme oppgavene som andre og må forholde seg til det samme lovverket som de andre. Erfaringskonsulentene kan komme til å bli mer synlige på rusfeltet fremover, og det skal bli spennende å se hvilke innspill og erfaringer de har å komme med i fremtiden.

Det er flere som tar opp at de anser rusreformen for ikke å være det endelige målet, men et steg som åpner for at ruspolitikken kan bevege seg i en retning som fokuserer mer på hjelpetiltak og behandling fremfor straffetiltak ved at rusbruk defineres til å hovedsakelig være en helseutfordring. Det ligger mye *definisjonsmakt* i det å kunne definere en retning for ruspolitikken fremover, men når alle roper høyt så kan det ende med at ingen blir hørt, at forsøkene på å forene ulike siktemål fortsetter og de indre motsetningene på rusfeltet består. Eller at strafferettssystemet, helsevesenet og de sosiale tjenestene blir stående fast i veldig tekniske diskusjoner, uten å klare å komme frem til virkningsfulle tiltak som faktisk klarer å få ned antall overdosedødsfall og påvirke stigmatisering, mens "brukermedvirkningsdiskurser", "erfaringsdiskurser" og "legaliseringsdiskurser" får mer gjennomslag og oppnår *hegemoni* på flere områder på rusfeltet. Kanskje har Skyggeutvalget klart å påpeke mangler i prosessen med rusreformen og fått frem at det er flere relevante stemmer innenfor rusfeltet som ikke har blitt hørt, og som burde blitt lyttet til, på en måte som blir tatt hensyn til i veien videre for ruspolitikken. Det vil vise seg neste gang man ønsker å gjøre endringer i ruspolitikken om man da legger til rette for å innhente meninger og erfaringer fra "de mislykkede pasientene" eller de som ikke ønsker behandling.

6. Avslutning

I oppgaven har jeg skrevet en del om hva som kunne ha skjedd. Det har vært utfordrende å veksle mellom presens, preteritum og futurum, for når jeg startet oppgaven var rusreformen noe som tilsynelatende skulle skje, men så ble det ikke noen avkriminalisering allikevel. Som en avrunding av denne oppgaven skal jeg skrive om hva

som ble vedtatt, hva etterspillet etter arbeidet med rusreformen ble og til sist dele noen tanker om hvilken retning utviklingen på rusfeltet kan ta videre.

Rådgivende enhet for russaker ble vedtatt. Det fikk et annet navn enn det som var foreslått fordi enheten ikke skal skille mellom legale og illegale rusmidler. Selv om det ikke ble noen avkriminalisering så kan nå personer få vilkår om å møte hos rådgivningsenheten, ikke som en sivilrettslig reaksjon men en strafferettslig reaksjon. Formålet med rusreformen var å flytte en del av samfunnets reaksjoner på illegal rusbruk fra straff til helse, men det har da endt med at helse- og omsorgstjenestene i kommunene nå er pålagt å følge opp strafferettslige reaksjoner i rådgivningsenhetene. Det er ikke første gangen dette skjer, ved innføringen av Narkotikaprogram med domstolskontroll i 2016 ble kriminalomsorgen pålagt å lage behandlings- og rehabiliteringstilbud i samarbeid med andre offentlige instanser.

Det er nevnt i høringen at kriminaliseringen kunne være til hinder for å ringe nødetater. Stortinget vedtok under behandlingen av rusreformen at regjeringen skulle sørge for at politiet ikke straffefølger overtredelse av legemiddeloven § 24 første ledd, som omhandler bruk og besittelse av narkotika, ovenfor den som yter assistanse eller tilkaller nødetater i akutte nødsituasjoner eller den som trenger bistand. I tillegg ble det vedtatt en utvidet tilgang til bruk av påtaleunntatelse og regjeringen ble bedt om å sørge for at opplysninger i reaksjonsregisteret for strafferettslige reaksjoner for bruk og besittelse av narkotika til eget bruk sperres etter tre år. Stortinget ba også regjeringen sørge for at samfunnets reaksjoner på problematisk bruk av rusmidler er forholdsmessige, særlig med tanke på tap av førerrett i tilfeller der det ikke kan ses noen sammenheng mellom personens rusbruk og kjøring av motorvogn.

På bakgrunn av diskusjonene som oppsto rundt forslaget til rusreform fant Riksadvokaten det nødvendig å komme med en presisering om at adgangen til å ransake i narkotikasaker er forbeholdt at det har et relevant etterforskningsformål og at det skal være forholdsmessig. Riksadvokaten presiserer i skrivet også omkring tredjemannsransaking, altså å ransake andre enn den mistenkte. Det at Riksadvokaten har funnet det nødvendig å presisere på dette området tyder på at urettmessige ransakninger av tredjepersoner har funnet sted. Hvis det fremover blir mindre ransakninger av tredjepersoner på bakgrunn av denne presiseringen kan man si at bruk av illegale rusmidler har blitt mindre "juridisk smittomt", som Goffmann skrev om på temaet stigmatisering, altså kan presiseringen føre til at bruk av illegale rusmidler blir

noe mindre stigmatiserende. En annen ting som er interessant med Riksadvokatens presisering er at den kan tyde på et misforhold mellom utvalgets teoretiske forståelse av problemene knyttet til illegalt rusmiddelbruk, fordi de har tatt utgangspunkt i hva som står i loven og gått ut i fra at loven følges, og den virkeligheten som brukere av illegale rusmidler faktisk opplever.

I tillegg har Justis- og beredskapsdepartementet nedsatt et utvalgt som skal se på om ansatte i politiet har utvist god rolleforståelse i dialogen med offentlige eller private organisasjoner som har hatt kontakt med Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF). Dette utvalget skal levere sin utredning i desember 2022. Det har også vært en utvikling i domstolene, der Høyesterett har sett at det har oppstått en tverrpolitisk enighet om at det er lite hensiktsmessig å straffe "tunge rusavhengige". I den ene saken ble det benyttet straffeutmålingsfravall etter straffeloven § 61 fordi mengden var innenfor de foreslåtte terskelverdiene i forslaget til rusreform.

I oktober 2022 sendte Helsedirektoratet ut vilkår og rutiner til alle landets kommuner for oppmøte, ruskontroll og gjennomføring av samtaler hos rådgivende enhet for russaker. I dette brevet presiseres det at det som enheten gjør ikke er å anse som helsehjelp, men er en strafferettslig reaksjon. Sammensetningen av enheten er ganske lik den som utvalget foreslo, med helse- og sosialfaglig kompetanse, psykologfaglig kompetanse, brukererfaring og barnevernsfaglig kompetanse ved behov. Dersom personen som møter hos enheten ønsker helsehjelp skal enheten henvise personen videre.

Også innenfor behandling har det skjedd en utvikling i ettertid av rusreformen. I 2021 har man startet opp med prøveprosjekt med heroinassistert behandling (HAB) i Oslo og Bergen for personer der standardforløpet i LAR ikke har ført til tilfredsstillende resultat. Prosjektet har fem års varighet og målet med dette prosjektet er å utvide LAR slik at det også omfatter medisinsk heroin (diacetylmorfin) enten i injiserbar form eller som tablett. Bakgrunnen for at prosjektet er at omtrent en av ti som er i målgruppen for LAR-behandling ikke klarer å nyttiggjøre seg av de medisinene som allerede finnes i behandlingen (Oslo Universitetssykehus, 2021). Dette betyr at en utvalgt gruppe pasienter får heroin som medisin, noe som de ellers måttet skaffe seg ulovlig. Jeg er usikker på hvor mye jeg skal knytte opprettelsen av dette prosjektet til at det har vært jobbet med å få en avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika til eget bruk, men det har jo ikke oppstått i et vakuum. Opprettelsen av dette prøveprosjektet kan ha

vært påvirket av at mange trodde at en avkriminalisering var forestående og dermed ført til at dette prosjektet lettere kunne etableres.

Signalet om at det skulle skje en avkriminalisering har antakelig påvirket mye av arbeidet som har vært gjort på rusfeltet de siste årene. Når det ikke ble noen avkriminalisering så har nok det skapt en del forvirring angående hvilken retning man skal jobbe mot og hvilke mål man skal forsøke å oppnå. Det er en annen regjering nå og denne regjeringen er ikke tilhenger av utvalgets rusreform. Det er en tverrpolitisk enighet om at straff ikke er et ønsket virkemiddel ovenfor "tunge rusavhengige", men der stopper stort sett enigheten og det er ikke tilstrekkelig definert hvem som tilhører denne gruppen. For sosialarbeidernes del, og mange andre som jobber på rusfeltet, vil verdiene man jobber ut fra fortsatt være viktige. Disse verdiene kan være tett knyttet til om man støttet rusreformen eller ikke, og brukerne kan risikere å få veldig ulikt behandling og tjenestetilbud ut i fra verdiene til det personellet brukerne møter på. Inntil man får en definert retning å jobbe frem mot vil de interne motsetningene fortsette og de ansatte innenfor rusfeltet vil kunne arbeide ut i fra sine verdier, enten de var for eller imot rusreform. Jeg synes at usikkerheten gjør det vanskelig å forutse hvilken retning det neste steget i ruspolitikken vil ta. For eksempel angående Riksadvokatens presisering. Har man godtatt at en del praksiser ikke skal gjøres mer fordi de var egentlig ulovlige hele tiden, eller vil det neste steget i ruspolitikken være et steg tilbake som vil gi politi og strafferettssystemet tilbake de virkemidlene de opplevde at de mistet?

Innenfor rusbehandling, kommer LAR fremover til å utvides med flere pasientgrupper og flere typer medisiner slik at alle "tunge rusmisbrukere", som klarer å forholde seg til kravene som er knyttet til LAR-pasienter, vil få en farmasøytisk variant eller substitusjon av de stoffer de defineres til å være avhengige av? Det kan være noen fordeler med dette, da det er snakk om livreddende medisin og man kan på denne måten klare å stabilisere flere. Men det er noen ulemper også ved at flere vil måtte leve med inngripende kontrolltiltak. I tillegg ville skillet bli forsterket mellom de som klarer å følge kravene i behandlingen og dermed får bruke og anskaffe sin medisin lovlig, og de som enten ikke vil eller klarer å leve med kontrolltiltakene, eller ikke fyller kravene til å motta behandlingen, og må skaffe sin medisin ulovlig. Hvis det skulle skje ville jo de samme begrunnelsene for straff være tilstede slik de er i dag, men den reelle grunnen til at personer ble straffet i et slikt scenario vil være at de ikke klarer å nyttiggjøre seg et

behandlingstilbud, eller ikke har et rusproblem som er stort nok til at det vurderes at personen har et behandlingsbehov. Dette er mekanismer for ekskludering som virker allerede, men jo mer man utvider for eksempel LAR, jo mer risikerer man å forsterke stigmatiseringen av de som ikke mottar behandling, hvis ikke man får på plass virkningsfulle tiltak for å minske stigmatiseringen av denne gruppen. Det samme kan sies om skillet mellom de som er diagnostisert med ADHD og mottar medisin for det, og de som selvmedisinerer seg med illegale varianter med ganske like virkestoffer. Andre som faller utenfor er blant annet personer som bruker illegale rusmidler for å håndtere traumer, der de stoffene de bruker illegalt ikke ville blitt erstattet med medisiner i et behandlingsforløp. Der er tanken at andre behandlingsmetoder, som samtalerapi, forhåpentligvis kan få plagene som traumene gir ned slik at personen klare å fungere i hverdagen uten å måtte selvmedisinere seg med illegale rusmidler.

Forsøket på å flytte samfunnets reaksjoner på bruk av illegale rusmidler fra strafferettssystemet til helse- og omsorgstjenestene kan ses som en del av "medikaliseringen" av rusfeltet. Jeg har tatt opp i oppgaven at straff må begrunnes, men behandling må også begrunnes med at det skal behandle en sykdom, skade eller lidelse. Det som kan skje da er at man får et skille mellom de som blir ansett til å ha et medisinsk grunnlag til å bruke rusmidler og de viljesvake som burde vite bedre enn å bryte loven for å oppnå rus. Medikaliseringen kan også føre til et fokus på at brukere av illegale rusmidler er syke mennesker og at bruken av rusmidlene må være knyttet til en sykdom eller traumer, slik at personer som bruker rusmidler som nytelsesmiddel blir ansett for å ha et skjult behandlingsbehov som det blir brukt tid og ressurser på å kartlegge og forsøke å diagnostisere. Det at de illegale rusmidlene har en rusfunksjon og en nytelsesfunksjon kan falle bort hvis man fokuserer for mye på sykdomsperspektivet, men også ved inndelingen i "de som bruker illegale rusmidler fordi de har lyst" og "de som bruker illegale rusmidler fordi de trenger det for å holde seg friske" kan skape en falsk dikotomi. For eksempel kan en som er avhengig av heroin holde seg frisk med sine brukerdoser, uten å oppnå rus, men bruke andre illegale rusmidler som nytelsesmiddel og på denne måten havne i begge kategoriene. Så det er ikke så lett å skulle skille mellom "de umoralske" og "de verdige trengende".

Det sosialarbeiderne kan gjøre på rusfeltet er å fortsette å arbeide med å bekjempe dislokasjon og fremme psykososial integrasjon ved å jobbe skadereduserende og for å redusere stigmatisering. Uavhengig av hvilken retning ruspolitikken skulle

bevege seg i fremover og uavhengig om sosialarbeideren har sitt daglige virke innenfor kriminalomsorgen, barnevernet, helse- og omsorgstjenester eller NAV eller andre plasser. Uansett om samfunnet reagerer på illegalt rusbruk med straff eller helsehjelp så må folk ha penger til livsopphold og tak over hodet, og målet der fremme vil fortsatt være å få sørge for barn og unges oppvekstsvilkår og få flest mulig voksne til å delta i arbeidslivet, enten ved at de får seg jobb eller ved at de klarer å beholde jobben som de allerede har.

7 Litteratur:

Aakerholdt, A. (2013). *ACT-håndbok*. (2. Utg). Nasjonal Kompetansetjeneste ROP.

Alexander, B. K. (2008). *The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit*. Oxford University Press.

Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 20(2). 134-139.

Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Cappelen Damm.

Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. C. (Red). (2015). *Sosialt Arbeid: En grunnbok*. Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument*.

<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Penguin Books.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*.

Helsedirektoratet. (2019). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2018*. Norsk Pasientregister.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%202018.pdf/_/attachment/inline/ca3b7261-ab30-4585-9a84-aab9c98d5d2e:de8b846d8fb172ebac5a1ed193bacbc33737f908/Aktivitetsdata%20for

[%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20Orusbehandling%202018.pdf](#)

Johansen, K. A., Debaere, V., Vandeveldel, S. & Vandenbroeck, M. (2018). Governance of substance use as a by-product of policing in Norway: A historical account. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 35(4).

Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag.

Laclau, E. & Mouffe, C. (2001). *Hegemony and Socialist Strategy. Towards a radical democratic politics*. (2. Utg). Verso.

Linder, J. (2019, 28. September). *Desintegrasjon*. Store Norske Leksikon.
<https://snl.no/desintegrasjon>

McKeganey, N. (2010). *Controversies in Drugs Policy and Practice*. Red Globe Press.

NOU 2019: 26. (2019). *Rusreform – fra straff til hjelp*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

Oslo Universitetssykehus. (2021, 2. September). *Heroinassistert Behandling*.
<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/forskning/forskningsmiljoer/rusforsk/evalueringsprosjekt-heroinassistert-behandling>

Prop. 92 L (2020-2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform– opphevelse av straffansvar m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Rise, J. (2014). Hva er avhengighet? Et forsøk på en begrepsavklaring. *Psykologisk Tidsskrift* 18(3). 8-17.

Solheim, L. J. & Øvrelid, B. (2001). *Samhandling i velferdsyrke*. Fagbokforlaget.

Statistisk Sentralbyrå. (2009). Strafferettssystemet – organisering og oppgaver. *Kriminalitet og rettsvesen 2009*.

<https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa110/strafferettssystemet.pdf>

Waquant, L., Slater, T. & Pereira, V. B. (2014). Territorial Stigmatization in Action. *Environment and planning*, 46(6), 1270-1280.

Ødegård, E. (2001). *En historikk over norsk narkotikapolitikk og politikkers meningsforankring*. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Høringssvar til NOU 2019:26

Det Nasjonale Statsadvokatembetet (NAST). (2020).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---rusreform-fra-straff-til-hjelp/id2683686/?uid=3a752375-49ea-4757-b8db-b8a06922b7e6>

Den Norske Legeforening. (2020).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---rusreform-fra-straff-til-hjelp/id2683686/?uid=433c1ccc-910b-4f10-a836-414a58a9a8e5>

Fellesorganisasjonen (FO). (2020).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---rusreform-fra-straff-til-hjelp/id2683686/?uid=1fd72f18-b939-43bf-b96c-602224632acc>

Foreningen for Human Narkotikapolitikk. (2020).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---rusreform-fra-straff-til-hjelp/id2683686/?uid=5cc9fc43-76a5-4bbf-a362-d64e0068080e>

Foreningen Tryggere Ruspolitikk (FTR). (2020).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---rusreform-fra-straff-til-hjelp/id2683686/?uid=40d11c1a-7764-4d86-bbb7-d0176069ddab>

Skyggeutvalget. (2020). *Rusfeltet må granskes!*

<https://skyggeutvalget.files.wordpress.com/2021/01/skyggeutvalget-rapport.pdf>

Lover

Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester*. (LOV-1992-07-17-100). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>

Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd*. (LOV-1997-02-28-19). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#%C2%A71

Pasient- og Brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-

1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Straffegjennomføringsloven. (2001). *Lov om gjennomføring av straff*. (LOV-2001-05-18-

21). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21/>

Vergemålsloven. (2010). *Lov om vergemål*. (LOV-2010-03-26-9). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9>