

# **Metadon, menneskesyn og det gode liv**

**Etiske problemstillinger knyttet til pasientens  
opplevelse av metadonbehandling.**

**Kari Gran  
Hovedoppgave i kristendomskunnskap  
Universitetet i Oslo, 2003**

**Veileder : Professor dr.theol, Svein Aage Christoffersen.  
Teologisk fakultet**

**Veileder og prosjektansvarlig: Professor, dr.philos, Arne Holte  
Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo**

## **FORORD**

Undersøkelsen ”Metadonassistert rehabilitering: Pasientens opplevelse” er utført som en del av paraplyprosjektet ”Alvorlig diagnose: Pasientens opplevelse”. Prosjektansvarlig er professor dr. philos. Arne Holte ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.

Utforming av prosjektbeskrivelse, datainnsamling, dataanalyse, og appendiks er utført sammen med stud. psychol. Hege Kristin Sætherhaug. Arbeidet benyttes som hovedoppgaver for oss begge, for Hege Kristin Sætherhaug ved Psykologisk institutt og for meg ved Teologisk Fakultet. Siden arbeidet benyttes som hovedoppgaver i ulike fag, er det skrevet ulike innledninger og diskusjoner. Heges oppgave er konsentrert rundt psykologiske forhold, denne oppgaven om etiske.

Som ansatt på ulike rusinstitusjoner innen Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo de siste sju årene, har jeg fått et innblikk i rusavhengiges hverdag og livssituasjon. Dette har gjort meg opptatt av hvordan pasienter i metadonbehandling opplever seg selv og sin situasjon.

Jeg vil først og fremst takke alle informantene som har gjort undersøkelsen mulig ved å dele historiene sine med oss. Jeg vil også takke kontaktpersoner ved MARIO og i Stiftelsen Kirkens Bymisjon for samtaler og hjelp til rekruttering av informanter. Takk til mor og far som har vært gode støttespillere, diskusjonspartnere og korrekturlesere. En stor takk til Hege for godt samarbeid, og til professor dr. philos. Arne Holte for stor innsats som pådriver og veileder, og for at jeg fikk delta i prosjektet hans. Det har vært lærerikt og spennende. Aller sist: en stor takk til professor dr. theol. Svein Aage Christoffersen for tålmodig og god veiledning knyttet til den etiske delen av oppgaven.

## INNHOLDSFORTEGNELSE:

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| FORORD.....                           | 2  |
| INNLEDNING.....                       | 5  |
| Narkotikaavhengighet.....             | 6  |
| Narkotikapolitikk.....                | 7  |
| Behandlingsideologi.....              | 8  |
| Metadonbehandling.....                | 8  |
| Målsetting.....                       | 10 |
| METODE.....                           | 13 |
| Design.....                           | 13 |
| Informanter.....                      | 13 |
| Prosedyre.....                        | 14 |
| Datainnsamling.....                   | 14 |
| Transkribering.....                   | 16 |
| Manuell prekoding.....                | 16 |
| Elektronisk koding.....               | 17 |
| Gruppering i observasjonsområder..... | 17 |
| Identifisering av fenomener.....      | 18 |
| RESULTATER.....                       | 19 |
| Terminologi.....                      | 20 |
| Fortellerstil.....                    | 20 |
| Motiver.....                          | 21 |
| Forventninger.....                    | 23 |
| Livet med metadon.....                | 23 |

|  |           |
|--|-----------|
| Selvoppfatning.....                                | 33        |
| Psykisk helse.....                                 | 40        |
| Somatisk helse.....                                | 42        |
| Nære relasjoner.....                               | 43        |
| Andres holdninger og reaksjoner.....               | 45        |
| Strategier.....                                    | 48        |
| Gruppetilhørighet.....                             | 50        |
| Døden.....   | 53        |
| Behov for mer enn metadon.....                     | 55        |
| <b>OPPSUMMERING OG DISKUSJON.....</b>              | <b>61</b> |
| Lettvint løsning?.....                             | 61        |
| Endret livssituasjon.....                          | 61        |
| Tid.....   | 62        |
| Stigmatisering.....                                | 63        |
| Sosial identitet.....                              | 65        |
| Ensomhet.....                                      | 67        |
| Død.....   | 68        |
| Psykiske lidelser.....                             | 69        |
| Behov for mer enn metadon.....                     | 70        |
| <b>ETISKE REFLEKSJONER.....</b>                    | <b>72</b> |
| <b>Kristent menneskesyn.....</b>                   | <b>72</b> |
| Finnes det en kristen etikk?.....                  | 72        |
| De bærende ideene.....                             | 75        |
| Disse ideenes anvendelse.....                      | 76        |
| <b>Etisk blick på norsk narkotikapolitikk.....</b> | <b>76</b> |
| Norsk narkotikapolitikk.....                       | 76        |
| Kontrollskader.....                                | 77        |
| Mål og bivirkninger.....                           | 79        |
| Fortidens og nåtidens byrder.....                  | 80        |
| Alternativer.....                                  | 81        |
| Erfaringer fra Frankfurt.....                      | 81        |
| Amsterdam.....                                     | 81        |

|   |     |
|---|-----|
| Norsk metadonpolitikk.....  | 82  |
| De ekskluderte.....   | 83  |
| Skadereduksjon.....   | 84  |
| Etisk blikk på norsk narkotikapolitikk.....                                   | 85  |
| <br>  |     |
| Det gode liv.....   | 87  |
| Et nytt liv?.....   | 87  |
| Et bra nok liv?.....  | 88  |
| Felleskap som menneskelivets mål.....   | 89  |
| Livskvalitet – uavhengig av tilpassing .....                                  | 90  |
| Arbeid og mening.....   | 90  |
| ”Den innerste grinda”.....  | 91  |
| Uten metadon?.....  | 91  |
| Metadonbehandling uten psyko- sosial oppfølging.....                          | 92  |
| Metadon – en lettvent løsning for samfunnet?.....                             | 93  |
| <br>  |     |
| AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....  | 95  |
| <br>  |     |
| LITTERATURLISTE.....  | 96  |
| <br>  |     |
| VEDLEGG   |     |
| Vedlegg 1: Tilrådning fra Regional Komite for Medisinsk Forskningsetikk...106 |     |
| Vedlegg 2: Informasjonsskriv.....   | 107 |
| Vedlegg 3: Samtykkeerklæring.....   | 108 |
| Vedlegg 4: Intervjuguide.....   | 109 |
| Vedlegg 5: Appendiks.....   | 110 |

## **INNLEDNING**

De siste tiårenes tiltagende bruk og avhengighet av narkotiske stoffer har i Norge i stor grad vært sett som et kriminal- og strafferettslig problem. Det har derfor blitt møtt med forsøk på bekjempelse først og fremst gjennom lovgivning og direktiver for politietat, straffeinstitusjoner og sosialomsorg.

Det har selvsagt skjedd en viss utvikling i denne perioden. Den har bragt med seg både større forståelse og bredere spekter av tiltak. Et av disse tiltakene er den såkalte medikamentassisterte rehabiliteringen. Den mest utbredte av disse er behandling med metadon. Også innenfor denne behandlingen har det skjedd en viss utvikling, som samtidig innebærer en del holdningsendringer. En etisk refleksjon omkring disse spørsmålene er hovedmål for denne oppgaven.

Til tross for visse endringer i holdningene som preger rusomsorgen, er det maktpåliggende for meg å spørre om ikke en grundigere gjennomgang av de etiske sidene ved dette problemet reiser enda mer radikale spørsmål i møte med dagens virkelighet. En viktig side ved denne etiske diskusjonen er et forsøk på å finne noen spesifikke trekk i det en kan kalle et kristent menneskesyn.

Kanskje peker dette til slutt i retning av noe bortimot en snuoperasjon for den narkotikapolitikken vi i dag fører. Kanskje vil det vise seg at dette ikke først og fremst er et strafferettslig problem. Kanskje er det ikke en gang et medisinsk behandlingsproblem eller et sosialt rehabiliterings- og tilbakeføringsproblem i tradisjonell betydning. Kanskje vil det vise seg at det dreier seg om en holdningsendring overfor en gruppe mennesker, en revurdering av hva som er meningsfylt liv, og et forsøk på å møte mennesker som likeverdige parter i et sosialt fellesskap. Kanskje begynner det i alle fall i denne enden.

Den danske teologen Løgstrup står i en fenomenologisk tradisjon der menneskets livserfaringer spiller en viktig rolle (Christoffersen, 1999). Løgstrup fremhever at erfaringer fra levd liv er helt nødvendig for å kunne gjøre etiske vurderinger. Logikk er ikke tilstrekkelig for å gjøre og forstå etiske vurderinger, de må alltid bygges på det vi vet om livet ved å leve det. Løgstrup avviser ideen om at vi er "vår egen lykkes smed". Vi er i våre liv utlevert til hverandre, og har gjennom dette makt over hverandre. Gjennom denne makten melder den etiske fordring seg og krever at vi tar vare på den delen av vår nestes liv som vi har i vår hånd. Hvordan vi best tar vare på dette livet, sier fordringen ikke noe om. Det må vi selv vurdere og ta stilling til. Til dette trengs innsikt, forståelse, fantasi og forstand (Løgstrup, 1956). Slik bli kjennskap til andre menneskers livssituasjoner viktig for at vi på best mulig måte skal kunne sette oss inn i andre menneskers sted og få hjelp til å forstå hvordan vi på best mulig måte kan møte den etiske fordringen som er gitt oss.

I stedet for å legge til grunn et sett etiske normer som jeg så deduktivt forsøker å anvende på disse spørsmålene, vil jeg la møtet med en rekke mennesker, slik de møter oss gjennom våre intervjuer, være den etiske fordring. Det er slike møter med de ulike menneskelige livssituasjoner som utfordrer våre etiske holdninger.

Med denne begrunnelsen lar jeg en kvalitativ undersøkelse være utgangspunktet for denne oppgaven.

### **Narkotikaavhengighet**

Avhengighet av narkotika er et økende problem i Norge. Vi regner med at Norge i dag har mellom 10.000 og 14.000 misbrukere som inntar stoffer intravenøst (Lund, personlig kommunikasjon, 20.09.02). Dette er dobbelt så mange som i 1990. I Norge steg overdosetallet gjennom hele 1980- og 90-tallet. For få år siden oppholdt de fleste stoffbrukerne seg i Oslo, dette har nå endret seg. Blant de 338 som døde av overdose i 2001, var 227 bosatt utenfor Oslo (Kriminalpolitisen, 2001). I 2002 gikk overdosetallet for hele landet ned til 210, 131 av disse bodde utenfor Oslo. Gjennomsnittsalderen på de som døde av overdose i 2001 var 33 år for menn og 34 år for kvinner (Kriminalpolitisen, 2002). Dette kan tyde på at det er de eldste og mest slitne rusavhengige som dør.

Å være avhengig av illegale rusmidler fører med seg en rekke tilleggsbelastninger utover de fysiske skadevirkningene stoffene har (Christie & Bruun, 1985; Ravndal & Vaglund, 1992). Disse ser ut til å være større jo mer omfattende bruken er. Narkotikamisbrukere er ved å besitte og bruke rusmidlene, lovbrutere, og stoffene omsettes i et kriminelt miljø. De fleste må utføre også andre kriminelle handlinger for å finansiere rusbruket. Mange kvinnelige rusavhengige prostituerer seg. Flere har ustabile boforhold eller er uten fast bopel. Psykiske problemer er ikke uvanlig og kan være både en årsak til og konsekvens av rusbruk. Forholdet til familie og slekt er ofte svekket, og omgangskretsen består i stor grad av andre rusavhengige. I tillegg til omkostningene av rusavhengigheten har et flertall av misbrukerne hatt et vanskelig liv også forut for rusmisbruket (Hart, 2001). I Norge er metadonbehandling beregnet på de rusavhengige som er hardest belastet. Det er derfor grunn til å regne med en opphopning av belastninger blant metadonbrukere (Skretting, 1997).

Samfunnet stiller store krav til konformitet. Å være bruker av illegale rusmidler bryter med akseptable atferdsnormer. I samfunnet eksisterer det normer for hva som er et godt liv. Rusavhengiges liv vurderes ofte etter disse og dømmes ofte som "uverdige" eller moralsk forkastelig. Rusavhengige utsettes ofte for stereotype og stigmatiserende holdninger og for diskriminerende sosiale og rettslige sanksjoner (Ødegård, 1995). Samfunnet ser ofte gruppen som homogen og ser ikke individuelle forskjeller.

På samme måte som et rusfritt liv kan fylles med retning, mening, identitet og tilhørighet i et fellesskap, kan den rusavhengiges liv det (Becker, 1963). Å være rusavhengig kan være en måte å plassere seg i verden som kan ha dype meninger for den det gjelder. Hans eller hennes rusmisbruk kan ha blitt selve kjernen i egen identitet (Christie & Bruun, 1985; Henriksen & Sande, 1995; Willoch, 2000). En rusavhengig er en person utenfor den aksepterte sosiale orden, men likevel med en definert rolle innen vår kulturelle virkelighet. Metadonbrukerne representerer en gruppe mellom de rusfrie og rusmisbrukere (Murphy & Rosenbaum, 1988). Metadonbrukeren går fra noe, men ikke til noe. Metadonbrukeren går fra rusopplevelsen og "opprørsrollen", men ikke til rusfriheten og samfunnets sosiale fellesskap (Willoch, 2000).

### **Narkotikapolitikk**

Narkotikapolitikkens offisielle målsetting er "et narkotikafritt samfunn". Målsettingen ble første gang formulert i 1985 (Stortingsmelding nr.13, 1985-86), men har likevel vært sentral i norsk narkotikapolitikk siden 1960 –tallet (Christie & Bruun, 1985; Andenæs, 1994).



Stoffenes tilgjengelighet regnes som den viktigste årsaksfaktoren til avhengighet, og narkotikapolitiske tiltak har derfor vært preget av strafferettslige kontroll –og virkemidler (Andenæs, 1994; Hauge, 1992). I 1996 kommer begrepet skadereduksjon for første gang inn som en ny tilnærming, og samtidig en innrømmelse av at det ikke er realistisk å tro at narkotikaproblemene skal kunne løses innen overskuelig framtid (Stortingsmelding nr.16, 1996-97). Den norske narkotikapolitikken har vært utsatt for kritikk, blant annet fra samfunnsvitenskapelig (Christie & Bruun, 1985; Christie, 1996; Maaseide; 1997) og juridisk (Andenæs, 1994; Rieber Mohn, 1996) hold.

### **Behandlingsideologi**

Behandlingsapparatet etterstreber endring mot ”normal” psykologisk og sosial fungering, og er i mindre grad opptatt av den rusavhengiges egen vurdering av hva som oppleves som et godt liv (Christensen & Gran, 1997). Det kan være diskrepans mellom ”velmenende” behandleres og rusavhengiges behandlingsmål (Koester, Andersen & Hoeffler, 1999). Det er en spenning mellom respekten for den enkeltes rett til å definere egen virkelighet og å leve ut fra denne, og de begrensninger som ligger i deltagelse i et livsnødvendige menneskelige fellesskap. Disse forhold påvirker antakelig individets selvaktelse, selvbilde og livskvalitet. Rusfeltet har vært og er preget av motsetninger mellom ulike forståelsesmodeller (Helle, 1994). Behandlingstiltak for rusavhengige har siden 1970 –tallet hatt rusfrihet som mål og vært tuftet på sosialpedagogiske og psykologiske prinsipper som sosial læringsteori og psykodynamisk tenkning (Fjær, 1994a; Mork, 1992). Rusavhengighet har ofte vært forstått som resultat av psykososiale problemer. Behandlingstiltak har vært bygd på en tro på den rusavhengiges evne til endring (Stortingsmelding nr.13, 1985-86). At denne evnen for noen rusavhengige kan være redusert etter 15-20 år med rusbruk, eller at biologiske og medisinske aspekter kan virke inn, har i liten grad vært tema. Det har som følge av dette vært liten plass for målsettinger som ”økt ruskontroll” eller ”bedret livskvalitet” (Skretting, 2001).

### **Metadonbehandling**

Det teoretiske grunnlag for metadonbehandling er at langvarig bruk av opiater skader hjernens evne til å regulere sin naturlige kjemiske balanse. Dette kan være mer eller mindre permanent, og fører til at regelmessig opiattilførsel er nødvendig for at individet skal kunne fungere normalt (Waal, Blix, Krook & Olsen, 1999; Øye, 1999).

Metadon er et syntetisk fremstilt opiat. Metadon skiller seg fra heroin, ved at virkningene er mindre intense og varer lenger (Waal, Knutsen & Welle-Strand, 1991). Halveringstiden er vanligvis 15-20 timer. Stoffet kan derfor doseres en gang per døgn (Ruud & Krook, 1998). Metadon suges godt opp fra tarmkanlen og kan blandes i saft. Ved behandling innstilles den enkelte på riktig medikamentnivå ved opptrapping til den laveste dosering som holder klienten abstinensfri. Metadon gir ingen rusfølelse og blokkerer effekten av andre opiater. En undersøkelse utført i Texas fant at en pasient som er riktig opptrappet på metadon ikke har nedsatte psykomotoriske funksjoner (Willoch, 2000).

Metadon kan, som de fleste andre opiater, ha bivirkninger som svetting, hudproblemer, hodepine, menstruasjons- og potensproblemer og forstoppelse. Disse er stort sett forbigående. Det er ikke funnet grunnlag for å si at metadonbehandling er skadelig, verken kroppslig eller mentalt, selv ved livslang behandling (Waal, Blix, Krook & Olsen, 1999).

På 1960-tallet hadde leger anledning til å foreskrive metadon i "kvoter". Helsedirektøren inndro denne retten i juli 1976 (Ruud & Krook, 1998). Etter dette tok det lang tid før spørsmålet om metadon skulle brukes i behandlingsøyemed kom opp igjen. Så sent som i 1980 ble metadonbehandling betraktet som unødvendig og skadelig og bare motivert ut fra å spare penger og renovere. Metadonbehandling ble sett mer som en måte å skyve problemer under teppet enn å ville hjelpe.

Dole og Nyswander startet det første metadonbehandlingstiltaket i New York i 1964 (Dole & Nyswander, 1965). Målsettingen med programmet var tilpasning til samfunnet og redusert kriminalitet og dødelighet. Forsøket ga gode resultater, målene ble i stor grad nådd. Bruk av metadon i behandling av narkomane startet igjen i Norge i 1991.

Et forsøksprosjekt med vedlikeholdsbehandling med metadon med seks HIV-positive opiatavhengige pasienter ble etablert som et samarbeid mellom Infeksjonsmedisinsk avdeling på Ullevål og Akuttinstitusjonen. Oslo kommune ble så i 1992 bedt av sosialdepartementet om å starte opp et 3-årig strengt regulert nasjonalt forsøksprosjekt med metadonbehandling. Forsøket skulle begrenses til 50 HIV-positive, langtkomne opiatmisbrukere. Stortinget vedtok etter behandling av St.meld. nr. 16 (1996-97) å gjøre vedlikeholdsbehandlingen til et permanent landsomfattende tilbud (Skretting, 1997). I 1997 ble metadonprosjektet åpnet for HIV-negative pasienter med annen kronisk, livstruende behandlingstrengende somatisk

sykdom (Rund & Krook, 1998). I 1998 ble prosjektet utvidet til pasienter uten livstruende somatisk sykdom. Prosjektet fikk da 200 plasser. Ved inngangen til 2003 mottar 1909 mennesker metadonbehandling her i landet (Waal, 2003).

Inntakskriterier til metadonprosjektet var i 1992 at brukeren skulle være fylt 30 år, ha gjennomgått medikamentfri behandling i rimelig omfang, ha 10 års dominerende opiatmisbruk, være HIV-positiv, uten uoppgjorte saker med politi og rettsvesen, ha ordnede boligforhold og metadonbehandlingen skulle være frivillig. Kriteriene har endret seg, og i dag er aldersgrensen 25 år, og kravet om å ha bolig og status som HIV-positiv er falt bort.

### **Målsetting**

Målsettingen med metadonassistert rehabilitering er i Norge å få opiatmisbrukere ut av illegalt misbruk og sette pasienten i stand til å nyttegjøre seg andre behandlings-, –rehabiliterings-, -og omsorgstiltak, redusere skadene av misbruket, hindre overdosedød, bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen, og oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og så langt som mulig yrkesmessig og sosial rehabilitering (Sosial –og helsedepartementet, 2000).

Metadonbehandling er ikke kurativ, men skal være et av flere virkemidler i et helhetlig rehabiliteringsopplegg.

Internasjonalt blir metadon brukt også i forbindelse med avrusning og korttidsbehandling der målsettingen er mindre ambisiøs. Ulike modeller for metadonbehandling finnes i ulike land (Waal, 1998; Fjær, 1994b). Metadonbehandling i Sverige har vist gode resultater (Grønbladh & Gunne, 1989). Der har det blitt lagt vekt på strenge kriterier, få klienter, god kontroll og psykososial rehabilitering. Utviklingen i Danmark og Sveits viser relativt dårlige resultater (Ege, 1992). Her har hovedvekten vært på metadon med få psykososiale tiltak og primærlegen har hatt ansvaret for klientene. Danskene har derfor etter hvert adoptert den ”svenske” modellen (Ege, 1996).

Metadonprosjektet i Norge er et supplement til medikamentfrie tiltak. Flere er likevel bekymret over metadonprosjektets retning og raske utvidelse. Hansen og Jansen (2000) frykter at medikamentfri behandling om kort tid blir et supplement til metadon og legemiddellassistert behandling generelt. De mener å ha observert en dreining fra aktiv rehabilitering til skadereduserende målsetninger.

Vedlikeholdsbehandling med et kunstig opiat som metadon forutsetter at en godtar at klientene går over til å bli avhengige av metadon. En utbredt oppfatning har derfor vært at metadonbehandling innebærer et signal om at det er umulig å bli kvitt avhengigheten. Denne skepsis ser ut til å være redusert (Skretting, 1997). En rekke undersøkelser har vist at metadonbehandling gjør brukerne i stand til å nyttegjøre seg psykososial behandling og at det psykososiale innholdet i behandlingen er av vesentlig betydning (Ball & Ross, 1991). Metadonutdeling fra private leger uten aktiv oppfølging ser ut til å ha liten positiv effekt på atferd og livskvalitet (Winsløw & Ege, 1983). Bruk av metadon en avgrenset tid finner liten støtte. Bare 5-10 % av brukere som slutter med metadon forblir rusfrie. Behandlingsbehovet ser derfor ut til å være livsvarig (Eklund, 1996). I Norge evaluerte Ervik (1997) metadonprosjektet i Oslo og fant markant nedgang i bruk av rusmidler, kriminalitet og prostitusjon, og at flere ble sysselsatt i arbeid eller skole. Overgangen fra rusmisbruk til en ny tilværelse innebar store problemer i et eksistensielt, sosialt og yrkesmessig perspektiv. Ensomhet, stigmatisering, følelse av å være i et sosialt vakuum mellom rusmiljøet og "de andre" og tabuisering av livserfaringer fremstod som de største utfordringene. Undersøkelser viser økning i livskvalitet som følge av metadonbehandling (Dazord, Mino, Page & Broers, 1998). Ulike modeller for medikamentassistert behandling er grundig evaluert. Waal (1999) mener konklusjonene fra disse er så entydige at spørsmålet om hvorvidt metadon er nyttig, ikke lenger er interessant.

Oppsummert kan vi si at en rekke internasjonale undersøkelser om metadonbehandling foreligger. De fleste foreliggende undersøkelser måler behandlingseffekt, er først og fremst medisinske og handler om særlige problemer som HIV/AIDS, sidemisbruk eller graviditet. Metadonbrukeres egen opplevelse av seg selv og sin livssituasjon er fortsatt lite undersøkt. Murphy og Irwin (1992) er blant de få som har brukt kvalitative dybdeintervju. De fant at metadonbrukere opplever stigmatisering. Metadonbrukerne forsøkte å tilpasse seg samfunnets krav om normalitet. Brukerne utarbeidet strategier for å skjule behandlingen og problemer forbundet med denne, og testet samtidig ut om åpenhet var å foretrekke.

De fleste undersøkelsene er utenfor Skandinavia. Vi vet lite om i hvilken grad disse resultatene kan generaliseres til Norge. Holdninger knyttet til rus og rusmisbruk er kulturelt betinget, og disse kan være annerledes i Norge enn i andre land. Ulike kulturelle grupper kommuniserer forskjellig om medisinske og psykologiske problemer, og deres holdning til behandling er ulik (Marcus, Kitayama & Heiman, 1996).

### *Forskningsspørsmål*

Siden siste evaluering av metadonbruk i Norge er gruppen av metadonbrukere utvidet og endret. Gruppen inneholder nå primært opiatavhengige uten HIV smitte eller livstruende somatisk sykdom. Vi vet lite om denne nye gruppens opplevelser av metadonbehandling.

Psykologiske tiltak bygger i hovedsak på klientens opplevelse av seg selv og forholdet til andre. Kunnskap om dette er en forutsetning for god behandling også av metadonbrukere. Likevel har den offentlige diskusjon av metadonbehandling både i Norge og internasjonalt hittil foregått med liten referanse til vitenskapelige studier av hvordan den enkelte metadonbruker opplever behandlingen. Mangel på systematiske undersøkelser gjør det vanskelig å føre en slik diskusjon på kvalifisert nivå.

Målet med denne undersøkelsen er derfor å forsøke systematisk å identifisere og beskrive mest mulig opplevelsesnære typer av opplevelser den enkelte metadonbruker kan ha knyttet til metadonbehandlingen. Med opplevelser mener vi her tanker, følelser og personlige erfaringer.

### *Forskningsspørsmål:*

Følgende forskningsspørsmål ønskes besvart:

- 1) Kan det hos den enkelte metadonbruker identifiseres karakteristiske typer av opplevelser knyttet til å bruke metadon?
- 2) Kan det hos den enkelte metadonbruker identifiseres karakteristiske opplevelser av endring som følge av metadonbehandlingen når det gjelder a) opplevelsen av seg selv? b) forholdet til andre? c) tanker om fremtiden?)

## **METODE**

### **Design**

Målet er å identifisere, kategorisere og beskrive så opplevelsesnært som mulig ulike typer tanker, følelser og personlige erfaringer, slik disse fortøner seg fra den enkeltes perspektiv, - uavhengig av andres perspektiver eller av faktiske forhold. Objekt for undersøkelsen er altså subjektive kvaliteter. Vi valgte derfor en kvalitativ fenomenologisk forskningsstrategi, for å frembringe detaljerte og opplevelsesnære beskrivelser av den enkelte informants reaksjoner på å bruke metadon. Creswell definerer en fenomenologisk undersøkelse som en "beskrivelse av flere personers mening om opplevde erfaringer av et fenomen eller begrep" (1998, s.51). Slik er metoden utforskende og fortolkende, med formål å beskrive mening. Forekomster, fordelinger og statistiske sammenhenger i populasjonen, samt årsaker til metadonbruk, er ikke gjenstand for undersøkelsen.

### **Informanter**

Antall informanter ble bestemt ut fra et metningskriterium (Creswell, 1998; Strauss & Corbin, 1998). Kriteriet for metning tilsier at inntak av nye informanter avsluttes når det ikke lenger fremkommer vesentlig ny informasjon, noe som i denne type undersøkelser vanligvis inntreffer etter 10-20 intervjuer. Etter 18 intervjuer vurderte vi metningskriteriet for oppfylt.

Informantene ble rekruttert fra Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo (MARIO) og fra ulike tiltak innen Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo. Kriterier for utvelgelse var at man skulle ha mottatt metadonbehandling i minst ni måneder. Ingen av informantene fylte kriteriene for metadonassistert behandling på grunn av livstruende behandlingstrengende somatisk sykdom. Informantene var menn og kvinner i aldersgruppen 29-46 år, hovedsakelig bosatt i Oslo. Frem til 1998 var 30 år minimumsalder for innlemmelse i MARIO. På grunn av lang venteliste til metadonprosjektet var ingen metadonbrukere uten livstruende somatisk sykdom i Oslo under 30 år da intervjuene fant sted. En informant var 29 år, den lave alderen

skyldes at informanten tilhørte et metadonsenter et annet sted i landet. I alt ble 18 informanter intervjuet. Ni var menn og ni kvinner. To informanter var gifte, seks var samboere, og ti var enslige. Åtte informanter hadde barn. En informant var gravid. Ti informanter hadde brukt metadon i mer enn to år, mens åtte informanter hadde brukt metadon i mindre enn to år. Åtte informanter var aktive på dagtid i form av skole, arbeid eller attføringstiltak. Ti informanter var uten slik beskjeftigelse.

### **Prosedyre**

Undersøkelsen følger Helsinkideklarasjonen, og er tilrådet av Regional Komite for Medisinsk Forskningsetikk, Helseregion II (Vedlegg 1). Alt konfidensielt materiale ble slettet per 01.11.01.

Kontakt med informantene ble formidlet gjennom sjefpsykolog på MARIO og behandlingsansvarlig ved tiltakene i Korkens Bymisjon av hensyn til taushetsplikt og personvern. Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om undersøkelsen, samt forespørsel om deltakelse (Vedlegg 2). Da informantene hadde sagt seg villig til å delta i undersøkelsen, ble de kontakten av oss per telefon, informasjon om undersøkelsen ble gjentatt, og tidspunkt og sted for intervjuet ble avtalt. Før intervjuet startet, fikk informantene repetert informasjonen om undersøkelsen. Deretter ble samtykke-erklæring (Vedlegg 3) presentert og undertegnet. Informantene fikk muntlig og skriftlig beskjed om at de på ethvert tidspunkt kunne trekke seg fra undersøkelsen. Etter gjennomført intervju hadde informantene tilbud om oppfølging fra rekrutterende instans. Fire intervju ble foretatt på metadonsenteret på Ullevål sykehus, sju på Akuttinstitusjonen Ullevål, to på Blindern, to ved hjemmebesøk, to på Bergensgate hybelhus og et på somatisk avdeling på Ullevål sykehus.

### **Datainnsamling**

Data ble samlet inn ved hjelp av et pseudoåpent intervju fritt improvisert over en strukturert intervjuguide (Rubin & Rubin, 1995). "Oppløvelsesintervjuet" (The Experience Interview) (Holte, 2000a) er utviklet på grunnlag av kommunikasjonsteori (Littlejohn, 1997). Intensjonen var at intervjuet i størst mulig grad skulle styres av informanten. Bruk av pseudoåpent intervju ble benyttet for å gi rom for spontanitet og fokus på temata som var viktige for informanten der de naturlig fremkom i intervjuet. Hensikten var at intervjuformen skulle gi informanten frihet til å stille tilleggsspørsmål, og gi et godt grunnlag for å fange opp subjektive opplevelser. Lengden på intervjuene varierte fra halvannen til fire timer, avhengig av hvor mye informantene hadde på hjertet. De lengste intervjuene ble delt opp i flere økter. For at

intervjuet skulle få karakter av en samarbeidsprosess mellom forsker og informant, var vi nøye med å sikre oss at informantene var så godt som mulig kjent med intervjuenes hensikt. Dette resulterte i at mange av intervjuene var preget av at informantene tydelig ønsket å fortelle sin historie. Vi opplevde flere ganger at informantene grep ordet før vi rakk å innlede intervjuet. Flere understreket viktigheten av å få komme til orde. Intervjuguiden bestod av en introduksjon til informantene og en spørsmålsliste som dekket hovedproblemstillingene (Vedlegg 4). Spørsmålene var åpne og rettet mot forhåndsdefinerte problemstillinger; brukernes opplevelser av endring som følge av metadonbehandlingen knyttet til opplevelsen av seg selv, forholdet til andre og tanker om fremtiden og psykologiske behov. Intervjuguiden ble utarbeidet på grunnlag av pilotintervju, samtale med behandlere, gruppediskusjon med andre medarbeidere på lignende prosjekt og faglitteratur. Intervjuguiden ble ikke benyttet direkte under intervjuet, men fungerte først og fremst som en forberedelse for intervjuer før møtet med informantene. Intervjuguiden fungerte slik mest som et internalisert intervjueskjema som intervjuer improviserte over. Ved formidling av den faste introduksjonen ble det lagt vekt på å forsøke å gi informanten en opplevelse av trygghet blant annet ved å tydeliggjøre motivet for undersøkelsen, understreke informantens ekspertrolle i samtalen og åpne for eventuelle spørsmål informanten måtte ha. Spørsmål fra intervjuguiden kunne enkelte ganger også bli benyttet mer aktivt i tilfeller der informantene stoppet opp og fant det vanskelig å komme videre. Intervjuguiden bestod av presist formulerte spørsmål. Disse ble benyttet dersom informanten ikke besvarte spørsmålene spontant, primært ved å reformulere spørsmål og integrere dem der det var naturlig i samtalsløp. Formuleringene kunne da ligge tett opp til spørsmålene i intervjuguiden. Intervjuene bar preg av å være informantsentrert og fenomenologisk orienterte. Intervjuers rolle var å fremme informantens spontane beretning på relevante områder ved å oppfordre til utforskning av informantens opplevelser og historier, og komme med oppmuntrende utsagn som for eksempel: "Fortell!", "Si mer om det!", "Hvordan da?", "La meg høre!", "Å?", "Ja, kan du fortelle mer om...?", "Hvordan opplevde du det å...?", "Hva gjorde det med deg...?". Informantene fortalte sine historier med sine egne ord, og var frie til å endre tema etter hvert som de kom på erfaringer, historier og opplevelser. Dette ble fulgt opp av intervjuer. Intervjuene ble således forsøkt dynamisk tilpasset den enkelte informants stil og historie ettersom samtalen utviklet seg, og forløp dermed ulikt med de ulike informantene. Intervensjoner som ble benyttet var f.eks. regulering av fysisk distanse, blikkontakt, stemmeleie, setningslengde og grad av abstraksjon i språket (Holte, 2000b). Strategien ble utviklet for å sikre at data skulle ha høyest mulig kvalitet i form av opplevelsesnærhet. Tegn på opplevelsesnærhet kunne være detaljering og nyansering av



historien, personlig og nær ordbruk og emosjonell aktivering hos informanten, både av verbal og non-verbal art. Eksempler på sistnevnte kunne være latter, smil, sukking, sinneutbrudd, tårer i øynene, gråt og lignende.

I forkant av intervjuene deltok vi på et 14 timers intervjukurs spesielt innrettet på denne undersøkelsen. Hensikten med dette var å sikre at vi benyttet samme intervjuteknikk, og at vi på en ivaretagende måte fikk tilgang til informantenes individuelle beskrivelser av erfaringer og opplevelser.

Ved datainnsamlingen ble flere tiltak iverksatt for å sikre validitet. Det ble benyttet en pseudoåpen intervjuteknikk, som beskrevet over. Samtlige intervju ble tatt opp på bånd og skrevet ut i sin helhet for å sikre at informantenes erfaringer og opplevelser ble registrert med informantenes egne ord. Intervjuer stilte oppklarende spørsmål der det var nødvendig for å sikre at intervjuer hadde forstått informantenes budskap rett. I tillegg foretok intervjuer jevnlig oppsummeringer av informantens beskrivelser. Slik ble vår forståelse av informantens beretning forsøkt bekreftet, avkreftet eller justert i en selvkorrigerende prosess (Cresswell, 1998; Kvale, 1997).

### **Transkribering**

For å sikre at informantenes erfaringer og opplevelser ble registrert med informantenes egne ord, ble hvert intervju transkribert ordrett og i sin helhet av forfatterne. Vi utførte og transkriberte halvparten av intervjuene hver. For å sikre oss mot feiltolkninger under kodingen, ble pauser og non-verbale uttrykk av affektiv karakter (latter, sukk, trykk på enkelte ord og lignende) inkludert i den transkriberte teksten. For å sikre reliabiliteten og validiteten ble alle de transkriberte intervjuene sammenlignet med lydbåndopptakene. Likevel vil bearbeidelsen av data fra tale til tekst være unøyaktig fordi den alltid innebærer en subjektiv tolkning (Kvale, 1997). Datamaterialet bestod samlet av resultatene fra lydopptakene og utskriften av disse. Reliabiliteten ble forsøkt sikret ved at vi delvis sammenlignet hverandres tekster med lydbåndopptakene. Intervjuene ble dessuten transkribert kort tid etter at de ble foretatt, mens de ennå var friskt i minne.

### **Manuell prekoding**

De transkriberte intervjuene ble lest gjennom i sin helhet av begge forfatterne for å danne et helhetsinntrykk av innholdet, og for å kontrollere at vi hadde en felles forståelse av

hovedbudskapet til hver informant. Så ble teksten delt inn i naturlige meningsenheter etter det vi sammen oppfattet som sentrale tema i enkelte utsagn. Et utsagn kunne bestå av flere setninger (Giorgi, 1975). En meningsenhet kunne for eksempel være ”den gangen jeg begynte på metadon, var det en kjempe skuffelse. Jeg tror skuffelsen var den at nå var jeg metadonbruker, og i alle fall ikke verd noen ting”. Stikkord som reflekterte våre intuitive oppfatninger om meningsinnholdet i hvert av de sentrale tema ble samtidig notert. Utsagn eller sekvenser av utsagn ble gitt hver sin foreløpige kode (for eksempel: ”annenrangs”). Denne koden ble satt etter diskusjon mellom forfatterne, og alene ut fra meningsinnholdet i utsagnets sentrale tema og den sammenheng det av informanten ble rapportert i, uten hensyn til problemstillingene.

### **Elektronisk koding**

De transkriberte tekstene ble kodet elektronisk med QSR NUDIST N-Vivo software. Innholdet i alle meningsenheter ble kodet i kategorier uten hensyn til problemstillingene. De elektroniske kodene ble dannet på bakgrunn av prekodingen og erstattet de manuelle kodene. Hver kategori ble eksplisitt definert (for eksempel ”annenrangs”: opplevelsen av å være mindre verdt enn andre) slik at vi skulle plassere like opplevelser i samme kategori. Kategoriene ble deretter nyansert med underkategorier i forhold til informantenes ulike opplevelser (eks. ”annenrangs”: ikke produktiv i arbeidslivet, gitt opp av hjelpeapparatet, ”det sorte får” i familien). De to første intervjuene ble kodet av begge forfatterne uavhengig av hverandre. Kodingene ble så sammenlignet gjennom å sjekke om ulike meningsenheter med tilsvarende opplevelsesinnhold hadde blitt kodet i samme kategori. Ved manglende samsvar ble definisjoner, kategorier og begreper justert. De to første intervjuene ble kodet på nytt på basis av de nye felles definerte kategoriene med respektive definisjoner. Vi satt side om side under kodingen av alle de resterende intervjuene, slik at vi fortløpende kunne diskutere og klargjøre innholdet i meningsenhetene og definisjonene av kodene. Ulike utsagn fra samme informant om en kategori ble sammenholdt for å avdekke tematisk konsistens eller inkonsistens. Hvert intervju med kodinger ble lest igjennom i sin helhet etter koding for å sikre at utsagnenes kontekst ikke ble oversett. Reliabilitet ble videre forsøkt sikret ved at alle intervjuene ble lest og delvis kodet av begge forfatterne. Vi fant høy grad av samsvar i måten intervjuene ble kategorisert på.

### **Gruppering i observasjonsområder**

Kategoriene ble gruppert i større observasjonsområder. Et observasjonsområde omfatter opplevelser som har felles kjennetegn, og som ved analysen naturlig skilte seg ut fra andre overordnede observasjonsområder. Et eksempel på et slikt område er “selvoppfatning”. Grupperingen ble i minst mulig grad styrt av teoretiske antagelser, predefinerte problemstillinger eller av sjekklister. Hensikten var å la det empiriske materialet, ikke a priori kategorier, danne grunnlag for kategorisering. Dette er i tråd med undersøkelsens målsetning om å presentere enkeltinformanters subjektive opplevelser. De predefinerte problemstillingene ble benyttet som kategorisering av observasjonsområder der disse ble funnet dekkende. Nye observasjonsområder ble definert dersom dette ble vurdert som mer dekkende. For eksempel ble observasjonsområdet ”døden” definert underveis i kodingen, da det etter hvert ble tydelig at tanker om og erfaringer med døden var sentrale i informantenes fortellinger.

### **Identifisering av fenomener**

Hvert observasjonsområde ble så delt inn i en rekke fenomener, som dekker ulike varianter av opplevelser, tanker, følelser og erfaringer innen det aktuelle observasjonsområdet. Et eksempel på et fenomen under “selvoppfatning” er “rushistorien”. Vi forsøkte å la kategoriseringen i fenomener vokse ut fra datamaterialet og ikke fra teori eller forhåndsdefinerte kategorier. De ulike fenomenene ble validert mot sammenhengen de er beskrevet i, ved å sammenligne meningsenhetene med originaltekstens helhet.

## RESULTATER

Resultatene er basert på undersøkelsens formål og funnenes kvalitet. Resultatene er presentert i prosaform. Formuleringene er valgt for å ligge tettest mulig opp til informantenes egne. Materialet fordelte seg på 12 observasjonsområder og 39 fenomener. For hvert fenomen er det i resultatene oppgitt et antall ( $n=x$ ). Tallet viser antall uavhengige observasjoner som ligger til grunn for beskrivelsen av fenomenet. Med uavhengig menes her at når informanter har gitt flere beskrivelser av antatt samme fenomen, er kun en av hver informants beskrivelse lagt til grunn for å bestemme antallet ( $n=$ ). Dette er gjort for å hindre at flere beskrivelser av samme erfaring fra samme informant skal kunne telle som flere observasjoner, og slik gi kunstig høye tall. I praksis vil dette si at antall ( $n=$ ) for hvert fenomen tilsvarer antall informanter som har rapportert fenomenet. Et populasjonsmessig, ikke-representativt, fenomenologisk design impliserer at det en informant har opplevd, kan være like verdifullt som det mange har opplevd. Verdien av en i utvalget sjeldent forekommende observasjon kan i prinsippet være like høy som verdien av en hyppig forekommende observasjon. Dette er fordi forholdet mellom utvalg og populasjon er ukjent, men også fordi sjeldne opplevelser i populasjonen kan være både klinisk og teoretisk like viktig som opplevelser som forekommer hyppig. Inklusjon av observasjoner er derfor ikke foretatt ut fra forekomst, men ut fra en vurdering av relevans. Antall observasjoner bak beskrivelsen av et fenomen kan imidlertid vurderes som ett av flere uttrykk for sikkerheten i fenomenbeskrivelsene. Resonnementet er at en beskrivelse basert på et lite antall observasjoner kan være mer usikker enn en beskrivelse basert på et større antall observasjoner. Uttrykk som "noen" og "mange" er brukt av fortellertekniske hensyn, og reflekterer fordelingen i utvalget, men ikke fordelingen i populasjonen.

For å illustrere fenomenene innenfor hvert observasjonsområde inneholder teksten et utvalg sitater. Sitatene er forkortet og gitt en strammere og mer presis form, uten at det opprinnelige meningsinnhold er endret. Utvelgelsen er gjort etter følgende kriterier: 1) særlig relevans for observasjonsområdet, 2) bidrar til å vise variasjon i enkeltopplevelsene innen det aktuelle

observasjonsområdet og 3) rimelig grad av presisjon. De valgte sitatene refererer til de hovedlinjer vi har funnet som følge av vår analyse av resultatene, fremfor mer omfattende og detaljerte tekstutdrag, nærmere opp til de rådata som var utgangspunktet for disse analysene.

I tillegg følger et Appendiks (vedlegg 5) med flere sitater som illustrerer de ulike fenomene. Appendikset kan leses parallelt med resultatene for å oppnå større bredde og fenomenologisk nyansering i informantenes opplevelser. Utvalget i appendiks representerer ikke en fullstendig samling av sitater.

### **Terminologi**

Vi omtaler våre informanter som metadonbrukere. På spørsmål om hva de selv kalte seg, og hva de helst ville bli kalt, svarte de fleste "metadonbruker", eller "rusmisbruker uten aktivt rusmisbruk". "Metadonist" ble avslått fordi dette ga assosiasjoner til "heroinist". De fleste var fremmede for å kalle seg pasient. Mange oppfattet likevel rusavhengighet som en sykdom og metadon som en medisin. Vi velger også av og til å omtale informantene som "pasienter" fordi de mottar medikamentell behandling. Valget er dessuten begrunnet i vår faglig og politiske vurdering av rusavhengighet og metadonassistert rehabilitering som et spørsmål om helse. Begrepet habilitering er kanskje mer dekkende enn rehabiliteringsbegrepet for mange av pasientene. Rehabilitering omfatter en gjenerobring av tapte posisjoner. De fleste metadonpasientene har få eller ingen posisjoner å gjenvinne. De er i ferd med å etablere nye posisjoner som skal bryte gamle livsmønstre.

Vi har videre valgt å beholde noen av de sentrale begrepene informantene beskrev sine opplevelser med. Dette er gjort for å ivareta nærhet til datamaterialet. En som er "nykter" er en som ikke er avhengig av rusmidler. Begrepet brukes også i forhold til kortere eller lengre perioder der en rusavhengig ikke inntar rusmidler. Da har man en nykter periode. "Nykterister"/"de nyktre" er individer som er utenfor "narkotikakulturen". "Plata" er et området utenfor Oslo S der rusmisbrukere samles og rusmidler omsettes.

"Sidemisbruk" betegner all bruk av rusmidler ved siden av metadonet. Bruken av begrepet kan kritiseres fordi det impliserer at misbruket kommer i tillegg til et hovedmisbruk, metadon, og at metadonbehandlingen dermed utgjør en slags gråsoner mellom rusmisbruk og medikamentfrie behandlingstiltak. I den videre drøftingen av materialet vil vi derfor ikke bruke begrepet "sidemisbruk" om bruk av rusmidler samtidig med metadon. I stedet vil vi

kalle det ”rusing” eller ”rusbruk”. Vi omtaler videre en som ikke bruker rusmidler ved siden av metadonet som ”rusfri” og ”nykter”.

### **Fortellerstil**

Mange av informantene fortalte sine til dels meget dramatiske og smertelige historier i en påfallende nøktern og avmålt stil.

### **Motiver**

Samtlige informanter fortalte at beslutningen om å søke metadonassistert rehabilitering var resultat av en lang prosess. Noen av informantene hadde vært svært ambivalente til metadon fordi behandlingen forutsatte rusfrihet. For andre var ikke kravet om rusfrihet barrieren. De ønsket rusfrihet, men var mer usikre på om metadonbehandling kunne være et egnet og ønsket hjelpemiddel. De hadde i utgangspunktet ment at de ved å bruke et kunstig fremstilt opiat ikke var rusfrie, at det gjorde folk sløve, at det var en ”feig” løsning eller at metadon var siste utvei for de helt utslåtte. De hadde sett på metadonbehandling som en uønsket resignasjon.

Motforestillingene til metadon var redusert parallelt med en økende resignasjon og håpløshet over egen livssituasjon. Mange trodde de ville vært døde uten metadon. Vi fant åtte ulike motiv for å søke metadon.

### Utslitt (n=17)

Informantene fortalte at kroppene deres var slitne og ødelagte av rusmisbruket. Det kunne dreie seg om under- og feilernæring, sykdommer, infeksjoner, blodpropper, absesser, og hepatitter. De følte de hadde nådd grensen for hva kroppen tålte. For noen var det blitt vanskelig å injisere heroinet fordi blodårene var ødelagte; de var ikke lenger mulige å finne, eller de sprakk under injiseringen. Noen hadde begynt å sette sprøyten intramuskulært, men fikk fremdeles ikke stoffet i seg.

*“Jeg trodde ikke noe på at jeg kunne klare å nyktrere meg, at jeg ville overleve, jeg hadde ikke energi og krefter i det hele tatt. Jeg veide 37 kilo og hadde hatt en ekstremt tøff avrusing der jeg hadde sittet i rullestol og... samtidig skjønte jeg at jeg ikke ville greie å leve hvis jeg fortsatte å ruse meg for kroppen var så utslitt... den bare stoppet opp. Jeg hadde ikke flere blodårer igjen, jeg fikk rett og slett ikke i meg dopet lenger. Når jeg satte det intramuskulært så bare rant det ut igjen.”*

### Mislykkede forsøk (n=17)

Alle hadde hatt et ønske om å bli rusfri uten medikamenter, og hadde forsøkt å komme ut av rusmisbruket på institusjoner eller på egen hånd. For noen hadde det gått greit å være rusfrie mens de bodde på institusjon, men de hadde etter utflytting vendt tilbake til gammel livsstil. For andre var institusjonsopphold i seg selv vanskelig. Etter gjentatte mislykkede forsøk hadde de mistet troen på at de ville greie å være rusfrie over tid.

#### Tilleggsbelastninger (n=15)

Noen informanter hadde valgt metadon fordi de var slitne av ruslivets omkostninger. Eksempler på negative følger var kriminalitet, prostitusjon, redsel for å bli pågrepet av politiet, fengselsopphold, mangel på fast bopel og på nære og gode relasjoner.

*”Også var det hele tida den angsten for å møte purken, da. For dem kjente meg jo, så dem stoppa meg alltid. Og da kunne det bli fem timer på glattcella da, sjuk og jævlig, og så ut da og begynne på'n igjen da, helt desperat for å skaffe penger til nytt dop.”*

#### Moralske dilemma (n=15)

Kampen for å overleve i rusmiljøet hadde ført til at egne moralske grenser var flyttet og tråkket over. Det kunne være svik mot familie og venner, kriminalitet, prostitusjon, ikke ivaretatt helse eller egenverd. Informantene fortalte at de hadde kommet til et punkt der det ikke lenger gikk an å overse, ruse vekk eller bortforklare at de levde på en måte de selv syntes var uakseptabel.

*”...jeg hadde vært hårsbredder fra å begå ran og sånne desperate ting, i perioder hadde jeg vært sjuk og nedfor og alt var bare svart. Jeg hadde helt konkrete planer om å ta livet av meg fordi jeg brøt flere og flere av mine egne barrierer, mine egne grenser som jeg hadde bestemt meg for at jeg aldri skulle trå over. Jeg skjønnte at dette kunne jeg ikke fortsette med.”*

*”Jeg var bare konsentrert om stoffet mitt, og meg og meg og meg. Man blir en jævla egoist når man ruser seg. Da er det bare en sjøl og neste dose det dreier seg om. For hvis jeg hadde valget mellom om å f.eks. dra hjem til mora mi og være sammen med dattera mi, og å få meg et skudd, så tok jeg det skuddet. Også ga jeg blaffen i familien, jeg ringte ikke en gang. Det ble ganske jævlig å ha på samvittigheta i lengden.”*

#### Presset (n=1)

En informant fortalte at han ønsket mer medikamentfri behandling, men på grunn av høy alder og et avbrutt institusjonsopphold fikk han ikke økonomisk garanti for videre institusjonsbehandling. Samtidig trodde han at det ville være umulig å overleve uten behandling, og han følte således at han var blitt presset til å søke om metadon.

#### Nevrobiologisk ubalanse (n=6)

Noen informanter opplevde at kroppen etter mange år med rusmisbruk var i nevrobiologisk ubalanse uten rusmidler. Noe kjentes galt rent fysisk, og det ga dem trang til å tilføre kroppen det den ”mangler”. De fortalte om ”sug” etter rusmidler, som selv etter flere måneders rusfrihet var så sterkt at de kastet opp av det. Trangen til å ruse seg var så overveldende at den i stor grad hindret dem i å konsentrere seg om andre tema i rehabiliteringsprosessen. De håpet at metadon kunne rette opp den nevrobiologiske ubalansen, slik at de kunne få krefter og ro til å konsentrere seg om å stable et nytt, rusfritt liv på beina.

*“Jeg hadde en kjemisk ubalanse i kroppen som skapte et enormt sug etter dop. Det var dette jeg håpet metadon kunne gjøre noe med. At det kunne reparere den kjemiske ubalansen.”*

#### Håp om rusfølelse (n=4)

Noen informanter håpet metadon ville gi rusopplevelse og dempe negative følelser. Disse informantene var ikke forberedt på den virkeligheten som møtte dem etter oppstart med metadon. De var skuffet over at metadon hverken ga rusopplevelse eller redusert psykisk ubehag.

#### Dempet russug (n=12)

Noen informanter forventet at metadon ville redusere rustrangen slik at det kunne bli lettere å konsentrere seg om rehabiliteringsprosessen. De fortalte at uten metadon hadde suget etter rus forstyrret endringsprosessen knyttet til andre livsområder.

*“Jeg tenkte at metadon er en krykke. Det er ikke sånn at når man begynner på metadon, så er man ferdig rehabilitert. Det er da man kan begynne å rehabilitere seg. Man slipper å ha det dopjaget i bakhodet hele tiden, man kan tenke på andre ting også.”*



## **Forventninger**

Informantene hadde på forhånd to ulike forventninger til metadonbehandlingen. Den ene var relativt realistisk i forhold til den virkeligheten som møtte dem etter oppstart med metadon, den andre viste seg å være mer urealistisk, og bidro til at oppstarten med metadon ble vanskelig.

### Problemløser (n=6)

Noen informanter hadde forventninger om at livet ville bli godt å leve bare de fikk metadon. De var ikke forberedt på alle problemene som meldte seg.

*”Med en gang jeg begynte med metadon var jeg veldig optimist, jeg tenkte sånn; nå er alt greit, nå er alt ordna. Men sånn var det ikke, for livet er ikke problemfritt for noen det. Når man begynner med metadon må man bygge opp et nettverk, kutte ut gamle venner, komme bort fra rusmiljøet, i det hele tatt kutte ut det gamle mønsteret, og holdningsendring også... Det var et sjokk det der, det var jævlig tøft.”*

### Forenklet rehabiliteringsprosess (n=12)

Andre informanter hadde hatt en nøktern forventning om at metadon ville redusere rustrangen uten å løse andre vanskeligheter. De var forberedte på at endring av livssituasjonen ville innebære hardt arbeid over lang tid. De mente de hadde hatt en realistisk forventning til behandlingen, og hadde vært forberedt på hva som ventet dem.

*“Metadon er ikke det vidundermiddelet. Jeg fikk vite at når en kommer med i metadonprosjektet så er det da kampen virkelig starter for å kunne klare seg. Det er da jobben begynner. Jeg visste det på forhånd, da.”*

## **Livet med metadon**

Informantene opplevde at livet var endret etter at de begynte å bruke metadon. Vi fant tolv punkter der de mente metadon hadde endret livene deres.

### Tid og energi (n=17)

Tidligere hadde hverdagen for informantene i stor grad vært styrt av behovet for rusmidler og av å skaffe nok penger. De beskrev livene sine som ensformige, og fattige på opplevelser som

kunne gi tilværelsen mening og innhold. Etter at de fikk metadon hadde de fått frigjort tid og energi som gjorde det mulig å være opptatt av annet enn rus. Mange hadde gjenopptatt gamle fritidsinteresser som å lese, fiske og gå på kino. Videre hadde flere av informantene faste aktiviteter på dagtid, som arbeid, skole eller behandling. De fortalte at de nå følte seg som deltakere i samfunnet på en ny og mer positiv måte enn tidligere. Dette hadde ført til økt selvtillit og tro på egne evner og muligheter.

*”Det som er bra med metadon er at det fjerner et sånn grunnug, jeg kan konsentrere meg om andre ting. Jeg kan lære meg å leve slik jeg ønsker, jeg kan få til ting; skolegang, venner, barnet mitt. Jeg har mulighet til å gjøre noe ut av livet mitt, liksom.”*

#### Fremtidsperspektiver (n=17)

Flere informanter fortalte at synet på fremtiden hadde endret seg etter at de begynte med metadon. Dette gjaldt både synet på nær fremtid og på fremtiden i et lengre perspektiv.

*”Nå har jeg liksom en fremtid. Det er for første gang. Jeg var på et møte i går i ansvarsgruppa mi. Da snakket vi om fremtiden min. Fremtiden min. Det var så rart.”*

Mange hadde tidligere overhodet ikke forholdt seg til egen fremtid. Andre hadde manglet troen på at de hadde noen reell mulighet til å leve uten rusmidler. De periodene de tidligere hadde greid å leve rusfritt, var preget av følelsen av at det bare var små pauser for å utsette det uunngåelige, nemlig at de havnet tilbake i ruslivet eller døde av misbruket sitt. Dersom de tenkte på fremtiden, var det i en drømmeaktig form som de egentlig ikke hadde tro på. Dette hadde ført til at det ble lagt få reelle fremtidsplaner. Å se ut over nuet hadde vært forbundet med drømmerier og flukt.

*” De siste ti årene har fremtidsdrømmen min vært å få trygd og stikke vekk fra Norge, ut av landet på ei gresk øy eller noe sånn. Vekk fra alt... Nå begynner det så smått å endre seg. Nå kan jeg drømme om ting som er oppnåelig. Nå er målet å holde seg sånn noenlunde rolig. Ikke gjøre kriminelle ting, få til å jobbe med de tingene jeg trenger jobbe med og ellers ha det bra med kjæresten min... jeg føler at det er mulig å greie det nå som livet er mer ordnet.”*

Med metadon hadde det blitt mulig å planlegge livet sitt og bestemme hva en vil fylle dagene med.

*”Metadon har gjort at jeg har fått livet tilbake igjen. Etter at jeg fikk metadon er første gang jeg har trodd på at jeg har hatt en sjanse til å overleve dette, og få et bedre liv. Et annet liv. Mer verdig og vanlig, liksom. Med metadon kan jeg begynne å planlegge livet mitt igjen. Jeg veit hva jeg kan gjøre i morgen, jeg veit hva jeg kan gjøre neste uke. Jeg kan ha kontakt med datteren min.”*

#### Ro (n=7)

Noen informanter hadde i tidligere rusfrie perioder slitt med en følelse av å være i ”ubalanse” når kroppen ikke ble tilført rusmidler. De hadde vært rastløse og kjent en uro som var vanskelig å holde ut. Flere følte at denne uroen hadde vært så sterk og ødeleggende at de beskrev den som altoverskyggende.

*”Jeg følte til slutt at jeg hadde bearbeidet mye, jeg hadde gått i intensiv psykoterapi i flere år, jeg hadde vært i flere institusjonsbehandlinger, jeg hadde snakket, debattert, sett på alt som var å se på, og likevel var noe galt. Helt galt. Ikke mentalt, men reint fysisk... Før kunne jeg ikke sitte i ro, med en gang det ble stille ble jeg fylt av en utholdelig uro. Det var for eksempel helt umulig for meg å sitte i ro og greie å lese en bok. Nå kan jeg lese i timevis, jeg kan konsentrere meg og kjenne ro.”*

#### Mestring (n=16)

Informantene hadde sanket nye erfaringer på ulike livsområder etter at de begynte å bruke metadon. De hadde fått rom til å prøve seg ut i nye situasjoner, og gjennom dette erfart at de kunne mestre mye som tidligere hadde fortonet seg som umulig. For noen var det blitt enklere å forholde seg til andre mennesker.

*”Jeg ser at jeg får til mye mer, jeg tåler mer, jeg tåler omgivelsene mye bedre.”*

Andre fortalte at de hadde begynt å jobbe eller gå på skole.

*”Og jeg begynner å finne ut av ting jeg kan, da. Jeg har begynt å ta noen fag på skolen, da. Det er jeg veldig stolt av, - at jeg enda kan lære. Det hadde jeg nesten ikke trodd.”*

En informant fortalte at han for første gang i sitt liv hadde greid å gjennomføre en avrusing. Tidligere hadde han alltid avbrutt avrusingsforsøkene fordi han ikke trodde han ville greie å leve rusfritt etterpå uansett. Noen av informantene hadde fått egen bolig for første gang og hadde lært å bo for seg selv. Økonomi var et tilbakevendende tema for informantene. Når de hadde ruset seg, hadde de levd mye ”fra hånd til munn”, og sjelden fått til å planlegge egen økonomi. Det hadde vært en utfordring for mange å tenke annerledes om penger.

*”Nå greier jeg til og med økonomien min. Nå greier jeg å ha penger hele måneden til mat. Før var penger bare lik dop, nå er penger blitt lik mat og leilighet og strøm og sånn. Jeg kan gjøre ting også, slik alle andre gjør. Gå på kino og sånn. Det er helt fantastisk.”*

Opplevelsen av at utvikling og endring var mulig hadde ført til bedre selvfølelse for mange av informantene. Dette ble beskrevet som en viktig motivasjonsfaktor med hensyn til å kjempe videre for å endre egen livssituasjon. De opplevde å ha kommet inn i en god sirkel der mestring ga tro på at endring var mulig

#### Holdninger til omgivelsene (n=6)

Noen informanter fortalte at de som følge av sitt nye liv med metadon hadde endret synet på sine omgivelser. Før hadde mange følt seg annerledes enn ”vanlige” mennesker og hadde ofte vært negative til de nyktres måte å leve på.

*”Jeg er ikke så fordømmende som jeg var før. Jeg opplever at jeg var veldig fordømmende før. Fordi jeg frykta at jeg aldri ville klare å oppnå et sånn A4-liv. Men det har jeg i dag, og det er jeg veldig fornøyd med. Jo tryggere og mer forutsigbar dagene blir, jo mer stabil jeg blir, jo bedre er det for meg.”*

Flere opplevde mer kjærlighet til omgivelsene etter oppstart på metadon.

*”...og når jeg har fått det bedre med meg selv, er jeg blitt mer glad i alt rundt meg og, mer glad i naturen, og i andre mennesker.”*

#### Fravær av belastninger (n=17)

Mange informanter fremhevet en økning i livskvalitet, som lå i det enkle faktum at de med metadon slapp å skaffe penger til rusmidler. Å slippe å stjele, rane, prostituere seg eller selge stoff var en stor lettelse.

*”Å stå der på strøket, midt på vinteren i noen korte greier og begynne å bli desperat etter å få en kunde snart, før du begynner å krype. Dette utnytter kundene og presser på prisene og krever uten kondom og sånn. Det er uverdigg, det. Alt dette spares du for med metadon.”*

*”Før var hele livet det å jobbe som en gal for å skaffe seg et morraskudd, også ligge der og tenke og gruble på hva en skal gjøre for å skaffe penger til det neste. Slik var det, en evig runddans med jøvelskap. Jeg er så glad for at jeg slipper det og kan gå å hente matdonet mitt og slippe alt det der.”*

Noen informanter fortalte at de som følge av økt livskvalitet greide å få det bedre med seg selv og beskrev redusert selvforakt etter oppstart med metadon.

*”Når du ruser deg, blir du bare egoist, også får du det dårlig med deg sjøl, også ruser du deg enda mer, også blir det enda verre. Jeg begynner å finne igjen meg selv, og jeg tenker mer bra om meg selv nå. Nå orker jeg å tenke på hvem jeg er, uten å bli dårlig av det, uten så mye avsky som det var før. Jeg er blitt gladere i meg selv.”*

#### Frykten for tilbakefall (n=15)

Bruk av rusmidler ble oppfattet som en av få effektive mestringsstrategier overfor alle slags vanskeligheter. Å ruse seg ble omtalt som ”det eneste jeg vet virker”, og ”det er å ruse meg jeg gjør i møte med ulike problemer”. I tillegg inngikk rusen som vanemessig atferd. Rusen var potent, mente mange, fordi den ga bedøvelse og mulighet til pause fra livets vanskelige utfordringer.

Russuget kunne for noen sette i gang handlings-, følelses- og tankemønstre som ble opplevd som tvingende og ukontrollerbare. De kunne bli opptatt av hvordan en skulle skaffe penger, dårlig samvittighet på grunn av brutte relasjoner, å "bli kald" som en mekanisme for å holde følelser unna, eller bevisst eller ubevisst å finne noe i omgivelsene som kunne fungere som "unnskyldning" for å ruse seg. Noen beskrev russuget som en opplevelse som dominerte eller tok betydelig plass i hverdagen. Å holde "rustanker" og "rusatferd" i sjakk var følelsesmessig belastende og energikrevende. Russuget, og eventuell påfølgende bruk av rusmidler, kunne bli oppfattet som noe uforutsigbart – noe som ble "kastet på dem".

*"Hvis jeg glemmer å tenke på det, så kan jeg lett sprekke og bli ovenpå og tro at jeg klarer alt og at alt går så bra og sånn. Jeg kan ikke ta meg sprekker i helgen eller noe sånn, da går det galt. Jeg er ferdig med å tenke sånn. Jeg har prøvd det, og resultatet er at økonomien går rett vest på grunn av piller, og dårlig samvittighet og... det er ikke verdt det i det hele tatt, det lager så mye faenskap."*

Mange fortalte at de selv og omgivelsene hadde ulike målsettinger knyttet til fremtidig eventuell bruk av vanedannende medikamenter og narkotiske stoffer. De opplevde at andre, først og fremst hjelpeapparatet, hadde urealistiske og urimelige krav til dem i forhold til bruk av rusmidler.

*"Jeg kjemper som en gal med det der å ikke ta piller. Når jeg tenker på at jeg har rusa meg i 20 år, er det klart at det blir littegranne vingling. Men det er det dem er uenige i da, dem synes ikke jeg er flink nok. Det hjelper ikke at jeg synes det går langt over all forventning. Jeg ruser meg nesten ikke lenger."*

Usikkerheten knyttet til om de ville greie å leve opp til kravene om rusfrihet var vanskelig for noen. Trusselen om å bli fratatt metadonet var vanskelig å leve med, og kunne for noen medføre en frykt for å ruse seg som faktisk førte til at de ruset seg mer. Redselen for å miste metadonet førte for noen til at de ikke turde være ærlige mot kontaktene sine i hjelpeapparatet etter en rusepisode. Forholdet til kontaktene kunne være vanskelig fordi disse hadde en dobbeltrolle som både kontrollører og støttespillere.

*"Jeg bare vet at det som vil skje er at jeg ikke kommer til å tørre og klare å være ærlig hvis det skulle skje, hvis jeg skulle sprekke. Og det vet jeg jo at ikke er noe positivt, at*

*det blir sånn at jeg da begynner å trikse og mikse og gjøre alt mulig for å skjule det. Det hadde vært så godt hvis jeg på en måte kunne være så trygg på at dem vil hjelpe meg at jeg kunne tørre å si fra til dem dersom jeg begynte å få det så vanskelig at jeg skjønnte at nå kunne jeg sprekke. Da kunne jeg jo fått støtte også kanskje greid å la være å sprekke. Det tror jeg er så viktig, og jeg er så redd for at jeg ikke skal få flere sjanser.”*

#### Målsettinger (n=18)

Informantenes målsettinger i forhold til bruk av rusmidler var ulike. Noen ønsket total rusfrihet, for andre var målet å holde seg unna sprøyter eller ikke bruke piller.

*“Det der at jeg kjøper meg et par piller innimellom det skader meg ingenting, det er det der med å kjøpe heroin og kjøre sprøyter og sånn som er farlig for meg, livsfarlig. Det er det jeg først og fremst må slutte med, eller det har jeg jo alt gjort da. Men jeg spiser noen piller når jeg trenger det, sånn som nå, når jeg skal møte deg. Jeg kan ikke vente å klare meg uten sånne tilfeller, ikke nå de første årene i alle fall. Husk, jeg har vært narkoman i nesten 30 år jeg.”*

*”Jeg må holde meg helt vekk fra alt, også alkohol. Ellers vet jeg hvor det ender. Du kan si det blir et kjedelig liv, kanskje, men jeg synes ikke det. Det er trygt for meg å ha bestemt det sånn. Men det er ikke lett alltid, det er det ikke.”*

#### Sosial kompetanse (n=18)

Informantene fortalte at de manglet kompetanse og kunnskap om hvordan et rusfritt liv leves. De forklarte ”huller” i kunnskap og manglende erfaringer med å leve et ”vanlig” liv som en konsekvens av mange år i rusmiljøer. De kunne presentere seg selv som mennesker med ”feil” og uten sosiale ferdigheter. En konsekvens av fraværet av sosiale og dagligdagse ferdigheter var en opplevelse av at all aktivitet krevde konsentrasjon og skjerpet bevissthet for å unngå at tilværelsen ble utflytende og kaotisk.

*”Jeg føler at jeg har kommet til et fremmed land der jeg ikke vet hvordan jeg skal være. Nå skal jeg plutselig begynne å virke som normalt i samfunnet... Det er et helt annet miljø, et helt annet liv.”*

Flere opplevde at de hele tiden måtte være på vakt for ikke å gi seg selv sjansen til å ”lure seg selv”, fordi dette kunne resultere i rusing. En slik kontinuerlig "på-vakt"- holdning var nødvendig for å holde rustanker i sjakk og for å klare å gjennomføre hverdagslige aktiviteter. Dette ble opplevd som svært energikrevende og utmattende og ble fulgt av en opplevelse av angst, redsel og usikkerhet.

*”Det kan lett flyte ut for meg, og alt blir kaos. Jeg tenker hele tiden på hvem jeg er, og hva som gjør at jeg gjør sånn og sånn. Jeg må hele tiden være bevisst hva jeg gjør og hvorfor. Hva som skjer med meg.”*

Disse opplevelsene kunne være fulgt av følelser av mindreverdighet og nedverdiggelse. Opplevelsen av å ikke vite hva som er "normalt" og av fraværet av basale sosiale ferdigheter kunne være knyttet sammen med lav selvtaktelse og skam. Erfaringer og kompetanse de hadde opparbeidet seg som rusmisbruker ble på mange områder opplevd som irrelevant eller ugyldig i ”et vanlige liv”.

#### Ensomhet (n=16)

Informantene fortalte at de ofte kjente seg ensomme. De fleste hadde få venner og savnet noen å være sammen med og hente støtte fra. Noen informanter fortalte at de ved oppstart med metadon hadde foretatt bevisste valg i forhold til omgangskrets og nettverk.

*”Du har jo en gruppe som er de gamle vennene dine, de der ute som ikke har metadon, også har du de som bruker metadon, og så har du den gruppen da som er de vanlige, som er mannen i gata. Så har du det spørsmålet da: Hvem skal du vanke sammen med, hvem har du mest interesse av å være sammen med, eller skal du være alene, sånn at du er helt isolert liksom? Hvor er det du hører til liksom? Og hvem vil være sammen med deg?”*

Mange hadde erfart at de måtte slutte å være sammen med gamle rusvenner om de skulle greie å holde seg rusfrie. Det gamle nettverket kunne dessuten uansett ikke tilby så mye hjelp



og støtte i deres nye livssituasjon. Å etablere et nytt nettverk var vanskelig. Noen satte dette i sammenheng med egen manglende sosial kompetanse, og at de tilhørte en stigmatisert gruppe. Flere informanter fortalte at de etter flere år med metadon, fremdeles ikke kjente mer enn et par nyktre mennesker, foruten de som hørte til familien eller arbeidet i hjelpeapparatet.

*“Jeg har en venninne som også har vært stoffmisbruker. Ja, jeg har henne. Også har jeg dem på jobben. Det er de som egentlig er livet mitt. Jeg er ikke veldig mye sammen med dem, men noen av dem er jeg litt sammen med, særlig med sjefen min. Og jeg har møtt noen av vennene hans og kan liksom være sånn på hils med dem. Men det er ingen av dem som jeg kan ringe til og spørre om de vil være sammen med meg en kveld og sånn. Så egentlig så er jeg veldig alene, egentlig.”*

*“De jeg har mest kontakt med er nok de på apoteket. Det er der jeg henter metadonet mitt, da... De fleste dagene er dem der oppe de eneste jeg snakker med. Jeg er veldig glad for at jeg henter der, de er snille mot meg. Det er dagens høydepunkt for meg, og ofte har dem tid til å prate litt og...så spør dem åssen jeg har det og sånn... om det ikke er for travelt da. Da må dem jo gjøre jobben sin. Ja, jeg er glad jeg har dem.”*

Mange synes det var vanskelig å nærme seg nye miljøer, og valgte å trekke seg unna andre mennesker og leve isolert for å unngå situasjoner de opplevde som skremmende.

*“Ensomheten er det som kanskje plager meg mest. Det er så mange av oss som får til å være nykter, men som er så ensomme. Som får til å ikke ruse seg fordi vi låser oss inne.”*

Noen informanter søkte sammen med andre som brukte metadon, og flere levde sammen med partnere som også brukte metadon.

Informantene beskrev også ensomhet som følge av å føle seg annerledes enn andre. Denne følelsen ble ofte tydelig i møte med nye miljøer og situasjoner, og kunne føre til at de trakk seg unna og ga opp å etablere nye relasjoner.

*"Noe ble annerledes da jeg fortalte de jeg studerte med at jeg brukte metadon. Fra da av var jeg annerledes enn de andre. Det var vondt, jeg hadde så lyst til å være lik. Det er viktig å være lik, å ikke være annerledes. Det er ensomt å være annerledes."*

#### Skyldfølelse (n=15)

Informantene opplevde at de hadde sveket sin familie og påført dem en rekke belastninger ved å ha ruset seg. De kunne ha stjålet fra dem, løyet, ikke brydd seg, skjemt familien ut ved f.eks. kriminalitet, prostitusjon eller ved å ikke "bli til noe".

*"Jeg har veldig dårlig samvittighet overfor moren min, jeg har aldri stjålet eller noe fra henne, men bare det å være narkoman. Hun sliter med etterdønninger. Hun har vært sykmeldt et år nå, fordi hun har meg og søsteren min, hun er narkoman hun også."*

Dette hadde gitt informantene skyldfølelse og dårlig samvittighet. De fortalte om utslitte, og engstelige foreldre med psykiske problemer. De følte at andres problemer skyldtes deres atferd. En informant sa: "Det har vært for mye for dem å ha meg". De opplevde at eget rusmisbruk hadde hatt store konsekvenser for hele familiesystemet. Noen informanter fortalte at familien for første gang på mange år nå turde tro på at de skulle bli rusfrie. Informantene opplevde dette som tillit og var glade for det. For noen var det også vondt fordi de tenkte at denne tilliten ikke var fortjent.

#### Tapt liv (n=11)

Informantene fortalte om en vond fortid preget av en barndom uten omsorgspersoner som fungerte, foreldre med rusproblemer eller psykiske lidelser, mobbing, og egne psykiske lidelser de ikke fikk hjelp med. Mange hadde vært utsatt for traumatiske opplevelser som voldtekt, seksuelt misbruk, incest, vold, og selvmord og overdosedødsfall blant nære. Flere hadde også prostitusjonserfaring. Disse opplevde sorg over tapt liv og over at livet ikke ble som forventet. Noen informanter ønsket å begynne på nytt, men opplevde det som vanskelig fordi de hadde mistet for mye, og belastningene hadde vært for mange og omfattende.

*”Jeg var 11 år da jeg begynte å ruse meg og 15-16 da jeg begynte med sprøyter. Jeg skulle ønske jeg kunne levd livet om igjen. Jeg skulle gjort alt annerledes. Jeg tenker at det er litt for seint, at toget har gått da. Jeg synes vel at... jeg skulle ønske at... det er så mye jeg ikke skulle ha opplevd. Det blir vanskelig å begynne på nytt, selv om jeg har planer. Men jeg får ikke begynt helt på nytt. Det er for seint. Det er så trist at det ikke ble noe mere, liksom.”*

### **Selvopfatning**

Selvopfatning viste seg å være et særlig viktig tema i informantenes nye liv. Informantene beskrev seg selv fra to ulike posisjoner; det de kom *fra*, og det de skulle *til*. Det de kom fra var et liv i rusmisbruk som kunne ha kostet dem livet. Det de skulle til var et nyktert liv, et liv som ”alle andres”. På denne måten så informantene seg selv med både et tilbakeskuende og et framoverskuende blikk. De kunne pendle mellom disse to posisjonene, eller være mer etablert i en av dem. Perspektivene så ut til å virke som et tolkningsskjema til beretningene om dem selv, og gjorde det lettere å forholde seg til egen historie. Vi fant åtte metadonrelaterte erfaringer knyttet til selvopfatning.

### Rushistorien (n=18)

Den personlige rusmisbrukerhistorie var fremtredende i informantenes fortelling om hvem de var. Rusmisbruket med tilhørende rusliv ble hyppig benyttet som referanse når de skulle fortelle hvordan de oppfattet seg selv. Livet som rusmisbruker ble beskrevet som meningsløst, ensformig og uverdigg. Hverdagen hadde bestått i å skaffe penger, heroin og rene sprøyter. Informantene hadde finansiert rusmisbruket ved tyveri, innbrudd, svindel, ran, salg av stoff, tiggging eller prostitusjon. Dette hadde medført brutte eller svekkede relasjoner, problemer med påtalemyndighet, kaotisk økonomi, bøter, dommer og fengselsstraffer. Informantene holdt rushistorien som et sentralt kjennetegn ved egen historie. Dette kom til uttrykk eksplisitt i måten de presenterte seg selv på ("det er rusmisbruker jeg er"), i måten de karakteriserte eget tankemønster ("rustankegang", "jeg har masse rustanker"), i beskrivelsen av egen atferd ("jeg snakker monotont", "jeg går som en narkoman") og i beretning om tilhørighet ("vi gamle rusera"). Informantene brukte utsagn som "jeg glemmer ikke hvor jeg kommer fra", og "jeg er jo narkoman", for å fortelle hvem de selv var. Denne identiteten kunne bli beskrevet som statisk ved at det ble trukket i tvil om en noen gang kom til å bli noe annet enn rusmisbruker. Egen historie ble på denne måten bestemmende for hvem de opplevde at de var. De opplevde

at det var forskjeller mellom rusmisbrukere og "andre". Noen informanter fortalte at de antok andre så på dem som rusmisbrukere, og at dette forsterket egen opplevelse av det samme.

*"Hvis jeg hadde kommet fra et hjem og tatt artium og studert og sånn... så vet jeg ikke hvordan jeg hadde tenkt om narkomane en gang, men jeg er narkoman og tenker som en narkoman."*

Noen informanter opplevde at egen identitet først og fremst var knyttet til livet som rusmisbruker.

*"Nå sitter jeg her med rusidentiteten min, men uten rus."*

En del av informantene fortalte at urinkontrollen og regimet rundt metadonutdelingen føltes som en link til ruslivet som de aldri kom til å bli kvitt så lenge de hadde metadon.

*"Den der kontrollen og alt det styret er jo med og viser at det er rusmisbruker jeg er, nå og for alltid, liksom... Jeg kan aldri komme unna det, liksom, så lenge jeg ikke greier å være uten noe og det kommer jeg nok ikke til å klare..."*

Identiteten som rusmisbruker kom også til syne indirekte ved at informantene kunne si "vi" når de refererte til rusmisbrukere. Videre kunne atferd knyttet til ruslivet bli beskrevet som normal og dagligdags atferd, for eksempel å ta en tur på "Plata". I løpet av intervjuene omtalte mange informanter seg selv spontant som "rusmisbruker", "narkoman", "ruser" osv. Begrepet "de andre" ble vekselvis brukt om andre rusmisbrukere og om nyktre.

Mange av informantene fortalte at eget selvbilde var mer bestemt av rushistorien enn av at de brukte metadon. Metadonbehandlingen ble ikke sett som relevant kjennetegn for eget selvbilde fordi livet med rus ble opplevd som mer pregende. Rusmisbrukets varighet og dets tilleggsbelastninger var dominerende i fortellingen om dem selv. Metadon hadde tatt heroinsuget, men kunne ikke løse de andre livsoppgavene og problemene informantene stod overfor. Informantenes totale opplevelse av livet og seg selv var preget av rus, i liten grad av metadon. Noen av informantene fortalte at de fremdeles var deltagere i rusverdenen, og at de hadde en rusidentitet. Rusverdenen og rusidentiteten ble presentert på en selvfølgelig måte og

opplevd som sentral for å forstå informantenes virkelighet. Rusverdenen ble sett på som liggende på siden av det øvrige samfunnet og som en verden de ønsket å forlate.

*"Jeg er jo blitt preget av det, og når jeg står utenfor meg selv og ser, da blir jeg så kvalm. For du orker ikke deg sjøl som er sånn (i aktiv rus), på en måte. Du forakter deg sjøl og livet ditt. Alt det er blitt bedre. Jeg tenker mye bedre om meg selv nå."*

#### Kroppsbilde (n=7)

Mange av informantene fortalte at kroppen og utseende deres var merket etter det harde ruslivet. Det kunne være arr etter bomskudd, vold, streptokokker og brannså.

*"Jeg har en del arr og sånn. Her har jeg fra et bomskudd (holder fram armen og viser), der fikk jeg streptokokker over hele armen, også har jeg et bomskudd her og et brannså her og et brannså der. Jeg ser ikke ut, vet du, kroppen min er helt ødelagt, jeg er ganske stygg."*

De følte at kroppen fungerte som et synlig vitnesbyrd om tidligere rusliv, både for dem selv og for andre. De følte at de måtte skjule kroppen for å ikke avsløre sin egen tabubelagte historie. Et eksempel på dette var å ikke gå i t-skjorte om sommeren på grunn av arr på armene.

Etter oppstart på metadon og påfølgende fravær av rus, kom en øket bevissthet om egen kropp og helsetilstand. Informantene sammenlignet egen og andres kropp, og registrerte at egen kropp var mer nedslitt enn andres, og at kroppen derfor gjorde dem ulik andre.

Flere hadde erfart kroppslige forandringer og bedret helsetilstand etter oppstart med metadon. Dette kunne være vektøkning fra underernært til normal vekt, nye tenner og mer velstelt hår. Disse endringene var forbundet med økt selvrespekt og økt livskvalitet.

#### Karakter (n=10)

Flere informanter fortalte at de regnet rusmisbruket og dets tilleggsbelastninger som selvforskyldt. Dette gjaldt både debuten og den fortsatte rusing. De tenkte at de egentlig kunne blitt rusfri dersom de hadde "tatt seg sammen" nok. Egne erfaringer med ikke klare å

bli nykter uten metadon, hadde ført til at de så på seg selv som en som ikke klarte å "skjerpe seg", som en som hadde "dårlig karakter". Disse informantene uttrykte skyldfølelse og skam.

*"Jeg er ikke sterk nok til å greie det sjøl. Jeg er altfor svak. Jeg måtte ha hjelp. Ellers hadde jeg aldri overlevd. Jeg tenkte jeg skulle greie det på en skikkelig måte, men til slutt måtte jeg bare gi det opp, skjønte jeg. Jeg skammer meg egentlig over det. Andre har jo fått det til. Men ikke alle, da. Og mange har jo dødd og. Det er jo ikke bra det heller."*

#### Sykdom (n=9)

Noen informanter forklarte rusmisbruket som en kronisk sykdom som kunne medisineres med metadon. Dette kom til uttrykk gjennom bruk av begreper som "rusmisbruker-genet". For disse fungerte metadonet som en livsnødvendig medisin.

Det fantes to varianter av sykdomsforklaringen på rusmisbruk. Misbruket kunne forstås utfra referanserammen informanten valgte for forklaringen. Hvis referansen var tidligere rusliv, hadde metadonen gjerne status som frelser, fordi alternativet var å dø. Denne forklaringen ble opplevd som nokså ukomplisert. Metadonbehandlingen ble sammenlignet og sidestilt med diabetikers insulinbehandling. Hvis referansen derimot var et rusfritt liv, var metadonet gjerne symbolet på at de ikke klarte seg selv. Denne forklaringen innebar at brukeren var svak. De fortalte at gifttrekanten som er trykt på metadonflaska stadig minte dem på at metadon er svært sterke medisiner. Dette gjorde det umulig å bagatellisere avhengigheten. Metadonet ble symbolet på svakhet, og at en ikke var som de rusfrie.

*"Jeg må si til meg selv at jeg må ta medisiner hver dag. Jeg har begynt å tenke at metadon er en medisin. Det er ikke så lett egentlig synes jeg. Jeg har aldri brukt noen medisiner, utenom narkotika og rusmidler da. Det blir jo et slags bevis på at jeg ikke klarer meg eller ikke har klart meg, da."*

#### Klientrollen (n=6)

Informantene opplevde at erfaringer fra behandling var vevd inn i eget selvilde. Dette kunne komme til uttrykk gjennom utsagn som "det er noe jeg har lært i behandling", og "det sa de om meg på x (institusjon)". De hadde ambivalente opplevelser knyttet til behandlingsapparatets påvirkning på selvildet. På den ene siden var behandlingsapparatet det

som hadde gitt mulighet til å overleve rusmisbruket og få et verdig liv. På den andre siden representerte behandlingsapparatet et system som sementerte informantenes opplevelse av å være "annerledes" og "noen som ikke klarte seg". I motsetning til klienter som hadde blitt rusfrie uten metadonbehandling, hadde informantene ikke forlatt behandlingsapparatet. Metadonet kunne derfor fungere som et symbol som bandt informantene til klientrollen og bekreftet egen og andres antagelse om at de ikke kunne "klare" å bli rusfrie. Behandlingsapparatet ga derfor både bedre selvbilde, og bekreftet negativt selvbilde. Dette kunne oppleves forvirrende og vanskelig å forene.

Flere informanter fortalte at et sentralt element i tidligere behandling hadde vært å dele sin historie med behandlere og medklienter. Dette bidro til å skape følelsen av at tilbakeholdelse av erfaringer, tanker og følelser, var løgn. Videre ga de uttrykk for at denne opplevelsen forfulgte dem i dagliglivet, og at ærlighet forutsatte åpenhet om det livet de hadde levd.

*"Jeg har blitt pest på i så mange år at man må være bunn ærlig om alt hele tiden, liksom. Hvis du ikke legger frem alt akkurat slik det er, men utelater noe, har det for deg selv, da juger du. Det er noe jeg har lært i behandling. Jeg er så dum, at jeg tror at når folk spør meg om ting og sånn, så har de krav på at jeg forteller dem alt med en gang, selv om det kanskje er ting jeg ikke har lyst til å fortelle til alle, ting om meg selv og sånn... Det er liksom som om de har krav på å vite alt om meg, bare fordi jeg har vært narkoman. Jeg skjønner at det er forventet, liksom. Folk mener de har krav på det, liksom."*

*"Jeg tror ikke folk føler de har krav på å vite hva slags tabber alle andre kollegaer har gjort i sine liv, eller om de har vært seksuelt misbrukte som barn, eller om de har hatt alkoholproblemer eller sånn. Men all dritten i mitt liv har de krav på siden jeg har vært narkoman. En spurte meg om jeg hadde vært seksuelt misbrukt også. På et kurs på jobben, altså. Og prostituert det skjønte jeg han tok for gitt at jeg var."*

Flere informanter mente det kunne eksistere en kultur på behandlingsinstitusjoner der grensene mellom det terapeutiske rom og det sosiale rom, og mellom dem selv og andre, var diffuse. Etter mange år i behandling ble erfaringene av dette beskrevet som tap av autonomi over egen historie, tanker og følelser. Det ble opplevd som et dilemma at uansett hva en valgte å gjøre, ble det "feil". Å ikke fortelle, eller holde tilbake, ga dårlig samvittighet og

følelsen av å lyve, samtidig som å fortelle ga en opplevelse av å være grenseløs og å bli invadert. Disse opplevelsene kunne være fulgt av sinne, tristhet eller fortvilelse.

Noen informanter følte at ansatte i behandlingsapparatet mente at metadonbrukere var "verre" enn rusmisbrukere. Metadonbrukere følte de ble sett på som "b-klienter". Denne opplevelsen kunne skyldes erfaringer med at medklienter på institusjon måtte "skjermes fra" metadonbrukere, eller at metadonbrukerne måtte skrives ut fra institusjonen fordi disse ble sett på som ruset eller "kjemi-påvirket". Noen mente det eksisterer et slags klienthierarki som ble ordnet etter rusmestring, med tidligere misbrukere på topp, deretter misbrukere i behandling og på bunnen metadonbrukere. De fortalte om erfaringer med å måtte forhandle og "kjempe" med behandlingstilstander for å beholde status som beboere etter at de hadde begynt med metadon. Informantene oppfattet disse holdningene som uttrykk for uvitenhet og fordommer.

*"Da jeg skulle begynne med metadon nå 15.mai så måtte jeg flytte ut fra den institusjonen som jeg bodde på. Jeg fikk en del reaksjoner i ettertid som gjorde at jeg følte meg som b-klient. Og det gikk på at jeg ikke var god nok. Det ble sagt at jeg var så full av kjemi, at andre beboere måtte skjermes fra meg. Det synes jeg var veldig sårende. Jeg følte meg så veldig som et sånn annenrangs menneske."*

#### Dårlig menneske (n=8)

Mange informanter fortalte at de følte seg dårligere enn andre mennesker. De brukte ord som "værsting", verdiløs, ikke produktiv om seg selv. Informanter kunne fortelle at det var vondt og sårt å motta metadonbehandling fordi de følte at det eksisterte holdninger hos andre, og også hos dem selv, om at metadon var for de "hardeste" narkomane, de som var "gitt opp" eller HIV-positive. Å ta imot metadon ble derfor å akseptere seg selv som en "værsting". Informantene kunne oppleve at å bruke metadon var det samme som å være verdiløs. I forbindelse med oppstart på metadon hadde flere opplevd en dyp skuffelse knyttet til overgangen fra å være rusmisbruker til å være metadonbruker. Som rusmisbruker hadde de vært en det ennå fantes håp for, men som metadonbruker var de blitt en som aldri kunne bli rusfri.



*"Den gangen jeg begynte på metadon var det en kjempeskuffelse. Jeg tror skuffelsen var den der at nå var jeg metadonbruker, og i alle fall ikke verdt noen ting, liksom. Jeg husker at jeg tenkte at "fy faen, nå har samfunnet bare gitt meg helt opp. Nå vil de skrive ut metadon til meg... et syntetisk morfin. Til meg. Og når jeg tenkte sånn, så synes jeg det var skikkelig sårt og vondt og alt sånn."*

Noen informanter beskrev seg selv som ikke-produktive medlemmer av samfunnet. De oppfattet at samfunnet forventet at alle skulle være produktive, og at ens verdi som menneske var avhengig av dette. Noen fortalte at erkjennelse av at en ikke greide å være like produktiv som andre, ble opplevd som svært vanskelig.

*"Jeg følte at jeg burde bli noe, prestere noe, slik at jeg kunne bli en som produserer. Det er det som er det viktige i vårt samfunn følte jeg; å være produktiv. Det er et sterkt signal fra de som styrer at vår verdi som menneske ligger i hva vi produserer. Da jeg studerte, var det mye stress. Jeg var redd for å ikke være flink nok og ikke få det til hele tiden. Så innså jeg at dette ville jeg ikke greie. Men det var et sjokk for meg."*

#### Sårbar (n=11)

Mange informanter beskrev at de bar på en grunnleggende følelse av å være usikre og redde. Dette kunne være forbundet med en opplevelse av å bli overveldet av følelser i nykter tilstand som gjorde at de opplevde seg selv som sårbare og små. Noen informanter fortalte at de ikke likte seg selv. Dette ble for noen også en forklaring på tidligere rusmisbruk og rusidentitet.

*"Jeg er veldig usikker, da. Jeg er en veldig usikker gutt. Jeg er et veldig følelsesmenneske, og det er ikke så lett. Det blir så mye følelser. Og jeg blir så sårbar, liksom. Det kommer så tydelig frem når jeg er nykter. Det er det som er kjernen i rusmisbruket også... at vi ikke liker oss selv. Jeg har aldri likt meg selv..."*

#### **Psykisk helse**

Flere opplevde at de hadde psykiske helseproblemer. Informantene fortalte om erfaringer med omfattende smertefulle livsbelastninger. Få ressurser til å mestre disse kunne føre til at belastningene ble meget omfattende. De fortalte at rusen ble brukt som "selvmedisinering" av opplevde psykiske lidelser, eller den holdt vonde opplevelser fra årene med rusing på avstand. Vi fant fire områder der metadon hadde innvirkning på informantenes psykiske helse.

### Tanker og følelser (n=14)

Det kunne være vanskelig for informantene å forholde seg til tanker og følelser i nykter tilstand. Disse ble opplevd som flere og mer intense enn tidligere. Etter oppstart på metadon ble det umulig å "få fri" fra egne tanker og følelser ved hjelp av rus. Utfordringen med å erfare og tolerere egne opplevelser uten rus, kunne oppleves som intens og ny. Noen opplevde seg som sårbare uten rusen, fordi de ble "angrepet" av følelser og tanker. Dette ble beskrevet som en overveldende og lammende kontinuerlig tanke- og følelsesstrøm.

*"Jeg hadde så mye følelser, altfor mye kommer frem når du blir rusfri. Jeg blir så sårbar. Alt blir så overveldende."*

Innholdet i ubehagelige tanker og følelser var både knyttet til traumatiske episoder og vedvarende belastninger gjennom mange år.

### Emosjonell kompetanse (n=10)

Noen opplevde at følelser var ukjente og skremmende når de nå ble erfart etter årelang bedøvelse i heroinrus. De fortalte at de ikke visste hva som var normale følelser og reaksjoner. Det var forvirrende å ikke vite om egne følelser var "normale" eller om de var symptomer på psykiske lidelser, og hvordan emosjoner erfares og føles. De følte at de manglet emosjonell kompetanse. Noen forklarte dette som en konsekvens av mange års rusing, fordi de hadde gått glipp av sosial og emosjonell læring.

*"Jeg har stort sett alltid regulert følelser med rusmidler. Jeg vet ikke hva følelser er uten rus. Uten rus ble det altfor mye på en måte."*

### Psykiske lidelser (n=9)

Informantene fortalte at symptomer på psykiske lidelser hadde "veltet fram" i nykter tilstand. Symptomene ble erfart sterkere med metadon enn under aktiv rusing. Psykiske lidelser ble både sett som årsak til, og som konsekvens av, rusmisbruket. Symptomene hadde vært tilstede før misbruket startet, eller hadde oppstått under eller etter rusmisbruket. For noen var det knyttet et sterkt håp om bedring av psykiske lidelser til oppstarten med metadon.

*"Jeg hadde gledet meg så fælt til jeg skulle begynne, jeg husket da jeg satt her og drakk den første flasken mi og tenkte "nå kommer jeg til å få fred inni meg sjøl, liksom,*

*få nervene mine under kontroll, nå kan jeg slappe av, nå kan jeg puste, kanskje få sove litt". Men det ble jo ikke sånn da."*

Informantene fortalte om forsøk på å forstå egen psykisk lidelse. De hadde begynt å stille seg spørsmål som: Hva skyldtes lidelsen? Når oppstod den? De grublet over hvorvidt symptomer var en slags sorgprosess over opplevde tap eller en konsekvens av rusing. Noen hadde tanker om at noe hadde "klikka i hue", og at det var irreversibelt. Til slike tanker kunne det være knyttet nedstemte følelser som tristhet, sorg, opplevd meningsløshet, forakt og bitterhet.

#### Selvmedisinering (n=9)

Informantene fortalte at de og behandlerne kunne være uenige om hva som var psykopatologi og hva som var normale reaksjoner på livsbelastninger. Dette opplevde de som problematisk. Informantene kunne føle at behandlere mistenkte deres opplevde behov for medikamentell behandling for å være ønske om legal rusing. Samtidig uttrykte informantene at de følte seg usikre på hvilke konsekvenser eventuell medikamentell behandling kunne få for dem, tatt i betraktning tidligere erfaring med piller som rusmiddel og medikamentenes avhengighetsskapende egenskaper. Flere uttrykte ønske om hjelp i forhold til dette. Informantene hadde erfaring med at medikamenter døyvet symptomer effektivt. Dette betraktet de som "selvmedisinering". Dette kunne bli regnet som sidemisbruk og eksklusjonsgrunn fra metadonprosjektet. Det ble opplevd som uforståelig fordi informantene erfarte symptomene som så sterke at de ikke kunne takles uten medikamenter. De opplevde det videre som dypt urettferdig fordi andre ("vanlige" pasienter) blir tilbudt medikamenter som en selvfølgelig del av behandlingen av psykiske lidelser.

*"...metadonet har tatt bort den der knuten i brystet, det der suget etter heroin, men det tar jo ikke bort nervene... Når det blir for mye nerver, er det lett å ty til det du vet hjelper, som er nærmest, og det er rus for meg."*

En konsekvens av at disse informantene ikke ble tilbudt medikamenter, var at de skaffet seg disse på egen hånd ved å handle på det illegale markedet. På denne måten ble kontakten med det gamle rusmiljøet, som de egentlig ønsket å holde avstand til, opprettholdt.

## **Somatisk helse**

Informantene snakket mindre om somatiske helseplager enn ventet. I kontrast til den lave forekomst av slike beretninger, var innholdet i historiene preget av store somatiske belastninger som under- og feilernæring, slitasje på kropp og fravær av pleie ved sykdom. Informantene fortalte at kroppen var utslitt og tålte mindre enn før, og at avrusing ble hardere og hardere for hver gang. Flere informanter var bekymret over at de visste så lite om hvor skadede kroppene deres egentlig var av rusmisbruket, og lurte også på hva metadon ville gjøre med kroppen deres ved langvarig bruk. Noen fortalte om dårlige erfaringer med lege og helsevesen som gjorde at de kviet seg for å oppsøke lege og få svar på spørsmålene sine.

*”Det er så mye jeg lurer på rundt metadonbruket mitt og det at jeg har hepatitt og om jeg kan få barn senere og alt sånn... Men jeg tør ikke gå til lege, føler ikke at dem vil ha noe med sånne som meg å gjøre. Det har dem demonstrert før. Jeg har ikke prevensjon heller, fordi jeg ikke tør spørre.”*

## **Nære relasjoner**

Informantene fortalte at relasjoner til mennesker rundt dem hadde endret seg etter oppstart med metadon. For de fleste innebar dette at etablering og opprettholdelse av relasjoner var mulig, og at disse i større grad enn tidligere kunne være preget av likeverd og stabilitet.

*”Ja, metadonbehandlingen har helt klart hatt betydning for kontakten jeg har med andre. Det er lettere... Med metadon er det lettere å bli stabil, og da er det lettere å holde avtaler, og jeg opplever at folk vil ha meg med på ting. Jeg er plutselig litt sånn attraktiv... jeg merker at jeg har noe å gi i mellommenneskelige relasjoner.”*

## **Familien (n=18)**

Informantene hadde hatt ulik type og mengde kontakt med familien sin under rusmisbruket. Noen hadde hatt regelmessig, nær og støttende kontakt med familien også mens de ruset seg, andre hadde hatt lite eller ingen kontakt. Mange informanter hadde opplevd en endring i relasjonen til familien etter oppstart med metadon. Dette gjaldt både hvor mye kontakt de hadde, og kvaliteten på kontakten. Informantene fortalte at familien delte denne opplevelsen. Innholdet i relasjonen var forandret fordi både informantene selv og familien opplevde at informanten var mer tilstede enn tidligere, var "klar i toppen" og "våken". Informantene beskrev seg selv som sosialt og emosjonelt tilgjengelige og deltagende.

*"Da jeg møtte broren min etter at jeg hadde begynt på metadon, hadde han tårer i øynene, han var så rørt. Og da jeg så det begynte jeg å grine også... så da sto vi der og grein begge to da. Også tok han rundt meg og ga meg en klem. Det er den første klemmen han har gitt meg i voksen alder. Eller den første klemmen han har gitt meg som jeg kan huske i det hele tatt, egentlig. Det var en stor dag for meg. Forholdet vårt ble helt forandra."*

De fortalte at endringen i relasjonene hadde blitt mulig fordi de ikke lenger var opptatt av hvordan neste dose skulle skaffes.

#### Egne barn (n=8)

De av informantene som var foreldre hadde fått mer kontakt med barna sine. En hadde fått tilbake omsorgen for barnet sitt, andre hadde fått mer stabile samværsordninger eller etablert kontakt på nytt. De opplevde at metadonbehandlingen var et vendepunkt i forholdet til egne barn. Dette skyldtes først og fremst at de var blitt "stabile" slik at de holdt avtaler og slik klarte å gjennomføre samtaler og samvær. De hadde videre en mer ordnet økonomi, et sted å være sammen med barnet, og kunne tilby barnet sitt rusfritt samvær. Noen la vekt på at det var viktig å ta et skritt av gangen, både for egen skyld og av hensyn til barnet. Flere var engstelige for at de ikke skulle mestre foreldrerollen, for reaksjoner fra barnet på tidligere rusliv og for egne reaksjoner på mors/farsrollen.

*"Jeg har ikke sett sønnen min på mange, mange år. Jeg er helt i startgropa på det. Det er veldig spennende, sårt og spennende, det er alt, alle slags følelser kommer. Det er sårt, det er vondt, fordi jeg har valgt ruslivet i stedet for å ta meg av kona mi og guttungen min, det er tøft å tenke på. Jeg har sveket dem."*

Noen informanter fortalte om skyld- og skamfølelse, apati og sorg fordi de ikke hadde fulgt opp barna sine, andre bagatelliserte eget ruslivs konsekvenser for barnet.

#### Kjæreste (n=8)

Halvparten av informantene var etablert i parforhold, og flere hadde en partner som også brukte metadon. For de som hadde startet forholdet før metadonbehandlingen, var det en utfordring å bli kjent med hverandre på nytt, som rusfrie, og finne ut hvordan de skulle leve

sammen som nyktre. De fortalte at det å ha en kjæreste var en viktig støtte. En informant hadde en kjæreste hun ikke turde å fortelle om metadonbehandlingen til. Hun hadde fortalt om tidligere rusmisbruk, men turde ikke fortelle om metadonet fordi hun tenkte han ville synes metadon var verre enn heroin.

#### Flere nære (n=16)

Informantene fortalte om savn etter flere nære relasjoner. De manglet venner de kunne hente støtte fra og være seg selv sammen med.

*"Jeg har et veldig lite nettverk, egentlig. Det er faktisk veldig, veldig viktig, for vi mennesker vi er jo flokkdyr. Vi greier ikke det å være aleine, i alle fall ikke jeg. Jeg trenger at noen bryr seg."*

Flere håpet de kunne få flere nære venner nå når de brukte metadon, fordi det ga tid og overskudd til å etablere og holde på vennskap.

*"Med metadon er det mulighet til, og tid og krefter til, å prioritere relasjonene til andre."*

#### Profesjonelle (n=8)

Flere informanter opplevde at ansatte i hjelpeapparatet var deres eneste eller viktigste relasjon, og opplevde at disse var de eneste som forstod deres historie og opplevelse. Det var trygt å ha kontakt med noen som forstod, og ha et sted å diskutere det som opptok dem. Samtidig kunne det også være vanskelig fordi det bekreftet en antagelse om at de var "annerledes" og ikke hadde "vanlige venner" eller familie som kunne støtte dem.

*"Jeg har behov for å ha de folka rundt meg, jeg trenger den støtta. Jeg har aldri hatt det før, jeg har vært rusmisbruker i atten år, da. Så jeg har ingen vanlige venner. Det er først nå at jeg har hatt noen som... ja, har levert urinprøve og hatt noen som har brydd seg. Hver gang jeg gjør noe gærnt så går jeg og sier i fra til kontakten min, det er et helt åpent forhold, det er veldig deilig."*

*"Jeg har ikke noe kontakt med familien min, bortsett fra sønnen min, og jeg har ikke så stort nettverk, så de jeg har er dem på X (rusinstitusjon), det er det eneste stedet"*

*hvor jeg kan ta opp sånne personlige ting og problemer i hverdagen... hvordan jeg skal mestre å være rusfri og... ja, alt det jeg er opptatt av og sliter med.”*

### **Andres holdninger og reaksjoner**

Informantene fortalte at andre mennesker reagerte på deres metadonbruk på ulike måter. Hvis tidligere rusmisbruk var kjent, ble metadonbehandlingen oppfattet som en forbedring av livssituasjonen. Informantene opplevde at andre anså bruk av metadon som bedre enn å leve i aktiv rus. Dette gjaldt ofte familie og gamle venner. For mennesker som ikke kjente til informantenes fortid, fungerte opplysningen om metadonbehandlingen som en direkte forbindelse til tidligere rusmisbruk. Når mennesker som ikke forventet å skulle forholde seg til en rusmisbruker fikk vite om metadonbruket, var reaksjonene ofte negative. Dette var mest vanlig i nye relasjoner, for eksempel på arbeidsplassen. Noen informanter fortalte at nyktre mennesker tenkte at informantene hadde forlatt de narkomanes rekke i det de begynte med metadon. De følte de ble sett på som rusfrie, og at andre synes de var flinke fordi de hadde greid å slutte å bruke sprøyter og heroin. Noen informanter fortalte at i deres omgangskrets ble ”narkomane” forbundet med heroin- og sprøytebruk, ikke med piller eller metadon. Disse informantene opplevde at overgangen til metadon ble satt pris på og førte til positive reaksjoner fra omgivelsene. De fleste informantene følte imidlertid at folk flest ikke skilte mellom rusmisbrukere og metadonbrukere. Dette førte til at de stadig opplevde å bli innhentet av fortiden som rusmisbruker gjennom andres reaksjoner. Informantene oppfattet at andre holdt fortiden som rusmisbruker som det fremste kjennetegnet på hvem de var. Historien som rusmisbruker ble derfor formende på nåtidens relasjoner til andre. Informantene opplevde at de måtte ”betale” mye for sitt tidligere liv, og at de derfor ikke fikk sjansen til å begynne på nytt. De fortalte at de følte de hadde mindre ”å gå på” enn andre, at de hadde mindre rom for å være uheldig, gjøre feil eller være annerledes på grunn av andres snare mistanke om rusing. Disse erfaringene kunne være forbundet med tanker om at de ikke var verdt å satse på, at ingen noen gang kom til å stole på dem fordi de ”bare” var narkomane, og at de aldri kom til å bli regnet som ”vanlige” og rusfrie. De opplevde at de ble ”tvunget ” inn i en posisjon der de måtte forklare og forsvare seg. Denne opplevelsen kunne være ledsaget av gråt, tristhet, fortvilelse og følelse av nyttesløshet.

*”Det har ikke vært så lett å snu opp ned på livet og leve på en ny måte, for jeg har ikke vært så flink, jeg har hatt en del sprekker og sånn. Men det er jo mye mindre enn før,*

*men det holder jo ikke... det skal jo være reine prøver da... Jeg er jo narkoman, og det veit dem jo. De vil alltid se på meg som narkoman, ikke stole på meg og sånn."*

*"Jeg føler at jeg må betale veldig mye for det livet jeg har levd. Jeg får aldri lov å begynne på nytt, men drar hele tiden med meg det jeg har vært. Er jeg trøtt på jobb en dag, så hvisker alle i krokene. Og det gjør meg så fortvilet. Jeg har ikke mulighet, liksom, for jeg har ikke noe å gå på slik som alle andre har. Og jeg trenger noe å gå på jeg også."*

Informantene opplevde at folk flest hadde lite kunnskap om metadonbehandling. Noen mennesker kunne for eksempel anta at metadon gjorde en ruset og regnet metadon som et rusmiddel. Andre kunne også tro at metadon ble inntatt med sprøyte. Dette ble opplevd som svært sårende fordi sprøyten ble assosiert med ruslivet. Slik mangel på kunnskap kunne gjelde både privatpersoner og ansatte i helsevesenet. Informantene fortalte om faktiske episoder der andre hadde satt likhetstegn mellom metadonbruk og rusmisbruk, eller der de ikke ble regnet som nyktre fordi de brukte metadon.

*"Læreren min på skolen... en ung dame... hun spurte meg hvor lenge jeg hadde vært nykter nå... og jeg svarte hvor lenge det var, og hun var så inponert og synes det var så lenge...og hun spurte meg om jeg ikke hadde brukt noe i det hele tatt på hele den tiden, og jeg svarte at det hadde jeg ikke. Og jeg var så stolt som kunne si det helt ærlig og se henne rett inn i øynene, også spør hun forundret da, men bruker ikke du metadon da? Og jeg måtte svare at jo, det gjør jeg jo. Og hun sier forundret at da er jeg jo ikke nykter. Så spør hun meg hvor mange sprøyter jeg setter om dagen. Hun blir så forundret når jeg sier at jeg ikke tar det i sprøyter... Nesten så det ser ut som hun ikke tror på det, altså."*

Informantene antok videre at disse holdninger var typiske blant rusfrie. Som følge av dette følte noen informanter seg tvunget til å holde metadonbruket hemmelig og til å leve inkognito. De følte at andre regnet dem som en "hardbarket" narkoman og en som var "gitt opp" fordi de mottok metadon. I stedet for å bli sett som et menneske med menneskelige følelser og tanker erfarte informantene å bli redusert til å "bare" være rusmisbruker og en "værsting". Informantene beskrev en lengsel etter å bli sett på som "menneskelige" og å bli



inkludert i et fellesskap. Denne opplevelsen var knyttet både til konkrete episoder og til en grunnleggende forståelse av hvordan andre opplevde dem.

*"Jeg tenke at fy faen de ser bare på meg som den verstingen. Og det er jeg jo også, i deres øyne. På papiret så er jeg jo det. I journalen min. Jeg tror folk tenker veldig enkelt om stoffmisbrukere, det de ikke tenker på er at jeg har akkurat de samme følelsene og behovene som alle mennesker har. Jeg har også lyst til å ha et sted å bo og pene klær, og bli likt og føle meg verdsatt for den jeg er, jeg har lyst til å treffe en gutt og bli forelsket og at han skal bli det i meg...jeg har lyst til å få barn og liksom...jeg har akkurat de samme drømmene og behovene som alle andre har, og det tror jeg generelt, at de vanlige menneskene, de greier ikke se bakenfor det at man er stoffmisbrukere og bruker metadon. De ser bare den narkomane. Det opplever jeg veldig... de ser ikke noe annet ved meg. Og det er vondt. Jeg blir ikke sett som menneske...jeg mister det menneskelige for dem, liksom".*

Informantene kunne oppfatte andres reaksjoner på deres rushistorie og bruk av metadon som "velmenende" men nedlatende. Hvis andre fortalte at de var imponerte over informantenes rusmestring, ble dette oppfattet som en falsk toleranse. Gjennom denne "anerkjennelsen" ble en opplevd avstand mellom de nyktre og metadonbrukerne bekreftet. Aksept kunne bli opplevd som overdrevet og som en bekreftelse på informantenes avvikerstatus.

*"Og når alle (arbeidskollegaene) fikk vite det, var det slik at alle ble så unaturlige, og skulle sympatisere med meg og fremheve at det ikke var noe vanskelig for dem...de tenkte ikke at det var noe galt med meg, de, liksom...Og hvis de kjente noen som var litt uttpå skulle de fortelle det til meg, og sånn...Men det er akkurat det som blir så ekkelt. Når alle skal demonstrere hvor tolerante de er, ikke sant. Det virker jo helt motsatt. Det blir jo bare en demonstrasjon av at jeg er en...at jeg er en narkoman som de skal vise hvor greie de er med."*

En informant hadde vært på frivillig nedtrapping av metadon da hun var gravid. Hun opplevde at sykepleierne på sykehuset antok at hun måtte trappe ned for å beholde barnet. De visste ikke at metadon var lovlig og at nedtrappingen var frivillig. Hun opplevde det som skremmende at helsepersonell hadde så lite kunnskap.

## **Strategier**

Informanter fortalte at de forholdt seg til andres reaksjoner på ulike måter, og at det kunne lede til ulike strategier. Tre slike strategier ble identifisert.

### Testing (n =11)

Informantene fortalte at de hadde utviklet strategier for å teste ut andres holdninger til metadon. De sjekket ut andres oppfatninger før de bestemte seg for om de skulle fortelle dem om metadonet. De opplevde at det var nødvendig alltid å ha "noen følere ute" for å avdekke holdninger og fordommer knyttet til rusmisbruk og metadonbehandling. Informantene foretok så kostnad/nytte vurderinger i forhold til om de skulle fortelle om metadonbruk og egen historie. Det ble opplevd som belastende og energikrevende å kontinuerlig være på vakt og "føle seg fram" til andres holdninger.

### Tilbakeholdelse (n =14)

Informantene fortalte om negative erfaringer med å fortelle om metadonbehandlingen, disse erfaringene kunne være at de følte de ble sett på som "rare", annerledes eller stemplet som rusmisbrukere.

*"... for hvis jeg forteller det med engang, får jeg det narkoman-stempelet på meg."*

*"Det er en ting som er vanskelig det der... om jeg skal si det eller ikke. Jeg vil at folk liksom skal bli kjent med meg først, som meg, liksom, ikke som narkoman. Men dem kan jo føle seg lurt og, da, om det går lang tid før jeg sier noe, da. Så det blir litt fortvilet det der, for det blir feil samme hva jeg velger, liksom."*

Konsekvensen av slike erfaringer kunne være at de valgte å ikke fortelle i tilsvarende situasjoner. Informantene opplevde at det ikke "lønnte seg" å fortelle, og at det var bedre å holde tett. Informantene fortalte også om episoder der andre mennesker hadde sagt at informantene ikke trengte å fortelle om metadonbehandlingen til andre. Dette kunne for eksempel være sjefen på arbeidsplassen som sa at de ikke behøvde å fortelle andre ansatte om metadonet. Informantene sa de tenkte dette var ment godt, og som hjelp, men at det også kunne oppfattes som en bekreftelse på at de var så "ille" at sannheten måtte holdes skjult, og som en tabuisering av metadonbehandlingen.

*"Hun sa at jeg ikke trengte å si noe om at jeg bruker metadon til de andre. Hun tenkte vel sånn at det er vanskelig for meg å si det da, ville sikkert være grei. Men det viser bare at hun ser på meg som annerledes, og at det er noe med meg som er så ille at det ikke kan sies på en måte... Jeg tenkte ikke på det da hun sa det, men det er jo sånn det er da, det er sånn, folk tenker sånn, jeg er vant til det og... det er liksom siste sort det der å være narkoman og det at jeg går på metadon lenker meg jo på en måte fast til det da."*

#### Åpenhet (n=12)

Mange informantene fortalte om positive erfaringer med å fortelle andre om metadonbehandlingen. Flere fortalte at det ofte hadde gått mye bedre enn de hadde fryktet på forhånd. De opplevde at positive reaksjoner var avhengige av at metadonbehandlingen ble sammenlignet med aktivt rusmisbruk. Metadonbehandling ble da vurdert som en positiv mestring av tidligere rusmisbruk. De opplevde å bli møtt med vennlighet og respekt, og fortalte at dette var sterke opplevelser fordi det sto i så sterk kontrast til den mangel på respekt de ble møtt med under aktiv rus.

*"Nå blir jeg sett på som et menneske, det er så riktig, sånn har det aldri vært før."*

#### **Gruppetilhørighet**

Informantene fortalte at de kunne føle tilhørighet til tre ulike grupperinger. De tre var "rusmisbrukerne", "de nyktre" og "metadonbrukerne". Forholdet til rus var kjennetegnet som skilte gruppene tydeligst fra hverandre. Informantene forholdt seg til de tre gruppene på forskjellige måter.

#### Metadongruppa (n=15)

Metadongruppa ble av mange beskrevet som en gruppe i endring. Da metadonbehandling ble etablert i Norge tidlig på 90-tallet, hadde den bestått av få, svært belastede misbrukere som hadde vunnet en "trekning" om deltagelse i prøveprosjektet. Denne gruppa ble beskrevet som preget av samhold og vilje til å vise at metadonprosjektet hadde livets rett. Da prøveprosjektet var over og metadonbehandling ble etablert som permanent tiltak, ble metadongruppa endret fra å være en liten gruppe med samhold og felles mål, til å bli en stor, uoversiktlig og sprikende gruppe. De av informantene som hadde deltatt i prøveprosjektet, opplevde denne

endringen som tap av fellesskap og omsorg. De som hadde fått metadon seinere, fortalte om skuffelse over at metadonprosjektet ikke fungerte på den måten de hadde hatt forventninger om. Metadongruppa ble beskrevet som delt i to leire: de gamle "rusera", som hadde lang ruskarriere med tilhørende belastninger, og de yngre rusmisbrukerne, som hadde fått metadon etter nyere og mer liberale inntakskriterier.

Metadongruppa ble beskrevet som ei gruppe på utsiden av andre etablerte samfunnsgrupper, som en gruppe på siden av to mer etablerte grupper: rusmisbrukergruppa og de nyktre.

*"Jeg har tilhørighet utenfor samfunnet, i metadonbehandlninga. Jeg er ikke en del av "den grå massen", jeg er like ekstrem nå som da jeg rusa meg, det er bare det at jeg har en annen tilhørighet."*

Informantene ønsket å være som de andre, de nyktre. Noen opplevde det som umulig å bli som andre. Dette var ofte knyttet til prestasjonsutsagn som "at det kommer jeg aldri til å klare". Andre opplevde at en tilhørighet blant "de nyktre" var innen rekkevidde, og at de var på vei dit.

Man ble ikke automatisk regnet som typiske medlemmer av metadongruppa selv om man brukte metadon. Metadongruppa ble beskrevet som bestående av de som henter metadonet sitt på et metadonsenter, det vil si de som nylig har begynt med metadon, og de som ikke har levert rene urinprøver. Gruppa ble av noen informanter definert negativt ved at den ble oppfattet som bestående av dem det gikk "dårlig" med. De ble regnet som medlemmer av "miljøet" (rusmiljøet). De ble derfor representanter for det de måtte holde avstand fra for å holde seg rusfri.

*"Jeg har kontakt med andre metadonbrukere, men jeg vil helst ta kontakt med andre som ikke bruker metadon. Jeg vil bort fra det miljøet."*

Mange var redde for å begynne å ruse seg og bli del av "miljøet" igjen ved å delta i metadongruppa, fordi den ble opplevd som forbindelse til ruslivet. Om man skulle ha kontakt med rusmisbrukere og andre metadonbrukere eller ikke, ble beskrevet som et dilemma. På den ene siden ble aktive rusmisbrukere og andre metadonbrukere sett på som grupper informantene identifiserte seg med og ville vise solidaritet. På den andre side ble det opplevd

som livsfarlig å opprettholde kontakten med disse gruppene fordi de representerte rusen og det livet en ønsket å forlate. Dette ble opplevd som en høy pris å betale for et rusfritt liv, fordi disse utgjorde majoriteten av nettverket for de fleste, og fordi det kunne bli opplevd som å fornekte egen historie eller ikke å ville vedkjenne seg et slags fellesskap med andre med samme livshistorie som en selv. Det ble beskrevet sorg og tristhet over dette.

*"Det er egentlig jævlig at jeg ikke kan omgås folk som går på metadon, for egentlig er jo jeg en av dem, jeg og... grunnen til at vi går på metadon er jo den samme, og noen kjenner jeg kanskje godt fra rusmiljøet også... Men jeg vet at jeg ikke kan omgås dem, jeg tør ikke, det er jo noe alle vet er farlig, jeg kan ikke risikere det."*

#### Rusmisbrukergruppa (n=15)

Mange informanter fortalte om sterk tilhørighet til rusmisbrukergruppa. Tilhørigheten ble direkte beskrevet ved at rusmisbrukeridentiteten ble brukt som et kjennetegn ved dem selv, og indirekte, som nevnt, ved at "vi" refererte til rusmisbrukere. Noen informanter beskrev et skille mellom aktive rusmisbrukere og tidligere rusmisbrukere. Skillet var flytende, og både rusmisbrukere og metadonbrukere kunne pendle mellom de to gruppene.

*"Kommer jeg noen gang til å bli som deg, liksom? Vil jeg alltid være en narkoman? Vil det alltid stå narkoman i panna mi? Kommer jeg alltid til å gå med en tatovering som jeg aldri kan få bort? Sjøl om jeg ikke ruser meg."*

Noen informanter opplevde at aktive rusmisbrukere diskvalifiserte dem fra fellesskapet i rusmisbrukergruppa. Det var forbundet med overraskelse, tristhet og sinne å oppleve at "deres egne" var skeptiske og hadde fordommer mot metadon.

#### Nyktergruppa (n=14)

Informantene ønsket å delta i "den nyktre verden" og bli en av "de nyktre". Dette innebar, foruten rusfrihet, deltagelse i hverdagslige aktiviteter, som å gå i butikken, spise regelmessig, betale regningene sine, ta bussen osv. Å være blant "de nyktre" ble forbundet med å leve et regelmessig, "vanlig" liv. Noen informanter følte at de på mange måter nærmet seg deltagelse blant de nyktre.

*"Jeg føler at jeg gjør normale ting som vanlige folk gjør, tar trikken og går på butikken og sånn. Det er deilig, det er avslappende. Jeg trenger ikke å snu meg hele tiden eller se meg over skulderen lenger, alt kan skje når som helst når du er rusmisbruker. Du lever med en enorm spenning i kroppen hele tiden. Det er en slags angst der, som er der, bare er der hele tiden. Den har jeg kommet vekk fra, jeg kan liksom senke skuldrene og slappe av nå."*

Andre informanter fortalte at de hadde avstand til ruslivet, men følte ikke tilhørighet i en annen gruppe. Livet nå ble beskrevet i kontrast til det tidligere fornødelige ruslivet, men de følte ikke deltagelse i en nyktergruppe. Livet på metadon ble beskrevet mer som å gå fra noe, enn å komme til noe.

### Tilhørighet

Noen informantene opplevde at gruppene eksisterte, men at de selv verken tilhørte metadongruppa, rusmisbrukergruppa eller nyktergruppa. De følte seg i en verken-eller tilstand og opplevde mangel på tilhørighet.

*"... jeg er helt sikker på at det er et veldig skille, jeg er verken fugl eller fisk... det er helt klart et problem og ikke være det ene eller det andre."*

Grensene mellom gruppene kunne oppleves som markerte og skillende. Deltagelse i rusmisbrukergruppa ble umulig fordi de ikke regnet seg som aktiv rusmisbrukere lenger. De følte seg heller ikke inkludert i nyktergruppa fordi de ikke var helt "vanlige". Noen opplevde at det ikke eksisterte en etablert metadongruppe som kunne tilby fellesskap og gruppetilhørighet. Informantene kunne beskrive en tristhet og sårhet som følge av opplevelsen av manglende tilhørighet. Å være metadonbruker ga en opplevelse av å være uønsket annerledes.

*"Når jeg fortalte det (om metadonet) til de jeg studerte sammen med ... da følte jeg at de ble mer reservert. Noe ble annerledes da jeg måtte fortelle at jeg måtte hente metadonet hver morgen... så vi kunne ikke ha kollokvi gruppe så tidlig, og fra da av var jeg annerledes enn de andre... Det var vondt, jeg hadde så lyst til å være lik... Det er viktig å være lik... å ikke være annerledes."*

Disse opplevelsene kunne stå i stor kontrast til tidligere tilhørighet blant rusmisbrukerne. Manges forventninger om et sorgløst, rusfritt liv ble uventet erstattet av et ensomt liv. Tap av tilhørighet og fellesskap ble opplevd som en konsekvens av metadonbehandlingen.

Noen informanter fortalte at de var på vei mellom gruppene; fra rusmisbrukergruppa, via metadongruppa og til nyktergruppa. Metadongruppa fungerte som en mellomposisjon, der gammel historie og nye erfaringer ble forsøkt samlet, og de var i en prosess der de testet ut egen identitet og tilhørighet.

*"Vi er på vei, vi er i en fase midt i mellom... vi er midt i mellom, det blir jo det da, midt i mellom rusmisbrukere og nyktre personer."*

### **Døden**

Informantene fortalte at de hadde en spesiell nærhet til døden. De fortalte at de i en årrekke hadde levd med vissheten om at kun små marginer skilte liv fra død, om at hver injeksjon kunne ende med døden. En rekke faktorer bidro til dette, f.eks. manglende kontroll over varens renhet pga heroinens illegale status, kroppens varierende toleransegrense avhengig av dagsform og mengde inntatt heroin den siste tiden, og blanding av heroin og medikamenter (benzodiazepiner). Alle hadde overlevd overdoser. En informant mente å ha blitt vekket av overdoseteamet "mer enn 100 ganger". I tillegg hadde han hatt tallrike overdoser der venner fra miljøet reddet ham. En annen informant sa "jeg har møtt døden flere ganger enn en begravelsesagent". Døden var dagligdags og synlig for informantene.

### Ikke redd for døden (n=13)

Mange av informantene fortalte at i tiden med aktivt rusmisbruk hadde frykten for å sette en overdose vært mindre enn redselen for at dosen skulle være utilstrekkelig.

*"Jeg har hatt så mange overdoser at jeg for lengst har kommet ut av tellinga. Det kommer til et punkt, vet du, der en er mye mer redd for å ikke sette nok enn for å dø."*

Flere ga uttrykk for at de var blitt så fortrolige med døden at de ikke lenger fryktet den. Noen hadde også tenkt på døden som en befriende mulighet. Selvmordstanker kunne representere en trøst, og fraværet av frykt for døden kunne øke faren for selvmordsforsøk. Flere informanter hadde en eller flere ganger tidligere forsøkt å ta sitt eget liv. Andre hadde vært mer

ambivalente og hadde spilt en slags russisk rulett ved å sette heroin uten å ha kontroll på dosen.

#### Døde venner (n=18)

Informantene fortalte om kjærester, søsken og venner som var døde. Alle hadde mistet mange nære, og flere hadde opplevd å være sammen med dem da de døde. De fortalte om fortvilelse og sinne ved mislykkede gjenopplivningsforsøk, og skyldfølelse for ikke å ha reddet liv. Flere fortalte at de var en av få overlevende fra den vennegjengen de hadde startet ruskarrieren sammen med.

*”Det er fire venner fra gjengen der jeg vanka i alle år som er igjen, resten har daua. Etter at broren min daua, har det gått slag i slag. Jeg føler at de bare forsvinner, dør som fluer, liksom. Folk som er like gamle som meg og sånn.”*

#### Liv på overtid (n=18)

Informantene kunne kjenne seg gamle og ha følelsen av å være heldige som hadde overlevd. En sa han følte han ”levde på overtid”. Mange hadde overlevd sine jevnaldrende i miljøet, og tenkte de var blitt eldre enn de kunne regne med, tatt i betraktning det livet de hadde levd. Informanter fortalte at de hadde regnet med å dø av rusmisbruket sitt, og at de først etter å ha fått metadon trodde på muligheten for å overleve.

*”Jeg har egentlig blitt gammel jeg, som misbruker. Jeg er ikke gammel i forhold til ditt nyktre liv og resten av Norges befolkning, men i forhold til mitt liv som misbruker er jeg kjempegammel. Jeg kunne jo veldig godt vært død, jeg lever statistisk sett på overtid.”*

#### Redsel for å dø (n=3)

Noen informanter fortalte om redsel for å dø. De hadde prøvd å ta ulike forholdsregler for å redusere faren for overdose, f.eks. forsøkt å unngå å injisere alene, og ikke sette store doser selv om dette betydde at de måtte injisere flere ganger. Andre sikkerhetstiltak kunne være å ikke kjøpe stoff av fremmede eller folk de var usikre på, og ikke blande piller i heroinet.

#### Død uten metadon? (n=6)



Flere informanter trodde at kontakter på sosialkontor og i behandlingsapparatet forøvrig ikke trodde informantene ville overlevd uten metadon. En informant fortalte at sosialkuratoren hans hadde uttrykt overraskelse over at informanten ikke døde i metadonkøen.

*”De på sosialkontoret sa til meg :”Å, så fint at du fikk metadon, vi trodde du kom til å være død før du fikk begynne”, da ble jeg så jævlig kvalm.”*

### **Behov for mer enn metadon**

Rusmisbruket ble beskrevet som en sammensatt og kompleks problematikk.

Metadonbehandlingen hadde redusert trangen til å ruse seg, og bidro således til at selve avhengighetsproblemet ble lettere å mestre. Videre ga informantene uttrykk for at de først etter at de fikk metadon følte seg i stand til å bruke det de hadde lært i tidligere behandling. Tidligere hadde rustrangen og bruken av rusmiddel bidratt til å undergrave muligheten for å kunne nyttiggjøre seg tidligere behandling.

*”Jeg har tidligere gått masse i psykoterapi og i behandling, det har gitt meg den viktigste endringen sånn personlig. Men det er først nå når jeg har metadon at jeg greier å leve rusfritt og får brukt det jeg har lært.”*

Selv om noen ga uttrykk for at de nå kunne trekke veksler på det de hadde lært tidligere, var det åpenbart at metadon alene ikke var tilstrekkelig for at de skulle kunne makte et liv uten rus i fremtiden. Det er tydelig at informantene ikke visste hvem som var ansvarlig for å hjelpe dem med den psykososiale delen av rehabiliteringen, mange informanter visste ikke hvor de skulle henvende seg for å få den hjelpen de trengte, og flere trodde metadonsenteret hadde alt ansvar alene. Informantene fremhevet ni behov og problemområder:

### Sosialisering (n=17)

Informantene hadde begynt å ruse seg tidlig, noe som bidro til en mangelfull sosialiseringsspross. De kjente seg preget av den subkulturen de hadde levd i. Den erfaring de hadde opparbeidet seg gjennom et liv som rusbrukere, var dårlig egnet som ballast når de skulle møte utfordringer utenfor sitt vante miljø. De var usikre på rolleforventninger, normer og regler, verdier og dagligdagse ferdigheter. Informantene følte at de trengte en opplæring som kunne fungere som en slags erstatning for tapt sosialisering.

*”Jeg trenger hjelp med språkbruk, oppførsel osv, slik at jeg kan bli integrert i samfunnet. Jeg sliter med mangel på kunnskap ,jeg er en slags sosiopat. Det er så vanskelig å leve, jeg vet ikke hvordan vanlige menneskers hverdag skal være.”*

*”Dem glemmer at jeg begynte alt som ni-åring, jeg. Jeg har kanskje vært nykter i til sammen tre år siden den gangen, og da har det vært på institusjon eller i buret. Jeg har tenkt at uten rusen hadde jeg aldri overlevd alt det vonde som skjedde... Men så har det jo kostet også, for jeg lærte ikke de tingene jeg skulle, heller da. Alle de vanlige tinga, liksom.”*

Informantenes utdanning, arbeid og sosiale nettverk var marginal. Fordi de fleste hadde startet ruslivet i ung alder, manglet mange utdanning og hadde lite erfaring fra et vanlig arbeidsliv. Videre kunne de oppleve at de manglet kunnskap om hvordan hverdagen arter seg for folk flest, hvordan folk flest snakket sammen, og om hva. Samtlige informanter fortalte at de fant det vanskelig å etablere nye bekjenskaper utenfor det gamle miljøet. Ensomhet bidro til at noen søkte tilbake til det miljøet de tidligere hadde vært en del av.

#### Familie (n=12)

For de fleste hadde forholdet til familien blitt bedre etter at de begynte med metadon. Flere informanter uttrykte imidlertid behov for hjelp i forhold til sine nærmeste. Det kunne gjelde ting som å forklare hva metadon er, eller hjelp til å forklare familien at de fremdeles var i en rehabiliteringsprosess, og at alle problemer ikke var løst. Mange opplevde det som vanskelig å nærme seg sin familie igjen. Noen hadde vært utsatt for mishandling, seksuelt misbruk eller andre vonde erfaringer knyttet til oppveksten. Videre kunne det være vanskelig å reparere forholdet til familien fordi foreldre og søsken ikke ønsket eller evnet dette. Noen opplevde gjenforening med familien som urealsitisk. Andre ønsket dette, men opplevde at de ikke kunne klare det på egen hånd. Mange opplevde at et nettverk utenfor familien var en forutsetning for å komme videre i en utvikling mot større grad av integrering i samfunnet.

#### Psykologisk behandling (n=14)

Informantene opplevde også behov for behandling av psykiske vansker som angst, identitetsproblematikk, depresjon eller andre psykiske lidelser. Informantene ønsket hjelp til å

lære å skille ulike følelser fra hverandre, og til å gjenkjenne dem. De savnet også mestringsstrategier for å kunne tåle psykisk smerte uten å dempe den med rus. Dette ble opplevd som pinlig og slitsomt. Blant de som hadde fått et behandlingstilbud var det ulike oppfatninger om oppfølgingen var nyttig og tilstrekkelig. Noen følte de fikk den hjelpen de trengte, andre opplevde at de fikk nyttig hjelp, men at denne ikke var nok. Flere følte det var vanskelig å nyttiggjøre seg oppfølgingen fordi den ble for fragmentert og fordi det ble for mange personer og instanser å forholde seg til. For noen var det vanskelig å tåle den belastningen det var å gå i terapi uten å bruke beroligende medikamenter samtidig. De følte det som et håpløst valg å måtte velge enten metadonet eller den behandlingen de trengte for å greie å leve uten bedøvelse. Enkelte av informantene hadde ikke noe tilbud om behandling og visste heller ikke hvordan de skulle gå frem for å få et slikt tilbud.

### Eksistensielle utfordringer (n=7)

Informantene opplevde at de hadde liten trening i å forholde seg til eksistensielle utfordringer. De var usikre på om de kunne ta ansvar for seg selv og andre, og på hvilken måte de skulle gjøre dette. Det ble opplevd problematisk å forholde seg til valgsituasjoner og forankre disse i fremtidsplaner. De strevde med spørsmål som handlet om hvem de var, og hva som var viktig og meningsfullt for dem i deres nye liv.

*”Jeg grubler mye på sånne ting nå, på sånne litt eksistensielle ting, liksom. Det er noe som er blitt mye sterkere for meg nå enn det var da jeg var på kjøret, da var det ikke tid til å tenke så mye på sånne ting.”*

Noen tenkte mye på at de hadde valgt mye feil i livet sitt, og var opptatt av å prøve å se sammenhenger og kanskje finne noen forklaringer.

*”Jeg har så mange sånne tanker om hvem er jeg nå, liksom. Og jeg har jo med meg alt jeg var før og, i tillegg, liksom, i tillegg til den jeg skal være nå. Og det er jo ikke akkurat bra ting jeg har med meg heller. Men jeg ber mye til Gud, og det hjelper, synes jeg. Noen netter går jeg ned i kappellet her og ber, da blir jeg litt befridd og roligere og får sove og sånn. Men det er mye sånne tanker som herjer meg, altså. Kan jeg være bra nok, liksom. Men det er godt å be, også hører jeg på en sånn religiøs tv-kanal.”*

Flere informanter fortalte at tilbakeblikk på livene de hadde levd avstedkom selvforakt. De var opptatt av hvordan de kunne få hjelp til å forholde seg til dette videre i livet.

#### Økonomi (14)

Mange av informantene hadde en uoversiktlig økonomi, ofte med gammel gjeld som skulle ordnes opp i. Flere fortalte også at de ikke hadde trening i å disponere penger. Det kjentes håpløst å ha en stor gjeld å slite med, vite at de økonomiske utsiktene mest sannsynlig var trygd eller et lavtlønnet arbeide samtidig som de var uetablerte og ikke eide særlig mye av verdi.

*”Jeg trenger å lære dette med penger og økonomi. Nå blir jeg bare redd av det, og det er nedverdiggende å ikke skjønne sånne ting selv når man er voksen.”*

#### Botrening (n=7)

Noen informanter sa at de manglet botrening. Flere hadde aldri tidligere bodd for seg selv, og opplevde det som en stor utfordring å takle praktiske gjøremål, stillhet og ensomhet som fulgte med å bo alene. Noen hadde startet med å bo en periode i et døgnbetjent hybelhus, og fikk slik muligheten til å øve seg på å bo for seg selv samtidig som det var personale tilstede om de trengte hjelp eller noen å snakke med. For disse var målet å flytte ut i egen leilighet etter en tid.

#### Meningsfylt virke (n=8)

Mange av informantene fortalte at det var en utfordring å finne meningsfulle ting å bruke tiden på. Da de ruset seg hadde hele døgnet bestått av rusrelaterte aktiviteter. Nå opplevde de å ha ”et hav av tid” uten å ha noe å fylle denne tiden med. De ønsket hjelp til å finne meningsfulle aktiviteter. For mange handlet dette om å finne ut hvor og hvordan de kunne få innpass i nye rusfrie miljøer, og hang dermed nøye sammen med deres behov for læring av sosiale ferdigheter.

*”En narkoman som slutter, han må ha noe annet. De skjønner ikke at når man har henta seg safta si... at da oppdager man at man plutselig får masse fritid, og hva skal man gjøre med den? Jeg har vært narkoman i 25 år og snur meg rundt, og ser at jeg har jo pokker ta meg ikke en enesete nykter venn i det hele tatt. Og da er man ganske*

*ille ute å kjøre. Da har man ingen ting, ikke noe sosialt nettverk, ingen ting i det hele tatt. Og da kommer nervene da vet du.”*

*”Jeg føler meg som en pensjonist, ruskarrieren er over, og nå sitter jeg her, med diverse skavanker, et hav av tid og ingenting å gjøre.”*

#### Ønske om en alliert (n=7)

Flere påpekte at de manglet nære og fortrolige forhold til andre mennesker. Som en midlertidig erstatning uttrykte de et behov for en ”alliert” innenfor hjelpeapparatet. De ønsket en som kjente dem godt, som de kunne være ærlige ovenfor, som kunne være en samtale- og diskusjonspartner, som kunne gi ærlige tilbakemeldinger, og som de kunne stole på at ville være støttende og tale deres sak overfor andre instanser.

*”Metadon er en god utvei, men da må de ikke slippe oss. For det blir veldig fort en dårlig utvei hvis vi får metadonet og ingen er der. Vi har ingen selv enda, mange av oss...”*

#### Ønske om tid (n=14)

Informantene hadde ulike erfaringer forståelse fra omverdenen for at de var inne i en rehabiliteringsprosess som tok tid. Noen opplevde å få bruke den tiden de følte de trengte, andre følte seg presset og ikke respektert for behovet for å gå i sitt eget tempo. Flere fortalte at andres forventninger om at ”nå burde du da få til dette, nå har det gått så lang tid” gjorde dem redde og oppgitte, og kunne gi dem lyst til å gi opp.

*”Nå er jeg innmari redd for at dem ikke skal ha tålmodighet med meg, at dem skal tro jeg greier alt med en gang. For jeg veit jo fra før at det er så mye som jeg ikke kan, også er det de nervene oppi alt. Det tar tid å venne seg til et så annerledes liv for meg, men det går fremover og jeg tror jeg kan greie det om de bare gir meg tid.”*

## **OPPSUMMERING OG DISKUSJON**

Det foreligger en rekke undersøkelser av effekten av metadonbehandling. De aller fleste er gjennomført fra et tredjepersons perspektiv (behandler, helseadministrasjon, forsker og lignende) (Ball & Ross, 1991; Strain, Stitzer, Liebson & Bigelow, 1993). Svært få undersøkelser finnes der brukerne selv redegjør for sine personlige erfaringer med behandlingen. Vi har derfor valgt å identifisere, beskrive og kategorisere ulike tanker, følelser og erfaringer pasienten selv har knyttet til det å være i metadonbehandling. Resultatene viser mange sentrale tema og stor variasjon mellom pasienter på de ulike områdene. De viktigste tema metadonbrukerne omtaler kunne grupperes som årsaker til å søke metadonbehandling, livet med metadon, selvoppfatning, psykisk helse, relasjoner, gruppetilhørighet, døden og deres behov for mer behandling. I det følgende vil vi diskutere noen utvalgte funn knyttet til et opplevd skifte i livssituasjon. Andre tema kunne også vært drøftet, vi har valgt de områdene som informantene selv var mest opptatt av, og som vi vurderer som mest påtrengende i vårt materiale. Vi vil også komme inn på behandlingsmessige og politiske implikasjoner vi mener dette har.

### **Lettvint løsning?**

I den norske metadondebatten er det ofte blitt hevdet at metadonbehandling representerer en resignasjon i forhold til ambisjonen om et narkotikafritt samfunn (Andenæs, 1994). Videre er det blitt uttrykt en bekymring for at behandlingen skal fungere som en "lettvint løsning" (Skretting, 1997). Resultatene i denne undersøkelsen tyder på det motsatte. Valget om å søke metadonbehandling var et resultat av en lang prosess for samtlige av våre informanter. Metadonbehandling ble først aktuelt etter at medikamentfrie alternativer var prøvd ut og kroppen vurdert som utslitt. Metadon ble ansett som "siste utvei" og "statsdop", og flere uttrykte at det var et stort nederlag for dem den dagen de innså at de ikke ville greie å bli rusfrie uten hjelp av medikamenter. Dette samsvarer med en undersøkelse som fant at rusavhengige ser på metadonbrukere som "tapere" og "dope fiends" (Hunt, Lipton, Goldsmith, Strung og Spunt, 1985).

### **Endret livssituasjon**

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at pasientene opplever at metadonbehandling innebærer et skifte i egen livssituasjon. Livet med metadon innebærer redusert rusmisbruk, kriminalitet og prostitusjon, økt sysselsetting i skole eller arbeid, og en generelt bedret livskvalitet. Dette samsvarer med Erviks (1997) og Frantzsens (2001) funn fra Norge og med internasjonale funn (Eklund, Melin, Hiltunen & Borg, 1994; Reno & Aiken, 1993).

Reduksjon i bruk av rusmidler og av rusmisbrukets tilleggsbelastninger er i seg selv en betydningsfull dreining mot et bedre liv for informantene. Videre viser resultatene at metadonbehandlingen innebærer et skifte i den enkeltes selvoppfatning, tidsperspektiv og i forhold til deres relasjoner til andre mennesker. Overgangen fra rusmisbruk til en ny tilværelse innebærer også store problemer i et eksistensielt og sosialt perspektiv. Ensomhet, stigmatisering, en følelse av å være i et sosialt tomrom mellom rusmiljøet og "de nyktre", og tabuisering av livserfaringer ser ut til å være de største utfordringene.

### **Tid**

Resultatene viser at informantenes tidsperspektiv er endret. Med metadonbehandling er det blitt mulig for informantene å forestille seg og planlegge en framtid. Erkjennelsen av at dager og år ligger foran er ny og utfordrende for mange av informantene. For noen av dem fortøner det seg som skremmende og uoversiktlig, andre har konkrete planer eller drømmer om bolig, sysselsetting og familieliv som endelig kan bli realisert. Dette står i kontrast til det tidsperspektiv rusavhengige viser. Thomassen (1993) fant i en kultursosiologisk analyse av narkotikamiljøer i Oslo at medlemmene i disse miljøene måtte unngå å se framover fordi

problemerne ved selve livssituasjonen ville oppleves overveldende. Fortiden ble det viktige. Etablering av relasjoner og posisjoner var knyttet til fortid, mens nåtiden bekreftet og repeterte fortiden. Han mener at denne akkumuleringen av fortid legger grunnlaget for en ny type kulturell kompetanse. Gjennom å ha erfart mest, hevder han, tilegner man seg kunnskap og erfaring som gir prestisjeposisjon innen subkulturen (Thomassen, 1993, s.98). De mange dødsfallene i miljøene forsterker antagelig ytterligere mangelen på tro på framtid og framtidsplanlegging. Overgangen til metadonbehandling har medført et tap av sosial kompetanse og posisjon fordi rusmiljøets tidsperspektiv ikke lenger er gyldig.

Hylland -Eriksen (2001) skiller mellom "kvalitetstid" og "dårlig" tid. "Kvalitetstid" skiller seg fra "dårlig" tid ved at den forutsetter et innhold. Resultatene viser at brukerne opplever at de har mye tid, men lite å fylle den med. De har nok tid, men den er ikke god fordi den mangler meningsfullt innhold. Christie & Bruun (1985) fremhever at skillet mellom fritid og arbeidstid er viktig. Dette fordi fritid får sin verdi i kontrast til arbeidstid. Den som er utestengt fra arbeidslivet mister ikke bare fellesskap, selvfølelse knyttet til å tjene egne penger og tilfredsstillelsen ved å utføre et stykke arbeide. De mister også muligheten for opplevelsen av verdifull fritid. Informantene opplever å ha mye tid, men beskriver tiden sin som "dårlig" tid fordi den mangler meningsfullt innhold. Mye tid, som i tillegg oppleves som meningsløs, gir videre rom for grubling over eksistensielle spørsmål og opplevelser av å være isolert, ensom og alene. Flere av informantene karakteriserer seg selv som pensjonister fordi livet med metadon innebærer å ha avsluttet yrkeskarrieren (ruskarrieren), være uten daglig beskjeftigelse, ensom og med helseplager. Resultatene viser at det oppleves nødvendig å gjøre mye tid til god tid.

### **Stigmatisering**

Undersøkelsen viser at stigmatisering oppleves som et stort problem blant våre informanter. Informantene føler de blir tillagt egenskaper de ikke opplever å ha (eller som hørte ruslivet til), og at mer allmennmenneskelige egenskaper og følelser blir oversett. De gir uttrykk for sinne, fortvilelse og resignasjon over å ikke bli sett som mennesker med tanker, følelser og drømmer, men kun som rusavhengige. De føler de bli redusert til sitt stigma. Dersom ikke-stigmatiserte møter dem med aksept kan de tvile på andres hensikter og få fantasier om at de blir møtt med overbærenhet eller en "falsk aksept" på grunn av sitt stigma og de kan tvile på hva andre egentlig mener om dem. Våre informantene kan videre føle at de må være flinkere enn andre for å bli akseptert som likeverdige, for eksempel i en arbeidssituasjon. Flere skjuler



at de mottar metadonbehandling for venner, kolleger, kjæreste eller nærmeste familie. Hemmeligholdelsen krever tid, oppfinnsomhet og planlegging, og avstedkommer ofte sosiale problemer de ellers kunne unngått. Dette bidrar til å vanskeliggjøre rehabiliteringsprosessen; de kan ikke gå inn i konvensjonelle roller som kjæreste, arbeidstaker og venn uten redsel for å bli avslørt. Slik blir hemmeligholdelsen med og holder dem tilbake i sin gamle rusidentitet.

Teoretiske betraktninger knyttet til stigmatisering har vært anvendt innen sosiologi og sosialpsykologi for å forstå ulike grupper som er blitt ansett som avvikere i det "normale" samfunnet. Stigmatisering kan forstås som en prosess som starter med at en "merkelapp" knytter en person til negative og uønskede egenskaper, og skiller denne personen fra "folk flest". Stigmaet bygger på egenskapenes forhold til normative konstruksjoner og stereotypier, snarere enn på egenskapene i seg selv (Wrightsmann, 1977). Stigmatisering medfører ofte avvisning og isolering. I sin klassiske studie av sosial stigmatisering og identitet viser Goffman (1963) hvordan et stigma påvirker samhandlingen blant mennesker som utsettes for et stigmatiserende perspektiv, og mellom dem og mennesker som ikke er bærere av stigmaet. Denne påvirkningen kan innebære at rammen rundt kommunikasjonen og samhandlingen snevres inn til å dreie seg om stigmaet og således redusere betydningen av andre egenskaper. Goffman fremhever hvordan et individs atferd og opplevelse av seg selv preges av hvordan andre betegner han. Andre kan, med varierende grad av intensjonalitet, "tvinge" den som utsettes for stigmatisering til å spille rollen som blir lagt frem for dem. Stereotypiene kan således fungere som selvpoppfyllende profetier (Manstead & Hewstone, 1995).

Selv om vår undersøkelse er konsistent med tidligere konklusjoner om stigmatisering og bruk av metadon, varierer graden av å oppleve aksept noe. Det kan se ut som omgivelsenes referanseramme er avgjørende for hvorvidt bruken av metadon blir akseptert. Dersom det tidligere livet i aktiv rus blir lagt til grunn for vurderingen blir skiftet som følger med metadon applaudert, mens der et "normalt liv" (med arbeid eller skole) uten bruk av rusmidler er referanserammen blir bruk av metadon negativt vurdert. De opplever at kommunikasjonen og samhandlingen med andre snevres inn til å dreie seg om stigmaet. De kan føle seg fanget i sin sosiale rolle som avviker. Dette er beskrevet av Goffman (1963) når han fremhever hvordan andre kan, med varierende grad av intensjonalitet, "tvinge" den som utsettes for stigmatisering til å spille rollen som blir lagt fram for dem. Det er også varierende hvorvidt informantene opplever å bli regnet som rusfrie når de bruker metadon.

Det foreligger også litteratur på stigmatisering av metadonbrukere. I en amerikansk doktorgradsavhandling ble en gruppe metadonbrukere og en gruppe lærere bedt om å sette opp en liste over de gruppene i samfunnet de mente var mest stigmatiserte. Metadonbrukerne rangerte seg selv som den tredje mest stigmatiserte gruppen (etter heroinmisbrukere og kriminelle). Lærerne rangerte dem som nummer fem. Både lærerne og metadonbrukerne mente at metadonbrukerne var mer stigmatiserte enn både alkoholikere og uteliggere Willoch (2000). I en kritisk historisk gjennomgang av den offisielle amerikanske ruspolitikken samt hvordan media, fagbøker og tidsskrift har fremstilt metadonbehandling, konkluderer Joseph (1995) med at metadonbehandling er blitt betraktet som et moralsk og politisk anliggende snarere enn en faglig behandlingsform, og at stigmaet assosiert med heroinavhengighet har blitt overført til metadonbehandling. Hagmann (1994) deler dette synet og Murphy og Irwin (1992) fant at metadonbrukere ofte hemmeligholdt behandlingen de mottok. Joseph (1995) hevder at metadonbrukere bærer tre stigma; avviker, heroinist og metadonbruker. Så tidlig som i 1940 bemerket Lindesmith (1940) at heroinavhengige, såkalte "dope fiends" og "junkies", utgjorde en egen avvikergruppe, regnet som totalt depriverte personer fanget av et russug som produserte ondskapsfull, uintelligent og samvittighetsløs atferd. Miller (1974) utvidet så konseptet ved å introdusere en tredje kategori for å forklare det spesielle stigma assosiert med metadonbruk.

Informantene våre møter metadonstigmaet også i helsevesenet. De kan føle seg som "b-klienter" og opplever å bli sett på som rusmisbruker i aktiv rus ved sykehusopphold. Dette fører til at de kvier seg for å oppsøke lege eller helsestasjon, og taper dermed både behandling og ervervelse av kunnskap om egen helse. Fugelli (1990) hevder, i tråd med dette, at norsk helsetjeneste diskriminerer stigmatiserte pasientgrupper. Hagman (1994) mener at stigma knyttet til rusmisbrukeren, kombinert med den sosiale motstanden mot metadonbehandling og at metadonbehandling er blitt isolert fra helseomsorg for øvrig, har ført til nedlatende holdninger til pasienter som bruker metadon blant helsepersonell.

Resultatene i vår undersøkelse tyder på at også strenge inntakskriterier kan bidra til økt stigmatisering fordi reglene impliserer at metadonbrukere utgjør de rusavhengige samfunnet har gitt opp å rehabilitere på "vanlig" måte. Videre oppleves rutinene knyttet til henteordning, metadon-utdelingen (for eksempel at metadon må drikkes under oppsyn) og kontroll av mulig sidemisbruk (urinprøver) stigmatiserende fordi de bygger på en antagelse om at brukerne

besitter ”rusmisbrukerkjennetegn” som uærlighet og manipulasjon. Å bli kontrollert på denne måten oppleves krenkende, selv om informantene kan ha forståelse for de faglige og politiske vurderingene ordningen er tuftet på.

### **Sosial identitet**

Som det fremgår av ovennevnte er våre informanter i en situasjon som innebærer store utfordringer knyttet til identitet og tilhørighet. De er tidligere heroinmisbrukere og avvikere. Det kaster skygger over tilhørigheten til andre grupper og påvirker hvordan de selv og andre opplever dem i andre roller. Samtidig er en viktig målsetting i rehabiliteringen er at de skal oppleve tilhørighet til andre grupper og spille mer konvensjonelle roller i samfunnet. Metadonbrukerne er i et grenseland preget av at de ikke er helt ”straighte”, men heller ikke stoffmisbrukere - ikke helt avvikere, men heller ikke konvensjonelle. Våre informanter opplever at det er vanskelig å ”vaske av seg” rollen som heroinmisbruker. Dette kommer blant annet til syne i forvirringen rundt hvem de er, - de omtaler seg selv i et øyeblikk som ”ikke lenger rusmisbruker” og sier i neste øyeblikk ”jeg er jo narkoman”. Informantene har forlatt, eller ønsker å forlate, rusen og livet som rusavhengig. Likevel oppfattes rusmisbruket fremdeles som den sentrale, og ofte eneste, reelle tolkningsnøkkel for egen selvforståelse. Informantene opplever at forvirringen rundt egen identitet forsterkes ved at egen og andres oppfattelse av dem som sosiale personer ikke stemmer overens. Noen fortalte for eksempel at de definerer seg selv som nykter fordi de ikke er ruset, men at andre trekker dette i tvil fordi de ikke viser en ”nykter nok” livsstil. Informantenes kriterium for å være nykter (å ikke være ruset), og andres kriterium (å vise en nykter livsstil), er altså ulik. Informantene kan i slike situasjoner oppleve at andres definisjonsmakt er sterkere enn deres egen. Resultatet kan bli at de inkorporerer omgivelsenes oppfattelse av seg selv som sin egen, og at de dermed taper definisjonskampen om hvem de er og hva som er deres virkelighet. Informanter forteller også at de etter å ha levd som rusmavhengig hele sitt voksne liv kan mangle kunnskap om hvordan ”vanlige voksne mennesker” lever livene sine. De vet ikke hva som er forventet i forskjellige sosiale situasjoner, hva folk snakker om, hvordan de blir kjent med og omgås hverandre. En informant fortalte han følte han var kommet til en helt ny verden, til en sammenheng der han ikke kunne kodene og reglene, og at det er vanskelig å vite hvem han er i møte med alt dette nye og ukjente.

Å være bærer av et stigma kan være dypt truende for et menneskes selvbilde, og i følge Deaux og Ethier (1996) er stigmatiserte personer i en kontinuerlig prosess preget av forhandlinger

knyttet til sosial identitet. Sosial identitet kan forstås som ens oppfattelse av deltagelse i en sosial gruppe, og den emosjonelle verdsettelse av dette (Tajfel, 1981). Sosial identitet er de sider av en persons selvbilde som spilles ut i et sosialt fellesskap og som andre bekrefter, overser eller tar avstand fra. Den rusavhengiges hverdag består av et kompleks av handlinger, som alle er sentrert om ervervelse og inntak av rusmidler. Disse handlingene er innlært i sosiale sammenhenger, og kan derfor utvikle seg til en bestemt livsform.

Å være rusavhengig kan forstås som en måte å plassere seg selv i verden på som har dype meninger for den det gjelder (Henriksen & Sande, 1995). Et liv som rusavhengig kan gis mening gjennom "opprørsrollen", fellesskapet med andre rusavhengige, gruppens språk, symboler og ritualer. Rusmisbrukerens narkomani kan fungere som selve kjernen i hans fortelling om seg selv og viktige, om enn gale, valg han har gjort. For den rusavhengige er det å være rusavhengig en viktig og meningsfull sosial identitet med tilhørende livserfaringer.

Når den rusavhengige skal slutte å ruse seg må han eller hun gi opp sin sosiale identitet som "narkoman" og finne en ny. Kartlegging og forståelse av brukerens sosiale identitet er derfor nødvendig for vellykket behandling. Resultatene fra denne undersøkelsen tyder på at den enkeltes rushistorie er nøkkelen for å forstå informantenes sosiale identitet. Til tross for varierende avstand til ruslivet, er rushistorien og rusens konsekvenser integrert i egen identitet. Dette demonstreres gjennom måten de presenterer seg selv, i måten de karakteriserer eget tankemønster, i beskrivelsen av egen atferd og i beretningen om tilhørighet. Med påbegynt metadonbehandling er identiteten blitt diffus fordi rusmisbruket, selve kjernen i deres sosiale identitet, er borte. Deres gamle identitet og sosiale posisjon som "narkoman" eller "kriminell" er ikke lenger reell. Men hvem er de så? "When you give up junk, you give up a way of life", skriver Burroughs i boken *Junkie* så tidlig som i 1953 (s.125). Senere studier inneholder lignende beskrivelser (Agar, 1973). Spunt (1993) intervjuet metadonbrukere i New York og fant at vedvarende kriminalitet under metadonbehandling korrelerte med opprettholdelse av narkomanidentiteten. Avants (2000) fant at heroinmisbruk under metadonbehandling kunne predikeres av avhengighetsgrad før behandling og styrken på identitetsoppfatning som "avhengig".

### **Ensomhet**

Opplevelsen av å vær ensom er sentral for de aller fleste informantene i undersøkelsen. Informantene kjenner seg ensomme på mange måter. Noen er alene i sin egen bolig det meste

av tiden fordi de mangler venner, noe meningsfullt å fylle dagen med, eller på grunn av angstlidelser. Andre er sysselsatt på dagtid men er mest alene på arbeidsplass eller skole fordi de strever med å tørre å nærme seg andre mennesker eller fordi andre er skeptiske og holder avstand. Noen kjenner seg ensomme fordi de føler seg annerledes enn andre på grunn av fortiden som rusavhengig og sin spesielle livserfaring. Informantene har en felles opplevelse av at omgivelsene har vanskelig for virkelig å forstå deres spesielle, og ofte ekstreme, livshistorie og verdensanskuelse. Av undersøkelsen fremkommer det også at eksistensiell grubling og en erkjennelse av å være alene i verden er sentrale tema i metadonbrukernes liv. For mange informanter er dette som et nytt perspektiv i livet. Grunnleggende spørsmål knyttet til å leve og ha overlevd har blitt aktuelle, og i tilknytning til dette eksistensiell angst. Overgangen fra et tidkrevende rusmisbruk i sløvende heroinrus til et nyktert liv i hele dets bredde og dybde, har gitt tid og overskudd til å forholde seg til eksistensielle spørsmål. Informantene opplever at skiftet fra å være i rusverdenen til den nyktre verdenen har gjort det nødvendig å søke etter nye svar på spørsmål om livsmål, livsmening og livsverdier. De strever med å samle og formulere sine tanker om dette, og å gjenkjenne og håndtere tilhørende følelsesreaksjoner.

## **Død**

Å være heroinmisbruker innebærer forhøyet risiko for sykdommer og tidlig død (Rossow & Lauritzen, 1999). I Norge steg antall overdosedødsfall gjennom hele 1980 og 90-tallet. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at informantene har vært døden nær flere ganger i perioden med aktivt rusmisbruk. De har hatt overdoser, vært utsatt for vold, og har, eller har hatt, rusrelaterte sykdommer og infeksjoner. De forteller at en betydelig del av deres omgangskrets er døde som følge av rusmisbruk. Reaksjoner i kjølevannet av dette har i utstrakt grad blitt døyvet med rus. Sorg, sinne og dårlig samvittighet fordi de ikke klarte å redde andres liv, oppleves sterkere etter at heroinens bedøvende virkning er borte, og skal håndteres i tillegg til det nye livets andre utfordringer.

Statens rettsstoksikologiske institutt rapporterer at antallet overdoser der metadon er involvert er økende. I 2000 ble metadon påvist i 15 obduksjonssaker (Årsmelding fra Statens rettsstoksikologiske institutt, 2000). I løpet av 2000 og 2001 ble det funnet metadon i blodet på mellom 30 og 40 døde (Mørland, 2001). Det er ikke mulig å lese ut av statistikken hvor stor andel av disse som var legale mottagere av metadon, og hvor stor andel som hadde kjøpt metadon på det illegale markedet. Resultatene fra et av de få kontrollerte studiene om

metadon og overdoser viser at metadonbehandling åpenbart reduserer dødeligheten for heroinmisbrukere (Grönbladh & Gunne, 1989). Tall fra Norge viser det sammen. Dødligheten blant dem som deltok i det nasjonale forsøksprosjektet, Metadonprosjektet i Oslo (MiO), var halvert (2,4%) i forhold til dem som stod på venteliste (5,3%) (Ervik, 1997). I 2000 var 106 av de som stod på venteliste til metadonbehandling i Oslo med i et forsøksprosjekt der de mottok subutex i venteperioden. Ingen av disse døde (Waal et al., 2001). Parallelt med utvidelse av metadonbehandling i Oslo, har antall overdoser samme sted sluttet å stige, og i stedet gått noe ned. Overdosestatistikken for 2002 for Oslo viser en nedgang på 16 dødsfall i forhold til året før (KRIPOS 2002). Resultatene viser at informantene er svært klar over at metadon kan ha reddet livene deres.

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at flere har forsøkt, eller tenkt på, å ta sitt eget liv i tiden før de fikk metadonbehandling. Det antas at omkring 30% av opiatmisbrukerne har prøvd å ta sitt eget liv en eller flere ganger (Kökkevi, 1997). Lindberg og Ramstrøm (1997) fant at antall selvmord blant rusavhengige var 30 ganger høyere enn i befolkningen ellers. 40% av et utvalg metadonbrukere i en australsk undersøkelse rapporterer minst et selvmordsforsøk (Darke & Ross, 2001). Det har ikke vært mulig å finne dokumentasjon på forekomsten av suicid blant metadonbrukere i Norge. Internasjonale funn viser at suicid er en betydelig dødsårsak også blant metadonbrukere (Chatham, 1995). Samtlige av våre informanter tror ikke de ville levd i dag uten metadon. Nært knyttet til dette er frykten for å miste metadonet. Et flertall av informantene tror de vil dø dersom dette skjer. Informantene som ruser seg mens de mottar metadonbehandling opplever at de kjemper for et nytt liv med en stadig frykt for å miste metadonet. Eksklusjon fra metadonbehandlingen blir assosiert, ikke bare med tap av et verdig liv, men også med straff og død. Informantene antar at en stor del av de som blir ekskludert dør av overdose eller begår selvmord. I 2001 ble 53 pasienter i Oslo skrevet ut av metadonbehandlingen mot eget ønske (MARIO, 2002). Det finnes ingen rutiner for å følge med på hva som skjer med dem som blir ekskludert fra behandlingen. Det er grunn til bekymring over hva som skjer med den gruppen som ikke greier å oppfylle kravene som stilles for å motta metadonbehandling. Det anslås at denne gruppen utgjør ca. 20% av metadonbrukerne i Asker og Bærum (Rønning, 2000). Med dagens ordninger ekskluderes de som sliter mest fra behandlingen. Antall døde blant de som er ufrivillig ekskludert fra behandlingen er taushetsbelagt og dermed ikke tilgjengelig. Det er likevel enighet om at eksklusjon innebærer stor risiko for tidlig død (Ervik, 1997).

## **Psykiske lidelser**

Informantene i denne undersøkelsen opplever å ha til dels store psykiske problemer, som de strever med å hankses med, og som de ønsker hjelp med. Flere av informantene våre fortalte at de ikke føler de får den hjelpen de trenger i forhold til dette. Psykiske lidelser er utbredt blant rusavhengige (Hagen, 1997; Ravndal & Vaglum, 1992), og også blant metadonbrukere (Lauritzen et al., 1992). Forskning viser at metadonbrukere er mere motiverte og tilgjengelige for psykoterapi enn pasienter i aktivt rusmisbruk (Ward et al., 1992), og at bedring i psykopatologi kan oppstå etter oppstart på metadon (Musselman & Kell, 1995).

Behandling for psykiske lidelser har vært, og er, et forsømt område, både i metadonbehandling og i rusomsorgen generelt. Fordi rusmisbruket betraktes som den primære lidelse blir psykiske lidelser gitt liten eller ingen oppmerksomhet. Pasienter som har en alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med et alvorlig rusproblem blir lett kasteballer i behandlingsapparatet. De faller ofte utenfor både det psykiske helsevernet og rusbehandlingsinstitusjonene. Det er ingenting som tilsier at ikke metadonbrukere skal få behandling for sine psykiske lidelser på lik linje med alle andre.

Undersøkelsen vår viser at metadonbrukerne trenger et helhetlig behandlingsopplegg med behandling for både rusavhengighet og psykiske lidelser. Uten et integrert behandlingsopplegg vil den ene lidelsen forstyrre behandlingen av den andre.

Resultatene fra undersøkelsen viser også at en del bruker medikamenter parallelt med metadonbehandlingen, og at de betrakter dette som "selvmedisinering". De føler at deres behov for medisiner blir mistenkt for å være ønske om rus. Medikamentell behandling av psykiske lidelser er omstridt innen metadonbehandlingen, fordi det er forholdsvis vanlig blant rusavhengige å bruke medikamenter som rusmidler. Det kan verken utelukkes at medikamenter benyttes for rusens skyld, eller at de brukes for å dempe symptomer på reelle lidelser. Musselman og Kell (1995) hevder at heroinavhengige selvmedisinerer seg for preeksisterende psykopatologi.

## **Behov for mer enn metadon**

Metadonbehandling skal i Norge være rehabilitering assistert med stabiliserende legemiddel (Helse- og sosialdepartementet, 2000). Den raske veksten i antallet pasienter som mottar medikamentassistert behandling i Norge har ført til at det i mange tilfeller ikke er etablert nødvendige psykososiale tiltak (Skretting, 2001). Resultatene i denne undersøkelsen viser

tydelig at metadon i seg selv ikke oppleves som et tilstrekkelig rehabiliteringstiltak. Informantene forteller om udekkede behov for psykiatrisk eller psykologisk behandling og omfattende psykososiale og helsemessige tiltak. En informant beskriver overgangen fra rusmisbruk til metadonbruk på følgende måte: ”det er som å sleppe 5-åringer ut i verden og tro at de skal greie å passe seg selv... med en psykologtime i uka... Verden er så komplisert, så vanskelig å leve i, jeg vet ikke hvordan vanlige menneskers hverdag skal være. Jeg kan livet i en annen verden, jeg”.

Den delen av metadonbehandlingen som handler om medikamenter, metadon, doseringer, kontrollrutiner osv er grundig beskrevet mange steder (se f.eks. Strain, 1993; Scherbaum et al., 1996). Det er vanskeligere å finne beskrivelser av det øvrige innholdet i ulike metadonprogrammer, noe uttrykket ”The Black Box of Methadone Maintenance Treatment” tilsier. Det finnes lite forskning på dette, og rådgivningstjenestene varierer fra et program til et annet. En av grunnleggerne av behandlingsformen, Vincent P. Dole, uttrykker nøkterne forventninger til hva metadon i seg selv kan skape av endringer:

*”Metadon alene endrer lite i et ellers kaotisk liv. Vi har aldri sagt at metadon gir utdannelse til en person som har falt tidlig ut av skolen, verdighet til en person som ikke har selvrespekt, eller et sosialt nettverk til en person som har mistet alt. Slike problemer må behandles med andre metoder. Metadon forandrer ikke personligheten, men legger et fysiologisk grunnlag for rehabilitering. En riktig stabilisering på metadon tillater så å si personen å fungere som en normal person” (Rusmisbruk, 1994).*

Joe (1991) fant en indirekte sammenheng mellom negativt behandlingsresultat og udekkede behov av sosial, medisinsk eller psykologisk art. De undersøkelser som finnes, konkluderer med at metadon kombinert med god rådgivning, både kvantitativt og kvalitativt, har bedre resultater enn programmer der slike tjenester er dårlige (Ball & Ross, 1991; Joe et al, 1994). Med rådgivning menes samtale som berører forskjellige aspekter ved resosialisering av brukerne (Hagman, 1994). Det er lite som tilsier at stabiliserte brukere som fungerer normalt i arbeid og familie har samme behov for rådgivning som ikke rehabiliterte og mer ustabile brukere (Novick et al., 1994).



Resultatene i denne undersøkelsen viser stor variasjon mellom brukerne når det gjelder hva de ønsker hjelp i forhold til, og hvor omfattende denne bør være. Dette peker i retning av nødvendigheten av individuelle behandlingsopplegg, der ulike klienter har ulike behov og profiterer på forskjellige elementer i behandlingen. Sætherhaug (2002) har utarbeidet et forslag til hvilke ulike tiltak den enkelte pasient bør vurderes i forhold til for å sikre et godt individuelt tilpasset behandlingsopplegg.

## **ETISKE REFLEKSJONER**

Undersøkelsen vår viser at et hovedproblem for informantene er at de sliter med dårlig selvbilde, manglende kompetanse knyttet til mange viktige livsområder og en opplevelse av å være "annerledes". Parallelt med dette opplever de at samfunnet stigmatiserer dem og ser dem som "narkomane" og ikke som mennesker. Måten norsk narkotikapolitikk, og med dette også metadonpolitikken, har vært utformet på har vært med å danne bildet av "rusmisbrukerne" – både hos dem selv og i samfunnet for øvrig. Det er derfor viktig å sette deler av denne virksomheten under etisk debatt. For at dette skal være mer fruktbart vil jeg begynne med et forsøk på å gjøre noen etiske refleksjoner og finne noen grunnverdier med basis i et kristent menneskesyn.

### **Kristent menneskesyn**

Finnes det en kristen etikk?

Ofte inndeles etikken i en ”prinsipiell” og en ”spesiell” del (Christoffersen, 1994). Under den spesielle delen er det da vanlig å ta opp den etiske debatten omkring en rekke emner innen de ulike livsområder, ofte gruppert under større avsnitt som familieetikk, medisinsk etikk, sosialetikk osv. Under disse avsnitt igjen finnes så en uendelig rekke av etiske spørsmål knyttet til menneskenes praktiske gjøremål. Det er ønskelig å få til en vekselvirkning mellom de to, slik at de to områdene kan få kaste lys over hverandre (Christoffersen, 1994).

Etikken må alltid hente sitt innhold fra en religion eller et livssyn, den må fylles med en verdilære. Uten en verdilære mangler vi kriterier for å gjøre etiske vurderinger (Christoffersen, 1994). I de fleste verdilærere vil menneskesynet være sentralt. Selv om enkelte etikere ikke vil tale om en spesifikk kristen etikk, synes det umulig å ikke knytte forsøket på å finne et fundament for en teologisk etikk nettopp til en kristen verdilære. At den kristne verdilære ikke også kan finnes i andre verdilærere, - eller for den saks skyld i en rent fornuftsbasert verdilære, - gjør den ikke mindre kristen. Det forekommer meg i det hele tatt vanskelig å finne et etisk fundament som ikke til syvende og sist ender i helt sentrale grunnverdier av religiøs karakter, for eksempel *respekten* for liv.

I Løgstrups tenkning tales det om at ”*Jesus fullbyrder det skapte livet*” (Christoffersen, 1999, s. 121). Han tar for seg evangeliens beretninger når han skal si noe om hva kristendommen i siste instans dreier seg om. Hos Løgstrup finnes de såkalte ”*spontane livsytringer*” som selve jordsmonnet og grobunnen for alle etiske normer. Disse livsytringene finnes nettopp i den skapte virkelighet, som gudgitte og universelle. I våre liv forkvakles de imidlertid gjennom hevngjerrighet, misunnelse og smålighet, - det Løgstrup kaller de kretsende tankefølelsene, og gjør at vi lever i en konstant pervertering av våre ”historiske liv”. Det er nettopp i denne sammenhengen, i følge Løgstrup, at Jesu liv utmerker seg som et uttrykk for det ”*uforfalskede*”:

*”Det forbløffende ved hans (Jesus) svar synes at komme af, at han selv blev forbløffet over de historieforfalskninger han blev vidne til hos sine omgivelser. Selv overrumplet bliver hans reaksjon overrumplende. Hans polemik er kompromisløs i dens demaskering. Hans indignasjon, hans aggresivitet affødtes af hans barmhjertighet med de fortrykte, og skyldtes ikke at han selv ble forulempet.”* (Christoffersen, 1999, s.121)

Det er for Løgstrup nettopp gjennom denne barmhjertighet at Jesus for troen vil være den eneste som har levet et "uforfalsket liv", simpelthen fordi Gud hele tiden er tilstede i dette livet. Med forsiktighet påpekes det så at dette ikke uten videre kan leses ut av fortellingene, men de lar seg "tyde" på denne måten. Den kristne tro har ikke et annet forråd av etiske verdier enn de som ligger i skaperverket generelt, eller i "den tause fordringen", men troen kan gi et nytt motiv for den gode handling.

Løgstrup fører sine tanker om "de spontane livsytringer" så langt at han ikke kan se at evangeliene kan utøve en samfunnskritikk som ikke like gjerne kan utøves på grunnlag de skapte livsvilkårene. Her har han fått en viss motbør fra den svenske teologen Gustav Wingren, som mener Løgstrup overser at evangeliene kan ha en direkte kritisk funksjon i etisk sammenheng.

Denne diskusjonen skal ikke jeg gå inn på her. Poenget mitt er at beretningene om Jesu møter med ulike mennesker nettopp kan "tydes" slik at de gir grunnlaget for noen sentrale idèer. Skal en følge Løgstrups tankegang videre, kan det aldri bli slik at et samfunn som sådant kan leve ut "de spontane livsytringer", men erfaringen med dem kan gi grunnlag for enkelte ideer og idealer, som kan bli normerende og retningsgivende for samfunnet. I vårt tilfelle kan en "tydning" av evangeliens Jesus gi noen kritiske elementer i en refleksjon omkring narkotikapolitikken generelt, og metadonbehandlingen spesielt. Utover det er det i seg selv et poeng at all praktisk gjennomføring av politiske programmer må skje gjennom enkeltmennesker, og derfor alltid vil innebære møter mellom mennesker.

En hyppig svakhet ved etiske diskusjoner omkring ulike livsspørsmål er den sterke interesse av å finne belegg for sine standpunkter gjennom anvendelse av ulike bibelsitater eller eksempler direkte hentet fra Bibelen. Dette fører lett til en noe tilfeldig og svært ofte uhistorisk bibelbruk. Alt hva en måtte ha lært og tilegnet seg av teologisk og historisk-kritisk bibelsyn koples ut, og Bibelen brukes lett på en tilfeldig og løsrevet måte, slik det er lang tradisjon for i kristen polemikk.

Et mer fruktbart, og etter mitt syn mer riktig perspektiv må vi kunne få dersom vi forsøker å finne en del *hovedlinjer for etisk refleksjon* gjennom en helhetsbetraktning av de *møter* vi finner gjenfortalt i de bibelske beretninger om Jesus og de menneskene som kommer i hans veg. Slike *fortellinger* kan i seg selv bli bærere av etiske verdier. Ikke minst det

*menneskesynet* som fremtrer i NT, kan gi viktige korrektiv og innspill når jeg nå skal forsøke en etisk vurdering av manglene ved narkotikapolitikken.

En skal ikke lese mye i Det nye testamentet før det etter mitt skjønn danner seg et klart bilde. I Menneskesønnens møte med *de utstøtte* og *stigmatiserte*, de fordømte og avskydde, tegner det seg raskt et mønster: Det menneskeverd som gis disse, synes ikke å være begrunnet i hvilke posisjoner disse menneskene har, hva de har gjort, eller hvordan de er vurdert av sine omgivelser, -men simpelt hen i det faktum at de er mennesker. Det bibelske *budskap* kan neppe profileres skarpere enn når det framstår i oppgjør med omverdenens verditenkning, et opprør mot det en kunne kalle den sosioreligiøse kultur.

Til tross for to årtuseners sluk av forskjeller, er det hele fortsatt like aktuelt; *Menneskers verdi bygger nesten ubevisst på hva de gjør, ikke på hva de er*. Mekanismene for stigmatisering og utstøting er de samme, og problematikken omkring egenverd og selvbilde er fundamentalt grunnleggende i alle forsøk på å *gjenopprette ødelagt liv*.

Med dette i tankene vil jeg nå gjøre et forsøk på å finne noen av de ideene jeg oppfatter som sentrale i evangeliene.

#### De bærende ideene

Det senjødiske samfunn med sin sterke konsentrasjon omkring Moseloven og alle "forskriftene fra de gamle" skapte klare grupperinger av vellykkete mennesker på den ene siden og tapere på den andre. De dypere årsakene til denne *segregerende* effekten var sikkert, da som nå, snarere av sosial enn religiøs art. Slik ble grupper av befolkningen *stigmatisert*. Vi kjenner dem fra den nytestamentlige arena som samaritanere, som spedalske og syke ("besatte"), som prostituerte og utstøtte, som "tollere og syndere".

Det karakteristiske ved stigmatisering er, som vi har sett tidligere, at det blir en selvoppyllende profeti: er livet ditt stemplet som unormalt, forblir det lett unormalt. Grupperingene blir i stor grad vurdert og normert utfra en ytre betraktning. Vi får en *observansmoral*. Selvbilde blir skrøpelig og dårlig hos taperne, selvgodt og selvsikkert hos de "vellykkete".

Men det er nettopp de stigmatiserte gruppene som profilerer evangeliet sterkest i Jesusfortellingene. Hos ham er det ikke lenger reglene (lovene) og observansen (kontrollen)

som skal trygge samfunnet og forebygge. Her *restitueres ødelagt liv, når tapt menneskeverd gjenvinnes*. Den samaritanske kvinnen Jesus møter ved Jacobs brønn (Joh.4) kommer med sitt skadeskutte liv, men også med sin tørst etter aksept, etter mening, etter barmhjertighet. Kvinnen på tempelplassen (Joh.7.53-8.11) som er rammet av steinhaglet fra dømmende medborgere, helt til hun møter han som demaskerer de vellykkedes fasade, og reiser den ydmykede opp og gir henne mulighet til et nytt liv. Her er det opplevelsen av å bli sett som et menneske med normale behov og normale følelser som nyskaper og leger. Hos Jesus finnes evnen til å kunne *se dette i sine medmennesker og å kunne handle mot disse menneskene etter det han har sett*.

Det sterke ved disse fortellingene er at de eier en eksistensiell tidløshet som gjør dem gjenkjennelige og nære i de møtene vi selv hadde med våre informanter under intervjuene. Det dreier seg ikke bare om en aksept, men om en avsløring av de menneskeskapte sosiale og moralske posisjonene som fantes. Ekte menneskeverd oppnås når forskjellene mellom mennesker oppheves og gjør dem til likeverdige partnere i fellesskapet. Dette er også det helt grunnleggende når Paulus tegner bakteppet for sin lære om rettferdiggjørelsen. ”Det finnes ikke en som er rettferdig, ikke en eneste.” Derfor har mennesket mistet sin ”gudbilledlighet”, og kan bare få den igjen ved Guds nåde, – alle på lik linje. Dette er også det dypeste innholdet i den lutherske rettferdiggjørelseslæren.

#### Disse ideenes anvendelse

Det avgjørende blir nå om denne totalt nye vurderingen av mennesket kan overføres på våre problemstillinger. Mye i vårt materiale synes å vise at det er tilfelle. Stigmatiseringsproblematikken er sentral for våre informanter. Informantene forteller om strev for å bli oppfattet som normale, om lengselen etter å bli sett på som et ”vanlig menneske” med alt det det innebærer. Håpet om å slippe fri fra mytene historien som rusavhengig knytter til seg. Ønsket om å bli anerkjent for den man er innerst inne, med drømmene om et bedre liv.

Jeg har pekt på det jeg tror er grunnleggende ved alle menneskelige relasjoner; aksept, verdsetting, inkluderende holdninger, - det helt nødvendige utgangspunkt for rehabilitering. For et bedre liv. Dersom vesentlige sider ved dette behovet overses må all behandling bli mangelfull.

## **Etisk blikk på norsk narkotikapolitikk**

### Norsk narkotikapolitikk

Norsk narkotikapolitikk har helt siden narkotikaproblemet var oppe på Stortinget for første gang i 1967 hatt bekjemping av "de nye rusmidlene" som mål (Christie & Bruun, 1985). Parolen "et narkotikafritt samfunn" ble første gang offentlig formulert i 1985 (Stortingsmelding nr.13 1985-86), og er en oppfølging av den amerikanske narkotikapolitikens "war on drugs"- lansert av President Ronald Reagan i 1981. Man har antatt at den viktigste årsaken til misbruk av narkotika har vært stoffenes tilgjengelighet, og har derfor hatt hovedfokus på å hindre utbredelsen av narkotika. Narkotika er slik i første rekke blitt sett som et *kontroll- og strafferettslig* problem. Man har ikke skilt mellom sterke og svake stoffer. All bruk og besittelse av narkotika har vært kriminalisert. Straffene for besittelse skal være harde, og nyrekruttering skal hindres gjennom avskrekking (Hauge, 1992). Utstøtte, nedkjørte og syke narkomane skal slik fungere som skremsel slik at unge ikke fristes til å prøve narkotika.

I dag spør vi oss om denne politikken har vært vellykket. Bruk av illegale rusmidler er mer utbredt enn noen gang, og Oslo har langt flere overdosedødsfall enn noen annen by det er rimelig å sammenligne seg med. Aldri før har så mange unge oppgitt å ha prøvd et narkotisk stoff (Nova, 2002).

Det er lett å tenke at vi har mislyktes. Vi vet imidlertid ikke hvordan situasjonen hadde vært dersom vi hadde ført en annen politikk. Kanskje hadde problemet vært enda større. Eller kanskje hadde det vært mindre. Det er imidlertid en diskusjon vi ikke skal føre her. Målet for denne oppgaven er i stedet å rette et etisk søkelys på et par av de følgene norsk narkotikapolitikk har hatt, og ta disse opp til debatt. Det dreier seg for det ene om de *kontrollomkostningene* denne politikken har hatt, og om hvordan nettopp disse følgene fortsatt viser seg hos dem som er under metadonassistert rehabilitering. Videre har narkotikapolitikken innflytelse på *hvordan metadon blir forstått og anvendt*. En etisk refleksjon omkring disse spørsmålet bør kunne være et viktig korrektiv.

### Kontrollskader

Et perspektiv samfunnsforskere har løftet frem i den narkotikapolitiske debatten, har vært denne politikens omkostninger, det vi kaller ”kontrollskader” (Christie & Bruun, 1985; Hauge, 1992; Maaseide, 1997). Det har nemlig ikke bare vært ført en krig mot narkotika, det har i stor grad også vært en krig mot dem som har brukt narkotika. Krigens omkostninger har vært omfattende, og de har vært båret av dem som har brukt narkotika. Hensikten med den strenge lovgivning og straffeutmåling var å hindre profesjonelle narkolangere i å etablere seg i det norske markedet. Straffen var tiltenkt den skruppelløse narkohaien som lokker unge mennesker ut i narkohelvete, han som tjener store penger og som selv ikke bruker narkotika. Men det er ikke han som sitter i norske fengsler på den såkalte ”proffparagrafen” (§162). Bødal og Fridhovs (1989) undersøkelse av narkotikadømte fanger i norske fengsler viser at de aller, aller fleste selv har en lang ruskarriere og har solgt stoff for å dekke eget misbruk. Prisene på det illegale markedet er dessuten meget høye. Det gjør at det for de aller fleste vil være *umulig å finansiere et misbruk uten å ty til prostitusjon eller kriminalitet*. Fordi besittelse og bruk av stoffene i seg selv er kriminelt, fører bruken av dem lett til *et liv ”under jorda”*. Et liv der man skjuler seg, unngår familie, har lite kontakt med mennesker som ikke er misbrukere, har et vanskelig forhold til helseapparatet, - er *avskåret fra et ”normalt liv”* slik vi andre lever det. De lever et marginalisert liv, utenfor det vanlige samfunnsfellesskapet. Pengene går til stoff, det blir ikke noen igjen til å ta vare på seg selv og sin egen helse. Når stoffer er illegale blir de selvsagt heller ikke underlagt noen form for kvalitetskontroll, og vil derfor kunne være *forurenset* eller ha *varierende renhetsgrad*. Dette kan føre til forgiftninger og overdoser. Av og til fører det til død.

I tillegg kommer *alle de konsekvensen selve kontrollen medfører*: Stoffbrukere forfølges, stoppes på gata fordi de etter hvert er ”gamle kjenninger” politiet aldri lar gå forbi. Lommene deres ransakes, hulrommene i kroppene undersøkes, leilighetene og hospitsrommene, –alt ransakes. De kastes ut fra kafeer og kjøpesentre, de er gjennomkontrollerte på alle vis. I narkotikasaker har politiet utvidede fullmakter, dvs de kan ta i bruk metoder som for eksempel infiltrering og telefonavlytting, noe som ellers bare er tillatt ved spionasje (Christie & Bruun, 1985). Antallet kontrollører innen politi og tollvesen har vært sterkt økende helt fra slutten av 1960-åra. Parallelt med dette har straffenivået for narkotikaforbrytelser skutt i været (Hansen, 1988). Norge, som ellers har et gjennomgående lavt straffenivå, har jevnt og trutt økt strafferammen for narkotikaforbrytelser og i dag kan denne type lovbrudd føre til lovens strengeste straff: 21 års fengsel (Straffelovens § 162).

Begrunnelsen for den høye strafferammen er ikke at man tror den vil ha gunstig innvirkning på dem som allerede har et rusproblem, at den vil hjelpe de som misbruker ut av misbruket. Begrunnelsen er utelukkende at man vil redusere smittefaren og hindre nyrekruttering. Det er *ikke individualpreventive men allmennpreventive hensyn som står i fokus* (Hauge, 1994). Hensynet til den enkelte rusavhengig må vike for hensynet til alle dem vi vil holde unna de illegale rusmidlene, - de vi frykter som potensielle rusbrukere dersom det ikke blir avskrekkende nok. Den norske narkotikapolitikken ser ut til å bygge utelukkende på *konsekvensetiske* prinsipper, der hensynet til den enkelte ofres for fellesskapet!

Målet er at flest mulig skal la være å bruke narkotiske stoffer. Og de fleste lar det være. De bruker ikke ulovlige rusmidler. Det er imidlertid slett ikke sikkert at det skyldes kontrollpolitikken. Det er i alle fall helt sikkert at dette er langt mer komplisert. Om vi endret kursen, la om lovverket og kontrollsystemet, ville kanskje det føre til økt bruk og misbruk av de stoffene som i dag går under betegnelsen narkotika. Fra alkoholforskning ser vi en tydelig sammenheng mellom tilgjengelighet og bruk, og mange vil hevde at dette er gyldig også for andre rusmidler (Skog, 1992). Dersom dette er riktig, ville bruken av narkotiske stoffer kunne øke dersom man senker kontrollnivået. Samtidig er det mye som taler for at en slik kursendring ville føre til en reduksjon i kontrollskadene. Samfunnsforskere (Hauge, 1992; Christie & Bruun, 1985; Andenæs, 1994) mener at *økningen av skader som følge av misbruk ville bli mer enn oppveid av reduksjonen i kontrollskader*. Når vi i dag ser på skadene et illegalt rusmisbruk påfører, forholder vi oss ofte ikke til at en del av de skadene rusavhengige påføres ikke har sitt opphav i skader selve rusmidlet gir, men i det faktum at vårt samfunn har valgt å kriminalisere det. Mye taler for at dersom kontrollomkostningene ble redusert, ville også opplevelsen av den narkomane som annerledes kunne overvinnes.

Selve kriminaliseringen er blitt et etisk problem. Den rammer ikke først og fremst dem den er ment å ramme, og den påfører mennesker urimelig store problemer. Når en så, som vi skal se senere, konstaterer at *resultatene* ikke svarer til formålet (reduisert misbruk) som var satt for narkotikapolitikken, må en si at den også fra et konsekvensetisk synspunkt blir kritikkverdig.

Christie & Bruun (1985) viser at klassifiseringen av rusmidler i kategoriene "lovlig" og "ulovlig" vanskelig kan forklares på bakgrunn av andre faktorer enn kultur, historie, classeskiller og økonomi. Det er helt på det rene at for eksempel sprit er like sterkt, vanedannende og helseskadelig som de fleste stoffene på vår narkotikaliste. Det er lett å være



enige i argumenter som at vi har nok problemer med de rusmidlene vi har, og at vi ikke ønsker flere på menyen. Faktum er imidlertid *at vi allerede har disse rusmidlene på menyen*. De er her allerede. Og da kan ikke diskusjonen knyttes til om vi skal akseptere dem eller ikke, men til hvordan vi skal forholde oss til realitetene slik de faktisk er. Skillet vi har skapt mellom "lovlig" og "ulovlig" rus blir også etisk sett svært komplisert.

### Mål og bivirkninger

De menneskene som i dag får metadonbehandling, er blant dem vi i kampen for "et narkotikafritt samfunn" har påført de omtalte omkostningene ved vår restriktive narkotikapolitikk. Hva slags syn på mennesker med stoffavhengighet signaliserer denne politikken? Hva slags selvbilde har den vært med på å gi dem? Som narkotikabruker er man en av de mest kontrollerte, straffede, stigmatiserte og myteomspundne gruppene i dagens Norge. Disse kontrollskadene har metadonbrukerne "i ryggsekken" når de skal endre livene sine og "komme tilbake til samfunnet". Det er dette de skal leve videre med og de kommer i tillegg til belastninger fra tiden forut for ruslivet og skader påført av selve rusbruket. Disse bivirkningene av vår ruspolitikk er så belastende for dem det rammer at det etter min mening er uforvarselig ikke å forsøke å gjøre noe med dem. Selv om våre gode mål er å forandre (forbedre) verden, er det ofte slik at *bivirkningene forandrer verden* minst like mye, og skaper nye problemer (Løgstrup,1982). Vi må ikke falle for den fristelsen det kan være å overse bivirkningen fordi målet er så viktig.

### Fortidens og nåtidens byrder

De omtalte bivirkningene kommer altså i tillegg til det disse menneskene bærer med seg av tidligere ballast. Myten om at alle kan bli narkomane tilbakevises av Christie & Bruun (1985): De fleste som prøver ut de illegale stoffene slutter etter en tid. De som blir tilbake, har ofte flere fellesstrekk: de er skoletapere, de kommer fra de lavere sosiale lag, fra familier som har det vanskelig, de har bodd på institusjon, de har psykiske problemer og de mangler yrkesopplæring. En evaluering av de 50 første som fikk metadonassistert rehabilitering i Norge, deltakerne i forsøksprosjektet MiO (Metadonassistert rehabilitering i Oslo), viste at 69 % av pasientene hadde en eller flere personlighetsforstyrrelser og 40 % hadde fra moderat til alvorlig depresjon. Videre fant de at angstlidelser var utbredt og at nesten alle hadde eller hadde hatt alvorlige somatiske sykdommer. Eksempelvis var sju hiv-positive og nesten samtlige hadde hepatitt C (Blix og Waal, 1999). Gruppen oppgir urolige oppvekstforhold, skoleproblemer, inngripen fra det offentlige og tidlig rusmiddeldebut: Erviks (1997)

evalueringundersøkelse av MiO-pasientene viser at 60 % hadde foreldre som skilte lag før de fylte 16 år, mens 19 % opplevde at en av foreldrene døde. Rusproblemer hos foreldrene ble oppgitt for om lag halvparten av pasientene. 40 % vokste opp hos andre enn foreldrene, mens 34 % var under tilsyn av barnevernet. 64 % hadde skoleproblemer, 40 % ble sendt til behandling for psykiske problemer før de var 16 år. 77 % oppgir å ha begynt å ruse seg på illegale stoffer før fylte 16 år.

Dette viser at de som bærer omkostningene for vår narkotikapolitikk, er mennesker som har båret mye også tidligere i livet. Det er ikke så enkelt at man velger eller ikke velger et liv i rusavhengighet. Løgstrup (1953) fremhever at menneskelivet er et liv i gjensidig avhengighet. Han går i rette med tanken om at ”enhver er sin egen lykkes smed”, og fremhever at *hver gang vi har med et annet menneske å gjøre, holder vi noe av dets liv i vår hånd*. Dette er kanskje en av de sterkeste og mest sentrale tanker vi kan finne når vi skal la etikken møte oss som *fordring*. Det er altså ikke så enkelt som å si at de rusavhengige har valgt sine liv. De rusavhengiges historier viser oss at ingen har vært der, hjulpet dem og gitt den omsorg og behandling de har trengt, og som kunne vært med på å legge forholdene til rette for et bedre liv.

### Alternativer

Det har vært stor politisk enighet om den norske narkotikapolitikken, og enhver som har forsøkt å stille spørsmålet om det kan være andre og bedre veier, har blitt avfeid som useriøse og ansvarsløse. Alternativet til den linjen vi har ført til nå er ofte blitt fremstilt som full legalisering der alt kan omsettes og brukes helt fritt. Det er imidlertid svært få som vil gå inn for en slik løsning. Det finnes *mange muligheter mellom disse to ytterpunktene*. Andre steder i Europa har man forsøkt noen mellomveier:

### Erfaringene fra Frankfurt

Frankfurt la som den eneste byen i Tyskland om sin narkotikapolitikk fra november 1990. Mens resten av Tyskland fortsatte å håndheve sin strenge narkotikalovgivning og behandle rusmisbruk som et strafferettslig problem, valgte Frankfurt en ny vei. De begynte å jobbe med *skadereuserende tiltak*, og forsøkte å se på rusmisbruk i et *sosial- og helseperspektiv*. De *sluttet å forfølge de rusavhengige*, sluttet å arrestere dem for besittelse av brukerdoser, og de opprettet sprøyterom der misbrukerne blant annet fikk hjelp og råd i forhold til helse og sykdommer. Samtidig ga de *tilbud om behandling* for rusmisbruk (Frantzsen, 2001).

Omleggingen har ført til nedgang i overdosetallene; i 1991 døde 147 av overdose, mens overdosetallet siden har ligget på ca 30 i året (Frantzen, 2001). I resten av Tyskland økte overdosedødstallene, og i 2000 var tallet oppe i 2023. Det rapporteres også om stor nedgang i registrert kriminalitet, nedgang i hjerteklaffbetennelse, hiv-smitte, hepatitter og absesser. I tillegg ser det ut til at rusbrukernes motivasjon for behandling har økt (Integrative Drogenhilfe, 1995-1998).

Amsterdam er en annen by med liten forfølgelse av rusbrukere. Politiets innsats rettes i stor grad mot import av narkotika og organisert salg i stor skala. De fleste av byens narkomane har regelmessig kontakt med lege, og det er organisert steder der narkomane driver kafé, har møtevirkosmhet og driver egen avis. Antall opiatmisbrukere i Amsterdam har parallelt med dette sunket fra ca 7000 i 1990 til 5000 i 1998 (Frantzen, 2001). Amsterdam, med et innbyggertall på ca 650.000, har hatt et stabilt overdosetall på 15-20 i året siden 1983 (Frantzen, 2001). I Oslo har overdosedødsfallene økt fra 25 i 1980 til 131 i 2000 (Frantzen, 2001).

Fra Amsterdam kan vi lære at mindre krig og kamp mot narkotika ikke nødvendigvis må føre til økt bruk, og at mindre krig kan gi rom for mindre destruktive bruksmønstre hevder Professor Helge Waal (kronikk i Aftenposten 07.08.02). I Amsterdam injiseres ca 10 % av heroinet mens 90 % røykes. I Norge er tallene omvendte: over 90 % injiseres. Ved røyking av heroin unngår man smitte av for eksempel hiv, hepatitter og infeksjoner, og blodårer ødelegges ikke. Ruseffekten blir dessuten svakere og overdoser hindres. I Norge injiseres heroinet blant annet fordi heroinet som omsettes her er for lite rent til å røykes, og fordi røyking krever så store mengder heroin at det blir for dyrt. I Nederland har man bevisst arbeidet for en ”røykekultur” (man har bl.a. drevet røykeopplæring og laget ”røykerom” ), og mindre kontroll og forfølgning kan være med å gjøre at stoffene som omsettes har høyere kvalitet. Narkotikapolitikken er altså gjennom sin utforming også med på å bestemme hvilken måte vi skal ha rusbruk på. Dersom politikken fører til mer destruktiv rusbruk enn nødvendig, må den være problematisk etisk sett.

#### Norsk metadonpolitikk

Den restriktive narkotikapolitikken har også hatt innvirkning på hvordan man har tenkt om bruk av medikamenter i behandling av rusmisbruk. Motstanden mot bruk av metadon i behandlingsøyemed har vært stor i Norge, både politisk og i det etablerte

behandlingsapparatet. Et hovedargument har vært at slik behandling er i strid med det overordnede målet om et samfunn fritt for narkotika. Man mente at man ved å akseptere bruk av metadonassistert rehabilitering hadde gitt opp kampen mot narkotika, og i stedet aksepterte avhengighet av et narkotisk stoff. Innen store deler av tiltaksapparatet for stoffmisbrukere var motstanden sterk. Et av tiltakene omtalte metadonbrukere som ”følelsesmessige zombier uten den minste motivasjon til å forandre livet sitt” (Furuholmen, 1987).

Politikerne gikk likevel inn for et forsøksprosjekt der 50 rusavhengige fikk metadonbehandling under svært kontrollerte former. Etter hvert som metadonassistert rehabilitering gikk over til å bli et etablert tiltak, stilnet motstanden av også innen behandlingstiltakene, og i dag er tiltaksapparatet stort sett positivt til bruk av metadon som hjelpemiddel i rehabiliteringsprosessen (Skretting, 1997). I retningslinjer for legemiddellassistert rehabilitering (Sosial –og helsedepartementet, 2000) poengteres det at metadonbehandling skal brukes i samsvar med norsk rusmiddelpolitikk. Målsettingen skal ikke være *skadereduksjon*, men en helhetlig innsats for å oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og –så langt som mulig– yrkesmessig og sosial rehabilitering. Bare de som har vist at de ikke nyttegjør seg medikamentfri behandling, skal gis metadon. Metadonet deles ut under sterk kontroll, slik at metadon ikke kommer på avveie, og pasienten må gjennom urinprøver bevise at han/hun ikke bruker rusmidler eller medikamenter som ikke er godkjent av MARIO. Dersom pasientene ikke innfrir kravene, kan de miste metadonbehandlingen.

Flere av informantene i vår undersøkelse var opptatt av hvordan bestemmelsen om at metadon bare skal gis til de aller mest utslåtte, gjorde mye med deres syn på seg selv. En informant fortalte at hun fikk sjokk da hun ble innvilget metadonbehandling, og fikk bekreftet fra samfunnet at ”hun var en versting”. Frantzen (2001) beskriver metadonsøkerenes strev med å dokumentere at de var ”elendige nok” til å få metadonbehandling. Det er klart at denne jakten på elendighet er ødeleggende for selvfølelse og selvbildet.

Ervik (1997) mener at *de strenge inntakskriteriene for metadonbehandling står i motsetning til målsettingen med behandlingen, nemlig rehabilitering*. Dette fordi de krever at folk skal være så nedslitte før de får tilbud om behandling at det for mange er vanskelig å nå målet om sosial og yrkesmessig integrasjon i samfunnet. En av informantene våre sa det slik: ”de må begynne å gi metadon mens det enda er noe igjen å rehabiliterer”. Dette reiser spørsmålet om

tilbudet med metadonbehandling burde utvides, slik at flere kunne komme inn på et tidligere tidspunkt.

### De ekskluderte

Kriteriene for å få innvilget metadonassistert rehabilitering er utformet for å sikre at kun de mest belastede av landets rusmiddelavhengige skal få dette tilbudet. De skal utelukke dem man mener har et håp om rusfrihet uten medikamentell behandling. Reglementet rundt metadonutdelingen utestenger imidlertid også en annen gruppe: *de som er aller dårligst*. For å få være under metadonassistert rehabilitering må pasienten fungere så godt at han eller hun greier å møte til avtaler, og hente metadon og avlegge urinprøver til rett tid. De må videre greie å leve overveiende uten bruk av rusmidler, de må orke et liv uten bedøvelse. Også dette er et krav som for mange av de aller dårligste er vanskelig å leve opp til. Dette gjør at metadonassistert rehabilitering, slik det i dag er utformet, ikke er et tiltak som kan romme de aller dårligste (Frigstad, 2003). De som ikke passer inn, blir stående utenfor som de ulydige, håpløse og utakknemlige. De som anses å være uten mulighet og evne til å komme tilbake til, eller rettere: inn i samfunnet.

*Det er etisk betenkelige at vi lar være å behandle de aller dårligste.* Vi lar være å lindre deres smerte fordi de er for dårlige til å innordne seg systemet. Igjen er det allmennpreventive hensyn og kontrollbehov som stenger veien, og ikke hensynet til enkeltindividet. For det er sannsynlig at også de aller dårligste ville få bedret livskvalitet om de slapp stoff- og pengejag, kriminalitet og prostitusjon, om de bodde bedre, spiste mer og sjeldnere satte sprøyter i årene sine.

Lege Kari Rønning (Rus & avhengighet, 2000) ved Legemiddelassistert rehabilitering i Asker og Bærum (LAR) ytrer bekymring for hva som skal skje med den gruppen som i dag er i LAR-systemet, men som ikke oppfyller kravene som stilles. Hun mener dette dreier seg om nesten 20 % av LAR-pasientene. Rønning er ikke i tvil om at de fleste av disse også har fått bedret livskvalitet, blant annet i form av at de er mindre kriminelle, har fått et sted å bo og bedre helse.

### Skadereduksjon

Metadon som skadereduserende tiltak er utbredt i store deler av Europa (Europeisk Overvåkningssenter for Narkotika og Narkotikamisbruk, 2001). I forskrifter for

legemiddellassert rehabilitering (2000) spesifiseres det at metadonbehandling i Norge skal samsvare med norsk rusmiddelpolitikk. Målsettingen skal ikke være skadereduksjon, men en helhetlig innsats for å bedre den enkeltes livsvilkår og situasjon. Med skadereduserende tiltak menes tiltak som ikke er rettet inn mot rusfrihet og helhetlig rehabilitering, men mot forhold som kan redusere skadene stoffmisbruk påfører individet. Begrepet kan sees som en pragmatisk posisjon mellom ”drug on war” på den ene siden og legalisering på den andre siden. Talsmenn for skadereduserende tiltak har rusfrihet som foretrukket mål, men mener at når dette er umulig, *er det uetisk å overse andre tilgjengelige måter å redusere menneskelig lidelse på.*

Rehabilitering og skadereduksjon er i den norske debatten ofte satt opp mot hverandre, som to tiltak som utelukker hverandre. Rehabilitering har tradisjonelt vært høyt verdsatt, mens skadereduserende arbeid er mindre ansett og betegnes med ord som ”reduerte målsettinger”. Skadereduserende arbeid bør imidlertid kunne betraktes som *komplementært*, og ikke konkurrerende, til målsettinger om rusfrihet. Å få redusert skadene ruslivet medfører kan være første steg i en rehabiliteringsprosess. Undersøkelsen vår viser et stort spenn knyttet hvor stor rusmestring informantene følte var mulig for dem å få til i den fasen de befant seg i. Metadonbrukerne er forskjellige som alle andre mennesker, de har ulike behov og ressurser. Dette må man ta hensyn til. Alle makter kanskje ikke å tenke full rehabilitering i første omgang. Også andre målsettinger må kunne være tillatt og betraktes som verdige, uten at det skal blir sett på som ”nest best” og en ikke fullgod målsetting. Å ruse seg en gang i uka er vesentlig bedre enn å ruse seg hver dag. Flere informanter forteller dessuten at de opplever at kravet om rene urinprøver virker mot sin hensikt for dem. Frykten for å miste retten til metadonbehandling gjør at de ruser seg mer enn de ellers ville gjort.

Innen spesialpedagogikken fokuserte man tidligere på hva elever strevde med og terpet på det. Dette er nå snudd helt om til en opptatthet av hva elevene mestrer og et forsøk på la dem blomstre gjennom *mestring*. Dette fordi mestring gir selvtillit som igjen gir god grobunn og økte muligheter for videre mestring, også på områder de strever mer med.

Dersom man sluttet å fokusere på når man driver rehabilitering og når man er over i skadereduksjon, men i stedet lot *bedret helse og livskvalitet* være overordnede målsettinger, er det naturlig å tenke seg at redusert bruk av rusmidler for mange vil anses som noe som vil gi økt livskvalitet.

### Etisk blikk på norsk narkotikapolitikk

En del etiske refleksjoner har til nå ligget implisitt i behandlingen av de ulike spørsmålene jeg har tatt opp. Både i det kapitlet jeg har kalt ”oppsummering og diskusjon”, og selvsagt i det kapitlet jeg nå er inne i, skjer dette kontinuerlig. Noen ganger har jeg imidlertid nevnt de etiske dilemmaene eksplisitt. Jeg vil her i et mindre avsnitt prøve å ta opp noen mer generelle etiske begreper, og forsøke å karakterisere hovedmålene i narkotikapolitikken ved hjelp av dem. Deretter kommer jeg litt tilbake til de etiske utfordringene jeg mener å finne i Det nye testamentets beretninger om Jesu møter med mennesker i ulike livssituasjoner. Dette følges så av en noe lengre diskusjon om hvordan denne utfordringen vil påvirke det vi mener når vi snakker om rehabilitering til ”et bedre liv”.

Kan vi finne noen karakteristiske etiske trekk ved den norske narkotikapolitikken? Det er ikke alltid så viktig å kunne plassere etisk tenkning innenfor definerte modeller, men slike modeller kan være fruktbare når det gjelder å gjenkjenne noen karakteristiske trekk. Norsk narkotikapolitikk har, som sagt, hatt et klart *allmenpreventivt sikte*. Hovedfokus har vært på å hindre spredning i bruk av narkotiske stoffer. Dens forholdsvis klare mål; ”et narkotikafritt samfunn”, gjør at den framstår som en *resultatorientert konsekvensetikk*. I og med at målet i så stor grad dreier seg om å begrense misbruk – sørge for at flest mulig beskyttes mot disse farene – får tankegangen et visst *utilitaristisk preg*. Det dreier seg om ”størst mulig beskyttelse for flest mulig”. Det blir flertallets interesse som er i fokus. Slik får etikken også et kollektivt preg. Man forsøker å handle slik at det blir best for det store samfunnsfellesskapet. Man kan videre si at en kan gjenkjenne også andre trekk: *Hensiktsetikkens* parole om at midlene ”helliges” av hensikten, kunne godt karakterisere den siden ved narkotikapolitikken som avsløres når vi ser at hensynet til den enkelte rusavhengige på mange måter ”ofres” for fellesskapet.

Det mest fruktbare synes derfor å være å ikke sette noen bestemt etisk merkelapp på narkotikapolitikken, men å forsøke å påvise hvilke etiske verdier som blir borte i all velmenende praksis. Det må være helt klart at viktige verdier som *den enkeltes verd og restituering av skadet liv* lett kommer til kort. Dessuten er det klart at politikken har vært svært *reduksjonistisk*. En har valgt en angrepsvinkel og oversett andre alternativer. *Vi står i fare for å velge samfunnet på bekostning av enkeltmennesket*. Denne mangelen har også hos fagfolk vært anført som en av flere svakheter ved konsekvensetikken; den enkelte blir ikke

beskyttet mot de mange (Christoffersen, 1994). Videre er det, som Løgstrup (Christoffersen, 1994) påpeker, heller ikke lett å forutsi hvilke konsekvenser et handlingsalternativ vil få. En handling får nemlig ofte konsekvenser på langt flere områder enn forutsett. Disse svakhetene kommer tydelig frem i vår narkotikapolitikk, og er allerede behandlet i avsnittet om ”kontrollskadene” og i det vesle kapitlet om ”bivirkningene”.

Et viktig anliggende i spørsmålet om *resultatorientert konsekvensetikk* må være å *evaluere* nettopp resultatene. I enkelte framstillinger opererer en både med kategoriene konsekvensetikk og resultatetikk som om det var to ulike etiske modeller, definert slik at det som kalles konsekvensetikk nærmest defineres som den *ønskede konsekvens*, den en på forhånd kalkulerer med - tror vil innfinne seg, mens resultatetikken da nærmest blir å forstå som den etiske vurderingen av det som *rent faktisk er blitt resultatet*. Denne tilsynelatende litt spissfindige nyansen kan sette fokus på et meget viktig punkt når vi nå skal vurdere norsk narkotikapolitikk etisk: Svarer de virkelige resultatene til de ønskede og forventede resultatene? Eller er for eksempel det vi har kalt bivirkningene og omkostningene av en slik karakter at de forstyrrer de etiske målene vesentlig? Den norske narkotikapolitikken har ikke oppnådd målsettingen om et samfunn uten rusmisbruk. Og det kan synes som den heller ikke har greid å gjøre narkotika særlig vanskelig tilgjengelig. Dessuten har den kriminalpolitiske offensiv ikke rammet dem den skulle. Også her har de mest belastede blitt ofre.

Et viktig etisk spørsmål blir nå om selve målsettingen om et helt rusfritt liv blir et krav som for mange hindrer en behandling som kunne være mer fruktbar, og som er mer i tråd med de livsverdiene jeg har ment å kunne tuftes på det sparsomme bibelske materialet jeg har nevnt. Dette tar jeg opp i det følgende kapittel som jeg kaller ”det gode liv”.

## **Det gode liv**

### Et nytt liv?

Informantene forteller, som vi har sett, at livet på mange måter er blitt bedre etter at de begynte med metadon. Å slippe prostitusjon, kriminalitet og stoffjag gir ro og klart bedret livskvalitet. De har også (noen for aller første gang) fått et eget sted å bo, noen få har også jobb eller skoleplass. For mange har forholdet til familien endret seg til det bedre og de er i gang med å knytte nye relasjoner. Det er blitt tid og krefter til aktiviteter som kino, turer,



fiske, kaféturer og lesing. Dette er radikale endringer, og endringer mange informanter ikke hadde trodd var mulige for dem.

Men informantene møter også, som vi har sett, store utfordringer i sin kamp for det gode liv. De forblir på mange måter stigmatiserte, og sliter med dårlig psykisk og/eller fysisk helse. Flere mangler noe meningsfullt å fylle tiden med, og de mangler noen å dele den med. Nesten samtlige informanter oppga at de føler seg ensomme. Å bygge nytt sosialt nettverk oppleves som vanskelig på grunn av fortiden som rusavhengig. For mange var kontaktpersoner i hjelpeapparatet de eneste som ble oppgitt som nære. Flere av informantene påpeker dessuten at for deres del er det ikke snakk om *rehabilitering*, men snarere om *habilitering*. De har ruset seg siden de var barn eller siden tidlig i tenårene, og har dermed gått glipp av læring av grunnleggende ferdigheter på mange viktige livsområder. Mange av informantene forteller at de drømmer om "et vanlig liv" og "å leve slik folk flest gjør". Få av dem har erfaringer med å leve et slikt "vanlig liv", og de fleste har dermed ikke noen klar forestilling om hva et slik liv skal inneholde, - utover fravær av de belastningene ruslivet fører med seg. Det er dermed heller snakk om en *innføring* i samfunnet enn om en *tilbakeføring*. Informantene opplever at frigjort tid gir god anledning til grublerier og tunge tanker. Deltagelse i "det vanlige liv", slik "alle andre" gjør, synes for mange håpløst fjernt og uoppnåelig slik de har det i dag. Det er klart at dette taler for en vektlegging av habiliteringsaspektet i langt større grad enn i dag.

#### Et bra nok liv?

Flere teologer, blant andre Christoffersen (1997) og den danske teologen Henriksen (1993), påpeker at vår teknologiske tidsepoke bæres av et *funksjonalistisk menneskesyn*, der menneskets verdi avgjøres av dets evne til tilpasning. Forutsetningen for denne tilpasningen er at mennesket kan fungere hurtig, sikkert, problemløst og effektivt hensiktsmessig. De mennesker som kan leve opp til dette idealet, fortjener belønning. Det betyr at menneskets livsvilkår skal stå i forhold til dets innsats i samfunnet. De som ikke lever opp til det funksjonalistiske menneskesyn, må akseptere dårligere livsvilkår.

Henriksen (1993) påpeker at dette menneskesynet, som preger alle samfunnets gjøremål, naturligvis også setter sitt preg på innsatsen for dem dette samfunnet støter ut. Sosialt arbeid vurderes etter dets *nytteverdi* for *normalsamfunnet*. Skal den enkelte svake hjelpes, skal det ha en nytteverdi for samfunnet som helhet. Helt konkret betyr det å hjelpe mistilpassede

mennesker å tilpasse seg. Hjelp skal ha *integrasjon* som mål. Hjelpen sikter inn på en tilværelse så tett på det normale som overhode mulig. Hva som er ”normalt”, er naturligvis definert av ”de normale”. Men de normale har ingen tanke for at *et godt liv kan være noe annet enn det ”normale” liv*. Her kommer de utstøtte i klemme dersom de ikke kan eller ikke vil tilpasse seg normallivet. Henriksen konkluderer med at dette er et menneskesyn som ikke er forenlig med de kristne tankene om hvert enkelt menneskes suverene verdi, uavhengig av det sosiale, samfunnsmessige og moralske habitus. Det kristne menneskesyn forbyr å bruke ”cost-benefit-analyser” av menneskeliv.

Retningslinjene for medikamentassistert rehabilitering forteller oss at rusfrihet, økt livskvalitet og yrkesmessig og sosial rehabilitering skal være målsettingen med metadonbehandling. Problemene kommer når vi skal vurdere hva dette innebærer, hva som er *bra nok*. Hvem legger premissene for denne vurderingen?

Vår undersøkelse viser at informantene kan oppleve en stor diskrepans mellom hva de selv tror de kan få til og hvilke endringskrav de opplever at samfunnet har til dem. For informantene fører denne avstanden til en opplevelse av å aldri være ”bra nok”, og til at mange kjenner seg oppgitte og motløse. I stedet for at det fokuseres på at det å ruse seg av og til er et fremskritt sammenlignet med flere injeksjoner heroin daglig, blir vekten lagt på ukas ene ”sprekk”. Og for de som mestrer å holde seg rusfrie, kommer neste krav; de bør komme seg ut i arbeidslivet og bli *produsenter*. En informant fortalte at hun for første gang i sitt liv opplever å kjenne seg glad når hun våkner om morgenen, men at det er et skår i gleden at hun ikke er en skikkelig borger, ”en som gjør nytte for seg”. Hennes opplevelse av å ha fått et godt liv, blir ødelagt av samfunnets forventninger og krav om et ”normalt liv”.

Informantene føler at de er *fratatt all makt i forhold til å definere om egen utvikling er god eller ikke. Deres opplevelse av hva som er målet for et godt liv teller ikke*. Løgstrup fremhever at vårt ansvar for vår neste, ikke er ubegrenset. Vi har ingen rett til å gripe inn i vår nestes liv. Uansett hvor velmenende vi er, har vi ingen rett til å gjøre oss til herre over en annens individualitet og vilje. Ansvar for et annet menneske kan aldri bestå i å overta den andres ansvar for seg selv. Viljen til å sette seg inn i den andres verden, må derfor alltid være kombinert med en vilje til å la den andre være herre over eget liv (Christoffersen, 1999).

Det er mulig å lære seg å mestre livet selv om en ikke klarer å være helt uten enhver form for medikamenter eller rusmidler. Det er selvfølgelig en grense der bruk av medikamenter /rusmidler uthuler livet. Det vet våre informanter bedre enn de fleste. De uttrykker ikke ønske om å være sløve og ruset, men friske og rolige. For informantene våre er det andre sider ved livet som er mer avgjørende. Er det ikke like viktig at man fyller livet sitt med noe meningsfullt og har gode relasjoner til menneskene rundt seg? Ville ikke det gjøre det enklere å få bedre selvbilde, oppleve å være mindre kontrollerte, og dermed stigmatiserte?

### Fellesskap som menneskelivets mål

Det funksjonalistiske menneskesynets ensidige konsentrasjon om det selvsenterte, uavhengige og handlekraftige mennesket innebærer at vi lett overser grunnleggende trekk ved menneskets livsform: dette at vi alle lever på andre menneskers omsorg og bekostning (Christoffersen 1997). Christoffersen mener at den grunnleggende menneskelighet må søkes i menneskets evne til fellesskap, i dets evne til å dele sitt liv med andre og gjøre andre delaktige i sitt liv. Forestillingen om det menneske som blir til gjennom samliv med andre, og som har samhørighet med andre mennesker som sitt mål, kalles hos Christoffersen *homo communicans*. Samlivet med andre mennesker er avgjørende i forhold til å gi menneskelivet mening. Mange av våre informanter forteller at de er ensomme. De mangler et slik livgivende sosialt fellesskap. De strever med å inngå og bevare de relasjonene de trenger og ønsker seg for et meningsfullt liv. Psykiske lidelser, sosial usikkerhet og andres stigmatiserende holdninger blir hindringer i opprettelsen av gode relasjoner og samvær. Det kan tyde på at noe av det viktigste hjelpeapparatet kan bidra med, er hjelp til å inngå sosialt fellesskap, til å knytte de viktige og meningsskapende relasjonene, de som gjør livet verd å leve.

### Livskvalitet –uavhengig av tilpassing

Videre viser Christoffersen (1997) at i forestillingen om *homo communicans* ligger også en tanke om menneskeverdet. Denne tanken kritiserer ethvert forsøk på å la menneskets prestasjoner eller bidrag til fellesskapet, få være grunnlag for vurdering av et menneskes verd. Mennesket har verdi i kraft av å være menneske, ikke som en belønning for hva det gjør eller presterer.

Henriksen (1993) påpeker at et problem i sosialt arbeid i dag er at hjelperne ikke vil og tør gå inn i et forpliktende fellesskap på de utstøttes egne premisser, og slik gi den aksept som er forutsetningen for at de utstøtte kan oppleve seg som verdifulle mennesker. Den solidaritet

som ligger i en slik aksept, danner bakgrunn for at det over tid kan skapes et tillitsforhold som også kan inneholde hjelp. Som menneske har man krav på å bli sett som et verdifullt menneske, og som en som fortjener livskvalitet, også om man ikke greier eller ønsker å endre seg eller tilpasse seg samfunnet.

### Arbeid og mening

Mange av informantene i undersøkelsen fortalte at de mangler noe meningsfullt å gjøre på dagtid. De ønsker et arbeid de kan gå til. Eller en skoleplass å fylle. Et sted der det er viktig at de kommer, der de ville bli savnet om de uteblir. Betalt arbeid er et knapt gode i Norge i dag, det fører til kamp for å få deltakelse i arbeidsmarkedet. Dette er en kamp det er lett å tape når historien er mange års rusmisbruk. Å få anledning til å bruke seg selv og sine ressurser er viktig i forhold til å bygge oppe selvbilde, selvtillit og kjenne seg som et verdifullt menneske. Det bør være en utfordring for samfunnet å være flinkere til å utnytte ressurser og potensiale som finnes hos mange av dem som i dag er utestengte fra arbeidsmarkedet.

Betingelsen for en vellykket behandling må derfor være at pasientene blir støttet betingelsesløst i et arbeid for økt livskvalitet og en bedret helse. Pasientene må møtes med menneskeverd, aksept og toleranse, uavhengighet av endringsvilje eller potensiale. Dersom det tas utgangspunkt i hjelp til livsformer som gir opplevelse av mening og tilhørighet, vil økt livskvalitet antakelig bli resultatet. Det er et viktig mål uavhengig av om det fører til rusfriheten eller ikke. Vi mennesker kan leve gode liv uten å være perfekte.

### ”Den innerste grinda”

Sent i forfatterskapet sitt lanserer Løgstrup tanken om respekten for enkeltmenneskes ”urørlighetssone” (Christoffersen, 1999) som uttrykker at det finnes en privat grense for hvor langt inn i deg andre mennesker har rett til å få komme. Våre intervjuer reiser spørsmålet om hjelpeapparatet ikke av og til tråkker innenfor denne grensen i sin velmente hjelp til endring av livskurs. Det kan synes som en grense som mennesket naturlig har, er revet ned av behandlingsapparatet. En informant følte det slik: *”...Hvis du ikke legger fram alt akkurat slik som det er, men utelater noe, har det for deg selv, da juger du. Det er noe jeg har lært i behandling... Det er liksom som om de har krav på å vite alt om meg, bare fordi jeg har vært narkoman.”*

### Uten metadon?

De som ikke viser at de drar tilstrekkelig nytte av behandlingen kan miste retten til metadonbehandling. Retningslinjene for tildeling av metadon inneholder også utskrivningskriterier. Vedvarende bruk av alkohol, narkotika eller medikamenter ved siden av metadonbehandlingen er blant de forholdene som fører til utskrivning slik retningslinjene er utformet. Bruk av slike midler har imidlertid vært de gamle løsningsstrategiene for mange. Nå fører de til eksklusjon fra metadonbehandlingen. Selv om det kanskje brukes i langt mindre utstrekning, og mer kontrollert, enn tidligere. I strevet for et bedre liv opplever ikke våre informanter sin bruk av medikamenter eller rusmidler som det største problemet. Det er ensomhet, psykiske problemer, manglene sosial kompetanse og sysselsetting som gjør dagene vanskelige. Bruken av piller eller andre dempende stoffer ses som løsningen på disse problemene, ikke som et problem i seg selv.

Koblingen mellom et godt liv og et liv uten rusmidler og narkotika står sterkt i norsk rehabiliteringsideologi. Dette har vært viktig blant annet for å skape harmoni mellom narkotikapolitikken og rehabiliteringsarbeidets mål (Ervik, 2000). Mange av informantene forteller om psykiske problemer de ikke får behandling for. Det er grunn til å anta at flere ville fått tildelt medisiner mot disse dersom de ikke var i metadonbehandling. Der informantene medisinerer seg selv for å takle psykisk lidelse, defineres det av behandlingsapparatet som rusing. Overgangen fra demping av smerte til rusing kan dessuten være glidende. Det kan synes som om pasientens bakgrunn som rusavhengig gjør at all bruk av en viss type medisiner øyeblikkelig defineres som rusing eller misbruk.

Da metadonbehandling ble innført på slutten av nittitallet, var blant annet de økte overdosetallene en av grunnene; metadon skulle redde liv. Men dersom pasientene i metadonbehandling ruser seg, kan det motsatte skje; –de skrives ut og står i større fare for å dø. I beste fall ender de opp der de var før de begynte med metadon. Fordi metadonbehandlingen blir sett på som ”siste utvei”, vil det å miste metadonet kunne øke faren for overdose og selvmord.

Ved andre former for medisinsk behandling er det ikke vanlig å nekte pasienten videre behandling dersom pasienten ikke helt makter å følge legens råd. Mange av våre informanter fortalte at *de lever i konstant angst for å miste det livsviktige metadonet*, og at dette forringer livskvaliteten deres.

### Metadonbehandling uten psyko- sosial oppfølging

Resultatene i denne og andre undersøkelser er, som vi har sett tidligere, entydige: metadon i seg selv er ikke nok. Metadon alene kan ikke ordne opp i et kaotisk liv, gi verdighet til den som mangler selvrespekt, eller skaffe sosialt nettverk til den som mangler det. Her må andre metoder til. I Norge har den lokale sosialtjenesten ansvaret for å lage et helhetlig rehabiliteringsopplegg, som godkjennes av det regionale metadonsenteret.

Undersøkelsen vår viser at disse tiltakene ikke er på plass for de fleste av våre informanter. De får ikke den hjelpen de har krav på ifølge sosialtjenesteloven (§6) og retningslinjene for tildeling av metadon (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

Resultatet blir at metadon i Norge i stor grad brukes på den måten vi sa vi ikke ville bruke det: det deles ut uten tilhørende tilfredsstillende behandlings – og rehabiliteringsmuligheter.

Samtidig står kravene til brukeren rimelig fast: rusfrihet og rehabilitering er målsettingene, og følger du ikke reglene, må du kanskje klare deg uten metadonbehandling. Selv om støtten og behandlingen som trengs for å innfri kravene for mange ikke er til stede.

Motivasjon er ikke en konstant størrelse som er upåvirket av hvordan forholdene legges til rette rundt en. Vår undersøkelse viser at de fleste informantene ikke opplever at tilbudet de får i tillegg til metadonbehandlingen oppfyller de forventningene de hadde på forhånd. Det er grunn til å anta at dette kan redusere troen på endring, og hemme motivasjonen hos dem som ikke får den hjelpen de var forespeilet i utgangspunktet.

### Metadon –en lettvin løsning for samfunnet?

Da bruken av metadon som behandlingsmiddel ble diskutert, ble det uttrykt bekymring for at metadon kunne bli en lettvin løsning for de som ikke ville eller orket å bli rusfrie på andre måter. Som tidligere påpekt var metadon slett ingen slik lettvin løsning for våre informanter, men en siste utvei de ventet i det lengste med å prøve. Man kan i stedet spørre om det er blitt en *lettvin løsning for samfunnet*.

Rehabilitering av rusavhengige som i mange år har levd et marginalt liv er, som vi har sett, en svært omfattende og ressurskrevende prosess. MAR-pasientene trenger mye det er knapphet på blant de vanskeligstilte i Norge: bolig, arbeid, utdanning, behandling og penger. Og de trenger det *samtidig*. Mangel på ressurser på et område skaper ”lugging” i systemet, og gjør at det skapes vanskeligheter også i forhold til andre områder. Å skulle passe en jobb uten å få

hjelp til å mestre angspromblematikk, eller å skulle bygge nytt nettverk samtidig som man bor på hospits, er vanskelig.

Metadonsentrene forteller om for lite ressurser til å gjøre en tilfredsstillende jobb, og om politisk press for å fjerne ventelisten for metadonbehandling (MARIO,2001). Det bevilges mer penger til medikamentet (metadonet), men ikke til rehabilitering. Begrunnelsen er at rehabilitering av rusavhengige er et ansvar den lokale sosialtjensten har uavhengig av om pasientene mottar metadonbehandling eller ikke. Utbygging av metadonbehandling har gått svært raskt etter at det i 1998 ble etablert som et permanent, landsdekkende tilbud. Ved utgangen av 2002 mottok 1909 mennesker i Norge metadonbehandling. Det eksisterende hjelpeapparatet ser ikke ut til å være dimensjonert for den virkelighet som eksisterer.

Slik kan metadonassistert rehabilitering synes å ha et dobbeltansikt; det ses som redningen for den som får slik behandling innvilget, men er kanskje samtidig, slik det i dag ser ut til å fungere, en lettvent løsning fra samfunnets side – en løsning som for mange ikke gir reelle rehabiliteringsmuligheter.

Det kan dermed se ut som bestemmelsen om å ikke dele ut metadon uten en tilhørende ”rehabiliteringspakke” i praksis ofte har måttet vike på grunn av ressursmangel.

Jeg kunne kanskje sammenfatte noen av de etiske utfordringene i dette kapitlet på følgende måte: Vi trenger en gjennomgripende og rausere debatt om premissene for hva som kan anses å være et verdifullt liv. Vi må bli mer bevisste på betydningen av fellesskapsformer der vi møter metadonbrukerne som likeverdige partnere. Vi må skape trygghet for dem gjennom å minske risikoen for å miste behandlingen, og vi må gi oppfølgingsinnsatsen langt større prioritet ved medikamentassistert rehabilitering.

## **AVSLUTTENDE KOMMENTARER**

Gjennom de siste ti årene har vi sett en klar forandring i synet på metadon. Fra å være totalt avvist som behandlingsform, har metadonbehandlingen etter hvert vunnet større aksept og anerkjennelse. Like viktig er utviklingen fra å være forbeholdt de mest syke og oppgitte rusavhengige til i noe større grad å bli vurdert som en behandlingsform mer på linje med annen medisinsk behandling.

Dette har selvsagt hatt stor betydning også for synet på de menneskene som har fått metadonbehandling. I vår undersøkelse har vi sett at rusbrukerne selv i stor grad har tilegnet seg dette negative synet på metadon og metadonbrukerne har dannet sitt eget selvbilde på grunnlag av det. Undersøkelsen viser i hvor stor grad dette negative selvbildet er en alvorlig hindring i behandlingen.

Det er ikke uten paralleller i vår nære historie at synet på avvikergrupper har vanskeliggjort en menneskeverdig behandling – noe som vi i ettertid beklager. Det må være en etisk utfordring å ta lærdom av dette.

Undersøkelsen viser at metadonbehandling er et tiltak som kan bidra til å gi pasienten bedret livskvalitet. Den viser videre at psyko- sosiale tiltak av ulik art er helt nødvendig for at bedret



livskvalitet skal oppnås. Det er en klar diskrepans mellom hvilke tilbud retningslinjene for metadonbehandling hevder skal være knyttet til behandlingen, og hvilke tiltak pasientene opplever å få tilbud om. Her står det mye igjen.

En annen ting vi kan konkludere med er at våre samtaler med informantene viser oss at de i større grad, og med større autonomi, må få lov til å vurdere verdiene i sine egne liv, uten å få alle premissene lagt av det såkalt vellykkede samfunn rundt dem.

## LITTERATURLISTE

Agar, M. (1973). *Ripping and Running. A Formal Ethnography of Urban Heroin Addicts*. New York: Seminar Press.

Andenæs, J. (1994). *Straffen som problem*. Halden: Exil forlag.

Avants, S. K., Margolin, A. & Mc Kee, S. (2000). A path analysis of cognitive, affective, and behavioral predictors of treatment response in methadone maintenance program. *Journal of Substance Abuse 11*, 215-230.

Ball, J. & Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services and outcomes*. New York: Springer Verlag.

Becker, H. S. (1963). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.

*Bibelen*. Det Norske Bibelselskap 1978/86

- Blix, O., Bruvik, S. & Waal, H. (1999). Metadonprosjektet i Oslo. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2, 242-246
- Burroughs, W. (1953). *Junkie*. New York: Ace Books.
- Bødal, K. & Fridhov, I. M. (1989). *Straff som fortjent?* Oslo: Justisdepartementet.
- Chatham, L. R., Knight, K., Joe, G. W. & Simpson, D. D. (1995). Suicidality in a sample of methadon maintenance clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 21, 345-361
- Christensen, B. & Gran, S. (1997). Det frivillige møtet: Et håp om fornadring. Terapeutisk arbeid med stoffmisbrukere. I S. Reichelt (red.), *Psykologi i forandring. Jubileumsbok Norsk Psykologforening 60 år.*(ss. 150-239). Oslo: Forlag Norsk Psykologforening.
- Christie, N. (1996). Forbundstidens siste dager. I W. Pedersen & H. Waal (red.), *Rusmidler og veivalg.* (ss.82-88). Oslo: Cappelens Akademiske Forlag.
- Christie, N. & Bruun, K. (1985). *Den gode fiende. Narkotikapolitikk i Norden*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. Aa. (1994). *Handling og dømmekraft. Etikk i lys av kristen kulturarv*. Oslo: Tano Aschehaug.
- Christoffersen, S. Aa. (1997). *Handling – Person – Samfunn. En innføring i grunnlagsetikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Tano Aschehaug.
- Christoffersen, S. Aa. (1999). *Etikk, eksistens og modernitet. Innføring i Løgstrups tenkning*. Oslo: Tano Aschehaug.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. California: SAGE Publications.
- Dark, S. & Ross, J. (2001). The relationship between suicide and heroin overdose among methadone maintenance patients in Sidney, Australia. *Addiction*, 96, 1443-1453.

- Dazord, A., Mino, A., Page, D. & Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Genova. *Journal of association of European Psychiatry*, 13, 235-241.
- Deax, K. & Either, K. A. (1996). Negotiating social identity. I C. N. Macrae, C. Stangor & M. Hewstone (red.), *Stereotypes and Stereotyping*. New York: Guildford Press.
- Dole, V. P. (1994). Intervju. Etter 30 år er metadonbehandling i ferd med å bli voksen. I M. Blindheim & G. W. Strand. *Stoffmisbruk*, 2, 40-43.
- Dole, V. P. & Nyswander, M. E. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *JAME*, 1993, 80-84.
- Ege, P. (1992). Behandlingsstrategier policy i Danmark – en kort sammenfatning. I G. E. M. Helgesen & H. B. J. Børresen. *Medikamenter i behandling av stoffavhengige* (ss.121-122)/RMF nr. 3. Oslo: Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF).
- Ege, P. (1996). Metadonbehandling i Danmark: fra liberalisme til statelig styring. *Stoffmisbruk*, 3, 29-30
- Eklund, C. (1996). *Withdrawal from methadone maintenance treatment in Sweden*. Doktoravhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Eklund, C., Melin, L., Hiltunen, A. & Borg, S. (1994). Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: long –term outcome and effects on quality of life and life situation. *International Journal of Addiction*, 29, 627-45.
- Ervik, R. (1997). *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 2: Behandlingsforløp og –status*. SIFA –rapport nr. 5. Oslo: Statens institutt for alkohol –narkotikaforskning.
- Ervik, R. (2000). *MAR – skadereduksjon og /eller rehabilitering ?* Foredrag på Nasjonal Metadonkonferanse i Oslo 27. og 28. januar 2000.

- Europeisk Overvåkningssenter for Narkotika og Narkotikamisbruk (EONN). (2001). *Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den Europeiske union*. Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner.
- Fjær, S. (1994 a). Kontroll og forebygging i internasjonal rusmiddelpolitikk. I K. T. Elvebakken, S. Fjær & T. Ø. Jensen (red.), *Mellom påbud og påvirkning* (ss. 159-169). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Fjær, S. (1994 b). Ideelle mål i skadereduserende tiltak. Skandinaviske målsettinger i metadonspørsmålet. I K. T. Elvebakken, S. Fjær & T. Ø. Jensen (red.), *Mellom påbud og påvirkning* (ss.170-179). Oslo: Ad Notem Gyldendal.
- Frantszen, E. (2001). *Metadonmakt. Møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Frigstad, K. (2003). *Etiske dilemmaer i MAR- behandlingen. Hvem definerer hva som er et godt resultat av MAR- behandling? Er rehabilitering kun mulig ved total rusfrihet?* Innlegg på Norsk Metadonkonferanse i Oslo 16. og 17. januar 2003.
- Fuggeli, P. (1990). *Helse og rettferdighet. Samfunnsmedisinske artikler og foredrag*. Bergen: Alma Mater Forlag A/S.
- Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology. I A. Giorgi, C. Fisher & E. Murray (red.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology* (ss.82-103). Pittsburg: Duquesne University Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma*. New Jersey: Prentice Hall.
- Grønblad, L. & Gunne, L. (1989). Methadone assisted rehabilitation of Swedish heroin addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 24, 31-37.
- Hagen, H. (1997). *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1.nov.1994*. Rapport 5/97. Oslo: SINTEF Unimed. Norsk institutt for sykdomsforskning.

- Hagen, G. (1994). Methadone maintenance counseling. Definition, principles, components. *Journal of Substance Abuse Treatment* 11, 405-413.
- Hansen, F. & Jansen, U. (2000). Metadonbehandling i Norge: Runaway train? *Stoffmisbruk*, 2, 12-13.
- Hansen, M. T. (1988). *Narkotika. Utviklingen i det formelle kontrollsystemet fra 1960-årene*. Oslo: KS- serien nr. 1-88. Institutt for kriminologi og strafferett.
- Hart, A (2001). *Hospits Central*. Drøbak: Hart Book.
- Hauge, R. (1992). Norsk narkotikapolitikk – en beskrivelse og vurdering. I H. Waal & A. L. Middelthon (red.), *Narkotikaforebygging mot år 2000* (ss. 151 –160). Oslo: Univeritetsforlaget.
- Helle, J. B. (1994). Fra særomsorg til nettverk. Nye utfordringer i arbeid med alkoholmisbrukere. I S. Reichelt (red.), *Psykologi i forandring. Jubileumsbok Norsk Psykologforening 60 år* (ss.251-264). Oslo: Forlag Norsk Psykologforening.
- Henriksen, B. L. (1993). Om elendighetsetik i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid*, 3,3-11.
- Henriksen, Ø. & Sande, A. (1995). *Rus. Fellesskap og regulering*. Otta: Kommuneforlaget.
- Holte, A. (2000a). *Serious Diagnosis: The Patient's Experience*. Paper presentet at the Sixth International Congress on Behavioural Medicine, Brisbane, Australia.
- Holte, A. (2000b). Basal kommunikasjonsteori: Har psykoterapeuter noe å lære? I A. Holte, M. H. Rønnestad & G. Høstmark Nielsen (red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning* (ss. 224-249). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hunt, D. E., Lipton, D. S., Goldsmith D. S., Strug, D. L. & Spunt, B. (1985). "It takes your heart": the image of methadone maintenance in the addict world and its effect on recruitment into treatment. *International Journal of Addiction*, 20, 1751-1771.

Hylland- Eriksen, T. (2001). *Øyeblikkets tyranni. Rask og langsom tid i informasjonsalderen*. Oslo: Aschehoug.

Joe, G. W., Simpson, D. D. & Hubbard, R. L. (1991). Unmet services in methadone maintenance. *International Journal of Addiction* 26, 1-22.

Joe, G. W., Simpson, D. D. & Sells, S. B. (1994). Treatment process and relapse to opioid use during methadone treatment maintenance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 173-197.

Joseph, H. (1995). *Medical Maintenance: The Further Concealment of a Stigmatized Condition*. Doktoravhandling. New York: City University of New York.

Koester, S., Anderson, A. & Hoeffler, L. (1999). Active heroin injectors perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed reduction? *Substance Use and Misuse*, 34, 2135-2153).

Kokkevi, A. Winter, M. & Dahl, A. A. (1997). The relationship of suicide attempts to licit and illicit drug use. I A. J. Botsis, C. R. Soldators & C. N. Stefanirs, *Suicide: Biopsychosocial Approaches* (ss. 55-63). Amsterdam: Elsevier.

Kriminalpolitisenralen (2002). *Årsberetning*. Oslo: Kriminalpolitisenralen.

Kvale, S. (1997). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Rietzels Forlag.

Lindeberg, S. & Ramstrøm, J. (1997). *226 Narkomane. En oppføljande intervjuundersøkning av en grupp frivilligt vårdade injektionsnarkomaner*. Stockholm: Byrå SNH, Socialstyrelsen.

Lindesmith, A. R. (1940). Dop fiend mythology. *Journal of the American Institute of Criminal Law and Criminology*, 31, 199-208.

Littlejohn, S. W. (1999). *Theories of human communication*. 6. utg. Belmont, CA: Wadsworth.

Lund, M. Ø. (2002). Personlig kommunikasjon, 20.09.02. Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Løgstrup, K. E. (1956). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal Dansk Forlag.

Løgstrup, K. E. (1982). *System og symbol. Essays*. København: Gyldendal Dansk Forlag.

Manstead, A. S. R. & Hewstone, M. (1995). *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology*. Oxford: BLACKWELL.

Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.

MARIO (2001). Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo. *Nasjonal tre-års rapport, 1998-2000*

MARIO (2002). Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo. *Årsmelding 2001*.

Miller, R. (1974). Towards a sociology of methadone maintenance. I C. Winick (red.), *Sociological Aspects of Drug Dependence* (ss. 169-198). Cleveland: CRC Press.

Mork, T. (1992). Policyutvikling. I G. E. M. Helgesen & H. B. J. Børresen (red.), *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige* (ss. 88-91). Rapport/RMF nr. 3. Oslo: Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF).

Murphy, S. & Irwing, J. (1992). Liwing with the dirty secret: Problems of disclosure for methadone maintenance clients. *Journal of Psychoactive Drugs* 24, 257-264.

Murphy, S. & Rosenbaum, M. (1998). Money for methadone 2: Unintended consequences of limited- duration methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20, 397-402.

Musselman, D. L. & Kell, M. L. (1995). Prevalance and improvement in psychopatology in opioid dependent patients participating in methadone maintenance. *Journal of Addictive Disorders* 14, 67-82.

- Mørland, J.(2001). Dødsfall etter metadonbruk. *Dagens Medisin*. 22/11
- Maaseide, K. (1997). *Narkotikapolitikkens retorikk*. Stensilserien, nr 86. Oslo: Univeristetsforlaget i Oslo. Institutt for kriminologi.
- Nova. (2002). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. *Ung i Norge 2002*. Oslo: NOVA.
- Novick, D. M., Joseph, H., Salitz, E. A. & Kalin, M. F. (1994). Outcomes of treatment of socially rehabilitated methadone maintenance patients in physicans offices (medical maintenance). *Journal of General Internal Medicine*, 9, 127-130.
- Ravndal, E. & Vaglum, P. (1992). *Deoresjon blant stoffmisbrukere i Oslo*. Oslo: Universitetsforlaget i Oslo. Institutt for medisinske atferdsfag.
- Reno, R. R. & Aiken, L. S. (1993). Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *International Journal of the Addictions* 28, 211-232.
- Riber-Mohn, G. F. (1996). Dilemmaer i narkotikapolitikken. I W Pedersen & H. Waal (red.), *Rusmidler og veivalg*. (ss. 74-81). Oslo: Cappelens Akademiske Forlag.
- Rossow, I. & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attemps and life threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 94, 209-219.
- Rubin, H. J. & Rubin, I. S. (1995). *Qualitative interviewing: The art of Hearing Data*. London: SAGE Publications.
- Ruud, A.-M. & Krook, A. (1998). *Rapport fra metadontiltaket Ullevål 01.01.1995 – 31.12.1997*. Oslo: Akuttinstitusjonen Ullevål, Oslo Kommunde.
- Rønning, K. (2000). Legemiddelassistert rehabilitering –så enkelt at selv legen kan gjøre det. *Rus & Avhengighet*, 6, 8-10.



Scherbaum, N., Finkbeiner, T., Leifert, K. & Gastpar, M. (1996). The efficacy of methadone racemic methadone in substitution treatment for opiat addicts –a double-blind comparison. *Pharmacopsychiatry* 29, 212-215.

Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo (MARIO) (2001). *Årsmelding 2001*. Oslo: Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo.

Skog, O. J. (1992). Tilgjengelighetens innvirkning på befolkningens bruk av rusmidler. I H.Waal & A. L. Middelthon (red): *Narkotikaforebygging mot 2000*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skretting, A. (1997). *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del !: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak*. SIFA-rapport nr.4. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Skretting, A. (2001). Legemiddelassistert ”rehabilitering” i Norge. Behandling – omsorg – skadereduksjon – kontroll? I H. Olafsdottir (red.). *Skyldig eller sjuk? Om vakt av påføljde for narkotikabruk*. Helsingfors: Nordiske nämnden för alkohol og drogforskning.

Sosial- og helsedepartementet (2000). *Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Spunt, B. J. (1993). The link between identity and crime for the heroin addict in methadone treatment. *International Journal of Addiction*, 28, 813-825.

Stortingsmelding nr.13 (1985-86). *Narkotikapolitikken*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 13 (1996-97). *Narkotikapolitikken*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Strain, E. C., Stitzer, M. L., Liebson, I. A. & Bigelow, G. E. (1993). Methadone dose and treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependency*, 33, 105-117.

Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. California: SAGE Publications.

Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press.

Thomassen, A. (1993). *Take a Walk on the Wild Side. Mytologier, bilder og fortellinger fra en dø(d)ende kultur. En kultursosiaologisk analyse av en narkotikasubkultur*. Rapport(UNGforsk nr.3. Oslo: Program for ungdomsforskning, Norsk forskningsråd.

Ward, J., Mattick, R. & Hall, W. (1992). *Key Issues In Methadone Maintenance Treatment*. National Drug and Alcohol Research Centre, New South Wales: University Press.

Willoch, J. (2000). *Metadon: Rus, politikk, medikament eller religion?* Foredrag på Nasjonal metadonkonferanse i Oslo 27. og 28. januar 2000.

Winsløw, J. & Ege, P. (1983). *Metadon og hva så?* København: Alkohol- og narkotikareedet.

Wrightsmann, L. S. (1977). *Social Psychology*. California: Brooks/Cole Publishing Company.

Waal, H. (red.) (1998). *Patterns on the European drug scene. An exploration of difference*. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Waal, H. (2002). Slutt fred med rusmisbrukerne. Kronikk i *Aftenposten* 07.08.02

Waal, H. (2003). *Hvordan er MAR-behandlingen i Norge? Hvem er MAR-pasienten og hvordan går det med ham/henne? Hvilke valg står vi overfor?* Foredrag på Nasjonal metadonkonferanse i Oslo 16. og 17. januar 2003.

Waal, H., Blix, O., Krook, A. & Olsen, H. (1999). Bruk av metadon i behandling av opioidavhengighet. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2, 237-241.

Waal, H., Knutsen, T. & Welle-Strand, G.(1991). Vedlikeholdsbehandling med metadon for HIV –positive stoffmisbrukere med immunsvikt. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 111, 3083-3086.

Waal H., Krook A.L., Welle-Strand G., Espegren O., Hole R., Lazardis K.B., Sandvold M., Moen S. & Høiseth T. (2001). *En nasjonal modell for medikamentassistert rehabilitering av opiatmisbrukere*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 121,2301-5

Ødegård, E. (1995). Legality and legitimacy. On attitudes to drugs and social sanctions. *British Journal of Criminology*, 35, 525-541.

Øye, I. (1999). Farmakologiske prinsipper for behandling av heroinmisbruk. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 119, 2066-2069.

## **VEDLEGG 1:**

### **Tilråkning fra Regional Komite for Medisinsk Forskningsetikk**

## **VEDLEGG 2: Informasjonsskriv**

### **VEDLEGG 3: Samtykkeerklæring**

## **VEDLEGG 4: Intervjuguide**

## **VEDLEGG 5: Appendiks**

## **APPENDIKS**

### **Motiver**

*”Jeg har tenkt på det som siste utvei... Jeg har håpet på å styre unna det. Jeg har tenkt at jeg måtte prøve å klare meg uten det først. Det er jo et opiat. Det er jo det. For meg så blir det litt sånn... må krype til korset for å greie dette her. Det blir negativt fordi jeg ikke klarer det uten.”*

Informant: *”Før jeg vurderte å søke metadon, det var tidlig da, da hadde jeg ganske mye motstand på det. At det var å gi opp på en måte.”*

Intervjuer: *”Tenker du ikke det lengre nå?”*

Informant: *”Nei. Først hadde jeg masse fordommer mot metadon, og... det handler om at mange tror at det er et rusmiddel. Jeg opplever selv at det ikke er antydning til rus engang.”*

*”Jeg sa det til meg sjøl dette det skal jeg greie alene. Først måtte jeg innrømme at jeg måtte ha hjelp. Til å dra på institusjon uten metadon. Jeg så på metadonbrukere som rusere med loven i ryggen, at samfunnet hadde gitt dem opp og... Jeg tenkte at det ikke var aktuelt. Men nå var jeg så sliten og så knekt psykisk at det var, ja det var redningen. Redningen for livet mitt.”*

### **Utslitt**

*”Jeg var forgifta, hele kroppen min var bare søppel... full av infeksjoner, sår og absesser. Jeg skjønnte at det ikke kunne gå særlig mye lenger. At jeg ville dø.”*



*”Det hadde mye med alder å gjøre. Når man har gått på stoff i 20- 25 år, så er det... Kroppen blir så utslitt, både fysisk og psykisk. Alle komplikasjoner som kan komme i avrusing, kramper, hjerteflimmer, det kommer med en gang, etter et døgn, etter 36 timer. Noe er helt galt inni kroppen.”*

*”Jeg var så sjuk sånn rein fysisk også. Kjente at kroppen snart ikke tålte mer. Jeg hadde flere blodpropper fordi jeg hadde satt i lysken ,de der grønne rohypnolene skal ikke skytes de, vet du,... Og jeg har hepatitter og jeg var underernært og... Ja, jeg merket at jeg rett og slett ikke tålte mer.”*

#### Mislykkede forsøk

*”På det tidspunktet var jeg sikker på at jeg ikke skulle gå et slikt mellomsteg for å bli nykter, altså det mellomsteget via metadon. Skulle jeg bli nykter skulle jeg bryte helt med narkomisbruket og leve helt medikamentfritt. Men så fikk jeg ikke til det, jeg prøvde med det ble bare tilbakefall til misbruk ganske fort. Fortere og fortere for hver gang egentlig. Jeg prøvde mange institusjonsopphold og avrusinger.”*

*”... da hadde jeg gått inn og ut og inn og ut av institusjoner siden åttitallet. Jeg skjønnte at det ikke gikk på den måten for meg. Det var hardt for meg å innse det, det var et veldig nederlag.”*

*”Jeg hadde ikke noe håp om at jeg skulle klare å leve rusfritt. Altså når jeg var på institusjon så klarte jeg det, men ikke etterpå. Jeg hadde helt mista troen på at jeg skulle klare å leve rusfritt. Jeg hadde forsøkt så mange ganger uten å lykkes. Jeg greier det inne på institusjon, men etterpå ryker jeg rimelig raskt. Hver gang skjedde det, selv om jeg har prøvd alt mulig. ”*

#### Tilleggsbelastninger

*”Dem var helt like, alle dagene. Det var å få i seg morraskuddet, pønske ut hvordan en skulle skaffe penger, gå ut og gjøre et brekk, ringe og bestille dop, hente det, dra hjem og så vidt rekke å nyte det så vidt før det er på`n igjen. Blei ikke egentlig rusa, etter hvert heller, bare frisk.”*

*”Det å måtte hele tiden stresse etter penger. Å ha dop liggende til neste morraskudd så du ikke blir sjuk. Gå på gata for å pushe eller gå på gata for å prostituere seg. Hele jævla tiden*

*måtte jeg stresse etter penger... En evig runddans med faenskap. Det er et så uverdige liv. Ingen burde leve sånn."*

*"Jeg har sittet 12,5 år inne i fengsel i kjølevannet av dopbruket mitt. For kriminalitet, for dritt jeg har gjort. Det er en stor del av livet mitt det. En tredjedel omtrent."*

#### Moralske dilemma

*"Det blir sånn når du er narkoman at du jager for å få tak i penger, og du stjeler. I lange perioder levde jeg av å stjele ting som jeg solgte videre etterpå. Det var kun det dagene dreide seg om... dopet mitt og meg, meg, meg. Uansett hvem du spør vil de fortelle at de ønsker seg ut av det, det er et helvete... Du får det ikke så bra med deg sjøl av det akkurat."*

*"Jeg ville jo ikke at livet mitt skulle ende slik: at sønnen min skulle få vite at jeg døde med nåla i armen og at det siste jeg gjorde før det var å ha tur på strøket. Det var ikke det jeg ville at livet mitt skulle være. Jeg vil han skal se at jeg kan være annerledes også, at mora hans er litt skikkelig."*

#### Presset til metadon

*"Jeg hadde ikke lyst til å søke metadon i det hele tatt, jeg. Jeg ville ha mer behandling. Jeg ville egentlig på Evangeliesenteret. For det har virka for meg før, da var jeg nykter i åtte år. Men dem ville ikke gi meg det, for jeg er for gammel. Jeg søkte metadon bare fordi sosialkontoret presset meg. De hadde plan A og plan B. Plan A var at jeg dro på et Evangeliesenter, men jeg sprakk første dagen. Så da var det ikke mer å si for meg, jeg hadde fått min sjanse og ikke greid å bruke den, sa dem til meg på sosialen. Det var det de sa, på sosialkontoret. Så da var det plan B som skulle settes i verk, da. Siden jeg er så gammel. Jeg ba om å få prøve en gang til på Evangeliesenteret, men det fikk jeg ikke."*

#### Nevrobiologisk ubalanse

*"Jeg tenker som så, at den perfekte sunne, friske hjerne, der er alt i balanse, der evner hjernen å holde hele kroppen frisk. Hvis alt har fått den riktige utviklinga fra naturens side. Så har du sånne avdelinger i hjernen som går på følelser og i det hele tatt... Så hvis noe skjer der, hvis man har ekstreme nytelsesgener som på en måte tar av i det øyeblikket de blir stimulert... Du har sikkert hørt sånne historier om prester som er alkoholikere men de vet det ikke fordi de ikke har drukket. Så drikker dem og så er de der med en gang. De første gangene*

*du drakk, da du sikkert tok dine første forsiktige steg på fester og sånn, så vil du huske at noen drakk seg så sanseløs fulle og mens andre var våkne til siste slutt. Hvorfor drakk noen seg alltid fulle? Så viste det seg at de ble alkoholikere senere, det er noe som ligger latent. Når noe ligger latent i en menneskekropp, i hjernen på et menneske, så er ikke alt i balanse. Det er det jeg tenker, det er sikkert vanskelig å påvise det fysiologisk. Det er gjort noen prøver som viser at det er mye sånt noe. Det er allerede i dag bevis på at heroinister får en lekkasje i hjernen i den omdanninga til dopamin. Stoffet lekker ut.”*

*”Da jeg var rusfri og ikke hadde metadon var jeg kvalm av russug hver dag. Etter å ha vært rusfri et halvt år var det fremdeles sånn at jeg kunne kaste opp av russug. Jeg sto inne på rommet mitt hver eneste morgen og sa til meg selv: Selv om jeg har SÅ lyst til å ruse meg skal jeg ikke gjøre det i dag. I morgen er en annen sak, men i alle fall ikke i dag. Det var det målet jeg greide å forhold meg til; en og en dag om gangen. Dette gjorde jeg hver eneste dag, og det er ganske slitsom å ha det sånn. Jeg hadde jobbet med alt jeg kunne tenke meg at jeg trengte å jobbe med, i terapi og sånn... Men likevel var noe galt. Jeg hadde en kjemisk ubalanse i kroppen som skapte et enormt sug etter dop. Det var dette jeg håpet metadon kunne gjøre noe med. At det kunne reparere den kjemiske ubalansen.”*

#### Håp om rusfølelse

*”Jeg hadde rusa meg en del på metadon tidligere, og hadde jo forventninger utfra det, da. Og den gang virka metadonen helt annerledes, jeg fikk en slags rusfølelse. Så jeg trodde vel at jeg skulle få det nå også. Men det gjorde jeg jo ikke da. ”*

*”Jeg visste egentlig at det ikke var rus, men jeg håpet nok litt på at jeg skulle kjenne det litt likevel. Så akkurat det var en skuffelse i begynnelsen, men nå er det helt grei. Eller, det er bra synes jeg nå, at jeg kjenner at jeg ikke er rusa. At jeg er nykter!”*

#### Dempet russug

*”Da jeg var nykter så var det mer enn nok å holde rustrangen borte. Det tok forferdelig mye krefter å holde rustrangen borte. Det var sånn 24 timers jobb, det var veldig tungt og fryktelig slitsomt. Jeg fikk liksom aldri begynt å jobbe med det jeg ville der, jeg bare tenkte på dop. Og det varte hele det året jeg var der. Jeg tenkte dette kunne bli annerledes med metadon.”*

## **Forventninger**

### Problemløser

Informant: *"Da jeg stod og ventet på metadon så tenkte jeg sånn; "bare jeg får metadon da skal det skje, og det og det..."*"

Intervjuer: *"Men det ble kanskje ikke helt sånn?"*

Informant: *"Nei. Metadon er ikke noe vidundermedisin, det er tøft arbeid. Jeg fikk meg en skikkelig trøkk..."*

*"Også kom dagen da jeg skulle begynne på metadon, og jeg starta på metadon og hadde det helt jævlig. Helt, helt, helt jævlig. Jeg hadde holdt ut og holdt ut, tenkt at bare jeg kom til den dagen jeg fikk metadon skulle jeg få det bedre. Men sånn ble det jo så klart ikke. Jeg skjønner jo nå at jeg ikke hadde skjönt noe på forhånd. At jeg var naiv og sånn."*

### Forenklet rehabiliteringsprosess

*"Jeg visste hva metadon var og hva det gjør med meg og at det ikke er noen vidundermedisin. Håpet var at det skulle dempe suget noe."*

*"Metadon er en krykke. Det demper russuget. Det er ikke mer enn det. Du må bruke ressursene rundt deg riktig. Det er det som er veldig vanskelig."*

## **Livet med metadon**

### Frigjort tid og energi

*"Jeg er fornøyd med metadonet, jeg. Med å være frisk og ikke trenge å tenke dop. Da kan jeg gjøre ting som gjør livet fint for meg. Jeg gleder meg over de små tingene, som å ta med fiskestanga mi ut i skauen, det holder lenge for meg. Og det å ha det rolig og godt med meg selv."*

*"Jeg synes at jeg ikke har det suget i kroppen lenger, da. Russuget. Jeg tenker mye, mye mindre på rus nå enn før. Det opptar meg mindre og mindre for hver dag. Det betyr at jeg kan gjøre sånne ting som vanlige folk gjør, liksom. Sånne småting. Det gjør meg så fornøyd at jeg kan fungere bedre i samfunnet."*

*"Jeg kan våkne om morgenen og ta medisinene mine og så føler jeg at jeg er mye roligere. Jeg kan konsentrere meg om andre ting enn hvordan jeg skal skaffe meg penger, hvem skal*

*jeg dra til for å handle, alt det der. Jeg får så mye mer tid, jeg er rolig og konsentrert og kan lese og sånn.”*

*”Metadon er nesten det viktigste i hverdagen. Selv om jeg ikke går rundt og tenker på det hele dagen, så er det helt grunnleggende. Jeg får frigjort energi til å gjøre andre ting. Fordi jeg vet at jeg vil være stabil.”*

### Fremtidsperspektiver

*”Nå ser jeg for første gang et slags lys i tunnelen. Jeg ser at dette har skal gå. At jeg skal fikse det til slutt. At det er mulig for meg. Nå har jeg fått leilighet også. Det har mye å si det også. Og metadonet. Jeg håper at jeg får det til nå, nå har jeg et liv foran meg. Det har jeg ikke hatt før.”*

*”Nå er det mulig for meg å tenke at jeg har en fremtid, at jeg har noe å kjempe for. Noe bedre i sikte, liksom. Det har jeg aldri følt jeg har hatt før. I alle fall ikke noe som er realistisk.”*

*”Før har jeg aldri tatt bevisste valg, jeg har liksom ikke tatt noe på alvor. Jeg har vel egentlig bare trodd jeg snart skulle dø uansett.”*

*”Jeg har regnet med at jeg ville bli en av statistikken. Overdosestatistikken. At jeg ville dø av å ruse meg. Daglig hører jeg om gamle kjente som dør av det. Når jeg har vært i vanlig behandling har jeg aldri trodd at jeg har sjansen til å greie det. Jeg har tenkt at det bare er å utsett det som må komme, hvile litt og drøye det. Etter at jeg fikk metadon er første gang jeg har trodd på at jeg har hatt en sjanse til å overleve dette.”*

### Ro

*”Jeg kjenner ikke så mye til at jeg bruker metadon, bortsett fra at jeg er blitt roligere og det er jo bare positivt.”*

*”Metadon demper og roer følelser. Jeg hadde så mye følelser, altfor mye kommer frem når du blir rusfri. Man blir så sårbar. Metadonet stabiliserer dette. Det roer følelseslivet . Alt i kroppen blir jo tregere; forbrenning, fordøyelse, følelser... - alt. Det er godt for meg. Før kunne jeg ikke sitte i ro. Nå er alt dette borte. Da jeg var student kunne jeg sitte i timevis, jeg kunne kjenne ro.”*

*”Når du har metadon har du litt ro, jeg bevarer noe av den roen jeg har hatt når jeg har ruset meg. Når jeg har vært nykter uten metadon har jeg alltid hatt et sånn hulrom inni meg som har vært så vondt å ha der. Det er der ikke nå når jeg har metadon. Jeg har fått en ro som ikke har vært der uten. Ikke noen gang. På forhånd fikk jeg beskjed om at det ikke ville virke på den måten. Jeg var mye plaget av angst da jeg var nykter før. Jeg turte ikke gå ut, ikke kjøre buss og alt sånn, og det fikk jeg beskjed om at det kom ikke metadonet til å ta noe av. Men det har den gjort for det er ikke sånn at disse tingene er problemer mer, og det var de jo alltid før. Så det har i alle fall virket sånn på meg, at det har tatt de der nervene på den måten. Og det er utrolig viktig for meg, det der, for det var så hemmende.”*

*”Selv om jeg går på metadon så er jeg nykter. Jeg har overhode ingen rusopplevelse. Jeg føler meg like oppegående som alle andre folk, alle andre som ikke går på det. Og likevel så gir det meg den roen som jeg aldri før har hatt. Jeg sovner med en gang, ligger aldri våken lenger. Men jeg er ikke trøtt på dagen slik andre kan være. Men jeg har drømt mer enn før, har hatt en del dop-drømmer. Men de sa jo på forhånd at det ikke ville gjøre meg noe mer rolig og at det ikke ville fjerne angsten, men det har det gjort for meg. Det var en god overraskelse, for det var angsten jeg fryktet mest på forhånd. Angsten var det jeg tenkte kunne ødelegge for meg, gjøre at jeg ville begynne å ruse meg igjen.”*

*”Den rastløsheten, den hyperfølelsen jeg har hatt fra før. Altså den der med at jeg aldri fant ut hva jeg ville, jeg fant meg aldri tilfreds med noe, på en måte. Enten det var forhold, eller gjøremål eller en jobb eller sånne ting. Nå føler jeg meg roligere, og på en måte mer voksen. Jeg har alltid hørt det der med at jeg er hyper. Og jeg har på en måte misunt dem som har den der roen. Som kunne slappe av og ha det bra. Nå har jeg... la oss si at jeg er blitt 50% bedre, da. Jeg føler at metadonet har gjort meg godt på den måten også, ja.”*

*”Men metadonet tar unna noen følelser det også, det gjør følelseslivet mitt flatere, og det er absolutt en bra ting med det... Ellers ville jeg blitt helt gal, altså. For det blir så mye av det vet du, så mye følelser. Alle de hadde jeg ikke fiksa, altså.”*

### Mestring

*”Jeg kom jo fra avrusing og har klart den for første gang i mitt liv. For første gang hadde jeg noe som gjorde at jeg greide gjennomføre det. Jeg hadde et liv i sikte, liksom.”*

*”Jeg har jo liksom allerede etter at jeg fikk metadon skaffet meg en bolig. Jeg har jo aldri før hatt en bolig noen gang. Jeg tok den runden med hybelhus først, jeg liksom lærte meg å bo. Etter det ble det kommunal bolig, for halvannet år siden. Og jeg har måttet lære meg å bruke å bruke penger. Når en har vært vant til å ha mye penger i lommene, da må du lære deg det på nytt igjen på en måte. Du må lære deg å gå ut og handle, og lære deg å betale regninger, lære deg å betale husleia di og sånn vet du. Men det kommer etter hvert altså, jeg er så glad for at jeg endelig har fått se at det går an. Det er så kjempefint. Men det står jo enda mye igjen, og det sa jeg også til... dette her kommer til å ta mange år. Jeg regner med at jeg antakeligvis kommer til å bruke resten av livet.”*

Intervjuer: *”Hva bruker du dagene dine til nå?”*

Informant: *”Sånn som i sommer har jeg hatt en nydelig sommer. Jeg har vært musiker, og har jobbet hele sommeren. Jeg har livnært meg på å spille i hele sommer, jeg.”*

Intervjuer: *”Er det noe du har gjort før også, eller er det nytt nå etter at du fikk metadon?”*

Informant: *”Nei, det er første gang jeg har gjort nå. Jeg måtte jo ha noe å gjøre da, sånn på dagene når jeg ikke skulle knekke noe mer... Jeg trengte jo en jobb, å få sysselsatt meg da. For dagene blir jo veldig lange. Også trengte jeg jo penger også. Så fant jeg ut at det var en super jobb for meg, der hadde jeg det fint. Jeg har aldri før visst at jeg har kunnet synge. Har aldri prøvd før, liksom. Nå har jeg til og med lagd noen sanger sjøl, og fått mye ros for dem til og med. Hadde jeg bare blitt gående å subbe så hadde det ikke blitt noe bra, da hadde det fort blitt rusing, altså. Nå har jeg gjort noe bra i stedet. Det er jeg stolt av, altså.”*

*”Det er så mye som er blitt bedre. Sexlivet, for eksempel. Det er jeg strålende fornøyd med. Det er så mye som er bedre. Bare det å kunne gjøre alt det vanlige dagligdagse. Å få til ting jeg ikke har fått til før. Jeg tenker mye bedre om meg selv nå. Jeg får tilbakemeldinger fra venner og bekjente som liksom synes du er flink. Du vokser mye på det, å få til ting.”*

### Holdning til omgivelsene

*”Før tenkte jeg jævla destruktivt om alt og alle rundt meg. Ga faen i dem, på en måte. Nå er det helt forandret. Jeg kjenner at jeg er mye mer ydmyk overfor andre mennesker, og at jeg er interessert, på en måte. Det angår plutselig meg også. Sånne ting som jeg ikke følte gjaldt meg før.”*

”Nå er sønnen min noe av det viktigste i livet mitt, før var det bare meg, meg, meg...”

Formatted

”Før var jeg veldig egoist, og liksom hatet samfunnet. Nå er jeg blitt mye mer ydmyk. Det er godt å ha streita seg litt opp. Da ser andre annerledes på meg også. Og jeg på dem, og da. Jeg ville jo egentlig være en sånn streiting før og, men det var så langt unna, liksom. Alle ønsker jo å gjøre sin situasjon bra. Sånn for å forsvare den, overfor de andre, altså. Nå er jeg mye mer takknemlig, og da liker jeg meg selv bedre og, da.”

”Jeg begynner å bli en sånn A-4 person, en sånn jeg tenkte så stygt om før. Nå blir jeg mer og mer rolig og lik de andre og det er veldig, veldig godt.”

#### Fravær av belastninger

”Det å vite at jeg kan gå å legge meg og vite at jeg har en flaske stående i kjøleskapet... jeg trenger ikke gå ute på natta å stjele. Det er en enorm lettelse. Og en har det jo bedre med det, da, å ikke stjele lenger. Det betyr mye.”

”Siden jeg fikk metadon har det holdt meg unna all slags kriminalitet. Jeg har ikke rappa et sukkertøy en gang. Før det var jeg en av dem som politiet kalte ”værsting”, da. Sånn som hadde gjort så mye galt at. Metadonet for meg gjør veldig mye, før var hele tiden den tanken der... den om hvordan jeg skulle få ordna meg neste dose. Hvor skal jeg gå å knekke en leilighet for eksempel. Det var sånne ting hele tiden. Alt det der uærlige er jeg helt kvitt nå, og det er jeg så veldig glad for. Det gjør at alt blir så veldig mye bedre. Jeg kan se meg sjøl i speilet.”

”Jeg har fått det bedre med meg selv, både gjennom all terapien jeg har vært i, og fordi jeg ikke må gå på strøket lenger.”

”Det er mye enklere å like seg sjøl nå når jeg har fått et sted å bo og kan ha reine klær og være mer sånn som andre normale folk. Å kunne be søstera mi på besøk til et sted hun tør å komme til for eksempel, det kunne jeg aldri før. Hun prøvde å besøke meg på hospiset en gang og da kom hun ikke inn, for dem trodde ikke på at hun var søstera mi fordi vi ikke har samme etternavn.”



*”Det er klart det gjør noe bra med meg at jeg kan gi noe til sønnen min. Tilby han et rusfritt samvær for eksempel. Det kan jeg nå og det er jeg stolt av. Jeg lever nesten vanlig nå.”*

#### Tilbakefallsfare

*”Når jeg begynner å kjede meg og føle meg alene, det er fort da jeg blir urolig og begynner å tenke på å ta et par piller, da. Og så angrer jeg i flere dager da, og tenker at det var dumt. Men det er sjeldnere og sjeldnere. Men dette tar tid, altså. Å lære seg å klare det uten disse episodene. For de ødelegger mye for meg. Det er ikke verdt det, liksom. Jeg har det jo egentlig så bra uten rus, det meste av tiden.”*

*”Du blir så ensom når du går på metadon. Det der med hvem skal jeg være sammen med, hvem er jeg liksom. Så blir jeg mye hjemme og holder meg mye alene og du blir veldig sårbar av det, du blir så alene. Så kommer det gamle, du kjøper deg noen tabletter og vil ruse deg igjen. Det er trygghet i det.”*

**Intervjuer: ”I hvilke sammenhenger er det du får lyst til å ruse deg, da? Når er det du tar piller?”**

*Informant: ”Noe som jeg har sett nå som jeg ikke var så klar over før er at jeg har litt sånn ”drittungetakter”. Når det er krangling eller uenigheter eller innskrenkninger jeg får på MARIO, eller sånn som jeg ikke er enig i eller ikke forstår. Da blir jeg snurt også vil jeg på en måte hevne meg, også får jeg ikke gjort det for det er ikke noe jeg kan gjøre. Ikke har du lov til vold og trusler om vold, og det, det er jo det jeg kan fra før. Det jeg har vært vant til. Nå går det på helt andre premisser, ikke sant, og da går jeg og ruser meg. Jeg vet ikke hvor jeg skal gjøre av sinnet, vet ikke hvor jeg skal gjøre av klørne mine. Jeg vil på en måte hevne meg, men det går jo, det oppdager jeg bestandig rett etter jeg har rusa meg, det går jo bare ut over meg selv.”*

*” Nå har jeg mista metadonet mitt, eller jeg er på nedtrapping nå da. Og da mister jeg både det og jeg mister boligen min. Jeg blir kastet ut herfra nå denne uka. Jeg har hatt fast jobb nå i de to årene jeg har hatt metadon, og har fulgt opp det hele tiden. Men i helgene har jeg hatt enkeltprekker hele tiden, da. Jeg har ikke greid å la være det. Så derfor blir jeg kastet ut da, både av metadonbehandlingen og av hybelen min her. Fra hospiset slapp jeg i alle fall den uvissheten, den trusselen om å bli kastet ut. Jeg visste hva som ville skje.”*

*Intervjuer: "Kan den angsten (for å miste metadonet) være med å gjøre at du greier å ikke ruse deg, eller virker det motsatt?"*

*Informant: "Det er det jeg ikke vet enda. Jeg er ikke så trygg på dem at jeg vet de vil hjelpe meg om jeg driter meg ut. Jeg er så redd for at jeg ikke skal greie det bra nok, at jeg ikke skal få flere sjanser."*

### Målsettinger

*"Jeg vil leve helt nyktert, det er det jeg vil. jeg skal aldri, aldri mer sette meg et skudd, aldri ta en pille utenom hvis jeg blir syk og får det av legen eller noe. Det bestemte jeg meg for da jeg fikk igjen metadonet, og det har jeg holdt siden. Det er jeg så stolt av, for nå begynner det jo å bli en stund siden. Snart to år, vet du."*

*"Jeg vil bare ha nervene i sjakk. Så er jeg fornøyd."*

*"Målet er jo å være helt rein da, men det er ikke alltid det går. Men det er ikke så rart heller da, etter så mange år med nåla som beste venn."*

*"Målet mitt er å holde meg helt unna nåla, det er den som er farlig for meg. Om jeg, sånn som nå, tar noen valium er ikke det farlig for meg. Det dør jeg ikke av og det ødelegger ikke rehabiliteringa mi."*

### Sosial kompetanse

*"Jeg er 38 år, men jeg tror jeg er ganske ungdommelig i hodet da. Det er akkurat som jeg har vært i dvale i nesten 30 år... Jeg har nesten rusa meg så lenge. Og i alle dem åra har jeg bare lært feil ting, ting som jeg ikke skulle lært. De mer vanlige tinga har jeg ikke lært. Så på mange måter begynner jeg på tolvårs-stadiet, og det er litt vanskelig da, når du er 38."*

*"Jeg levde avskåret fra andre mennesker da jeg rusa meg, prostituert meg og... Det å hele tida leve i et kriminelt miljø eller... Ja med et helt eget sett av lover og regler. Det gjør at du mister omverdenen av syne... Det er så mye jeg må lære om igjen, ting jeg ikke har lært fordi jeg har levd helt annerledes. Alt som har med vanlige ting å gjøre, liksom."*

*"Jeg har jo så mye gjeld også, masse inkassoer som ligger der, så jeg kan jo aldri begynne å jobb vanlig. Jeg jobber svart ellers blir alt bare spist opp. Det hadde vært fint å få hjelp med*

*den gjelda... Sette opp en oversikt og få til ordninger osv. Jeg trenger å lære dette med penger og økonomi. Nå blir jeg bare redd av det, og det er nedverdiggende å ikke skjønne sånne ting selv. Når man er voksen og sånn... Men hvis det ble gjort på en måte der en ikke behøvde å føle det så nedverdiggende. Der de aksepterte at dette er noe vi ikke har lært... og kanskje ga litt støtte på det. Det er jo ikke så rart heller, da. Vi har jo gått glipp av mye læring, vi. Om sånne helt vanlige dagligdagse ting.”*

*”Jeg har fått kommunal leilighet her i byen nå, da. Og målet er jo å bli sterk nok til å kunne bo alene i en egen leilighet. Det høres kanskje rart ut, men jeg må lære det selv om jeg er en voksen mann.”*

*”Jeg ser at jeg må bruke mye tid på å leve et ordentlig liv. Ting går ikke av seg selv for meg. Jeg må huske på å gjøre sånne helt vanlige ting som å stå opp, spise, vaske opp, lage middag og sånn. For andre går jo sånne ting av seg selv. Jeg må tenke på det ellers blir det borte for meg. Jeg må passe på at jeg er sosial, at ikke jeg trekker meg unna andre mennesker for lenge av gangen. Det synes mange er rart, men sånn er det for meg. Jeg glemmer disse tingene om jeg ikke er obs... Og jeg må hele tiden passe på at jeg ikke gir meg selv sjansen til å lure meg selv, da kan det lett ende opp i rus igjen. Alt dette tar mye energi.”*

### Ensomhet

*”... andre har gradvis bygd seg opp et sosialt nettverk på jobb og skole og hele ungdomstiden og det voksne livet. I rusmiljøet har vi ingen venner. Der er det ingen som ringer og spør hvordan det er med deg, eller om du vil være med på kino. Der dreier alt seg om penger og dop. Så når du blir nykter har du ingen. Og det er ikke så lett å få noen heller, det har ikke vært det for meg i alle fall. Jeg veit jo ikke hvordan jeg skal være eller hva jeg skal si eller sånne ting. Så jeg holder meg mest for meg selv.”*

*”Men jeg har gått over på metadon, jeg, for jeg klarer det ikke alene. Jeg trenger hjelp, jeg. Jeg er dritt lei av å skulle klare alt selv. Jeg er dritt lei og dritt ensom. Jeg er liksom så ”sterk”, men jeg er egentlig bare svak og veldig, veldig ensom.”*

*”Jeg har alltid vært vant til å motta så mye negativt, jeg er jo vant til at folk ser på meg som søppel og dritt, da. Så det er jo ikke så nytt. Den første stunda da jeg var nykter var det spesielt ille. Da var det så vondt at jeg nesten holdt på å gi opp. Det er jo lettere å ta det når*

du ikke er nykter. Da kan en bare drite i det, og det er lettere å forsvare seg. Så begynte jeg heller å leve mer tilbaketrukket da, og holdt meg unna folk. Men det er jo vanskelig i lengden, å være så ensom.”

Intervjuer: ”Hvem er det som er omgangskretsen din, da?”

Informant: ”Det er noen kristne, da. Jeg er personlig kristen. Eller var, eller jeg er vel egentlig det nå og. Jeg ble frelst for tre år siden, og jeg har kontakt med noen av de menneskene enda. Ikke så mye nå, men. Det er det mest positive nettverket jeg har. Det som er dumt med dem er at de bare er opptatt av om jeg tror på Jesus og ikke av noen annet med meg liksom. Også er det noe skolevenner som jeg har litt kontakt med. Men det er vel mest stoffmisbrukere jeg kjenner, faktisk. Så jeg har et veldig lite nettverk, egentlig. Men jeg har et lite et, det er en begynnelse og det er viktig. Det er faktisk veldig, veldig viktig, for vi mennesker vi er jo flokkdyr. Vi greier ikke det å være aleine, i alle fall ikke jeg. Jeg kan bli ensom av og til. Eller egentlig ganske ofte, da. Jeg er mest ensom.”

”Så når jeg ble alene, når kjæresten min ble syk og manisk og måtte legges inn, da ble jeg så alene og ensom. Og det har jeg jo vært siden. Jeg vet at hun er der oppe, men hun er innlagt nesten hele tiden. Er masse psykotisk og manisk hele tiden. Og alt dette gjør jo ikke metadonet noe med. Jeg savner en å være glad i noen like mye som før, jeg. Nå har jeg ingen. Og jeg vet ikke hvordan jeg skal få det heller, jeg greier det ikke.”

”Jeg håpet på at jeg skulle komme inn på voksenopplæring da. Jeg skulle ta niårig, og håpet å komme inn der slik at jeg kunne bli kjent noen. Jeg håpet det kunne være en måte å bli kjent med vanlige folk på. Men så kom jeg ikke inn der da, så da ble det fjernundervisning gjennom en datamaskin. Så det ble ikke så mange jeg ble kjent med der. Det var innmari skuffende, for jeg hadde store forhåpninger akkurat til det der.”

”Jeg har lært meg noen mekanismer, og en av dem er å si farvel til rusmisbrukere... Det gjør jeg og det er veldig tøft for jeg sier farvel til så å si hele nettverket mitt, det er trist... Virkelig trist.”

Formatted

### Skyldfølelse

”Det er litt jævlig da, å vite at en har ødelagt for hele familien. Da hjelper det egentlig ikke om dem ikke var så greie dem heller. Det er jo jeg som har vært verst, synes jeg. Det er vel

*verre å bruke narkotika enn alkohol og piller som dem brukte, det mener i alle fall samfunnet. Og det er mer skam med det også, da.”*

*”Jeg har en unge jeg ikke har tatt meg av i det hele tatt. Jeg har egentlig vært en like dårlig far som faren min var for meg. Det er vanskelig å svelge.”*

*”Jeg prøvde lenge å skjule for mora mi hvor ille det egentlig var med meg, men det gikk jo ikke i lengden, da. Jeg har knust henne, jeg har gjort det. Hun har vært på nervesanatorium og alt på grunn av meg.”*

Intervjuer: *”Tenker du mye på det, at du har såret dem?”*

Informant: *”Ja, jeg tenker veldig mye på det, det har jeg sagt til moren min. Faren min han har jeg ikke noe kontakt med da, så han har jeg ikke noe dårlig samvittigheten overfor overhodet. Han har aldri brydd seg om meg. Men moren min hun har vært det hele tiden og prøvd så godt hun har kunnet, og jeg har gang på gang det siste året sagt unnskyld. Jeg har aldri stjålet fra henne, men bare det å være narkoman. Bare tenker på hvor mye angst hun har hatt, hver gang telefonen har ringt. Hun har mista en sønn av overdose, og ja, hatt meg også. Jeg vet hvor vondt hun har hatt det. Jeg ser det på henne nå at hun har det mye bedre nå, mye tryggere liksom.”*

*”Moren min har tre barn og har slitt med alle sammen. Hun har slitt mye det siste året. Jeg har fått høre det mye, sånn, ”jeg er sykemeldt nå, jeg har slutta å jobbe på grunn av deg”. Det er litt vondt å høre. Jeg prøver så godt jeg kan, også får jeg høre at grunnen til at hun er sykemeldt nå og at hun er utbrent er fordi jeg har vært narkoman. Og det sliter på ved siden av. Det er derfor jeg stadig vekk ber om unnskyldning.”*

Informant: *”Ikke så mye kontakt med moren min, jeg vet at jeg har muligheten til å ha mer kontakt. I forhold til når jeg var på kjøret og ikke hadde noe kontakt, så er det jo mye kontakt nå. Det er jo bare fire år siden jeg slutta, jeg har bare holdt på i fire år med å bygge opp det jeg har revet ned.”*

Intervjuer: *”Så du tenker at du har revet ned?”*

Informant: *”Ja, det er klart jeg har det, det er det jeg har drevet med. Ja, det er å rive og bygge opp. Jeg var 13-14 år da jeg begynte å ruse meg, det blir mange år på kjøret det. Mange år å gjøre opp for.”*

## **Tapt liv**

Informant: *"Jeg føler at jeg ikke har fått til så mye. Hvis jeg skulle sammenligne meg med gamle klassekamerater, så tenker jeg at de har hus og unger, ja, de har på en måte fått gjort noe da. Jeg er 35 og er i begynnelsen av livet ennå da. Det er litt rart egentlig. Jeg ser ikke meg selv helt som 35."*

Intervjuer: *"Nei, hva ser du på deg selv som da?"*

Informant: *"Jeg er jo 35 år, men jeg tror jeg er ganske ungdommelig i hodet da, mer enn andre, jeg vet ikke helt, men på en måte. Samtidig har jeg opplevd veldig mye som gjør at jeg har livserfaring som en 80 åring. Ja, men det er mere sånn, opplevd ting som forhåpentligvis folk ikke opplever i det hele tatt, tenker jeg... (gråt). Og alle de fine tinga som folk på min alder har, sånn som unger og mann og familie og jobb og sånn... - alt sånn har ikke jeg. Og jeg kommer nok aldri til å få det heller. Jeg sørger nok mye mer enn jeg egentlig skjønner og tør tenke på. Over alt liksom."*

*"Det er jo en sorg for meg at livet mitt ble som det ble også. Og for foreldrene mine. Jeg har skuffet dem. Men mest meg sjøl. Når du er 38 år skulle du vært et annet sted i livet, liksom. Det kan bli litt overveldende hvis jeg begynner å tenke på alt dette, alt som har gått tapt for meg, på en måte. Så jeg prøver å tenke minst mulig på det. Men det dukker jo opp hele tiden, da."*

*"Det er noe som er innmari følt... Det er mye det at jeg har rasert livet mitt. Og det kan jeg aldri få gjort noe med. Det aller meste av livet er alt kjørt i dass, og mye av det som er igjen blir ødelagt... som en bivirkning, på en måte. For som narkoman er det jo ingen som vil ha deg. Selv om jeg har metadon nå. Dette har jeg faktisk grini mye for. Selv om jeg er en mann på over førti år."*

## **Selvoppfatning**

### Rusihistorien

Intervjuer: *"Tenker du at det at du drikker safta med metadon hver morgen, gjør noe med hvordan du tenker om deg selv?"*

Informant: *"Nei, jeg føler... nei... det i seg selv... nei, nei, jeg tror ikke det, nei. Jeg tror ikke det har så mye med hvordan jeg ser på meg selv. Jeg har påført meg selv så mye psykiske*

skader som misbruker. Det har mye mer å si for hva jeg synes om meg selv enn at jeg må drikke solbærsaft om morgenen.”

▲ *”Jeg ser jo det på folk, at de er rusmisbrukere. Du ser det på klærne, på tenna, på ansiktet og sånn. Det er noe av det vi trenger hjelp med... Jeg tror de fleste av oss bruker ord og talebruk som ikke passer seg egentlig, i for eksempel en vanlig jobbsammenheng. Vi prater ikke samme språk som de nyktre. Sånn som jeg, jeg kunne aldri vært sammen en type som har vært nykter hele sitt liv, for..., ja, som sagt, vi prater ikke samme språk. Jeg har noe av den gamle greia, den der at man prater monotont, treig til å få fram ordene, sier ord som andre ikke gjør og den biten der, ikke sant... Vi trenger hjelp til å endre på alt med oss som er knyttet til rusverdenen. Og det er så viktig for oss, for å kunne komme tilbake til samfunnet. For at folk skal tåle oss, og fordøye oss i det hele tatt, liksom. For dem er jo allerede veldig skeptiske til metadonbrukere og til tidligere rusmisbrukere, for å si det sånn.”*

Formatted

▲ *”Noe har forandra seg, det har det etter et langt liv som rusmisbruker. Jeg har ødelagt ting oppi huet mitt av rusinga, det er helt sikkert. Jeg har tatt skade av å være narkoman, det har jeg.”*

Formatted

▲ *”Og så skal jeg finne ut hvordan stil jeg skal ha på en måte, jeg har tenkt å ikke bare forandre meg innvendig, men utvendig også. Skifte stil og finne meg sjøl, liksom. Hvordan jeg skal være. Nå har jeg blitt såpass gammel at jeg må ha litt mere damestil synes jeg, og det synes dattera mi også. Jeg har så mye klær i skapet mitt... men det er ikke noe ok å ta på seg skikkelige klær også ser du all right ut helt til du åpner kjeften liksom ( har ikke tenner). Må finne på noe, kan ikke bare sitte hjemme å se på tv og bli dum. Jeg mener det altså, at når jeg begynner på metadon, så må jeg forandre på mye og ikke bare innvendig, men utvendig også. Slik at jeg klarer å like meg selv til slutt.”*

Formatted

*”Det ville jo blitt... jeg opplever at det ville blitt lettere og opprettholde et veldig negativt selvbilde om jeg ikke hadde fått metadon... Jeg ville avskjærer meg enda mer fra andre mennesker med den livsstilen som jeg hadde da jeg rusa meg. Jeg ville ikke ha klart å utvikle meg mer, jeg tror jeg bare ville ha stoppet... Sånn personlighetsutviklingsmessig. Slik føler jeg det. Uten metadon ville jeg fortsatt å ruse meg, og da ville jeg fått liten nytte av det jeg har lært når jeg har gått i terapi.”*

### Kroppsbilde

*”Jeg prøver å se på meg selv i speilet og se om det er noe med meg. Jeg titter på armhulene mine og ser etter arr og sånn da. Om sommeren er det mye verre, for da vises merka godt når jeg går i t-skjorte.”*

*”Og det du merker innmari godt når du begynner på metadon, er at alle skader og skavanker kommer fram... Sånn som tenner detter ut og tannverk og mageproblemer og nyreproblemer, alt sånn kommer fram når du blir nykter. Og det er også en ting å takle når du begynner på metadon, det er ikke alltid like enkelt. Det eneste som står igjen nå, er å få fiksa på tennene. Det er ikke noe særlig ok å gå sånn. Det er liksom det siste som står igjen på det utseendemessige liksom, det plager meg veldig.”*

*”Og folk sier sånn "er det deg?, du er ikke til å kjenne igjen", for første gang i mitt liv veier jeg 72 kg. Og i stedet for å veie 55 og være helt skrapa og være helt på bunn, og fly rundt å hogge kniven etter folk og sånn, så er jeg helt stille og rolig.”*

*”Det er litt vanskelig nå på sommeren, når det er varmt og alle drar på stranda og sånn... Jeg kan ikke dra dit, jeg ser jo ikke ut. Har ikke gått i shorts på mange år. Badedrakt har jeg ikke engang. Kroppen min er helt ødelagt. Masse merker etter sprøyter og arr og greier...”*

### Karakter

*”Jeg kjente at det ikke var mulig for meg å fikse det på annen måte. Jeg greide ikke ta meg sammen... Jeg prøvde og prøvde, men det gikk ikke. Jeg greide ikke slutte på vanlig måte. Jeg måtte bare kripe til korset og be om å få metadon. Jeg hadde ikke noe annet håp.”*

*”Jeg ser jo det giftmerket på flaska hver dag. Jeg får i meg gift hele tiden, og skulle det skje at jeg ikke hadde det, så blir jeg jævlig dårlig og den redselen der er tilstede. Jeg er redd for det, det er fryktelig vondt i kroppen og i sjela, liksom. Jeg kommer aldri til å bli kvitt den psykiske avhengigheten. Det er jævlig. Jeg er svak. Jeg er for alltid underlagt det. Det er plagsomt. Man blir jo avhengig av metadon også. Man bytter ut et stoff mot et annet.”*

*”Det er et skår i gleden det der at jeg ikke har greid det på den reale måten... Jeg har ikke greid det, egentlig, jeg måtte gi opp, liksom. Så selv om jeg på mange måter er litt fornøyd med det jeg har fått til er jeg det liksom ikke likevel fordi jeg har måttet ta feil vei... I alle fall*



*i andres øyne er det slik... og da blir det jo litt sånn for meg også, da. Det hadde vært bedre om jeg hadde vært der jeg er nå uten metadon, vet du.”*

### Sykdom

*”Metadon for meg er som insulin for en diabetiker”*

*”Metadon er medisin som holder meg i live”*

*Intervjuer: ”Kunne du tenkt deg å slutte med metadon da?”*

*Informant: ”Nei, ikke det. Nei da måtte jeg fått et annet medisinsk tilbud. Jeg har et rusproblem og jeg trenger medisin. Ja, det er sant det. Uten noe metadon, er jeg helt slukna, helt borte. Men med, så våkner jeg og er frisk og får lyst til å gjøre ting.”*

*”Jeg har nå innsett det at jeg kommer til å måtte bruke dette livet ut. Det er en livsnødvendig medisin for meg. Det er helt greit for meg å tenke det. Jeg er bare takknemlig for at jeg har fått det. Jeg har akseptert det helt.”*

### Klientrollen

*”Jeg kom på x (institusjon) første gang da jeg var 16 år, og har på en måte hatt med dem å gjøre hele den tiden. Det gjør mye nå, i forhold til dem på jobben også. Ja jeg har jo trygd da, og jobber fire dager i uka fast, og jeg har stilt opp ellers også. Når de har trengt det, og det har egentlig vært veldig ofte. Og har aldri fått noe ekstra betalt for det. De sparer jo masse på at jeg jobber gratis for dem på fritida mi. Og jeg vet sånn teoretisk at jeg er verdt penger jeg og, og at jeg har rett til å si nei når det blir for mye. Men jeg greier ikke kvitte meg med den følelsen at jeg bare må gjøre det, for jeg har jobbet så mye gratis opp gjennom årene... På institusjoner og sånt, og når vi har diskutert det så får vi beskjed om at vi skal holde kjeft og være glad for det vi får... Vi er jo bare narkomane, og vi skal være glade for at vi får være der. Vi på en måte lært at den jobben vi har gjort ikke er verdt penger. Så jeg føler jo veldig det på jobben nå også, at jeg skal bare være heldig jeg, fordi at jeg får lov til å jobbe der i det hele tatt. Jeg skal ikke kreve noen penger selv om jeg jobber mer enn det som er avtalt. Selv om jeg vet at andre tjener mye penger når de jobber ekstra. De har en motivasjon i penger de i alle fall, og da er det jo litt mer ok å slite litt ekstra. Dette her med penger og dette at jeg tror jeg må vrenge sjela mi for alle, det er det sånne institusjoner som er skylda i, altså. Jeg er blitt prenta det inn i hodet siden jeg var 14 år. Og før det var jeg jo et barn, og tenkte ikke*

*på slik. Og det der er ikke bra altså, en får jo så dårlig selvtillit av det. Jeg vet godt sånn teoretisk, jeg er veldig fornuftig og sånn. Så jeg vet at jeg er mye verdt og alt det der, men jeg har liksom ikke merket det så mye. Så jeg greier ikke å oversette den teoriene i noe følelsesmessig, liksom. Ikke i det hele tatt. De har sagt at jeg er verdt noe, men ikke vist det i praksis.”*

*Intervjuer: ”Er du ikke stolt over deg selv og den kjempejobben du har gjort i forhold til rus? Du har vært nykter i to år uten en eneste rusepisode, tatt et år på skole og begynt i jobb. Det er mye.”*

*Informant: ”Nei, jeg er vel ikke egentlig det. Det skulle liksom bare mangle, tenker jeg. Jeg skulle jo aldri vært der at jeg måtte gjøre den i utgangspunktet, ikke sant. Det er der feilen er, den er min og det er det som blir det viktige.”*

*”Det er litt spesielt dette å bli kontrollert så mye hele tida. Jeg tisser mens noen ser på, jeg kan ikke reise bort, ikke til mora mi en gang. Det er fordi jeg ikke har vært flink nok, da. Hadde jeg vært det hadde jeg sikkert fått godkjent søknader om å få med metadon, for eksempel for ei helg. Men det får jeg jo ikke sånn ting er nå. Det er ekkelt at andre skal bestemme sånn for deg når en er voksen. Og mora mi synes jo det er litt rart. Men hun veit ikke om det der med at dem må se på når jeg tisser.”*

#### Dårlig menneske

*”Jeg var jo veldig sånn at metadon er det så vanskelig å få. Jeg kommer ikke til å få det, det er bare de som er gitt opp og HIV-smittet som får det og sånn. Og samtidig, det tror jeg nesten alle narkomane tenker for vi leser jo avisen, og får det inntrykket at det er liksom harde narkomane som får det. Det ble slik: Er jeg en av de som kvalifiserer til å få metadon? Jeg synes det var rart og vondt å skulle identifisere seg med det. Nå er det er ikke annet å gjøre med meg, liksom. Og når jeg tenkte sånn så synes jeg det var skikkelig vilt, altså. Og ganske vanskelig. Jeg er ikke som andre, og vil aldri bli det. Det er det dette innebærer for meg.”*

*Intervjuer: ”Det gjør mye med hvordan du tenkte om deg selv?”*

*Informant: ” Ja, helt klart. Mye også. Jeg tenke: Fy faen de ser bare på meg som den værstingen. Og det er jeg jo også, i deres øyne. På papiret så er jeg jo det. I journalen min. Jeg tror folk tenker veldig enkelt om stoffmisbrukere. Det de ikke tenker på er at jeg har akkurat de samme følelsene og behovene som alle mennesker har.”*

### Sårbar

*”For selv om man på en måte kan bære en maske som... ser normal ut så er man egentlig veldig usikker, du går rundt og er bare usikker. Det er ikke normalt å være sånn.”*

### **Psykisk helse**

#### Tanker og følelser

*”Det går veldig mye opp og ned. Jeg synes jeg er veldig sentimental i forhold til veldig mange andre, jeg griner veldig lett... og jeg griner mye. Men jeg tror at hvis jeg ikke hadde klart å grine, så hadde det klikka for meg og jeg hadde vært på psykiatrisk institusjon for mange herrens år siden. For jeg har opplevd så mye dritt at du vil ikke tro det, det er ikke normalt, vet du. Fire voldtekter, knivstikking, juling i to og et halvt år, prostitusjon, kriminalitet, slåssing på strøket..., you name it altså. Dette har jo jeg hatt i ryggsekken med meg. Pluss ting jeg sikkert har glemt bort på en måte, bare for å overleve. Så seksuelt misbruk for eksempel, det kom plutselig fram på Ullvin og da først forstod hvorfor jeg hadde begynt på strøket og at det ikke var min feil... Jeg var bare 11 år den gangen, så jeg kunne ikke gjøre noe med det. Alt dette her hadde jeg bare fortrenget og det kom plutselig fram på Ullvin. Det var tøft altså, så da havnet jeg på kjøret, det har ikke jeg bearbeidet noe særlig, det er en ting jeg venter i det lengste med å ta opp, for jeg vet det kommer til å bli så tøft...”*

*”Det kan være litt sånn, ”oj”, plutselig begynner man å tenke på ting som en ikke har tenkt på før i det hele tatt, ting som har vært langt bak i hodet og så kommer det så jævlig mye. Tankene og følelsene bare velter fram, liksom. Mareritt for eksempel, det har jeg hørt andre som går på metadon har hatt, og det har jeg også hatt. Det kan vel komme både med og uten metadon, jeg har ikke hatt så veldig mange, men jeg har hatt noen som har vært ganske traumatiske.”*

*”Det er forskjellige dager, enkelte dager er jeg helt nedfor, andre dager går det bedre. Men det er mye tenking og det er ofte jeg føler meg deprimert, er helt tung og bare tenker på alt som gikk galt... Jeg tenker mere nå enn før, mye mere. Og da blir det mye følelser også. Har fått bedre tid til det også, vet du.”*

*”Du vet, jeg har stort sett alltid regulert følelser med rusmidler. Uten rus ble det altfor mye på en måte. Jeg har hatt veldig dårlig selverkjennelse og da blir det mye kaos. Ruser man seg*

*da kommer man i alle fall i en tilstand man vet hva er. Man blir stabil. Det er trygt. Man vet hva man får. Det er så innmari mye kaos. Alt er bare vondt og kaotisk. Du får ikke tak i noe her i verden. Det er liksom ikke mulig å få tak i noen følelser som varer. Du har ingen faste holdepunkter. Alt varierer her i verden. Det er vanskelig å forholde seg til, synes jeg. Da er rusen forutsigbar og trygg å søke til. I alle fall heroinen.”*

*”Jeg merker at jeg trenger å gå til psykologen min igjen, jeg trenger å snakke med noen. Jeg merker det nå når jeg sitter og snakker med deg. Men grunnen til at jeg ikke har vært der på en stund er at jeg ba om det selv, at vi skulle begynne å prate om prostitusjon. Jeg har vært prostituert og jobba på strøket siden, første gang var jeg 15, og nå er jeg 42. Det er noen år siden jeg var der, men likevel jeg har ikke fått bearbeidet det og lagt det bort. Det henger liksom fast i meg, det plager meg. Så var det meningen at vi skulle begynne å jobbe dypere med det, men så fikk jeg angst og da ble jeg borte, turte ikke gå dit igjen. Men jeg har ikke gitt opp, jeg skal tilbake. Det er ikke tilfeldig vet du, at jeg får angst og ikke drar til psykologen når vi skal begynne å jobbe med prostitusjonserfaringen min. Det henger sammen.”*

#### Emosjonell kompetanse

*”Jeg har jo på en måte stagnert som 11 åring, jeg vet du, sånn rent følelsesmessig. Alt du har lært etter den alderen om følelsene dine ... det har jeg gått glipp av... Alt det må jeg lære nå. Som voksen.”*

*”Det som er ekkelt er å være nesten førti år og ikke vite hva som er normalt og hva som er sjukt av følelser. Det vet ikke jeg, og det gjør meg jævlig usikker og redd.”*

*”Jeg må jo regne med at følelseslivet mitt er skadet på en måte, etter så mange år med rusing.”*

#### Psykiske lidelser

*”Det er bare det at jeg har en klikk på nervesystemet. Så det var mye angst og mye redsel gjennom hele oppveksten da. Sikkert mye av grunnene til at jeg hadde mye angst nå. Og det sa jeg da jeg begynte i metadonprosjektet her også. Og doktor X sa til meg da jeg begynte her at benzodiazepiner over lang tid ødelegger nervesystemet like mye som det gjør godt. Det skader nerver, men når det allerede er ødelagt. Jeg har spist piller siden jeg var 16 år*

*gammel, det var da søstera mi ikke orket mere og reiset over til Stockholm og forsvant, og hun var det eneste omsorgspersonen min. Da ble det bare nålen og nerveberoligende i ett sett.”*

***Informant: ”Jeg har fått en sånn diagnose nå da... har fått ny diagnose. Med emosjonell personlighetsforstyrrelse... Boarderline. Impulsiv type. Det er diagnosen min.”***

*Intervjuer: ”Hvordan var det? Å få den?”*

*Informant: ”Nei, det var på en måte litt tøft. Det var i en periode jeg var hos en psykolog da, som jeg følte jeg hadde fått god kontakt med. Jeg trodde selv da at jeg bare var hyper. Det var en diagnose jeg hadde fått før og hadde forsonet meg med og kunne leve med. Jeg har jo skjønt at det har vært noe litt feil, da på en måte. Eller ikke feil, da men jeg føler ikke at jeg er redusert sånn intellektuelt eller noe. Det er mer det at... at mine synspunkter er ikke helt A4, og jeg er veldig impulsiv når det gjelder psyken og væremåte og sånne ting, da. Og det kan bli litt brutalt på andre, kanskje. Så det var litt sårende, da jeg fikk den. For jeg hadde liksom helt innstilt meg på hyper. Det var det jeg trodde jeg var. Og det er sånn jeg har følt det... for jeg har liksom alltid hatt en slags uro og rastløshet i kroppen. Det er veldig slitsomt å gå med, særlig nå når jeg er nykter da. Det har ikke så mye med mye inntrykk å gjøre, det er ikke det at det blir for mye inntrykk og sånn, men det er en slags uro, en slags blanding av uro og angst og rastløshet som... følger med meg på en måte. Jeg føler at dette her ... med diagnosen min og sånn ... er grunnlaget, eller mye av grunnlaget, for at jeg har ruset meg og... For da får jeg ro.”*

*Informant: ”Det er ikke akkurat noe nerveberoligende, metadon da. Det er det sidemisbruket som er så vanskelig. Når det er mye nerver. Se så mye jeg skjelver... (viser frem at han skjelver på hendene).”*

*Intervjuer: ”Er det en sånn ting du blir veldig opptatt av nå du møte andre... sånn at du lurert på om andre ser det og sånn?”*

*Informant: Ja, det gjør jeg jo. Jeg vet jo at andre ser det.”*

*Intervjuer: ”Sier de det?”*

*Informant: ”Ja, de kan si ”du skjelver jo som faen, jo...”. Det er sånn... når jeg blir litt stressa da. Når jeg skal telle opp penger i kiosken, for eksempel, og da blir det jo enda verre, for da prøver jeg på en måte å skjule det, og så skal jeg prøve å være kjapp og da blir jeg enda mer klønete og sånn. Det er veldig plagsomt, altså. Det gjør det litt vondt å gå ut.”*

*Intervjuer: ”I hvilke situasjoner er det du tar piller da?”*

*Informant: "Det er sånn... med deg nå, for eksempel. Hadde ikke jeg fått i meg en rohypnol nå, så hadde jeg aldri... ja jeg tok to rohypnol før du kom, det var derfor du måtte vente litt... For uten dem så hadde jeg ikke turt å snakke med deg. Det er sånn for å tørre å se folk i øya og være sosial og sånt."*

*Intervjuer: "Du er sjenert?"*

*Informant: "Nei, jeg er ikke sjenert, det har jeg aldri vært. Men det er angsten, altså. Og den er blitt atskillig verre. Så det sliter jeg med nå. En slags sosial angst, eller... noe er sykt."*

*"Da jeg begynte var jeg så redd for framtida, for hvordan opptrappinga skulle skje. Den skulle skje ute og ikke inne på Akutten. Også kom jeg ut også sier kona mi at vi skulle i bryllup til søstera hennes i morgen, også sa hun at vi skulle kjøpe noen piller å roe nervene mine på da. Men jeg bestemte meg for at jeg ikke skulle ha noen piller, jeg skulle ikke sprekke nå i opptrappingsfasen, det, nei.. Så jeg møtte opp klam i håndflata og grua meg så. Jeg var så gjennomblaut av svette, det var så jævlig å gi folk en klem når du kjenner svette perlene renner nedover kinnene og du er så blaut på hendene og det drypper av deg. Så var det som om jeg ikke klarte mer og da bare knekker jeg sammen, jeg vet da faen jeg, jeg begynte å grine og jeg bare lå der og da sa kona at "jeg har et par piller og så legger du deg til å sove" også gjorde jeg det, også sov jeg. Også fikk jeg kjempe dårlig samvittighet og jeg tenkte "å herregud, nå mister jeg metadonen min, nå mister jeg den, og nå går alt sammen skeis og herregud, hva skal jeg gjøre, hvordan skal jeg klare dette her... "*

### Selvmedisinering

*"Jeg blir så deppa og får sånn angst at jeg nesten kryper oppetter veggene hjemme her. Og jeg har det aller verst når jeg er kommet hjem etter time hos psykologen min, enda jeg ikke har fortalte henne nesten noe enda. Ikke noe av det som er verst for meg. Jeg må alltid ta noe etter jeg har vært der, ellers greier jeg det ikke. Ellers tør jeg ikke gå dit i det hele tatt. Det er ting jeg har holdt unna med å ruse meg i over 25 år, ting som skjedde da jeg var jentunge og sånn... Jeg greier ikke det uten å ha noe å roe meg på etterpå, når jeg blir alene. Jeg har prøvd å si det som det er til dem der jeg får metadon, men det hjelper ikke... Dem sier jeg får velge da, om jeg vil gå i terapi eller om jeg vil ha metadon, men det er jo helt håpløst for det er jo akkurat det at jeg trenger begge deler. Jeg trenger å gå i terapi for å greie å gå på metadon, for å greie å ikke ruse meg. Men jeg må ha noe å sove på og sånn i starten, jeg greier ikke alt på en gang, jeg."*

*”Metadonet har tatt bort den der knuten i brystet, det der suget etter heroin, men det tar jo ikke bort nervene. Det er et aller annet der, men det sa dem jo og... Nå det blir for mye nerver er det lett å ty til det du vet hjelper, som er nærmest, og det er rus for meg.”*

*”Jeg har store problemer med meg selv, det er derfor jeg tar piller. Dem ser det ikke og gir meg ikke hjelp. De tar ikke hensyn til at det er så mye galt med meg, med hodet mitt.”*

*”Så var det en psykolog som jeg prata mye med og han sa at hadde du vært min pasient ute så hadde jeg gitt deg benzo. Også spør jeg om jeg kan få benzo som kunne hentes på apoteket hvis en har en jævlig dag eller hvis en skal i et møte. Da får jeg beskjed om at det må gjennom dr.psyk. X, for hun var lege og psykiatriker, og jeg var veldig spent, jeg var kjemperedd da jeg skulle ned der. Jeg snakke med henne i toppen et kvarter, også sa hun at "sånn som jeg hører deg og ser deg, så synes jeg at den ordningen høres veldig grei ut, jeg. Jeg kan ikke gi deg sobril i dag, men neste uke skal jeg i legemøte og da skal jeg foreslå det". Men så når jeg skulle i møtet, så sier doktor Y det at "det er kommet et forslag fra psykologen og legen om sobril på apoteket, men det er jeg sånn motstander av, og siden jeg er den legen som kan skrive ut preparater til deg, så kommer du ikke til å få noe benzodiazepiner". Og samtidig satt jeg med en annen psykiater og han ville ha meg uføretrygdet på grunn av nervene mine fordi jeg ikke ville fungere i en vanlig jobb... Det er litt ironisk for meg. Og nå har jeg fått beskjed om det at så lenge jeg leverer prøver som er reine og ikke flyr rundt og spiser rohypnol så jeg er helt saus i kålen og ikke aner hva jeg driver med...,og viser vilje til å komme meg ut av rusmisbruket mitt så er det ingen fare, da vil dem ikke ta metadonet mitt... Men da må jeg hele tiden være redd da, for jeg greier ikke alltid være helt rein. Det er ingen som sier at det er greit at jeg tar nerveberoligende, og da blir det at jeg skaffe meg mitt eget innimellom, da.”*

*Intervjuer: ”Får du noen annen hjelp til å takle den angsten?”*

*Informant: ”Nei... men de skal prøve å få til noe for meg. Ja noen tar jo piller for å få den ekstra vippen også, altså... litt rus. Men det gjør ikke jeg, altså. Jeg tar dem for å tørre å gå ut jeg. Ikke for å kjenne rusfølelse. Det er alle de der følelsene som kommer, vet du... når vi er på trynet rusa på heroin så kjenner du ikke alle følelsene, vet du.”*

*”Det som er kanskje verst med det med piller er at jeg må ned i miljøet for å skaffe det. Når jeg ikke kan få det på resept som ande folk som har angst og søvnproblemer. Det blir så*

*møkkete, også kunne det egentlig vært rein. Om de ville hjelpe meg. Om de trodde på meg. Men det kan jeg kanskje ikke vente, når jeg har vært narkoman. Men det var jo før, da.”*

### Somatisk helse

*”...ellers så har jeg hatt innmari mye trøbbel i forbindelse med rusmisbruket, for jeg måtte sette sprøytene intramuskulært og jeg hadde absesser og blodpropp i det ene beinet og... Legen sa at hvis jeg ikke fikk metadon så kunne jeg regne med å få blodpropp og måtte amputere...”*

*”Så ble jeg så dårlig da, fikk gule stafeliokokker og absesser i lysken og mye sårne greier.”*

*Informant: ”Nei, først så ble jeg syk, jeg fikk gule stafeliokokker i blodet, jeg fikk... du vet hva det er for noe?”*

*intervjuer: ”Nei.”*

*Informant: ”Det er ...du vet blodet går rundt og det går i blodet. Så satte det seg noe bakterier på den ene hjerteklaffen min, det er livsfarlig, Så fikk jeg en absess på lungene. Så kroppen min har vært med på mye.”*

*”De fleste narkomane har for eksempel en kronisk leverbetennelse, og det er også en sykdom med dødelig utgang. Det gjelder meg.”*

*”Jeg merker jo godt at ikke kroppen min er i orden nå heller, men jeg tør ikke gå til lege, det tør jeg ikke. Der har jeg for mange jævlige opplevelser, at jeg går ikke dit igjen. Jeg kunne ramse opp historier, altså, over ganger jeg har trengt behandling men ikke fått det. Når du er narkoman tror dem bare du vil ha piller, ikke sant, enda jeg aldri har spurt om ei pille... Dem har jeg skaffa andre steder.”*

*”Det er synd det der med legene. Jeg skjønner at dem er skeptiske på en måte, men dem trenger ikke skjære alle under en kam, og dem kan tenke på at vi kan forandre oss også. Jeg tør ikke gå til leger lenger, jeg. For dem får meg til å føle meg så liten og verdiløs. Og jeg trenger jo legeoppfølging jeg, med den ødelagte kroppen jeg har.”*



## Nære relasjoner

### Familien

*”Og familien, vi hadde ikke noe særlig kontakt med dem. Og vi såra dem hele tiden. Nå har jeg fått tilbake kontakten med dem skikkelig, det var seinest i går at vi var og spiste middag med dem. Det var kjempe koselig.”*

*”Har sittet (i fengsel) mange ganger, sånn annethvert år ca siden jeg var helt ung. Så foreldrene mine var ganske slitne. Det var bra for dem at jeg fikk metadon. Det var lettelse for dem. De er veldig glad for at jeg har fått metadon. Det er trygt for dem å vite at nå er det tryggere, nå vet de at jeg greier meg. Og at jeg til og med greier økonomien min, at jeg kjøper mat og sånne ting.”*

*Intervjuer: ”Hvordan var forholdet til dem (familien) da du ruset deg i forhold til nå?”*

*Informant: ”Jeg har hatt nært forhold til dem hele tiden, jeg har aldri blitt slått hånden av uansett, så... Vi, jeg har bare et søsken, og søsteren min hun er misbruker hun også, så jeg vet ikke om det har med det å gjøre at dem står hele tiden på for oss. Det skal dem ha all ære for.”*

*Intervjuer: ”Har forholdet til dem endret seg etter at du fikk metadon?”*

*Informant: ”Ja, det synes jeg. For jeg føler det at dem nå... før har dem aldri liksom... dem har blitt skuffet så veldig mange ganger... Jeg tror ikke dem har turt å håpe før. Men nå virker det som nå tør dem endelig å håpe at nå skal ting gå bra. Så da dem var hos meg nå halvannen uke før jeg dro hit og da kjøpte dem seksjon til fire tusen til den nye leiligheten min og lamper for over tusenlapp og... dem brukte over ti tusen på meg på den uka dem var der. Så jeg ble litt sånn... jeg føler meg litt sånn ...uff, jeg har ikke fortjent det. Jeg har drevet og stjålet hjemme og ikke vært noe kul, og jeg har droppet ut av så innmari mange behandlingsopplegg... Jeg føler at jeg ikke fortjener det i det hele tatt. Det blir litt vont også det der.”*

*” Det er veldig ok at familien min har tatt det (metadon) så veldig fint. De er så glade for at jeg har fått det. Og jeg ser at de har det så mye bedre nå. De sa de var spente på den første permen min, på om jeg kom til å sitte å duppe og sånn, at jeg kom til å være preget og sånn. Så dem er veldig positivt overrasket da dem så at jeg ikke var det. Og de ser jo at det hjelper meg så bra. Det betyr så mye for meg at de har det bedre, og at de er glade for at de ser at jeg utvikler meg så positivt og at jeg har en fremtid. For de har jo aldri turt å tro at jeg har en*

*fremtid, de har alltid vært redde, da. Nå ser de at det går bra. Det betyr mye for meg også. Veldig mye.”*

*”Jeg har familien min rundt meg, foreldrene mine, søsknene mine, tante og tantebarn. Forholdet til dem har endret seg etter at jeg begynte på metadon, de stoler på meg, mere. Da jeg var på kjøret var det jeg som ikke tok kontakt, da hadde jeg andre ting å gjøre. Nå tar jeg kontakt, ringer, drar på besøk. Jeg merker at det er bra at jeg klarer meg, de sier det til meg hele tiden. De har vært der hele tiden, aldri slått hånden av meg, det er jeg som ikke har tatt kontakt. Jeg har hatt mer enn nok med meg selv. Når jeg ruset meg var det bare dop og penger jeg tenkte på. I begynnelsen etter at jeg begynte på metadon hadde jeg mye dårlig samvittighet for det. Men nå har det gitt seg litt. Jeg ser hvor glad de er på mine vegne. Jeg er veldig, veldig heldig.”*

*”Eks-kona mi var og besøkte meg på fredag og eks-kjæresten min har begynt å ringe mye til meg og, begge de er rusfrie. Så jeg merker at det har forandret seg, ja, det er flere som vil ha kontakt med meg nå. Begge de to vil. Også har jeg skrevet brev til foreldrene mine, i håp om at de også vil ha kontakt etter hvert. Når de får litt tid på seg.”*

*Informant: ”Hvordan forhold har du til familien din?”*

*Informant: ”Veldig, veldig dårlig. De vil ikke ha meg, og ikke vil jeg slippe dem innpå meg heller. Men jeg har jo selv satt meg utenfor dem. Jeg kommer fra en veldig veletablert og vellykket familie med et veletablert firma og slik. Så i andres øyne er det en familien som er vellykka. Men innenfor husets fire vegger er det ganske kaotisk. Jeg kan telle på fingrene mine hvor mange ganger jeg som gutt, eller hele livet egentlig da, har fått en klem av mor eller far. Det er ikke noe kjærlighet der, har ikke vært det heller. Det er bare fasade og overflate. Og jeg har jo ødelagt det. Så jeg har avgjort da, at jeg vil ikke ha noe med dem å gjøre. Og det er mye vold der også.”*

*Intervjuer: ”Så du tenker at det er best for deg å velge dem ut av livet ditt?”*

*Informant: ”Ja, jeg kan ikke ha noe med dem å gjøre. For at en annen ting som skjer etter hver gang jeg har hatt med dem å gjøre det er at jeg sprekker utpå igjen. Det skjer hver eneste gang. Så det gjør meg ikke noe godt.”*

*”Jeg var fosterbarn, jeg. Og de hjemme var jo aldri noe... de brydde seg ikke noe om meg. Det ble riktig ille da jeg var i militæret. Jeg greide ikke å innordne meg det systemet der. Jeg*

greide ikke å styre temperamentet mitt og gjøre som jeg ble bedt om. Også hadde jeg en drøm om å komme i flyvåpenet, men det hadde jeg jo ingen sjanse til i det hele tatt, men det tok det en stund før jeg skjønnte. Til slutt fikk jeg dimme da. Da hadde jeg ikke noe sted å dra, så jeg måtte dra hjem da, og fikk så vidt lov til å bo der, men da måtte jeg være den siste som kom hjem og den første som dro ut på morgenen. Jeg bodde på en madrass i gangen, og jeg fikk ikke bruke kjøleskapet og ikke spise i kjøkkenet eller bruke stua. Det var vel egentlig bare gangen og badet jeg fikk bruke. Jeg skjønnte at de følte at de måtte la meg være der, for jeg skjønnte jo at de helst så at jeg ikke var der i det hele tatt. Men det var bedre enn i det første fosterhjemmet, for der hadde jeg rommet mitt i et vedskjul, og grisen bodde i rommet under så det stinket jo alltid gris av meg. Og det ble jeg jo mobbet for, da. Det var jo ikke så greit å være guttunge og alltid lukte gris, det kan du jo tenke deg. En stund tenkte jeg mye på foreldrene mine, de som var det ordentlig, jeg lengtet jo mye etter dem da jeg var unge, da. Så det var jo ikke så ok å komme sånn hjem til dem også var de like gærne... eller, de ville ikke vite av meg de heller. Så akkurat det der har vært litt tøft for meg, det der.”

”Familien min vil ikke ha noe kontakt med meg. Jeg har fått beskjed om at jeg er død for dem og de vil ikke prate, de vil ikke ha noe med meg å gjøre. De vil ikke at jeg skal eksistere, de vil ikke ha brev, ikke telefoner, de vil ikke ha noe, for de syns de har stått på nok. Og de forbanna folka i "Foreldre mot narkomani" som sa til mora mi at den beste måten å få det problemet ut av livet ditt på er å late som om sønnen din er død. Den beskjeden fikk hun, skal vi se, det var da jeg satt inne i -89, da ringte mora mi "Foreldre mot narkomani" i håp om å få råd og veiledning og sånn da, men da fikk hun beskjed om å ikke ha kontakt, skjære over alle bånd, uansett hvor vondt der høres ut. Også skulle hun finne seg sitt eget sted i hagen eller hvis hun hadde balkongkasse, så skulle hun ha en egen blomst som skulle være en midlertidig grav inntil jeg også ble en del av statistikken, overdose statistikken altså. Så foreldra mine kan jeg ikke regne med, jeg må finne noen andre å være sammen med.”

”Jeg husker første gangen jeg stod helt uten bolig, det var 24 kuldegrader, det er lett å sjekke, du kan bare gå til bake til januar 97, det er jævlig kaldt når det er 24 kuldegrader i Oslo altså, og mora mi hadde fått streng beskjed fra typen om at jeg ikke skulle komme dit. Han tok med seg de personlige eiendelene mine for de kunne de lagre på loftet. Han skulle bare avluse det først og vaske det først, jeg måtte regne med at det måtte stå ute et par dager først i den kulda for da ville de ikke få den skitten inn, så de skulle liksom avluse det først da. Også lot de

*meg sove i trappeoppgangen da, for de hadde hørt at jeg ringte til sosialkontoret og det var ikke hospitsplasser å få...*

### Egne barn

*Intervjuer: "Har nettverket ditt, eller forholdet til familien din forandret seg etter at du begynte å bruke metadon?"*

*Informant: "Ja, den delen av familien som jeg har kontakt med som er sønnen min... Han har jeg mye mer kontakt med nå enn jeg hadde tidligere. Og jeg ser at han etter hvert er blitt mye tryggere på meg og at jeg er blitt viktig i livet hans."*

*Intervjuer: "Har metadonbruket noen betydning for kontakten din med andre?"*

*Informant: "Ja, helt klart. Fordi det er lettere...med metadon er det lettere å bli stabil, og da er det lettere å holde avtaler...Og jeg opplever at folk vil ha meg med på ting. Jeg er plutselig litt sånn attraktiv ....Jeg merker at jeg har noe å gi sånn i mellommenneskelige relasjoner."*

*Intervjuer: "Har du fått mer kontakt med barna dine etter at du fikk metadon?"*

*Informant: "Litt, men enda ikke så mye. Jeg må bruke tid der og. For deres skyld og. Og det er viktig at jeg er stabil nå, før de skal mye inn i bildet. Men det går fremover, jeg har kommet langt, synes jeg."*

*"Guttungen har alltid hatt det bra. Det har aldri gått ut over han at jeg har rusa meg, han har vært hos mora si. Og jeg har fulgt han opp hele tida, selv om jeg har vært på kjøret."*

*Intervjuer: "Har du mye kontakt med barna dine?"*

*Informant: "Nei, ikke i det hele tatt. Men den yngste vet jeg har lyst til å ha kontakt med meg."*

*"Jeg bor sammen dattera mi på 16, jeg har fått henne tilbake. Jeg bor på en tre roms, og vi har det veldig bra nå. Og dattera mi er sjeleglad for at hun kunne flytte hjem til meg. Det kunne hun etter at jeg begynte på metadon. Hun hadde bodd hos faren sin, hos søstra mi, hos mora mi, ingen av dem klarer å takle henne, hun er i den verste alderen nå, hun er 16, men jeg har ikke noe problem med å takle henne, vi har et godt forhold... Hun har klart å si fra, det tok lang tid, men hun har klart det nå, å si i fra om at hun ikke vil høre noe om det livet jeg har levd. Hun ser på meg som har vært narkoman og ser på meg nå som at jeg ikke har vært det."*

### Kjæreste

Intervjuer: "Har forholdet deres blitt annerledes etter dere begynte med metadon?"

Informant: "Ja, det kan du si, både på godt og vondt. Men vi har blitt enige om å leve både gode og onde dager sammen, så som når vi er på kjøret så sliter det veldig på forholdet, alt dreier seg om dop og, veldig slitsomt, men nå, nå er det veldig mye følelser som kommer fram. Når du er nykter... jeg har slitt veldig mye med angst, og jeg er veldig flink til å prate om følelser da, ikke for å skryte men, og det er ikke han, han er veldig fæl til å stenge ting inne og sånt, så vi har litt problemer med å kommunisere. Men det har blitt bedre da."

"Også lager jeg og kjæresten min oss god mat og slapper mye av hjemme. Det er mye enklere å være to sammen enn en. Da kan vi støtte hverandre."

Intervjuer: "Hva tenkte du kjæresten din ville sagt da, om han hadde funnet metadonet ditt?"

Informant: "Jeg vet ikke jeg, han ville vel blitt sint og skuffet, sikkert. På den andre siden så tenker jeg at hva skylder jeg egentlig omverdenen å forklare? Hvor mye av mitt liv har de krav på, liksom. For i begynnelsen var vi ikke kjæresten enda, liksom, og jeg hadde dårlig samvittighet for at jeg ikke fortalte det da også. Det der er rart, altså. Som rusmisbruker føler du liksom at du er uærlig om du ikke legger ut hele livet ditt, i all sin elendighet, til alle du møter første gang du møter dem... Men dette er jo annerledes, da. Han er jo kjæresten min og da burde han vel vite om det. Men det er problemet da, det at jeg ikke fortalte han det med en gang. Nå er det gått mye tid, vi har kjent hverandre i tre måneder og da burde han visst det, liksom. Jeg vet ikke når det var jeg burde fortalt det, egentlig. Ikke helt i starten synes jeg, ikke før jeg var blitt kjent med han. Men når var det, liksom..."

### Flere nære

**"Jeg savner så veldig det å ha noen, bare en eneste person som bryr seg om meg og som støtter meg, liksom. En nykter en."**

"Vanlige mennesker har noen de kan ringe til og spørre om å være sammen med og sånn. Det har ikke jeg, og det er sårt. Det er et savn, akkurat det der."

"Ensomheten er min største fiende, det er den som kan få alt til å gå galt for meg. Hadde jeg hatt en familie rundt meg hadde jeg hatt noe mer å kjempe for."

*”Jeg har jo et håp om at det kan bli bedre etter hvert nå da... At jeg etter hvert skal få noen å være sammen med... Noen å be hjem til meg for eksempel. Du er den første som har vært på besøk her på hybelen min, så jeg får jo ikke akkurat ofte besøk da.”*

*”Jeg har jo bare to venninner som er nyktre i det hele tatt, de har jeg hatt siden jeg gikk på skolen. Den ene av dem var på besøk hos meg den helga jeg fant ut at jeg var gravid. Jeg var så glad for at hun var der, og at jeg hadde henne som venn. Hun som hadde et barn. Jeg var kjempeglad for at jeg hadde henne. Men så fortalte jeg det til henne, da i etterkant, da jeg hadde hatt den sprekken i nedtrappinga, og siden det så har jeg ikke hørt et ord fra henne. Jeg savner å ha en god venninne.”*

### Profesjonelle

*”Dem i hjelpeapparatet er vel egentlig de eneste nyktre jeg kjenner. Utenom mora mi, da. Men henne ser jeg jo ikke.”*

*”Dem eneste jeg vel kan kalle nære er dem jeg kjenner som jobber på sosialen og sånn. Og de er jo ikke så nære, jeg ser dem jo kanskje en gang i måneden eller sånn.”*

### **Andres holdninger og reaksjoner**

*Informant: ”Jeg føler jeg har mindre å gå på fordi jeg har vært rusmisbruker. Og det gjør meg så fortvilet. Jeg har ikke mulighet, liksom, for jeg har ikke noe å gå på slik som alle andre har. Og jeg trenger noe å gå på jeg også. Så klart. Se på denne tekstmeldingen jeg fikk i går av han som er daglig leder; (viser meg tekstmelding der han spør henne om hun er ”på kjøret” igjen).”*

*Intervjuer: ”Så han tror du ruser deg igjen?”*

*Informant: ”Ja, han tror jeg tar et eller annet. At jeg har ruset meg. Og det har jeg ikke gjort. Jeg har ikke ruset meg på noe på nesten to år. Så nå er jeg så lei meg at jeg bare gråter hele tiden. Jeg blir bare så jævlig lei meg av det, og vet ikke hva jeg skal gjøre. Da dukker alt det gamle opp igjen, det der at jeg er vant til at ingen tror meg uansett. At det ikke er noen vits i å kjempe for jeg er jo bare en narkoman som ingen tror på likevel. Og det koster så mye å kjempe, og når jeg blir så lei meg mister jeg liksom kreftene.”*

*”Hvis jeg hadde sagt til han (kjæresten) at jeg bruker metadon ville han helt sikkert ha tenkt at jeg ikke har vært nykter i det hele tatt... Jeg føler veldig at folk tenker det. Da er du gitt opp av alle, du har vært så skikkelig hardbarket narkoman som det går an å bli, og at du da får statsdop. De har gitt meg opp, slik at staten ikke tenker de kan gjøre noe annet med meg enn å skrive ut dop til meg på resept...”*

*”Jeg blir ikke sett som menneske. Jeg mister det menneskelige for dem, liksom. Og det er vondt, altså. Sånn som sjefen min, hun har vært så grei med meg, men hun er bare en vanlig dame på 33 år. I påsken nå skulle jeg være med henne og broren hennes på byen. Og utover kvelden så, først så satt vi hjemme hos henne og ”forset” litt da, også utover kvelden så merket jeg jo at hun var litt sånn ”jöss, hun er jo akkurat som oss, jo”, hun ler på de samme stedene og er helt kul å prate med. Og når vi danset så merket jeg liksom at hun var helt overrasket over at jeg kunne danse liksom. Jeg merket liksom alt dette hele kvelden. Men hun var jo bare hyggelig og alt sånn, og sendte meg melding dagen etterpå om at det hadde vært kult å gå ut med meg og sånn. Men jeg merket den overraskelsen hele tiden. Jeg vet ikke hva de hadde forventet, jeg, at jeg kanskje var litt sånn på utsiden som aldri hadde vært ute på byen og aldri hadde danset og liksom bare hadde ligget i rennesteinen og tenkt på dop-dop-dop hele tiden. Man får jo med seg litt annet også, liksom. Jeg vet ikke hva hun egentlig hadde tenkt, men hun ble i alle fall overrasket.”*

*”De sier at de synes jeg er veldig tøff og flink og sterk, de overreagerer litt. Sier at jeg er veldig flink... at det jeg gjør er bra.... klarer du det og.... ja, det blir sånn at de overreagerer. De er mer imponerte enn de skulle vært. Det er sikkert fordi det er helt uvirkelig for dem, kanskje de vet lite om metadon og har sine forestillinger om hvordan om hvilke typer mennesker som bruker det.”*

*”Jeg tror det er sånn at enten er folk opplyste om det, eller så tror jeg dem er helt ...ser på det som et rusmiddel. Jeg opplevde jo på sykehuset i x, da jeg kom der på ultralyd...da var jeg jo på nedtrapping fordi jeg ville det sjøl. Og da jeg synes det begynte å bli vanskelig med nedtrappinga etter hvert og prøvde å si noe om det til de som jobbet der så fikk jeg bare den sure kommentaren fra sykepleierne som jobbet der ”du har jo ikke noe valg”, ”hvis du ikke vil at dem skal ta ungen din når den blir født”. Da måtte jeg fortelle dem at metadon er en lovlig medisin og at det ikke var farlig og at det var frivillig at jeg trappet meg ned. På*

*sykehuset ante de ikke hva metadon er. Det er ganske skremmende. Det er ikke så rart at vi er redde for leger og sånn, når det er sånn.”*

*Informant: ”Jeg måtte kjempe hardt for å få lov å gå i ettervernsgrupper, og bruke medisiner.*

*Intervjuer: ”Så det var ikke noe de aksepterte i første omgang?”*

*Informant: ”Nei, det var noe jeg måtte jobbe for. Det var en kamp. De mente jeg var full av kjemi og at de andre måtte beskyttes mot meg og sånn. Ja, det er fordommer og uvitenhet helt klart. Det handler om at mange tror at det er et rusmiddel.”*

*”At alle kan tillate seg å ha en mening om ditt liv... eller om mitt liv, altså. Det kan jeg oppleve som provoserende. At noen skal mene noe negativt om noe som fungerer veldig bra for meg... det synes jeg blir slitsomt. Og provoserende.”*

## **Strategier**

### Testing

*”Du merker fort på folk at de har fordommer, hvis jeg forteller om bakgrunnen min og sånn. Det er ikke alle som har særlig peiling og som vet hva metadon er og... og noe om tidligere stoffmisbrukere eller stoffmisbrukere da.”*

*”Det er ikke alle jeg vil fortelle det til, eller alle jeg kan fortelle det til. På grunn av fordommer. Det er masse fordommer. Folk tenker at en rusmisbruker er en farlig type som slår ned gamle damer og stikker ned folk med kniv og bærer på smitte og HIV og sprøyter og... Jeg føler at jeg får de der fordommene med på kjøpet hvis jeg forteller at jeg bruker metadon. Det blir et slags stempel da...”*

*”Det er vanskelig det der... om man skal si det eller ikke. Sier jeg det med en gang trekker mange seg fordi dem tenker jeg er narkoman, sier jeg det seinere kan dem lett føle seg lurt og tenke dem er lurt til å bli kjent med en dem ikke vil bli kjent med.”*

### Tilbakeholdelse

*Informant: ”Folk klarer ikke å tåle oss, og fordøye oss i det hele tatt, liksom. For de er jo veldig skeptiske til metadonbrukere og til tidligere rusmisbrukere, for å si det sånn.*

*Intervjuer: ”Du opplever det? At folk er skeptiske?”*



*Informant: "Ja,... ja selvfølgelig. Det gjør jeg. Å, ja. Jeg har jo opplevd det, ja. Ofte og. Dem er nok redd for oss, og tror mye rart om oss. Det er ikke så rart heller, da."*

*"Jeg må hele tiden bli minnet på hva jeg har gjort før, hvem jeg har vært. Hele tiden blir jeg minnet om det, og må stå for det og forsvare meg. Hele tiden. Jeg slipper aldri unna det. Nå har jeg vært nykter så lenge at jeg synes andre kunne begynne å gi meg litt... Det er vel ikke så lenge men, det er da en stund. Det hadde vært så deilig å bli sett for noe annet også. Om noen kunne være opptatt av noe annet ved meg. At de tenkte at jeg var sliten hvis jeg så trøtt ut en dag, ikke at jeg er ruset. Men det er det første de tenker om meg... ikke at jeg kan bli sliten eller være trøtt om morgenen jeg som alle andre folk. Derfor hadde det vært så greit om de andre ikke hadde visst så mye... da hadde jeg sluppet det der. Det var det jeg tenkte da jeg planla å ikke si noe om det. Men det ble jo ikke slik. De andre (på jobben) fikk jo vite det ganske raskt."*

*Informant: "Så begynte jeg på skolen. Så ble vi enige om at jeg måtte stå frem i klassen og fortelle hvordan det var, at jeg brukte metadon og alt sånn. Det fungerte ikke bra for meg i det hele tatt, så det endte med at jeg sluttet på skolen til slutt."*

*Intervjuer: "Hva skjedde da?"*

*Informant: "Jeg følte at jeg ble en veldig rar person for alle. Det ble mye hvisking og tisking, og sånne ting. Og jeg skjønnte jo at de snakket om meg, da. Det ble ubehagelig. Veldig ubehagelig, synes jeg. Jeg fikk dårligere og dårligere selvtillit av å være der, og følte meg paranoid til slutt. Så jeg gikk til slutt til rektor og sa fra om at dette fungerer ikke for meg nå, jeg greier ikke gå her mer. Så da ble det til at jeg sluttet da, og begynte på et kurs senere. Når det ikke var de samme folka som gikk der lenger. Så jeg begynte på igjen senere og da fortalte jeg ingenting på skolen og det fungerte veldig bra."*

*"Og så er det noen som blir veldig skeptiske som tenker at det å bruke metadon... De tror at det å bruke metadon, at da er du rusa, og så derfor så tar de avstand fra deg. Og de som er mest skeptiske til det er tidligere misbrukere som ikke bruker metadon."*

### Åpenhet

*"Jeg husker at jeg var veldig redd for å si det i begynnelsen, men jeg valgt å gjøre det, og ble veldig positivt overrasket."*

*”Intervjuer: ”Hva synes de om at du bruker metadon, da?”*

*Informant: ”Det synes dem at er helt topp, det. De er så glade for at jeg har kommet så langt. Tenk på at det er første gang jeg har vært på en avrusing og klarer det. Også har jeg holdt meg unna nåla etterpå også, da. Sånn stort sett. Det er dem så glade for, dem synes det er så bra. De synes det er helt utrolig. Det er jo veldig hyggelig for meg å høre også. Også er det veldig motiverende. Det er helt deilig.”*

*”Og nå etterpå ser jeg jo at dem måper, når dem ser hvor fin jeg er. Dem sier det og. Det beste av alt er det at jeg slipper å være kriminell... Jeg slipper å gjøre masse dritt hele tiden. Bare se på hva som har skjedd med meg og livet litt, så skjønner du vel at jeg ikke er narkoman. Jeg bruker ikke sprøyter eller noe. Heldigvis. Og det ser folk også... før ble jeg mottatt som en søppelnarkoman overalt, nå blir jeg så godt mottatt at. Folk er vennlige mot meg.”*

*”Jeg snakker en del med disse drosjesjåførene, og de sier at folk snakker mye om det (metadon) og synes stort sett det er bra. De er positive. Så skepsisen er større bland de som ruser seg da, enn blant de som ikke gjør det.”*

*”Det er ingenting som kan stoppe meg nå... jeg har fått metadonet å støtte meg til. Og jeg har fått så mye positivt for det, så mye ros og støtte. Folk ser på meg som en helt annen person, nå. De er interesserte i meg og vil være sammen med meg og... ja jeg merker det så godt, det er så stor forskjell på hvordan jeg blir sett på. Og folk sier det til meg også. Det gjør godt for jeg trenger så mye ros, jeg trenger nok mye mer ros enn folk flest. Jeg kjenner at det gjør meg godt... at jeg vokser, liksom. For jeg har vært så usikker, vet du. Det er så veldig, veldig deilig å høre at jeg har endra meg og at folk liker meg, det varmer, samtidig som det motiverer meg til å stå på videre.”*

*”Mora mi er så opptatt av at jeg ikke må si det, at det skal være hemmelig. Jeg skjønner henne jo, men det hadde vært bedre for meg om vi kunne si det, egentlig. Det er jo ikke noe å skamme seg over, i alle fall ikke for henne...”*

*”Når jeg var ute med henne prøvde hun hele tiden å snakke det vekk hvis folk spurte meg hva jeg drev med og sånn. Det var bare godt ment, sikkert, men det blir ikke så ok for meg. Jeg vil heller være ærlig, jeg.”*

*”Sjefen min på jobben sa med en gang at det med metadonet var noe jeg ikke trengte fortelle til noen... det var sikkert godt ment, men det blir litt ekkelt altså. Det er liksom noe med meg som ikke tåler dagens lys, liksom. Det ble litt sånn jeg følte det.”*

*”Jeg merker at det er veldig mye fordommer mot metadon fra andre narkomane som ikke bruker metadon...”*

### **Grunnetilhørighet**

#### **Metadongruppa**

*”Vi vil jo gjerne være som de nyktre personene, men det kommer vi aldri til å bli, vi som bruker metadon.”*

*”Etter å ha vært mye sammen med andre metadonbrukere en stund, begynte jeg å tenke veldig mye på at nå må jeg gå videre, nå må jeg prøve å legge det vekk... det rusmiljøet. Og jeg lurte på hva jeg fikk der, på hva det ga meg. Men jeg begynte å oppleve det mer og mer som en belastning å være med de andre som bruker metadon. Jeg følte at jeg måtte videre, jeg måtte gå fra noen for å komme videre. Nå er jeg lite sammen med dem.”*

#### **Rusmisbrukergruppa**

*”Ja, nå er jeg nykter. Jeg er ikke kriminell, det er en ting. Jeg juger ikke, bedrar ikke. Det er mange sånne ting. Nå kan jeg være meg selv, det er veldig deilig.”*

*Intervjuer: ”Tenker du at du er nykter sånn som for eksempel jeg er det?”*

*Informant: ”Njæei, det gjør jeg ikke. Nei, det gjør jeg faktisk ikke. Jeg tenker faktisk at jeg er en rusmisbruker med et problem. Og, jeg tar jo et opiat. Selv om jeg nok er nykter sånn som deg i den for stand at jeg opplever meg selv som nykter, men jeg ser det vel egentlig ikke sånn, nei...”*

*Intervjuer: ”Hvordan ser du det da?”*

*Informant: ”Jeg ser meg som en rusmisbruker da, som tar et medikament. Og, jeg tar jo et opiat. Selv om jeg nok er nykter sånn som deg i den for stand at jeg opplever meg selv som nykter, men jeg ser det vel egentlig ikke sånn, nei...”*

#### **Nyktergruppa**

*”Jeg deltar i den nyktre vedren nå, ja... jeg føler vel det. Nå jobber jeg jo ikke, så jeg føler at jeg blir litt tilbakesatt der, men ellers føler jeg at jeg lever i den nyktre verden, ja, det føler jeg nå.”*

### **Tilhørighet**

*”Vi har på en måte en slags draging mot andre rusmisbrukere fordi da kan en identifisere seg. En har problemer med å finne noen andre å identifisere seg med. Det er et ganske stort spørsmålstegn der. Det der har jeg tenkt mye på etter hvert.”*

*”Vi vil jo gjerne være de nyktre personene, skjønner du?, men det kommer vi aldri til å bli, eller uansett hvor mye vi prøver så har vi den bakgrunnen, skjønner du hva jeg mener? Det står skrevet på oss, det.”*

### **Døden**

*”Jeg bare vet at hadde jeg ikke hatt metadon så hadde jeg ikke vært nykter nå. Jeg hadde nok ikke levd en gang. Jeg hadde gitt opp for lengst, jeg var så utslitt.”*

*”Det var en stund jeg ikke ville søke metadon, jeg følte det var det siste toget, at da hadde jeg gitt opp alt. Nå ser jeg at jeg antagelig hadde vært død av overdose om jeg ikke hadde fått metadon. Jeg har vært av og på i så mange år, hatt så mange overdoser. Jeg kunne ikke overlevd stort lenger, jeg har vært på kjøret i 23 år.”*

### **Ikke redd for døden**

*”Jeg har prøvd å ta mitt eget liv mange ganger, men av en eller annen grunn har jeg aldri lyktes. Det er jeg jo glad for nå.”*

*”Alle var så redde for meg, særlig sønnen min, han visste jo at jeg hadde prøvd å ta livet av meg mange ganger og sånn. Jeg var så utslitt, og tenkte at det går jo den veien før eller siden uansett.”*

*”Det er mest når jeg har hatt som verst samvittighet at jeg har tenkt på det, det å skyte meg eller sette en overdose eller sånn, når jeg har sett hvor mye vondt jeg påfører de rundt meg... jentungen og mora mi og..., da har jeg tenkt at det er best for alle parter at jeg bare blir borte.”*

*”Jeg fikk en utskrift fra overdoseteamet over alle overdosene mine i 99, jeg hadde hatt 30 overdoser der de rykket ut bare i 99.”*

*”Vet du hva, jeg tenkte ikke, jeg var så sløva i hjernen og, og så sliten og lei. Det at jeg hadde overdoser, det tekte jeg ikke på, jeg var så lei...”*

*”Jeg er jo takknemlig for at jeg lever, jeg... det er vanskelig å prate om akkurat det. Nå har jeg levd på kjøret i over tjue år. Hver dag er det å dø en del av å leve. Man mister så mange bekjente, hvert heroinskudd kan ende med døden. Man tenker ikke på det når man setter seg et skudd, men man vet det. Jeg tror man får et mere avslappa forhold til det å dø, jeg er ikke så veldig redd lenger. Men det er klart, hvis jeg ikke hadde fått metadon så hadde jeg kanskje vært død nå. Det er ikke sånn jeg tenker på hele tiden, det kan jeg jo ikke, det er for fælt.”*

*”Jeg tar ikke det med døden så tungt lenger. Nå ha jeg levd på kanten av stupet i så mange år, da får du en helt annen tankegang, skjønner du. Jeg brydde meg ikke, ikke om noe, ikke om å dø, ikke om andre, jeg dreit i alt. Det er ikke sånn at når en setter seg et skudd, så tenker en på at det kan være det siste. Når jeg satte meg et skudd og fikk overdose, så tenkte jeg bare sånn ”ja, ja, det var den gangen, sånn gikk det”, liksom. Jo, jeg tenker på at hadde det vært, hadde det vært en annen som ikke brukte dop hadde de sikkert syns at det var helt forferdelig, kanskje fått psykiske problemer av det, at de holdt på å dø og sånt no, men jeg klarer ikke å se det sånn jeg... ”Ja, ja, jeg overlevde, nå må jeg prøve å gjøre det beste ut av det” har jeg tenkt. Jeg har jo prøvd å ta livet av meg selv mange ganger også, så det kan jo ha noe med det å gjøre, jeg var bare 13 år første gangen.”*

*”Jeg tror de fleste som ruser seg tenker litt annerledes om døden. De fleste jeg har snakket med er ikke redd for å dø, men de er redd for smerter, og sånn er det for meg også. Jeg er ikke redd for å dø, for jeg har hatt mange overdoser og har vært helt borte og det har ikke vært noe mere liksom, også har jeg våkna opp igjen for jeg har fått motgift. Så det var bare å sovne inn, det var ikke noe annet, men ... det er veldig mange narkomane som er redd for smerter i forbindelse med å dø. Å bli liggende som grønsak. Hvis jeg blir liggende som grønsak så vil jeg bare at noen skal slå av maskinen. Det tror jeg er ganske vanlig. Men døden i seg selv er ikke så skremmende. Men det er klart at jeg har gjort meg tanker om det*

*finnes noe etter døden og sånn, men det er jo ingen som har kommet tilbake og fortalt noe så...*”

*”Jeg er ikke redd for å dø. Det er bare noe som skjer. Livet er ferdig. Jeg er nok ikke er så redd for døden som mange nyktre er. Kanskje jeg har tenkt mere over den enn andre i og med at jeg har møtt den så mange ganger. Jeg er ikke så redd mer, men mer forbannet på den. Forbannet for at folk forsvinner, at folk dør, eller kanskje jeg har blitt forbanna på folk for at de har tatt overdoser og at jeg ikke kan gjøre noe med det. Jeg får ikke gjort noe med det, selv om jeg gjerne har villet, jeg har prøvd å blåse liv i folk, uten at det har hjulpet. Noen har jeg greid å redde, andre ikke. Døden er en del av livet. Jeg har vært så nær så mange ganger selv også. Det er veldig spesielt det der, skjønner du. Så nære døden, vet du. Andre møter ikke døden så ofte. Jeg har en kompis som er brannmann, i begynnelsen måtte han kaste opp i veikanten ved siden av når han så menneskerester, nå gjør han ikke det lenger. Nå synes han det er verre å se et gammelt ektepar stå å grine ved siden av fordi han ikke kan redde noen, nå går det mer inn på han. Sånn er det for meg og, jeg blir litt avstumpa på en måte, men så kan det være andre ting jeg ser nå som jeg ikke har sett før. Døden er liksom slutten da, så var det livet over, liksom. Det er trist, men det er ikke noe man kan gjøre noe med heller.”*

#### Døde venner

*”Det er trist og, jeg har mista 30-40 kamerater. Det er klart det er trist, jeg synes jo det er trist, de skulle jo ha levd.”*

*”Ja, etter hvert som folk faller vekk rundt meg. Det er det jeg føler da, at de bare forsvinner, dør som fluer, liksom. Folk som er like gamle som meg og sånn.”*

*”Av de kameratene jeg fikk på x (institusjon) så tror jeg det er en igjen, det en som lever.”*

*”Jeg opplevde skyldfølelse, mye sånne ting, jeg gikk og tenkte på... Hva jeg kunne gjort som kunne ha redda han og sånn. Med det var for seint, da jeg først kom. Jeg jobba med han en time før ambulansen kom og da hadde han vært død lenge, det var ganske tøft, han var død under hendene mine, og jeg kunne ikke gjøre noe, kroppen hans bare lå der, liksom, det var jævlig. Det var ganske tøft å få høre at en mann du hadde jobba med så lenge var død, munn-mot-munn metoden med en død mann liksom. Han var jo allerede død. Det var ikke noe særlig allright akkurat, det var en sterk opplevelse. Men det har vært mange sånne da, men*

*den er nok den som har gått mest innpå meg egentlig, vet ikke helt hvorfor. Men det er ikke sånn jeg går å tenker på til daglig lenger.”*

*”Jeg har et helt annet forhold til død og liv jeg, enn nyktre mennesker. Jeg har sett så veldig mye av det. Jeg tror det blir på samme måte som for en lege eller noe sånt jeg. Veldig mye død og sånn da, jeg antar folk dør på et operasjonsbord under hendene på en lege. Sånn som folk har dødd under hendene mine.”*

#### Liv på overtid

*”Av dem jeg begynte sammen med er det bare jeg som lever i dag. Det er jævlig rart, altså. Og det kunne like gjerne vært jeg som var død, som dem. Jeg har liksom overlevd et helt kull.”*

*”Å ha overlevd er som å ha vunnet i lotto. Jeg er veldig, veldig heldig. Jeg takker Gud for det, for at han har latt meg leve. Jeg vet ikke hvorfor, men han har latt meg overleve.”*

#### Redsel for å dø

*”Etter at jeg begynte på metadon er jeg plutselig blitt redd for å dø, livet mitt er verdt noe for meg.”*

*”Vi lever jo så på nåde når vi ruser oss, det visste jeg hele tiden. Så jeg prøvde å ta litt forhåndsregler da, i alle fall i starten, sånn som å ikke skyte alene og sånn.”*

*”Jeg skulle gjerne vært nykter, uten metadon, det hadde jo vært det beste, men jeg tror ikke jeg klarer det. Og jeg er redd for å dø. Samtlige, alle jeg kjenner som har dødd av overdose har vært nyktre, Så å si alle har vært nyktre den siste tida, på institusjon eller no. Skal bare ha noen øl, tar bare en pille, da, men så er den ikke den rusen de er ute etter, så blir det heroin, også bang rett i bakken. Det var det som skjedde med broren min, han hadde vært nykter i tre år, skulle han bare på byen og ta seg noen øl, også hadde han vært og kjøpt seg heroin og bang rett i bakken. Ja, jeg har angst for å dø.”*

*”Skulle miste metadonet min, da blir jeg veldig lei meg, da tar de fra meg den sjansen jeg har til å leve, de kan si "du får den jo tilbake om tre måneder", men lever jeg om tre måneder?”*

*”De i behandlingsapparatet som kjenner meg, de sier at metadon er innmari bra for meg. Jeg er hvert øyeblikk 40 år, jeg får ikke mere backing. Sosialkontoret betaler ikke et lengre institusjonsopphold, de prioriterer de som er yngre. Det er metadon eller "suit your self", jeg tror de vil si at enten er det metadon eller så havner jeg nede i miljøet og der dør jeg.”*

### Død uten metadon?

*”Dem sa det til meg flere ganger, gir du deg ikke nå dør du.”*

*”Jeg skjønnte at han legen regnet med at jeg ville dø snart uansett, derfor ga han meg ikke noe.”*

*”Hvis jeg ikke hadde fått metadon nå, så hadde jeg ikke vært her. Alle som kjente meg i behandlingsapparatet sa de så hvor fort det gikk dårlig for meg, at det ikke var livsgnist i meg.”*

*”Hvis jeg ikke greier dette og mister metadonet, da dør jeg. Og det er litt alvorlig, jeg er veldig redd for det. Veldig redd. Så jeg håper jeg skal greie det. At jeg skal greie å ikke ta piller mer. Men det er så vanskelig for meg, det å aldri kunne få slappe av litt.”*

### **Behov for mer enn metadon**

*”Å bare komme å hente safta er ikke noe for meg. Det vil ikke funke. Da vil jeg bare lure meg sjøl. Jeg vil ikke bare hente saft, jeg trenger bevisstgjøring og terapi. Bevisstgjøringa på handlingene mine, valgene, handlingsmønstrene, språkbruk, hjelp i situasjoner, oppførselen min, sinnet... alt det der. Det er jeg helt avhengig av for å komme videre.”*

### Sosialisering

*”Jeg har nerver, har samfunnsangst... er rett og slett så redd. Vi er så usikre, jeg føler at jeg er kommet til et helt fremmed land, jeg vet ikke hvordan jeg skal gjøre det. Jeg trenger å lære så mye. Dette med penger og økonomi. Om hvordan vanlige folk er. Hva dem gjør. Hvordan en omgås vanlige mennesker, hva skal en snakke om, for eksempel? Nå blir jeg bare redd av det, og det er nedverdiggende å ikke skjønne sånne ting selv, når man er voksen og sånn. Dem tror bare at det er... det er bare å gjøre det sånn og sånn, sier dem. Jeg vet ikke hvordan jeg skal få det til, jeg. Nå sitter jeg her med rusidentiteten min, men uten rus.”*



## Familien

*”Jeg tror at i alle fall foreldra mine, og kanskje noen tanter også, kunne tenke seg å være mer sammen med meg igjen nå, jeg har iallefall hørt det av andre. Men når vi ses blir det liksom alltid feil, det har skjedd så mye og jeg er så redd... så bli jeg vel dum jeg og, da. Og stolt. Og dem er jo redde og har mye å være sinte for og. Det kommer liksom alltid frem no` gammalt grums. Vi trenger på en måte en nøytral, som for eksempel kunne fortelle dem at det ikke har vært så lett å være meg og... og forklare hva metadon er for dem som ikke vet det, sånne ting, da... ”*

*”Mora mi skjønner ikke at jeg måtte begynne med metadon, at jeg ikke heller kunne få meg en jobb. Jeg skulle ønske at en lege eller noe kunne snakke med henne og forklare hva det er og sånn... Og at jeg må levere prøver og alt sånn. At jeg er nykter nå og ikke stjeler lenger.”*

*”Jeg kan ikke fortelle mamma og pappa at jeg bruker metadon. Det ville knust dem. De er så glade nå, for at jeg er nykter. Men det er et problem da, for dem vil ha meg med på ferie, det har dem villet de siste to somrene, men jeg kan ikke ta med metadon ut av landet uten at dem merker det, og da går det ikke. For jeg tør ikke fortelle det for alt i verden, det ville skuffe dem så. Men det er ikke lett å finne på unnskyldninger heller, dem vet jo at jeg elsker å reise. Skulle ønske de visste mer om metadon”*

## Psykologisk behandling

*”Jeg har rusa meg over halve livet mitt, så er det noe som har ligget bedøvd da. De sier jo at 90% av nerver er inni en, og det er jævlig dumt da. Hadde det bare vært omvendt så hadde de 90% av nervene syntes utenpå, så er jeg sikker på at ingen hadde klart å si nei til å gi deg medisiner. Men det er det at det er bare 10 % som synes utenpå og da skjønner dem ikke hvordan jeg har det inni meg. Jeg trenger hjelp med dette, ellers får jeg det ikke til.”*

## Eksistensielle utfordringer

*”Alle tankene som kommer, om alt mulig... det er ingen som tror at en narkoman trenger åndelig hjelp, for eksempel. Men jeg gjør det, jeg var tryggere da jeg var kristen. Nå vet jeg ikke om jeg kan være det, det blir litt rart når jeg skal bruke et opiat, metadon er det..., og samtidig tro på Jesus. Jeg vet ikke om jeg kan det, liksom.”*

*”Jeg tenker mye på livet og hva som kan gi det litt mening for meg, etter alt jeg har vært med på... Det har vært så mye, mest meningsløst. Nå vil jeg på en måte ha det motsatte. Ro og orden. Og livsverdi. Men jeg vet ikke hvordan jeg kan få det.”*

*”En ting jeg har tenkt mye på er om jeg kan være en kristen når jeg har levd så syndig som det jeg har gjort. Før altså, da jeg ruset meg. De i menigheten sier at jeg må leve ekstremt rent nå om jeg skal kunne komme videre. Få evig liv. Jeg har lite å gå på, og når jeg bruker metadon lar jeg avhengigheten regjere enda. Det er misbruk av skaperverket. Mange av dem der mener jeg burde prøve uten, men det tør jeg ikke. Da tror jeg at jeg dør, jeg tør rett og slett ikke ta sjansen. Det er på en måte svakt, men det er sånn jeg føler at det er. Men jeg må jo prøve å leve ekstremt rent nå da, og det er vanskelig det der. Og det skremmer meg veldig, veldig mye. Jeg er så redd for at jeg ikke skal få det til... og jeg har jo så mange stygge tanker og ... Før har jeg vært på X (institusjon) og der sa de at rus er djevelens verk og at jeg lar djevelen få plass hos meg når jeg ruser meg. Jeg kjenner det også, at det er mer djevleskap i meg når jeg ruser meg... tror jeg. Nei, det gjør meg redd det der. Jeg skulle ønske jeg kunne sluttet å ruse meg mye før, før det ble så mye dritt ut av det for meg. Før jeg prostituerte meg og alt sånn...”*

### Økonomi

*”Det er vanskelig å vite at en alltid vil være av dem som ikke har råd til å være med på ting, at det alltid vil være sånn at det skal begrense meg. Jeg har gjeld som jeg kommer til å dra på resten av livet og som jeg egentlig trenger hjelp med. Men det blir liksom småtteri oppi alt det andre jeg trenger. Eller, det er jo ikke det heller, for det blir ganske stort i hverdagen.”*

*”Jeg vil alltid være akterut i forhold til økonomi. Har jo ikke noe bedre i sikte heller, om ikke jeg greier å få meg en utdanning og det er jo ikke så sannsynlig slik det er fatt med meg nå. Jeg savner hjelp med det der, med hvordan jeg kan komme meg litt ovenpå når det gjelder økonomi.”*

*”Jeg savner å ha penger til sånn som vanlige folk har penger til. Også trenger jeg tenner, og har bare sånne rus-klær. Men det er jo det at jeg lever som er det viktige da, jeg skjønner det.”*

### Botrening

*”Å bo alene blir en utfordring for meg, det har jeg aldri gjort før. Nå har jeg søkt kommunal leilighet og det både gleder og gruser jeg meg til. Jeg vet jeg blir ensom, det har andre blitt. Jeg har søkt om en støttekontakt, slik at jeg kan ha i alle fall en som kan besøke meg. Men jeg vet ikke om jeg får det da. Også må jeg spørre om mye andre ting også, som jeg ikke veit. Det er bare det at det ikke er noen å spørre om sånne ting. Men kanskje jeg får støttekontakt, da, som jeg kan spørre.”*

#### Meningsfylt virke

*”Jeg trenger noe å fylle daga mine med, jeg. Tror ikke at du som er nykter skjønner hvor mye arbeidet ditt betyr for deg, hvordan du ville hatt det uten det. Da hadde du kanskje ikke hatt noen venner du heller, eller noe å gå til eller sånn. Jeg blir nervøs og usikker av å ikke gjøre noe, føler meg litt fremmedgjort overfor hele verden. Tror mye ville vært bedre om jeg hadde noe å gå til, men det måtte være noe jeg fikser, da.”*

*”Jeg har for mye tid og ikke noe å ha inni den.”*

*”Og når jeg får være med å jobbe, og får jobbe mye, da har jeg det som greven, jeg. Da har jeg det bra. Da er jeg nyttig også. Og det er viktig for meg, det. Å gjøre nytte for meg. Det savner jeg veldig nå, men det er ikke så lett å skaffe seg en jobb, også kan du ikke være der før etter du har henta metadonet ditt. Det går ikke det. Jeg har jobbet mye i byggebransjen og der begynner dem om morran, der. Jeg har prøvd å snakke med dem om det, men de vil ikke hjelpe meg så jeg kan få en annen henteordning.”*

*Intervjuer: ”Men kan du ikke snakke med arbeidsgiver om det da?”*

*”Nei, jeg kan jo ikke si at jeg bruker metadon, da får jeg ikke jobb i det hele tatt. Det er ingen som ansetter en narkoman.”*

#### Ønske om en alliert

*”Jeg savner veldig en som er på min side, som jeg kan stole på at vil mitt beste og vil hjelpe meg, liksom.”*

*”Det som er, er at jeg er redd dem. Vet ikke om dem orker å bry seg. Jeg savner veldig å ha en som jeg kunne stole på at ville hjelpe meg, som jeg kunne tørre å fortelle ting til. Et sted jeg kan gå litt mer til enn en psykolog en gang i uka. Jeg savner en som, i stedet for å komme i ettertid og si ”å, nå har du gått feil” og så gir masse kjeft og konsekvenser og greier, at en*

*kunne komme litt tidligere og på en måte hjelpe meg... For jeg er jo villig, vi er jo det. Jeg merker bare ikke at jeg går feil før... så det blir litt sånn som når en unge får ris på rumpa i ettertid i stedet for at noen forteller`n hvordan det hadde vært lurt å gjøre det på forhånd.”*

#### Ønske om tid

*”Jeg regner som sagt med at jeg må jobbe med dette hele resten av livet. Det er litt tøft å tenke på det. Det er mye slit som ligger foran meg der. Men jeg har mer krefter nå, liksom. Og jeg har fått til noe etter at jeg fikk metadon. Det jeg er mest redd for nå er at dem skal vente for mye for fort. At dem ikke skjønner at jeg trenger tid på meg, at dette ikke er gjort over natta, liksom.”*

*Intervjuer: ”Føler du at de i hjelpeapparatet skjønner hvor stor jobb det er du skal gjøre, hvor mye det er du skal endre i livet ditt?”*

*Informant: ”Det vet jeg ikke helt. Jeg er litt usikker på hva det er de skjønner og ikke skjønner. Men jeg har jo ruset meg. Jeg er ikke sikker på om de skjønner hvor mye jeg prøver og vil. At jeg virkelig vil få det til, jeg vil det 100 %. Jeg vil ha det bedre, og jeg vil ikke ruse meg. Men jeg vet ikke hvor fort jeg bør få det til, hvor lang tid jeg bør få på meg, liksom. Jeg ser det går fremover, men jeg bør kanskje få til mer. Nå. Men jeg har i alle fall fått livsgnisten tilbake, nå ser jeg at det er mulig. At jeg har sjansen til ikke å dø av dette, bli en del av statistikken. Det gjør at jeg for første gang føler at det er mulig. Jeg har ikke brukt dop siden jeg fikk metadon, men jeg har brukt piller, da. Og det skal jeg jo ikke.”*

*”På følelser er jeg veldig svak. Det tar jo tid å lære seg til å håndtere alle de følelsene det nyktre livet fører med seg. For det er jo sånn at det er mye rart som dukker opp i oss, og når du da ikke er vant til det er det ikke enkelt. Ja, og underveis så får du ikke mer enn så og så mange sjanser på en måte, før du er ute. Og det er tragisk, altså, for folk dæuer som fluer altså, når de blir kasta ut av opplegget her.”*