

Narkotikapolitikk og skadereduksjon

Dilemmaer i politiarbeid, rusbehandling og sprøyterom

Hilgunn Olsen

Avhandling for Ph.D. graden
Institutt for kriminologi og rettssosiologi
Juridisk fakultet
Universitetet i Oslo
Mai 2020

© Hilgunn Olsen, 2020

*Doktoravhandlinger forsvart ved
Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo.
Nr. 161*

ISSN 1890-2375

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven eller med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslag: Hanne Baadsgaard Utigard.
Grafisk produksjon: Representralen, Universitetet i Oslo.

Forord

Dette er en avhandling som har blitt til parallelt med en relativt lang arbeidskarriere innenfor rusmiddelforskningen. Jeg fikk opptak i PhD-programmet ved Juridisk Fakultet UIO allerede i 2004, på en prosjektskisse om gatenær narkotikabruk. Jeg holdt på med gatenært evalueringsarbeid i jobben min, og tanken var at data innsamlet i jobbsammenheng også kunne benyttes til PhD-arbeid. Den opprinnelige prosjektplanen ble aldri fulgt, blant annet fordi jeg var i en jobb hvor arbeidsoppgavene måtte gjøres, og flere av de planlagte datainnsamlingene ble aldri noe av. Jobb og familie krevde sitt, og jeg orket til slutt ikke dette prosjektet som sto i stampe. En klok kontorsjef ved Institutt for kriminologi- og retts sosiologi (IKRS) anbefalte ikke å slutte i programmet, men heller å søke permisjon.

Etter noen år ble jeg oppmuntret til å gjenoppta PhD-arbeidet av min daværende leder i Tyrilistiftelsen, og jeg tok det opp til vurdering. Da jeg traff Sveinung gjennom felles sensurarbeid ved IKRS, og han sa seg villig til å bli min veileder, valgte jeg å gi PhD prosjektet en ny sjanse. Å få kvalitative artikler publisert er et håndverk få behersker like godt som Sveinung, så dette ble en gylden mulighet til å lære. Noen av de publiserte arbeidene fra sprøyteromprosjektet viste seg å kunne ha potensiale som en basis for et historisk narkotikapolitisk avhandlingsarbeid. Jeg trengte altså ikke å starte helt på nytt! Det faktum at jeg hadde holdt på lenge i samme forskningsfelt kunne bli en styrke i en slik avhandling, mente Sveinung. Her startet den morsomme og lærerike PhD-tiden. Jeg fikk gå på Sveinungs artikkelkurs på juridisk fakultet, og etter en tid fikk jeg publisert politiartikkelen som hadde havnet i en skuff etter første gangs innsendelse flere år tilbake. Den siste artikkelen måtte tilpasses min arbeidssituasjon som forsker i Tyrilistiftelsen på det tidspunktet, og slik kom den til å omhandle behandlingskollektiver og offentlig styring av rusbehandling.

På et senere tidspunkt, da teorien skulle på plass, kom Kristin inn i bildet med sin fenomenale bakkebyråkrat-kompetanse. Det har vært en fryd å få følge Kristin inn i Lipskys og Brodkins universer, og lære om politikkutforming nedenfra. Dette var kjærkomne perspektiver for meg som har jobbet mye praksisnært. Mange av de tradisjonelle kriminologiske perspektivene, som ligger mitt hjerte nært, har også dette utgangspunktet. Med sin nitide lesing og sans for detaljer har Kristin lagt ned et uendelig antall timer for å hjelpe meg frem til et ferdig arbeide. Tusen millioner takk – du er en stjerne!

Flere andre av de gamle SIRUS-folka fortjener også en stor takk: Astrid (d.g) som lærte meg opp i dette feltet, Ingeborg for korrekturlesing, Elin for slutfasehjelp, Hilde og Mette for faglige diskusjoner og moralsk støtte i slutfasen, og dere andre som har vært utrettelig heiagjeng fra siden. Jeg er veldig glad i dere alle! En stor takk også til Janne, min medsammensvorne i opp- og nedturer. Vi klarte det til slutt! Videre vil jeg takke Willy Pedersen for veldig nyttige bidrag i midtveisevalueringa. Instituttet mitt, IKRS, fortjener en ekstra stor takk. I et helt år i slutfasen av prosjektet fikk jeg disponere kontor, PC, bibliotek og andre nødvendige ressurser, samtidig som dere tok meg imot og inkluderte meg i fagmiljøet. Dette var meget raust, og avgjørende for progresjon i arbeidet. Til sist – min evige støtte Endre. For en tålmodighet, for en stødighet! Jeg er så glad for at vi er enige om verdien av studier og utfordringer for å utvikle oss. Og til Peter og Marie – som mener at mamma aldri kommer til å jobbe mindre – nå er det faktisk håp!

Hilgunn Olsen

Kamphus, mai 2020

Innholdsfortegnelse

Liste over artikler.....	7
Sammendrag.....	9
1. Innledning og problemstillinger.....	11
2. Historien om norsk narkotikapolitikk.....	17
2.1 Tradisjonell narkotikapolitikk 1913-1964.....	18
Behandling av rusavhengighet i den tradisjonelle perioden – medisin	21
2.2 Narkotika som kriminalpolitikk 1965 – 1987	22
Utviklingen av medikamentfri sosialfaglig rusbehandling.....	28
2.3 Kriminalpolitikk og skadereduksjon 1988 -2019	30
1980-tallet: sprøyteutdeling	36
1990-tallet: Substitusjonsbehandling.....	37
2000- tallet: Sprøyterom	39
2.4 Utviklingen av skadereduksjon fortsetter.....	42
2.5 Avsluttende om narkotikapolitikkens utvikling	43
3. Teori.....	47
3.1 Styring ovenfra	48
Garlands Foucault-inspirasjon – styringsrasjonalitet.....	49
Sosialkonstruktivismen.....	52
Garlands teori om styring gjennom straff.....	54
Garlands bidrag til narkotikapolitisk forskning	55
3.2 Styring nedenfra - interaksjonisme.....	59
Bakkebyråkrateteori	61
Bakkebyråkrati i rusmiddelforskningen	64
Tummers: Politisk fremmedgjøring.....	68
3.3 Avsluttende om det teoretiske rammeverket	69
4. Metode	71
4.1 Dokumentanalyse	74
4.2 Kvalitative intervjuer.....	77
Personlige semistrukturerte intervjuer	77
Fokusgruppeintervjuer.....	80
Styrker og svakheter ved kvalitative intervjuer	83
4.3 Feltarbeid.....	85

4.4	Kvantitative data.....	93
4.5	Metodetriangulering	93
4.6	Koding og analyse	97
4.7	Data fra evalueringsforskning	100
4.8	Etiske betraktninger	104
4.9	Avsluttende om metode	107
5.	Artiklenes bidrag	109
5.1	Den strafferettslige sfæren.....	110
5.2	Den sosialfaglige sfæren.....	110
5.3	Den medisinske sfæren.....	111
6.	Narkotikapolitiske dilemmaer	113
6.1	Straff versus hjelp.....	113
6.2	Skadereduksjon versus totalavhold	114
6.3	Oppsummering	116
	Referanseliste.....	121
	Offentlige dokumenter som viser rusmiddelpolitiske endringer:.....	135

Liste over artikler

- Artikkel 1: Olsen, H. (2017). Open drug scenes and police strategies in Oslo, Norway. *Journal of Scandinavian studies in criminology and crime prevention*, 18(2):141-156.
- Artikkel 2: Olsen, H. (2019). Totalavhold og skadereduksjon – Om offentlig styring av rusbehandling. *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 3(06): 426-441.
- Artikkel 3: Olsen, H. (2006). A happy compromise? Public injection Rooms in Norway – Admission Criteria and Client Responses. In J. Anker, V. Asmussen, P. Kouvonen, & D. Tops (Eds.), *Drug Users and Spaces for Legitimate Action* (Vol. 49). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research: 183-204.
- Artikkel 4: Skretting, A., & Olsen, H. (2008). The Norwegian injecting room trial: politics and controversies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25(4): 269-284.

Sammendrag

Denne avhandlingen handler om narkotikapolitikkens dilemmaer. Den overordnede problemstillingen er: *Hvordan manifesterer narkotikapolitikkens dilemmaer seg i praktisk arbeid, som politiets arbeid i åpne russcener, i rusbehandling og i sprøyterom?* Narkotikapolitiske endringer utforskes i tre typer kontekster: den strafferettslige, den medisinske og den sosialfaglige. Videre studeres praktiske utslag av dagens narkotikapolitikk. Hvilke dilemma oppstår når narkotiske stoffer straffefølges samtidig som brukerne skal ivaretas?

Artiklene illustrerer større utviklingstrekk i den norske narkotikapolitikken, der det opprinnelige strafferettslige og det sosialfaglige sporet fikk selskap av et medisinsk skadereduserende spor på 80- og 90-tallet. Narkotikapolitikkens dilemma synliggjøres gjennom politiets arbeid med åpne russcener, i rusbehandling og i sprøyterom. Et hovedfunn er at denne motsetningsfylte narkotikapolitikken medfører utfordringer innenfor alle tre sfærene. Innenfor den strafferettslige sfæren viser jeg hvordan politiet utøver skjønnsmessige vurderinger i praktisk arbeid i rusmiljøer, men styres av motstridende mål for arbeidet. Valget om å beslaglegge brukerdoser eller ikke kan tilfredsstille bare en målsetting av gangen; enten en strafferettslig eller en medisinsk (artikkel 1). Innenfor den sosialfaglige sfæren viser jeg hvordan sosialfaglige forståelsesmåter gradvis reduseres til fordel for medisinske, og hvilke dilemma dette medfører (artikkel 2). Innenfor den medisinske sfæren oppstår dilemmaene i sprøyterom fordi straffetrusselen konkurrerer med helsefremmende formål (artikkel 3 og 4). Et annet hovedfunn i avhandlingen er at den medisinske sfæren med skadereduksjon har vokst på bekostning av den sosialfaglige og den strafferettslige sfæren. Dette kommer frem gjennom hele avhandlingen, spesielt i historiedelen.

Narkotikapolitikk utformes ovenfra av myndighetene gjennom narkotikapolitiske dokumenter og straffebud. Narkotikapolitikk utformes samtidig nedenfra, av de praktiske utøverne av politikken. Avhandlingens problemstilling belyses gjennom to hovedteorier;

Garlands teori om samfunn med høye kriminalitetsrater (high crime societies) og Lipskys teori om bakkebyråkrater (Street Level Bureaucracy – SLB). Garlands teorier gir en god inngang til å belyse avhandlingens problemstillinger i et ovenfra-og-ned perspektiv, mens bakkebyråkratteori bidrar til å belyse problemstillingene fra et nedenfra-og-opp perspektiv. Både ovenfra- og nedenfra- perspektiver er nødvendige for å forstå narkotikapolitikkens dilemmaer, og dataene består derfor både av myndighetenes styringsdokumenter og av intervjuer/observasjon blant brukerne i narkotikamiljøene.

Avhandlingen knytter sammen og analyserer hendelser og historiske utviklingstrekk på narkotikafeltet som tidligere bare har blitt behandlet enkeltvis. De fire artiklene dekker deler av den historiske utviklingen på narkotikafeltet, og kappen utfyller og komplementerer historien og analysene. Til sammen løfter jeg frem sentrale utviklingstrekk og dilemmaer i norsk narkotikapolitikk. Den historisk-sosiologiske analysen viser at de tre sfærene: den medisinske, den strafferettslige og den sosialfaglige sfæren har beveget i perioden avhandlingen dekker.

1. Innledning og problemstillinger

«Expensive Oslo is cheap fix capital. In a country where drugs cost less than alcohol, heroin addiction is causing growing alarm to Norwegian authorities» (Osborne, 2002).

Slik rapporterte The Guardian fra Oslo sommeren 2002 og artikkelen kunne like godt vært skrevet i dag. Til tross for at Norge har et av verdens beste helse- og velferdssystemer har vi over tid ligget på toppen av statistikken over overdosedødsfall i Europa (EMCDDA, 2019a). Omtrent 250 mennesker dør hvert år av overdoser av narkotiske stoffer i Norge (FHI, 2018). Stortinget har anerkjent problemets alvorlighetsgrad, og Norge har siden 2014 hatt en nasjonal overdosestrategi med omfattende tiltak for å få ned antallet narkotikautløste overdoser (Helsedirektoratet, 2014, 2019). Samtidig som overdosestatistikken er høy er bruken av illegale stoffer stabilt lav i Norge sammenliknet med andre land (EMCDDA, 2019a). Omtrent 9000 nordmenn antas å drive høyrisikobruk av opioider. Cannabis er det mest brukte illegale rusmiddelet; omlag 20% av den norske befolkningen har prøvd det (Gjersing & Amundsen, 2018). De fleste land har erfart at bruken av illegale stoffer har endret seg over tid, og i dag brukes et bredere spekter av stoffer, blandingsbruk er vanlig, og bruksmønstrene varierer mellom rekreasjonell bruk, regelmessig bruk og avhengighet (EMCDDA, 2019b). Overdoser er likevel en av de vanligste årsakene til dødsfall blant unge mennesker også i resten av verden. Norge har gjennom en årrekke blitt kåret til verdens beste land å bo i (UNDP, 2018), og den internasjonale oppmerksomheten mot overdosefenomenet i Norge er knyttet til spørsmålet om hvorfor så mange unge mennesker dør av overdoser i et land med gode velferdsordninger, og hvor omfanget av narkotikabruk er relativt lavt (EMCDDA, 2018a).

Denne avhandlingen gir en historisk-sosiologisk analyse av narkotikapolitikkens utvikling i Norge. Norsk narkotikapolitikk har hatt straff som sitt viktigste virkemiddel, men straffetrusselen har vist seg å ikke være tilstrekkelig for å stoppe utbredelsen av narkotiske stoffer. I Norge var de strafferettslige tiltakene i narkotikapolitikken på 70- og 80-tallet svært

omfattende, uten at det medførte den tilstrebede reduksjonen i bruk. Tvert imot økte bruken kraftig, særlig utover 90-tallet (Ødegård, Bretteville-Jensen, & Skretting, 2002). De tradisjonelle behandlingsinstitusjonene med totalavhold som mål så ikke ut til å virke etter intensjonen. De etiske sidene ved å bruke straff mot syke mennesker har også fått økende oppmerksomhet. Den historiske utviklingen av narkotikapolitikken fremstilles ofte som en debatt mellom en moralsk posisjon, der brukerne sees som kriminelle og avvikende, og en folkehelse-posisjon, der brukerne sees som syke og hjelpetrengende (Davoli, Simon, & Griffiths, 2010). En ensidig opptatthet av straff har blitt løftet frem som medvirkende årsak til sykdom og elendighet blant narkotikabrukerne. For å bøte på helseutfordringer ble det opprettet hjelpetjenester i form av skadereduserende tiltak, og Norge har etter hvert kommet langt når det gjelder både sprøyteutdeling, sprøyterom¹ og tilgang på opiatbehandling (LAR). I 2020 åpnes det for heroinforskriving, der et lovlig fremstilt heroinpreparat skal deles ut som behandling for heroinavhengighet. Felles for de skadereduserende tiltakene er at brukernes helse sees som viktigere enn at bruken er illegal. De skadereduserende tiltakene tar med andre ord sikte på å redusere både helsemessige og andre uheldige konsekvenser av rusmisbruket.

Motsetningen mellom straff og helse er velkjent fra flere områder, blant annet fra fengslene (Giertsen & Rua, 2014). Disse motstridende perspektivene preger narkotikapolitiske debatter, og har blitt aktualisert gjennom forslag til rusreform i Norge i 2019, der hovedmålet er å sende folk som bruker narkotiske stoffer inn i hjelpeapparatet i stedet for i straffeapparatet (Rusreformutvalget, 2019). Narkotikapolitikken utvikling er interessant fordi det narkotikapolitiske lovverket i liten grad har blitt endret med innføringen av skadereduserende tiltak. Fremveksten av skadereduksjon har derfor medført en parallell fremvekst av

¹ I denne avhandlingen benyttes betegnelsen «sprøyterom», selv om tiltaket fra 2019 betegnes som «brukerrom», for å synliggjøre at også andre inntaksmåter enn injisering ble tillatt.

narkotikapolitiske dilemma, i skjæringspunktet mellom hjelp og straff. Er narkotikabrukere kriminelle eller syke? Skal de helbredes eller straffes? Skal de behandles med eller uten medikamenter? Og hvor skal de oppholde seg i bybildet?

«Plata» var navnet på en åpen russcene i Oslo rundt årtusenskiftet, der opp mot 200 narkotikabrukere oppholdt seg samtidig. Forbipasserende kunne observere nakne kropper med sprøyter i, åpne sår, samt døsiges mennesker som potensielt hadde overdosert og sto i fare for å dø. I denne perioden innså politiet at deres innsats var utilstrekkelig overfor problematikken de var vitne til på Plata. Omfanget av narkotikalovbrudd i området var så stort at det var u håndterlig, og brukergruppa var preget av sykdom og forkommenhet. Politiet prioriterte derfor bare å gripe inn der de mistenkte at noen hadde større kvanta narkotika enn til eget bruk. Presset på politi og politikere økte imidlertid, for hvordan kunne det være mulig å tillate åpenlys kriminalitet i et slikt omfang? Den kortsiktige løsningen på situasjonen ble å ta i bruk det virkemiddelet som hadde blitt benyttet gjennom en årrekke overfor ansamlinger av narkotikabrukere: politimakt. Den store åpne plassen ved Oslo S var nå tom, med unntak av en politibil som sto parkert midt på plassen store deler av døgnet. Også denne gangen oppstod det etter kort tid nye ansamlinger i umiddelbar nærhet. Helt siden de første samlingene av rusmiddelbrukere i Slottsparken på 60-tallet har politiet splittet miljøene, med påfølgende reetablering et kvartal eller to unna. Brukerne har blitt flyttet fra sted til sted, og det synes vanskelig å finne alternative handlingsmåter. Historien om Plata er et av mange eksempler på at den tradisjonelle narkotikapolitikken basert på totalavhold og straff har slått sprekker.

I denne avhandlingen analyseres utviklingen av norsk narkotikapolitikk gjennom tre perspektiver; et strafferettslig-, et medisinsk- og et sosialfaglig perspektiv. Det sosialfaglige perspektivet er ikke særnorsk, men det handler også om økonomi når narkotikaproblemer skal møtes med noe mer enn straff og helsehjelp. Norge har i internasjonal sammenheng bevilget mye penger til rusmiddelsektoren, noe som gir bedre muligheter for sosialfaglig oppfølging.

Det er imidlertid både enklere og billigere å dele ut substitusjonsmedisiner enn å hjelpe folk til å bo godt og få innhold i tilværelsen. Det medisinske perspektivet i narkotikapolitikken får derfor lett forrang foran det sosialfaglige. Den historisk-sosiologiske analysen i avhandlingen bygger på studier over en lang tidsperiode, noe som har gitt innsikt i narkotikapolitiske forståelser over tid. Dette er en styrke, fordi endringene i narkotikapolitikken og i tilbudet til narkotikabrukere har endret seg vesentlig siden det moderne narkotikaproblemet oppsto i Norge på 60-tallet.

Metodisk og teoretisk er avhandlingen lagt opp som en ovenfra-analyse og en nedenfra-analyse av norsk narkotikapolitikk. Ovenfra benyttes Garlands teori om hvordan straffen endrer seg når kriminaliteten øker. Straff er myndighetenes forsøk på å styre befolkningen til avhold fra narkotiske stoffer ovenfra. Fra et utgangspunkt med nulltoleranse for narkotika ble utbredelsen etter hvert så stor i det norske samfunnet at politiet har endret fokus. Garland viser hvorfor skadereduserende strategier ofte avløser rent straffende strategier for kriminalitetsbekjempelse når mengden lovbrudd øker. Nedenfra-analysen tar utgangspunkt i Lipskys bakkebyråkrat-teori, og viser hvordan narkotikapolitikk også dannes fra praksis nedenfra. Medisinske skadereduserende tiltak for narkotikabrukere har tvunget seg frem nedenfra via førstelinjetjenester og brukerorganisasjoner som har erfart elendighetstilstanden hos vanskeligstilte narkotikabrukere. Gjennom daglige praksiser, for eksempel i sprøyterom og når politiet arbeider i russcener, utformes narkotikapolitikk nedenfra.

Datainnsamling og analyse følger samme logikk; ovenfra-data er analyser av myndighetenes narkotikapolitiske dokumenter, mens nedenfra-data kommer fra observasjon og intervjuer med narkotikabrukere og ansatte i hjelpetiltak. Metodetriangulering er en styrke i avhandlingen, der mengden av ulike data samlet inn over mange år gjennom ulike arbeidsoppdrag har gitt en unik mulighet for oversikt og inngående forståelse for narkotikafeltet.

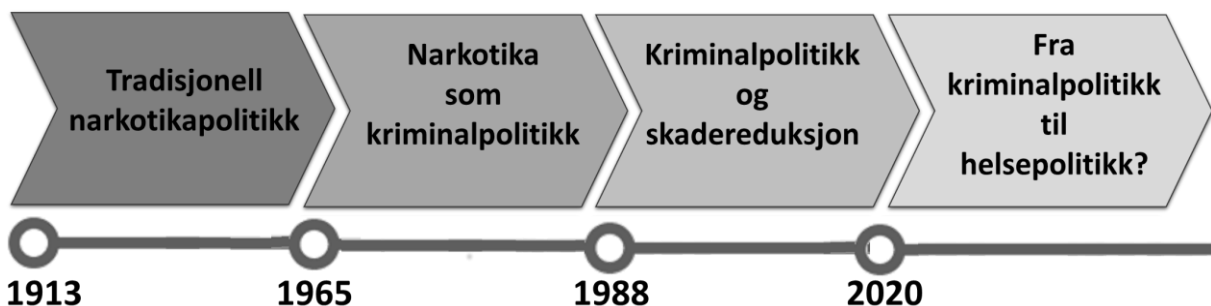
Hovedproblemstillingen for denne avhandlingen er: *Hvordan manifesterer narkotikapolitikkens dilemmaer seg i praktisk arbeid, som politiets arbeid i åpne russcener, i rusbehandling og i sprøyterom?* Politiets arbeid i Norges største åpne rusmiljø er tema for artikkel 1. Artikkelen viser hvordan politiet skifter mellom å begrunne sin innsats i rusmiljøene strafferettslig og medisinsk/sosialt. Den andre artikkelen handler om rusbehandling innenfor den sosialfaglige konteksten. Artikkelen viser hvordan behandlings-kollektivene delvis har endret seg i takt med narkotikapolitikkens endring bort fra totalavhold og over til skadereduksjon som mål. Fra å ha et unisont mål om totalavhold, har skadereduksjon og livsmestring blitt nye mål for rusmiddelpolitikk- og rusbehandling. I denne prosessen har de sosialfaglige perspektivene fått mindre plass, til fordel for medisinske perspektiver. Artikkel 3 og 4 handler om sprøyterom. Artikkene belyser hvordan det ble mulig å innta ulovlige rusmidler under oppsyn av hjelpepersonell i et offentlig hjelpetiltak. Dilemmaene er mange fordi straffebudet mot stoffene består.

Dette er en artikkelbasert avhandling med en sammenfattende kappe. Kappen inneholder en innledning, et kapittel om narkotikapolitikkens historie med skadereduksjonens fremvekst, et teorikapittel, et metodekapittel og en diskusjonsdel der narkotikapolitikkens dilemma løftes frem og avhandlingen oppsummeres. Innholdet i det strafferettslige og det medisinske/skadereduserende perspektivet i narkotikapolitikken forklares, samt årsaken til at disse begrunnelsene benyttes og hvorfor de noen ganger er uforenelige. Disse tre perspektivene knyttes opp mot den historiske gjennomgangen, for å vise skiftende fokus i narkotikapolitikken over tid.

2. Historien om norsk narkotikapolitikk

Dette kapittelet handler om hvordan norsk narkotikapolitikk har blitt formet gjennom tidene, og setter de fire artiklene inn i en historisk kontekst. Jeg trekker frem ulike faktorer som har påvirket forståelsen av narkotika under ulike samfunnsforhold, og som ligger til grunn for narkotikapolitiske tiltak. I noen tidsepoker har enkeltpersoner hatt stor innflytelse på politikktutformingen, mens ønsket om å vise politisk handlekraft i andre perioder har dominert den narkotikapolitiske utviklingen. I den historiske gjennomgangen forsøker jeg å synliggjøre hvorfor dilemmaene i narkotikapolitikken har oppstått, og hvordan artiklene relaterer seg til den narkotikapolitiske historien.

Den første akademiske gjennomgangen av norsk narkotikapolitikk ble gjort av Brit Bergersen Lind (1974). Denne avhandlingen er et forsøk på å oppdatere Linds gjennomgang ved å inkludere overgangen fra strafferettslige til mer medisinske perspektiver fra slutten av 1980-tallet og frem til i dag. I denne avhandlingen deler jeg inn den narkotikapolitiske historien i fire perioder (Figur 1): 1) Tradisjonell narkotikapolitikk (1928-1965), 2) Narkotika som kriminalpolitikk (1965-1988), 3) Skadereduksjon og kriminalpolitikk (1988 - 2020?) og 4) Fra kriminalpolitikk til helsepolitikk 2020?



Figur1. Narkotikapolitikkens utvikling

Norsk narkotikapolitikk påvirkes også av andre lands narkotikapolitikk. Narkotikapolitisk samarbeid er naturlig fordi handelen med narkotika foregår over landegrensener. Forståelsen av

narkotikaproblemene varierer imidlertid mellom landene. I noen land ses narkotika-problemene først og fremst som et kriminalitetsproblem, mens andre land ser narkotikaproblemet mer som et helseproblem og bygger sin narkotikapolitikk på helsepolitiske virkemidler fremfor kriminalpolitiske. Norge og Sverige fulgte den amerikanske totalavholdlinjen når narkotikapolitikken skulle utformes, mens land som Nederland, Spania og Danmark tradisjonelt har behandlet bruk av stoff på en mildere måte (Christie & Bruun, 1985; van Kalmthout, Derks, & Albrecht, 1999).

Norsk rusmiddelpolitikk kommer primært til uttrykk i stortingsmeldinger og stortingsproposisjoner. Frem til i dag finnes det 14 sentrale dokumenter som handler om narkotikapolitikk i perioden 1975 til 2020 (oversikt finnes som vedlegg). Dette er stortingsmeldinger, stortingsproposisjoner, Odelstingsproposisjoner og «Rapport om Narkotika» fra Stoltenbergutvalget (2010), et regjeringsoppnevnt utvalg for å foreslå tiltak for de mest utsatte narkotikabrukerne. Proposisjonene omfatter blant annet opptrappings-planene for rusfeltet, som siden 2007 har vært viktige styringsdokumenter for narkotika-politikken. I tillegg kommer innstillinger og proposisjoner som angår narkotikalovverket. Et siste og potensielt viktig narkotikapolitisk dokument er forslaget til rusreform, som ble lagt frem ved utgangen av 2019. NOU'en har fremmet forslag til narkotikapolitiske endringer og skal behandles politisk i 2020, så det er fortsatt usikkert hvilke følger utvalgets anbefalinger vil få for narkotikapolitikken. Disse dokumentene utgjør til sammen et idémessig fundament for narkotikapolitikken. Det er likevel viktige forskjeller på innholdet i narkotikapolitiske dokumenter og narkotikapolitikk i praksis, slik denne avhandlingen vil vise.

2.1 Tradisjonell narkotikapolitikk 1913-1964

I den første narkotikapolitiske perioden ble det etablert en samfunnsmessig forståelse av hva som skulle forstås som narkotika, og man utviklet definisjoner for de ulike narkotiske stoffene. Politikken som ble utformet for å løse narkotikaproblemene i Norge kan imidlertid

ikke forstås uavhengig av alkoholpolitikken. Avholdsbevegelsen var sentral i utviklingen av norsk alkoholpolitikk. I 1914/1915 var 250000 nordmenn medlemmer av slike organisasjoner (Johansen, 1994). De største avholdsorganisasjonene var Det Norske Totalavholdsselskap (DNT) og Den Internasjonale Godtemplarorden (IOGT), omtalt som «totalister og aktivister» (Johansen, 1994). Jeg har valgt å kalle denne historiske fasen for «tradisjonell» fordi den varte lenge, og fordi de dominerende oppfatningene i narkotikaspørsmål ikke skilte seg nevneverdig fra ruspolitikken på andre områder. Fasen er også kjennetegnet av relativt sett få misbrukere og ennå lite utbredt narkotikabruk blant ungdom.

Noe av årsaken til at avholdsfilosofien ble viktig i det norske samfunnet var at arbeiderbevegelsen, som var sentral i oppbyggingen av en moderne velferdsstat i etterkrigstiden, integrerte avholdsfilosofien i velferdspolitikken (Waal, 2004). Den norske rusmiddelpolitikken bygger derfor på et solidarisk perspektiv, tuftet på fellesskapets rett og plikt til å beskytte sårbare deler av befolkningen (Waal, 1998). Forbud, overvåking, straff og disiplinering ble dermed de viktigste virkemidlene i utformingen av alkoholpolitikken (Johansen, 1994). All bruk av alkohol ble sett som misbruk (Christie og Hauge 1961), og i 1917 innførte Norge et totalforbud mot alkohol (Christie & Bruun, 1985). Alkoholbruk ble sett på som et sosialt og individuelt problem, og som et moralsk anliggende. Folk skulle oppdras, tilgangen på alkohol skulle begrenses, og totalavhold var målet (Schiøtz, 2017). I dette lå grunnlaget for en moralsk og ideologisk utvikling av rusfeltet, som kom til å smitte over på forståelsen av narkotiske stoffer.

Til og begynne med foregikk bruken av narkotiske stoffer i hovedsak blant voksne som hadde tilgang gjennom helsevesenet – de såkalt «gammeldagse narkomane» (Evang, 1972). Både nasjonalt og internasjonalt økte imidlertid bruken av slike stoffer, etter hvert også blant unge, og omsetningen foregikk i økende grad utenfor helsevesenet. Dette la grunnlaget for et internasjonalt samarbeid om et lovverk for narkotiske stoffer. Perioden har blitt omtalt som en

strafferettslig «beredskapsfase» (Bergersen Lind, 1974). Forståelsen av narkotikaproblemet i denne perioden var likevel at det var et helseproblem som krevde helsepolitiske løsninger.

Hovedtrekkene i den internasjonale narkotikapolitikken ble fastlagt i Haag i 1912 i form av en forpliktende avtale om streng kontroll med produksjon og omsetning av opium (Hauge, 1989). Haagkonvensjonen ble undertegnet av de fleste land, inkludert de nordiske, og selv om det verken foregikk produksjon eller handel med opiater og kokain her til lands, var Norge et av de første landene som undertegnet den. Dette var bakgrunnen for den første norske narkotikaloven, «Lov om innførsel og utførsel av opium m.m. (opiumsloven)», som ble vedtatt i 1913, og dette innledet dermed Linds (1974) «beredskapsfase». Bakgrunnen for tiltredelse av konvensjonen var ivaretagelse av internasjonale interesser mer enn bekymring for skadeomfang i den norske befolkningen (Hauge, 1989). I 1925 tiltrådte Norge Genèvekonvensjonen som krevde et straffebed, og det ble nødvendig å endre opiumsloven av 1913 til også å inkludere en straffebestemmelse (maks 6 måneders fengselsstraff). Med dette ble det opprettet en beredskap i lovverket for problemene som skulle komme. Slik Bergersen (Bergersen Lind, 1974) påpeker, fikk beredskapsfasen med ratifiseringen av Genève- og Haagkonvensjonen likevel ingen praktisk betydning de første årene. På sikt ble det imidlertid tydelig at forpliktelsene var både politiske og moralske, noe som begrenset handlefriheten i narkotikapolitikken i årene fremover.

Beredskapsfasen ble avløst av en helsedominert fase (Bergersen Lind, 1974). Etter at den nye opiumsloven ble vedtatt i 1928 ble det mindre søkelys på strafferettslig kontroll. Helselovgivning ble skjerpet, og kontrolltiltak ble innført for å stanse et økende misbruk av medikamenter blant helsepersonell (Evang, 1972), samt å bedre kontrollen med markedsføring og produksjon av potensielt avhengighetsskapende medikamenter (Bergersen Lind, 1974). I 1961 ble FNs allmenne narkotikakonvensjon undertegnet, som blant annet omfattet opiater, cannabis og kokain. Den norske legemiddeloven var en oppfølging av denne konvensjonen,

som nedla forbud mot besittelse og omsetning av disse stoffene. Imidlertid var bruk fremdeles ikke omfattet av lovverket (Skretting, 2014).

Karl Evang - helsedirektør i årene 1938-1972- var en sentral skikkelse i utarbeidelsen av norsk narkotikapolitikk. Sammen med psykiateren Nils Retterstøl bidro han til at en sosialmedisinsk modell, epidemimodellen, skulle bli styrende for forståelsen av narkomani, blant annet gjennom skriftlige innlegg i aviser og offentlige foredrag (Evang, 1972). Den svenske politilegen Nils Bejerot, som var arkitekten bak den svenske narkotikapolitikken, hadde samme forståelse av problemet som Evang, og de påvirket hverandre gjensidig. Både Bejerot og Evang så narkotika som en tilstand som var sosialt smittsom, slik at hver enkelt narkotikabruker ville spre bruken til andre (Hauge, 2000). Bejerot (1981) beskrev for eksempel ungdommens narkotikabruk på 1960-tallet som en prairiebrann som spredte seg utover den vestlige verden. 1960-tallet markerte slutten på det tradisjonelle narkotikamisbruksmønsteret i Nord-Europa. Både i Norge og i andre europeiske land kom det inn nye rusmidler, og bruken bredte om seg i ungdomsbefolkningen.

Behandling av rusavhengighet i den tradisjonelle perioden – medisin

Behandling av rusavhengige startet i alkoholomsorgen. Loven om edruskapsvern og edruskapsnemnder av 1932 la grunnlaget for et rusbehandlingssystem (Hauge, 2009). Etter loven hadde lokale edruskapsnemnder myndighet til å anholde personer og sette dem under offentlig omsorg, også under tvang (Johansen et al., 2018). Etersom problemene med avhengighet av andre typer rusmidler tiltok ble det behov for et behandlingstilbud også for denne målgruppen. I 1961 kjøpte staten Søndre Land sykehus på Hov i Land, og omgjorde det til «Statens klinikk for narkomane» (SKN) (Evang, 1972). Bakgrunn for opprettelsen av en særomsorg for denne gruppen var at «de narkomane» var uønskede i det ordinære hjelpeapparatet. Verken alkoholomsorgen eller de psykiatriske institusjonene ønsket å ta imot dem, blant annet fordi andre pasienter kunne la seg lokke til å begynne med narkotiske stoffer.

Det var samtidig et ønske om å fjerne stigma for medikamentavhengige ved å behandle dem som ordinære pasienter med behov for medisinsk behandling (Waal et al., 2014). Målgruppen var i utgangspunktet de tradisjonelle narkomane, som var få i antall, godt voksne, og som hadde fått medikamentene forskrevet fra legene.

Da narkotikabruken oppsto som problem i Norge, ble SKN behandlingstilbud også for unge med misbruksproblemer. Perioden med SKN som eneste behandlingstilbud for narkotikabrukere har blitt kalt for «det gamle regimet» innen rusbehandling (Blindheim, 2003). De unge som søkte behandling for narkotikamisbruk ved SKN var kjennetegnet ved sosiale og helsemessige problemer av ulik art og kom fra familier med lav sosioøkonomisk status (Duckert, 1986).

2.2 Narkotika som kriminalpolitikk 1965 – 1987

Den andre narkotikapolitiske perioden var preget av mobilisering mot narkotika med straffetrusselen som det viktigste redskapet i problembekjempelsen. Den strafferettslige utviklingen i denne perioden var særegen både i norsk og internasjonal målestokk. Straffetrykket økte raskt, samtidig som det også hersket en sterk tiltro til hvilke resultater de høye straffene skulle oppnå. Det har blitt brukt begreper som «moralsk panikk» for å beskrive den rådende holdningen til narkotikabruk i denne perioden (Christie & Bruun, 1985).

Straffesektoren skulle i første rekke få beskjefte seg med narkotikaproblemene i noen tiår fremover. Perioden 1965-1984 var preget av «kontrollpolitisk opprustning». På disse tjue årene økte strafferammen for narkotikaforbrytelser fra 6 måneder til 21 år. Den ekstreme utviklingen i straff hadde først og fremst sin bakgrunn i hvordan problematikken ble forstått. Helsedirektør Evang sto i bresjen (Blindheim, 2003; Ødegård, 2011). Disse oppfatningene spredte seg blant representanter for politi og rettsvesen, slik forarbeidene til lovendringene viser.

Et eksempel er Justis- og politidepartementets forslag til endring i narkotikalovgivningen i 1967, der det nye narkotikaproblemet ble omtalt av Advokatforeningen som smittefarlig, i tråd med Evangs oppfatning. Det ble hevdet at sammenkomster av ungdom i seg selv var farlig for ungdommen:

«Disse samvær og sammenkomster representerer i seg selv en stor fare for ungdommen. Dette gjelder selv om den enkelte ikke bruker narkotika ved første samvær/sammenkomst, idet foreteelsen i seg selv faktisk er smittsom» (Justis- og politidepartementet, 1967).

Utviklingen av en norsk narkotikapolitikk skjedde heller ikke i et vakuum. Vi hentet inspirasjon fra våre naboland, i første rekke Sverige i den kriminalpolitiske fasen fra 1965 og senere fra Danmark. Sverige og Danmark har på hver sin måte hatt påvirkning på den norske narkotikapolitikken, men på motsatt vis. Mens det svenske utgangspunktet for en narkotikapolitikk var strengere og mer kompromissløst enn i nabolandene, valgte Danmark en mer ettergivende linje med en viss aksept for at stoffene kom til å være en del av samfunnet. Laursen (1992) har beskrevet hvordan det i perioden 1965-1985 befestet seg to ulike kontrollpolitiske strategier i Norden, der Norge og Sverige representerte en utpreget restriktiv linje, mens Danmark utviklet det han kaller en pragmatisk-liberal linje.

I Danmark ser det ut til å ha vært stor enighet om at bruk av narkotiske stoffer måtte sees som en del av samfunnsutviklingen på 1960-tallet, og at straff var feil måte å møte dette fenomenet på. Narkotikabruken ble i stedet knyttet opp mot andre samfunnsproblemer, og ble en del av en større sosial reform i det danske samfunnet (Houborg, 2010). Selv om straffene også i Danmark økte for å motvirke utbredelse av narkotikabruk, ble det uttrykkelig presisert at dette ikke måtte ramme brukerne av stoff, og at det ikke var noe ønske om å kriminalisere et stort antall ungdom som ellers ikke var kriminelle (Houborg, 2010). Danskene opprettet i stedet et skille i loven mellom cannabis og andre stoffer, der cannabis skulle behandles mildere (Houborg, 2011) – i tråd med Nederlands lovgivning (Cohen, 1997). Begrunnelsen for å skille

mellom sterke og svake stoffer var i Danmark som i Nederland at bruk av stoffer i ungdomstiden ble sett som del av en ny ungdomskultur og som samfunnsskapt utfordringer (Cohen, 1997; Houborg, 2011). Ved å definere utfordringene med de narkotiske stoffene som primært et sosialt problem på 1960-tallet, gikk Danmark i sin egen retning sammenliknet med de andre nordiske landene.

I Norge og i Sverige hadde helsedirektør Evang og politilegen Bejerot viktige samfunnsroller, der de proklamerte sine syn aktivt. De fikk derfor begge stor innflytelse på forståelsen av narkotikaproblemene og på utformingen av tiltak for å bekjempe dem. Den første svenske proposisjonen om narkotika (1979) slo fast at all bruk av narkotiske stoffer var misbruk, og at narkotika aldri kunne aksepteres som en del av ungdomskulturen: «Kampen mot narkotikamisbruket får ikke begrenses til å enbart minske dess forekomst, utan måste syfta till att eliminera missbruket. Narkotikamisbruket kan aldrig accepteras som en del av vår kultur» (Bejerot, 1981).

I Norge kom det i 1965 en forskrift til legemiddeloven, som gjorde at også bruk av stoffene på FNs narkotikaliste kunne straffeforfølges (Skretting, 2014), og den første dommen mot en cannabisbruker, en ung amerikansk student, kom samme år. Påvirkning fra ungdomsopprør og hippiekultur i USA og andre europeiske land gjorde seg i økende grad gjeldende i Norge (Duckert, 1986), og våren 1966 begynte ungdom å samle seg i Slottsparken i Oslo for å bruke cannabis. Ungdommen hadde et karakteristisk utseende og var i opposisjon til storsamfunnets levesett, beskrevet som en «langhåra livsstil» (Christie, 1968). Til å begynne med var det ungdom fra «gode kår» som røykte hasj i Slottsparken, og som sto i opposisjon til foreldregenerasjonens materialistiske verdier. Tidlig på 1970-tallet endret miljøet i Slottsparken karakter. Fra å ha vært preget av middelklasseungdom og hippiekultur ble parken tilholdssted for folk fra dårligere kår med dårlige framtidsutsikter som brukte sterkere stoffer (Duckert, 1986). Når mottiltakene mot narkotikaproblemene skulle planlegges, var det med

alkohol-politikken og velferdspolitikken som bakteppe, der restriktivitet og fellesansvar var hovedelementer (Waal, 1998).

Den første stortingsmeldingen om narkotika kom i 1976, «Om narkotikaproblemer». Den markerte starten på en offisiell norsk narkotikapolitikk. Rusmiddelbrukeren ble her omtalt som «misbruker», men årsakene ble sett som personlige eller sosiale problemer (Sosialdepartementet, 1976). Den tidligere helsedirektør Evang var innleid konsulent under arbeidet med denne stortingsmeldingen, og han hadde sannsynligvis stor påvirkning på problemforståelsen som ble lagt til grunn (Fjær, 2004).

I 1964 ble maksimumsstraffen for overtredelse av opiumsloven hevet til 2 år. Stortinget mente i 1969 at to års fengsel ikke var nok straff for slik «allmennfarlig forbrytelse», og hevet maksimumsstraffen til 6 år. Da Norge i 1961 skrev under «Narkotikakonvensjonen» av 1961 og «Psykotropkonvensjonen» i 1971 (som omfattet beroligende og sentralstimulerende stoffer), var det ikke nødvendig med store endringer i lovverket, fordi norsk lovgivning lå foran og endret seg raskere enn konvensjonene ble underskrevet (Hauge, 1989). I 1972 økte maksimumsstraffen fra 6 til 10 års fengsel og i 1981 fra 10 til 15 års fengsel. I 1984 ble straffen igjen hevet fra 15 til 21 år (Hauge, 1989). 21 år var den gang maksimumsstraffen innenfor norsk rettsvesen, og den strafferettslige forfølgelsen nådde sin topp da dette ble vedtatt. Både i nasjonal og internasjonal kontekst er en så rask økning i straffnivået for samme lovbrudd eksepsjonell. I ettertid har perioden blitt karakterisert som «et vulkanutbrudd i straffeskjerpelser» (Christie, 1992) og som en «krig» mot de narkotiske stoffene og brukerne av stoffene (Christie & Bruun, 1985; Waal, 1998). For å forstå hvordan dette var mulig må vi først se på hvordan narkotikaproblemet ble fremstilt i den offentlige debatten, og dernest hvordan det var tenkt at straffene skulle bøte på problemene.

Hauge (2000) beskriver hvordan virkelighetsbeskrivelsene av narkotikaproblemet ble verre og verre uten at det forelå forskningsmessig belegg for dem. Christie og Bruun (1985)

har betegnet det som en «moralsk panikk», og de har forsøkt å forklare hvorfor utviklingen i forståelse og beskrivelse av problemet ble så ekstrem. Noe av årsaken til den kraftige samfunnsmessige reaksjonen overfor de narkotiske stoffene var at narkotikaen var samfunnets «gode fiende», hevdet de. Ved å fokusere på narkotikaens samfunnsødeleggende kraft kunne en ha mindre fokus på andre viktige samfunnsproblemer (Christie & Bruun, 1985). Det fant sted en ruspolitisk vekkelse og en krigsfase på 1980-tallet, hevder Waal (1998), som ikke bare viste seg gjennom økte straffer, men også ved etablering av et eget narkotikapoliti med utvidede fullmakter. Mange av de som frekventerte miljøet, som etterhvert flyttet til Egertorget, begynte å bære preg av livsstilen og rusbruken - de var slitne og syke (Høigård, 1993). Det skapte offentlig debatt at unge mennesker som brukte ulovlige stoffer og som var i en elendig tilstand, oppholdt seg i sentrum av hovedstaden. Dette «nye» narkotikaproblemet fikk derfor mye oppmerksomhet både i helse- og i straffesektoren. Det oppstod bred enighet både politisk og i fagfeltet om at utviklingen var så kritisk at sterke midler som straff måtte tas i bruk (Fjær, 2005). «Krigen mot narkotika» gjorde seg også gjeldende internasjonalt, og USA ble en fanebærer for dette synet. I Sverige førte narkotikakrigen til utstrakt bruk av tvang i behandling og enda videre fullmakter for politiets ekstraordinære etterforskningsmetoder (Hauge, 2000).

De narkotiske stoffene ble altså oppfattet som svært samfunnsødeleggende. Hva var årsaken til at en trodde økte strafferammer ville stoppe utbredelsen? Svarene finnes delvis i lovforarbeidene. I lovforarbeidene til endring av narkotikalovgivningen i 1969 er narkotika omtalt som «allmennfarlig forbrytelse», som i seg selv gir grunnlag for en allmennpreventiv begrunnelse for å reagere med straff. Allmennprevensjon innebærer at befolkningen skal avskrekkes fra å bruke narkotika når de ser at andre straffes for slike handlinger (Flaatten, 2014). Da strafferammene skulle heves i 1972, ble det hevdet at det særlig på narkotikaområdet var grunn til å tro at straffene ville virke allmennpreventivt. Ingenting tyder imidlertid på at narkotikastraffene har hatt en slik allmennpreventiv virkning, stoffenes utbredelse tatt i

betraktning (Andenæs, 1996). Den historisk sterkeste økningen i bruk av narkotiske stoffer skjedde på 1990-tallet, etter at maksimumsstraffen på 21 år ble innført (Ødegård, Bretteville-Jensen, & Skretting, 2002). Skjælaaen (2009) viser videre at utviklingen i andelen siktede for narkotikaforbrytelser i 1970 var 3,45 % av alle siktede, mens andelen i 2007 hadde økt til 40 % av alle siktede. Omfanget av narkotikabruk har altså økt betraktelig i samme periode som straffeapparatet i betydelig grad har blitt belastet med narkotikalovbrudd.

I 1969, da lengden på straff for narkotikaforbrytelser økte fra 2 til 6 år, ble den nye straffebestemmelsen lagt til straffeloven i stedet for legemiddelloven, der de foregående straffebudene for narkotika sto. Straffeloven bygger i stor grad på tanken om straffens individualpreventive virkning, det andre hovedformålet i norsk strafferett. Individualprevensjon vil si at straffen skal bidra til at den enkelte avskrekkes fra å gjenta handlingen, og at samfunnet dermed beskyttes for gjentatte lovbrudd fra samme person (Flaatten, 2014). Heller ikke denne virkningen av straff ser ut til å være særlig effektiv overfor narkotikalovbrudd. Undersøkelser viser at fengselsbefolkningen er overrepresentert av mennesker som har problemer med illegale rusmidler, og over halvparten av innsatte i 2013/2014 sonet for narkotikarelaterte lovbrudd (Bukten et al., 2016). Da §162 i straffeloven ble vedtatt i 1968, ble det i Straffelovrådets innstilling uttrykkelig uttalt at paragrafen var ment som en «proffparagraf» for å ramme bakmenn. Bergersen Lind (1974) viste imidlertid allerede i 1974 at paragrafen ble brukt overfor narkomane med tung rusmiddelbruk og dårlige levekår, stikk i strid med intensjonen i loven.

Det eksisterte også tidlig motstemmer mot å bruke straff som hovedvirkemiddel i narkotikapolitikken. Juristen Aubert hevdet at den sterke straffetrusselen var i strid med grunnleggende rettferdighets- og forholdsmessighetsprinsipper innenfor strafferetten (Aubert, 1968), og kriminologen Nils Christie (1968) advarte tidlig mot å møte disse ungdommene ensidig med kriminalisering og straffeforfølgelse. Han var bekymret for at kampen mot

stoffene ville bidra til at den såkalt «langhårete livsstilen» ville avløses av en stoffbrukende livsstil med utstøtelse som konsekvens. Som med alkohol gikk man ut fra at det lå individuelle problemer og sosiale vansker bak rusbruken, men ungdommene ble likevel møtt med sterk fordømmelse og stigmatisering.

I Norden ble Danmark symbolet på narkoliberalisme, særlig på grunn av Christiania, en bydel i København hvor politiet så mellom fingrene med salg av cannabis. Hit reiste også mange norske ungdommer da politi og gardister utover 1970-tallet jaget ungdommene fra Slottsparken. Heller ikke der fikk ungdommene bruke narkotiske stoffer i fred, for mange ble hjemsendt på det offentliges regning. I 1972 ble 700-800 norske ungdommer hjemsendt fra København (Hauge, 2009). Sverige ble symbolet på det motsatte (Tham, 2005). Den sterke strafferettslige tilnærmingen til problematikken i Norge og Sverige har stått i veien for en sosial- og helsemessig tilnærming, som skadereduksjonsideene bygger på. Edman (2015) hevder at behandlingssektoren i Sverige har vært viktige bærere av ideologi på behandlingsfeltet. Behandlingstanken fremsto som et sosialdemokratisk samfunnsprosjekt helt frem til 1980-tallet. Narkotikaen ble derimot oppfattet som et angrep på hele samfunnet, og kampen mot narkotika fikk dermed et sterkt element av patriotisme. Det samme kan sies å være tilfelle i Norge. Når sosialfaglige behandlingstilbud vokste frem i Sverige og Norge på 1970-80 tallet, var det nettopp med utspring i det sosialdemokratiske samfunnsprosjektet, med fellesskapet som overordnet verdi.

Utviklingen av medikamentfri sosialfaglig rusbehandling

Til tross for strenge straffer forsvant verken bruken av narkotiske stoffer eller brukerne, og avhengighetsproblemene økte. SKN var det eneste behandlingstilbudet til de unge i Norge på slutten av 1960-tallet, men tilbudet passet ikke alle. Da rusbehandlingstilbud i Norge skulle videreutvikles, var det svenskenes Hasselakollektiv som ble brukt som utgangspunkt. Den nye typen rusbehandling ble utviklet som et alternativ til det eksisterende behandlingsapparatet,

som på den tiden besto av psykiatriske institusjoner og SKN. Hasselakollektivet åpnet i 1969, og her skulle unge narkotikabrukere drive gårdsarbeid og sosialiseres til fungerende borgere. «Vanlig vård är inte nog för att göra folk av knarkare», skrev Bejerot (1981) som en av institusjonens støttespillere. I 1969 brøt noen av SKNs pasienter ut og åpnet Solliakollektivet med inspirasjon fra Hasselabevegelsen (Waal, Andresen, & Kaada, 1981), og også her var arbeid og drift av et gårdsbruk i et bo- og levefellesskap sentralt.

I de neste tiårene ekspanderte behandlingsvesenet med et vell av private heldøgnsinstitusjoner med en anti-medikamentell målsetting. Blindheim (2003) har beskrevet perioden 1969-1985 som alternativperioden i behandling, som handler om opprør mot leger og diagnostisering av de rusavhengige. Behandlingstiltakene utover 1970- og 1980-tallet var basert på sosialdemokratiske verdier som fellesskap og samarbeid, som var viktige verdier for samfunnsutviklingen i Norge på den tiden. Pasientene skulle resosialiseres tilbake til samfunnet igjen, ofte gjennom levefellesskap, og målsettingen var konsekvent totalavhold fra alle rusmidler. Kollektivbevegelsen var grunnlagt på slike sosialdemokratiske fellesskapsideal, og de fikk stort oppsving utover 1980- og 1990-tallet. Alle disse spesialiserte tiltakene for brukere av illegale stoffer ble grunnlagt på en sterk behandlingsoptimisme, som Skretting (2001a) mener kom av det faktum at brukerne til å begynne med var unge.

Hasselakollektivet sto for tvangsbehandling (Hauge, 2000). I Norge oppstod en sterk motstand mot slik behandling (Skretting, 1996). Da Tyrilikollektivet åpnet i 1980 for barnevernsungdom under tvang mente motstanderne at tvang kunne likestilles med straff, mens Tyrilikollektivet mente tilbakeholdelse ved tvang viste omsorg (Tjersland, Jansen, & Engen, 1998). Med noen få unntak er rusbehandling i dag basert på frivillighet, også hos Tyrilistiftelsen. Tvangsparagrafene finnes i sosialtjenesteloven, men brukes i begrenset grad og hovedsakelig overfor gravide og unge rusavhengige (Reitan, 1996).

Utover 1970- og 1980-tallet viste det seg at rusbehandling ikke virket så godt som ønsket. Tilbakefall til rusmisbruk var vanlig, og mange utviklet svært dårlig helse. Det var likevel ikke aktuelt med alternative behandlingsformer med skadereduserende målsettinger på denne tiden. I 1979 ble substitusjonsbehandling diskutert i Stortinget, men behandlingsformen ble avvist med følgende begrunnelse: «Muligheten for å få forskrevet narkotika svekker erfaringsmessig motivasjonen for behandling», og «det er derfor grunn til å opprettholde en restriktiv holdning på dette området» (St.prp. 138 1978-79). Heller ikke i 1985 var det åpning for å innføre skadereduserende tiltak i Norge. Stortingsmeldingen om narkotikapolitikken som kom i 1985 unnlot å nevne substitusjonsbehandling. Det var så lite støtte for behandlingsformen at den ikke ble ansett som relevant (Skretting, 2014). Særlig behandlingssektoren har vært ivrige motstandere av skadereduksjon, mange har forfektet totalavholdstanken i rusbehandling, slik avhandlingens artikkel 2 viser. Nederland og Danmarks tro på at sosiale problemer løses ved velferdspolitikken la grunnlag for en tidlig utvikling av skadereduserende tiltak innenfor narkotikapolitikken, som er neste steg i den narkotikapolitiske utviklingen.

2.3 Kriminalpolitikk og skadereduksjon 1988 -2019

Den tredje narkotikapolitiske perioden startet mot slutten av 1980-tallet. Den preges av mer fokus på helse og mindre på straff enn i forrige fase. Myndighetene ble etter hvert nødt til å ta hensyn til behovet for helsehjelp til syke rusmiddelbrukere, til tross for at de både kjøpte og brukte ulovlige stoffer. Helsefremmende tiltak for rusmiddelbrukere har som formål å redusere skadene av misbruket, derav betegnelsen skadereduserende tiltak. Begrepet skadereduksjon omfatter intervensjoner, programmer og politikk som søker å redusere helsemessige, sosiale og økonomiske skader av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, nabolag og storsamfunn (Rhodes & Hedrich, 2010). Skadereduserende tiltak har en lang historie, både innenfor medisinen generelt og mer spesifikt for narkotikabrukere. Det er særlig i Europa at skadereduserende

tiltak på narkotikafeltet har fått utbredelse, mens amerikanerne for eksempel har holdt hardere på totalavholdsideologien.

Allerede på 1920-tallet åpnet Storbritannia for at opiat- og kokainavhengige kunne få vedlikeholdsbehandling i stedet for å slutte med stoffene (Marlatt, 1996). Forslaget kom fra «The Rolleston Committee», en gruppe fremtredende psykiatere som ønsket å forskrive narkotiske stoffer i særlige tilfeller for å redusere skadene knyttet til rusmiddelbruk, og gjøre personene i stand til å leve mer meningsfulle liv (Berridge, 1980). Den moderne formen for skadereduksjon på narkotikafeltet har sitt utspring i nederlandsk narkotikapolitikk, «Dutch opium Act» fra 1976, der det ble innført et skille mellom sterke og svake stoffer– også kalt «den nederlandske modellen» (Marlatt, 1996). Modellen tilrettelegger for skadereduksjon gjennom grunntanken om at noen stoffer er mer skadelige enn andre, og at stoffene dermed må behandles ulikt.

I Norden har Danmark vært foregangsland på skadereduksjon, og Norge har derfor hentet inspirasjon herfra i utvikling av skadereduserende tiltak. Dansk narkotikapolitikk bygger på fire pilarer; forebygging, behandling, skadereduksjon og kontroll (Ege, 2015). Metadonprogrammer ble etablert i Danmark allerede i 1970 og sprøyteutdeling i 1986 (EMCDDA, 2018b). I Norden var Danmark først ute med heroinbehandlingsprogram i 2009, og de åpnet sprøyterom i 2012 (Ankjærgaard et al., 2015). Danmark har imidlertid nærmet seg de andre nordiske landenes narkotikapolitikk etter at besittelse av illegale stoffer til eget bruk igjen ble gjenstand for strafferettslige sanksjoner i 2004 (Houborg, Frank & Bjerger, 2014). Danmark er likevel fortsatt det nordiske landet som har kommet lengst med å inkludere en skadereduserende tankegang i tiltak for narkotikabrukere.

Sammenliknet med Danmark har Sverige spilt en helt motsatt rolle i utviklingen av tanken om skadereduksjon. Det er her motstanderne av skadereduksjon har funnet støtte. Skadereduserende tiltak har utviklet seg svært langsomt i Sverige, sammenliknet med de andre

nordiske landene (Cook & Kanaef, 2008). Årsakene til at Sverige har vært tilbakeholdne med skadereduserende tiltak i narkotikapolitikken samsvarer med de norske, men i Sverige har motstanden vært sterkere og mer langvarig. Den svenske narkotikapolitiske historien viser hvor vanskelig det har vært å nå frem med tiltak som går imot målet om totalavhold (Tham, 2005). Først i 2017 kom en lov som gjorde det mulig med sprøyteutdeling i alle distrikter i Sverige, og i løpet av året ble antallet distrikter som etablerte sprøyteutdeling tredoblet (EMCDDA, 2018b). Likevel ble det i 2018 for eksempel delt ut bare 386 953 sprøyter i Sverige, et langt lavere antall enn Norge med 2 919 344 utdelte sprøyter. 4 136 svensker mottar substitusjonsbehandling med opiat, mot 7 554 i Norge og 7 050 i Danmark (EMCDDA, 2018a). En tydelig motvilje mot skadereduserende tiltak for rusmiddelbrukere har også fått internasjonal oppmerksomhet. Chatwin (2003) viser hvordan Sveriges inntreden i EU i 1995 bidro til problemer i utforming av en felles narkotikapolitikk fordi Sverige holdt hardt på en repressiv politikk fremfor skadereduksjon. I 2007 påpekte en spesialutsending fra FN at ulike skadereduserende tiltak for narkotikabrukere var en menneskerett, og at det var svenske myndigheters ansvar å sørge for slike tilbud (Cook & Kanaef, 2008).

HIV-epidemien og en negativ utvikling i narkotikabruk og skadevirkninger på 1980- og 1990-tallet la grunnlag for nytenking og politikkendring. Både i Norge og i resten av Europa økte antallet injiserende heroinbrukere med nedadgående helsetilstand sterkt (Hartnoll et al., 1989; Stimson, 1991), og i Norge doblet antallet heroinbrukere seg på 1990-tallet (Ødegård, Bretteville-Jensen, & Skretting, 2002). Helsesituasjonen til de som hadde brukt heroin over tid ble svært dårlig, og overdosedødsfallene økte (Dalgard et al., 2009; Skretting, 2001a). Den første internasjonale skadereduksjonskonferansen ble holdt i Liverpool i 1990 (O'Hare et al., 1992). Den markerte starten på en skadereduksjonslinje som etter hvert ble dominerende i Europeisk narkotikapolitikk.

Skadereduserende tiltak har møtt mye motstand i land som opprinnelig har hatt en etablert totalavholdpolitikk. Det første norske skadereduserende tiltaket var sprøyteutdeling fra en buss i Oslo sentrum i 1988, og befolkningen uttrykte lite skepsis mot dette (Skretting, 1996). Spørsmålet om å innføre metadonbehandling ble aktualisert parallelt med innføring av sprøyteutdeling på midten av 1980-tallet. Motstanden mot metadonbehandling var langt større enn motstanden mot sprøyteutdeling. Daværende helsedirektør Mork var selv aktivt imot metadonbehandling, og ønsket ikke å vurdere et slikt tiltak i Norge (Skretting, 1996). Denne motstanden var ikke særnorsk, men hadde vist seg i store deler av verden de siste 30 årene (Tammi, 2005a). Hallgrimson (1980, s. 465) forklarer noe av bakgrunnen for den nordiske motstanden mot metadon:

«The Legalizing of a narcotic (methadone) as a `medicine` for drug addicts is apt to have consequences for society which far overrides the effect it may have on the individual drug abuser and his environment. It will strengthen the view and the myth that there are cheap chemical solutions for serious social and human problems».

Man var altså redd for at oppfatningen om metadon som en «quick fix» på narkotika-problemene ville medføre en større sosial aksept av stoffene, og dermed økt misbruk. Tilbudet om metadon ville i seg selv kunne ødelegge for behandlingsmotivasjon hos heroinavhengige, i tillegg til at stoffene kunne lekke ut i de illegale markedene (Hallgrimsson, 1980). Det finnes mange beskrivelser av hvordan motstanden artet seg. Blant annet skriver Blindheim (2003, s. 63), daværende redaktør av fagbladet *Rus & Samfunn*, om reaksjonene etter at han i 1985 trykket et intervju med en lege som hadde vært i USA og lært om metadon:

«Da intervjuet var trykket og telefonene begynte å kime, forsto jeg at vi hadde begått en helligbrøde. Stammens tabu var brutt. – Hvis vi får metadon i Norge, skal du vite at du er medansvarlig, hveste en gammel travert inn i telefonrøret».

Hvordan kunne behandlingstilbyderne godta at pasientene fikk forskrevet opiater fra legen når målsettingen var å slutte med alle rusmidler? Behandlingsinstitusjonene hadde oppstått som en reaksjon på den medisinske måten å møte rusmiddelproblemene på, og det var derfor til å

begynne med utenkelig for behandlingssektoren å akseptere en re-medikalisering av rusbehandling, slik Blindheim (2003, s. 63) forklarer:

«For generasjonen med sine røtter i 70 åra kom metadon til å stå som et symbol på alt de hadde brutt med. Innføring av metadon var nærmest å forstå som et forræderi mot det 70- årene hadde brakt av nytenkning til feltet. Det var de hvite frakkenes, diagnosekulturens og medikaliseringens tilbakekomst. The empire strikes back».

Parallelt med økt narkotikabruk, både i Norge og i andre europeiske land, vokste det frem større ansamlinger av rusmiddelbrukere der det ble omsatt og brukt illegale stoffer. Fenomenet fikk tilnavnet «åpne russcener», og ble et symbol på at straff som virkemiddel mot narkotikabruk hadde spilt fallitt. I Oslo utviklet den åpne russcenen seg gradvis. Hver gang politiet intensiverte innsatsen mot rusmiljøet, forflyttet de seg til nye steder langs Oslos hovedgate. Politiets forsøk på å fjerne det opprinnelige miljøet i Slottsparken lyktes ikke før tidlig på 1980-tallet, og ansamlingene dukket raskt opp igjen, denne gang på Egertorget (nedenfor Slottsparken), videre ved Oslo domkirke og området ved T-banen på Jernbanetorget. Ansamlingene økte i antall etter hvert som årene gikk, og da miljøet på tidlig 1990-tallet flyttet til sjøsiden av Oslo Sentralstasjon, endret den åpne russcenen seg til det verre. Det ble langt flere personer som oppholdt seg i det åpne rusmiljøet, de så sykere ut, og injeksjoner skjedde åpenlyst. Diskusjonen om alternative strategier til straff hadde pågått en stund, men ble ytterligere forsterket av fenomenet åpne russcener. Politiet anslo at omtrent 1000 personer var innom Plata daglig. Forflytningene av rusmiljøet i Oslo sentrum beskrives nærmere i avhandlingens artikkel 1. De er også beskrevet i rapporten «Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum» (Olsen & Skretting, 2006), der også skadereduserende løsninger på russcene-problematikken ble skissert.

Plata fikk etter hvert mye oppmerksomhet, også internasjonalt. Norge toppet på begynnelsen av 2000-tallet FNs ranking over beste land å bo i, men da utenlandske journalister kom til Norge for å skrive om «lykkelandet», var russcenen utenfor

Sentralstasjonen i Oslo det første de støtte på. Plata-aksjonen i 2004 ble utløst av klager fra publikum som skulle til og fra sentralstasjonen, samt på grunn av oppmerksomhet i mediene nasjonalt og internasjonalt. Politiet slo hardt ned på omsetning og bruk av stoffer, slik at miljøet igjen forflyttet seg (Olsen & Skretting, 2006). Dette ble sterkt kritisert både i mediene og i rusfagfeltet at løsningen på problemene med åpne russcener nok en gang skulle være politiinnsats, og at syke brukere ble skadelidende. Andre byer som hadde lyktes med å oppløse sine åpne russcener var Amsterdam, Zürich, Frankfurt og Wien. Det var erfaringer derfra som dannet grunnlag for innsatsen mot åpne russcener i Oslo (Waal et al., 2014). Politiets arbeid i Oslos åpne russcener er beskrevet i artikkel 1, og viser hvordan også politiet etter hvert inkluderte skadereduksjon i sitt arbeid. Diskusjonene i fagfeltet i etterkant av Plata-aksjonen klargjorde at Norge manglet sentrale skadereduserende tiltak for å lykkes med en slik innsats, for eksempel lavterskelmetadon (Waal, et. al 2014).

Motstanden mot skadereduksjon har avtatt, og i dag er skadereduksjon en viktig komponent i europeisk narkotikapolitikk (Bates et al., 2017; Davoli et al., 2010). Innbakt i skadereduksjonsbegrepet er et ønske om brukervennlige tjenester og brukerinvolvering. Brukerne av stoffene har deltatt i utformingen av skadereduksjonsperspektivet gjennom brukerforeninger. Den første kjente brukerforeningen ble stiftet i Nederland i 1980 – «Junkiebond» (Marlatt, 1996). I Norge oppstod de første brukerorganisasjoner på 1990-tallet med formål om å løfte brukernes synspunkter innenfor Metadon-programmene (Willersrud & Olsen, 2006). I dag er det et bredt spekter av brukerorganisasjoner på narkotikafeltet som kjemper for brukernes rettigheter på ulike felt.

Utenfor Europa er det særlig Australia og Canada som har gjort seg bemerket med aksept av skadereduserende ideer i narkotikapolitikken og utbygging av skadereduserende tiltak. Australia vedtok en skadereduserende strategi i narkotikapolitikken i 1985, og Canada gjorde det samme i 1987 (Cook, Bridge, & Stimson, 2010). I 2003 vedtok EU en anbefaling

om forebygging og reduksjon av helserelevante skader forbundet med narkotikabruk (Cook, Bridge, & Stimson, 2010).

Hovedfokuset for skadereduksjonspolitikken i Norge har særlig vært å begrense skadene fra heroinbruk. I Norge som i andre land er det en viss lovmessighet i hvordan den skadereduserende tiltakskjeden utvikler seg. Sprøyteutdeling og substitusjonsbehandling kommer ofte først og er de mest utbredte skadereduksjonstiltakene internasjonalt. Noen land har i tillegg opprettet sprøyterom/brukerrom og programmer for forskrivning av heroin. Det nyeste skadereduserende tiltaket som har fått en viss utbredelse, er utdeling av Nalokson, en motgift mot heroin i form av nesespray, som deles ut til hjemmebruk for å forebygge overdosedødsfall (Edland-Gryt, 2018; Lobmaier, Dalsbø, & Clausen, 2011). Naloksonspray deles også ut i fengsler i flere land, og i Norge er tiltaket en del av Nasjonal overdosestrategi 2019-2022.

1980-tallet: sprøyteutdeling

Den første organiserte sprøyteutdelingen kom i 1984 i kjølvannet av HIV-epidemien og ble organisert av en brukerforening i Amsterdam (Cook, Bridge, & Stimson, 2010). HIV-viruset spres gjennom blodsmitte, og forskningen tydet på at deling av injeksjonsutstyr var utbredt til tross for at sprøyter og kanyler er varer som kan kjøpes på linje med andre varer (Stimson, 1991). Terskelen for å kjøpe injeksjonsutstyr kunne handle om både økonomi og frykt for å bli observert. Utdeling av rene sprøyter ble det første tiltaket med skadereduserende formål for narkotikabrukere.

Spredningen av HIV viruset blant sprøytebrukere på 1980-tallet muliggjorde utdeling av rene gratisprøyter også i Norge. I 1988 åpnet AIDS-informasjonsbussen (sprøytebussen) i Oslo. I 2003 foregikk sprøyteutdelingen i en bygning sentralt i nedre del av Oslo sentrum, i umiddelbar nærhet til den åpne russescenen (Olsen & Skretting, 2006). Opprinnelig ble det utdelt kanyler, pumper, Alkotip til å rense stikkflate, «puck» til å sikre brukte kanyler, samt kondomer

og glidemiddel. De siste årene har det i tillegg vært mulig å få kokekar, askorbinsyre for å løse opp stoffet, samt folie til å røyke stoffene. Sprøyteprogrammer ble etter hvert opprettet også andre steder i landet. Tiltakene har mange ulike innretninger, blant annet faste eller mobile utleveringssteder, utdeling fra oppsøkende tjenester eller brukerorganisasjoner, fra apotek eller andre helsetiltak. I Norge er utdelingen organisert som sprøytebytteprogrammer, som innebærer at brukt utstyr returneres. Man får en større mengde nytt utstyr dersom man også leverer inn brukt. I dag har alle europeiske land med unntak av Tyrkia og Island minst ett sted for utdeling av injeksjonsutstyr (Cook, Bridge, & Stimson, 2010).

1990-tallet: Substitusjonsbehandling

Metadon var det første kunstig fremstilte opiatet som ble benyttet i substitusjonsbehandling. Dole og Nyswander utviklet Methadone Maintenance Treatment i New York i 1965 (Dole & Nyswander, 1965). Denne behandlingsmetoden la grunnlag for substitusjonsbehandlingen slik vi kjenner den i Europa og Norden i dag. Før 1980 var substitusjonsbehandling med opiater kun benyttet i mindre avgrensede prosjekter, bl.a. i Storbritannia, i USA og i Uppsala (Stimson & Oppenheimer, 1982; Waal et al., 2013). Flere av de nordiske landene hadde også tidlige forsøk med metadonbehandling. I Norden var Sverige først ute med metadonbehandling i 1966, men behandlingen har vært preget av strenge kriterier og sterk kontroll (Kouvonen, Skretting, & Rosenqvist, 2007). Danmark åpnet for at legene selv kunne forskrive metadon til sine pasienter på slutten av 1960-tallet (Grindheim, 1996). Dette skulle være reservert for «spesielt kroniske og kompliserte tilfeller» (Hallgrimsson, 1980, s. 471), men det viste seg å være vanskelig å avgrense denne gruppen, som medførte at veldig mange fikk metadonbehandling. Dette ledet i sin tur til «lekkasjeproblemer» (videresalg av metadon) og dødsfall (Waal, 1996), slik at også Danmark ble nødt til å regulere metadonbehandling strengere.

Metadonbehandling ble forsøkt relativt tidlig i Norge. Dikemark psykiatriske sykehus ga i 1971-1972 metadon til fem pasienter (Frantzen, 2001). Behandlingsformen ble igjen

forsøkt innført på 1970-tallet, men så forbudt i 1979 da «krigen mot narkotika» seilte opp (SERAF, 2018). Likevel kunne «kroniske morfinister» bli satt på kvoter hos legene sine. Det var HIV-epidemien som ga ny giv til metadonbehandling både i Norge og i Norden forøvrig (Grindheim, 1996). Før 1986 ble metadon generelt avvist, og begrunnelsene handlet i hovedsak om at metadon ville forringe målet om totalavhold (Frantzen, 1995).

Lege og psykiater Helge Waal har blitt kalt «metadonets far» i Norge etter at han i 1986 deltok i et metadonutvalg som tilrådte metadonbehandling. I 1989 ble det bestemt at HIV-smittede injeksjonsbrukere kunne få metadon. Det fikk betegnelsen Hiv- Met- Prosjektet. Metadonprosjektet i Oslo (MIO) kom i 1994, og prosjektet var forbeholdt 50 pasienter etter fastsatte kriterier. Frantzen (2001) beskriver hvordan den grunnleggende motstanden mot MIO medførte vanskeligheter for målgruppen fordi det tok så lang tid å godkjenne søkerne, slik at mange døde i køen, og de som til slutt ble godkjent, måtte følge strenge regler.

I stortingsmeldingen om narkotikapolitikken i 1997 ble det gitt klarsignal for økt bruk av metadon til tross for at målsettingen med narkotikapolitikken fortsatt ble beskrevet som «et narkotikafritt samfunn». Det presiseres i meldingen at sprøyteutdeling og metadon ikke sees som en del av en mer generell liberaliseringspolitikk (Sosial- og helsedepartementet, 1997). De første metadonsentrene ble åpnet i 1998, og i 1999 ble metadontilbudet gjort landsdekkende og omfattet 700 pasienter (Waal et al., 2009). Lenge var det utskrivningsgrunn dersom det ved urinprøve ble avslørt bruk av narkotiske stoffer. Senere har regelverket blitt lempet på, slik at det har blitt lettere å bli i programmet selv med utfordrende livssituasjoner og bruk av illegale stoffer. Metadonbehandlingen var med andre ord fra starten av strengt regulert, både ved inntak og underveis i behandlingen. Etter hvert ble det også mulig å benytte andre medikamenter enn metadon, og behandlingen skiftet navn til LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Ved utgangen av 2017 mottok 7 622 pasienter substitusjonsbehandling i LAR (SERAF, 2018).

Det norske substitusjonsprogrammet har utmerket seg ved at det har vært stort søkelys på sosial rehabilitering samtidig som pasientene blir medisinert. I mange andre land, for eksempel Danmark og Nederland, har medikamenter blitt skrevet ut med liten eller ingen oppfølging av pasientene ved siden av. Med en sterk økning i antall personer i LAR har ressursene per pasient minket også i Norge, noe som har gått på bekostning av rehabiliteringsdelen i behandlingen (Waal et al., 2018).

I avhandlingens artikkel 2 diskuteres behandlingskollektivenes møte med skadereducerende ideer, og hvordan de senere ble presset av myndighetene til å implementere LAR i sitt behandlingsopplegg. For deler av behandlingssektoren var det offentlige krav gjennom anbudsregimet som skapte en åpning for at pasienter kunne benytte metadon eller annen substitusjonsbehandling mens de var i døgnbehandling i institusjon. Denne endringen kom med rusreformen i 2004. Da ble ansvaret for rusbehandling flyttet fra fylkesnivå til staten, og rusmiddelbrukere fikk pasientrettigheter. For å sikre individuelt tilrettelagte sammenhengende tjenester innførte man ordningen med Tverrfaglig Spesialisert Behandling av ruslidelser (TSB). Behandlingen ble anbudsbasert, og helsemyndighetene stilte krav til innhold i tjenestene. Kostander og effektivitet kom inn som styringsvariabler, som bidro til at behandlingsideologiske begrunnelser for rusbehandling har blitt tonet ned. Totalavholdstanken, som var enerådende innenfor all institusjonsbehandling gjennom flere tiår, har nærmest blitt eliminert.

2000- tallet: Sprøyterom

Sprøyterom (drug consumption rooms – DCR's) har kommet som et tillegg til sprøyteutdeling og Metadon-programmer, og som en erkjennelse av nødvendigheten av ytterligere skadereducerende tiltak for injiserende rusmiddelbrukere. Helsesituasjonen til injiserende rusmiddelbrukere var fortsatt alarmerende til tross for at mange land hadde både sprøytebytteprogrammer og metadonbehandling, og dødsratene økte. Det første overvåkede sprøyterommet åpnet i Bern i Sveits i 1986. Siden har Tyskland, Nederland, Spania, Norge, Luxemburg,

Danmark, Hellas og Frankrike åpnet slike tilbud. Til sammen er det i 2018 totalt 90 sprøyterom i ti europeiske land (EMCDDA, 2018).

Sprøyterom er profesjonelt overvåkede helsetilbud som tilbyr sikre og hygieniske lokaler for inntak av narkotiske stoffer (Stoever, 2002). Klientene må selv bringe med seg stoffet de skal bruke, og de får utdelt kokekar, askorbinsyre til å løse opp stoffet, Alkotip for å rense stikkflate, samt pumpe og nåler. De fleste land har valgt en driftsform på sprøyterom som innebærer at stoffet kan inntas slik det passer brukeren best, ikke bare ved injeksjon. Røyking og inhalering av stoffene er utbredt sørover i Europa, mens injeksjonskulturen står sterkere i de nordiske landene. De norske sprøyterommene ble organisert som rene injeksjonsrom, men i 2019 kom en lovendring som også tillot andre inntaksformer, og tiltakene endret navn til «brukerrom». Selv om formålene med sprøyterom varierer noe fra land til land, er forskjellene likevel små.

Det første offisielle, norske sprøyterommet åpnet i Oslo 1. februar 2005. Før dette hadde Pro-senteret (hjelpetiltak for prostituerte) i 2000 åpnet et uoffisielt sprøyterom for PRO-senterets brukere, som ble stengt av Oslo kommune i februar 2001 (Skretting, 2001b). I desember 2016 åpnet sprøyterom også i Bergen (Lundeberg & Mjåland, 2017). Bakgrunnen for opprettelse av sprøyteromsordningen i Norge var en dobling av injeksjonsbruk på 1990 tallet, fra 4 000 til 5 000 i 1989 og fra 9 000 til 12 000 i 1999 (Ødegård, Bretteville-Jensen, & Skretting, 2002). Samtidig økte antall årlige overdosedødsfall fra 60 til 327 i perioden 1980-2000, og det ble lagt fram forslag om et nasjonalt kriseprogram mot «overdoseepidemien», som innbefattet sprøyterom (Skretting, 2001b). Formålet med norske sprøyterom er å forebygge overdoser, øke brukernes verdighet, øke brukernes kontakt med helse- og sosialapparatet, og å bedre hygienene rundt injeksjonene (Skretting & Olsen, 2007).

Det var ingen selvfølge at sprøyterom skulle åpnes i Norge. De som før hadde vært kritiske til ideen om skadereduksjon fikk forsterkede argumenter i sprøyteromsdebatten. En

samlet behandlingssektor ga høringsuttalelser der de stilte seg negative til sprøyterom (Skretting, 2003). Sprøyterom er det narkotikapolitiske tiltaket som hittil har møtt mest motstand. Et hovedargument i kritikken har vært at sprøyterom tilrettelegger for skadelig bruk av stoffer (Skretting, 2001a). Sprøyteromsdebatten ble derfor samtidig en prinsipiell debatt om hvilken vei norsk narkotikapolitikk skulle ta (Skjælaaen, 2006).

Bergersen Lind (1974) hadde på 1970-tallet påpekt at en tilslutning til internasjonal narkotikapolitikk kunne hemme fri utvikling av nye tiltak på narkotikafeltet. I sprøyteromsdebatten på begynnelsen av 2000-tallet ble for eksempel Norges ratifikasjon av Genèvekonvensjonen og Haagtraktaten trukket frem som et hinder for å åpne sprøyterom (Skretting, 2001b). Norske myndigheter bestemte seg likevel i 2004 for å godkjenne et prøveprosjekt med sprøyterom i Norge, og det ble laget en midlertidig lov om sprøyterom der man omgikk det internasjonale lovverket (se artikkel 3 og 4). I stedet for å avkriminalisere bruken av heroin fikk sprøyterommene en «straffrihetsgrunn», som innebærer at selv om heroinet fortsatt er illegalt, så kan ikke politiet straffeforfølge en brukerdose inne i sprøyterommet (sprøyteromsloven²). I 2009 ble sprøyterom gjort permanent.

Oppstarten av sprøyterommet i Oslo ble evaluert i to omganger, i 2007 (Skretting & Olsen, 2007) og i 2009 (Skretting & Olsen, 2009). Avhandlingens tredje artikkel handler om dilemmaer omkring oppstart og bruk av sprøyterommet sett fra potensielle brukeres side, i forkant av sprøyterommets åpning. Avhandlingens fjerde artikkel ser på måloppnåelse i sprøyteromsprosjektet etter to års drift. Dilemmaene i skjæringspunktet mellom straff og helse synliggjøres i denne artikkelen. Viktige innsigelser mot sprøyterommenes drift har vært at bruksmåten var begrenset til injeksjon, samt at bare heroin var tillatt, mens alle andre stoffer måtte inntas utenfor sprøyterommet (Edland-Gryt, 2018; Lundeberg & Mjåland, 2017;

² <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2004-07-02-64>

Skretting & Olsen, 2007, 2009). Etter at begrensningene på type stoff og inntaksmåte ble fjernet fra sprøyteromsloven og forskriften (fra 1.1.2019) har norske sprøyterom fått en styrket skadereduserende profil.

2.4 Utviklingen av skadereduksjon fortsetter

Mange land har utviklet ytterligere skadereduserende intervensjoner og programmer, men stort sett i tillegg til sprøyteutdeling, sprøyterom og substitusjonsbehandling. Utviklingen av nye tiltak skjer kontinuerlig, og i dag er heroinbehandling og bruk av Naltrekson de nyeste tiltakene som innføres i mange land.

Heroinbehandling er behandling med kjemisk fremstilt heroin. Det vanligste er at heroin kan benyttes som medikament i eksisterende substitusjonsbehandling i stedet for Metadon, Subutex, Suboxone og liknende stoffer. Målgruppen er fortrinnsvis de man ikke har lyktes å hjelpe i andre hjelpetilbud. Heroinbehandling ble første gang utprøvd i Sveits på midten av 1990-tallet. I dag finnes heroinprogrammer i seks land: Danmark, Tyskland, Sveits, Nederland, Storbritannia, Canada og Spania (Strang, Groshkova, & Metrebian, 2012). I Norge har forslag om heroinbehandling blitt diskutert i en årrekke, uten å ha blitt vedtatt. Stoltenbergutvalget (2010) foreslo i «Rapport om narkotika» at det skulle opprettes et forsøksprosjekt med heroinbehandling. I 2019 ble forslag til prøveprosjekt med heroinassistert rehabilitering vedtatt, og oppstart ligger an til å skje høsten 2020. Det foreslås at 150-300 pasienter tas inn i forsøksprosjektet i Oslo og Bergen, som har flest personer i målgruppen (Eide et al., 2019).

Medikamentet Naltrekson benyttes i behandling av opiatavhengige i likhet med andre kunstig fremstilte opiater. Behandling med langtidsvirkende Naltrekson er forsøkt i Norge med lovende resultater, og det anbefales nå godkjent som medikament i LAR-programmet (Tanum et al., 2017). Nalokson neseppray har vist seg å motvirke opiatoverdoser (Lobmaier et

al., 2011), og et omfattende prosjekt med opplæring og utdeling av gratis Nalokson-spray er nå en del av nasjonal overdosestrategi for perioden 2019-2022 (Helsedirektoratet, 2019).

I de europeiske landene hersker det nå bred enighet om skadereduksjonspolitikken, og samarbeidet foregår innenfor EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (Hedrich, Pirona, & Wiessing, 2008). I landene der utviklingen av skadereduksjon på narkotikafeltet har gått tregt, kan dette forklares med politiske ideologier hos styrende politiske partier med støtte fra andre nøkkelspillere i narkotikapolitikken (Hedrich, Pirona, & Wiessing, 2008). Et slikt eksempel er Sverige og andre land med et tilsvarende avholdsparadigme, som har forsinket utviklingen av skadereduserende tiltak, for eksempel Tyskland, Hellas og Frankrike (Farrell et al., 2000).

2.5 Avsluttende om narkotikapolitikkens utvikling

Skadereduserende tiltak har utvilsomt utfordret de opprinnelige formålene bak narkotikabehandlingen og lovgivningen på dette området. Norge kan i dag sies å ha en dobbeltsporet narkotikapolitikk, der både straff og helse er to sentrale komponenter. De fleste land har en narkotikapolitikk som består av begge disse elementene, men vektleggingen mellom straff og helse varierer. Dette har mange årsaker, blant annet hva slags straffekultur det enkelte landet har, samt hvordan velferdstjenester prioriteres. Talspersoner fra ulike land har ment at omkostningene ved straffeforfølgelse er for store, og at løsningen nå må være ulike former for nedkriminalisering av narkotiske stoffer. Noen amerikanske stater har valgt å legalisere cannabisprodukter, dvs. at straffebudet fjernes (Larsson, 2015). Portugal valgte å avkriminalisere alle typer narkotiske stoffer til personlig bruk (Greenwald, 2009). I dette ligger det at straffebudet består, men at reaksjonene har gått fra straff til helsetiltak (Larsson, 2015).

Den norske debatten om avkriminalisering har pågått lenge i mindre kretser, blant annet i akademiske miljøer som kriminologi, juss og sosiologi. Bergersen Lind (1974) var av de første som kritiserte bruken av straff for å oppnå sosialpolitiske mål, og hun fikk senere støtte

av blant annet Christie og Bruun (1985). Begrepet «kontrollskader» har stått sentralt i denne diskusjonen (Christie, 1998; Christie & Bruun, 1985; Skretting, 1999; Storvoll et al., 2010; Waal & Mørland, 2017). Hauge (1992) hevdet at en eventuell økning i misbruksskader som resultat av en oppmykning av kontrollsystemet trolig ville bli oppveid av en reduksjon i kontrollskader. Med kontrollskader menes negative konsekvenser av kontroll. Historien viser for eksempel at brennevinsforbudet besto i få år før det ble avskaffet fordi effekten ikke sto i forhold til kontrollkostnadene (Johansen, 1994). Uttalelsen til juristen Andenæs (1996) om at narkotikapolitikken kanskje har vært vårt århundres største feilinvestering i straff har fått betydning innenfor mange akademiske miljøer. Argumentet om at fordelene ved kontroll av stoffene må veies opp mot ulempene som følge av økte kontrollskader har blitt et viktig argument for en endring av narkotikapolitikken. Dette kommer jeg tilbake til nedenfor.

Avkriminaliseringsdebatten blusset opp i Norge da straffelovkommisjonen i 2002 foreslo å avkriminalisere bruk og besittelse av narkotiske stoffer til eget bruk (NOU 2002:4). Daværende justisminister Dørum avviste forslaget kontant samme dag som kommisjonen la fram sin rapport. Han hevdet at signaleffekten overfor ungdom gjorde det uaktuelt for regjeringen å endre det narkotikapolitiske lovverket (Skretting, 2003). Da regjeringen fremmet forslag for Stortinget om saken i Ot. prp. nr. 22 (2008–2009, s. 93-94), skrev departementet følgende: «Departementet legger også betydelig vekt på at avkriminalisering vil gi et uheldig signal overfor unge personer i en valgsituasjon. En avkriminalisering kan oppfattes slik at narkotikabruk ikke lenger anses som skadelig eller farlig». Og videre: «Departementet følger heller ikke opp kommisjonens forslag om vesentlig lavere strafferammer og straffutmåling ved narkotikaovertrедelser». De kritiske innvendingene lot seg likevel ikke stoppe. I 2010 omtalte tidligere høyesterettsdommer Lund narkotikastraffene som et brutalt og tragisk feilgrep (Bruce, s. 85; Giertsen, 2010).

I 2015 begynte de politiske partiene i Norge for alvor å snakke om avkriminalisering, og i 2016 hadde en av Norges største aviser følgende utsagn på lederplass:

«Moralismen preger tiltakene på rusfeltet. Det er det nødt til å bli en slutt på. Vi har ikke råd til å holde oss med dårlig fundert moralisme, som tar hundrevis av liv hvert år. Vi kan ikke lenger være bekjent med å ha en av Europas strengeste ruspolitiske regimer. Skadereduksjon må prioriteres over rusfrihet, og moralismen må erstattes med en mer pragmatisk og vitenskapelig tilnærming til hvilke tiltak som virker» (Dagbladet 19.1 2016).

I 2017 hadde alle politiske partier i Norge programfestet avkriminalisering, og i 2018 bestemte regjeringen at de ønsket at samfunnets reaksjoner på bruk og besittelse av narkotika skulle flyttes fra justis- til helsesektoren. Det ble nedsatt et rusreformutvalg, som leverte en utredning til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet den 16. desember 2019 (Rusreformutvalget, 2019). Der foreslås en avkriminalisering av brukerdoser av alle narkotiske stoffer. Det innebærer at straffebudet består, men at reaksjonene på lovbrudd skal være kommunal oppfølging i stedet for straffereaksjoner. Forslaget begrunnes med at straff er et dårlig virkemiddel mot narkotikaproblematikk (Rusreformutvalget, 2019). Den politiske behandlingen av forslaget skjer i 2020. Det ser ut til å være flertall for en rusreform, men utformingen må diskuteres.

Dette kapittelet startet med at alkoholproblemer i samfunnet utløste forbud mot alkohol i 1917. Alkoholforbudet ble avskaffet i 1927 fordi det viste seg å være et dårlig egnet virkemiddel for å bekjempe alkoholbruken (Christie & Hauge, 1961; Christie & Bruun, 1985; Johansen, 1994). Det er den samme skadereduserende tankegangen som nå ligger til grunn for rusreformutvalgets forslag, selv om det formelle forbudet mot bruk av narkotika ikke foreslås opphevet.

I dette kapittelet har jeg gitt en oversikt over utviklingen av norsk narkotikapolitikk. Jeg har gjennomgått skriftlig materiale om utviklingen av lovverk og ulike former for hjelpetiltak for narkotikabrukere. Som vi har sett, startet utformingen av det narkotikapolitiske

lovverket lenge før narkotikabruk ble et befolkningsproblem. Jeg har forsøkt å synliggjøre hvilke forhold som har påvirket dagens narkotikapolitikk fordi nåtiden forstås best i lys av fortiden.

3. Teori

Dette kapittelet forklarer hvordan teori kan bidra til å belyse problemstillingene i avhandlingen. Narkotikapolitikk utformes ovenfra av myndighetene gjennom narkotika-politiske dokumenter og straffebud. Narkotikapolitikk utformes samtidig nedenfra, av de praktiske utøverne av politikken. Avhandlingens hovedproblemstilling: *Hvordan manifesterer narkotikapolitikkens dilemmaer seg i praktisk arbeid, som politiets arbeid i åpne russcener, i rusbehandling og i sprøyterom?* belyses gjennom to hovedteorier; Garlands teori om «high crime societies» og Lipskys teori om bakkebyråkrater (Street Level Bureaucracy – SLB). Garlands teorier gir en inngang til å belyse avhandlingens problemstilling i et ovenfraog-ned perspektiv, mens Lipskys teori bidrar til å belyse problemstillingen fra et nedenfra-ogopp perspektiv. Begge styringsperspektivene er nødvendige for å forstå narkotikapolitikkens dilemma.

Verken Garland eller Lipskys teorier er mye brukt innenfor narkotikaforskningen. De vanligste teoriene i narkotikaforskning er mer tradisjonelle kriminologiske teorier, som strukturteorier, sosiale prosessteorier som forklarer hvorfor folk bruker illegale rusmidler, samt sosiale reaksjonsteorier som viser hvordan samfunnets reaksjoner på narkotikabruk kan bidra til fortsatt bruk (Beccaria & Prina, 2017). Selv om Garland og Lipsky begge er nyere teoretikere, har de tilknytninger til deler av de tradisjonelle kriminologiske teoriene som rusmiddelforskningen bygger på. Dette utdypes nærmere nedenfor.

Avhandlingens problemstilling handler om hvilke dilemma en dobbeltspora narkotikapolitikk har medført i praktisk arbeid for politi, innenfor rusbehandling og i sprøyterom. Ved å studere avgrensede praktiske dilemma slik jeg gjør i artiklene, kan jeg samtidig studere det Seddon (2011) har omtalt som et mikro-miljø for politikktutforming. Seddon forsøker å forstå narkotikapolitiske endringer gjennom historisk sosiologi, der viktigheten av den historiske formasjonen av narkotikapolitikken understrekes. Det store bildet kan bare fremkomme ved å

se større historiske utviklinger sammen med mindre eksempler basert på sentrale personer og hendelser i utviklingen, hevder Seddon (2011).

I denne avhandlingen fremgår den historiske formasjonen av narkotikapolitikken av kapittel 3, og artiklene representerer eksempler på nøkkelhendelser og hvordan sentrale personer har tenkt i de historiske sammenhengene de representerer. Teoridelen viser hvordan narkotikapolitikk dannes. Ved å koble historien sammen med det teoretiske rammeverket gjør jeg en historisk-sosiologiske analyse av narkotikapolitikken. Jeg starter overordnet med å se på hvilke teoretiske tradisjoner Garland og Lipsky bygger på. Videre diskuterer jeg hvordan Garland og Lipsky har blitt forstått og benyttet av andre, generelt og spesielt innenfor rusmiddelforskningen. Videre viser jeg hvordan disse teoriene har fungert som verktøy for analysene i denne avhandlingen.

3.1 Styring ovenfra

Narkotikapolitikk er myndighetenes forsøk på å styre befolkningens forhold til narkotiske stoffer. Gjennom narkotikapolitiske dokumenter og straffebud forsøker myndighetene å styre befolkningen til avholdenhet fra stoffene. Garlands teori om samfunn med høye kriminalitetsrater (2000) forklarer hvorfor myndighetenes styringsforsøk gjennom straff ikke alltid virker som tenkt. Narkotiske stoffer er i praksis så utbredt at en nulltoleranse-politikk ikke er gjennomførbar, politiet har ikke kapasitet til å kontrollere alle narkotikalovbruddene (Garland, 1996; Newburn & Jones, 2007). Under slike forhold, forklarer Garland (2000), tvinger det seg frem alternative handlingsmåter fra myndighetens side, som for eksempel skadereduksjon på narkotikafeltet.

Garland bygger på en teoretisk pluralisme for å forklare dagens bruk av straff og straffens historiske utvikling (Garland, 1991, 1997, 2012a, 2012b), og han lar seg derfor vanskelig plassere tydelig vitenskapsteoretisk. Overordnet bygger han på Durkheims tanker om samfunnets usynlige moralske bånd, Max Webers tanker om straffens rasjonalitet, samt

Marxistisk teori (Garland, 1991, 2012b). I tillegg henter Garland (2012a) inspirasjon fra Bourdieu og Giddens, men på områder som gjelder innholdet i kriminalomsorgen og som derfor faller på siden av fokuset i denne avhandlingen. Av disse store teoretikerne er det likevel Foucault som er mest sentral for Garland, særlig i sin tenking om myndighetenes styring gjennom straff (Garland, 1991, 2012a). Garlands Foucault-inspirasjon utdypes derfor nedenfor. Garland bygger også på sosialkonstruktivisme i sin analyse av straff i samfunnet. Han viser for eksempel at en av straffens funksjoner er å kommunisere med befolkningen for å skape en felles kultur gjennom delte meninger og verdier (Garland, 2012b, s. 251).

Som en inngang til Garlands teori starter jeg derfor med å se på hvilke av Foucaults perspektiver Garland har bygget videre på, og hvordan disse perspektivene kan være nyttige for å belyse problemstillingene i denne avhandlingen. Videre forklarer jeg Garlands sosialkonstruktivistiske perspektiv, og hvorfor sosialkonstruktivismen kan være et nyttig redskap for å forstå og forklare narkotikapolitikk. Til sammen gir disse perspektivene en god oversikt over det som kan beskrives som ovenfra- og ned styring i narkotikafeltet.

Garlands Foucault-inspirasjon – styringsrasjonalitet

Foucault og Garland har til felles at de forsøker å forklare kriminalitetskontroll og samfunnsmessige endringer i et ovenfra -og ned perspektiv. Spørsmålene begge forsøker å besvare i sine arbeider handler blant annet om hvilke historiske og sosiale prosesser som ligger bak dagens kriminalitetskontroll (Garland, 1997, 2012a). Det er særlig Foucaults governmentality-forskning Garland har sett som nyttig for sine egne straffeanalyser. Begrepet *governmentality* har blitt oversatt til «(politisk) styringsrasjonalitet» eller «regjering» (Houborg, 2006; Neumann & Sending, 2003; Villadsen, 2002), og mye av den moderne Foucault-inspirerte litteraturen bygger på disse arbeidene. Hovedpoenget med studiene om styringsrasjonalitet er å vise at styring ikke bare skjer ovenfra av myndighetene, men også

gjennom programmer og hverdagslige aktiviteter som tar sikte på å disiplinere og korrigere atferd (Lundeberg, 2009; Villadsen, 2002).

Garland (1997) har skrevet et eget bidrag om styringsrasjonalitet, der han diskuterer hvilke deler av Foucaults forskning han finner nyttig for sin egen straffeanalyse. Han hevder at Foucaults viktigste bidrag til studien av kriminalitetskontroll er at teoriene kaster lys over maktrelasjoner og subjektivering (Garland 1997). Innenfor forskningen på styringsrasjonalitet er Garland (1997, s. 186) også opptatt av det språklige, og de risikofokuserte diskursene som etter hvert har blitt styrende for kriminalitetskontroll.

Den vitenskapsteoretiske forankringen til denne delen av Foucaults (og Garlands) forfatterskap ligger i poststrukturalismen, der det språklige står sentralt (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; Olssen, 2003). Foucault (2005) var opptatt av språket og av diskurser, særlig hvordan diskursene konstruerer meningskategorier som regulerer handlingsmuligheter. Meningsdannelse er innvevd i det sosiale, og fordi dette er vanskelig å studere ved hjelp av tradisjonelle samfunnsvitenskapelige metoder ble språket en passende arena (Neumann, 2001).

De to viktigste narkotikapolitiske diskursene som denne avhandlingen løfter frem springer ut av historiegjennomgangen i kapittel 3; en helsediskurs og en straffediskurs. Slik kapittelet viser var straffediskursen rådende helt frem til åttitallet, da de skadereduserende perspektiver som inntok narkotikapolitikken etablerte en helsediskurs. Den narkotikapolitiske diskursen fremkom nettopp ved at helseperspektiver kom i konflikt med det strafferettslige perspektivet. Pedersen (2003, s. 35) hevder at det jeg kaller for helsediskursen etter hvert har fått godt fotfeste i det norske samfunnet: «I økende grad er misbrukerne viljeløse ofre, rammet av en avhengighet som slavebinder dem, som de bør få sprøyter, Metadon, Subutex, kanskje heroin for». Det bakenforliggende spørsmålet for disse diskursene er om narkotikabrukeren er skyldig eller syk, noe som har lagt grunnlag for mye narkotikapolitisk forskning de siste tretti årene (se f.eks Houborg, 2006; Olafsdottir, 2003).

Det jeg definerer som *straffediskursen* og *helsediskursen* har, i større eller mindre grad, fungert som bakteppe for alle fire artiklene. I avhandlingens artikkel 1 om politiets strategier i russcener er språklige fremstillinger i fokus. Artikkelen viser hvordan politiet begrunner sine handlingsmåter i det åpne rusmiljøet vekselvis utfra en helse- og en straffediskurs, ved å omtale de som frekventerer rusmiljøet noen ganger som syke og andre ganger som kriminelle. Hvorvidt politiet velger den ene eller den andre diskursen for å begrunne sin arbeidsstrategi kan få betydning. Mening er en forutsetning for handling, og meningen finnes i språket der den blir til, ikke inne i hvert enkelt individs hode (Neumann, 2001, s. 18,38). Når politiet begrunner sine handlinger innenfor straffediskursen beskrives brukerne som kriminelle, mens når politiet begrunner sine handlinger ut fra helsediskursen beskrives brukerne som syke og hjelpetrengende (artikkel 1). Hvordan narkotikabrukerne benevnes språklig har sammenheng med hvilken reaksjon de møtes med. I de periodene brukerne betegnes som kriminelle møtes de med straffereaksjoner (bøtelegging og bortvisning), mens politiet holder en lav tilstedeværelse i rusmiljøene i perioder der brukerne omtales som hjelpetrengende.

Artikkel 2 kan knyttes til helsediskursen, fordi dilemmaene som beskrives bunner i spørsmålet om hvorvidt narkotikaavhengighet er en sykdom som bør medisineres eller om folk er grunnleggende friske og kan sosialiseres tilbake til normalitet og rusfrihet. I artikkel 3 og 4 om sprøyterom fremtrer diskursene straff og helse tydelig i diskusjonene om sprøyterom, der ulovlige narkotiske stoffer kan inntas under oppsikt av helsepersonell med bedre brukerhelse som formål. Brukeren kan bli straffeforfulgt for brukerdosen på vei til sprøyterommet og dersom mengden vedkommende har på seg er større enn en brukerdose.

Garland og Foucault gir altså begge et ovenfra-blikk på narkotikapolitikken, men uten å si hva de praktiske konsekvensene av styringen blir. Foucault har for eksempel ikke gått inn på hvordan diskursive kategorier benyttes av vanlige mennesker, og hvordan de blir en del av institusjoners konkrete arbeid og funksjonsmåte (Hacking, 2004; Mik-Meyer & Villadsen,

2007). Hacking (2004) gjør et poeng ut av at diskursene også innebærer klassifiseringer av mennesker, som igjen påvirker dem det gjelder. Gjennom språket konstrueres fenomener (Neumann, 2001), og det er også i det språklige koblingen mellom poststrukturalisme og konstruktivismen finnes. Houborgs (2006) analyse av hvordan stoffmisbrukeren fremstilles er et eksempel på en narkotikapolitisk analyse som kombinerer poststrukturalisme og sosialkonstruktivismen. Han forklarer at disse vitenskapsteoretiske retningene hører sammen fordi skildringer av fenomener aldri kan isoleres fra konstruksjonen av dem (Houborg, 2006, s. 277). Det sosialkonstruktivistiske perspektivet hører derfor naturlig med for å forklare narkotikapolitikk. Fenomener konstrueres gjennom tolkning, kommunikasjon og meningsrammer (Friis, 2007, s. 88), slik historiekapittelet i denne avhandlingen har vist.

De narkotikapolitiske diskursene straff og helse bidrar for eksempel til å konstruere narkotikaproblemet ulikt, noe som igjen får konsekvenser for de som befatter seg med narkotiske stoffer. Selv om Garland ikke nevner konstruktivismen eksplisitt, forklarer han gjennom sine arbeider straff som en samfunnsmessig konstruksjon.

Sosialkonstruktivismen

Det sosialkonstruktivistiske perspektivet forklarer hvordan fenomener konstrueres i sosiale fellesskap (Hacking, 1999). Innenfor kriminologien har den sosialkonstruktivistiske debatten først og fremst omhandlet begrepet «kriminalitet». Nils Christie (2004a, 2004b) er kjent for sitt utsagn «kriminalitet er ikke, den blir». Med dette mente han at handlinger tillegges en mening som i utgangspunktet ikke er knyttet til den enkelte handling. Overført til narkotikapolitikk vil det bety at det ikke er naturgitt hva som er narkotika eller at dette er stoffer som må være kriminaliserte. Egenskapene farlig og kriminell er egenskaper samfunnet har tillagt disse stoffene.

Konstruktivismen kan spores i Garlands tekster ved at han stadfester straff som en sosial institusjon fremfor en automatisk reaksjon eller en mekanisk respons på kriminalitet

(Garland, 2018). Straffen interagerer med det samfunnet som straffen er en del av, og straffen er dermed også med på å konstruere den sosiale verdenen, hevder Garland (2012b). For eksempel viser han hvordan vekst i fengselspopulasjonen i USA ikke hovedsakelig stammer fra kulturelle, politiske eller økonomiske prosesser, men fra ulike «systemspesifikke» prosesser i straffesystemet, for eksempel endringer i reglene for prøveløslatelse (Garland, 2018, s. 21). På denne måten viser Garland hvordan kriminalitet «blir» mer enn den «er», slik Christie (2004b) hevdet. I forhold til kriminalitetskategorien narkotika er sosialkonstruktivismen særlig nyttig. Snertingdal (2010) skriver for eksempel i sin undersøkelse av heroinsmuglere at heroin er det perfekte objekt for en konstruktivistisk utforskning. Hun benytter Hackings (1999) poeng om at kategoriseringene vi benytter for å organisere samfunnet også bidrar til å kategoriserer mennesker. Ved å konstruere en kategori og knytte på kunnskap, kontroll og straff, vil medlemmene av kategorien begynne å oppføre seg i tråd med dette, og nye identiteter dannes (Snertingdal, 2010). Et annet eksempel er Pedersens (2003) sosialkonstruktivistiske analyse av cannabis, der han påpeker at det får ulike konsekvenser om hasjen konstrueres henholdsvis som et medisinsk problem, et sosialt eller som et kriminelt problem.

I den historiske delen av avhandlingen skriver jeg frem narkotikabegrepet og forståelsen av narkotikaproblemet som konstruert og foranderlig. Narkotikaproblemet ble på 1960-tallet konstruert som en epidemi, noe som la grunnlag for skremselspropaganda og straff som virkemiddel. Snertingdals (2010) poeng er at kategorier får følger for identitetsutforming. Virkningen forsterkes fordi sterke negative virkemidler som kontroll og straff har blitt benyttet overfor «de narkomane». I avhandlingens artikkel 3 ble deltakerne i fokusgrupper bedt om å kommentere inntakskriteriene for sprøyterom, som blant annet krevde at brukerne skulle være «tunge rusmisbrukere».

En diskusjon mellom to deltakere viser hvordan dette kunne oppfattes som kategorisering og stigmatisering:

A: Det kommer an på hvordan du føler deg..

B: Ergo du er stigmatisert *igjen*. Ok, så jeg er en tung rusmisbruker (ironisk) A:

Den dagen du besøker sprøyterommet, kle deg så shabby som mulig..

B: Herre Gud, jeg håper da ikke jeg ser ut som en *tung* rusmisbruker. Jeg tror vi alle prøver å *ikke* se ut som en.

På denne måten konstrueres sprøyteromsbrukeren gjennom inntakskriteriene for tiltaket. Et konstruktivistisk perspektiv er altså bare et av flere teoretiske perspektiver Garland har latt seg inspirere av.

Garlands teori om styring gjennom straff

Garlands teori om «high crime societies» handler om myndighetenes forsøk på å styre befolkningens handlinger gjennom straff. I sin analyse av kriminalitetskontroll søker Garland (2012a, s. 2). å avdekke de historiske og sosiologiske forhold som dagens kriminalpolitikk springer ut av. Offentlige dokumenter hvor narkotikapolitikken beskrives er ovenfra-og-ned dokumenter, hvor Garlands teori fungerer som analyseverktøy for å forstå hvorfor myndighetene forsøker å styre på den måten de gjør.

I «The limits of the sovereign state» forklarer Garland (1996) at befolkningens tro på straffetrusselens virkning er for stor. Realitetene viser at straff virker dårlig i moderne samfunn, blant annet fordi mengden lovbrudd har blitt for stor. I Garlands analyser av kriminalpolitikken brukes USA og Storbritannia som eksempler. Han beskriver perioden frem til 1970/1980 med lave kriminalitetsrater som en velferdsperiode for straffesystemet, der rehabilitering var hovedmål for straffepleien (Garland, 2012a). Siden økte kriminaliteten jevnt. Ved årtusenskiftet var høye kriminalitetsrater normalen, og straffesystemets utilstrekkelighet ble avdekket (Garland, 2012a).

I «The culture of high crime societies» diskuterer Garland (2000) videre hvilke valg myndighetene har når kriminaliteten øker. Det skjer en «kulturell adaptasjon» ettersom kriminaliteten øker, hevder han, der befolkningen over tid venner seg til høye kriminalitetsrater. Myndighetene står da overfor et valg mellom to hovedspor: adaptive og repressive responser på lovbrudd. Repressive responser har som formål å befeste staten som sterk, ansvarlig og kompetent gjennom å reagere på uønskede handlinger. Garland bruker «the war on drugs» som eksempel på en repressiv, ikke adaptiv respons. «The war on drugs» ble innført av Reagen-administrasjonen, gjennom «The Anti-Drug Abuse Act» fra 1986, som også medførte at nulltoleranse ble innført som mål for amerikansk narkotikapolitikk (Newburn & Jones, 2007). Newborn & Jones (2007) hevder nulltoleransebegrepet primært har blitt benyttet for å signalisere en kompromissløs og autorativ holdning til indre og ytre fiender. Nulltoleranse er derfor en typisk repressiv respons i Garlands terminologi. Problemet med repressive responser er ifølge Garland at de bare fungerer så lenge kriminalitetsratene er lave. Når kriminaliteten øker inntreer det han kaller for adaptive responser (Garland, 2000, s. 348). Adaptive responser er ettergivende, de senker målene for offentlig politikk fordi målene fremtrer som urealistiske. En aksepterer at høye kriminalitetsrater har kommet for å bli, og tilpasser seg situasjonen (Garland, 1996).

Garlands bidrag til narkotikapolitisk forskning

Garland selv har ikke skrevet om narkotikapolitikk primært, men bruker «the war on drugs» for å forklare hvorfor det oppstod en plutselig og dramatisk økning i fengslinger i USA (Garland, 2012a, s. 118,132), som vist ovenfor. I Norge har ikke kriminalitetsøkningen vært like stor som i USA og i Storbritannia, men når det gjelder narkotikakriminalitet passer Garlands beskrivelser likevel godt. Utviklingen i omfang av narkotikalovbrudd samt forsøket på å bekjempe fenomenet med straff finner paralleller hos Garland. Garlands teori tatt i betraktning, vil nulltoleranse-strategier i politiets narkotikaarbeid i Norge i dag være fånyttede,

slik også denne avhandlingen viser. Newburn & Jones (2007) fant at erfarne polititjenestemenn i London var skeptiske til politikernes ønske om nulltoleransestrategi for kriminalitet i et gitt område, sannsynligvis fordi de visste det ikke var praktisk gjennomførbart på grunn av kriminalitetens omfang. Tilsvarende er det heller ikke mulig å håndheve forbudet mot narkotiske stoffer, i Norge som i andre land, og målet har derfor endret seg. Garland (1996, s. 449; 2012a, s. 117) beskriver hvordan «den nye strafferettslige knipen» ga rom for endringer, som hovedsakelig hadde formålet å omdefinere kriminalitetsproblemet gjennom å gjøre det mindre alvorlig. Skadereduksjon er et eksempel på en slik strategi (Garland, 2012a, s. 17). En adaptiv skadereduserende målsetting har derfor blitt lagt til i norsk narkotikapolitikk, til tross for at den repressive strafferettslige målsettingen består.

Seddon (2011) trekker frem Garland som en sentral teoretiker innenfor historisk sosiologi med sin bok «Punishment and Welfare» (Garland, 1985). Teoriene passer særlig godt på studier av narkotikapolitikk, men har blitt alt for lite brukt på dette feltet hevder Seddon (2011). Han benytter Garland (1985) for å forklare hvordan politikkdannelse påvirkes av sosiale relasjoner som holdninger, verdier, meninger og følelser (Seddon, 2011). For å forstå narkotikapolitikken innenfor en historisk-sosiologisk ramme må en derfor inkludere sosiale relasjoner i samfunnet i ulike tidsperioder. Historiekapittelet i denne avhandlingen beskriver nettopp slike sosiale relasjoner som har påvirket narkotikapolitikkens utvikling.

Garlands (1997) beskrivelse av myndighetenes responser på kriminalitetsøkning benyttes også i diskusjoner av normalisering av narkotikabruk (se f.eks Hakkarainen & Tigerstedt, 2003; Hakkarainen, Tigerstedt, & Tammi, 2007; Pereira & Scott, 2017). Hakkarainen et al. (2007) har benyttet Garlands teori til å analysere endring i finsk narkotikapolitikk mot skadereduksjon.

Tammi (2005b) benytter Garlands (2012a) inndeling av kontrollpolitikk i politiske og administrative logikker i sin diskusjon av behandlingen av skadereduksjons-begrepet i Finland.

Han viser hvordan de politiske diskusjonene om skadereduksjonsbegrepet delte seg i to fraksjoner; en som var positivt innstilt til skadereduksjon som førte en adaptiv administrativ logikk, og en som var negativt innstilt til skadereduksjon som førte en ikke-adaptiv, politisk logikk (Tammi, 2005b). Etter harde diskusjoner i komiteen kom de til et kompromiss; et folkehelseperspektiv som kombinerer folkehelse og menneskerettigheter, grunnlagt på en rasjonell og human kriminalpolitikk (Tammi, 2005b).

I sin analyse av svensk narkotikapolitikk bruker Tham (2005) Garland for å forklare hvordan narkotika-kriminalitet har blitt konstruert som en trussel mot det demokratiske samfunnet. Mindre lovbrudd ble sett som byggesteiner for mer alvorlige lovbrudd, som igjen kunne påvirke samfunnets grunnleggende sikkerhet. Tham mener denne forståelsen av kriminalitet danner bakteppe for grunnpilarene i svensk narkotikapolitikk: totalavhold og krigen mot narkotika. Nulltoleransen som er innebakt i «krigen mot narkotika» og totalavhold opprettholdes av «visjonen om et godt samfunn» mens økning i narkotikabruk og overdosedødsfall er faktum som peker mot det motsatte (Tham, 2005).

I avhandlingens artikkel 1 brukes Garlands perspektiver til å analysere politiets strategier i arbeidet med åpne russcener. Politiet hadde en viss kontroll på de første åpne russcenene på 1970- og 1980-tallet, og kunne bruke straffetrusselen aktivt mot narkotikamiljøet. Denne perioden kan betegnes som «krigen mot narkotika», da målsettingen var at alle narkotikalovbrudd skulle få en straffereaksjon. Den norske narkotikasituasjonen disse årene er parallell til Garlands (2000) beskrivelse av krigen mot kriminalitet i Storbritannia på 1960-tallet. Når myndighetene starter en «krig» er det implisitt at de mener de har krefter til å vinne krigen.

I Oslo sentrum økte antallet narkotikaovertrædelser utover 1990-tallet til et omfang som politiet ikke kunne håndtere, som beskrevet i artikkel 1. Høye rater for narkotikakriminalitet er et tegn på at narkotikakriminaliteten har blitt et sosialt faktum (Garland, 1996). Den åpne

russcenen vokste og ble uoversiktlig, og da Plata ble det nye samlingsstedet på 1990-tallet rapporterte politiet at situasjonen var uhåndterlig for dem alene, og at de trengte bistand fra sosial- og helsemyndighetene (Skretting & Olsen, 2006). Dette er en adaptiv strategi (Garland 2000), der problemene omdefineres med vekt på forebygging og samarbeid fremfor repressive responser. Politiets løsning i de etter hvert store og uhåndterlige russcenene i Oslo ble å skifte mellom repressive og adaptive responser i ulike perioder (artikkel 1). Politiet intensiverte innsatsen strafferettslig i noen perioder, med det resultat at russcenen ble redusert eller forflyttet. I andre perioder valgte politiet adaptive responser med begrenset tilstedeværelse, mens omsetning og bruk fikk foregå nærmest uhindret, begrunnet med at narkotikabrukene er syke og dermed helsevesenets ansvar.

Garland gir på denne måten et ovenfra-perspektiv på narkotikapolitikken, der han forklarer hvorfor myndighetenes forsøk på å bruke straff til å avskrekke befolkningen fra å bruke narkotiske stoffer mislykkes. Narkotikabruken har blitt for omfattende til at straffeapparatet kan håndtere det, og den repressive responsen har blitt utilstrekkelig. Det fremstod i tillegg som uetisk å bruke straff overfor syke mennesker, og fokus på helse og skadereduksjon ble en passende adaptiv respons. All befatning med narkotika er imidlertid fortsatt belagt med straff, så den repressive og den adaptive responsen lever side om side, og skaper daglige dilemma for de som skal utøve politikken i praksis.

Garlands teorier kommer til kort på noen punkter. Han beskriver utfordringer ved kriminalitetskontroll i moderne samfunn, men han diskuterer ikke hva som kan gjøres for å løse denne utfordringen. Loader og Sparks (2004) mener fokuset må rettes mot de motstridende ideene innenfor kriminalitetskontroll, og avdekke hvilke politiske og kulturelle kamper de bygger på og hvor endringspotensialet ligger. Et eksempel på motstridende ideer innenfor kriminalitetskontroll kan være spørsmålet om narkotikalovbrytere skal behandles av straffesystemet eller helsevesenet. Politiske og kulturelle kamper foregår kontinuerlig, og

endringer i praktisk kontroll av narkotikakriminalitet har kommet som et resultat av disse kampene, i tråd med Loader og Sparks teori (2004). Garland peker på at straffesystemet har blitt mer fokusert på styringsrasjonalitet. En nedbygging av velferdsstaten og sterkere nyliberale strømninger har medført en stadig sterkere styring og effektivisering av kriminalpolitikken. Konsekvensen er at rommet for skjønn hos de profesjonelle har blitt innskrenket, og at deres myndighetsområde har blitt innskrenket (Garland, 2000).

Lipsky's teori om bakkebyråkratier (1980, 2010) forklarer hvorfor Garlands påstand må modifiseres, og artikkel 1 viser nettopp hvordan politiet skaper seg lommer for skjønnsutøvelse i sitt daglige virke, til tross for at all bruk og omsetning av illegale stoffer er forbudt. I avhandlingen supplerer jeg ovenfra-blikket til Garland/Foucault med et nedenfrablikk, ved hjelp av teorier som vektlegger det interaksjonistiske elementet i møtet mellom borger og velferdsstat. Lipskys bakkebyråkratiteori tilbyr et rammeverk for denne tankegangen, og viser også hvorfor og hvordan disse interaksjonene utformer politikk nedenfra. Ideelt sett vil myndighetenes politikk bli iverksatt av pliktoppfyllende byråkrater som følger ordre. I virkeligheten er ikke denne prosessen strømlinjeformet. Politikk må tilpasses forholdene der den skal iverksettes. De som iverksetter gjør egne tolkninger av politikken, og de må samtidig forholde seg til strukturelle faktorer som for eksempel tid, økonomi, normer, verdier og etikk.

3.2 Styring nedenfra - interaksjonisme

Lipskys studier av implementering av politikk (1980, 2010) handler om hvordan lover og beslutninger på myndighetsnivå endrer seg når de settes ut i praksis. I denne avhandlingen brukes Lipskys perspektiver for å analysere hvordan en dobbeltspora narkotikapolitikken håndteres nedenfra for de som utøver den. Lipskys teori plasserer seg innenfor et interaksjonistisk perspektiv, fordi fokuset er på de lokale, praksisnære interaksjonene mellom mennesker. De som skal arbeide med eller overfor narkotikabrukere opplever å stå i en rekke

dilemma, som overordnet ofte bunner i motsetninger mellom straff og helse. Dilemmaene finner praktiske løsninger gjennom den interaksjonen som foregår mellom hjelper/kontrollør og narkotikabrukerne.

Symbolisk interaksjonisme er en form for mikrointeraksjonisme som ble utviklet i USA for å forstå avvik (Aakvaag, 2005), og de kriminologiske avviksteoriene har sitt utspring her (Johansen & Skilbrei, 2011). Blumer (1986) sees som grunnleggeren av teorien, der han viste hvordan sosiale strukturer utvikles nedenfra og opp, og at de avhenger av ansikt-til ansikt kontakt mellom aktørene. I forlengelsen av Blumer og hans like kom Becker og Goffman med sine studier av avvik og stigma (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Avvik skapes i sosiale relasjoner hevder de, og det er derfor interaksjons- og kontrollprosesser som bør analyseres fremfor enkeltindivider. Interaksjonismen er ikke så opptatt av hva som virkelig hender i en situasjon, men hvordan aktørene som er involvert «forhandler virkeligheten» (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Interaksjonismen hviler på at mennesker forholder seg til ting ut fra hvilken mening tingen har for dem, at denne meningen stammer fra interaksjon med andre mennesker, samt at den enkelte driver en kontinuerlig tolkning i sin omgang med tingen (Blumer, 1986).

Zinberg (1984) var banebrytende i sin forståelse av narkotikabruk, fordi han utfordret eksisterende forståelse. Hans beskrivelser av hvordan legens oppfatning av medikamentets virkning smittet over på pasientenes egne oppfatninger var utgangspunktet for en rekke forsøk med kontrollert narkotikabruk i en interaksjonistisk forståelsesramme. I sine studier intervjuet han både de som fikk problemer med avhengighet og de som levde med en kontrollert rusmiddelbruk, og fant at det ikke var en entydig sammenheng mellom bruk og avhengighet av narkotiske stoffer. Zinberg (1984) avdekket i stedet at komplekse interaksjoner mellom rusmiddelet, brukerens personlighet og den sosial konteksten avgjorde hvilken form rusmiddelbruken tok.

Goffmans stigmabegrep er mye benyttet og har vært mye brukt i rusmiddelforskningen, for eksempel for å vise hvordan identiteter skapes i interaksjon mellom den ansatte og de som skal hjelpes (Goffman, 1969; Järvinen & Mik-Meyer, 2003; MikMeyer, 2004). I identitetsprosessen spiller også stigma en viktig rolle. I en studie av personer med samtidige rus- og psykiatri-lidelser har for eksempel Goffmans interaksjonistiske identitetsbegrep blitt benyttet til å definere og belyse ulike tilpasningsstrategier hos denne gruppen (Semb, Borg, & Ness, 2016). I denne identitetsprosessen spiller stigma en viktig rolle, fordi personer som føler seg stigmatisert vil velge ulike strategier for å håndtere situasjonen (Semb et al., 2016).

Interaksjonistiske perspektiver har vist seg nyttige også i studier av den enkelte narkotikabrukers risikotaking. En studie av gatenære tiltak for risikoutsatte injeksjonsbrukere i London viste at risiko må sees som forhandlinger som avhenger av sosiale relasjoner (Power et al., 1996). Selv om risikoen ved å dele injeksjonsutstyr var velkjent viste det seg at både normene i den sosiale gruppen informantene var en del av og omstendighetene rundt den aktuelle injeksjonen var av betydning for risikovurderingen (Power et al., 1996). Studien viser at kvalitative studier bygget på interaksjonisme kan være nyttige for å forstå mer av risikotakingen hos narkotikabrukere og kan gi grunnlag for skadeforebygging.

Kvalitative studier inneholder ofte interaksjonistiske perspektiver fordi de utforskes de egne perspektiver er i fokus, samt hvordan de selv skaper og forstår sin egen virkelighet. Lipskys bakkebyråkrat-teori bygger følgelig også på interaksjonistiske perspektiver, og disse studiene behandles nedenfor.

Bakkebyråkrateteori

Lipskys bok «Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services» ble først utgitt i 1980, og er en del av en større teoretisk retning om implementering av offentlig politikk. Teorien belyser hvorfor myndighetenes bestemmelser ikke alltid blir slik de var intendert når de settes ut i praksis, og hvordan offentlig ansatte som arbeider ansikt til ansikt

med mottakerne utformer politikk i sine daglige gjøremål (Lipsky, 1980). De som utgjør det ytterste leddet i myndighetenes politikkutøvelse kaller Lipsky derfor for bakkebyråkrater. Bakkebyråkratene er i en evig skvis, blant annet mellom budsjetter, tids- og arbeidspress, informasjonsknapphet, motstridende mål, publikums og klientenes ønsker og krav, der det fremstår som en umulighet å klare budsjettene samtidig som klientene skal bli fornøyde. Bakkebyråkratene må derfor finne ulike tommelfingerregler for å kunne stå i jobben. Lipsky viser at bakkebyråkratene benytter skjønnsmessige vurderinger for å avgjøre type, mengde og kvalitet på ytelser og sanksjoner til innbyggerne. Ulike studier har funnet mange eksempler på slike mestringsstrategier som kan det handle om å kontrollere klientene slik at de krever mindre eller såkalt «kirsebærplukking» der man jobber med de enkle sakene og unngår de kompliserte (Lipsky, 1980; Moore, 1987).

Lipsky (2010) gir eksempler blant annet fra politiarbeid, der han hevder at betjentene kan oppleve fremmedgjøring og utmattelse i arbeidet dersom de gang på gang pågriper den samme personen for samme type lovbrudd. Et liknende eksempel fra denne avhandlingen vil være politiets arbeid i åpne russcener (artikkel 1), der politiet pågriper narkotikabrukere på daglig basis for små mengder narkotika, som sannsynligvis er til eget bruk. Arbeidet kan i slike situasjoner bli meningsløst og skape frustrasjon (Lipsky, 2010). Denne tilstanden kalles for policy alienation (Loyens, 2015), eller politisk fremmedgjøring, noe som gjerne oppstår når mulighetene for å gjøre skjønnsmessige vurderinger i arbeidet er lave.

Avhandlingens artikkel 1 viser hvordan politiet på ledernivå gir varierende definisjoner av situasjonen i russcenen. Ulike definisjoner gir grunnlag for ulike arbeidsmåter for politiet på bakkeplan. I perioder der brukerne og bruken blir definert som et helseproblem kan patruljene holde seg unna området og være mindre aktive i tjenesten. De kan for eksempel la være å gjennomføre lommene til de som oppholder seg i rusmiljøene på jakt etter narkotika når brukerne defineres som syke i stedet for kriminelle. I andre perioder definerer politiledelsen

russcenen som et ordensproblem, og da er det politiarbeid med loven i hånd som gjelder. Jeg har i denne avhandlingen ikke hatt fokus på hvordan den enkelte politibetjent forholder seg til slike omskiftelige styringssignaler, men i tråd med bakkebyråkratteori (Lipsky, 1980, 2010) er det vanskelig å se for seg at den enkeltes arbeidsmåter endres radikalt hver gang ledelsen omdefinerer situasjonen i russcenen. Alle disse avveiningene og skjønnsmessige vurderingene som er nødvendig i politiets arbeid i russcener kan samtidig forstås som implementering av narkotikapolitikk og som styring nedenfra. Dette betyr at enkeltavgjørelser og handlinger hos politibetjentene over tid utformer politikk i praksis.

Lipskys nedenfra-perspektiv handler altså om hvordan skjønnsutøvelse på bakkeplan utformer politikk. Det er sjelden et mål å fjerne all bruk av skjønn gjennom administrativ kontroll. Brodtkin (2001) skisserer to hovedårsaker til hvorfor skjønnsutøvelse i arbeidsoppgaver er nødvendig: Effektiv politikk avhenger for det første av at noen forstår behovene folk har og omgjør generelle prinsipper til å passe individuelle omstendigheter. For det andre bidrar bakkebyråkraterne til å balansere sosialpolitiske lovnader opp mot hva som i praksis er mulig å få til. Narkotikapolitikken, både i Norge og mange andre land, har endret fokuset bort fra et rent strafferettslig perspektiv og fått mer vekt på helse. Slik kapittel 2 har vist var det nettopp påvirkninger fra praksisfeltet som presset frem slike endringer.

En kompliserende faktor for myndighetenes styring gjennom straff er at narkotikabrukere er sykere enn normalbefolkningen. De som arbeider i førstelinjen ser hjelpebehovet på nært hold og utfordres av etiske dilemma når de skal hjelpe folk som samtidig gjør noe straffbart. Når ansatte på sprøyterommet (artikkel 3 og 4) fikk inn brukere som hadde med seg andre stoffer enn lovverket tidligere tillot (en brukerdose heroin) oppstod et dilemma fordi det var lovbrudd samtidig som brukeren kunne være abstinert også på andre stoffer enn heroin³.

³ Fra 1.1.2019 ble også andre stoffer enn heroin tillatt i sprøyterom.

De vurderinger de ansatte gjorde i disse situasjonene er slike skjønnsmessige vurderinger som Lipsky (1980, 2010) er opptatt av. De avgjørelser som tas i disse situasjonene former praksis, ved at de ansatte selv vurderer og samtaler med hverandre om hvordan de skjøtter de ulike hensynene samtidig. På denne måten former også ansatte på sprøyterommet narkotikapolitikken nedenfra.

Bakkebyråkrati i rusmiddelforskningen

Bakkebyråkrati-perspektivene egner seg godt til analyser på områder der publikum mottar tjenester fra det offentlige, inkludert på rusfeltet. Lipskys teori er derfor utgangspunkt for mange ulike typer av samfunnsanalyser. Det er gjort et stort antall studier der bakkebyråkratperspektiver benyttes i analyser av narkotikarelaterte temaer internasjonalt, og særlig i USA. Norge og Norden har imidlertid samfunnsforhold og rusmiddelomsorg som skiller seg fra andre land, og i det følgende vil jeg derfor fokusere på nordiske studier.

Bakkebyråkratteori har for eksempel vært hyppig anvendt i analyser av empowerment innenfor ulike typer av velferdsforskning. Frank & Bjerger (2011) har benyttet Lipskys teorier i sin analyse av empowerment i medikamentassistert rehabilitering i Danmark. Artikkelen løfter frem dilemmaer som kan oppstå når politiske beslutninger om brukermedvirkning skal settes ut i praksis i et felt som er styrt av helse- og kontrollperspektiver samtidig. Forfatterne konkluderer med at intensjonene om brukermedvirkning i medikamentassistert rehabilitering medfører uventede dilemma. Det er lokale variasjoner, og i praksis lykkes myndighetene bare delvis i sitt ønske om å myndiggjøre brukerne. Empowerment er ikke noe som bare kan implementeres, hevder de, fordi det er politikk som blir til gjennom sosiale prosesser ved den enkelte institusjon (Frank & Bjerger, 2011).

I Fondén & Leiknes (2003) sin studie ble bakkebyråkrat-perspektivet benyttet for å analysere narkotikabrukeres møte med politi, sosialarbeidere og frivillige hjelpeorganisasjoner. Forfatterne fant at resultatene av politi- og sosialarbeideres arbeid i praksis ikke

blir slik det var intendert fra myndighetenes side, i tråd med Lipskys teori (1980, 2010). For eksempel fant de at politiet bruker skjønn til å skille mellom yngre og eldre narkotikabrukere og behandler dem ulikt. De eldste brukerne fikk en midlere behandling enn de yngste, som ble utsatt for en mer tradisjonell, repressiv politibehandling. De fant også at sosialarbeidernes forsøk på å forbedre brukerne medførte at de ble ekskludert og heller oppsøkte frivillige organisasjoner for å få nødvendig hjelp uten å bli stilt krav til (Fondén & Leiknes, 2003).

Lipskys teori er også benyttet i en studie av sosialtjenestens bruk av et klientkartleggingssystem (ASI) i to svenske kommuner (Abrahamson & Tryggvesson, 2009). Kartleggingssystemet er utviklet for å bedre kunne tilpasse behandlingsinnsatser til ruspasienter. Instrumentet er også utbredt i Norge og mange andre land (se f.eks. Lauritzen og Ravndal, 2004). Undersøkelsen avdekker mange utfordringer for behandlerne som skal benytte instrumentet i praksis. Forskerne konkluderer med at den viktigste funksjonen verktøyet har er å legitimere sosialtjenestens profesjonalitet i sitt arbeid (Abrahamson & Tryggvesson, 2009).

I denne avhandlingen er bakkebyråkrat teori benyttet som teoretisk rammeverk i artikkel 2, i en analyse av behandlingsskolektivene, som organisatorisk befinner seg på nivået over de «egentlige» bakkebyråkraterne. Bakkebyråkratteorien er også anvendelige på de andre artiklene da de belyser perspektivene til politibetjenter og ansatte på sprøyterommet, som er i direkte kontakt med brukerne av tjenestene. Artikkel 1 viser hvordan politiet utøver en rolle som bakkebyråkrater når de skal håndtere narkotikapolitikk og lovverk i sitt daglige arbeid i åpne russcener. Skjønnsutøvelse i politiarbeid er et tema som ble identifisert på 1950-tallet (Walker & Katz, 2012), og har siden vært gjenstand for omfattende kriminologisk forskning (se f.eks. Rowe, 2007).

I Norge har Buvik (2016) vist hvordan den enkelte politibetjents normer og moral ligger til grunn for bruk av skjønn i politiarbeid i Oslos natteliv. I den strafferettslige sfæren er myndighetenes mål at politiet slår ned på all omsetning og bruk av narkotiske stoffer fordi det

er lovbrudd. Goldsmith (1990) benytter begrepet «regelverksforhandlinger» om politiets praktiske arbeid overfor befolkningen. Begrepet passer godt til politiarbeidet som belyses i artikkel 1 og det har mange likhetstrekk med Lipsky's vektlegging av skjønnsmessige vurderinger. Det er ulovlig å omsette, besitte og bruke illegale stoffer. Det faktum at politiet ikke reagerer overfor all narkotikakriminalitet i russcenen, vil være «negotiated rulemaking» slik Goldsmith (1990) beskriver det, eller skjønnsmessige vurderinger innenfor Lipskys (1980, 2010) begrepsunivers. Det er ikke praktisk mulig å slå ned på alle kriminelle handlinger, det må gjøres et skjønnsmessig utvalg.

Piore (2011) og Brodtkin (2001, 2011) har videreutviklet Lipskys fokus på individene i organisasjonene til å gjelde organisasjonene disse jobber i. I stedet for bakkebyråkrater skriver de om *bakkebyråkratiene*. Et slikt utvidet bakkebyråkrati-perspektiv ble anvendt i artikkel 2 der rusbehandlingskollektivene sees som bakkebyråkratier. Artikkelen viser hvordan behandlingskollektivene har oppfattet sitt handlingsrom ulikt og vist varierende grad av handlingsvilje overfor helseforetaket i anbudsarbeidet. Innføringen av en skadereduserende tankegang på policy-nivå medførte ideologiske diskusjoner og konflikt i kollektivbevegelsen omkring spørsmålet om aksept eller ikke aksept av LAR- medikamenter. Behandlingskollektivene må avveie sine ideologiske grunnlag opp mot helseforetakenes krav i anbudsforhandlinger. De må finne løsninger de selv kan stå inne for samtidig som helseforetakene skal bli fornøyde. På den måten vil rammebetingelser på systemnivå påvirke muligheter og begrensinger i aktørenes handlingsrom.

Maynard-Moody & Musheno (2003) viser hvordan bakkebyråkratiene plasserer seg i skjæringspunktet mellom formelle vedtak og sitt eget verdisystem, noe som er overførbart til ledelsen ved behandlingskollektivene. Når kollektivene skriver tilbud til helseforetakene må de besvare kravene i konkurransegrunnlaget samtidig som institusjonens egen behandlingssideologi må følges. På denne måten fungerer ledelsen som bakkebyråkratier.

De må gjøre skjønnsmessige vurderinger av forhandlingsrommet, samt sin egen handlingsvilje og -evne.

I artikkel 3 og 4 om sprøyterom kan både ansatte i sprøyterom og politiet sees som ordinære bakkebyråkrater slik Lipsky beskrev dem (1980, 2010), fordi de møter brukergruppen direkte i sitt daglige arbeid. Myndighetenes hovedmålsetting med sprøyterommene er at brukerne skal få hjelp til å innta de narkotiske stoffene i trygge omgivelser under veiledning, for å forebygge skader (artikkel 3 og 4). Straffeaspektet overfor narkotika skal derfor være underordnet. Ansatte i sprøyterommet gjør ulike skjønnsmessige vurderinger i sitt arbeid, blant annet når de gjør en rusvurdering av hver enkelt bruker opp mot oppgitt stoff/dose til injisering. Lovverket tillater å medbringe en brukerdose⁴, men hvordan håndterer de ansatte at brukeren vil injisere en dose som er større enn det som er anbefalt? Før lovendringen som trådte i kraft 1. januar 2019, der også andre narkotiske stoffer utover heroin ble tillatt, var det skjønnsmessige rommet større. Da måtte de ansatte i tillegg vurdere hvorvidt det bare var heroin brukerne injiserte, eller om det også var andre stoffer. De skjønnsmessige vurderingene de ansatte gjør ligger i skjæringspunktet mellom straff og helse, og de må veie disse hensynene opp mot hverandre i sin daglige praksis.

Politiets bakkebyråkratsfunksjon handler om hvordan de møter brukere som er på vei til/fra brukerrommet. Hvordan skal politiet håndtere det når noen blir pågrepet med en brukerdose og hevder å være på vei til sprøyterommet? I praksis har det vist seg at politiets skjønnsmessige vurderinger når det gjelder sprøyteromsdriften ser ut til å fungere slik at det ikke er til hinder for brukerne å oppsøke sprøyterommet (artikkel 4). Dette innebærer sannsynligvis at politiet lar være å gripe inn hvis de er usikre (Oslo Politidistrikt, 2007).

⁴ Forskrift om ordning med brukerrom for inntak av narkotika (Brukerromsforskriften). §4.

Disse eksemplene fra sprøyterom viser hvorfor resultatene av politiets og sprøyteroms-ansattes arbeid ikke nødvendigvis blir lik myndighetenes intensjoner. Det var for eksempel neppe tilsiktet at brukerdoser av illegale stoffer i prinsippet kunne sies å ha blitt avkriminalisert i Oslo og Bergen (hvor brukerrom er opprettet). Dette er kjernen i Lipskys (1980, 2010) teori. Bakkebyråkratene tilpasser og utformer politikken slik at den fungerer i praksis, både for de ansatte i brukerrommene og for politiet som arbeider i områdene rundt.

Tummers: Politisk fremmedgjøring

I forlengelsen av bakkebyråkratteorien har teorien om politisk fremmedgjøring oppstått (Tummers & Bekkers, 2014). Politisk fremmedgjøring handler i likhet med bakkebyråkratteori om hva som gjør at politikk endrer seg når den settes ut i praksis. Teorien om politisk fremmedgjøring handler om offentlig ansatte som kan likestilles med Lipskys bakkebyråkrater, og teoriene er tett sammenknyttet (Lipsky, 2010; Tummers, 2012) Begrepet politisk fremmedgjøring ble utviklet for å forklare motstand mot politikk med utspring i New Public management (NPM), hvor økonomi fremstår som en svært viktig faktor (Tummers, Bekkers, & Steijn, 2009). Et hovedfunn i forskningen om politisk fremmedgjøring er at handlingsrommet for skjønnsutøvelse påvirker motivasjonen for å gjennomføre politikkendringer (Tummers & Bekkers, 2014).

I denne avhandlingen blir teori om politisk fremmedgjøring benyttet i artikkel 2 om rusbehandling. Her viser jeg hvordan motstanden noen behandlingskollektiver viste mot å åpne behandlingen for LAR-pasienter kan henge sammen med manglende rom for skjønnsutøvelse. Når helseforetaket snevret inn rommet for at kollektivene kunne vurdere hva slags behandlingstilbud de skulle tilby sine pasientgrupper møtte de motstand. I slike situasjoner kan det inntre en slags psykologisk avstandstaken til politikken som forsøkes implementert, hevder Tummers (2012). Kollektivenes opptreden i anbudsforhandlingene med helseforetaket tyder på at slike reaksjoner var til stede. De nektet å akseptere at myndighetene var villige til å fjerne

det særtrekk ved behandlingen (LAR-frihet) som pasientgruppen deres trakk frem som grunnleggende.

3.3 Avsluttende om det teoretiske rammeverket

Det teoretiske rammeverket viser hvordan narkotikapolitikk dannes både ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp. Teoriene som er benyttet har fungert som verktøy for å analysere en historisk endring av narkotikapolitikken gjennom å løfte frem ulike dilemmaer innenfor dagens narkotikapolitikk. Disse dilemmaene befinner seg innenfor tre sfærer: Den strafferettslige, den sosialfaglige og den medisinske. Garland ble benyttet for å belyse hvordan myndighetene forsøker å styre befolkningen gjennom en narkotikapolitikk der straff har vært det viktigste virkemiddelet (den strafferettslige sfæren, artikkel 1). Bakkebyråkrattheoriene og teori om politisk fremmedgjøring utfyller Garlands perspektiver i analysene ved å se på hvordan narkotikapolitikk også dannes nedenfra og opp, gjennom interaksjonene mellom velferdsstatenes aktører og brukerne. Dette nedenfra-perspektivet finnes i både den medisinske og den sosialfaglige sfæren i narkotikapolitikken (artikkel 2, 3 og 4), men kan også anvendes på den strafferettslige sfæren i artikkel 1. Lipskys bakkebyråkrattheori benyttes tradisjonelt overfor de som jobber direkte mot narkotikabrukerne, men også utradisjonelt på nivået over. I artikkel 2 sees behandlingskollektivene som bakkebyråkrater i anbudsforhandlinger med helseforetaket, med skjønsmessige vurderinger for å balansere brukernes krav opp mot helseforetakets. På dette punktet bidrar avhandlingen til teoriutvikling.

Ifølge Seddons (2011) beskrivelse av historisk sosiologi kan narkotikapolitiske endringer forklares langs tre akser: En strukturell dimensjon, en kulturell/politisk dimensjon, og en mikrodimensjon. Garlands teori befinner seg innenfor en makro-strukturelle dimensjon, og er benyttet i artikkel 1. Den kulturelle eller politiske dimensjonen omfatter politikk og offentlig diskurs, noe som best belyses gjennom empiriske eksempler. Artikkene 3 og 4 om sprøyterom beveger seg innenfor denne dimensjonen, da sprøyterom sprang ut av

kompromisser og forhandlinger mellom konkurrerende politiske leire. Mikrodimensjonen har fokus på den rollen enkeltpersoner spiller i politikkutforming og utøvelse (Seddon, 2011, s. 418). Teori om bakkebyråkrater befinner seg her, og er benyttet i artikkel 2.

Dataene og metodene i denne avhandlingen følger perspektivene ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp. Intervjuer og observasjon gir nedenfra-og-opp-data, som passer godt sammen med Lipskys interaksjonistiske perspektiver. Disse perspektivene bygger på interaksjonisme, med Blumers metodologiske anbefalinger om å ta utgangspunkt i deltakernes egne perspektiver (Blumer, 1986; Hughes & Månsson, 1988). Offentlige narkotikapolitiske dokumenter, handlingsplaner og anbudspapirer er ovenfra-og-ned data. Her er det blant annet Garland og Foucaults fokus på det språklige som danner utgangspunkt for metodologien. Offentlige narkotikapolitiske dokumenter er grunnlaget for hvordan narkotikapolitikken konstrueres, og denne typen data kan også knyttes til det sosialkonstruktivistiske perspektivet, som Garland også er inspirert av.

4. Metode

«Every scientific field carves out a piece of the external world and develops special ways of studying it. Among its goals are to describe the phenomena under study and to discover regularities in those phenomena» (Smelser, 1991, s. 405).

Metode handler om hvordan empiriske data produseres. Metode henger derfor også sammen med teoriene som ble presentert i forrige kapittel, selv om de her behandles som adskilte. I virkeligheten er dette skillet mer flytende. Teorier kan forstås som instrumenter som brukes til å undersøke virkeligheten for å få frem empiriske data (Engdahl, 2001). I dette kapittelet viser jeg hvilke empiriske data avhandlingen bygger på og hvordan dataene er samlet inn. Jeg vil også diskutere dataenes styrker og svakheter, samt hvilke etiske betraktninger som ble gjort i forbindelse med datainnsamlingen.

Denne avhandlingen har blitt til over en lang tidsperiode og innenfor ulike prosjekter. Dataene er innsamlet hovedsakelig gjennom kvalitative metoder, men noen kvantitative data er også benyttet. De tre første artiklene bygger på rent kvalitativt materiale, fordi spørsmålene i disse undersøkelsene har vært utforskende av typen «hvorfor», der kvalitative metoder egner seg best (Silverman, 2001). Den fjerde artikkelen benytter både kvalitativt og kvantitativt datamateriale. Her skulle også spørsmål av typen «hvor mange» besvares, og det ble behov for kvantitative metoder i tillegg (Silverman, 2001). Data er innsamlet i perioden 2003-2017, en periode preget av store rusmiddelpolitiske endringer.

Avhandlingen består av mange ulike typer data. Hovedvekten ligger på dokumenter og kvalitative intervjuer. Første del av datainnsamlingen ble gjort gjennom prosjektet med evaluering av «Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum», som ble gjennomført i perioden 2003-2006. Artikkel 1 bygger på data fra dette prosjektet, i tillegg til et nyhetssøk fra 2015. Andre del av datainnsamlingen ble gjort i prosjektet «Evaluering av sprøyterom» som ble gjennomført i to perioder, 2005-2007 og i 2009. Artikkel 3 og 4 bygger

på data fra disse evalueringene. Alle disse prosjektene ble gjennomført ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Tredje del av datainnsamlingen ble utført i 2015-2016 ved Tyrilistiftelsen, der jeg fikk innblikk i hvordan private rusbehandlingsaktører orienterer seg innenfor et offentlig anbudssystem. Artikkel 2 om statlig styring av rusfeltet benytter data som ble innsamlet utelukkende for å besvare denne artikkelens problemstillinger. Kapittelet legges opp på den måten at det tas utgangspunkt i de ulike forskningsmetodene, så redegjøres det for hvilke av artiklene som har benyttet den aktuelle metoden og på hvilken måte. Til sist kommer en diskusjon om metodetriangulering, som er denne avhandlingens viktigste styrke. Tabell 1 gir en samlet oversikt over alle data og metoder som er benyttet i avhandlingen.

Tabell 1. Oversikt over datakilder og metoder

Datakilder	Metoder
ARTIKKEL 1	
Avisartikler, 1993–2015.	Søk i nyhetsarkivet Retriever. Søkeord: «Oslo» og «rusmiljø». 125 treff, 37 relevante.
Intervjudata med lederen for politiet ved Grønland politistasjon 2003 og 2005.	2 personlige kvalitative dybdeintervjuer. Ca. 2 timer hver.
Feltnotater, 2003–2004.	Feltarbeid i Plata-området sammen med politiet. 40 timer, 2003-2004.
Feltarbeid i form av systematiske tellinger av antall personer på i russcenen, politi synlig til stede, og om det forgikk åpenlys injisering, 2004–2005.	Besøk i russcenene Plata og Skippergata, man-fre mellom 15:00–16:00, første uken i hver mnd. 16 mnd. periode, sept. 2004 – des. 2005.
Offentlige tiltaksplaner for åpne rusmiljøer i Oslo, utarbeidet i samarbeid mellom politiet og Oslo kommune, for årene 2003–2005 og 2012–2015.	Dokumentanalyse. Dokumentene ble hentet fra nettsidene til politiet og Oslo kommune, samt tilsendt på forespørsel fra Oslo kommune.
ARTIKKEL 2	
Offentlige anbudsdokumenter, anskaffelse TSB 2011/2012 Helse Sør-Øst. Sentrale grunnlagsdokumenter for behandlingskollektivene, nettbaserte på hjemmesider etc.	Dokumentanalyse.
Intervjudata fra nøkkelpersoner ved behandlingskollektivene.	Dokumentanalyse. 4 personlige kvalitative intervjuer, ca. 1,5 timer
ARTIKKEL 3	
Intervjudata av fokusgruppeintervjuer ved Oslo kommunes lavterskelinstitusjoner. Høringsdokumenter fra brukerorganisasjoner på rusfeltet angående sprøyteromsloven.	4 fokusgruppeintervjuer med beboere om inntakskriterier for sprøyterom. Analyse av dokumentene.
ARTIKKEL 4	
Grunnlagsdokumenter for åpning og videreføring av sprøyteromsordningen.	Dokumentanalyse.
Intervjudata.	2 fokusgruppeintervjuer med ansatte og brukere i sprøyterom.
Tallmateriale. Feltnotater.	Registrerte data om brukerne av sprøyterommet og deres bruk av tjenestene. Feltnotater.

4.1 Dokumentanalyse

Kvalitativ dokumentanalyse benyttes i alle fire artiklene. Mange ulike typer av dokumenter er analysert, både avisartikler, offentlige anbudsdokumenter, vedtekter og andre grunnlagspapirer for behandlingskollektiv, offentlige høringsuttalelser, samt offentlige tiltaksplaner for å bekjempe rusmiljøene i Oslo. Det finnes ulike tekstanalytiske metoder. Det er hovedsakelig kvalitativ innholdsanalyse, eller idéanalyse, som er benyttet i denne avhandlingen. Tekstene analyseres innenfor et konstruktivistisk perspektiv. Dette innebærer at jeg har vært på jakt etter ideene, og at kontekstualisering og tolkning av tekstene har stått sentralt (Bratberg, 2014; Justesen & Mik-Meyer, 2012). Som et supplement benyttes også retorisk analyse, der retorikk og argumentasjon analyseres. Her er det ordbruk og talemåter som står sentralt, og hvordan disse benyttes for å argumentere for bestemte ideer eller overbevise leserne (Bratberg, 2014). Dokumentanalyse innbefatter også tekstanalyse av avisartikler.

I artikkel 1 benyttes dokumentanalyse i form av en tekstanalyse av avisartikler, i kombinasjon med en retorisk analyse. Fremgangsmåten tilsvarende den som Bogren (2011) benyttet i sin analyse av kjønn og alkohol i svenske medier, der hun gjorde søk i nyhetsarkiv for å finne relevant avisartikler for analyse. Den norske nyhetsdatabasen Retriever ble benyttet med søkeordene «Oslo» og «rusmiljø», for perioden 1993-2015. Søket ga 125 treff, og 118 av disse kom fra avisene Aftenposten og Dagbladet (93 i Aftenposten og 25 i Dagbladet). Disse avisene ble derfor valgt. Artiklene ble kategorisert etter årstall og gjennomlest for å finne utsagn fra politiet om deres arbeid i rusmiljøet i Oslo. Totalt 38 artikler viste seg å inneholde relevant informasjon, og disse inngikk i datagrunnlaget. Disse 38 artiklene ble gjenstand for en retorisk analyse, der politiets varierende argumenter for arbeidsstrategier i russcenen ble kategorisert. Argumentene ble tolket etter idealtipe-metoden, der man rendyrker karakteristiske kjennetegn ved tilfellene (Halvorsen, 2008). Idealtypene som utgjorde kategoriene var «adaptive» politiresponser og «punitiv» politiresponser.

Dokumentene som analyseres i artikkel 2 om totalavhold er offentlige dokumenter fra en anbudsporsess. Anbudsdokumentene fra 2011 inkluderer konkurransegrunnlaget fra Helse Sør-Øst. I tillegg ble tilbudene fra fire behandlingskollektivene analysert, samt de endelige ytelsesavtalene som fremkom etter forhandlinger mellom partene. I *konkurransegrunnlaget* beskriver Helse Sør-Øst hvilke tjenester de vil kjøpe for å dekke behovet i pasientgruppen. Ledelsen/styret ved kollektivene beskriver så i sine *tilbud* hvordan deres tjenester kan dekke disse behovene, og helseforetaket kan forhandle på dette tilbudet slik at de kommer frem til en endelig *ytelsesavtale* (YA). Dokumentene er sentrale for kollektivenes eksistens fordi de avgjør hvorvidt de får finansiering. Anbudsdokumentene ble levert fra Helse Sør-Øst. Dokumentene er offentlige, men informasjon om prising av tjenestene er unntatt offentlighet, og var dermed fjernet.

Dokumentanalysen ble gjort i form av en innholdsanalyse (Justesen & Mik-Meyer, 2012) for å finne beskrivelser av synet på rusavhengighet og målsettinger for rusbehandlingen som gis. Ved hjelp av skrivebordsbasert etnografi (Tjora, 2012) ble hjemmesidene til kollektivene gjennomgått systematisk for å utfylle informasjonen fra anbudsdokumentene. Hjemmesidene inneholdt nærmere beskrivelser av kollektivenes historie og drift, samt uformelle dokumenter om kollektivenes drift. Alle dokumentene og tekstene ble tolket innenfor et konstruktivistisk perspektiv, som innebærer at dokumentenes kontekst er sentral for forståelsen (Hovednak, 2006; Justesen & Mik-Meyer, 2012). Med dette menes for eksempel at anbudsdokumenter ikke kan forstås uten bakgrunnskunnskap om hva rusbehandling er, hvilke typer rusbehandling som finnes, samt kunnskap om ruspasienter.

I den tredje artikkelen er det brukerorganisasjonenes høringsuttalelser som analyseres. Her har retorisk analyse vært et godt verktøy for å avdekke det Bratberg (2014) kaller for overtalende språkbruk. Høringsuttalelser er tekster der forfatterne typisk ønsker å trekke frem argumenter som skal overtale leseren til å forstå saken på en bestemt måte. Det var et bredt

utvalg av høringsinstanser forut for sprøyteromsloven⁵, som gjorde det mulig å åpne slike tiltak, og noen av disse var brukerorganisasjoner. Artikkelen tar utgangspunkt i intervjuer med den antatte målgruppa for sprøyterom, nemlig aktive rusmiddelbrukere uten egen bolig. Det var ikke mulig å finne et representativt utvalg av gruppa, blant annet fordi dette er en skjult populasjon (Adler, 1990), som innebærer en manglende oversikt over målgruppa. Når utvalget som intervjues blir så vidt tilfeldig var det fint å speile intervjufunn mot høringsuttalelser fra brukerorganisasjoner for aktive rusmiddelbrukere. Høringsuttalelsene ble derfor gjennomgått for å finne argumentasjon som omhandlet formål og inntakskriterier for sprøyterom. Dette tilførte flere brukerstemmer til diskusjonen og styrket dataene.

Mens tema for artikkel 3 var brukerorganisasjoners uttalelser om formål og inntakskriterier for sprøyterom, hadde artikkel 4 et bredere fokus. Inkludert i analysen var høringsuttalelser fra brukerorganisasjoner, men også fra politi, relevante departement, Oslo kommune og Riksadvokaten. I tillegg var lovforarbeider gjenstand for analyse. I lovforarbeidene var fokuset på begrunnelser og argumenter bak de ulike bestemmelsene. Tekstanalyse av lovforarbeider kan sies å være en retorisk analyse (Bratberg, 2014) fordi praktisk juridisk virksomhet er argumentativ i seg selv da det fagspråk og den argumentasjonsform jurister benytter er ment å være overbevisende (Bernt, 2009). Begrunnelser og argumenter for sprøyteromslovens bestemmelser fremkom tydelig i lovforarbeidene, og kunne dermed leses direkte uten noen form for analysearbeid.

Fordeler med dokumentanalyse er at metoden fanger informasjon som ikke er direkte observerbar og fordi det foregår et annet sted enn vi selv oppholder oss (Krippendorff, 2018). I denne avhandlingen er historiske perspektiver sentrale, og dokumentanalyse er da den viktigste metoden (Tjora, 2012). Uten skriftlige kilder ville det ikke vært mulig å besvare de

⁵ LOV-2004-07-02-64. Lov om prøveordning for sprøyterom (sprøyteromsloven).

andre problemstillingene i avhandlingen, fordi intervjuer eller tallmateriale alene ville gitt for «smal» informasjon. Analyse av tekst byr generelt på færre muligheter for feiltolkning enn for eksempel deltakende observasjon, men en må likevel være klar over de viktigste fallgruvene. Forfatterne av teksten som har blitt analysert har for eksempel hatt sin egen forståelse og sine egne perspektiver på det som er skrevet, og disse kan feiltolkes under tekstanalysen (Krippendorff, 2018).

4.2 Kvalitative intervjuer

Kvalitative intervjuer benyttes i alle fire artiklene. I to av artiklene (artikkel 1 og 2) benyttes semistrukturerte personlige intervjuer, og i artikkel 3 og 4 benyttes fokusgruppeintervjuer. De fleste intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Transkriberingen var av typen «verbatim transkripsjon» (Poland, 1995), hvor teksten er en direkte gjengivelse av talen på båndopptaket. Intervjumetodene forklares i det følgende, og styrker og svakheter ved bruk av de ulike metodene diskuteres.

Personlige semistrukturerte intervjuer

Semistrukturerte intervjuer med enkeltpersoner, såkalt livsverdensintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009), er intervjuer der en søker å forstå temaer fra den daglige livsverden ut fra informantens egne perspektiver. Slike intervjuer likner ofte på en samtale, selv om intervjueren på forhånd har laget en temaguide med temaer som en skal sørge for å ha fått svar på før intervjuet avsluttes (Guion, Diehl, & McDonald, 2001). Intervjuteknikken som er benyttet i dette avhandlingsarbeidet gikk ut på å holde en samtale gående, og stryke ut temaene i guiden etter hvert som deltakerne var innom dem, samt å spørre oppfølgings spørsmål der de ikke uoppfordret kom inn på de ønskede temaene. I slike intervjuer må intervjueren delta i samtalen, uten selv å overskygge informantens budskap (Neumann & Neumann, 2012). Denne måten å gjennomføre et intervju på faller innenfor en fenomenologisk

forståelsesramme, som innebærer at virkeligheten konstrueres i en refleksiv samhandling mellom intervjuer og informant (Kvale & Brinkmann, 2009; Thomsson, 2002). Det har vært en målsetting å oppnå mest mulig refleksivitet i intervjuene, fordi jeg ikke hadde oversikt over mulige svaralternativer eller i hvilke retninger den viktigste informasjonen om temaet lå. Spørsmålene/temaene måtte derfor være mest mulig åpne og utforskende (Thomsson, 2002).

Löfgren (1996) skiller mellom to typer av kvalitative personlige intervjuer a) med respondenter, der fokuset rettes mot deltakeren selv, og b) med nøkkeldeltakere, der intervjupersonen har noe å bidra med som nøkkelperson, for eksempel i en organisasjon. Kvalitative intervjuer med begge disse typene av deltakere er benyttet; intervju med respondent i artikkel 1 og intervju med nøkkelpersoner i artikkel 2.

I artikkel 1 ble den sentrale politilederen med ansvar for åpne rusmiljøer dybdeintervjuet to ganger i forbindelse med en større evaluering av «Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene» (Olsen & Skretting, 2006). Intervjuene ble gjennomført på hans kontor ved Grønland politistasjon, og varte omtrent to timer begge gangene. Disse intervjuene kan karakteriseres som eliteintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009), og slike intervjuer har særlige utfordringer. Blant annet kan en bli belært av deltakeren og vedkommende kan benytte intervjusituasjonen til å dominere intervjuet og fremføre sin agenda (Thomsson, 2002). Begge intervjuene med politilederen hadde slike partier i første del av intervjuet, men ved å la deltakeren prate seg varm først fikk jeg mulighet til å få mer refleksivitet i intervjusituasjonen i siste del av intervjuet. Jeg forsøkte også gjennom spørsmål og kommentarer å fremheve at jeg hadde mye kunnskap om temaet, og ikke ønsket hans formidling av innøvde budskap. Denne fremgangsmåten likner på det Kvale og Brinkmann (2009) kaller for en konfronterende intervjustil. Samme type intervjuer med samme tema ble gjennomført med Oslo kommune, Kirkens Bymisjon og Frelsesarmeen i samme prosjekt. Disse var ikke relevante for den aktuelle

artikkelen da det var politiets rolle i sentrumsarbeidet som var fokus. Samtidig ble informasjon fra disse intervjuene benyttet konfronterende i intervjuene med politilederen, for å få frem fylldigere og bedre informasjon i disse intervjuene.

Politilederen ønsket ikke at båndopptaker ble benyttet, så intervjuene ble notert ned for hånd i intervjusituasjonen. Båndopptaker er å foretrekke for å få med mest mulig nøyaktige utsagn (Patton, 2002). Andre mener metodikkene har hver sine fordeler og ulemper, og at forhold knyttet til tema, deltaker og intervjuer avgjør hvilke tilfeller som egner seg best for båndopptaker eller håndskrevne notater (f.eks. Clausen, 2012; Trost, 2010). I politiintervjuene hadde jeg imidlertid ikke noe valg og måtte ty til manuell nedskrivning. Slik Patton (2002) anbefaler stoppet jeg samtalen og ba om gjentakelse eller bekreftelse når jeg var usikker på om sentrale utsagn var riktig nedskrevet.

Kvalitative semistrukturerte intervjuer ble også benyttet i artikkel 2, men her med nøkkeldeltakere. Nøkkeldeltaker benyttes når disse innehar sentral kunnskap, for eksempel om utviklingen i en organisasjon, i motsetning til informantintervju der oppmerksomheten rettes mot personen selv (Löfgren, 1996). Hvert av de fire kollektivene fikk selv velge sine nøkkelinformanter, en såkalt «strategisk utvelging» av informanter (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010) og dataene består dermed av fire kvalitative dybdeintervjuer. Kollektivene ble bedt om å velge den personen som best kunne redegjøre for kollektivets historie og begrunnelse for behandlingsstrategi. Fossumkollektivet og Tyrilistiftelsen valgte terapeuter som hadde jobbet lenge som behandlere, to stykker i Fossumkollektivet og en i Tyrilistiftelsen. På Sollia og Arken var det en representant for ledelsen som ble intervjuet. Nøkkelpersonene hadde god og detaljert oversikt over kollektivets historie og valg av ideologisk grunnlag.

Intervjuene varte i om lag halvannen time og ble tatt opp på bånd. Kvalitative intervjuer ble valgt som metode for å kontekstualisere tekstene som hadde blitt analysert og sette dem inn

i en større sammenheng, og for å forstå hvorfor målsettingene i dokumentene var utformet som de var. Informantene fikk selv velge sted for intervju, og dette medførte at tre av fire ble intervjuet på et møterom ved sin egen institusjon. Valg av sted for intervju kan påvirke dataenes kvalitet (Trost, 2010). Å bli intervjuet ved sin egen arbeidsplass kan medføre trygghet i intervjusituasjonen, samtidig som det kan være vanskeligere å si noe ufordelaktig om stedet en jobber. Den fjerde informant ble intervjuet på en café. utfordringer ved å intervju på café er at en utsettes for forstyrrelser og at andre kan høre hva en sier (Trost, 2010), samtidig som det kan være lettere å si kritiske ting om arbeidsplassen.

Fokusgruppeintervjuer

Fokusgruppeintervju er en form for gruppeintervju der det er den sosiale interaksjonen som produserer data. Fokusgruppene skiller seg fra vanlige gruppeintervjuer ved at de er mindre styrt av intervjueren. Det er få tema som diskuteres, og målet er å få frem ulike synspunkter heller enn klare standpunkt for eller mot noe (Krueger & Casey, 2014; Kvale & Brinkmann, 2009). Data produseres på gruppenivå, og det er et mål at deltakernes sammenlikninger av erfaringer og forståelser gjennom gruppeprosessen vil produsere flere nyanser enn om en gjorde personlige intervjuer med hver av deltakerne (Halkier, 2012).

Halkier (2012) skisserer tre typer fokusgrupper, en løs modell med få og åpne startspørsmål, en stram modell med flere og stramme spørsmål, samt en traktmodell der man begynner åpent og avslutter spesifikt. En moderator er en fasilitator som styrer samtalen, og moderatorens involvering i samtalen kommer an på hvilken fokusgruppemodell en velger. Moderatoren skal sørge for at alle kommer til ordet ved å dempe dominerende deltakere og invitere inn reserverte deltakere, føre samtalen videre og sørge for at alle tema blir diskutert. Fokusgruppeintervjuene i denne avhandlingen ble gjennomført med 5-8 deltakere i hver gruppe, noe som ofte er anbefalt (Krueger & Casey, 2014; Trost, 2010). Gruppene fungerte

ofte best med 5-6 deltakere, selv om gruppens funksjon også var avhengig av typen mennesker som deltok, om det var folk med mange meninger eller mer stillferdige deltakere med korte svar.

Alle fokusgruppeintervjuene varte i én klokke time og ble tatt opp på bånd, for så å bli transkribert for videre analyse. Agar og MacDonald (1995) har utarbeidet en modell for fokusgruppeintervjuer som gjør intervjuprosessen mer antropologisk enn ellers, og denne modellen likner på fremgangsmåten som er benyttet i denne avhandlingen. Målet med antropologiske fokusgrupper er å finne frem til en kulturell konsensus innenfor en gruppe med aktive rusmiddelbrukere (Agar & MacDonald, 1995). Med dette menes at kontroversielle påstander kan modereres og valideres av andre medlemmer i den samme sosiokulturelle settingen som deltar i fokusgruppene (Page & Singer, 2017).

I artikkel 3 ble fokusgruppeintervjuer benyttet for å finne ut hvordan aktive injeksjonsbrukere oppfattet målsettinger samt inntakskriterier for sprøyterom. I disse intervjuene ble en åpen intervjumodell med få spørsmål benyttet (Halkier, 2012), der jeg som moderator holdt meg i bakgrunnen så lenge diskusjonen hadde fokus på de tema jeg ønsket. Intervjuene ble gjennomført i ledige rom i de respektive institusjonene få dager etter at sprøyterommet i Oslo ble åpnet i 2005. Deltakerne var 18 beboere ved to av Oslo kommunes lavterskelinstitusjoner. Det var 5-7 deltakere i til sammen fire fokusgruppe-intervjuer, to ved hver institusjon. Deltakere ble rekruttert ved at ansatte hang opp informasjon om prosjektet med forespørsel om deltakelse, og noterte hvem som ønsket å delta.

Tillitt mellom folk kan være mangelvare i rusmiljøer (Johansen, 2002), og dette kunne tilsi at gruppene ikke ville fungere fordi deltakerne manglet tryggheten som skal til for å snakke åpent under intervjuet. Samtidig er det et mål at gruppen bør preges av homogenitet, fordi erfaringer viser at åpenheten i gruppen påvirkes negativt dersom deltakerne er for ulike (Krueger & Casey, 2014). Disse fokusgruppeintervjuene (artikkel 3) fungerte imidlertid fint,

og de fremstod som «antropologiske fokusgrupper» (Agar & MacDonald, 1995), der deltakerne sammen kom frem til en «kulturell konsensus» angående forventningene til sprøyterommet. De aller fleste deltakerne deltok aktivt i diskusjonene og hadde mange meninger om temaene som ble diskutert, og gruppene fungerte slik sett likt fokusgrupper med deltakere utenfor rusmiljøene.

I noen av disse intervjuene var det enkeltpersoner som duppet av i deler av intervjuet, mens de deltok aktivt i andre deler. Det fremgikk av innspillene de kom med at de også hadde hørt etter mens de duppet av, og de kastet seg inn i diskusjonene hver gang de var uenige eller ville tilføye noe. I samråd med ansatte ved institusjonene ble vi enige om å ta med en ansatt i intervjuene, blant annet for å passe på hvis noen duppet av. Dette viste seg som en god løsning fordi noen hadde brennende sigaretter i hendene som kunne gitt dem skader. Som moderator i fokusgruppene hadde jeg ikke kapasitet til å følge med på slike forhold samtidig som jeg skulle følge samtalen. En ulempe ved å ta med ansatte i intervjuene kunne være at deltakerne ble mindre frie i diskusjonen. Det er usikkert om denne effekten gjorde seg gjeldende, men temaene som ble diskutert var generelle og handlet om forhold utenfor institusjonen deltakerne bodde på. Forholdene tatt i betraktning mener jeg å ha landet på gode praktiske løsninger for disse fokusgruppeintervjuene.

I artikkel 4 ble det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer, to med ansatte i sprøyterom og ett med brukere av tiltaket. Det var 5-8 deltakere i hvert intervju, og de varte i cirka en time. Intervjuene ble gjennomført i et møterom bak selve sprøyterommet. Denne datainnsamlingen var del av en oppfølgende evaluering av sprøyterom i Oslo, etter at sprøyterommet hadde fått nye lokaler. Første evaluering hadde avdekket at lokalene den gang var uegnede, blant annet sikkerhetsmessig og kapasitetsmessig, og formålet med intervjuene var derfor å finne ut hvorvidt nye lokaler hadde bedret forholdene for ansatte og brukere (Skretting og Olsen, 2009).

Alle ansatte i sprøyterommet deltok i de to fokusgruppeintervjuene. Brukerne som deltok ble rekruttert ved at jeg hengte opp en lapp inne i sprøyterommet der jeg ba interesserte om å melde fra til personale slik at de kunne skrive ned fornavnet sitt. På lappen sto det at tema for fokusgruppene skulle være sprøyterommets lokaler og funksjon, og at de som hadde meninger om temaet kunne melde seg for deltakelse.

I fokusgruppene med sprøyterommets brukere var ingen ansatte til stede, da det kunne ha hemmet fri diskusjon om synspunkter på sprøyterommets funksjon. Ironisk nok var det heller ikke nødvendig, slik som ved lavterskelinstitusjonene, å ha noen som kunne vekke dem som duppet av. Det var ingen som duppet av i sprøyteromsintervjuene. Å få lov til å si sin mening om sprøyterommet så ut til å skape stort engasjement, og alle deltakerne var våkne og ivrige. Også disse fokusgruppene kan sees som antropologiske fokusgrupper (Agar & MacDonald, 1995) fordi deltakerne kommer fra samme sosiokulturelle setting (bruker av sprøyterom) og målet var en slags kulturell konsensus om sprøyterommets funksjon for brukerne. Hvorfor engasjementet i fokusgruppene var større i sprøyterom enn i lavterskelinstitusjonene er vanskelig å vite, men en forklaring kan være at jeg intervjuet mennesker med ulikt «sprøyteromsengasjement». I lavterskelinstitusjonene deltok den antatte målgruppa for sprøyterom, mens i sprøyteromsevalueringen ble faktiske brukere av sprøyterommet intervjuet.

Styrker og svakheter ved kvalitative intervjuer

Kvalitative intervjuer er benyttet i alle de fire artiklene, og er dermed en sentral metode i avhandlingen. Fordelen med å benytte kvalitative intervjuer er at informantene på en rask måte kan huske og oppsummere observasjoner som forskeren selv hadde brukt lang tid på å avdekke gjennom deltakende observasjon, dersom feltet i det hele tatt var tilgjengelig for forskeren (Seale, 1999). Det illegale rusmiddelfeltet er i så måte lite tilgjengelig for observasjon for utenforstående, selv om det finnes eksempler på god forskning direkte fra feltet.

Videre er kvalitative intervjuer nyttige når problemstillingene er sammensatte og har et mangfold av potensielle svar, eller dersom svaralternativene ikke er kjent på forhånd (Malterud, 2003). Problemstillingene i denne avhandlingen krevde derfor kvalitative metoder. Kvalitative intervjumetoder er særlig velegnet for fenomener som er i rask endring slik narkotikafeltet er (Wiebel, 1990), fordi en ikke kan vite hvilke konkrete spørsmål som vil gi best svar. En fordel ved å benytte fokusgrupper foran individuelle intervjuer er at de er kostnadseffektive. En kan samle inn store mengder informasjon på kort tid med få ressurser. Det er imidlertid en forutsetning at moderatoren er genuint interessert i temaet som diskuteres, og at vedkommende er i stand til å oppnå en viss grad av tillitt blant de som intervjues (Page & Singer, 2017).

De kvalitative metodene som ble benyttet i denne avhandlingen har også svakheter. Det er for eksempel et ideal at forskeren selv har kontroll over rekrutteringsprosessen i kvalitative intervjuer (Krueger & Casey, 2014), men det har ikke alltid vært mulig i intervjuene i denne avhandlingen. I fokusgruppeintervjuene med beboere i lavterskelinstitusjoner (artikkel 3) var institusjonen beboernes hjem, og etiske hensyn tilsa at en utenforstående forsker ikke burde gå rundt å banke på dørene til folk. Det ville heller ikke nødvendigvis være trygt, da det er mye aggresjon og konflikter blant beboere i disse institusjonene. Løsningen ble derfor å be de ansatte hjelpe til i rekrutteringsprosessen. Også fokusgruppeintervjuene i artikkel 4 har denne svakheten, da ansatte ble benyttet som mellomledd i rekrutteringsprosessen, og jeg måtte ta imot de deltakerne jeg fikk.

En annen svakhet ved det kvalitative intervjumaterialet gjelder artikkel 1 og artikkel 2, der intervjumaterialet er tynt. Intervjudataene i artikkel 1 bygger på to intervjuer, mens artikkel 2 bygger på fire intervjuer. Når intervjuene er få, hevder f.eks. Wadel & Wadel (2007) at en bør kombinere med andre metoder. Både artikkel 1 og artikkel 2 benytter derfor i tillegg dokumentanalyse for å gi mer bredde og kontekst til dataene.

4.3 Feltarbeid

Jeg benyttet feltarbeid i artikkel 1 og 4. Å delta i feltet en skal utforske kalles ofte for etnografisk feltarbeid, noe som innbefatter metoder som deltakende observasjon, feltsamtaler/intervjuer og bruk av skriftlige kilder (Burgess, 2002; Finstad, 2003). Valget på feltarbeid falt naturlig både i russcene-prosjektet og i sprøyterom, fordi vi som deltok i prosjektet manglet kunnskap om feltet vi skulle inn i, samt kontekstuell kunnskap for å forstå intervjudata og dokumenter som skulle analyseres. Et hovedmål med russcene-prosjektet var å finne ut hvorvidt tiltakene som ble satt i verk reduserte russcenen i omfang, og en god måte å finne ut av dette på var ved å observere det selv.

I artikkel 1 benyttes deltakende observasjon og feltsamtaler. Selv om jeg hadde oversikt over skriftlig materiale om politiets arbeid i russcenene, registrert kriminalitet i og rundt russcenene og deltok i ulike samarbeidsmøter mellom kommune og politi, var ikke dette tilstrekkelig til å «gripe» politiets arbeidsmåter og forståelser omkring russcene-problematikken. Jeg fikk derfor delta i politiets patruljering rundt Plata omkring 40 timer i perioden 2003-2004. Jeg fikk delta på vanlige vakter sammen med politiet, der jeg fikk bli med i alt de foretok seg. Observasjonene foregikk ved bil- og fotpatrulje fredags og lørdags kveld/natt da det var mange folk i Oslo sentrum og politiet hadde mye å gjøre. Det er ellers kjent fra politiforskning at ordenstjeneste innebærer mye venting på at noe skal skje (Finstad, 2003).

Den andre delen av feltarbeid i denne studien var observasjon i de åpne russcenene Plata og Skippergata i perioden oktober 2003 til desember 2005. Her foretok jeg systematiske tellinger av antall personer i russcenen, mandag-fredag den første uka hver måned mellom klokken 1500 og 1600. I tillegg til å telle hoder noterte jeg hvorvidt politi eller hjelpeapparat var synlig til stede, og om det ellers var noe spesielt å observere, for eksempel mye aggresjon eller åpenlys injisering.

Feltarbeid i artikkel 4 i bestod av deltakende observasjon og feltsamtaler med ansatte og brukere av sprøyterommet. Valget av observasjon som metode i dette prosjektet falt naturlig fordi dette var et helt nytt og utforsket tiltak i Norge, og det eksisterte lite kunnskap om hvordan det ville fungere i praksis. Observasjonene skjedde over en lengre periode (2005-2009) der jeg var til stede i sprøyterommets lokaler i ulike perioder, flere timer av gangen, men samlet antall timer observasjon ble dessverre ikke notert. Feltsamtaler er uformelle samtaler mellom forsker og informant som kommer i stand mer eller mindre spontant og naturlig. Samtalene er som regel ikke avtalt på forhånd, men kan ta utgangspunkt i samhandling forskeren har observert (Wadel, 2014, s. 218). En forsker som oppholder seg i et felt over tid vil få mye faglig interessant informasjon gjennom ikke-avtalte, ustruktureerte samtaler med de som befinner seg i miljøet der feltarbeidet foregår (Buvik, Skatvedt & Baklien, 2020).

Metodelitteraturen har mange og varierende anbefalinger om hvordan feltnotater bør skrives (f.eks. Page et al., 2012). Mine feltdagbøker ble til ved at jeg hadde med penn og en liten blokk hvor jeg noterte stikkord underveis i observasjonen, mens fyldigere feltnotater ble skrevet umiddelbart etterpå. Metoden tilsvarende den som Finstad (2003) beskriver i sin studie av politiet. Både hos politiet og i sprøyterom skjer det mye som krever at forskeren samhandler og samtaler med de andre som er tilstede, noe som gir mindre rom for skriftliggjøring i situasjonen. Det var desto viktigere å sette av god tid til utfyllende feltnotater umiddelbart etter observasjon, og til å reflektere over hvordan observasjonsøkten hadde vært.

Refleksjon er en viktig del av feltarbeid, og forskerens inntrykk og følelser kan også regnes som data (Patton, 2002). Refleksjonsnotatene ble derfor også skrevet etter observasjonsøktene. Både i feltarbeid med politiet (artikkel 1) og observasjon i sprøyterom (artikkel 2) skrev jeg ned feltsamtaler. Dette skjedde når det kom opp temaer til diskusjon som var av interesse for datainnsamlingen eller det skjedde ting jeg ønsket forklart. Da innledet jeg

samtaler som jeg ofte skrev ned direkte i situasjonen, eller umiddelbart etter dersom situasjonen ikke innbydde til å ta frem notatblokkene der og da.

I deltakende observasjon studerer en sosial praksis i sin naturlige sammenheng. Forskeren er til stede og observerer deltakerne for å forsøke å forstå hvorfor folk handler som de gjør. Ved å delta posisjonerer en seg innenfor en fortolkende tradisjon (Fangen, 2010). Forskeren er samtidig medproduserende i alle faser av prosjektet fordi kunnskapen fremkommer gjennom møtet mellom forskeren og den utforskede (Løkken, 2012). Graden av forskerinvolvering i det som skjer kan variere innenfor samme studie og/eller samme observasjonsøkt (Burgess, 2002; Patton, 2002). Hvor deltakende jeg var i observasjonsstudiene som er beskrevet her varierte med flere faktorer. I politistudien (artikkel 1) var grad av forskerinvolvering blant annet avhengig av type oppdrag og hvor inviterende de aktuelle politifolkene på vakt var. Da jeg gjorde observasjonene hadde jeg arbeidet med russcenesprosjektet en tid, og hadde sittet i mange møter sammen med politi og andre samarbeidspartnere der politiets arbeidsmåter hadde blitt diskutert. Jeg visste derfor hva som var «standard» betjentene skulle arbeide etter i sitt møte med rusmiljøene. Jeg var ute etter å se hvordan de etterlevde denne standarden, hvilke forståelser de hadde av situasjonene og hvilke forklaringer de hadde på ulike handlingsmåter. Denne førforståelsen var også påvirket av min bakgrunn som miljøterapeut ved behandlingsklinikker for rusavhengige, der jeg stort sett fikk negative fremstillinger av politiets fremferd. Slike tidligere livserfaringer som kan påvirke måten en ser feltet på kalles også for selvbiografisk situering (Neumann & Neumann, 2012).

I feltarbeidet i russcenen var interaksjon med de som oppholdt seg i russcenen begrenset til å svare nei på alle tilbud om å kjøpe ulike stoffer, og forklare hvorfor jeg var der når jeg ikke ville kjøpe stoffer. Årsaken til en såpass begrenset interaksjon med observasjonssubjektene var at selve kjøp/salg situasjonen i en illegal økonomi er spent, og forutsetter en viss tillitt mellom de som samhandler. Jeg oppfattet ikke at situasjonen innbydde

til å utvide samtaletemaer og bruke lengre tid i russcenen enn jeg faktisk gjorde ettersom det kunne skapt aggresjon. Annen forskning i russcener bekrefter at tålmodighet og tilbakeholdenhet med selv å ta kontakt kan være gode strategier for å unngå at forskeren havner i risikofylte situasjoner (Page & Singer, 2017).

Ubevisst var jeg nok mer interaktiv i feltarbeidet i russcenen enn jeg har beskrevet så langt. Løkken (2012) vektlegger at selv om observatøren ytre sett er en passiv tilskuer, er vedkommende likevel interaktiv i kroppslig tilstedeværelse og utstråler beskjeder ubevisst ut i verden. Mens jeg gikk gjennom russcenen smilte jeg og snakket høflig med alle som henvendte seg, og det må ha vært tydelig at jeg ikke representerte en trussel for de som holdt på med illegal omsetning eller bruk av rusmidler. At det var mulig for meg å oppsøke russcenen, som talte opp mot 100 personer, alene som forsker uten å føle meg utrygg, handlet også om at jeg hadde kjennskap til væremåter og handlemåter hos folk som bruker illegale rusmidler fra tidligere arbeidsforhold. Slik opparbeidet kunnskap om rusmiljøet bidrar til en kulturell forståelse (Page & Singer, 2017). Jeg var vant til å samtale med både aggressive, psykotiske og abstinente mennesker. Min erfaringsbakgrunn, eller min selvbiografiske situering (Neumann & Neumann, 2012), gjorde sannsynligvis at jeg tolket situasjonen tryggere enn det en person med mindre erfaring fra slike miljøer ville gjort.

Rollen som observerende forsker i sprøyterom var veldig forskjellig fra rollen som observerende forsker hos politiet. En viktig forskjell var at jeg av ble ansett som en utenforstående når jeg gikk patrulje sammen med uniformert politi, mens brukerne i sprøyterommet oppfattet meg som ansatt i sprøyterom. Disse to posisjonene gir ulike innfallsvinkler. I sprøyterommet hadde jeg svært gode muligheter for interaksjon med ansatte og brukere. Den posisjonen en får som forsker i forhold til de som utforskes vil ha innvirkning på hvilken informasjon en får (f.eks. Alvesson & Sköldbberg, 1994; Page & Singer, 2017;

Silverman, 2001). Kanskje fikk jeg mer åpenhet og engasjement i mine samtaler med sprøyterommets brukere fordi de trodde jeg var ansatt og ikke forsker.

Inne i injeksjonsrommet var graden av utenfra-observasjon likevel større enn i hvilerommet utenfor, der brukerne satt og slappet av etter injeksjonen. Da jeg var til stede inne i injeksjonsrommet satt jeg bak en disk sammen med de ansatte, der brukerne fikk utdelt det de ba om av injeksjonsutstyr. Jeg hadde direkte utsikt til hver enkelt person som forberedte og injiserte stoffer. Det er likevel ikke snakk om en ren observasjon i denne settingen, men heller en «interaktiv iakttagelse» (Løkken, 2012), der jeg fortolket observasjoner fortløpende og spurte de ansatte spørsmål underveis for å hjelpe med forståelse og fortolkning av det som foregikk. Jeg noterte alle henvendelser brukerne gjorde til personalet inne i injeksjonsrommet, men også der personalet selv oppsøkte brukerne for å veilede dem i injeksjonsteknikk eller liknende. Når det ikke var tid eller mulighet for å spørre direkte om ulike situasjoner underveis skrev jeg spørsmålene ned og fikk dem besvart i etterkant. Det kunne være krevende for de ansatte i et sprøyterom å følge med på hver enkelt bruker dersom det var mange på en gang og noen var sinte, lei seg eller sto i fare for å kunne overdosere heroinet. Som forsker måtte jeg derfor føle meg frem med når det passet å spørre spørsmål og hvilke spørsmål som kunne spørres på direkten inne i injeksjonsrommet.

Deltakerne i et felt vet oftest ikke hva det vil si å bli forsket på, og de vil dermed forsøke å plassere forskeren inn i velkjente roller (Burgess, 2002). Sannsynligvis var min rolle inne i injeksjonsrommet forvirrende for brukerne av rommet, fordi det ikke var noen naturlige roller jeg kunne tre inn i der. Jeg hadde ikke kunnskap om kanyler, årer og injeksjonsteknikk, og ville kommet til kort. I hvilerommet utenfor, når jeg samtalte med brukerne, falt jeg naturlig inn i rollen som miljøarbeider og ansatt.

Det er debatt i fagfeltet om hvor mye vekt forskeren skal legge på seg selv og sin egen posisjon. Atkinson, Coffey & Delamont (2003) mener forskernes egenfokus har blitt for stort,

og fremhever at hovedoppgaven til den etnografiske forskeren fortsatt må være å dokumentere sosiale verdener, samt at det er forskjell på å være selvrefleksiv og selvopptatt. I observasjonsstudier vil graden av deltakelse i situasjonene som observeres variere mellom en ren observatørrolle til en involvert deltaker (Patton, 2002).

Den største fordelen ved deltakende observasjon er at fokuset er på prosesser og kontekst (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Slik kunnskap har vært avgjørende i min studie, der observasjonsdataene har gitt kunnskap som har gjort det lettere å forstå og tolke de andre dataene i prosjektet. Lalanders (2003) refleksjon etter å ha drevet observasjon i Norrköpings heroinmiljø var blant annet at det gav ham muligheten til å utfordre det stereotypiske bildet av rusmiddelbrukeren. Slike refleksjoner gjorde også jeg etter observasjoner i sprøyterommet. Jeg hadde tidligere sett mange rusmiddelbrukere som var påvirket av heroin, men ikke i øyeblikket da injeksjonen ble satt eller snakket med dem umiddelbart etterpå. Jeg hadde for eksempel ikke trodd at det var mulig å føre reflekterte samtaler med de som satte seg i hvilerommet i etterkant av injeksjonene, eller at noen skulle videre på jobb etter besøk i sprøyterommet.

Observasjonsdata fra arbeidet med åpne russcener gjorde at jeg kunne tolke politiets registrerte data om unge i russcenen på en helt annen måte enn dersom jeg manglet slik informasjon. I mediene ble det gitt uttrykk for at det var en sterk økning av unge i russcenen, mens mine observasjoner tilsa at ungdommen som var registrert inn i datasystemene oftest ikke oppholdt seg i rusmiljøet, og heller ikke befattet seg med narkotiske stoffer (Olsen & Skretting, 2006; Sandberg & Pedersen, 2005). Deltakende observasjon kan på denne måten avdekke det Finstad (2003) kaller for «tause områder», som særlig oppstår i systemer der folk handler rutinemessig og selvsagt, for eksempel politiets patruljeringsvirksomhet. Tilsvarende ved observasjon i sprøyterom, der observasjonsdata og feltsamtaler gjorde at jeg kunne gi en forklaring på lav bruksfrekvens i sprøyterommet. Mens kritikerne mente at lav bruksfrekvens betød at brukerne ikke hadde behov for tiltaket viste mine felldata at mange kom til sprøyterom

for å få sosial kontakt med noen de følte seg på bølgelengde med, og de satt gjerne lenge i hvilerommet og snakket med de andre brukerne (Skretting & Olsen, 2009). Også her avdekket det jeg kan kalle et taust område (Finstad, 2003).

En vanlig innvending mot observasjon som metode er Hawthorne-effekten, at det en ser og opplever kan være påvirket av forskerens tilstedeværelse (McCambridge, Witton, & Elbourne, 2014). Smelser (1991) skriver for eksempel at det vanskeligste med å være feltarbeider er å observere atferd uten å påvirke den. I feltarbeidet hos politiet (artikkel 1) kan det for eksempel være at patruljene sa og gjorde andre ting enn de vanligvis gjør fordi de hadde følge av en forsker, og ønsket å fremstille seg og sitt arbeid på en bestemt måte. Finstad (2003) spurte politifolkene hun observerte om de lot seg påvirke av forskerens tilstedeværelse, hvorpå de svarte nei. Hun konkluderte selv med at de nok likevel ønsker å gi et visst bilde av seg selv når de observeres (Finstad, 2003). Den samme innvendingen gjelder for observasjon i sprøyterom (artikkel 4). Her kan det hende at både ansatte og brukere lot seg påvirke av forskerens tilstedeværelse slik at de oppførte seg annerledes enn ellers. Kanskje gjorde ansatte mer grundige adkomstvurderinger av klienter i sprøyterom når forskerne var til stede, for å fremstå mest mulig profesjonelle og flinke. Det forelå på den tiden en kritikk av sprøyterommet som omhandlet ansattes vurdering av klientenes dagsform i forhold til oppgitt injeksjonsdose før de fikk adgang til injeksjonsrommet.

En ren utenfra-observasjon vil sjelden være verken mulig eller formålstjenlig, selv om mange tidligere har forfektet fordeler ved en slik fremgangsmåte (Burgess, 2002). I sprøyterom ville det ikke være praktisk mulig å observere uten å gjøre seg til kjenne. Selv om en slik observatørrolle kunne være mulig for å studere politiets arbeid i russescenen ville det ikke være ønskelig fordi mye viktig informasjon ville gått tapt. For å kunne forstå hva øyet observerer er forskeren avhengig av kontekst. Hva sier de involverte personene? Hvordan forklarer de og

hvorfor gjør de som de gjør? Hva skjedde forut for hendelsen jeg akkurat observerte? All slik omkringliggende informasjon er nødvendig for å kunne tolke og forstå i et feltarbeid.

Denne fremgangsmåten og forståelsen av feltarbeid har koblinger til interaksjonisme, fordi målet er å forstå situasjoner fra feltdeltakernes ståsted, såkalte «interpretative procedures» (Burgess, 2002; Williams, 1981). Organisasjonsetnografi innebærer nettopp at interaksjonen mellom deltakerne og konteksten de opererer innenfor er sentral (Bate, 1997). Sosialantropologien benyttet tidlig interaksjonistiske fremgangsmåter, men det var særlig Blumer, Becker og Hughes som utviklet en sosiologisk form for feltarbeid (Williams, 1981). Også i nyere tid har feltarbeidets fordeler innenfor en interaksjonistisk forskningspraksis blitt fremhevet (Brodkin, 2011; Mik-Meyer & Järvinen, 2005; Tøndel, 2013). Brodkin (2011) viser for eksempel hvordan SLB forskningen styrkes ved å bruke feltarbeid som metode. I en norsk kontekst forsket Tøndel (2013) på forholdet mellom statistikkssystemer og praktisk arbeid i helse- og sosialtjenesten. Gjennom interaksjonistiske nærstudier viser hun hvordan de ansatte gjør tallene organisatorisk relevante ved sin arbeidsplass (Tøndel, 2013).

En viktig fordel med å benytte observasjon i organisasjonsstudier er å få frem hva deltakerne faktisk gjør i gitte situasjoner, fremfor hva de sier eller tror de har gjort i etterkant (Brodkin, 2011). I mine feltarbeid kunne jeg for eksempel observere hvordan politiet håndterte rusmiddelbrukere i russcenen under skiftende styringssignaler, som i noen perioder innebar reaksjon overfor omsetning av små mengder narkotiske stoffer og i andre perioder ikke (artikkel 1). Intervju ville trolig avdekket hva som var den offisielle retningslinjen i øyeblikket, i stedet for faktisk handling ut fra den enkelte politibetjents skjønnsmessige vurdering av situasjonen. «Deep dish analysis» kaller Brodkin (2003) denne fremgangsmåten der en graver under overflaten av et fenomen, for å finne hvordan praksis faktisk er.

4.4 Kvantitative data

De kvantitative dataene i denne avhandlingen består av registrerte data fra sprøyterommet, som ble benyttet i artikkel 4. Til forskjell fra kvalitative data vil kvantitative data ofte ha et større skille mellom datainnsamling og analyse (Alver & Øyen, 1997). Dette skillet var imidlertid ikke så stort i sprøyteromsprosjektet, da formålet med dataene langt på vei var bestemt da vi innhentet disse fra sprøyterommet. Mange av forskningsspørsmålene og kategoriene til tallmaterialet forelå på forhånd, men gjennom analysen kom det også nye til.

Tallmaterialet fra sprøyterommet inneholdt informasjon som ble registrert ved hvert enkelt besøk i sprøyteromslokalene for 43 måneder (2005-2009). Dataene kom i Excel-filer, og disse ble systematisert og omgjort til en SPSS-fil for videre analyse. Det var informasjon om hvor ofte den enkelte bruker besøkte sprøyterommet, størrelsen på oppgitt heroindose, om de ansatte anbefalte deling av oppgitt dose, hvor på kroppen injeksjonen ble satt, om brukeren fikk hjelp av andre brukere til å injisere, injeksjonsveiledning fra ansatte, samt om brukeren fikk helse- og sosialfaglig oppfølging og eventuelt hva dette besto i. Informasjon om alder og kjønn for hver enkelt bruker var også tilgjengelig, slik at jeg kunne sjekke hvordan de ulike variablene varierte med alder og kjønn. I tillegg omfattet analysene mange ulike spørsmål omkring enkeltdoser, snittdoser for enkeltbrukere, samt forhold knyttet til overdoseringer. Tallmaterialet var nyttig for å kunne si noe om den konkrete bruken av sprøyterom og om hvordan enkeltindivider benyttet tiltaket ut fra besøkshyppighet, mengder heroin injisert og hjelpebehov. Tallmaterialet ga imidlertid bare delsvar på problemstillingene i sprøyteromsevalueringene, og metodetriangulering var derfor en forutsetning for å kunne gjennomføre dette prosjektet - noe som diskuteres i det følgende.

4.5 Metodetriangulering

For å besvare problemstillingene i denne avhandlingen har det vært en styrke med bredt datatilfang. Jeg har samlet mye data over mange år gjennom ulike arbeidsoppdrag på rusfeltet,

og har dermed tilegnet meg bred kunnskap på feltet. En kombinasjon av metoder vil ofte styrke en studie (Patton, 2002; Symonds & Gorard, 2010), og i denne avhandlingen fremstår det som en nødvendighet fordi det er en historisk analyse av et komplekst samfunnsfenomen. På et felt som narkotikapolitikk er historien svært viktig for å kunne forstå nåtidige hendelser, og det lange tidsperspektivet gir derfor en dypere forståelse for aktuelle spørsmål enn et kortvarig dykk inn i feltet ville gitt. En kan for eksempel ikke forstå debatten om heroinbehandling i 2019 uten å ha debattene om metadonbehandling på 1990-tallet som bakteppe.

Det varierer hva ulike forfattere legger i termen «metodetriangulering» eller «mixed methods», og definisjonene er ofte komplekse (for en gjennomgang, se Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007). Den grunnleggende målsettingen med metodetriangulering er å kombinere ulike metoder av kvantitative og kvalitativ art for å utjevne begrensningene ved enkeltmetoder (Creswell et al., 2011; Kelle, 2006). Metodetriangulering fremstår dermed som et tredje paradigme innen forskningen, ved siden av kvalitative og kvantitative metoder (Johnson et al., 2007; Symonds & Gorard, 2010). I denne avhandlingen består også metodetrianguleringen av kombinasjoner av ulike kvalitative metoder (Kelle, 2006).

Fordeler ved metode- og datatriangulering er at man kan stille mange ulike spørsmål innen samme studie som utfyller hverandre (Kelle, 2006). Ulike typer av data innen samme prosjekt kan også bidra til å lette tolkning og forståelse av data ved at funn fra noen deler av datamaterialet kan kaste lys over andre (Rossow & Baklien, 2011). Narkotikafeltet er et komplekst felt, og med metodetriangulering kan de ulike metodene bidra til å bekrefte data samt å utdype forståelsen for ulike aspekter ved fenomenet. Hvorvidt metodetriangulering kan være med på å bekrefte data er imidlertid omdiskutert og kommer an på hva man mener med å bekrefte data (Ryen, 2002). I en mer naturalistisk forståelse er spørsmålet hvorvidt kunnskapen er sann eller ikke, og at metodetriangulering kan øke styrken på data (Ryen, 2002). En forståelse som passer bedre på mine data er Seales' (1999) tolkning, som diskuterer hvordan

metodetriangulering med bruk av intervjuer og observasjon kan øke følsomheten for forholdet mellom beretningen i intervjuene og virkeligheten de referer til. Dette forutsetter at intervju kommer etter observasjon i tid. Mange ulike typer av data som beskriver samme fenomen kan også bringe forskeren nærmere situasjonen det forskes på, og dermed gi mer utfyllende og nyansert informasjon (Rossow og Baklien, 2011). Slik avhandlingen har vist er narkotikafeltet ideologisert, og det blir desto viktigere å fremheve nyanser og unngå å bli bastant og sneversynt. På narkotikafeltet finnes det nemlig sjeldent klare svar, det vil være både positive og negative sider ved de fleste tiltak.

I sprøyteromsstudien (artikkel 3 og 4) ble kontekstuell informasjon fra observasjonsdataene benyttet for å kaste lys over dataene fra fokusgruppeintervjuer. For eksempel hadde sprøyteromsansatte i første intervjurunde fortalt om uegnede lokaler uten rømningsvei, som vanskeliggjorde håndteringen av aggressive brukere og bidro til utrygghet og sykemeldinger i personalgruppen. I neste intervjurunde var lokalene nye, og til tross for at langt flere brukere besøkte tiltaket per dag var personalet svært fornøyde med arbeidsforholdene og sykemeldingsprosenten hadde gått ned. Kontekstuell kunnskap fra observasjoner i de ulike lokalitetene bidro til dybde og nyanser i utforskningen av disse temaene i intervjusituasjonen, fordi jeg kunne flette inn flere oppfølgingsspørsmål enn hva som ville vært tilfelle uten kunnskap fra observasjoner. Jeg kunne også bruke tiden i intervjuene effektivt fordi jeg allerede hadde bakgrunnskunnskapen selv.

Dataene i artikkel 1 var i utgangspunktet litt tynne med bare to kvalitative intervjuer. For å styrke dataene gjorde jeg derfor et systematisk nyhetssøk om politiets arbeid i Oslo russcener i 2015, slik at alle politiets medieuttalelser der de begrunner sine strategier i russcenen ble med i datagrunnlaget. Ved at intervjuer og nyhetssøk til sammen dekker en lang tidsperiode styrker denne artikkelen det historisk-sosiologiske perspektivet denne avhandlingen bygger på. Usikkerhet ved kategorisering av nyhetsartiklene ble forsøkt redusert

ved å følge Bogrens (2011) prosedyre, der artikler som var vanskelig å kategorisere ble lagt til siden ved første gjennomlesing og vurdert på nytt.

I sprøyteromsstudien (artikkel 3 og 4) ble for eksempel observasjon benyttet kombinert med intervjuer og registrerte bruksdata. Fenomenet sprøyterom var nytt i Norge og det var en styrke med flest mulig innfallsvinkler for å forstå tiltakets funksjon. En kombinasjon av ulike data ga bedre mulighet for en nyansert fremstilling av sprøyterom, noe som var svært viktig fordi prosjektet var omstridt og meningene polariserte. Fokusgruppeintervjuer ble benyttet i begge disse artiklene, noe som ga oversikt over hvilke ulike meninger om forskjellige aspekter ved sprøyterom som forekom i målgruppa/sprøyteromsbrukere og i personalgruppa.

En viktig kritikk fra sprøyteromsbrukerne i fokusgruppene (artikkel 4) var for eksempel at ventetiden for å komme inn var for lang. Observasjonsdataene bekreftet at dette var noe mange klagde over, ikke bare de få som deltok i intervjuene. Fordelen med å kunne bruke ulike metoder for å utforske samme forskningsspørsmål er at validiteten øker (Symonds & Gorard, 2010). Observasjonen viste også at ventingen medførte konflikter blant brukerne, blant annet fordi mange var abstinente og i dårlig form når de kom til sprøyterommet. Kombinasjonen av ulike data avdekket dermed et dilemma i sprøyteromsordningen. Sprøyterom er et lavterskeltiltak som er ment å hjelpe de som har det vanskeligst, men for dårlig kapasitet gjorde at de som var i dårligst form ofte valgte å gå fremfor å sitte i kø.

Overdoser var et annet viktig tema for sprøyteromsevalueringen. Jeg fikk alle registrerte data om hvert enkelt besøk som hadde endt med overdosering i sprøyterommet, samt fiktive brukernummer slik at jeg kunne spore overdosehistorikken til enkeltpersoner. Det viste seg at relativt få brukere overdoserte, men at det var mange gjengangere. Observasjon ga informasjon om hvordan de ansatte i tiltaket jobbet med gjengangerne for å forsøke å forhindre overdoseringer. Overdoseforebygging var i tillegg tema for fokusgruppeintervjuene med

personalgruppa. Observasjonsdata og intervjudata bidro her til å forklare bruksdataene fra sprøyterommet.

En ulempe ved datatriangulering er at det kan være ressurskrevende, og ikke alle forskere behersker mange ulike metoder (Ryen, 2002). Om det er nok tid og penger kan datamengden bli så omfattende at den blir uoversiktlig. Det kan bli for mange ulike data som skal pusles sammen til ett bilde, og det er ikke sikkert at ulike datatilfang gir like svar på samme spørsmål. En svakhet ved å ha så mange ulike datakilder fra flere ulike prosjekter er at det kan by på utfordringer å systematisere og velge ut det som er relevant for problemstillingene en ønsker å besvare. Det er også en fare for at de enkelte data beskrives og bearbeides for dårlig, fordi en raskt går videre til nye data i stedet for å gå i dybden på data en allerede har foran seg.

Metodetriangulering har altså flest fordeler, og har blitt en foretrukket fremgangsmåte i samfunnsvitenskapelig forskning. En kritikk mot metodetriangulering går imidlertid på at den kvalitative og den kvantitative retningen sementeres i stedet for at forskeren frigjør seg fra denne todelte posisjoneringen (Symonds & Gorard, 2010). Den ultimate metode-trianguleringen foregår i stedet når elementer i forskningsprosessen brukes til å konstruere, transformere og influere hverandre gjennom hele forskningsprosessen (Symonds & Gorard, 2010).

4.6 Koding og analyse

Hvordan en koder og analyserer data er ikke bare et spørsmål om teknikk, men også om hvilken analytisk tilnærming en har til dataene (Denzin & Lincoln, 2000). Det finnes derfor ulike meninger om hvordan kvalitativ forskning skal forstås og hvorvidt kvalitative metoder må ha det kvantitative paradigmet som en ledetråd. I stedet for at de ulike metodologiske paradigmene konkurrerer med hverandre er trenden i dag å fokusere på hvordan de utfyller hverandre (Lincoln, Lynham, & Guba, 2011).

Mine arbeider er plassert innenfor en tolkende, reflektiv tradisjon, der forskeren «medproduserer» data (Neumann & Neumann, 2012; Pope, Ziebland, & Mays, 2000). Skillet mellom datainnsamling og analyse er derfor ikke så absolutt, fordi det foregår analysearbeid gjennom hele prosessen helt fra utarbeidelse av intervjuguide og frem til ferdig tekst. Målet i mine undersøkelser har hele tiden vært å forstå hvordan den/de jeg intervjuer eller observerer opplever og konstruerer sin egen virkelighet. Denne posisjonen innebærer at min egen verdibaserte kunnskap om temaene jeg har undersøkt danner grunnlag for forståelser og fortolkninger jeg gjør (Greene, 2000). En slik fremgangsmåte der en i stedet for å utgå fra formaliserte prosedyrer benytter fleksible metoder har utspring i grounded theory (Charmaz, 2000). Mine studier faller innenfor en konstruktivistisk form for grounded theory, som tar utgangspunkt i de studertes egne opplevelser, og der koding og kategorier fremkommer underveis i prosjektene (Charmaz, 2000).

Analyse av kvalitative data handler oftest om å systematisere materialet i begreper, kategorier og typologier (Pope et al., 2000). Målet med analysen er å få frem forskningsprosjektets fortelling ved å fortolke og formidle fremmede verdener til andre (Løkken, 2012). Fortolkning og analyse av data innebærer derfor forskermakt der man definerer andres virkelighet, ofte på andre måter enn de selv ville gjort (Jacobsen & Kristiansen, 2001). Hvordan en koder og analyserer empiriske data er derfor viktig å beskrive, slik at andre kan bedømme arbeidet som er gjort.

Intervjudataene i denne avhandlingen er analysert ved hjelp av «meningskoding», til forskjell fra koding med fokus på språk (Kvale & Brinkmann, 2009). De ulike intervjuene er likevel kodet på forskjellig måte. I artikkel 2 om rusbehandling var kodingen tilnærmet deduktiv og begrepsstyrt, ved at kategoriene fulgte hovedspørsmålskategoriene i intervjuguiden og var fastsatt på forhånd. Denne fremgangsmåten passet godt i prosjektet fordi jeg hadde en viss oversikt over svaralternativene på forhånd, slik Burnard (2008) anbefaler.

I artikkel 1, 3 og 4 ble kodene utviklet underveis etter som dataene ble gjennomarbeidet, en såkalt induktiv datastyrt koding (Burnard et al., 2008; Kvale & Brinkmann, 2009). Disse tre artiklene ble skrevet ut fra større evalueringsprosjekter der datamengden var stor og hele prosjektene hadde induktiv innretning.

I de tre artiklene hvor induktiv datastyrt koding ble benyttet (artikkel 1, 3 og 4) var fremgangsmåten en analyseprosess som kan inndeles i «tidlig analyse» og «senere analyse» av intervjumaterialet (Løkken, 2012). Tidlig analyse innebærer at foreløpige koder ble utviklet underveis i intervjuprosessen. Ved første gangs gjennomlesing av de transkriberte intervjuene ble de kodet ut fra de foreløpige kodene. I den senere analysen ble kodene vurdert på nytt og underkoder og underkategorier kom til etter hvert som nye tema ble synlige i datamaterialet.

Intervjuene i artikkel 2 ble transkribert og kodet i analyseprogrammet NVivo. I NVivo er kodene frakoblet teksten, samtidig som kodene er knyttet til det underliggende datamaterialet. Kodene kan dermed dobbeltsjekkes, og en kan omkode underveis i dataanalysen. Kodingen foregikk ved gjennomlesning av transkribert tekst der relevant tekst ble merket og kategorisert i mapper som hadde kodenens navn. Hver av disse mappene fikk undermapper med navnene på de fire kollektivene, slik at det ble oversiktlig å finne ut av hvilket ideologisk grunnlag hvert av kollektivene er tuftet på, hvordan behandlingstilbudet er utformet, og hvordan de har arbeidet i anbudsprosessene.

Behandlingskollektivene valgte selv nøkkeldeltakere til intervjuene som kunne redegjøre for kollektivenes bakgrunnshistorie og ideologiske syn på rusbehandling. Denne fremgangsmåten ble valgt fordi jeg ønsket et historisk perspektiv, og bare kollektivene selv kunne vite hvem som var best egnet til å gi en slik fremstilling. Ideelt sett burde flere fra hvert behandlingskollektiv deltatt i intervju, men med begrensede ressurser i prosjektet lot det seg ikke gjennomføre. Selv om behandlingskollektivene selv fikk velge nøkkelperson for intervjuing er det stor sannsynlighet for at det innad i organisasjonen verserte ulike syn og

nyanser på spørsmålene som ble tatt opp. Disse kom ikke med. Nøkkelinformantenes fremstillinger slik de presenteres i artikkelen kan derfor sees som noe karikerte i forhold til hvordan temaene ville sett ut om alle ble intervjuet. Nøkkelinformantene plasserte seg ganske tydelig for eller mot totalavholdstanken for eksempel, og en bredere datainnsamling innad i hver organisasjon ville kunne ha moderert disse standpunktene. For å veie opp for denne svakheten ble datatriangulering benyttet, ved at både formelle anbudspapirer og mer uformelle data fra kollektivenes hjemmesider ble inkludert i datamaterialet. Formålet var å få et mer samlet bilde av kollektivenes synspunkt og holdninger, og dermed styrke dataenes pålitelighet.

Jeg gjennomførte intervjuene sammen med en kollega ved institusjonene der deltakerne bodde. Vi serverte pizza og brus og pratet med beboerne om mange andre temaer både før og etter intervjuene, noe som skapte en form for nærhet mellom oss og deltakerne. Disse innsatsene var bevisste, da vi ønsket å forsøke å utjevne den skjeve maktbalansen (Thomsson, 2002) som eksisterer i det en forsker trer inn i en nedslitt lavterskelinstitusjon med mennesker i aktiv rus.

Koding og analyse av data er altså helt sentrale deler av forskningsprosessen. Bruk av programvare i analysen kan øke fristelsen til å ta snarveier, ved at en henger seg opp i kategoriene og kodene som vises på skjermen, mens tolkningen av dataene får for lite fokus (Charmaz, 2000). Jeg har forsøkt å være bevisst på disse utfordringene underveis i arbeidet med avhandlingen.

4.7 Data fra evalueringsforskning

Mesteparten av dataene denne avhandlingen bygger på ble innsamlet innenfor evalueringsprosjekter. Det er en pågående diskusjon om hvordan evalueringsforskning skal sees på i forhold til annen forskning. I utgangspunktet innebar evaluering en mer praktisk anvendelse av samfunnsvitenskapelig metodologi, men med årene har det teoretiske grunnlaget for en evalueringsforskning vokst frem (Shadish, Cook, & Leviton, 1991).

Begge evalueringene som denne avhandlingen bygger på var oppdrag fra Oslo kommune, der tiltak for de mest utsatte rusavhengige skulle evalueres. I evalueringen av «Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum» var det et bredt utvalg av kommunale tjenester som skulle evalueres, i tillegg til politiets og frivillige organisasjoners innsats i rusmiljøene i Oslo (Olsen & Skretting, 2006). Evalueringer av sprøyterommet i Oslo var kommunens eget tiltak som de ville få evaluert i to omganger, umiddelbart etter oppstart og senere da tiltaket fikk nye lokaler (Skretting & Olsen, 2007, 2009).

Et av formålene med evalueringsforskning kan være et ønske om effektivisering av offentlig sektor, samtidig som kvaliteten skal økes og tjenesten skal bli mest mulig brukervennlig (Halvorsen, 2008). Evaluering er systematisk kunnskapsinnsamling, og dette forutsetter bruk av forskningsmessig metodikk. Det er likevel ikke enighet om hvordan vitenskapelige elementer skal veies opp mot nyttehensyn og ønsker fra oppdragsgiver (Dahler-Larsen, 2012).

Baklien (1993) deler evalueringsforskningen inn i fire tradisjoner: 1) Forholdet mellom idealer og realiteter, 2) Aksjonsforskning, 3) Effektmålinger og prosessevalueringer, 4) Implementeringsforskning. De fire evalueringstradisjonene utelukker ikke hverandre, men glir over i og utfyller hverandre, og mange prosjekter benytter ulike typer evaluering. Evalueringene denne avhandlingen bygger på benytter evalueringsmetoder som berører alle de fire tradisjonene. Evalueringen av «Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum» kom med en bestilling fra Oslo kommune om å evaluere effekten av tiltak for å løse opp rusmiljøet i Oslo sentrum. I samfunnsforskning er effektmålinger og kausalitet en tilnærmet umulighet, men en prosessevaluering kan likevel gi nyttig kunnskap (Dahler-Larsen, 2012). Det overordnede målet om å løse opp rusmiljøet var viktig å evaluere, men vel så viktig var det å beskrive utviklingen i tiltakene, samt hvordan alle de små og store tiltakene virket hver for seg og sammen.

De to sprøyteromsevalueringene ble fra starten av definert som følgeforskningsprosjekter. Følgeforskning er en type prosessevaluering der rammebetingelser og dialog med de som deltar i programmet eller tiltaket er sentralt (Olsen, Mikkelsen, & Lindøe, 2002). I følgeforskning er det særlig rammebetingelsene som er i fokus. Det særegne ved følgeforskning er at en ikke venter til prosjektets slutt med å gi tilbakemeldinger til oppdragsgiver, det er en kontinuerlig prosess underveis i prosjektet. Følgeforskningen er dermed formativ for tiltakets utvikling (Baklien, 2004).

Denne metoden ble valgt fordi sprøyterom var nybrottsarbeid i Norge, og ingen visste hvordan det ville gå. Det er potensielt dødelig å injisere heroin, og brukergruppen kunne være både voldelige og i psykisk ubalanse. Det var uvisst hvordan tiltaket ville fungere både for ansatte og brukere. Oppdragsgiver ønsket derfor en tett dialog med oss som forskere. Min kollega og jeg tilbragte mye tid i miljøet og hadde jevnlig møter med oppdragsgiver for kontinuerlig dialog. Oppdragsgiver hadde også bedt om effektmål, de ville få evaluert sprøyterommets effekt på overdoser. Det var imidlertid ikke mulig å gjøre en effektevaluering av sprøyterom på overdoser, fordi tiltaket var for lite og fordi mange ulike faktorer påvirker overdosehyppighet. Ved i stedet å gjøre en prosessevaluering ble personalets overdoseforebyggende innsatser i sprøyterom dokumentert, blant annet hvordan de vurderte dagsform opp mot ønsket injeksjonsdose ved hvert besøk, med eventuelt påfølgende anbefaling om å dele planlagt dose. Slike arbeidsmåter forhindret sannsynligvis noen overdoser selv om det ikke er mulig å fastslå med sikkerhet.

Det er også ulemper ved at hovedvekten av dataene i avhandlingen ble innsamlet i evalueringsprosjekter. Når dataene samles inn med evaluering som formål kan det påvirke både data og tolkningen av dem på litt andre måter enn i annen forskning. Årsaken er først og fremst at evaluering av tjenester til befolkningen foregår i et politisert felt. Slike evalueringer er sammenvevet med og kan påvirke politisk makt og politiske avgjørelser som ligger til grunn

for prioriteringer av fremtidige innsatser (Greene, 2000). Narkotikapolitikk er et minefullt landskap. Som forsker blandes man ufrivillig inn i betente tema. Av forskningstemaene i denne avhandlingen er sprøyterom det som har vært mest utfordrende. Før evalueringsoppdraget startet hadde det pågått en høringsrunde i rusfeltet og blant berørte instanser, der skyttergravene ble satt (Skretting, 2003). Enten var man for eller så var man imot. Det var få som evnet å se både fordeler og ulemper med et tiltak som sprøyterom. Forskeres resultater i en slik situasjon vil ikke tolkes objektivt, men stå i fare for å bli brukt i en politisk debatt.

I sprøyteromsevalueringen var vi to forfattere med ulik grunnholdning til sprøyterom. Dette tror vi medførte at forskningsresultatene i rapportene ble mer balanserte enn om begge hadde samme holdning til tiltaket (Skretting & Olsen, 2007, 2009). Vi skulle for eksempel evaluere om sprøyterom hadde medført økt verdighet for målgruppen. Gjennom høringsuttalelsene i forkant hadde motstanderne av sprøyterom anført at sprøyterom var et tiltak som bidro til å holde brukerne fast i en skadelig rusmiddelbruk, og at sprøyterom derfor ikke kunne sies å medføreverdighet. Forkjemperne mente at sprøyterom var en utstrakt hånd til de utsatte brukergruppene, og at det derfor medførte verdighet. Når vi var to forskere i prosjektet med motsatte grunnholdninger til prosjektet ble det lettere å sørge at utforskning av påstandene til begge leirer foregikk med grundighet.

En utfordring ved evalueringsforskning kontra annen forskning er også at rommet for ambivalens og sprikende resultater kan være mindre fordi oppdragsgiveren ønsker klare svar. Det kan være fristende å strekke dataene maksimalt for å imøtekomme slike ønsker, noe som vil forringe kvaliteten på arbeidet. Motsatt vil nyanserte og sprikende budskap få liten oppmerksomhet i mediene, og kanskje også i fagfeltene en skriver seg inn i. Rapporten fra evalueringen av «Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum» fikk for eksempel svært beskjeden pressedeckning, til tross for at noen av hovedstadsavisene ellers ofte skrev om

rusmiljøene i Oslo sentrum. Tittelen på rapporten var «Ingen enkle løsninger» (Olsen & Skretting, 2006).

Diskusjonene om kvaliteten på data fra evalueringsforskning kan også ha etiske sider og kunne like gjerne vært diskutert under «etiske betraktninger». De etiske betraktningene som diskuteres i det følgende gjelder de mer praktiske sidene ved gjennomføringen av datainnsamling.

4.8 Etiske betraktninger

Å gjennomføre fokusgruppeintervjuer med en målgruppe som er i aktiv rus har åpenbart etiske utfordringer, og arter seg ulikt sammenliknet med tilsvarende datainnsamling med edru personer. For det første kan en stille spørsmål ved dataenes kvalitet når informantene er ruspåvirket. Er personen seg bevisst hva han/hun sier? Videre kan en også stille spørsmål ved om informert samtykke er gyldig når det underskrives av ruspåvirkede personer.

I tidligere forskning på grupper med høy rusmiddelbruk har to strategier vært vanlig; enten å ekskludere alle som er ruspåvirket eller å ekskludere de som er *for* ruspåvirket (Aldridge & Charles, 2008). I mine intervjuer ved lavterskelinstitusjoner (artikkel 3) og i sprøyterom (artikkel 4) valgte jeg en tredje vei. Jeg tok ikke stilling til ruspåvirkning, men lot de som ville få delta i intervjuene. Antakeligvis var samtlige ruspåvirket. Ved å få med en ansatt ved institusjonen/sprøyterommet inn i intervjurommet for å bistå informanter som duppet av med sigaretter i hånda osv., kunne jeg selv og min makker konsentrere oss fullstendig om innholdet i intervjuet.

En annen side ved å gjøre feltarbeid i rusmiljøer er at det i noen situasjoner kan vær utrygt. I mitt tilfelle kan feltarbeidet i russenen karakteriseres som utrygt. Lee (1995) skiller mellom feltarbeid som kjennetegnes av en «omsluttende fare» og feltarbeid som karakteriseres ved en «situasjonell fare». I det første tilfellet utføres feltarbeid i utrygge omgivelser, mens den situasjonelle faren oppstår fordi forskeren virker provoserende på miljøet han trår inn i.

Når jeg gikk inn i ansamlingen av rusmiddelbrukere på Plata var det mellom 70-100 mennesker der. Miljøet var preget av aggressivitet og vold, og jeg gjorde alltid feltarbeidet alene. Dette kan betegnes som «observatør-fysisk farlighet» (Hviid Jacobsen & Kristiansen, 2001). For hver gang jeg beveget meg inn i ansamlingen på Plata eller i Skippergata oppstod en potensiell «situasjonell fare» (Lee, 1995). Å gjøre deltakende observasjon i sprøyterom innebar en annen type fare, en såkalt «subjekt-psykisk farlighet» (Hviid Jacobsen & Kristiansen, 2001), som er av mental karakter. Etter gjentatte opphold i sprøyterommet opplevde jeg å få drømmer om situasjoner fra sprøyterommet, der jeg følte meg redd, og at jeg var engstelig for at noen av mine nærmeste skulle dø. I intervjuene av ansatte i sprøyterom viste det seg at flere av deltakerne hadde hatt tilsvarende drømmer (Skretting & Olsen, 2007, 2009).

Betaling av informanter for deltakelse i intervjuer er et annet etisk spørsmål som får ekstra relevans når informantene står i vanskelige livssituasjoner og har kronisk pengemangel, slik tilfellet var i denne avhandlingens intervjuer. I fokusgruppeintervjuene ved lavterskelinstitusjoner med aktive rusmiddelbrukere (artikkel 3) og med sprøyterommets brukere (artikkel 4) fikk deltakerne pizza, brus og 100 kroner i kompensasjon.

Det er klare etiske spørsmål knyttet til det å forske på svake grupper, og samtykker og tillatelser blir derfor ekstra viktig. Alle prosjektene som omtales her ble meldt til NSD og godkjent. Observasjon i sprøyterom var imidlertid den datainnsamlingen personvernombudet stilte seg mest kritisk til, og som var mest tidkrevende å få tillatelse til. Årsaken var at det var vanskelig å sikre informert samtykke fra hver enkelt person som ble observert i tiltaket. Løsningen, som personvernombudet under tvil aksepterte, var at informasjon om studien ble hengt opp synlig i sprøyterommets lokaler, med informasjon om prosjektets formål og at de som ikke ønsket å bli observert kunne melde fra til personalet. Rekruttering av deltakere til fokusgruppeintervjuer i artikkel 3 og 4 gikk via ledelsen ved henholdsvis lavterskel-

institusjonene og sprøyterommet, som fungerte som portvakter («gatekeepers») (Hammersley & Atkinson, 2007).

Bourdieu's begrep «forskermakt» (2008) handler om at ordvalg, begrepsbruk og dataanalyse potensielt kan innebære maktmisbruk fra forskerens side. Hvorvidt jeg skiver at denne avhandlingen handler om «de narkomane», «gatefolket» eller «rusavhengige» gir ulik klang og ulike konnotasjoner. «Narkoman» er en stigmatiserende benevnelse, og når en velger å bruke en negativt ladet merkelapp på et annet menneske kan det sees som «symbolsk vold» (Bourdieu, 2008). I følge Bourdieu (2008) skal en være særlig forsiktig når en studerer sosiale grupper som er annerledes enn den en selv tilhører, slik situasjonen er i denne avhandlingen. Kampen om verdensoppfatningen er en symbolsk kamp, mener han, og en vil alltid fremstille en sosial situasjon på den måten som er mest fordelaktig for sin egen sosiale gruppe (Bourdieu, 2008).

Begrepet forskningsimperialisme (Jacobsen & Kristiansen, 2001) viser til at en i forskningens navn har trengt inn i forsvarsløse miljøer i fremmede kulturer, og med en slags «forskningmessig immunitet» underspilt de etiske sidene ved slik forskning. På samme måte kan min inntreden i sprøyterommet og i samlingen av rusmiddelbrukere på Plata og i Skippergata sees som en inntrenging i forsvarsløse miljøer. En episode som illustrerer dette er hentet fra feltnotatene. En dag jeg gikk ned på Plata for å gjøre registreringer av rusmiljøet kom en dame kom bort til meg for å spørre hva jeg gjorde der. Hun hadde sannsynligvis observert at jeg hadde takket nei til samtlige tilbud om ulike narkotiske stoffer på min vandring gjennom ansamlingen. Da jeg sa at jeg var forsker utbrøt hun «åh, jeg orker ikke å bli forsket på i dag». Dette illustrerer sannsynligvis at denne gruppen tunge rusmiddelbrukere utsettes for mye forskning. En etisk utfordring ved å gjøre feltarbeid i det offentlige rom er samtidig at en ikke har mulighet til å tilegne seg informert samtykke fra alle en observerer, og at noen nettopp ikke ønsker å bli forsket på.

Ruspolitikk er både et kontroversielt og politisert felt, slik diskusjonene over viser. Å drive evalueringsforskning der en ønsker å forholde seg mest mulig til ordinære forskningsmessige standarder er derfor en utfordrende øvelse. I tillegg til diskusjonene over om kvalitet på data i evalueringsforskning og andre mer etiske utfordringer ved å forske i politiserte sfærer, vil også den økonomiske rammen for hvert enkelt evalueringsprosjekt være avgjørende for den forskningsmessige kvaliteten på resultatene. I den første sprøyteromsevalueringen ville det for eksempel ikke vært tilfredsstillende å basere seg på gruppeintervjuer med ansatte i tiltaket for å kunne vurdere tiltakets funksjon. At begge forskerne i prosjektet fikk muligheten til å gjennomføre deltakende observasjon over en lengre tidsperiode i sprøyterom ga grobunn for refleksjon rundt langt mer enn de praktiske sidene ved tiltaket.

4.9 Avsluttende om metode

Denne avhandlingen bygger på et vidt metoderegister innsamlet over en lang tidsperiode. Det er en styrke fordi avhandlingen er skrevet som en historisk analyse. Selv om dataene enkeltvis har sine svakheter, gir et så bredt datamateriale mulighet til å løfte frem dilemma som har oppstått med utspring i en dobbeltspora narkotikapolitikk.

Intervjumaterialet kunne blant annet ha vært styrket med flere intervjuer, men fordi deler av datamaterialet primært ble innsamlet til andre formål enn å skrive denne avhandlingen, måtte jeg heller forsøke å bøte på manglene i ettertid. Det kan anføres at flere av dataene er utdaterte, men i stedet for å belyse nåtiden benyttes de for å belyse forholdene de ble innsamlet under, og bidrar dermed til den historiske analysen. Avhandlingen viser hvordan politiet arbeidet i tidligere russcener, uten at dette er direkte overførbart til dagens situasjon. Det har likevel ikke skjedd store endringer i settingene hvor dataene ble innhentet, til tross for at tiden har gått. Det må også sees som en styrke ved avhandlingen at jeg som forsker har stått i feltet over mange år og studert ulike deler av narkotikafeltet med mange ulike metoder. Kunnskaper

og erfaringer opparbeidet over tid har gitt bedre rammer for å fortolke og forstå feltet, og for å heve blikket opp fra de enkelte datasett til å fokusere på de overordnede dilemmaene narkotikapolitikken skaper.

5. Artiklenes bidrag

Dette kapittelet inneholder oppsummerende svar på hvordan artiklene bidrar til å besvare avhandlingens problemstilling. Jeg gir et kort resyme av hver av de fire artiklene, og viser hvordan hver av dem besvarer problemstillingen, samt hvilket bidrag de gir til forskningsfeltet. Artiklene er skrevet innenfor de tre overordnede sfærene som narkotikapolitikken bygger på: den strafferettslige, den sosialfaglige og den medisinske. Til sammen gir artiklene svar på problemstillingen: *Hvordan manifesterer narkotikapolitikkens dilemmaer seg i praktisk arbeid, som politiets arbeid i åpne russcener, i rusbehandling og i sprøyterom?*

Problemstillingen trekker opp tre ulike settinger hvor narkotikapolitiske dilemmaer utforskes, og hver av dem er tilknyttet hver sin artikkel og hver sine overordnede narkotikapolitiske sfærer. Den første settingen er russcener i det offentlige rom, og tar for seg politiets håndtering av narkotikakriminalitet utført av hjelpetrengende brukere. Artikkelen er skrevet innenfor den strafferettslige sfæren, som dannet utgangspunktet for norsk narkotikapolitikk fra 1960-tallet. Den andre settingen er rusbehandling, der tema er hvordan rusbehandlingsinstitusjonene har håndtert den store narkotikapolitiske endringen fra totalavhold mot skadereduksjon. Artikkelen viser hvordan rusbehandling på 1970-tallet etablerte seg innenfor en sosialfaglig sfære, og hvilke utfordringer det medførte når den medisinske sfæren med LAR-medisinerer gjorde inntog i rusbehandling på 1980-tallet. Den tredje er sprøyterom, der dilemmaet hjelp versus straff er tema. Sprøyterom befinner seg innenfor den medisinske sfæren, der hjelp til brukerne har forrang, og det strafferettslige perspektivet og det faktum at stoffene som brukes er ulovlige noen ganger kommer i bakgrunnen. Artiklene viser at det strafferettslige, det sosialfaglige og det medisinske perspektivet kommer i konflikt med hverandre, og utløser en rekke dilemma. Artiklene viser også at disse tre sfærene er i bevegelse historisk, og at den medisinske sfæren har vokst til fordel for den sosialfaglige- og den strafferettslige sfæren.

5.1 Den strafferettslige sfæren

Artikkel 1 «Open drug scenes and police strategies in Oslo, Norway» viser dilemmaer innenfor politiets arbeid i åpne russcener. Hvordan håndterer politiet omsetning og bruk av narkotiske stoffer innenfor en dobbeltspora narkotikapolitikk? Artikkelen viser politiets praktiske løsninger på dilemmaene som oppstår i tilknytning til åpne russcener, der skadereduserende prinsipper må kombineres med de strafferettslige. Artikkelen gir et historisk perspektiv på politiets handlemåter overfor åpne russcener i perioden 1993-2015.

Data består av avisartikler, intervjuer med ansvarlig politi samt en dokumentanalyse av offentlige handlingsplaner. Resultatene viser at politiets strategier har endret seg fra utelukkende å straffe til og kombinere straff med en mer skadereduserende tilnærming. Analysen viser hvordan politiet hele tiden skifter mellom strafferettslige og skadereduserende handlemåter overfor det åpne rusmiljøet, og at det skjer hyppige skifter mellom perspektivene. Innenfor gjeldende narkotikapolitikk vil politiets dilemma i praktisk gatenært arbeid med rusmiddelbrukere bestå. De som oppholder seg i russcenene foretar utallige lovbrudd, men de har samtidig krav på hjelp for å bøte på sykdom og utenforskap. Politiets dilemma er åpenbart. Den strafferettslige sfæren kommer her i konflikt med den sosialfaglige og den medisinske sfæren.

5.2 Den sosialfaglige sfæren

Artikkel 2 løfter frem dilemma innenfor rusbehandling. Artikkelen gir et innblikk i hvordan sosialfaglige løsninger på rusmiddelproblemene oppstod på 1970-tallet, og hvilken plass de har innenfor behandlingsapparatet i dag. Narkotikapolitikken har endret seg fra å handle om straff og totalavhold til å gå over mot skadereduserende tiltak for å bedre helse og øke livsmestring, uten at målet er å slutte med rusmidler. Behandling av rusavhengige har historisk sett handlet om totalavhold innenfor en sosialfaglig kontekst, men med skadereduksjonsideene kom medisinsk fokus med Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR) inn som en del av

behandlingsapparatet. Å tilby rusavhengige medikamenter i behandling medførte motstand i behandlingsapparatet. Formålet med denne artikkelen er å vise hvordan narkotikapolitiske endringer befester seg i rusbehandling. Striden om LAR er et prisme for verdikampene som har pågått i rusfeltet siden narkotikaen ble et problem i det norske samfunnet. Studieobjektene er behandlingskollektiver som driver rusbehandling for voksne. Data består av anbudsdokumenter, tekst fra hjemmesidene, samt intervjuer med nøkkelpersoner ved fire behandlingskollektiver. Analysene viser at 2 av de 4 kollektivene kan beskrives som endringsvillige ved at de har inkludert LAR-pasienter i behandling og dermed akseptert en skadereuserende tankegang. De to andre kan betegnes som prinsippfaste fordi de ikke har åpnet for LAR-pasienter og beholdt totalavhold som målsetting. Kollektivene kan sees som bakkebyråkratier som forhandler med helseforetaket om løsninger som kan ivareta egen ideologi. Artikkelen viser også hvordan medisinske perspektiver har fått mye plass innenfor sosialfaglig rusbehandling.

5.3 Den medisinske sfæren

Artikkel 3 og 4 trekker frem narkotikapolitiske dilemmaer i sprøyterom. Artikkel 3 ble skrevet da Norges første sprøyterom akkurat hadde åpnet. Her diskuteres tidlige erfaringer med driften av tiltaket, sprøyteromsforskriftens kriterier for bruk av sprøyterommet og hvordan den tilsiktede målgruppen vurderte disse kriteriene. Data består av høringsuttalelser forut for opprettelsen av sprøyterom, samt av fokusgruppeintervjuer med beboere i noen av Oslo kommunes lavterskelinstitusjoner. Artikkelen tar for seg dilemmaer som oppstod omkring oppstart og tidlig drift av tiltaket. Dilemmaer som tas opp til diskusjon er hvordan politiet ville komme til å forholde seg til tiltaket, hvorvidt det å tilby rusmiddelbrukere lokaler for injeksjon av stoffer kan sees som «renovasjon», ubetinget hjelp versus oppmuntring til å fortsette en skadelig rusmiddelbruk, samt doble budskap.

I artikkel 4 diskuteres sprøyterommets grunnlag og formål, resultater og erfaringer etter to års drift, samt dilemmaer som tiltaket reiser. Dataene består av ulike dokumenter som sprøyteromsloven bygger på, observasjoner av brukere og ansatte i sprøyterommet, intervjuer med ansatte og brukere av tiltaket, registrerte data om hvert enkelt besøk i sprøyterommet, samt en spørreundersøkelse blant sprøyterommets brukere. Artikkelen besvarer ulike problemstillinger knyttet til bruken av tiltaket. Noen av dilemmaene som trekkes frem er at injeksjon var eneste lovlige inntaksmåten for stoffer, at bare heroin kunne inntas, at det var vanskelig å avgjøre hvem som skulle få bruke sprøyterommet, samt en diskusjon om hvor langt samfunnet skal strekke seg med å gi hjelp som samtidig kan bidra til å forlenge en avhengighetstilstand. Sprøyterom er et tiltak innenfor den medisinske sfæren, og da tiltaket ble opprettet kom det i konflikt med strafferettslige hensyn innenfor den strafferettslige sfæren. Sprøyterom opererer samtidig delvis innenfor den sosialfaglige sfæren, ved at det også tilbys samtaler og hjelp til å kontakte øvrige hjelpetjenester.

6. Narkotikapolitiske dilemmaer

Artiklene i denne avhandlingen løfter fram konkrete eksempler på narkotikapolitiske dilemmaer, knyttet til spenningsforholdet mellom en strafferettslig-, en sosialfaglig- og en medisinsk sfære. I denne siste delen av avhandlingen diskuteres mer overordnede tema knyttet til de problemstillingene som er belyst i artiklene. En hoveddiskusjon dreier seg om spenningsforholdet mellom straff og hjelp. En annen viktig narkotikapolitisk debatt omhandler forholdet mellom skadereduserende tiltak og tiltak med totalavhold som målsetning. I dette kapittelet vil jeg tydeliggjøre hvordan avhandlingens problemstillinger og resultater knytter seg til disse overordnede narkotikapolitiske debattene.

6.1 Straff versus hjelp

Den historiske oversikten viser at medisinske forståelsesmåter på narkotikaproblemet var utgangspunktet for norsk narkotikapolitikk, men at strafferettslige perspektiver i stor grad overtok. En periode rådet det sosialfaglige perspektivet sammen med det strafferettslige perspektivet. Det medisinske perspektivet ble synlig igjen gjennom skadereduserende tiltak. De fleste andre vestlige land har valgt å benytte strafferettslige- og medisinske/sosialfaglige virkemidler samtidig, men hvilket av perspektivene som dominerer har variert (Rusreformutvalget, 2019; Waal, 2004).

Ved hjelp av Garlands teori (1991, 1997, 2012a, 2012b) om samfunn med høye kriminalitetsrater, ble vekslingen mellom straff og hjelp diskutert i kapittel 3. I tillegg tematiserer tre av avhandlingens artikler (artikkel 1, 3 og 4) spenningsforholdet mellom straff og hjelp. I artikkel 1 belyses temaet straff og hjelp slik det utspiller seg for politiet med hensyn til handlingsvalg på gateplan. Politiet er gjennom loven pålagt å gripe inn når det gjelder bruk, besittelse og omsetning av illegale stoffer. På den annen side er det etablert offentlige tilbud til narkotikabrukerne i form av sprøyteutdeling, sprøyterom og feltpleie. Et sentralt spørsmål blir da hvordan politiet skal utføre sin praksis.

Som denne avhandlingen viser innebar opprettelsen av det første sprøyterommet at skadereduksjonsprinsippet ble sterkere befestet i narkotikapolitikken, og at spenningsforholdet mellom straff og hjelp ble forsterket. Nå kunne narkotikabrukerne bringe med seg illegale stoffer inn i et offentlig tiltak og innta dem under oppsyn av helsepersonell. Motsetningen mellom strafferettslige og helsemessige prinsipper ble så store at det måtte lages en egen lov for å kunne åpne tiltaket, slik artikkel 4 viser.

Riksadvokatens anmodning til politiet om å ikke hindre sprøyterommets arbeid (artikkel 1) tydeliggjør at signalene fra myndighetene var motstridende. Det viser hvordan det kan være en lang vei mellom myndighetenes beslutninger og politiets praktiske arbeid på gateplan. Politiet som bakkebyråkrater må tilpasse politikk til praksis slik at også hjelpehensynet ivaretas. Selv om brukernes forventninger til politiets håndtering av sprøyterom var sprikende (artikkel 3) har politiet utviklet en rutine der de stort sett unngår strafferettslig aktivitet i nærheten av sprøyterom og sprøyteutdeling, slik at brukerne fritt kan benytte disse hjelpetiltakene (artikkel 4). Dette viser hvordan praksis former narkotikapolitikk ved at straff nedprioriteres til fordel for medisinske hensyn. Politiet fungerer her som bakkebyråkrater og bidrar til politikktutvikling i sitt daglige virke.

6.2 Skadereduksjon versus totalavhold

Historiekapittelet viser hvordan skadereduksjon og totalavhold kan sees som dikotomier langs en narkotikapolitisk akse. Hvorvidt skadereduksjon eller totalavhold skal være hovedmålsetting for narkotikapolitiske tiltak er et tilbakevendende tema i vestlige lands narkotikapolitikk. Internasjonalt er begrepet recovery (bedringsprosesser) sentralt i slike diskusjoner, men begrepets innhold varierer (Borreli, 2017; Berridge, 2012). Opphavet til recoverybegrepet ligger hos AA-bevegelsen, der totalavhold er målsettingen (Laudet, 2007). I en norsk kontekst handler recovery om personlige bedringsprosesser, og reflekterer dermed

skadereduksjonsideene mer enn opprinnelsen skulle tilsi (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

Både historiekapittelet og avhandlingens artikkel 2 viser at de skadereduserende ideene i Norge langt på vei har fortrenget målet om totalavhold i narkotikapolitiske tiltak. Historiekapittelet viser at skadereduksjonstiltak redder liv og forebygger skade, og foreliggende LAR-forskning tyder på at livslang medisiner er å foretrekke for de fleste (Waal, Clausen og Skeie, 2018). Utviklingen mot en skadereduserende dominans i narkotikafeltet kan imidlertid også ha noen uheldige sider. I artikkel 2 fremgår det at ansatte ved noen behandlingskollektiver mener at LAR-medisiner har blitt en hovedløsning på narkotikaproblemene, og de er kritiske til at avhengighetsproblematikken ikke behandles.

Nadelman (1993), grunnleggeren av amerikanske «Harm Reduction Alliance», hevder at når man først har akseptert en skadereduserende tankegang blir det vanskelig å argumentere mot nye skadereduserende tiltak: «Who in their right mind could oppose the notion of reducing harm» (Nadelmann, 1993, s. 37). I en gjennomgang av skadereduksjonsforskning fant Andersen og Järvinen (2006) at skadereduksjon fremstilles som en humanistisk motsats til repressive, uvitenskapelige handlemåter. Slike faktorer styrker skadereduserende innsatser, men kan true mangfoldet i rusfeltet (Andresen, 2010). Spørsmålet om det finnes grenser for skadereduksjon har derfor blitt reist (Andersen & Järvinen, 2006; Skretting, 2009).

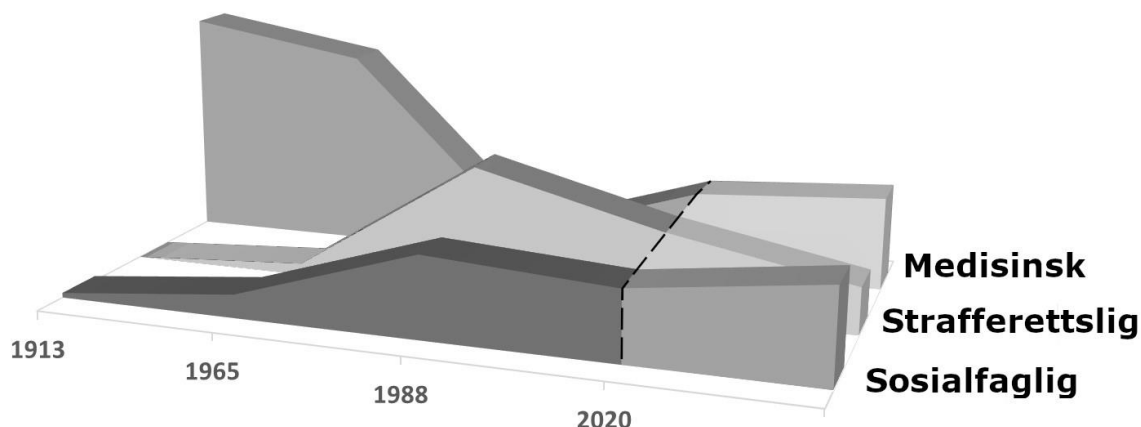
Internasjonalt finnes motstemmer til skadereduksjonsideene særlig i recovery-bevegelsen, med troen på at avhengighet kan kureres (Berridge, 2012; McKeganey et al., 2004). I Norge har særlig de tradisjonelle avholdsorganisasjonene uttalt seg kritisk til opprettelse av skadereduserende tiltak, slik historiedelen i avhandlingen viser. Etter hvert har også brukergrupper innenfor rusbehandling begynt å stille spørsmålstegn ved behandlingsmål som ikke rommer muligheter for å slutte helt med rusmidler (Neale et al., 2011, McKeganey et al., 2004). Det har for eksempel vært vanskelig for brukere som ønsker nedtrapping eller

avslutning av LAR å få støtte for dette (Andersen & Järvinen, 2006, Larney et al., 2017, Pedersen, 2016, Wangensten, 2015). En dansk undersøkelse viser at det er en utbredt oppfatning blant behandlere at det er umulig for opiatmisbrukere å slutte med medikamenter (Andersen & Järvinen, 2006).

Det varierer hvor på akse mellom totalavhold og skadereduksjon det enkelte lands narkotikapolitikk befinner seg, og det varierer også over tid. I England har målsettingen om totalavhold igjen inntatt narkotikapolitikken etter en periode med sterkt skadereduksjonsfokus (Berridge, 2012). I USA har recoverybevegelsen med det tradisjonelle avholdsmålet størst utbredelse, og skadereduksjonsideene har aldri fått ordentlig fotfeste (Best et al., 2017). I Norge lanseres det stadig nye typer av skadereduserende tiltak, og hvorvidt det er grenser for skadereduksjon er et spørsmål som så langt har vært lite diskutert. Historiekapittelet og artikkel 2 viser at den norske narkotikapolitiske modellen har utviklet seg til å bli en slags «harmonimodell», der sosialfaglige og mer skadereduserende behandlingstilbud utfyller og overlapper hverandre.

6.3 Oppsummering

Hovedbidraget i denne avhandlingen er at den knytter sammen og analyserer historiske utviklingstrekk og veivalg i norsk narkotikapolitikk som tidligere bare har blitt behandlet enkeltvis. De fire artiklene dekker sentrale trekk ved den historiske utviklingen på narkotikafeltet, og i denne overbygningen har jeg forsøkt å utfylle og å komplementere historien og analysene. Den historisk-sosiologiske analysen viser at de tre sfærene: den medisinske, den strafferettslige og den sosialfaglige sfæren har beveget seg i perioden avhandlingen dekker. Historiekapittelet er delt inn i fire faser, og figur 2 angir hvilke av de tre sfærene som har vært viktigst innenfor hver av de historiske periodene. Figuren skisserer også hvordan utviklingen kan bli dersom NOU'en om rusreform vedtas i 2020.



Figur 2. Historisk oversikt over utvikling av narkotikapolitikkens sfærer, med antatt utvikling etter 2020.

Ved å belyse problemstillingene gjennom teoretiske rammeverk og empiriske data både «ovenfra og nedenfra» har jeg gitt et bredere bilde av hvordan narkotikapolitikk faktisk formes enn hva bare en av disse synsvinklene bidrar med. Garlands (1991, 1997, 2012a, 2012b) teori har bidratt med en teoretisk forståelse av ovenfra-perspektivet, der analyse av narkotikapolitiske dokumenter har vært en hovedstrategi. Alle de tre sfærene er representert i myndighetenes dokumenter, men med ulik vekt innenfor tidsperiodene slik historiekapittelet viser. Nedenfra har Lipskys bakkebyråkrateteori (Lipsky, 1980, 2010) bidratt til forståelsen av hvordan de som jobber direkte med narkotikabrukerne gjør bestemmelsene i de narkotikapolitiske dokumentene praktisk gjennomførbare. Særlig den medisinske sfæren har profitert på slik politikktutforming nedenfra, fordi førstelinja erfarte at nød og elendighet i brukermiljøene krevde en annen tilnærming enn straff og sosialfaglig behandling. Det tar tid å forme politikk og nedfelle den i politiske dokumenter, så når elendigheten bredte seg blant narkotikabrukerne var det avgjørende at førstelinja fungerte som bakkebyråkrater og fant praktiske løsninger på prækere problemer.

Kan det så gis noen frempek for hvordan utviklingen videre vil bli? Er det mulig å bli kvitt eller minimere noen av de skisserte dilemmaene? Som jeg har vist ble noen av sprøyterommets dilemmaer (artikkel 3 og 4) eliminert gjennom endringer i sprøyteromsloven i 2019, ved at også andre stoffer enn heroin og andre inntaksmåter enn injeksjon ble tillatt. Ansatte i sprøyterommet kan på denne måten arbeide mer helhetlig skadereduserende innenfor den medisinske sfæren, med færre strafferettslige hindringer. Innenfor sprøyteromssettingen har altså den medisinske sfæren fått større plass på bekostning av den strafferettslige sfæren.

Fra å ha vært sfærer som har operert atskilt har det med årene blitt økende overlapp mellom dem, der den medisinske sfæren vokser mens den strafferettslige- og den sosialfaglige sfæren blir mindre. Dersom NOU'en om rusreform vedtas (Rusreformutvalget, 2019) kan den strafferettslige sfæren bli ytterligere svekket, mens særlig den sosialfaglige sfæren kan vokse. Slike endringer vil påvirke dilemmaene som ble beskrevet i artikkel 1 om politiet. En økonomisk anstrengt situasjon i kommunene kan imidlertid utfordre sosialfaglige forebyggings- og oppfølgingstiltak. Hvilke positive og negative konsekvenser en slik utvikling kan få er en annen diskusjon, men utviklingen bør følges nøye. Dersom den strafferettslige sfæren nedtones uten at den sosialfaglige- og den medisinske sfæren oppskaleres, vil resultatet bli dårligere oppfølging av narkotikabrukerne enn før rusreformen.

De narkotikapolitiske dilemmaene denne avhandlingen tar opp viser hvordan myndighetenes narkotikapolitikk har både positive og negative konsekvenser. Avhandlingen viser videre hvordan de som setter narkotikapolitikken ut i praksis erfarer fordeler og ulemper ved de politiske avgjørelsene. Et formål med denne avhandlingen har vært å vise at narkotikapolitikken er i stadig endring, og at det ikke finnes noen enkle løsninger. Narkotikapolitiske avgjørelser bestemmes i stor grad av hvilke deler av befolkningen myndighetene til enhver tid fokuserer mest på. Forebyggende tiltak har andre målgrupper enn

skadereduserende tiltak. Repressive politiresponser i russcener ivaretar interessene til næringsdrivende og andre som benytter områdene fremfor de som oppholder seg i russcenen. Det er ikke mulig å komme unna negative konsekvenser av narkotikapolitiske valg. Slik vil det sannsynligvis alltid være.

Referanseliste

- Aakvaag, G. C. (2005). Sosiologi og frihet. *Sosiologisk tidsskrift*, 13(2), 157-183.
- Abrahamson, M., & Tryggvesson, K. (2009). Socialtjänstens användning av standardiserade klientbedömningsinstrument–ASI som retorik och praktik i två svenska kommuner. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(1), 21-39.
- Adler, P. (1990). Ethnographic research on hidden populations: Penetrating the drug world. I E. Y. Lambert (Red.), *The collection and interpretation of data from hidden populations* (National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 98) (s. 96-112). Rockville, MD: NIDA.
- Agar, M., & MacDonald, J. (1995). Focus groups and ethnography. *Human organization*, 54(1), 78-86.
- Aldridge, J., & Charles, V. (2008). Researching the intoxicated: informed consent implications for alcohol and drug research. *Drug and alcohol dependence*, 93(3), 191-196.
- Alver, B. G., & Øyen, Ø. (1997). *Forskningsetikk i forskerhverdag: Vurderinger og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Alvesson, M., & Skoldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Andenæs, J. B. (1996). *Straffen som problem*. Halden: Exil.
- Andersen, D., & Järvinen, M. (2006). Skadesreduktion: Idealier og paradokser. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 23(5), 305-321.
- Andresen, A. S. (2010). Mangfoldet i rusfeltet trues av medisinsk dominans. *Rus & Samfunn*, 4(04), 33-35.
- Ankjærgaard, S. K., Christensen, I., Ege, P. P., Gotfredsen, N. W., Kjær, J., Olsen, M. L., & Majlund, K. L. (2015). From civil disobedience to drug users' well-being: grass-roots activity and the establishment of drug consumption rooms in Denmark. *Drugs and Alcohol Today*, 15(3), 141-148.
- Atkinson, P. C., Coffey, A., & Delamont, S. (2003). *Key themes in qualitative research: Continuities and Change*. Oxford: Altamira Press.
- Aubert, W. (1968). Avskrekking med omsorg. *Kontrast*, 2, 11-38.
- Baklien, B. (1993). Evalueringsforskningens historie og utvikling i Norge. *Politica*, 25(1), 566-573.
- Baklien, B. (2004). Følgeforskning. *Sosiologi i dag* 34(4), 49-66.
- Bate, S. P. (1997). Whatever happened to organizational anthropology? A review of the field of organizational ethnography and anthropological studies. *Human relations*, 50(9), 1147-1175.
- Bates, G., Jones, L., Maden, M., Cochrane, M., Pendlebury, M., & Sumnall, H. (2017). The effectiveness of interventions related to the use of illicit drugs: prevention, harm reduction, treatment and recovery. A 'review of reviews'. *HRB Drug and Alcohol Evidence Review 5*. Dublin: Health Research Board
- Beccaria, F., & Prina, F. (2017). Sociological perspectives. I T. Kolind, B. Thom, & G. Hunt (Red.), *The Sage Handbook of Drug and Alcohol Studies* (s. 30-48). London: Sage Publications.
- Bejerot, N. (1981). *Missbruk och missförstånd*. Stockholm: Ordfront.
- Best, D., De Alwis, S. J., & Burdett, D. (2017). The recovery movement and its implications for policy, commissioning and practice. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(2), 107-111.

- Bergersen Lind, B. (1974). *Narkotikakonflikten: Stoffbruk og myndighetskontroll*. Oslo: Gyldendal.
- Bernt, J. F. (2009). Det juridiske fortolkningsfellesskap som referanseramme for avgjørelse av juridiske tvilsspørsmål. I H. Aune, O. Fauchald, K. Lilleholt, & D. Michaelsen (Red.), *Arbeid og rett. Festskrift til Henning Jakhellns* (s. 1-13). Oslo: Cappelen Akademisk.
- Berridge, V. (1980). The making of the Rolleston Report, 1908–1926. *Journal of Drug Issues*, 10(1), 7-28.
- Berridge, V. (2012). The art of medicine. The rise and fall of recovery in drug policy. *The Lancet*, 379 (9810), 22-23.
- Blindheim, M. (2003). Metadonassistert Rehabilitering–betragtninger fra noen utsider. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 20(1), 63-70.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Berkeley: University of California Press.
- Bogren, A. (2011). Gender and alcohol: the Swedish press debate. *Journal of Gender Studies*, 20(2), 155-169.
- Borrelli, M. R., Mantori, S., Kaar, S., Kelleher, M., & Bell, J. (2017). Narrative review: The Meaning of “Recovery” for Addiction Treatment and Research. *Journal of Addiction & Addictive Disorders*, 4, 012.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling* (Rapport nr. 4). Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Bourdieu, P. (2008). *Af praktiske grunde: Omkring teorien om menneskelig handlen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brodkin, E. Z. (2001). *Reorganizing the welfare state: new administrative models, old bureaucratic problems*. Chicago: Joint Center for Research on Poverty. Hentet fra: www.northwestern.edu/ipr/jcpr/workingpapers/.../brodkin_newandold.PDF
- Brodkin, E. Z. (2003). Street-level research: Policy at the front lines. I M. C. Lennon & T. Corbett (Red.), *Policy into action: Implementation research and welfare reform* (s. 145-163). Washington: Urban Institute Press.
- Brodkin, E. Z. (2011). Policy work: Street-level organizations under new managerialism. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(2), 253-277.
- Bruce, I. (2010). Datalagringsdirektivet–om å velge sine kamper. *Kritisk juss*, 36(02), 85-90.
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Kunøe, N., Lobmaier, P. P., Lund, I. O., & Clausen, T. (2016). *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel. Resultater fra The Norwegian offender mental health and addiction study (NorMA)*. (2016:2) Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo.
- Burgess, R. G. (2002). *In the field: An introduction to field research*. London: Routledge.
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8), 429.
- Buvik, K. (2016). The hole in the doughnut: a study of police discretion in a nightlife setting. *Policing and society*, 26(7), 771-788.
- Buvik, K., Skatvedt, H. & Baklien, B. (2020): Feltsamtaler som datakilde i kvalitativ samfunnsforskning. Tidsskrift for samfunnsforskning. I trykk.

- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of Qualitative Research* (s. 535). California, USA: Sage Publications.
- Chatwin, C. (2003). Drug policy developments within the European Union. The destabilizing effects of Dutch and Swedish Drug Policies. *British Journal of Criminology*, 43(3), 567-582.
- Christie, N. (1968). Langhåret livsstil. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 55(1), 123-136.
- Christie, N. (1992). Styring av stoffbruk. I H. Waal & A.-L. Middelthon (Red.), *Narkotikaforebygging mot år 2000* (s. 327-340). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christie, N. (1998). Halve saken. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 15(3), 179-181.
- Christie, N. (2004a). *En passende mengde kriminalitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christie, N. (2004b). Hvorfor det er ufruktbart å ta utgangspunkt i at kriminalitet er en sosial realitet. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 91(4), 404-407.
- Christie, N., & Bruun, K. (1985). *Den gode fiende*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christie, N., & Hauge, R. (1961). *Alkoholvaner blant storbyungdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Clausen, A. S. (2012). The individually focused interview: Methodological quality without transcription of audio recordings. *The Qualitative Report*, 17(19), 1-17.
- Cohen, P. (1997). Crack in the Netherlands Effective Social Policy is Effective Drug Policy. I H. G. Levine (Red.), *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice* (s. 214-224). Berkley: University of California.
- Cook, C., Bridge, J., & Stimson, G. V. (2010). The diffusion of harm reduction in Europe and beyond. I European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Rhodes, T. and Hedrich, D. (Red.), Scientific Monograph Series No. 10. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Cook, C., & Kanaef, N. (2008). *The global state of harm reduction 2008. Mapping the response to drug-related HIV and Hepatitis C epidemic*. London: International Harm Reduction Association.
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). *Best practices for mixed methods research in the health sciences*. Bethesda (Maryland): National Institutes of Health, Office of Behavioral and Social Sciences Research.
- Dahler-Larsen, P. (2012). Evaluering I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder - Empiri og teoriutvikling* (s. 186-206). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalgard, O., Egeland, A., Ervik, R., Vilimas, K., Skaug, K., & Steen, T. W. (2009). Risikofaktorer for hepatitt C-smitte blant sprøytemisbrukere. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 129, 101-104.
- Davoli, M., Simon, R., & Griffiths, P. (2010). Current and future perspectives on harm reduction in the European Union. I *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Rhodes, T. and Hedrich, D. (Red.), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Scientific Monograph Series No. 10. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). Paradigms and perspectives in transition. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (2 ed., s. 157-162). California: Sage Publications.
- Dole, V. P., & Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *Jama*, 193(8), 646-650.

- Duckert, M. (1986). Narkotika og narkomane. I R. Hauge (Red.), *Utenfor samfunnet* (s. 3361). Oslo: Universitetsforlaget.
- Edland-Gryt, M. (2018). *Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014-2017: Hvordan forebygge overdosedødsfall?* FHI-rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Edman, J. (2015). The Swedish drug problem and the political use of common ground 1960-2000. I Hedda Giertsen & Helgi Gunnlaugsson (Red.). *Drugs - what is the problem and how do we perceive it? Policies on drugs in Nordic countries* (s.28-43). NSFK Working group report. Aarhus: Aarhus University
- Ege, P. P. (2015). Drug policy in Denmark. En kort gjennomgang. I H. Giertsen & H.Gunnlaugsson (Red.). *Drugs: What is the problem and how do we perceive it? Policies on drugs in Nordic countries* (s. 12–19). NSFK Working group report. Aarhus: Aarhus University.
- Eide, D., Muller, A., Bukten, A., & Clausen, T. (2019). *Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling. En gjennomgang av kunnskapsbasen for heroinassistert behandling og anbefalinger for et prøveprosjekt på oppdrag fra Helsedirektoratet*. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behandling-av-opioiddominert-ruslidelse-et-proveprosjekt-med-heroinassistert-behandling/Heroinassistert%20behandling%20\(prøveprosjekt\)%20-%20Behandling%20av%20opioiddominert%20ruslidelse.pdf/_/attachment/inline/2b9d%20ecde-ac18-47e0-9889-a5eb0e673302:6a4c59a6603f045785e5e5858f48fa36cb5cfcfb/Heroinassistert%20behandling%20\(prøveprosjekt\)%20-%20Behandling%20av%20opioiddominert%20ruslidelse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behandling-av-opioiddominert-ruslidelse-et-proveprosjekt-med-heroinassistert-behandling/Heroinassistert%20behandling%20(prøveprosjekt)%20-%20Behandling%20av%20opioiddominert%20ruslidelse.pdf/_/attachment/inline/2b9d%20ecde-ac18-47e0-9889-a5eb0e673302:6a4c59a6603f045785e5e5858f48fa36cb5cfcfb/Heroinassistert%20behandling%20(prøveprosjekt)%20-%20Behandling%20av%20opioiddominert%20ruslidelse.pdf)
- EMCDDA (2018): Perspectives on drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. (EMCDDA-rapport). https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf
- EMCDDA. (2018a). *Country Drug Reports*. Hentet fra www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports
- EMCDDA. (2018b). *Sweden Drug Report 2018*. Hentet fra http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/sweden/harm-reduction_en
- EMCDDA. (2019a). *Country drug report 2019 Norway*. Hentet fra http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/norway/drug-induceddeaths_en
- EMCDDA. (2019b). *Europeisk narkotikarapport. Trender og utvikling*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2019/europeisk-narkotikarapport-2019/>
- Engdahl, O. (2001). Teori ock teorivändning. I O. Engdahl (Red.), *Modern sociologisk teori* (s. 21-40). Lund: Studentlitteratur.
- Evang, K. (1972). *Narkotika, generasjonene og samfunnet*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., Nilson, M., Merino, P. P., Howes, S., Robertson, K. (2000). *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*: Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

- FHI (Folkehelsinstituttet). (2018). Narkotikautløste dødsfall 2017. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/narkotikautloste-dodsfall-2017/> Finstad, L. (2003). *Politiblikket* (2 ed.). Oslo: Pax forlag.
- Fjær, S. (2004). From Social Radicalism to Repression: The Construction of Norwegian Drug Policy in the 1970s. I A. Andersen, K. t. Elvebakken, & W. Hubbard (Red.), *Public Health and Preventive Medicine 1800-2000. Knowledge, Co-operation and Conflict*. (Vol. 2000, s. 143-157). Bergen: Rokkansenteret.
- Fjær, S. (2005). Ubehaget i enigheten. *Arr - idéhistorisk tidsskrift*, 16(1-2), 3-17.
- Flaatten, S. (2014). Linedanserne–Straffens strateger og det legale herredømme. *Jussens Venner*, 49(01), 1-37.
- Fondén, C., & Leiknes, M. (2003). After all it's my life we're dealing with. Drug users' encounters with social services, the police and voluntary organisations. I E. H. Pedersen & C. Tigerstedt (Red.), *Regulationg drugs - between users, the police and social workers* (Vol. NAD publication nr 3, s. 123-140). Helsinki: NAD.
- Foucault, M. (2005). *The Archaeology of Knowledge & The Discourse on Language*. New York: Routledge.
- Frank, V. A., & Bjerger, B. (2011). Empowerment in drug treatment: Dilemmas in implementing policy in welfare institutions. *Social science & medicine*, 73(2), 201208.
- Frantzen, E. (2001). *Metadonmakt: Møte mellom narkotikabrukere og norsk metadinpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Frantzen, E. (1995). Fra tabu til forsiktig aksept. *Stoffmisbruk*, 6, 12-15.
- Friis, K. (2007). Konstruktivismen og nasjonale interesser. *Internasjonal Politikk*, 65(3), 85.
- Garland, D. (1985). *Punishment and Welfare-A History of Penal Strategies*. Brookfield: Gower Publishing Co.
- Garland, D. (1991). Sociological perspectives on punishment. *Crime and Justice*, 14, 115-165.
- Garland, D. (1996). The limits of the sovereign state strategies of crime control in contemporary society. *The British Journal Of Criminology*, 36(4), 445-471.
- Garland, D. (1997). Governmentality and the problem of crime: Foucault, criminology, sociology. *Theoretical criminology*, 1(2), 173-214.
- Garland, D. (2000). The culture of high crime societies. *The British Journal Of Criminology*, 40(3), 347-375.
- Garland, D. (2012a). *The culture of control: Crime and social order in contemporary society*. Oxford: University of Chicago Press.
- Garland, D. (2012b). *Punishment and modern society: A study in social theory*. Chicago: University of Chicago Press.
- Garland, D. (2018). Theoretical advances and problems in the sociology of punishment. *Punishment & Society*, 20(1), 8-33.
- Giertsen, H. (2010). Stoltenberg-utvalget og dagens narkotikapolitikk–endringer eller fortsettelse? *Kritisk juss*, 36(04), 273-284.
- Giertsen, H., & Rua, M. (2014). Møtested for Straff og Velferd. Rusmestringsavdelinger i fengsel, ansattes syn. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 101(2), 158-182.
- Gjersing, L. R., & Amundsen, E. J. (2018). *Narkotika i Norge*. Hentet fra: <https://fhi.brage.unit.no/fhi->

xmlui/bitstream/handle/11250/2582062/Narkotika%20i%20Norge%202018utgave2.pdf?sequence=6

- Goffman, E. (1969). *The presentation of self in everyday life*. Middlesex, UK: Harmondsworth.
- Goldsmith, A. (1990). Taking police culture seriously: Police discretion and the limits of law. *Policing and Society: An International Journal*, 1(2), 91-114.
- Greene, J. C. (2000). Understanding social programs through evaluation. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (Vol. 2, s. 981-1000). California, USA: Sage Publications.
- Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington, DC: CATO Institute.
- Grindheim, J. E. (1996). Political Culture and Treatment Strategies in the Nordic Countries. *Nordisk Alkoholtskrift (Nordic Alcohol Studies)*, 13(5-6), 240-252.
- Guion, L. A., Diehl, D. C., & McDonald, D. (2001). *Conducting an in-depth interview*. Florida, USA: University of Florida Cooperative Extension Service.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.
- Hacking, I. (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and society*, 33(3), 277-302.
- Hakkarainen, P., & Tigerstedt, C. (2003). Motsägelseernas narkotikapolitik-normaliseringen av narkotikaproblemet i Finland. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 20(2-3), 181-195.
- Hakkarainen, P., Tigerstedt, C., & Tammi, T. (2007). Dual-track drug policy: Normalization of the drug problem in Finland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(6), 543-558.
- Halkier, B. (2012). Fokusgrupper. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder* (s. 133-152). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hallgrimsson, O. (1980). Methadone treatment: The Nordic attitude. *Journal of Drug Issues*, 10(4), 463-475.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice*. Abingdon: Routledge.
- Hartnoll, R., Avico, U., Ingold, F., Lange, K., Lenke, L., O'Hare, A., & de Roij-Motshagen, A. (1989). A multi-city study of drug misuse in Europe. *Bulletin des stupéfiants*, 41, 327.
- Hauge, R. (1989). *Fra opiumskrig til legemiddelkontroll*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet. .
- Hauge, R. (1992). Norsk narkotikapolitikk—en beskrivelse og vurdering. I H. Waal & A.-L. Middelthon (Red.), *Narkotikaforebygging mot år 2000*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hauge, R. (2000). Har narkotikapolitikken spilt fallit. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskap*, 87(3), 241-245.
- Hauge, R. (2009). *Rus og rusmidler gjennom tidene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. I Rhodes, T. and Hedrich, D.(Red.) *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (s. 305-331). Scientific Monograph Series, 10. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Hedrich, D., Pirona, A., & Wiessing, L. (2008). From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 15(6), 503-517.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Rapport om narkotika. Stoltenbergutvalget*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rappomnarkotika_nettersjon.pdf
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal overdosestrategi 2014-2017*. «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve». Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/43121155483947d79316af20c68e6d7d/overdosestrategi_230414.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022*. (17/3829-92). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf
- Houborg, E. (2006). *Stofmisbrug, metadon, subjektivering: Historiske og aktuelle fremstillinger af stofmisbrug*. København: Sociologisk Institut, Københavns Universitet.
- Houborg, E. (2010). Control and welfare in Danish drug policy. *Journal of Drug Issues*, 40(4), 783-804.
- Houborg, E. (2011). Kriminalisering af narkotika-den politiske og samfundsmæssige baggrund for kriminaliseringsprocesser i perioden 1950-2004. I Asmussen Frank, V., Dahl, H. V. (Red.) *Kriminalitet og illegale rusmidler* (s. 119-144). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Houborg, E., Frank, V. A., & Bjerger, B. (2014). From zero tolerance to non-enforcement: Creating a new space for drug policing in Copenhagen, Denmark. *Contemporary Drug Problems*, 41(2), 261-291.
- Hovednak, S. (2006). Tekstanalyse: Diskursanalytisk og Hermeneutisk Perspektiv. I M. Brekke (Red.), *Analyse og fortolkning av tekst i forskningen* (s. 73-82). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Hughes, C. (2017). Portuguese drug policy. I R. Colson & H. Bergeron (Red.), *European drug policies: The ways of reform* (s. 164-181). London: Routledge.
- Hughes, J., & Månsson, S.-A. (1988). *Kvalitativ sociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Hviid Jacobsen, M., & Kristiansen, S. (2001). *Farligt feltarbejde: etik og etnografi i sociologien*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Høigård, C. (1993). *Bakgater: om prostitusjon, penger og kjærlighet*. Oslo: Pax.
- Jacobsen, M. H., & Kristiansen, S. (2001). *Farligt feltarbejde: etik og etnografi i sociologien*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Johansen, K. A., Debaere, V., Vandeveld, S., & Vandebroek, M. (2018). Governance of substance use as a by-product of policing in Norway: A historical account. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(4), 240-256.
- Johansen, N. B. (2002). *Tillit og svik i narkomiljøet*. (SIRUS rapport 4/2002). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Johansen, N. B., & Skilbrei, M.-L. (2011). Chicagoskolens virkelige konsekvenser. *Sosiologi i dag*, 41(2), 3-13.
- Johansen, P. O. (1994). *Markedet som ikke ville dø: Forbudstiden og de illegale alkoholmarkedene i Norge og USA*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet.
- Johnson, B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133.

- Justesen, L. N., & Mik-Meyer, N. (2012). *Qualitative research methods in organisation studies*. Oslo: Gyldendal.
- Justis- og politidepartementet (1967). *Ot.prp. nr. 46 Om lov om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.m.* Hentet fra https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1967-68&paid=4&wid=b&psid=DIVL197&pgid=b_0506&vt=b&did=DIVL201
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003). *At skabe en klient: institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kelle, U. (2006). Combining qualitative and quantitative methods in research practice: purposes and advantages. *Qualitative research in psychology*, 3(4), 293-311.
- Kouvonen, P., Skretting, A., & Rosenqvist, P. (2007). Drugs in the Nordic and Baltic countries. Common concerns, different realities. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 24(3), 344.
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research*. California, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview: introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lalander, P. (2003). *Hooked on heroin*. Oxford: Berg.
- Larney, S., Zador, D., Sindicich, N., & Dolan, K. (2017). A qualitative study of reasons for seeking and ceasing opioid substitution treatment in prisons in New South Wales, Australia. *Drug and alcohol review*, 36(3), 305-310.
- Larsson, P. (2015). Politistategier mot narkotika. *Drugs: what is the problem and how do we perceive it? Policies on drugs in the Nordic Countries*, (s. 78–89). NSfK Working Group Report. Aarhus: Aarhus Univeristy.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 243-256.
- Laursen, L. (1992). Sammenhold på afveje. *Nordisk Alkoholtidskrift (Nordic Alcohol Studies)*, 9(2), 73-84.
- Lee, R. M. (1995). *Dangerous fieldwork* (Vol. 34). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A., & Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (4 ed., s. 97-128). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service*. New York: Russell Sage Foundation.
- Loader, I., & Sparks, R. (2004). For an historical sociology of crime policy in England and Wales since 1968. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 7(2), 5-32.

- Lobmaier, P. P. K., Dalsbø, T. K., & Clausen, T. (2011). Nalokson nespray kan redusere risikoen for dødelige heroinoverdoser. *Norsk epidemiologi*, 21(1), 107-111.
- Loyens, K. (2015). Law enforcement and policy alienation: Coping by labour inspectors and federal police officers. I P. Hupe, M. Hill and A. Buffat (Red.), *Understanding street-level bureaucracy* (s. 99-114). Bristol: Policy Press.
- Lundeberg, I. R. (2009). Foucault om retten og makten. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(1), 28-40.
- Lundeberg, I. R., & Mjåland, K. (2017). *Åpne russcener i Bergen etter stengningen av Nygårdsparken: En studie av strategi, tiltak og brukererfaringer*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Löfgren, O. (1996). Ett ämne väljer väg. I B. L. Ehn, Orvar (Red.), *Vardagslivets etnologi. Reflektioner kring en kulturvetenskap* (s.13-89). Stockholm: Forlaget Natur och kultur.
- Løkken, G. (2012). *Levd observasjon: en vitenskapsteoretisk kommentar til observasjon som forskningsmetode*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive behaviors*, 21(6), 779-788.
- Maynard-Moody, S. W., Musheno, M., & Musheno, M. C. (2003). *Cops, teachers, counselors: Stories from the front lines of public service*. Michigan: University of Michigan Press.
- McCambridge, J., Witton, J., & Elbourne, D. R. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(3), 267-277.
- McKeganey, N., Morris, Z., Neale, J., & Robertson, M. (2004). What are drug users looking for when they contact drug services: Abstinence or harm reduction? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 11(5), 423-435.
- Mik-Meyer, N. (2004). *Dømt til personlig utvikling: identitetsarbejde i revalidering*. København: Hans Reitzels Forlag
- Mik-Meyer, N., & Järvinen, M. (2005). Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (s. 9-26). København: Hans Reizel Forlag.
- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2007). *Magtens former: sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Moore, S. T. (1987). The theory of street-level bureaucracy: a positive critique. *Administration & Society*, 19(1), 74-94.
- Nadelmann, E. A. (1993). Progressive legalizers, progressive prohibitionists and the reduction of drug-related harm. I N. Heather, A. Wodak, E. A. Nadelmann, & P. O'Hare (Red.), *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science* (s. 34-45). Abingdon: Routledge.
- Neale, J., Nettleton, S., & Pickering, L. (2011). What is the role of harm reduction when drug users say they want abstinence?. *International Journal of Drug Policy*, 22(3), 189-193.
- Neumann, C. B., & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen: En metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet og makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Neumann, I. B., & Sending, O. J. (2003). *Regjering i Norge*. Oslo: Pax.

- Newburn, T., & Jones, T. (2007). Symbolizing crime control: Reflections on zero tolerance. *Theoretical criminology*, 11(2), 221-243.
- O'Hare, P. A., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E., & Drucker, E. (1992). *The reduction of drug-related harm*. London: Routledge.
- Olafsdottir, H. (2003). Skyldig eller sjuk? Om valet av pafoljd for narkotikabruk . *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 20(2/3), 200-203.
- Olsen, H., & Skretting, A. (2006). *Ingen enkle løsninger. Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. (SIRUS rapport 2/2006). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Olsen, O. E., Mikkelsen, A., & Lindøe, P. H. (2002). Fallgruver i følgeforskning. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 43(02), 191-217.
- Olssen, M. (2003). Structuralism, post-structuralism, neo-liberalism: assessing Foucault's legacy. *Journal of Education Policy*, 18(2), 189-202.
- Osborne, A. (2002, 27. juli). Expensive Oslo is cheap fix capital. *The Guardian*. Hentet fra: <https://www.theguardian.com/world/2002/jul/27/andrewosborn>
- Oslo Politidistrikt. (2007). *Høring - Forlengelse av sprøyteromslovens virketid*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/hdk/2006/0018/ddd/pdfv/306491-riksadvokaten_politimesteren_i_oslo.pdf
- Page, J. B., & Singer, M. (2017). Anthropological Study of Drug Use: Methodological and Theoretical Considerations. I T. Kolind, B. Thom, & G. Hunt (Red.), *The SAGE Handbook of Drug and Alcohol Studies: Social Science Approaches* (s. 69-84). California: SAGE Publications.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pedersen, M. (2016). *Veier ut av LAR*. (Masteroppgave, Høgskolen i Østfold) Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2416033/16-015602%20Masteroppgave%20-%20Veier%20ut%20av%20LAR%20-%20Monica%20Pedersen.pdf%20276215_1_1.pdf?sequence=1
- Pedersen, W. (2003). En rev bak øret Den sosiale konstruksjonen av cannabis. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 3(1), 25-47.
- Pereira, M., & Scott, J. (2017). Harm reduction and the ethics of drug use: contemporary techniques of self-governance. *Health Sociology Review*, 26(1), 69-83.
- Piore, M. J. (2011). Beyond Markets: Sociology, street-level bureaucracy, and the management of the public sector. *Regulation & Governance*, 5(1), 145-164.
- Poland, B. D. (1995). Transcription quality as an aspect of rigor in qualitative research. *Qualitative inquiry*, 1(3), 290-310.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7227), 114-116.
- Power, R., Jones, S., Kearns, G., & Ward, J. (1996). An ethnography of risk management amongst illicit drug injectors and its implications for the development of communitybased interventions. *Sociology of Health & Illness*, 18(1), 86-106.
- Reitan, T. C. (1996). Coercive Treatment and Democracy—Incompatible Phenomena? *Nordisk Alkoholtidskrift*, 13(3), 131-141.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). Harm reduction and the mainstram. I T. Rhodes & D. Hedrich (Red.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: Office for Official Publication of the European Communities.

- Rossow, I., & Baklien, B. (2011). Applying mixed methods in evaluation of a community prevention project: reflections on strengths and challenges. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(5-6), 487-500.
- Rowe, M. (2007). Rendering visible the invisible: Police discretion, professionalism and decision-making. *Policing & Society*, 17(3), 279-294.
- Rusreformutvalget. (2019). *NOU 2019:26 Rusreform Fra straff til hjelp*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/rusreformutvalget/id2594880/>
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandberg, S. og W. Pedersen (2005). «Rett fra pikerommet, med ransel på ryggen»? – Om ungdom som oppholdt seg rund Plata. (NOVA rapport 06/2005). Oslo: NOVA.
- Schensul, J. J., & LeCompte, M. D. (2012). *Essential ethnographic methods: A mixed methods approach* (2 utg. Vol. 3). Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.
- Schiøtz, A. (2017). Rus i Norge. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(01), 4-26.
- Seale, C. (1999). Quality in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 5(4), 465-478.
- Seddon, T. (2011). Explaining drug policy: Towards an historical sociology of policy change. *International Journal of Drug Policy*, 22(6), 415-419.
- Semb, R., Borg, M., & Ness, O. (2016). Tilpasning eller tilbaketrekning?- Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus-og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(03), 204-220.
- SERAF. (2018). *Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver*. (SERAF rapport 3/2017) Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning/Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Leviton, L. C. (1991). *Foundations of program evaluation: Theories of practice*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage Publications.
- Skjælaaen, Ø. (2006). *Kampen om sprøyterom. Beskrivelse av prosessen og analyse av argumentnes begrunnelser*. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Oslo. Hentet fra <https://docplayer.me/6346395-Kampen-om-sproyterom-beskrivelse-av-prosessen-og-analyse-av-argumentenes-begrunnelser.html>
- Skjælaaen, Ø. (2009). Narkotikastraffens verdiregnskap. *Tidsskrift for forskning, fagkritikk og teoretisk debatt*, 37(3), 4-19.
- Skretting, A. (1996). Den norske metadondebatten – aktører og fagpolitisk interessekamp. *Nordisk Alkoholtidsskrift*, 13(5-6), 267-271.
- Skretting, A. (1999). EU og nye syntetiske stoffer. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 16(1), 53-57.
- Skretting, A. (2001a). Public injection rooms, a help to heroin addicts? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 18(5-6), 427-443.
- Skretting, A. (2001b). Sprøyte-/helsesrom-et hjelpetilbud til heroinmisbrukere? *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 18(5/6), 427-443.
- Skretting, A. (2003). Sprøyterom i Norge?: Historien ruller videre. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 20(4), 260-271.
- Skretting, A. (2014). Governmental conceptions of the drug problem: A review of Norwegian governmental papers 1965–2012. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(5-6), 569-584.

- Skretting, A., & Olsen, H. (2006). Ingen enkle løsninger. Tiltaksplanen for alternativer til «Plata» i Oslo. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 23(4), 245-258.
- Skretting, A., & Olsen, H. (2007). *Hva nå?: evaluering av prøveordning med sprøyterom*. (SIRUS rapport 7/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Skretting, A., & Olsen, H. (2009). *Nye lokaler - andre resultater?: videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo*. (SIRUS rapport 7/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Smelser, N. J. (1991). *Sociology* (4. utg.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Snertingdal, M. I. (2010). *The co-constitution of heroin crime: Narratives of smugglers and dealers meet the judicial practices* (Doktorgradavhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Sosial- og Helsedepartementet. (1997). *St. meld. nr 16 (1996-97) Narkotikapolitikken*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosialdepartementet. (1976). *St. meld. nr 66 (1975-76). Om narkotikaproblemer*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Stimson, G. (1991). Risk reduction by drug users with regard to HIV infection. *International review of Psychiatry*, 3(3-4), 401-415.
- Stimson, G., & Oppenheimer, E. (1982). *Heroin addiction: Treatment and control in Britain*. London: Tavistock Publications.
- Stoeber, H. (2002). Consumption rooms—A middle ground between health and public order concerns. *Journal of Drug Issues*, 32(2), 597-606.
- Stoltenbergutvalget. (2010). *Rapport om narkotika*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rappomnarkotika_nettsversjon.pdf
- Storvoll, E., Rossow, I., Moan, I. S., Norstrøm, T.-A., Scheffels, J., & Lauritzen, G. O. (2010). Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk. (SIRUS rapport 3/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Strang, J., Groshkova, T., & Metrebian, N. (2012). *New heroin-assisted treatment: recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Symonds, J. E., & Gorard, S. (2010). Death of mixed methods? Or the rebirth of research as a craft. *Evaluation & Research in Education*, 23(2), 121-136.
- Tammi, T. (2005a). Diffusion of Public Health Views on Drug Policy: The Case of Needle Exchange in Finland. I T. Hoikkala, P. Hakkarainen, & P. a. S. Laine (Red.), *Beyond Health Literacy. Youth Cultures Prevention and Policy* (Vol. Publications 52, s. 185199). Helsinki: Finnish Youth Research Society.
- Tammi, T. (2005b). Discipline or contain?: The struggle over the concept of harm reduction in the 1997 Drug Policy Committee in Finland. *International Journal of Drug Policy*, 16(6), 384-392.
- Tanum, L., Solli, K. K., Benth, J. Š., Opheim, A., Sharma-Haase, K., Krajci, P., & Kunøe, N. (2017). Effectiveness of injectable extended-release naltrexone vs daily buprenorphine-naloxone for opioid dependence: a randomized clinical noninferiority trial. *JAMA psychiatry*, 74(12), 1197-1205.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tham, H. (2005). Swedish drug policy and the vision of the good society. *Journal of Scandinavian studies in criminology and crime prevention*, 6(1), 57-73.
- Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

- Tjersland, O. A., Jansen, U., & Engen, G. (1998). *Våge å leve. En bok om alternative veier i behandling basert på erfaringene fra Tyrili*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis, 2. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trost, J. (2010). *Kvalitative intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Tummers, L. (2012). Policy alienation of public professionals: The construct and its measurement. *Public Administration Review*, 72(4), 516-525.
- Tummers, L., & Bekkers, V. (2014). Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527-547.
- Tummers, L., Bekkers, V., & Steijn, B. (2009). Policy alienation of public professionals: Application in a new public management context. *Public Management Review*, 11(5), 685-706.
- Tøndel, G. (2013). Mening og myndighet: Produksjonen av styringstall i helse-og sosialtjenesten. *Sosiologisk tidsskrift*, 21(01), 65-90.
- UNDP, (2018). *Norge fortsatt på topp, men store ulikheter i verden legger en demper på den globale utviklingen*. Hentet fra http://www.no.undp.org/content/norway/no_no/home/presscenter/articles/2018/09/14/norge-fortsatt-p-topp-men-store-ulikheter-i-verden-legger-en-demper-p-den-globaleutviklingen-.html
- van Kalmthout, A., Derks, J., & Albrecht, H. (1999). General Introduction and some Remarks on European Drug Policy Research. I A. van Kalmthout, J. Derks, & H. Albrecht (Red.), *Current and Future Drug Policy Studies in Europe* (s. 1-11): Max-Planck-Institut.
- Villadsen, K. (2002). Michel Foucault og kritiske perspektiver på liberalismen. Governmentality eller genealogi som analysestrategi. *Dansk sociologi*, 13(3), 77-97.
- Waal, H. (1996). Fortellingen om metadon i Norden. *Nordisk Alkoholtidsskrift (Nordic Alcohol Studies)*, 13(5-6), 237-239.
- Waal, H. (1998). Vekkelser og veivalg. Om linjeskiftene i norsk narkotikapolitikk. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 1(3), 134-151.
- Waal, H. (2004). *Comparative overview of public nuisance features with regard to open drug scenes and different approaches taken by European Countries to address them*. (SERAF rapport 8/2004). Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, UIO.
- Waal, H., Andresen, A. S., & Kaada, A. K. (1981). *Kollektiver: hverdag og virkninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Håseth, A., & Lillevold, P. H. (2013). *Statusrapport 2012. LAR som det vil bli fremover?* (SERAF rapport 1/2013). Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, UIO.
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Lillevold, P. H., & Skeie, I. (2018). *Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver*. (SERAF rapport 3/2018). Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, UIO.
- Waal, H., Clausen, T., Gjersing, L., & Gossop, M. (2014a). Open drug scenes: responses of five European cities. *BMC public health*, 14(1), 853.
- Waal, H., Clausen, T., Håseth, A., & Lillevold, P. H. (2009). *LAR I NORGE 10 år Statusrapport 2008*. Oslo: Senter for rus-og avhengighetsforskning, UIO.
- Waal, H., & Mørland, J. (2017) Stoff, straff og sosial smitte—en uheldig sammenblanding. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 4, 137.

- Wadel, C., & Wadel, C. C. (2007). *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Wadel, C. C. (2014). *Feltarbeid i egen kultur*. Revidert utgave av Carl Cato Wadel og Otto Laurits Fuglestad. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Walker, S., & Katz, C. M. (2012). *Police in America*. New York: McGraw-Hill.
- Wangensten, T. (2015). *Å avslutte LAR eller redusere dosen vesentlig? Jo visst er det mulig!* Hentet fra <https://docplayer.me/6286954-A-avslutte-lar-eller-reducere-dosen-vesentlig-jo-visst-er-det-mulig.html>
- Wiebel, W. W. (1990). Identifying and gaining access to hidden populations. I E. Y. Lambert (Red.), *The collection and interpretation of data from hidden populations* (Vol. 98, s. 4-11). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, NIDA.
- Willersrud, A. B., & Olsen, H. (Eds.). (2006). Democracy or closer control? Emergence of drug user participation in Norway. I J. Anker, V. Asmussen, P. Kouvonen, & D. Tops (Red.), *Drug Users and Spaces for Legitimate Action*. Vol. 49 (85-104). Helsinki: Nordiska Nämnden för alkohol- ock drogforskning (NAD).
- Williams, R. (1981). Learning to do field research: intimacy and inquiry in social life. *Sociology*, 15(4), 557-564.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Ødegård, E. (2011). *En historikk over norsk narkotikapolitikk og politikken meningsforankring*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/oedegaard_om_norsk_narkotikapolitikk.pdf
- Ødegård, E., Bretteville-Jensen, A. L., & Skretting, A. (2002). Utviklingen av narkotikamisbruket i Norge på 1990-tallet. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 19(2), 106-122.

Offentlige dokumenter som viser rusmiddelpolitiske endringer:

St.meld. nr 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer.

St.prp. 138 (1978-79) Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer.

St.meld. nr 13 (1985-86): Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken

St.meld. nr 16 (1996-97): Narkotikapolitikken

St.prp. nr 58 (1997-98): Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005

Ot. Prp. Nr 3 (2002-2003): Rusreform 1

Ot.prp. nr 56 (2003-2004): om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika

Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010

Opptrappingsplan for rusfeltet 2007-2012

Rapport om narkotika. Stoltenbergutvalget (2010)

Meld. St. 30 2011-2012: Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) Prop. 15 Stortinget

Artikkel 1

Olsen. H. (2017)

Open drug scenes and police strategies in Oslo, Norway.

Journal of Scandinavian studies in criminology and crime prevention, 18(2):141-156

Artikkel 2

Olsen. H. (2019)

Totalavhold og skadereduksjon – Om offentlig styring av rusbehandling.

Norsk Sosiologisk Tidsskrift, 3(06): 426-441.



Totalavhold og skadereduksjon

Om offentlig styring av rusbehandling

Abstemious versus harm reduction

On public administration of drug treatment.

Hilgunn Olsen

Stipendiat, Institutt for Kriminologi- og Retts sosiologi, Universitetet i Oslo

Hilgunn.Olsen@krus.no

Sammendrag

Formålet med denne artikkelen er å analysere myndighetenes forsøk på å tvinge sosialfaglige behandlingskollektiver til å implementere medisinske løsninger. Behandling av rusavhengige har historisk handlet om totalavhold, men fra 1980-tallet ble skadereduserende tiltak integrert i narkotikapolitikken. Å tilby rusavhengige medikamenter gjennom Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR) medførte motstand i behandlingsapparatet. I 2011 krevde helseforetaket for første gang at samtlige behandlingstilbud måtte inkludere LAR-pasienter, og behandlingskollektivene responderte ulikt. Anbudsfinansiering har medført en homogenisering av rusbehandling og en opplevelse av å måtte oppgi målsettingen om totalavhold i behandlingssektoren. Dette belyses gjennom en studie av fire behandlingskollektivets handlingsrom i en anbudsprosess. Data består av intervjuer med nøkkelpersonell ved behandlingskollektivene, anbudsdokumenter, samt skriftlig informasjon fra kollektivenes hjemmesider. Behandlingskollektivene sees som bakkebyråkratier, som kan utøve skjønn i forhandlingene med helseforetakene. De må avveie helseforetakets krav mot egen ideologi og hensyn til pasientens beste. Analysene viser at to av de fire behandlingskollektivene kan beskrives som LAR-vennlige, og de to andre har motsatt seg styring og beskrives som konservative. De konservative kollektivene benyttet muligheten for å forhandle i anbudsrunder, mens et av de LAR-vennlige kollektivene ikke oppfattet en slik forhandlingsmulighet og aksepterte LAR-pasienter mot sin vilje. Det teoretiske bidraget til denne artikkelen er en ukonvensjonell bruk av begrepene bakkebyråkratier og politisk fremmedgjøring, som her brukes på organisasjonsnivå.

Nøkkelord

Narkotikapolitikk, bakkebyråkratier, politisk fremmedgjøring, rusbehandling, skadereduksjon, totalavhold

Abstract

The aim of this article is to analyze the authorities' attempts to force in-house drug rehabilitation centers to implement medical solutions. Historically, addiction treatment had temperance as a main goal, but from the 1980's harm reduction measures was integrated into the drug policy. However, the harm reduction measure of providing Opioid Maintenance Treatment (OMT) for problematic drug use was met with scrutiny by some of the in-house rehabilitation centers. In 2011 the health authorities demanded that all rehabilitation centers had to include OMT-patients. This demand and the tender financing of the treatment services resulted in a homogenization of the sector. Moreover, the practitioners in the in-house rehabilitation centers experienced a pressure to give up their goal of abstinence.

In this study the bidding processes involving four different in-house rehabilitation centers are analyzed. The article is based on interviews with key personnel working at the in-house rehabilitation centers, tender documents, as well as written information about these centers. The rehabilitation centers are understood as street level bureaucracies, whom exercise discretion in their negotiations with the health authorities. When using their discretion, they try to balance the health authorities' claim against their own ideology and the best interest of the patient. The analyzes show that two

in-house rehabilitation centers are OMT-friendly, whereas the other two centers oppose to OMT-patients and are, thus, described as conservative. The conservative centers took advantage of the opportunity to negotiate their position in the bidding process. However, one of the OMT-friendly treatment centers, did not use the bidding process as an opportunity to negotiate and had to accept OMT-patients, although this was against their initial interest. The theoretical contribution of this article, is an unconventional use of the concepts of street level bureaucracies and policy alienation, used here at organizational level.

Keywords

Drug policy, street-level bureaucracy, policy alienation, drug treatment, harm reduction, total abstinence

Innledning

«Hvis vi ikke er i grøfta på den ene siden, så er vi grøfta på den andre siden. Hvis vi har gått for langt den ene veien i norsk ruspolitikk, så slenger vi pendelen i veggen på den andre siden.» (Sitatet kommer fra en representant for et behandlingsskolektiv)

Historisk har totalavhold vært målet for alle behandlingstiltak for rusavhengige, men i dag dominerer skadereduserende tiltak i norsk narkotikapolitikk (Skretting, 2014). «Pendelen» har svinget fra totalavhold mot skadereduksjon. Det mest utbredte skadereduserende tiltaket er «Legemiddelassistert Rehabilitering» (LAR). Innføringen av LAR skapte høylytt debatt i det norske rusfeltet, særlig innen behandlingssektoren. Senere har behandlingsformen beveget seg fra å være kontroversiell til å bli hegemonisk. Rusfeltet har blitt gjenstand for økt offentlig styring gjennom anbudsfinansiering styrt av regionale helseforetak. For å vinne tilbud må institusjonene tilby den behandlingen helseforetaket etterspør, og de som taper tilbud står i fare for å måtte legge ned behandlingstilbudet.

Denne artikkelen handler om myndighetenes forsøk på å disiplinere sosialfaglige behandlingsskolektiv til å akseptere medisinske løsninger på avhengighetsproblematikken. Som et vindu til å forstå hvordan kollektivene har håndtert narkotikapolitiske endringer/myndighetenes krav benyttes teorier om politisk fremmedgjøring (policy alienation) (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009) og bakkebyråkratier (Brodtkin, 2011a; Lipsky, 1980). Mens «politisk fremmedgjøring» kan forklare motstanden behandlingssektoren har vist mot politikkendring, kan bakkebyråkrati-perspektivet belyse hvordan skjønsmessige vurderinger ble utvist i avveiningen mellom myndighetenes krav og pasientgruppens behov. Teoriene benyttes her på organisasjonsnivå, mens de vanligvis benyttes overfor tjenesteytere med klientkontakt. Caset som benyttes i analysen fokuserer på private behandlingsskolektivs håndtering av anbudsforhandlinger, der helseforetaket for første gang krevde generell aksept av LAR-pasienter i behandling. Kravet synliggjorde dilemmaer mellom helseforetakets krav, avholdsideologi og pasientgruppens behov.

Flere av behandlingsskolektivene som startet opp for 50 år siden er fortsatt i drift. Ideologi og idealisme var fra starten bærebjelker for kollektivdrift, i takt med solidaritets- og fellesskapstenkingen som preget samfunnet på den tiden (Schanche Andresen, 1990). Ved å se på kollektivenes tilpasninger til politikkendringer fremkommer dilemmaer og diskurser som gjenspeiler vesentlige ideologiske brytninger i rusfeltet.

En viktig samfunnsdebatt omhandler hvem som skal levere velferdstjenester til befolkningen – offentlige, kommersielle og/eller ideelle velferdsleverandører. Pasientgruppen i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB) er en sårbar gruppe med omfattende hjelpebehov. Valg av leverandører innen tilbudssystemet handler om hvordan denne pasientgruppen skal møtes og hvilke valgmuligheter de skal få. Behandlingsskolektivene som ideelle aktører

kan ha fortrinn sammenliknet med offentlige og kommersielle aktører, blant annet ved at de kan bidra til større mangfold i tilbud og lettere kan la seg styre av brukernes ønsker (Sivesind, 2018).

Fra totalavhold til skadereduksjon

Norsk narkotikapolitikk har tette bånd til norsk alkoholpolitikk. Norge har en særegen alkoholpolitisk historie med en kontroversiell og restriktiv politikk. Folk skulle oppdras, tilgangen på alkohol skulle begrenses og totalavhold var målet. I dette lå grunnlaget for en moralsk og ideologisk utvikling av rusfeltet. Da narkotikaen kom på 60-tallet ble bekjempelse, nullvisjon og totalavhold viktige bærebjelker for narkotikapolitikken (Christie & Bruun, 1985; Schiøtz, 2017). Begrepet totalavhold innebar avhold fra alle avhengighetskapende stoffer. Med innføring av LAR-behandling ble forståelsen av totalavholdsbegrepet utfordret. Skulle syntetisk fremstilte opiater sees som medisin eller som narkotika? Metadon er et avhengighetskapende morfinstoff, akkurat som heroin. De politiske diskusjonene som oppsto ved innføringen av metadonbehandling på 90-tallet definerte metadon som narkotika, ikke som medisin (Ødegård, 2011) – i noen sammenhenger omtalt som «statsdop» (Waal, 1996)

Både politikere og andre motstandere av metadonbehandling har med årene fått en mer positiv innstilling til LAR, og substitusjonsbehandling er i dag den dominerende behandlingsformen for opioidavhengighet på verdensbasis (Connery, 2015). I dag vil begrepet «rusfri» ofte bety fravær av illegale medikamenter, mens preparater som er forskrevet av lege kan benyttes (eksempelvis LAR-medikamenter). Den opprinnelige forståelsen av metadon som rusmiddel, i tråd med totalavholdstanken, lever imidlertid videre i noen miljøer, blant annet i deler av behandlingsfeltet.

Behandlingsfeltet ble splittet i spørsmålet om metadon på 90-tallet, og uenigheten består også i dag. Skretting (1996) har beskrevet en tredeling i metadondebatten, der en gruppe var utelukkende positiv, en var usikker, mens en tredje gruppe erklærte seg som motstandere av metadon. Den tredje gruppen besto av en sammenslutning av terapeutiske samfunn, inkludert kollektivbevegelsen. Hovedargumentet for motstanderne av metadon var at pasienter henvises til et liv med lavere livskvalitet enn om de hadde gjennomført ordinær rusbehandling. Samtidig mente de at metadonbehandling minsker motivasjonen for rusbehandling uten medikamenter (Olsen & Skretting, 2009; Skretting, 1996; Waal, 1996).

Kollektivenes holdninger i metadonspørsmålet kan ikke forstås uten å se til oppstarten av disse behandlingstilbudene. Den første behandlingssklinikken for «klassisk narkomane», Statens Klinikk for Narkomane (SKN) åpnet i 1961. Målgruppen var voksne med overforbruk av legeforskrevne medikamenter (Skretting, Bye, Vedoy & Lund, 2015). Blindheim (2003) beskriver hvordan rusbehandling i Norge har gått gjennom tre stadier, der SKN utgjør *Det gamle regimet*. SKN var ikke rustet til å møte yngre brukergrupper og nye rusmidler på slutten av 60-tallet (Blindheim, 2003; Skretting, 2014). Institusjonenes anti-terapeutiske virkning ble også et tema (Goffman, 1968), og innenfor behandlingsapparatet rådet pessimisme, stagnasjon og motløshet (Stensrud, 1985). Kollektivdrift fremsto som et lovende alternativ på 70-tallet, da fellesskapsideer og sosialfaglige problemtilnærminger var rådende (Andresen & Waal, 1978).

Det første behandlingsskolekollektivet, Solliakollektivet, ble startet av pasienter fra SKN i 1970 som en protest mot medikalisering og diagnosekultur de mente seg utsatt for (Waal, Andresen & Kaada, 1981). Her starter det Blindheim (2003) kaller for *Alternativperioden* innenfor norsk rusbehandling. Perioden kan betegnes som «antimedikalistisk» og alle de fire kollektivene startet opp med tilnærmet like målsettinger basert på totalavhold fra alle rusmid-

ler. Den tredje og nåværende perioden i rusbehandling «*Remedikaliseringen*», (Blindheim, 2003) startet i 1985 med debatten om metadon og utdeling av rene sprøyter. I denne perioden kom sykdomstenkingen til å fortrenge relasjonstenkingen som kollektivene hadde vært forkjempere for (Tjersland, 1995).

Som i resten av rusfagfeltet skapte metadondebatten også splittelse i kollektivbevegelsen. I dag omhandler uenighetene hovedsakelig pasientrettigheter. LAR- pasienter skal stå fritt til å velge mellom behandlingstilbud, og andre pasienter skal ha rett til å få behandling i LAR-frie omgivelser. Innenfor anbudssystemet er det helseforetaket som avgjør hvordan de tolker pasientrettigheter og hvilken vekt de tillegger dem. Som vi skal se kan det oppstå forhandlingslommer der helseforetaket forhandler med kollektivene om disse forståelsene.

Organisasjoners handlingsmuligheter i policy-implementering

Litteraturen om offentlig styring er bred. Teoriene om «politisk fremmedgjøring» og bakkebyråkratier kan være gode analyseverktøy for behandlingsskollektivenes motstand og forhandlinger i anbudsarbeid. Teoriene ble opprinnelig utformet for å gjelde tjenesteytere i direkte kontakt med publikum. I dette bidraget benyttes teoriene på organisasjonsnivå, og representerer dermed en videreutvikling av de opprinnelige teoriene.

Det er en lang vei fra policydokumenter til det som praktiseres på bakkeplan. Studier av implementering av politikk handler om hvordan lover og beslutninger på myndighetsnivå endres når de settes ut i praksis (Brodkin, 2003; Lipsky, 1980, 2010). Bakkebyråkratene utgjør det ytterste leddet i myndighetenes politikktøvelse der de møter tjenestemottakerne direkte, eksempelvis lærere, NAV-ansatte og politibetjenter (Lipsky, 1980, 2010). Lipskys (1980) opprinnelige teori handler om hvordan ansatte som har ansikt-til-ansikt kontakt med klientene sees som bakkebyråkrater som former politikk. Når bakkebyråkraterne omgjør politikk til praktiske handlinger foregår en tolkning og skjønnsmessige tilpassninger av politikken (Lipsky, 1980, 2010). Det praktiske resultatet av politiske beslutninger samsvarer derfor sjelden med intensjonene.

Lipskys teori har blitt videreutviklet for å studere handlingsmønstre høyere opp på organisasjonsstigen, i organisasjoner og institusjoner der aktørene utøver skjønnsmessige vurderinger uten å være i direkte kontakt med tjenestemottakerne (Brodkin, 2012; Brodkin & Majmundar, 2010; Piore, 2011; Skatvedt, Andvig & Baklien, 2015). Brodkin (2011a) har kalt nivået over de opprinnelige bakkebyråkratene for «bakkebyråkrat-organisasjoner» [street-level-organizations]. «Bakkebyråkratier» synes å være et passende begrep på norsk. Begrepet «bakkebyråkrati» er relativt lite brukt i norsk forskning, og når det benyttes er det i tråd med Lipskys (2010) egen forståelse, der begrepet benyttes for å beskrive organisasjonene der bakkebyråkratene jobber, se f.eks. Hagelund (2007), Røhnebæk (2016) og Lundberg & Syltevik (2013). I disse studiene er det fortsatt de opprinnelige bakkebyråkratene som er analyseobjekter. Et teoretisk bidrag fra denne studien er at behandlingsskollektiver kan fungere som bakkebyråkratier og utøve skjønn i politikktutforming, på samme måte som klassiske bakkebyråkrater.

Ved innføring av New Public Management (NPM) ble markedstenkning en ekstra faktor i politikktutforming- og utførelse (Brodkin, 2012). Anbudsstyring av private leverandører på rusfeltet er en form for NPM, og offentlige anskaffelser gjennom anbudsarbeid kalles for anbudsforhandlinger. Benevnelsen «forhandlinger» innebærer at konkurransegrunnlaget fra helseforetaket, der krav til behandlingssinstitusjonene beskrives, ikke er et absolutt dokument. Det foregår dialog mellom institusjonene og helseforetaket før tilbudene legges inn, der institusjonene som tilbydere kan legge inn spørsmål og få svar fra helseforetaket. Dette kan sees som en «forhandlingslomme». I selve tilbudet kan behandlingssinstitusjonene

skrive hva de tilbyr, og hvorfor. Eksempelvis kunne de som ikke ønsket å følge helseforetakets krav om å inkludere LAR-pasienter begrunne dette i tilbudet sitt. Selve tilbudet som leveres til helseforetaket kan derfor sees som en forhandling, selv om det kan medføre risiko å tilby noe annet enn konkurransegrunnlaget etterspør.

Maynard-Moody & Musheno (2003) viser hvordan bakkebyråkatiene plasserer seg i skjæringspunktet mellom formelle vedtak og sitt eget verdisystem, noe som er overførbart til ledelsen ved behandlingskollektivene. Det er i dette skjæringspunktet ledelsen må avveie krav fra helseforetaket mot egne verdibaserte ideologiske grunnlag, for å finne løsninger som møter pasientenes behov. Brodtkin (1990, 2011a, 2011b) og Piore (2011) viser hvordan bakkebyråkatiene har en viktig rolle i utformingen av politikk, og behandlingskollektivene bidrar også til politikktutforming gjennom anbudsarbeidet. Helseforetaket gjør til sist en helhetsvurdering av tilbudene fra kollektivene sett opp mot det samlede behovet for rusbehandlingstjenester. På den måten vil rammebetingelser på systemnivå både muliggjøre og begrense kollektivenes handlingsrom.

Politisk fremmedgjøring handler om motstand mot å implementere myndighetenes politikk, og kan defineres som en psykologisk avstandstaken til politikken som forsøkes implementert (Tummers, 2012). Begrepet ble utviklet for å belyse motstand mot implementering av politikk med utspring i NPM, der økonomiske verdier har blitt stadig viktigere (Tummers, Bekkers, & Steijn, 2009). Tummers (2012) skiller mellom to dimensjoner: «Policy powerlessness» og «policy meaninglessness», hvorav «policy meaninglessness» (politisk meningsløshet) er mest relevant for diskusjonen om kollektivenes motstand mot helseforetaket. «Politisk meningsløshet» handler om manglende tro på verdien av konkrete politikkkendinger på samfunns- eller klientnivå (Tummers, 2012). I behandlingskollektivenes begrunnelser for motstand mot LAR-pasienter i sine institusjoner var begrunnelsen nettopp at pasientgruppen ikke ville profitere på en slik politikkkending.

Teorien om politisk fremmedgjøring omhandler «public professionals», som kan likestilles med Lipskys bakkebyråkrater, og teoriene er også tett sammenknyttet (Lipsky, 2010; Tummers, 2012). Tummers og Bekkers (2014) viser at handlingsrommet for skjønnsutøvelse i arbeidet påvirker motivasjonen for å implementere ny politikk. Bakkebyråkrater ønsker å ha muligheten til å tilpasse tilbud til klientenes behov, og villigheten til å implementere ny politikk øker med muligheten til å møte klienters behov (Tummers & Bekkers, 2014). Dette kan bidra til å forklare motstanden noen behandlingskollektiver har hatt mot å åpne opp for LAR-pasienter. Forklaringen ligger i manglende rom for skjønnsutøvelse for å tilpasse behandlingstilbudet til pasientgruppen.

Denne artikkelen viser hvorfor overgangen til skadereduksjon har møtt innvendinger i behandlingssektoren, og hvordan motstanden har kommet til uttrykk i anbudsforhandlinger. Noen behandlingskollektiver har frivillig oppgitt målsettingen om totalavhold i behandling, mens andre har gått mot et skadereduserende tankesett og styring ovenfra. Striden om LAR er et prisme for verdikampene som har pågått i rusfeltet.

Metode

Data består av offentlige anbudsdokumenter, informasjon fra nettsider samt kvalitative intervjudata. Dokumentene er anbudsdokumenter for TSB fra 2011, som inkluderer konkurransegrunnlaget fra Helse Sør-Øst, tilbudene fra de fire behandlingskollektivene, samt de endelige ytelsesavtalene som fremkommer etter forhandlinger mellom partene. I *konkurransegrunnlaget* beskriver Helse Sør-Øst hvilke tjenester de vil kjøpe for å dekke behovet i pasientgruppen. Ledelsen/styret ved kollektivene beskriver så i sine *tilbud* hvordan deres tje-

nester kan dekke disse behovene, og helseforetaket kan da forhandle på dette tilbudet slik at de kommer frem til en endelig *ytelsesavtale*. Disse dokumentene er sentrale for kollektivenes eksistens fordi de avgjør hvorvidt de får finansiering. Alle dokumentene ble utlevert fra Helse Sør-Øst på min anmodning. Dokumentene er offentlige, men informasjon om prising av tjenestene er unntatt offentlighet og var dermed fjernet.

Dokumentanalysen ble gjort i form av en innholdsanalyse (Justesen & Mik-Meyer, 2012) for å finne beskrivelse av målsettingen for behandlingen. Anbudsdokumentene beskriver tjenestene, men varierer i beskrivelse av ideologi og målsetting. Ved hjelp av «skrivebordsbasert etnografi» Tjora (2012) ble hjemmesidene til kollektivene gjennomgått systematisk for å utfylle informasjonen fra anbudsdokumentene. Hjemmesidene inneholdt nærmere beskrivelser av kollektivenes ideologi, historie og drift. Alle dokumentene og tekstene ble tolket innenfor et konstruktivistisk perspektiv, som innebærer at dokumentenes kontekst er sentral for forståelsen (Justesen & Mik-Meyer, 2012). Historien til kollektivene, deres finansieringssystem, samt narkotikapolitikens utvikling utgjør rammen som dokumentene ble tolket innenfor, og denne rammen er derfor også beskrevet innledningsvis. I analysen av dokumentene var det avgjørende å ha oversikt over hvor i den narkotikapolitiske historien kollektivene oppsto og hvorfor. Ideologien til det enkelte behandlingsskollektiv var og er et produkt av sin tid, og kan derfor bare forstås i en historisk kontekst.

Totalavhold og skadereduksjon kan sees som de viktigste narkotikapolitiske diskursene i vår tid. Konstruktivismen legger til grunn at språket skaper virkelighetsforståelser (Tjora, 2018). I analysen av dokumentene fungerte de narkotikapolitiske diskursene som bakteppe i avdekkingen av kollektivenes målsettinger og ideologi. Ulike ord og uttrykk som benyttes skriver seg inn i enten totalavholdsdiskursen eller skadereduksjonsdiskursen, noe som igjen er avgjørende for hvorvidt LAR forstås som rusmiddel eller som medisin.

For å kontekstualisere tekstene ytterligere og sette dem i en større sammenheng, ble det gjennomført fire kvalitative dybdeintervjuer for å forstå *hvorfor* målsettingene var utformet som de var. Informantene var nøkkelpersoner ved hvert av de fire kollektivene, en såkalt «strategisk utvelgelse» av informanter (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). Kollektivene fikk selv velge nøkkelpersoner som best kunne redegjøre for kollektivets historie og begrunnelse for behandlingsstrategi. Fossumkollektivet og Tyrilistiftelsen valgte terapeuter som hadde lang erfaring som behandlere i stiftelsen; en person i Tyrilistiftelsen og to personer som ble intervjuet sammen fra Fossumkollektivet. Sollia og Arken valgte en person hver fra ledelsen. Nøkkelpersonene hadde god og detaljert oversikt over kollektivets historie og valg av ideologisk grunnlag, samt mye kunnskap om den offentlige debatten om skadereduksjon og LAR.

Intervjuguiden omhandlet begrunnelser for valg av behandlingssinnhold, med særlig vekt på forholdet til totalavhold og LAR-pasienter. Anbudsrunden i 2011 var også tema, samt kollektivenes håndtering av offentlig styring gjennom anbud. Intervjuene var semi-strukturerte, varte i om lag halvannen time og ble tatt opp på bånd. Intervjuene ble transkribert og kodet i NVivo. Kodingen foregikk ved gjennomlesning av transkribert tekst der relevant tekst ble merket og kategorisert i mapper i datasystemet. Disse «mappene» samsvarer med hovedtemaene i intervjuene: «målsetting», «syn på rusavhengighet» og «anbud». Hver av disse mappene fikk undermapper med navnene på de fire kollektivene, slik at det ble oversiktlig å finne ut av hvilket ideologisk grunnlag hvert av dem er tuftet på, hvordan behandlingstilbudet er utformet, og hvordan de har arbeidet i anbudsprosessene. Denne formen for koding kan sees som «induktiv empirinær koding» (Tjora, 2018) ved at begrepene som benyttes som koder er hentet fra datamaterialet.

Utvalget består av kollektiver som har avtale med Helse Sør-Øst, fordi de behandler en

relativt stor andel av det totale antallet pasienter som har problemer med illegale rusmidler i Norge, men også fordi det er her noen av de kraftigste ideologiske diskusjonene har pågått. Det er fire rusbehandlingskollektiver som har voksne som målgruppe innen Helse Sør-Øst: Arken, Solliakollektivet, Tyrilistiftelsen og Fossumkollektivet. Arken har en avdeling med ti plasser, lokalisert i Oslo, mens Sollia har 23 plasser fordelt på tre avdelinger. Tyrilistiftelsen har 187 plasser fordelt på ni avdelinger, samt tre avdelinger i fengsler. Fossumkollektivet har 100 plasser fordelt på ni avdelinger. Alle kollektivene har hovedfokus på misbruk av illegale rusmidler.

Jeg har selv arbeidet som forsker i Tyrilistiftelsen, og kjenner derfor denne institusjonen bedre enn de andre. Dette kan både ha vært en styrke og en svakhet. Kanskje har jeg fremstilt Tyrilistiftelsen mer positivt enn innsamlet data skulle tilsi, fordi jeg har mer kunnskap om dem. Samtidig har min ansettelse i Tyrilistiftelsen sannsynligvis medført større velvillighet fra helseforetakets side til å finne dokumenter og besvare spørsmål om anbudsarbeidet. Kanskje opplevde jeg også mer velvillighet fra kollektivenes side til å stille til intervju og diskutere vanskelige spørsmål enn en helt utenforstående ville kunne oppleve.

Totalavhold versus LAR i kollektivsektoren

Kollektivene plasserer seg ulikt i skjæringspunktet mellom myndighetenes krav og eget verdigrunnlag. Noen har ytt lite motstand mot overgangen til LAR, mens andre har satt mye på spill for å hindre inntak av LAR-pasienter og opprettholde målsettingen om totalavhold. Ulike oppfatninger av forhandlingsrommet medførte at noen har akseptert LAR som en del av behandlingen, mens andre ikke har det. Disse betegnes henholdsvis som LAR-vennlige og konservative kollektiver. Som en inngang til kollektivenes LAR-debatter gjennomgås først deres målsettinger, fordi forholdet til totalavhold og skadereduksjon ofte gjenspeiles her.

LAR-vennlige kollektiver

To av kollektivene kan beskrives som LAR-vennlige, ved at de har akseptert LAR som skadereduserende tiltak for pasientene. Både Fossumkollektivet og Tyrilistiftelsen har imidlertid hatt grundige diskusjoner om hvorvidt det var riktig å inkludere LAR-pasienter, samt forholdet mellom myndighetenes krav og egen ideologi. De interne debattene kom til ulik tid, og argumentene har vært forskjellige.

Skadereduksjon som målsetting for behandling

Målsettingen for behandling i Fossumkollektivet er ikke entydig. I ytelsesavtalen beskrives den på følgende måte: «pasientene skal bli i stand til å leve et selvstendig og meningsfylt liv uten avhengighet til rusmidler» (YA Fossumkollektivet, 2011). Dette viser ikke direkte til totalavhold, men kan tolkes som å unngå bruk av rusmidler. Målsettingen kan derfor forstås som skadereduserende. Når målet videre sies å være og «opprettholde en rusfri tilværelse» (YA Fossumkollektivet, 2011) er det totalavhold som skal oppnås. Dette bekreftes i intervjuet: «Målsettingen er varig rusfrihet. Med rusfrihet mener vi ikke LAR. Det er det øverste målet vårt, selv om vi har måttet moderere det for noen av delene». Det siktes her til at noen enheter fra 2012 har tatt inn pasienter i LAR-behandling, basert på helseforetakets krav. Selv om Fossumkollektivets målsetting ved første øyekast kan forstås som å ha skadereduksjon som mål, står altså totalavholdstanken sterkt. Som bakkebyråkrati (Brodkin, 1990) navigerer de her mellom formelle rammebetingelser på strukturnivå og egen grunnleggende ideologi.

Målsettingen for behandling i Tyrilistiftelsen beskrives som «økt livsmestring, uten at

rus og kriminalitet skal prege hverdagen» (YA Tyrilistiftelsen, 2011). Denne målsettingen kan utelukkende tolkes skadereduserende. Det står også tydelig i beskrivelsen av målgruppa at LAR-pasienter er velkomne: «Tyrili gir tilbud til pasienter med og uten medikamentell behandling». Det er også fremhevet at pasienter (elever¹) med og uten medikamenter skal behandles likt: «Det er et bevisst valg at Tyrili ikke skal gjøre forskjell på elever som bruker medisiner og andre» (YA Tyrilistiftelsen, 2011). Målsettingen med behandling i Tyrilistiftelsen er dermed i tråd med dagens rammebetingelser fra helseforetaket.

Diskusjoner om LAR

I Fossumkollektivet var det frem til anbudsrunderen i 2011 overordnet enighet om at totalavhold var ønsket målsetting og at behandlingen skulle være LAR-fri. Kravet fra helseforetaket i 2011 presset frem en større diskusjon i stiftelsen, og informanten forteller om store uenigheter: «Det HSØ gjorde med å kreve at alle skulle ha LAR var helt hårreisende. Det kom som lyn fra klar himmel. (...) Det var en sånn prosess internt at jeg trodde den kom til å rive i filler hele greia. Det var ingen pen prosess.» De ansatte og styret var uenige om hvordan de skulle forholde seg til kravet om å ta inn LAR-pasienter, og informanten sier de fryktet å miste denne avtalen om de ikke føyde seg etter kravene:

Jeg tror ingen her mente noe annet enn at dette skulle være et fristed for LAR, men det var veldig klart fra styret at vi kom til å miste HSØ som kunde. De er veldig store, og vi måtte være forberedt på å legge ned noen avdelinger. Selv om vi har flere avtaler og flere ben å stå på, så kom dette til å bli dramatisk. Det ble spørsmål om jobbene til folk.

Motstanden mot endringen var så solid at store deler av personalgruppa mente det var bedre å legge ned. I tillegg til at kravet fra HSØ kom i konflikt med ideologien om totalavhold i Fossumkollektivet, forteller informanten at hensynet til mangfold og til de yngste pasientene var viktig for motstanden mot LAR. Informanten forteller også om ansatte som var mer endringsvillige og tenkte ut løsninger for hvordan de kunne drive i tråd med ideologien sin, selv om de ga etter for kravet fra HSØ: «Det ble grupperinger internt. Noen mente vi kunne starte opp, men jobbe med å redusere LAR-doser og vise at det gikk an uten.» Til tross for endringsvillighet ser vi også her den sterke ideologiske forankringen i totalavholdet. Informanten hevder at målsettinger for rusbehandling i for stor grad styres av legemiddelindustrien: «Legemiddelindustrien fører en kamp mot enkeltrusmidler. Hva med avhengigheten bak? Den ruller og går. Det er en kraft. Har vi slutta å behandle avhengighet, og bare behandler rusmidler? Det er her kampen står, slik jeg ser det.» En formell aksept av LAR-pasienter skulle tilsi en tilslutning til skadereduserende prinsipper, men slike forståelser er i liten grad til stede hos Fossumkollektivet. De holder fortsatt sterkt på målsettingen om totalavhold og er prinsipielle motstandere av skadereduksjon.

I Tyrilistiftelsen startet diskusjonene i 1989 om hvorvidt LAR kunne aksepteres i behandling. Argumentet var at AIDS-syke pasienter som allerede var i behandling burde få lindrende medisin for sitt rusmisbruk i siste fase av livet. Samtidig skulle Tyrili være et sosialfaglig alternativ til medisinen. Diskusjonene rørte ved de ideologiske grunnsetningene for Tyrilistiftelsen, og det var langt fra enighet i kollegiet: «Jeg husker møtet der vi ble enige om å prøve det ut. Vi var ikke enige, men vi ble enige om at dersom vi ikke prøver vil vi kun ha meninger om hvordan det er, ikke erfaringer. La oss erfare, så kan vi avslutte om

1. Pasienter omtales som «elever» i Tyrilistiftelsen.

det har negative konsekvenser.» Aksepten av LAR-pasienter kom altså tidlig i Tyrilistiftelsen. Innholdet i debatten viser hvordan LAR-spørsmålet ble diskutert opp mot det ideologiske grunnlaget.

Løsning i LAR-vennlige kollektiver

Det står ingenting om hvordan Fossumkollektivet forholder seg til LAR-pasienter, verken i ytelsesavtalen med helseforetaket eller i «Fagbeskrivelser» på hjemmesidene. I intervjuet forteller informantene at de formelt åpnet for å ta inn LAR-pasienter fra 2012, slik avtalen med HSØ forutsatte. Dette fremstår ikke som en frivillig endring. I intervjuet fremkommer det at få LAR-pasienter kommer til Fossumkollektivet, og at det kan skyldes en kunnskap i rusfeltet om at de ikke har vært positive til denne pasientgruppen. Fossumkollektivet har altså formelt akseptert LAR-pasientene, men ved å unnlate å reklamere for tilbudet får de i praksis ikke så mange av dem til sine behandlingssteder. Slike skjønnsmessige tilpasninger (Lipsky 1980, 2010) gjør at de i større grad kan fortsette å drive i tråd med sin ideologi.

Tyrilistiftelsens avgjørelse om å ta inn pasienter med LAR-medisiner ble i sin tid møtt med skepsis fra departementet som på den tiden kjøpte barnevernsplasser, fordi det ble sett som uheldig at ungdom skulle behandles sammen med eldre som fikk metadon. På spørsmål om det ideologiske grunnlaget for stiftelsen ble endret ved aksepten av LAR, forteller informanten:

Noen vil nok si det, men det mener ikke jeg. Flertallet av oss så metadondiskusjonen som en videreføring av tvang, som vi var for. For oss handlet dette om de samme tingene; vi ønsket å gi folk en avstand til rus, slik at de kunne bli i stand til å ta gode valg for fremtiden.

Fossumkollektivet og Tyrilistiftelsen kan altså sees som LAR-vennlige gjennom sin aksept av et skadereuserende tilbud. Hos Fossumkollektivet står totalavholdstanken imidlertid fortsatt sterkt. Det var rammebetingelsene fra helseforetaket, der de oppfattet et begrenset handlingsrom, som var avgjørende for at Fossumkollektivet åpnet for LAR-pasienter. Manglende handlingsvilje overfor helseforetaket begrunnes med frykt for å miste finansiering. I dette tilfellet lyktes altså helseforetaket med sitt forsøk på styring. Tyrilistiftelsen har forlatt totalavholdstanken helt. De var tidlig ute med å ta inn LAR-pasienter i sin behandling, uten et ytre press gjennom rammebetingelser. Det var endringer i samfunnsmessige forhold og i pasientgruppen ved inntoget av AIDS og HIV som var utløsende for deres LAR-aksept. Tyrilistiftelsen kan sies å ha utvist handlingsvilje i programutvikling for å tilpasse seg endringer i sosiale forhold da pasientgruppen ble sykere og fikk nye behov, tilsvarende mellomlederne i studien til Piore (2011). De har på den måten vært med på å konstruere ny ruspolitikk (Brodkin, 1990) ved at de så bort fra den rådende antimedikalistiske målsettingen for rusbehandling.

Tilfellet med Fossumkollektivet viser hvordan anbudsordningen kan være et virkningsfullt styringsredskap overfor rusbehandlingsinstitusjoner. At Fossumkollektivets motstand mot helseforetaket likevel ble så sterk, kan blant annet forklares ved at handlingsrommet for å tilpasse behandlingen til egen pasientgruppe ble innskrenket. De ønsket å ta hensyn til sine yngste pasienter, som de mente profiterte best på LAR-frie behandlingsfellesskap.

Konservative kollektiver

De to andre kollektivene, Solliakollektivet og Arken, kan beskrives som konservative. I motsetning til de LAR-vennlige kollektivene har de ikke villet ta inn LAR-pasienter i sine behandlingstilbud. Anbudsrunden i 2011 medførte omfattende interne diskusjoner om LAR. Kravene fra helseforetaket ble oppfattet som absolutte, verken Solliakollektivet eller Arken trodde at det forelå et forhandlingsrom. Spørsmålet var om de skulle rette seg etter det de oppfattet som en standardisering av rusbehandling, der LAR-behandling skulle inkluderes i all døgnbehandling i TSB. De måtte da gi slipp på sin hovedmålsetting om totalavhold. Alternativt risikerte de å måtte legge ned.

Totalavhold som målsetting for behandling

Målsettingen for behandling hos Arken er totalavhold fra alle rusmidler (YA Arken, 2011). Arken driver 12-trinnsbehandling etter AA-ideologi (Anonyme Alkoholikere: www.anonymalkoholikere.no), og forholder seg til avholdsprinsippet i AA-bevegelsen:

Innenfor dette programmet blir det å være rusavhengig betraktet som en kronisk progressiv lidelse, men en lidelse som er behandlingsbar. Lidelsen kan bare stanses gjennom totalavhold fra alkohol og andre avhengighetsskapende stoffer (YA Arken, 2011).

På Arken, som i AA-bevegelsen, betyr rusfrihet også avhold fra LAR-medisiner. LAR-medisiner likestilles med andre avhengighetsskapende stoffer. NA (AAs selvhjelpsgrupper for narkomane) fungerer som eneste ettervern på Arken, noe som gjør at Arken må følge AA-bevegelsens tolkning av avhold (YA Arken, 2011).

Målsettingen med behandling på Solliakollektivet beskrives slik: «Gjennom helhetlig medikamentfri behandling/rehabilitering, forbedre pasientens psykiske og fysiske helse» (YA Solliakollektivet, 2011). Det presiseres at «*medikamentfri*» innebærer å avstå fra medikamenter med ruspotensiale, og at dette inkluderer LAR-medikamenter. Målsettingens formuleringer og det faktum at LAR-medikamenter likestilles med rusmidler innebærer en så tydelig motstand mot skadereduserende prinsipper at målsettingen om totalavhold er udiskutabel. Helseforetakets krav om å inkludere LAR-pasienter kom derfor i konflikt med målsettingen med behandling både på Arken og på Solliakollektivet.

Diskusjoner om LAR

Anbudsrunden i 2011 og kravet om LAR-behandling medførte også på Arken omfattende diskusjoner. Informanten forteller at personalgruppa var samlet i motstanden mot å ta imot LAR-pasienter, blant annet fordi NA hos dem er en viktig del av behandlingen:

Det har vært løpende diskusjon og engasjement i personalgruppa, også fordi en tredjedel av mine ansatte er tidligere rusavhengige og går i programmet (AA/NA). Så vi løfter jo fanen høyt i forhold til dette, og er veldig opptatt av at vi skal fortsette å være LAR-frie og bruke 12-trinnsstenkingen som grunnlag.

I intervjuet klargjøres det at prinsippet om totalavhold er en så viktig del av grunnpilaren i behandlingstilbudet at det ikke kan endres på. Helseforetakets rammebetingelser som påla LAR-behandling ble derfor uakseptable for Arken. Med bakgrunn i dette bestemte de seg for å levere inn tilbud til helseforetaket som var i strid med kravene i konkurransegrunnlaget, men i tråd med egne behandlingsmålsettinger. De sto dermed i fare for å miste sin finansiering, og måtte kanskje legge ned tilbudet, slik informanten forteller: «Det var et være eller

ikke være. Da måtte jo alle ta LAR. Og så valgte vi allikevel å legge inn et tilbud hvor vi ikke tok LAR. Vi tok sjansen på det, og da var vi alle enige om at hvis vi ikke får det så legger vi ned.» Pasientene ble involvert i disse diskusjonene forteller hun, og de støttet standpunktet:

Pasientene hos oss er veldig, veldig tydelige på at det at det er medikamentfritt hos oss er noe av det som gjør at de får det til. Det er de veldig tydelige på i brukerundersøkelser når de er hos oss og i ettervern, så er de takknemlige for å ha vært et sted hvor det ikke er medikamenter. (...) Mange av de som kommer har vært på andre institusjoner, og sier at dette var så vanskelig, for der var det noen som fikk noe annet, og når jeg nå prøver å leve et liv som er avholdende, så blir det kjempevanskelig.

Informanten forteller at det å drive rusbehandling som går mot myndighetenes politikk og som kritiseres innad i fagfeltet har vært utfordrende. Mange har stilt spørsmål ved deres målsetting om totalavhold:

At store deler av rusfeltet ikke er enige med oss har vært utfordrende, men det er flere steder å lene seg. Vi er jo en god del folk i rusfeltet som står for at dette mangfoldet skal finnes.

Informanten hevder de opplever mindre motstand nå enn tidligere. Dette fordi 12-trinnsbehandling er tatt med i de siste retningslinjene² for TSB, samt at den politiske begrepsbruken har blitt mer i tråd med deres egen når det gjelder innholdet i begrepet «rusfrihet»: «Både denne regjeringen og den forrige bruker begrepet 'rusfrihet', og mener da medikamentfri når de snakker, og det er jo litt i vår gate». Informanten fra Arken oppfattet altså ikke at det var et formelt forhandlingsrom i anbudsrunderen i 2011. Likevel valgte de å levere tilbud som var i strid med kravet fra helseforetaket, fordi de mente de ikke kunne drive annerledes. Argumenter om pasientrettigheter og behov for mangfold i behandlingstilbudet ga rom for en forhandlingslomme overfor helseforetaket, og de vant fram. I ettertid har de opplevd større forståelse for sine behandlingsmetoder og sin pasientgruppe.

I Solliakollektivet har de ansatte vært samstemte i ønsket om å opprettholde et LAR-fritt tilbud. Deres skepsis til LAR har flere årsaker, blant annet en grunnleggende skepsis til skadereduserende tiltak, som informanten mener undergraver deres egen virksomhet:

Disse lavterskeltilbudene og skadereduksjon – vi hadde klørne ute og mente det ville undergrave det vi holdt på med. Også da LAR kom hadde vi klørne ute. Vi hadde mange diskusjoner om det. Etter hvert bestemte vi oss for at man trengte LAR-frie soner i behandling. Vi bestemte oss for at vi ville ha dette stedet fritt for rusfremkallende medikamenter.

Det ideologiske bakteppet for diskusjonen tydeliggjøres i det at de mener at LAR-programmet har blitt for utbredt. Tilbudet om medisin fører til en sykliggjøring av pasientgruppen, hevder informanten: «Flere og flere har gitt etter for presset om at nå skal vi behandle sykdom med medisiner. Det har ført til at pasientene tror de er syke, og mye sykere enn de er, og sier ja takk til LAR». På Solliakollektivet eksisterer det altså en sterk ideologisk motstand mot skadereduksjon.

2. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>

Sollia og Arken har grunnleggende ideologier som bygger på totalavhold, og gjennom interne skjønnsmessige vurderinger (Maynard-Moody & Musheno, 2003) har de kommet til at en aksept av LAR vil gå for mye på bekostning av deres ideologiske grunnlag. De kjempet for et mangfold i rusbehandling, der det også skal finnes tilbud til pasienter som ønsker et medikamentfritt behandlingstilbud. Aktørene utviste en sterk handlingsvilje overfor helseforetaket, og var uenige i myndighetenes syn på hva som er den beste behandlingen for deres særegne pasientgrupper. På denne måten åpnet det seg en forhandlingslomme som de ikke hadde forutsett, og helseforetaket lot seg overbevise.

Løsning i konservative kollektiver

Arken avviste kravet fra HSØ i 2011 om å ta inn LAR-pasienter, og valgte å levere et tilbud kun for pasienter utenfor LAR. Helseforetaket aksepterte dette, og Arken lyktes dermed i å få videre finansiering til et LAR-fritt kvinnetilbud. Uavhengig av Arken leverte også Sollia-kollektivet i den samme anbudsrunder tilbud til HSØ om et LAR-fritt behandlingstilbud, og fikk også medhold.

Sollia betegner sin motstand mot LAR-kravet i 2011 som «lobbyvirksomhet», der de fikk med seg viktige fagfolk, politikere og brukerorganisasjoner i det de betegner som «kampen» mot helseforetaket. Til tross for at både Sollia og Arken oppfattet at det formelt ikke eksisterte et forhandlingsrom krevde begge en individuell tilpasning innenfor helseforetakets standardiserte rammebetingelser. Begrunnelsen var at de ønsket mangfold i rusbehandlingstilbudet til en bredest mulig pasientgruppe. Mangfold og pasientrettigheter (pasienters rett til å velge sin egen behandling) er faktorer helseforetakene skal vektlegge i sin helhetsvurdering av tilbydere. Dette, kombinert med at Sollia og Arken til sammen utgjør en liten andel av det samlede antall behandlingsplasser i TSB, var gode argumenter for å åpne opp for et uformelt forhandlingsrom. Resultatet var at finansiering av disse «særplassene» ble opprettholdt.

Resultatet av anbudsrunderen i 2011 var at to hele institusjoner, Sollia og Arken, fikk avtale om til sammen 33 LAR-frie plasser. (Helse Sør-Øst, 2014). Årsaken til at helseforetaket valgte å opprettholde noen LAR-frie plasser var som følger: «Helse Sør-Øst har ved valget av tilbydere i denne kategorien lagt særlig vekt på å sikre differensierte behandlingsplasser samt tilbyderes mulighet til å tilpasse behandlingstilbudet til den enkelte pasients behov» (Helse Sør-Øst, 2012). Helseforetaket har altså vært åpne for forhandlinger rundt kravene i konkurransegrunnlaget, til tross for at dette ikke var uttalt innledningsvis. Videre har helseforetaket inngått i skjønnsmessige vurderinger sammen med disse behandlingsskolektivene om hvordan pasientrettigheter for rusavhengige skal oppfattes. De har latt seg overbevise av Arkens og Sollias argumenter for hvorfor det trengs LAR-frie behandlingsplasser til en mindre gruppe rusavhengige. Argumentene de konservative kollektivene fremførte overfor helseforetaket er i tråd med «policy meaninglessness», som nettopp innebærer vansker med å se nytten av politikkendring for egne klienter (pasienter) (Tummers, 2012).

Norsk narkotikapolitikk har i løpet av tre tiår endret formål fra totalavhold til skadereduksjon. Behandlingssektoren har fulgt motvillig med på endringene, og LAR har etter hvert blitt en integrert del av norsk rusbehandling. Når noen små private ideelle behandlingsskolektiv har nektet å akseptere denne endringen, bidrar de til at pendelen ikke svinger fullstendig og totalt over på skadereduksjon. Samtidig opprettholder de et nisjetilbud for pasienter som selv mener den beste behandlingen for dem er der hele pasientgruppen er medikamentfri.

Diskusjon

Det kan være stor avstand mellom politikk utviklet av myndighetene og det som skjer når den skal implementeres i praksis. Artikkelen har vist hvordan narkotikapolitiske endringer befester seg ulikt i praktisk rusbehandling. Caset om behandlingskollektivene viser at det oppsto strid om hvorvidt helseforetaket kunne tvinge gjennom en ruspolitisk endring overfor ideelle tjenesteleverandører i TSB. Anbudsstyring gjør at private tjenesteleverandører må navigere mellom krav fra helseforetak, ideologisk ståsted og pasientgruppens behov. Behandlingskollektivene har håndtert dette ulikt.

Artikkelen viser hvordan noen behandlingskollektiver har akseptert den politikkendring som ligger i kravet om inklusjon av LAR-pasienter, mens andre har vist motstand. De to kollektivene som har vist seg LAR-vennlige har ulike begrunnelser for sine standpunkt. Tyrilistiftelsen har ved sin tidlige aksept av LAR bidratt til å konstruere ny politikk (Brodkin, 1990) ved å utfordre den antimedikalistiske målsettingen for rusbehandling. Fossumkollektivet på sin side oppfattet et manglende forhandlingsrom overfor helseforetaket, og av frykt for å miste finansiering etterkom de helseforetakets krav om å åpne for LAR-pasienter. Anbudsordningen som styringsverktøy var i dette tilfellet vellykket.

De to konservative behandlingskollektivene har opptrådt som bakkebyråkratier, og utvist skjønn i forhandlinger med helseforetaket for å ivareta sin egen pasientgruppe. Med sin motstand presset de frem et uformelt handlingsrom som i utgangspunktet ikke var der. Det viste seg mulig å presse frem en uformell forhandlingslomme for de konservative kollektivene, og en årsak var sannsynligvis at Solliakollektivet mobiliserte støtte fra brukerorganisasjoner og innflytelsesrike personer i fagfeltet. Det kan se ut til at den sosialfaglige behandlingssideologien som var viktig for utformingen av behandlingskollektiver på 70-tallet også har fungert som hinder for innføring av LAR hos de konservative kollektivene i de neste tiårene. Argumenter om pasientrettigheter har sannsynligvis også spilt en rolle, da det kan være vanskelig for myndighetene å argumentere for at det er riktig å legge ned nisjebehandling med stor pågang. Begge kollektivene hadde høy innsøking og fornøyde pasienter. Det faktum at brukerrepresentanter var med i teamet som vurderte kontraktene i TSB har sannsynligvis også spilt en rolle. Kanskje var kollektivenes trussel om å legge ned også et hensyn helseforetaket måtte vurdere, da det ville gå ut over behandlingsskapiteten for en samlet pasientgruppe i TSB.

Analysene viser videre hvordan dimensjonen «klientfremmedgjøring» (Tummers, 2012) kan forklare behandlingskollektivenes motstand mot politikkendringen. Helseforetaket ønsket at alle behandlingstilbud skulle ta imot LAR-pasienter, men Fossumkollektivet og de konservative kollektivene mente dette ville forringe behandlingen for pasientgruppen. De ønsket i stedet å beholde LAR-fri behandling som nisjetilbud for sin særegne pasientgruppe, slik at de fikk oppfylt sine pasientrettigheter. Klientfremmedgjøring omhandler hensynet til pasientene og muligheten til å gjøre skjønnsmessige vurderinger i utformingen av tiltak. Begrepet fanger den motstand som både Fossumkollektivet og de konservative behandlingsskollektivene Solli og Arken har hatt mot politikkendringen. De så kravet om LAR som så uforenelig med deres behandlingsmålsetting at de leverte tilbud i strid med helseforetakets krav, med frykt for å måtte legge ned tilbudet. Begrunnelsen var pasientenes rett til mangfold i behandlingstilbudet, samt at deres pasientgruppe ønsket behandlingstilbudet slik det var. Dette er i tråd med Tummers & Bekkers teori (2014), som viser at innskrenkede muligheter for bruk av skjønn i tilpasning av tilbud til klientene (pasientene) bidrar til sterk motstand mot å implementere ny politikk. Dersom helseforetaket hadde latt behandlingskollektivene beholde et eget skjønn i avgjørelsen av hva som ville gagne deres pasientgruppe, inklusjon av LAR-pasienter eller ikke, ville motstanden mot denne politikkendringen sannsynligvis blitt mindre.

De konservative kollektivene har navigert sine interesser på en slik måte at de fortsatt kan holde liv i totalavholdstanken, og deres handlingsvilje overfor helseforetaket bidro til at deres pasientgrupper får oppfylt sine pasientrettigheter. På denne måten har de vært med på å konstruere ny politikk, tilsvarende det Brodtkin (1990) fant i sine studier av bakkebyråkreatiene. Ved å opprettholde et nisjetilbud til pasienter som ønsker behandling i LAR-frie omgivelser er det samtidig et bidrag til målet om mangfold i behandlingssektoren. Trætteberg og Sivesind (2015) fant at nettopp mangfold, i tillegg til bedre muligheter for brukermedvirkning, var merverdier som ideelle aktører kan tilby på helse- og omsorgsfeltet. Ulempen ved en slik avgjørelse er at det kan sees som en diskriminerende praksis å utelate noen pasientgrupper fra et behandlingstilbud. Det finnes for eksempel veldig få behandlingsplasser som er forbeholdt kvinner, så når Arken ikke tar inn kvinner i LAR-behandling fins det få alternativer for disse.

Det teoretiske bidraget i denne studien er en utvidet bruk av teoriene om politisk fremmedgjøring og bakkebyråkratier. Studien viser at perspektivene kan benyttes i studier av organisasjoner, og ikke bare i direkte møter mellom bakkebyråkrater og klienter. Behandlingskollektivene har fungert som bakkebyråkratier, som må utøve skjønn og gjøre avveining mellom myndighetskrav, egen ideologi og hensynet til pasientgrupper, på lik linje med ordinære bakkebyråkrater i Lipskys originale teori. Teorien om politisk fremmedgjøring ble også utviklet for å gjelde offentlige tjenesteytere som er i direkte kontakt med motakerne. Denne studien viser at teoriene er anvendbare også på organisasjonsnivå. Teoriene har sammen bidratt til å forklare hvorfor den skadereduserende målsettingen som er nedfelt i narkotikapolitiske dokumenter har vært vanskelig å implementere i alle deler av rusfeltet.

Referanser

- Andresen, A. S. & Waal, H. (1978). *Behandlingskollektiv?: bo-og arbeidsfellesskap som alternativ til psykiatrisk institusjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Blindheim, M. (2003). Metadonassistert Rehabilitering – betraktninger fra noen utsider. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 20(1), 63–70. Retrieved from <http://www.nordicwelfare.org/Page/Files/9698/Metadonassistert%20Rehabilitering%20%E2%80%93%20betraktninger%20fra%20noen%20outsider.pdf>
- Brodtkin, E. Z. (1990). Implementation as policy politics. In D. Palumbo & D. J. Calista. (Eds.), *Implementation and the policy process: Opening up the black box*, 107–118. New York: Greenwood Press.
- Brodtkin, E. Z. (2003). Street-level research: Policy at the front lines. *Policy into action: Implementation research and welfare reform*, 145–163.
- Brodtkin, E. Z. (2011a). Policy work: Street-level organizations under new managerialism. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(suppl_2), i253–i277.
- Brodtkin, E. Z. (2011b). Putting street-level organizations first: new directions for social policy and management research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(suppl_2), i199–i201.
- Brodtkin, E. Z. (2012). Reflections on street-level bureaucracy: past, present, and future. *Public Administration Review*, 72(6), 940–949.
- Brodtkin, E. Z. & Majmundar, M. (2010). Administrative exclusion: Organizations and the hidden costs of welfare claiming. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(4), 827–848.
- Christie, N. & Bruun, K. (1985). *Den gode fiende*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Connery, H. S. (2015). Medication-assisted treatment of opioid use disorder: review of the evidence and future directions. *Harvard review of psychiatry*, 23(2), 63–75.
- Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*: AldineTransaction. Oxford, England: Doubleday (Anchor).
- Hagelund, A. (2007). Byråkratiske møter med sårbarhet. Snillhetskroll i arbeid med flyktninger. *Sosiologi i dag*, 37, 3–4.
- Helse Sør-Øst. (2014). Informasjonsdokument. Anskaffelse av behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Sykehuspartner Retrieved from <https://kgv.doffin.no/ctm/Supplier/Documents/Folder/114932>
- Helse Sør-Øst. (2012). Begrunnelser – Kategori 2 «All avhengighetsproblematikk – langtids døgntilrettelagt inntil 12 mnd.»
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Justesen, L. N. & Mik-Meyer, N. (2012). *Qualitative research methods in organisation studies*. Oslo: Gyldendal.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lundberg, K. G. & Syltevik, L. J. (2013). Brukererfaringer med Nav i reformperioden: Kompleks organisasjon, bakkebyråkrati og ustabile relasjoner. *Fontene forskning*, 2(13), 19–30.
- Maynard-Moody, S. W. & Musheno, M. C. (2003). *Cops, teachers, counselors: Stories from the front lines of public service*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.
- Olsen, H. & Skretting, A. (2009). Nye lokaler – andre resultater? Videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo (8271713264). Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/276054/sirusrap.7.09.pdf?sequence=3>
- Piore, M. J. (2011). Beyond Markets: Sociology, street-level bureaucracy, and the management of the public sector. *Regulation & Governance*, 5(1), 145–164.
- Røhnebak, M. (2016). Fra bakkebyråkrati til skjermbyråkrati. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(04), 288–304.
- Schanche Andresen, A. (1990). *Du skal få en dag. Solliakollektivet 20 år*. Oslo: Cappelen.
- Schiøtz, A. (2017). Rus i Norge. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(01), 4–26.
- Sivesind, K. H. (2018). Blir skandinaviske velferdstjenester svekket av markedsreformer? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(01), 70–76. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-05>
- Skatvedt, A., Andvig, E. & Baklien, B. (2015). Bakkebyråkratiets yttergrense. Hjemmetjenestens møte med eldre med psykiske helseproblemer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 20–34.
- Skretting, A. (1996). Den norske metadondebatten – aktører og fagpolitisk interessekamp. *Nordisk Alkoholtidsskrift (Nordic Alcohol Studies)*, 13(5-6), 267–271.
- Skretting, A. (2014). Governmental conceptions of the drug problem: A review of Norwegian governmental papers 1965–2012. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(5–6), 569–584.
- Skretting, A., Bye, E., Vedoy, T. & Lund, K. (2015). *Rusmidler i Norge*. Oslo: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research.
- Stensrud, A. (1985). *Revansj. Ei bok om Tyrili-kollektivet*. Oslo: Pegasus Forlag.
- Tjersland, O. A. (1995). *Misbrukere før, under og etter kollektivopphold*. Retrieved from Oslo: Rusmiddeldirektoratet.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2018). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Trøttestad, H. D. & Sivesind, K. H. (2015). Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse-og omsorgsfeltet. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Tummers, L. (2012). Policy alienation of public professionals: The construct and its measurement. *Public Administration Review*, 72(4), 516–525.
- Tummers, L. & Bekkers, V. (2014). Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527–547.
- Tummers, L., Bekkers, V. & Steijn, B. (2009). Policy alienation of public professionals: Application in a new public management context. *Public Management Review*, 11(5), 685–706.
- Waal, H. (1996). Metadon – til hvilket formål, med hvilke etiske implikasjoner? *Nordisk Alkoholtidsskrift (Nordic Alcohol Studies)*, 13(5–6), 275–279.
- Waal, H., Andresen, A. S. & Kaada, A. K. (1981). *Kollektiver: hverdag og virkninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- YA Arken. (2011). Ytelsesavtale med Helse Sør Øst.
- YA Fossumkollektivet. (2011). Ytelsesavtale med Helse Sør Øst.
- YA Solliakollektivet. (2011). Ytelsesavtale med Helse Sør Øst.
- YA Tyrilistiftelsen. (2011). Ytelsesavtale med Helse Sør Øst.
- Ødegård, E. (2011). En historikk over norsk narkotikapolitikk og politikkenes meningsforankring. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) Hentet. Retrieved from https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/oedegaard_om_norsk_narkotikapolitikk.pdf

Artikkel 3

Olsen. H. (2006)

A Happy Compromise? Public injection Rooms in Norway – Admission Criteria and Client Responses. I: J. Anker, V. Asmussen, P. Kouvonen, & D. Tops (Eds.) Drug Users and Spaces for Legitimate Action (Vol. 49). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research. Page 183-204

A Happy Compromise?

Public Injection Rooms in Norway – Admission Criteria and Client Responses

Hilgunn Olsen

Sited in the centre of Oslo, Norway's first supervised drug injection facility opened on February 1, 2005. This article reviews early operations, admission criteria and the response of clients to both. What was the thinking behind the criteria put in place by the authorities? How appropriate in the opinion of drug users are these criteria? The article addresses some of the issues related to the facility's establishment and operation. Noting that public injection rooms can not solve the problems of the city centre's drug using population completely, I round off with an examination of the measure's limitations in light of its initial phase.

Oslo's public injection room is basically a place where drugs can be injected safely and in hygienic surroundings, under the supervision of health workers and social workers. Clients get a syringe, needle, an Alkotip disinfection swab, sterilised water, filter, ascorbic acid and heating utensil.¹ Users bring their own heroin dose which is shown to the staff on arrival. The facility can handle four clients at a time, and in each cubicle there is a candle to heat the mixture. Staff offer advice about injection techniques and the amount of heroin to inject. Staff are on hand in the rest room outside the injecting room to monitor possible overdosing, and to help clients get in touch with other healthcare and social work agencies and programmes.²

Within the first few weeks of opening, 160 persons had registered as clients of the facility, mounting to 300 by August 31, 2005, at which point capacity problems made it impossible to accept more. Opening hours extend from 9:30 a.m. to 3:30 p.m. every day of the week. The service became an instant hit with drug users, and soon proved too small in relation to the demand.

¹ Alkotips are sterile swabs impregnated with isopropyl alcohol. They are used to disinfect the skin prior to injection to reduce the risk of cross-infection. The heating utensil is used to heat and dissolve a mixture of heroin and ascorbic acid in water, forming an injectable solution. Known as "smoking heroin" in other countries, the type of heroin preferred by most Norwegians is difficult to dissolve in water; the addition of ascorbic acid speeds up the process.

² In Hedrich's (2004) classification, this type of injection room is a "specialised consumption room", which, unlike the "typical injecting room" and "integrated facilities", is not sited next door to other services (*ibid.*).

That said, the facility was and remains contested among experts, drug users and the public. It would take all of three and a half years from the passing of the necessary legislation by the Norwegian Storting (national assembly) to the opening of the service. The debate and arguments for and against are explored in detail by Skretting (2001 & 2003).

The use and management of the facility must comply with statutory laws and regulations.³ Clients must be at least eighteen, classified as “heavy heroin users”; only heroin may be injected on the premises; and clients are allowed to bring no more than one user dose into the facility. The views of the user community and user organisations were obtained as part of a 2003 government consultation and from interviews with focus groups. I refer frequently to these opinions in the following.

A few days into the lifetime of the facility, we conducted focus group interviews of eighteen residents (five females and thirteen males) of Oslo’s low threshold shelters, to ascertain views of active drug users about the injecting facility. The interviews and consultation responses reveal a wide range of opinions: indeed, the consultation responses of ex-users and active users show in particular how differently the two groups view the arrangement. Opinions converge more in the focus group interviews; these focus groups comprised active users only however. Interviews with Oslo injection facility clients in the autumn of 2005 provide further data.

In this article the term “user” means “drug user”. Users are divided into active and former or ex-users. This was done to see how far the two groups agreed/disagreed on various subjects. Injecting heroin users comprise the group served by the injection facility. Their views on procedures and practices shed light on the function of the facility. All assistance provided by the state is by definition a public service, and the government is increasingly taking steps to obtain the opinions of affected members of the public to a particular issue. For instance, Oslo’s Alcohol and Drug Addiction Service conducts user surveys of its front line services, where clients are asked to evaluate service delivery. There is growing recognition among professionals and in the public in Norway of the short-sightedness of having drug free rehabilitation as the only goal in rehabilitation efforts, and that more needs to be done in the area of harm reduction. According to harm reduction philosophy, the opinions and perspectives of users are supposed to guide practice (Asmussen & Jöhncke 2004). Harm reduction as a concept nevertheless indicates a general acceptance of the existence of drugs and drug use; of a high rate of physical, mental and

³ See Regulation no 1661 of 17 December 2004 related to the pilot scheme (*Forskrift 17.12.2004 nr. 1661: Forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika – Sprøyteromsordningen*) [Regulation No. 1661 of 17 December 2004 regarding pilot scheme with supervised drug injection facilities]. Hereafter referred to as the Regulations.

social problems among users; and of ways of tackling those problems (ibid.). The biggest changes in harm reducing practices in Norway in the past twenty five years are represented by the inauguration of the needle exchange services and, most recently, public injection rooms.⁴ Harm reduction covers a number of measures, some of which address individual harm, others harm to society (NOU 2003:4). According to the “job description” of the supervised drug injection facility, individual harm reduction is the paramount objective.

Why Now?

Why supervised injecting rooms should appear on the agenda at the turn of the new millennium is a difficult question to answer. Official drugs policy in Norway has held steadfastly to a vision of a drug-free society. There is no change on that point.

The Government is clear in its opposition to liberalisation and decriminalisation of drugs. The Government maintains as its overarching drug policy goal a drug-free society, a goal which forms an integral part of the Government’s wider vision. The ban on the use of drugs for non-medicinal purposes will remain in place. (Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005, 13)

Norway has been trying to solve the drug problem since the 1960s through control, prevention and treatment, with little success, leaving responsible authorities increasingly perplexed. What should be done? What *can* be done? According to Skretting (2005), the high incidence of drug-related mortality, the rapid increase in numbers of injecting users and the generally poor state of health of drug users spurred the authorities to pilot supervised injection facilities. But there was an added political reason: politicians need to show that they can act, and drugs offer a particularly conducive area in that sense (Tham 2001). As drug-related problems multiplied and the predicament of users worsened, pressure mounted on politicians locally and nationally to do something. Switzerland (1986), the Netherlands (1994), Germany (1994), Spain (2000) and Australia (2001) were all running supervised injection facilities.⁵ Also Canada broached the issue, opening its first facility in 2003. Responsible politicians spied a rare opportunity to demonstrate vigour and determination, in a more or less desperate attempt to contain the growing problem. Injecting rooms offered a relatively simple measure to organise – and would be relatively affordable too.

⁴ Harm reduction policies go back some way in Norway, with drop-in centres emerging in the 1970s. Originally dubbed “warm rooms” (“varmestuer”), these drop-in centres have since been known as “places to be” (“væresteder”) and latterly low-threshold cafés (“lavteskel caféer”). Practice apart, harm reduction as a concept in Norwegian rehabilitation work only emerged in the 1980s.

⁵ Terminology varies from country to country. Some prefer “user room”, others “consumption room”; Norway chose “injecting room” (“sprøyterom”).

Much the same reasons induced other countries to set up injecting rooms (Hedrich 2004).

What do Injecting Rooms Aim to Achieve?

The official aims of injecting rooms are set out in the Regulations.⁶ Prevention of harm to health is the general objective; under this come four others:

- help consolidate the dignity of heavy drug users
- facilitate contact between drug users and the health and social authorities, and offer counselling
- help prevent infection and the spread of disease
- reduce overdoses (OD) and overdose mortality rates

In our interviews with active drug users we asked them what they thought of these goals. None of our interviewees were critical per se, though some questioned the fourth aim, to cut overdosing and OD mortality rates. Given the small number of clients handled on a daily basis by the service, interviewees believed the impact on OD mortality rates would be limited at best. “Any effect would be like a drop in the ocean,” said one, to which another added, “and with us as the drops.”

Comparing Norway’s objectives with those of other countries, we note for instance the more general phrasing of Germany’s goals. The two top objectives of the German scheme are

1. improvement of health for drug users living in the open or visible drug scene;
2. Reduction of the public nuisance caused by open dealing and drug use. (Zurhold et al. 2003)

The Norwegian objectives are largely comparable with those of other countries, though with one major exception (Hedrich 2004; Gjesdal 2004). Norway has never seen reduction of public nuisance as the business of injecting rooms. We return to this aspect of the Norwegian approach below, in the section on sanitation.

Do Injecting Rooms Bolster the Dignity of Clients? The Views of the User Organisations

As mentioned above, two consultations were held on supervised injection facilities. The first took place in 2001 in an effort to elicit views on the

⁶ See note 3 above.

establishment of the service. It was a relatively limited consultation round, and none of the user organisations took part. The second, more wide-ranging consultation, was held in 2004 and concerned the Bill and Regulations.⁷ This time, various organisations invited to take part, including in the drug-related field Recovered addicts Interest Organization (*Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon* – RIO) and Tønsberg Users' Association (*BrukerForeningen i Tønsberg* – BFiT), both of which submitted responses. I include here for the sake of relevance the submission lodged by the Norwegian Prisoners Association (*Straffedes organisasjon i Norge* – SON) as prison inmates frequently use drugs as well. BFiT and SON are organisations for active users of legal and illegal substances. RIO is for former users only, and any substance abuse (including alcohol) by members results in sanctions. The organisations are further described and discussed in the article by Willersrud and Olsen in this publication.

In RIO's submission, the organisation made their opposition to injecting rooms abundantly plain. Their objection centred on their interpretation of the term "dignity", which in their view had little to do with the dignity envisaged with the injecting room scheme (RIO 2004). Dignity became one of the most frequently used arguments for establishing injecting rooms in Norway (Skretting 2001). In RIO's opinion, injecting rooms are an undignified way of treating people; they imply in effect that users have no value. Injecting room "activists" misuse the word "dignity" in their advocacy of injecting rooms, because the scheme would simply underpin the lack of dignity. The organisation called instead for more detox clinics, stressing that active users have no conception of what is good for them (RIO 2004). RIO's arguments are familiar enough, having figured in debates on Norway's policy on drugs for many years.

Coming from a different direction, Tønsberg Users' Association (BFiT) came out in favour of the scheme. "This is something most of our members are looking for, and as a special interest organisation, it is in our opinion a fundamental and necessary initiative, one of a range of excellent low-threshold services" (BFiT 2004). BFiT are strongly opposed to what they term "self-appointed experts" defining what dignity is and what it is not, without ever having used a syringe, adding that "dignity as far as the user is concerned means being heard and having their needs taken seriously". Given some background knowledge of the two interest organisations and their differences make it relatively easy to decipher the address of BFiT's criticism, not least because their submission refers to an incident in which Oslo city council were reported to the police. According to the allegations, the council were aiding and abetting in the commission of a criminal offence by running the injecting room (Aftenposten 10 December, 2002). The charge was brought by the Alcohol and Drugs Forum

⁷ Consultation submission.

(*Alkohol og narkotikaforum*), a body set up by RIO and several other abstinence oriented organisations.⁸

SON are also in favour of the scheme. One finds in their submission also reference to the divisions separating the various special interest organisations, not least which of them knows best (SON 2004). SON support user organisations that conform with the Danish Drug Users' Union (*Brugerforeningen i København – BiK*), keen advocates of injecting rooms in Denmark (Asmussen 2005). In my reading of SON's submission, one senses an unwillingness on their part to go along with user associations like RIO, despite calls in the submission for better cooperation. The debate involving the various organisations is detailed by Willersrud and Olsen elsewhere in this publication.

Admission Criteria

As the bill was being drafted,⁹ it was made clear that admission would have to be regulated in some manner. Once registered as clients, however, users would be free to avail themselves of the facility as far as capacity allowed. A need was expressed to keep admission criteria to a minimum to preserve the low-threshold character of the service (Ot. prp. nr. 8 2004–2005).

The admission criteria set out in the Regulations are as follows:

- 1) clients must be at least *eighteen years old*;
- 2) clients must be *heavy heroin addicts*;
- 3) clients may only bring one user dose of heroin into the injecting room, all other substances and amounts are banned outright;
- 4) and clients must be registered.¹⁰

Two further criteria were included in the draft law, but were thrown out by parliament.¹¹ One of them required users to be involved in substitution treatment (LAR rehabilitation). The Standing Committee on Justice stated the following, however,

⁸ In addition to RIO they are: Aksjonen mot narkomani, Forbundet mot rusgift (FMR), Street Aid, Maritastiftelsen, Evangeliesenteret, Det Hvite Bånd, Storbyteamet, Juvente, Ungdom mot narkotika, IOGT Oslo and Akershus and Telebamsen.

⁹ It is common legal practice in Norway to refer to opinions, submissions, intentions etc. made in connection with the preparation of legislation in Norway to interpret legislation. There is no exact equivalent in English for the Norwegian term "forarbeider", but preparatory works, travaux préparatoires and legislative history are used.

¹⁰ Forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (Sprøyteromsordningen). Forskrift 17.12.2004 nr. 1661 [Regulation No. 1661 of 17 December 2004 regarding pilot scheme with supervised drug injection facilities].

¹¹ Odelstingsproposisjon nr. 56 (2003–2004) [Ot. prp nr. 56 (2003–2004), Ministry of Justice].

It is the opinion of the majority that it is not the responsibility of injecting room staff to ascertain whether clients are undergoing substitution treatment (LAR), and the majority therefore sees fit to recommend the removal of this particular criterion. (Ot. prp. nr. 56 2003–2004)

The criterion was therefore not adopted by parliament. The same considerations were brought to bear on the proposed criterion which would ban users from helping each other inject. Exactly how the criteria work in practice is discussed below in the section on consultation submissions from the user organisations and interviews with active users.

What do Users Feel About the Criteria?

Only a minority of our focus group participants said they would use the injecting room insofar as they had a place to live, and needed above all peace, quiet and security when they injected. A survey done in Sydney, Australia, of injecting drug users found similar reasons for preferring to inject at home rather than in the city's injecting room (Wright & Tompkins 2004). Several focus group respondents said they would have no compunction about using the injecting room if they had nowhere to live. Some of the respondents with a place to live felt the medical advice provided by the injecting room staff sounded useful, partly because they injected in the groin, where the risk of bleeding is high. In an autumn 2005 survey of users of the Oslo injecting room, we asked about living conditions: 16 per cent had no permanent abode; 42 per cent owned their abode; 25 per cent were quartered in centres, apartment buildings or shelters; and 13 per cent lived with their parents. One of the most frequently cited reasons given by people with somewhere to live for using the injecting room is the safety aspect: the number indicating this reason was as high as 78 per cent (SIRUS, unpublished data). Talking to users of the injecting room in less formal settings, we discovered that some of them with a place to live use the injecting room out of consideration for others in their household, parents and/or partner for instance.

While BFiT make no mention of the criteria in their submission, SON offer several observations. In general they are opposed to constraints because clients will be in a vulnerable position anyway and need whatever help the service can offer. RIO do not review the criteria per se, but they are not keen on admission criteria because in practice it is impossible to make sensible comparisons of injecting drug users.

As the battle lines between the various user organisations on the injecting room issue are relatively robust, we felt it would be interesting to explore the views of the users themselves. Do they side with RIO or with BFiT, or with neither?

Indeed, to what extent do these organisations reflect the concerns and interests of the user population?

During the focus group interviews and before handing out the admission criteria, we asked our respondents if they were aware of them. Although the interviews took place in the immediate aftermath of facility opening and none of the respondents had used it yet, at least one in every focus group was aware of the issues involved.

Registration

To become a registered user of the injecting room, applicants undergo a relatively strenuous assessment. Those who qualify receive a registration number they need to declare every time they use the facility. Users also need to complete a short form about substances and amounts taken in the past twenty-four hours. The information obtained about clients will be used later to evaluate the scheme. As it is defined in Norway as a health service, the staff are required by law to keep records. Users in each of the focus group interviews were quick to raise the subject of “control” before we got to mention it. Several were particularly dismayed about the detailed information required for registration purposes. One respondent put it like this:

I know I'm paranoid ... that's why I get stressed out when they say you have to register and get a number. But ... how in hell can we be sure who gets to see all this [information] or gets access to it, whatever you people tell us?

One of the issues facing the pilot scheme came up in a discussion about registration procedures. While it is important to define the facility as a health service, with qualified staff on hand to provide care and information, the facility is not a health service in the generally accepted sense of the word. The Health Service Personnel Act needed to be amended before health workers could work at the facility. The conflict between having to keep records and running a low-threshold service was partly mitigated by exempting facility staff from elements of the registration duty. At the same time, some level of registration is necessary to identify those who meet the criteria and obtain evaluation data.

At Least Eighteen Years Old

Clients must have passed their eighteenth birthday – the age of majority in Norway – to register. As the draft bill states, one of the main objectives of the pilot scheme is to prevent people turning to drugs. It is assumed here that not many under-eighteens sort under the category “heavy drug user”, and that those who do should be dealt with by the health service through other means than the

injecting room (Ot. prp. nr. 56 2003–2004). Not all of our interviewees agreed with the Ministry's arguments on this point, however.

I think the injecting room should be an intervention by which intravenous use by youngsters under eighteen is recorded, because there's a *lot* of injecting users under eighteen. It's important to explore the habits of this group, because it's easier to get them to change. So just cutting the under-eighteens as an age-group out altogether is, in my opinion, plain stupid.

The person who said this believes there are more injecting drug users under the age of eighteen than the government, and it is vital precisely for that reason to encourage them to use the injecting room. Most agree with the government's policy of letting other parts of the health service scoop up these youngsters, but are not convinced that it actually happens. The speaker quoted below disagrees with putting age limits on welfare, and feels it's up to the police to prevent drug use among the under-eighteens.

Either you have to build police numbers to stop these kids getting hold of drugs, or open the welfare and health services up for them. That's what I think. It's obvious really.

There is then a certain amount of dissatisfaction among the user groups we interviewed to setting the age limit at eighteen. The Norwegian age limit is identical to that of other jurisdictions, in Europe and further afield (Hedrich 2004).

One User Dose of Heroin

The point of banning substances from the injecting room apart from the single heroin dose users are allowed to bring is to prevent buying and selling on the premises. It was also a roundabout way of allowing heroin to be used in a restricted area of the health service without opening the sluices on heroin use and possession in general. An amendment was necessary to decriminalise possession of the single heroin dose intended for injection on the premises. This means that while all drug use remains illegal in Norway, a person can not be prosecuted for possession and use of a single user dose within the confines of the injecting room. If the amount of heroin had not been limited to one user dose, it would have created anarchy for the police. How could they be expected to enforce the ban on possession, use and sale of drugs if possession of unlimited quantities inside the facility was simultaneously exempt from prosecution? In practice it would have meant the decriminalisation of heroin, something Norwegian politicians are firmly against.

Another problem associated with the decriminalising of the single user dose is the failure of the provisions to define what a single dose means in practice,

leaving it up to the police to decide whether a given amount represents an offence, who to charge and who to let go. Limiting the amount to a single dose is impractical however you look at it, according to SON, because it varies from person to person, and it is cheaper to buy several days' worth of the drug at the same time. This variation in what a user dose is in practice was touched on in a conversation between two of our respondents:

A: A single dose, that's a packet or a gram or half a gram, or what is it?

B: How do they know if you've brought one or ten [doses] with you?

A: A dose, that's....

B: It depends.

Respondents also wondered how the injecting room staff were supposed to tell how much a client brought into the facility. This was a question the drafters of the law pondered as well. Although on occasion staff might find it difficult to determine the substance or the quantity, it should be possible to do so in most cases. How they were expected to do this, however, was not specified (Ot. prp. nr. 56 2003–2004). And while user doses may vary, a limit has to be drawn somewhere, as several of the consulted bodies pointed out, including the National Police Directorate. Several interviewees said much the same.

A: It can be anything from a quarter [0.25 grams] to a half gram.

B: That's right, from a zero-point-one [0.1 grams] to a quarter, half a gram or a gram.

A: There aren't *that* many who use a whole gram for one dose.

B: No, true.

A: But half a gram, that's common enough.

B: Half a gram is normal, but not a whole gram.

In light of the signal effect, RIO criticised this haziness about what a dose added up to in practice. They opposed exempting doses used in the injecting room from prosecution. It is hardly surprising to see opponents of injecting rooms criticising this aspect of the scheme, because it is virtually impossible to enforce the regulations to the letter. It would be out of the question to instruct health personnel and social workers to search people's pockets and bags for drugs over the quota. That is a job for the police, and only the police are authorised to do it.

Injectable Heroin Only

It was the overdose risk that lay behind the ban on other substances; the risk increases when heroin is mixed with other drugs. The authorities also wanted to convey a message. "Allowing the consumption of other drugs in the injecting room could be interpreted as tacit support for the practice." Heroin is injected more frequently than other drugs, the authorities added. The habit of combining drugs goes against the grain of the project, and indeed operative

recommendations (Ot. prp. nr. 56 2003–2004). A large number of the consulted bodies and organisations were averse to a ban on all other substances in the injecting room, but the scheme’s basic premise effectively ruled out any such leniency.

If the point were only to secure the dignity of the drug users, one could perhaps have considered allowing drugs other than heroin. But the pilot scheme is there to serve other purposes, such as reducing overdose rates and harm caused by the injection process. (Ibid., 4)

Heroin is the main substance used in supervised injection facilities in other jurisdictions, though cocaine is also permitted (Hedrich 2004). While cocaine is not widely used in Norway, it is increasingly common to inject Rohypnol together with heroin. SON advocate relaxing the rules to allow drugs other than heroin to be injected in the injecting room. Many are dependent on other substances and tend to inject them together with heroin. It was this aspect of the regulations the respondents were most aware of prior to the interviews. They wanted freedom to mix heroin and Rohypnol; without it, many said they would never use the injecting room, because they depend on both drugs. Heroin on its own doesn’t give them the right “fix”. Others, however, were not convinced of the magnitude of the problem.

That stuff about only heroin having to be injected in the room, it’s OK it’s in the law as long as nobody checks what you put on your spoon and heat up, so there’s a tiny loophole to add other stuff as well. And that’s fine.

Staff would hardly be scrutinizing what people put into their heating utensils and syringes, this informant believed. But in practice, staff are often aware of attempts to mix substances, especially if Rohypnol is involved. The drug’s strong colour makes it relatively easy to spot. The next time a person suspected of mixing drugs turns up at the injecting room, s/he is told where they stand and given a warning. Nevertheless, a significant proportion probably do get away with mixing drugs, something our interviewees expected would happen.

... you could have a screen. You’d be on your own, and could make your compound without nurse seeing what you’re doing. And I’m pretty sure that’s what’s going to happen down there, I think.

As the quotes show, having a chance to inject a mixture of drugs is clearly important to many users, and a ban in itself is insufficient to turn them into users of heroin only.

Heavy Drug Users

To gain entry, a person needs to be categorised as a “heavy drug user”. The clause was included to prevent “people using the injecting room to try heroin for

the first time in a supervised setting”. Not defining what “heavy drug user” meant was a deliberate omission; politicians wanted to leave it to the discretion of the injecting room staff (Ot. prp. nr. 8 2004–2005, 14). Injecting rooms in other jurisdictions apply more or less the same criterion (Hedrich 2004). But what is a “heavy drug user”? Some would say anybody who uses heroin; others anybody who injects. One of our interviewees offered this definition:

Heavy drug user, someone who’s hooked on heroin whether it’s been for six months or ten years. Doesn’t matter.

Others envisaged more strenuous criteria, and offered reflections to that effect.

And what do you think they look like then? Totally washed out or something?

A discussion between two users illustrates the disinclination to categorise oneself as a “heavy drug user”; they believe outward appearance determines how others are likely to categorise them.

A: It depends on how you feel as well. Ergo, I’m...

B: Ergo you’re stigmatised *again*. OK, so I’m a really heavy user myself [ironically].

A: The day you visit the injecting room, dress as shabbily as possible.

B : I only hope to God I don’t look like a *heavy* drug user. I expect we all try *not* to look like one.

As the discussion shows, restricting admission to “heavy” drug users appears to be working exactly as envisaged by the authorities. It is assumed by the drafters of the bill that the term “heavy drug user” would in itself serve to limit potential clients. Some of the members of the Standing Committee on Justice wanted to go further than the majority and let clients rather than staff decide whether they fitted the term. “The door to the injecting room should be open to those who define themselves as heavy drug users, a designation hard enough to apply to oneself” (Ot. prp. nr. 8 2004–2005, 13). As the user quoted below makes clear, some are completely averse to the label. Indeed, going along with the definition would be humiliating.

You feel like you have to bow down, you know ... filthy clothes and ... just dirty all over sort of. Put your shoes on your hands instead. Crawl through the doorway.

In assessing a potential client’s admissibility, the drafters of the act wanted staff to take account of his/her self-definition. But as the above quotes show, our respondents do not feel run down enough to fit the description. (This despite living at one of Oslo’s low-threshold shelters, normally a place one would expect to find the city’s heaviest drug users.) There is an echo here of the introduction of methadone treatment in Norway in 1994. The intention of the methadone pilot scheme, according to Frantzsen (2001), was to help the fifty eldest and most

derelict drug users. Frantzen described how several addicts began compiling files to describe how wretched they were. It spurred the adolescent psychiatry section at Ullevål Hospital to wonder whether the project had not made applicants more wretched. At the same time, the selection criteria adopted by the methadone project were so strict, even the most run down found it difficult to pass muster. For instance, they needed to be “drug free” in the week before starting their course of methadone treatment. But at the same time, their ability to function had to be very low indeed; otherwise they wouldn’t be “wretched” enough. In Frantzen’s considered opinion therefore, the project criteria effectively kept the people for whom the project was designed from participating in it (Frantzen 2001). We see something similar with the injecting room project. By requiring clients to be heavy drug users, politicians and authorities are clearly indicating a desire to reach the most down and out and debilitated users. But at the same time, this is where dependence on a mixture of drugs is the most prevalent. In other words, the most needy users are unable to satisfy the admission criteria. Injecting room clients need to be “down and out – but only to a degree”.

Our respondents felt the registration criteria raised several problems. Did they fit the bill, or were they too functional perhaps? A likely consequence of this could be that the people in the target group simply refrain from registering because in their own judgement tells them their habit isn’t “heavy” enough. Nevertheless, the present criterion is wider than the methadone project’s. And in practice, it is extremely difficult for staff to send people away on grounds of not being “heavy” drug users if clients themselves claim to fit the label.

Control Versus Necessity

The users we interviewed experienced registration criteria as a form of control. Their critical submissions contrast strongly nonetheless with the popularity of the service. Could it be that the criteria prompt a range of opinions among clients or could there be other explanations for the discrepancy? An exchange between two of our respondents suggests people feel it is better to pay the price of submitting to control than having to inject in filthy doorways, with security guards and police ready to pounce on every corner.

A: If I hadn’t lived here now, I’d have to say I’d have used it [the injecting room] myself. If the alternative was a filthy multi-storey car park or something. Not to mention security guards waiting to throw themselves at you.

B: It’s the way things are today, we have to find somewhere to do it. It’s a pain, but manageable.

B: True, but when I’m sitting in an injecting room, even with all those controls and stuff, at least I know there’ll be peace and quiet, nobody ready to jump on me.

Their fear of what they term “control” has to do with the city’s approach to control. Following a period of relative lenient policing of possession and use, a stricter line came into force again from mid-2004. Before then, injecting drug users tended to congregate in the square in front of Oslo’s main station, the drug trading centre since the end of the 1990s. With the introduction of low tolerance policing, however, this author has only seen a single instance during the monthly surveys of the drug scene in Oslo centre of an injection administered on the street. The higher stop and search frequency is the likeliest explanation. Users we interviewed were not at all sure how the police would react to the injecting room and its clients, as the quote below illustrates.

Theoretically speaking, the police can park themselves outside [the injecting room], and then just pounce on people in order. When people come and go, I’m pretty certain they’re going to keep the place under surveillance and make notes. That’s my personal opinion. Because you might be bringing ... I was going to say five grams and a hundred Rohypnol with you, you know. It’s one reason at least I’m staying clear of that injecting room.

The quote reveals no confidence in the ability of the police to handle the injecting room issue with tact. But the control implicit in the registration criteria is not the only thing feared by the users. They are also afraid of being stopped and searched on their way to and from the facility. The opinions of the interviewees contrasted with the popularity of the injecting room suggest that people are not willing to let concerns about the registration criteria and control stop them from using the service.

Issues Connected With Establishing the Injecting Room

The intensity and range of the debate accompanying the opening of the injecting room give some indication of the problems involved when services of this nature are given the go ahead and run by the state. Drugs are illegal in Norway, and will remain illegal; however, some of the country’s drug users have permission to inject heroin under the supervision and guidance of state-employed health workers. How is this possible? Clearly, setting up and operating the injecting room bring a number of difficult issues to the fore.

What is the Position of the Police in Relation to the Injecting Room Scheme?

When the guidelines were made known, criticism was not long in coming. Impunity for possession of heroin in the injecting room posed a serious challenge, said the police. How were they supposed to enforce this regulation?

While possession of a user dose of heroin is an offence outside the injecting room, it would be disloyal of the police to position themselves outside such places with the intention of stopping and searching persons on their way in. On the other hand, “being on one’s way to the injecting room” cannot be taken as a reason to sidestep the law. (Director of Public Prosecutions, 22 December 2004)

This formulation is not very clear on how police officers are supposed to act on the ground. Indeed, as the Director of Public Prosecutions himself admits, it is impossible to apply hard and fast rules wherever local councils decide to open an injecting room; local police chiefs, he adds, must instruct the police in their own district (ibid.).

In the event, however, the problem never materialised. During the first months of operation, the police left clients alone. This in turn raised another issue. Is it fair to let registered clients of the injecting room walk around in possession of a user dose with impunity, while other drug users remain liable to prosecution for doing the same thing?

Sanitation?

To sanitise something means to spruce it up by removing unwanted elements. Oslo city council’s waste management division collects rubbish, for instance, and makes the city tidier, neater. In the same way, sanitation as a metaphor¹² has been used of policies intended to remove undesired elements from the public eye. It used to be a widely accepted strategy in Norway, as the (now historical) Vagrancy Act testifies.¹³ Under the Act, public drunkenness could result in a fine or incarceration with hard labour. When the Act was amended in 1970, public drunkenness ceased to be an offence and hard labour a way of dealing with homeless alcoholics was abandoned.

It was widely hoped that the injecting room would be used by the drug scene in the Skippergate area,¹⁴ not only for the good of the drug users themselves, but for local businesses and the public. While Norwegian politicians shy away from saying so outright, it is obvious that injecting rooms improve public order by reducing injecting in public places. In other jurisdictions, cleaning up the streets has been one of the main aims (see e.g. Hedrich 2004; Reinås & Cron 1998). And it is true that the injecting room remove the act of injecting from the public gaze. We do not know where injecting room clients would have injected in the

¹² The Norwegian term used here is *renovasjon*. It has the dual meaning of renovation in the usual sense (renovation of buildings, art works etc.) and waste management / waste disposal etc.

¹³ Lov av 31. mai 1900 om Løsgjængerer, Betleri og Drukkenskap (Act of May 31, 1900, relating to vagrancy, begging and drunkenness).

¹⁴ After the square beside the main station was cleared, the drug scene shifted to Skippergata, a few hundred metres further south.

absence of the injection facility, but many would doubtless continue to do so in public. In an autumn 2005 survey of injecting room clients, 69 per cent said their last injection would have taken place outdoors somewhere if the injecting room didn't exist (SIRUS, unpublished data). Several members of our target group broached the subject independently. Some felt treated like dirt by the authorities, and that waste management was what drugs policy was all about in reality.

I feel really strongly ... that the authorities are trying to hide us away as far as possible.... But they *need* to realize once and for all, they'll *never* get rid of us. Drugs will always be there. We're always going to be part of the street scene. They can't get rid of us. However hard they try.

When the Vagrancy Act was repealed in 1970, the motion's spokesperson asked his parliamentary colleagues where it was written that derelicts were a sanitation problem, adding that

As long as our society creates vagrants, we must accept the fact head on. It is better to have a true picture of the city than a clean picture. (Mathiesen 1975)

Although it is more than thirty years since this was said, it has lost none of its significance. One important difference between the 1970s and now is that back then, people dared call vagrants a sanitation problem openly. Norwegian politicians today take great pains to hide how far policy making relies on this type of thinking. Government anti-drug action plans usually include phrases to the effect that how a city looks should never serve as a measure's only justification.¹⁵ The leader of the Conservative Party (*Høyre*) stated in 1973, as reported by one of Norway's major papers, "if we want to ensure progress, we move quickly to eliminate what we might term spanners in the works" (*ibid.*). In 2005, the police officers' association suggested that sanitation had been a major factor in the 2004 efforts to relocate the drug scene in the city centre. "This is outrageous!" the leader of the Department of Welfare and Social Affairs in Oslo's Conservative City Council rejoined, "improving the look of the city has never been a motive, we have only ever had the drug users at heart" (*Aftenposten*, 3 March, 2005). On the other hand, several drug users interviewed by us agree about the need to take account of the feelings of the public about the drug scene. One interviewee put it like this:

It [the injecting room] is a brilliant way of shielding [injections] a bit ... I'm thinking about tourism and the public, you know. Even though I do it myself, it's horrible to watch. Avoid sitting in doorways and mainlining. I've done that too, but I don't think I would today. So I hope that's a thing of the past now we've got an injecting room. I really do.

¹⁵ Two instances of which are *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005* [Government action plan on problems related to drug use 2003–2005] and *Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum* [Alternatives to the Drug Scene in the Centre of Oslo – A Plan of Action 2003–2005].

Skretting (2003) observes concerning the steps taken in 2003–2005 to disband the city centre drug scene¹⁶ that an obvious aim was not only to secure better health and social services for drug users, but also to clean up the streets. She is confident the same can be said of the decision to set up the injecting room.

Unconditional Help or Encouraging a Harmful Habit?

One could see the injecting room as encouraging people to inject drugs. Users could interpret it along the lines of “we’ve given you lot up, just feel free to carry on injecting harmful substances”. We know that injecting does more physical damage than taking drugs by other routes, like smoking for instance. We also know that injecting is the preferred technique in Norway; only a minority smoke heroin or use other techniques. Is it then justifiable to make it easier for people to perform as hazardous a technique as injecting potentially lethal substances in reality is? Coming from this angle, ideas about securing dignity and respect don’t have much chance, if by dignity we mean that drug users are people with a potential to grow and develop in many ways were it not for their drug habit. Others would say that dignity is being accepted as one is, non-judgementally. That it is chiefly through encounters of this nature, for instance between users of the injecting room and staff, that the seed to an enhanced sense of self and improvement of the individual’s life situation is shown. Perhaps the authorities should have set up a smoking room instead, or at least one *in addition* to the injecting room, with a view to motivating injectors to smoke heroin, and improve people’s chances in that way?

How much the authorities could and should do to facilitate harmful habits among the citizenry is anyway a question requiring constant reappraisal in connection with the design of what we term “harm-reducing measures”. Can we envisage a situation where it was clear that “things had gone too far”? Has establishing the injecting room where staff are not allowed to inject the drug shifted the goalposts? Staff are employed to supervise and guide clients, not to inject the substance into his/her body. At a general level, it is harder to say where the line should be drawn. Should we allow injecting rooms and not allow prescriptions for illegal drugs? Should we allow the prescription of substances in organised drug programmes, such as the heroin prescription project in the Netherlands, or even go as far as letting high street chemists dispense substances free of charge? One would be justified in thinking that the discussion of where to draw the line will become increasingly urgent in the years ahead.

¹⁶ The steps commented by Skretting are set out in *Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum 2003–2005* [Alternatives to the Drug Scene in the Centre of Oslo – A Plan of Action 2003–2005].

Double Message

One pertinent question raised in the discussion on injecting rooms concerned the initiative's legitimacy in light of Norway's wider intentions to achieve a "drug free society". It is not easy to deal with this type of duality, as several interviewees pointed out.

It's illegal to use heroin in the city, so *why* are we allowed to shoot heroin there?

Not unexpectedly, the proposal to organise an injecting room sparked a fierce debate which not unexpectedly turned into a debate about the basic design of Norway's drugs policy. Papendorf (2004) explains why the discussion focused so quickly on the premises of drugs policy in Norway.

The corollary of advocating for injecting rooms is to admit that the vision of a drugs free society was misconceived. The struggle for the injecting room which dominated the public discourse during the summer of 2003, has in this sense a highly important symbolic value. If the struggle is lost, advocates of the drug free society will have lost the battle. (Papendorf 2004, 42)

That the injecting room was established could be taken as indicating that powerful special interests of politicians and the public per se also regard harm reduction as an important drugs policy premise. The debate surrounding the injecting room made clear the strength of the views lined up on either side, and the establishment of the injecting room is proof that we in Norway are trying to give something to both sides at the same time. We want a drug-free society and we want harm-reducing measures for those in need of them. Many believe this to be a difficult, if not impossible, combination. The admission criteria adopted by parliament were doubtless necessary given Norway's general position on drugs, and micro-management was probably necessary to make the proposal politically acceptable. Commenting on the government's drafting of the bill, the head of the national Data Inspectorate said, "One hears the term grudging used of the consultation paper compiled by the Government, something I find easy to understand insofar as its authors do not appear to believe it is a good idea" (www.nrk.no 2005). Oslo city council go so far as to say in their response to the consultation paper that the pilot scheme is hardly practicable at all, given the many compromises required of the various vested interests (Oslo Kommune 2004). This recalls the climate surrounding other controversial harm-reduction projects, such as the German heroin project for instance. Papendorf (2004) describes how that programme's stringent admission criteria turned it virtually into a "high-threshold project". Heroin may only be administered intravenously – a requirement of the Norwegian injecting room also. But if we ask how these relatively inflexible rules came to be adopted, Papendorf says as follows:

we are shown in the direction of the political concessions required to get the proposal through. At the end of the day, it is about achieving a political

compromise without which the project would never have left the starting blocks. (Papendorf 2004, 54)

Frantzen was led to the same conclusion in her study of the methadone project. It was the result of wheeling and dealing, something else entirely than a well-judged and well-considered project, she says (Frantzen 2001).

Conclusion

One of the key issues with the establishment of the injecting room concerns the likely benefits of the service to society. Will it help cut overdose rates? Will it ease contact between the health and social welfare authorities and the drug users? Are individual clients likely to feel more valued? Will it result in less physical harm among the target group? It is too early to assess achievements and consequences. There may be unanticipated consequences, beneficial and/or harmful. The authorities and most active drug users share a generally optimistic view of the service's ability to work as intended. A large majority of the active drug users we interviewed were clearly in favour of the injecting room because it would make life less complicated in the longer term, as envisaged by the authorities. Among former drug users, the injecting room meets with less unmitigated enthusiasm; in their opinion, its objectives will probably not be achieved to the extent anticipated. The organisations of active users are actually more likely to reflect the views of the target group in the injecting room debate.

Several issues about the injecting room informed the public debate. One of them focused on the *registration procedures and criteria* required to ensure optimal operations. A certain amount of control of clients and the way in which the facility is used is necessary to ensure safety and allow for evaluations later. But at the same time, it is supposed to be a low-threshold service.

As a further issue, the injecting room may strike some as rather incompatible with Norway's averred drugs policy, *jeopardising the coherence of the government's message*. How is it possible for a country which holds to a vision of a drugs-free society to open an injecting room? It may be possible to uphold the vision while acknowledging the conditions under which drug users live, and attempt to do something for them. But in extension, one could question the point of maintaining the vision at all.

The third issue revolves around what I called above the *sanitation aspect*. How far is the injecting room an expression of a desire to clear undesirables off the streets? Norwegian politicians are unwilling to admit its relevance to prevent public nuisance and other measures directed at the drug scene. There is no doubt that the public are disturbed by the sight of people injecting drugs, and that consideration of the public good informs policy making. One can only hope this

discussion will proceed in a climate of openness where all voices are given a hearing.

The question forming the fourth issue is whether using the injecting room *is dangerous in itself*. Injecting potentially lethal substances is hazardous not only because of the risk of overdosing but because it harms the body. Can the authorities morally justify to make it easier for people to pursue harmful activities of this nature? And if there is a limit to society's toleration of harm-reducing interventions, where does the cut-off point go?

The final issue at the present stage is to do with the position of the police on the *injecting room pilot scheme* and impunity for possession of a single user dose when intended for injection on the premises. Is it fair to let clients of the injecting room carry a user dose with impunity on the street, while others with similar amounts risk prosecution? Isn't there supposed to be equality before the law?

In the heated debate leading up to the opening of the centre, "injecting room" increasingly sounded like a magical incantation, as if saying the magic words would make all problems besetting official drugs policy go away. It is not a magic spell, of course, and there are clear limits to what an injecting room can do, either for individuals or the community as a whole. An injecting room *does not affect the marginalisation* of drug users. The life of the clients will remain more or less unchanged whether some of the injections are performed under professional guidance and in hygienic surroundings. Personnel have an opportunity to engage with the clients, referring them to other health and social welfare agencies and programmes, liaising between various parts of the "system" better placed and equipped to help the individuals in question. However, the *admission criteria may in fact be excluding some members of the target group*. The criteria probably dissuade many from giving the service a try, believing they have little hope of passing the admission test anyway. The injecting room's impact on *public order will be limited*. Insofar as public order or sanitation is one of the premises of the injecting room, as long as it remains a non-compulsory service, its "sanitation" impact can only be limited. Whether drug users avail themselves of the service or not is up to them, and there is no evidence the city centre drug scene is declining in the wake of the service's establishment. There will always be a large number of injecting drug users who, for various reasons, are not interested in becoming clients of an injecting room. As the service is organised today, not only is the number of registered clients limited, opening hours are restricted as well. Many are disqualified because they are under age, use the "wrong" type of drug, or were simply too late to register. When the final batch of thirty clients was registered, applicants were asked if they lived in Oslo and whether they intended to use the centre on a regular basis.

Again, one wonders whether it is fair to proceed with a service which only benefits a small minority of drug users. Who needs the injecting room most of all, and are they the ones registered as clients of the service? This is an urgent question because we are dealing here with an intervention which, at the end of the day, is intended to save lives. It is a difficult question to answer, and was only cursorily addressed before the injecting room opened.

Translation: Chris Saunders

References

Aftenposten 3.3.2005: *Elendig oppfølging av plataaksjonen* [Hopeless management of Central Station Action Plan].

Aftenposten 10.12.2002: *Anmelder Oslo for sprøyterom* [Brings charges against Oslo City on injecting room count].

Asmussen, Vibeke (2005): *Fra fixerum til sundhedsrum – den danske situation og debat* [From injectng room to health room – The Danish situation and debate]. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 22 (1): 66–70.

Asmussen, Vibeke & Jöhncke, Steffen (2004): *Indledning: Perspektiver på brugere* [Introduction: Perspectives on users]. In: *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik?* [User perspectives – From drug misuse to social policy?]. Århus: Aarhus Universitetsforlag, pp. 9–38

BFiT (2004): *Høringsuttalelse om sprøyterom* [Consultation response on injection rooms].

Director of Public Prosecutions (Riksadvokaten) 22.12.04: *Sprøyterom* [Injection rooms].

Forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (Sprøyteromsordningen). Forskrift 17.12.2004 nr. 1661. [Regulation no 1661 of 17 December 2004 Regarding pilot scheme with supervised drug injection facilities].

Frantzen, Evy (2001): *Metadonmakt. Møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk* [Methadone power – Drug users and Norway's approach to methadone substitution treatment]. Oslo: Universitetsforlaget.

Gjesdal, Sturla (2004): *Sprøyterom – nye internasjonale erfaringer og norsk politisk debatt* [Injection rooms – Recent international experience and the Norwegian political debate]. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124 (21): 2785–2787.

Hedrich, Dagmar (2004): *European report on drug consumption rooms*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Mathiesen, Thomas (1975): *Løsgjengerkrigen* [The vagrancy dispute]. Oslo: As Furuset Boktrykkeri.

NOU 2003:4: *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak* [Drug studies. A conspectus over current knowledge and intervention effectiveness]. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, informasjonsavdelingen.

Nrk.no 2005: *Slakter lov om sprøyterom* [Rubbishes law on injection rooms]. <http://nrk.no/redskap/utskriftsvennlig/3569016.html>, March 1.

Oslo Kommune [Oslo City] (2004): *Høringsuttalelse om sprøyterom* [Consultation response on injection rooms]. Oslo City.

Ot. prp. nr. 8 (2004–2005). Ministry of Health and Care Services

Ot. prp. nr. 56 (2003–2004). Ministry of Justice

Papendorf, Knut (2004): *Narkotikapolitiske Innhugg* [Thoughts on drug policy]. Oslo: Department of Criminology and Forensic Sociology, Section for Forensic Sociology, University of Oslo. Reprint Series no 77/2004.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005 [Government Action Plan on problems related to drug use 2003–2005]. Ministry of Social Affairs. <http://www.odin.no/filarkiv/161426/DAR-rusplan.pdf>

Reinås, Knut & Cron, Rolf Dieter (1998): *Tysk og sveitsisk narkotikapolitikk sett med norske øyne. Rapport og refleksjoner etter en studietur til Frankfurt og Zürich*. [German and Swiss drugs policy from a Norwegian point of view. Report and thoughts following a study trip to Frankfurt and Zürich]. Oslo: League Against Intoxicants.

RIO (2004): *Høringsuttalelse om sprøyterom* [Consultation response on injection rooms].

Skretting, Astrid (2001): Sprøyte-/helserom – et hjelpetilbud til heroinmisbrukere? [Public injection rooms, a help to heroin addicts?]. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 18 (5–6): 427–443.

Skretting, Astrid (2003): Sprøyterom i Norge? Historien ruller videre [Injection rooms in Norway – The Saga continues...]. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 20 (4): 260–271.

Skretting, Astrid (2005): Prøveordning med sprøyterom starter opp i Norge [Norwegian injecting room piloting under way]. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 22 (1): 55–61.

SON (2004): *Høringsuttalelse om sprøyterom*. [Consultation response on injection rooms].

Tham, Henrik (2001): *Law and order as a leftist project? The case of Sweden*. Reprint series No. 65. Stockholm University, Department of Criminology.

Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum 2003–2005 [Alternatives to the Drug Scene in the Centre of Oslo – A Plan of Action 2003–2005]. Oslo kommune, Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester [Oslo City Council, Department of Welfare and Social Services]. 2002.

Wright, Nat M. J. & Tompkins, Charlotte N. E. (2004): Supervised injecting centres. *British Medical Journal*, 328 (10. January): 100–102.

Www.nrk.no 2005

Zurhold, H.; Degkwits, P; Verthein, U. & Haasen, C. (2003): Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33 (3) 663–688.

Artikkel 4

Skretting, A., & Olsen, H. (2008).

The Norwegian injecting room trial: politics and controversies.

Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 25(4): 269-284.

The Norwegian injecting room trial: politics and controversies

Introduction

For some time, measures aimed at reducing demand and supply have been the mainstays of the fight against drugs. In response to the HIV/AIDS epidemic and efforts to contain it by distributing clean needles free of charge to injectors, a third approach has come to prominence: harm reduction. Various models of the needle distribution idea sparked the international debate on harm reduction as a drugs policy tool. Harm reduction was also used to categorise other measures designed to prevent and alleviate health problems arising from substance abuse. Examples here include wider availability of detox services, food distribution, first-aid training for users in dealing with overdose episodes, eased access to health services, including anti-hepatitis vaccination, abscess and sore treatment etc. Likewise, harm reduction is the use of measures aimed at reducing what could be termed the social harm of substance abuse. Examples here include programmes aimed at reducing drug-related crime, clearing groups of drug users off the streets and out of parks, where they often represent a public nuisance.

Under their respective harm reduction policies, countries like Germany, Switzerland, the Netherlands, Spain, Luxembourg, Canada and Australia have set up supervised injecting or

ABSTRACT

A. Skretting & H. Olsen: The Norwegian injecting room trial: politics and controversies

■ AIMS

To review the political processes that led to the Norwegian injecting room trial.

To discuss the objectives, regulations, results and experiences after the first two years and some of the issues or dilemmas raised by the public injecting room.

■ DATA AND METHOD

Data comprise various documents leading to a provisional Act of Parliament, observations of users and staff, interviews of the injecting room staff, information on registered users, statistics on each client's use of the room, and surveys among clients.

■ RESULTS

Successive minority Governments have either dismissed the idea of enabling public injecting facilities altogether or failed to win parliamentary support. When in December 2004 a provisional legislative proposal was passed by the Norwegian Parliament, politicians took unusual pains to detail the practicalities related to how the injecting room should be organized. At the end of the first two years nearly 400 clients had used the facilities and on average 24 injections were administered per day. Only 10 per cent used the injecting room more than six times per month. Two thirds used it only once or twice per month. Staff grew increasingly frustrated with the working conditions. The success of the trial in terms of goals and performance is discussed. Dilemmas discussed include whether

only injecting of heroin should be permitted, how to decide who to admit, how far society should go in providing help that may also prolong substance abuse, etc.

■ CONCLUSION

The evaluation was unable to determine with certainty whether the objectives of the trial were achieved, partly because the targets are methodologically and practically difficult to measure empirically, and partly because the trial was of limited duration and the data inadequate. An injecting room arrangement in the form set out under the Norwegian trial scheme presents staff with several difficulties to overcome. If an injecting room is supposed to help the authorities implement policy on drug injection in Norway and at the same time provide a safe working environment for staff, it will be quite costly. In the autumn of 2008 or in 2009, a decision will be made by Parliament whether to make the scheme a permanent arrangement or close it down for good. What that decision will be is impossible to say at the time of writing.

■ KEYWORDS

Harm reduction, injecting room, evaluation, dilemmas, heroin, Norway

user rooms where drug users can use heroin or other substances in a sheltered, monitored setting. Here the objective is to reduce the risk of users damaging their health and the practice of injecting in public places (Hedrich 2004). In Norway, Parliament enacted legislation permitting a supervised drug injection scheme for a limited duration (Drug Injecting Rooms Act)¹ in December of 2004. Responsibility for the pilot scheme was given to Oslo City Council. The injecting room opened in the centre of Oslo on February 1st 2005.

The Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS) was asked by the Ministry of Health and Social Care to evaluate the scheme.

The aims of this article are:

- To review the political processes that led to the Norwegian trial.
- To discuss the scheme's objectives and regulation together with results and experiences after the first two years.
- To discuss some of the issues or dilemmas raised by the public injecting room.

As the objectives and regulations of the Norwegian injecting room trial have been the result of a rather long political process, the article may also be seen as an evaluation of the political decisions made by the Norwegian Parliament.

Data and Method

The evaluation makes use of qualitative and quantitative data; the former comprise various documents leading to the Provisional Act of parliament. By conversing with and observing users and staff we obtained a good idea of how they interact and what users think of the services provided. At the end of the two-year trial, we conducted a semi-structured interview of most of the injecting room staff, both former and current. The interviews were specifically designed to elicit responses on working conditions.

Parliament decided to limit the information users were required to supply for registering at the injecting room to just age and sex. We therefore lack sufficient quantitative data to paint a more descriptive picture of the clients. We do, however, have information on the number of registered users and statistics on each client's use of the room, how much heroin they said they were going to inject and into which area of the body etc. Two surveys were also conducted among clients on

attitudes to the injecting room and whether advice/counselling had caused them to change how they injected.

The political processes

The first formal attempt to enact legislation enabling public injecting facilities in Norway was in 1999. Since then successive minority Governments have either dismissed the idea altogether or failed to win parliamentary support. After examining the legal issues involved – possession as well as non-medical use of any narcotic drugs are banned in Norway – the Attorney General stated in his 2003 opinion that establishing public injecting facilities would require changes to the law and that such changes would be particularly problematic from a legal point of view. The Government therefore urged Parliament to desist from pursuing that particular course (St. prp. 65, 2002–2003). Parliament, however, did not follow the Government's counsel, and in June 2003 requested the Government to draft the necessary amendments enabling public injecting facilities to be piloted (Stortinget 2002–2003).

The Government had already said, however, that it would comply with the wishes of the parliamentary majority, and in April 2004 the Provision Act and accompanying regulations was therefore put before the House to permit trials of public injecting rooms (Ot.prp. nr 56, 2003–2004).

Parliament approved the Act and Regulations in principle in June 2004, but requested changes in several areas:

1. While the Government saw the facilities as a social service staffed by social workers, rather than a health services the Parliament decided that drug injecting premises should be a part of the

health service staffed by both health-care and social personnel.

2. While the Government said that drug users currently in medical-assisted treatment should not be registered as users of an injecting facility, the Parliament decided patients in substitution programmes should also be admitted.
3. While the Government told local councils to expect to bear the costs of running the pilot scheme themselves, Parliament said local authorities interested in piloting the scheme should obtain financial assistance from central government (Odelstinget 2004).

Other requirements concerned the physical layout of the premises, opening hours and staff duties. Parliament also decided that drug users should be allowed to help each other inject. The Act and accompanying regulations were therefore sent back yet again to the Government.

In October 2004 the Government brought the revised Act and Regulations before the House, which passed them in December (Ot.prp. nr 8, 2004–2005). Parliament had therefore defined finally the terms under which the trial could begin in Norway. In its work on the Act and regulations, Parliament took unusual pains to detail practicalities related to staffing, design of premises, admittance criteria, etc.

The Norwegian injecting room trial – objectives, conditions and terms

In countries where injecting rooms are established, objectives, target groups and how the facilities are organised vary:

- Integrated facilities are the most common and give opportunity to inject in addition to other services already estab-

lished in the low-threshold facility.

- Specialised consumption rooms service exclusively consumption room users, and are often established in close vicinity to drug scenes.
- Informal user rooms are illegal but tolerated by the police, often run by current or former drug users. (Linssen et al. 2001; Wolf et al. 2003; Hedrich 2004)

The Norwegian trial can be categorised as a “specialised consumption room”, focusing on the injection as the main service given. In a European context such facilities are rare, but found for instance in Frankfurt.

In Norway “The Provisional Act relating to a trial scheme of premises for drug injection” (Drug Injection Rooms Act) and Regulations basically treat the scheme of premises for drug injection as a health service. Staff are allowed to advise users on matters concerning drugs and injecting. They are not allowed, however, to assist in the actual process of injection.

The regulations describe the objectives of the trial scheme as follows:

- to facilitate an evaluation of the effect of exemption from punishment for possessing and using drugs in a specifically delimited area.
- to contribute to greater dignity for heavily dependent drug users.
- to provide more possibility of contact between drug abusers and the social and health services.
- help to prevent disease and infection.
- reduce the number of overdoses and overdose deaths.

Drug users must be registered before using the premises. Only heavy drug users aged at least eighteen may register. The scheme only permits the injection of her-

oin. A user may bring one user dose only into the drug injecting premises. Such heroin shall be shown to the staff. All other possession and consumption would remain punishable by law.

The Injecting Rooms Scheme would provide a separate room for injecting, a waiting room and a room for contact/advice. Other services would include:

- the option of general advice to users on injecting practice, hygiene and self-care to prevent infection and reduce the risk of harm.
- clean injecting equipments for each user.
- observation of users during and after injecting.
- the option of counselling and practical advice available for users in connection with injecting.
- the option of simple medical assistance, such as wound dressing.
- the option of counselling and information on health and social services.
- contact arrangements with the health services and/or social services if the user so wishes.

The Injecting Rooms Scheme would be co-located with low-threshold health services. Locations must ensure easy and quick access for the ambulance service. Users’ needs would be considered when opening hours are set. The staff would be made up of healthcare and social work professionals. All staff members would be trained regularly to deal with the toxic effects of overdosing. Local authorities would provide adequate guidance for staff. The scheme would be adequately staffed to undertake admission control, supervise injection, provide counselling and practical advice on injecting, offer medical as-

sistance and monitor activity in the waiting room.

The police may, on suspicion of illegal possession or use of drugs on the premises, and on request, receive information as to whether an identified person is a registered user of The Injecting Rooms Scheme or not. The police may act to protect law and order.

According to the regulations, patient records must be kept, and patient information provided for evaluation purposes. It is up to the Ministry of Health and Care Services in the final instance to give permission to local authorities to run a supervised drug injection trial.

Establishing drug injecting facilities in Norway has been a result of a political process more than a result of initiatives from professionals working in the substance abuse field. The same applies to the framework and objectives for running such facilities. When politicians in Parliament first proposed establishing public injecting facilities, it was mainly seen as a measure of preventing drug-related deaths and to bring injecting drug users in contact with treatment services. Gradually the objective of giving drug addicts greater dignity emerged and seemed to be just as important.

Looking at the objectives on the one hand and some of the regulations on the other hand, one can easily see that they do not always match so well. As an example: The pilot scheme only covers *injecting of heroin*. In Norway most heroin users also inject other drugs, in particular benzodiazepines in combination with heroin. Given the fact that injecting heroin in combination with benzodiazepines is seen as even more dangerous than injecting hero-

in alone, not allowing users of the drug injecting facilities to mix substances may be seen to be in contrast to the objective of reducing overdoses. Parliament chose, however, to overlook this consideration insofar as overdosing is more likely among multi-drug users. As injecting heroin is the most dangerous way of using the substance one may also say that not allowing *smoking* of heroin do interfere with the objective of reducing overdoses.

Results

■ Use of the injecting room

The City of Oslo is the only municipality in the country to take the opportunity provided by the act to pilot the scheme in Norway. After conversion work, the facility was officially opened on February 1st 2005. The premises were small and not very practical, no one seemed to have given staff security a thought, ventilation was poor and there were no separate rooms for consultations. Oslo's injecting room is open seven days a week, but opening hours are limited to 9.30 a.m. to 3.30 p.m. There is a regular staff of six at a time, two at the entrance, two in the room where the injections actually take place and two in the restroom. On entering, clients have to provide information on substance use, sleep and food consumption over the past twenty-four hours while staff assess their level of intoxication. In the actual injecting room, clients get the equipment required to perform the injection. They are helped to find good veins and are given general advice on injecting. As said before staff are not allowed to help clients perform the actual injection, however. There is a post-injecting room where clients are monitored for overdose episodes, and staff answer

questions about social and health services tailored to this particular clientele.

Due to lack of capacity, limitations were set in the number of clients that could register as users of the facilities. At the end of the first two years of the trial, 409 persons had registered as clients of the injecting room, of whom 383 used the facility on one or more occasions. Of these 383, 71 per cent were male and 29 per cent female; 23 per cent were 30 years old or younger, 41 per cent 31–40 years and 37 per cent 40 years or above.

In these two years, 17,226 injections were administered, that is, an average of 24 injections per day. There is wide variation in the frequency with which registered clients used the facility. Only 10 per cent used the injecting room more than six times per month (Figure 1). Two thirds used it only twice or less in average per month.

The short opening hours may help explain the relatively low visit rates. Most heroin users inject the drug several times a day. For example, about three quarters of the respondents in our two surveys among clients reported having injected twice or more during the last twenty-four hours. A comprehensive study of injecting drug users in Oslo found that heroin users injected 3.6 times every day on average (Bretville-Jensen 2005). An injecting room open 6 hours per day during the daytime will, in other words, clearly only be available for registered users for a fraction of their daily injections.

Clients inform staff of the amount of heroin they intend to inject for every visit. Injection doses of 0.2–0.25 grams were reported by 80 per cent of the clients. This is in line with the above-mentioned study of

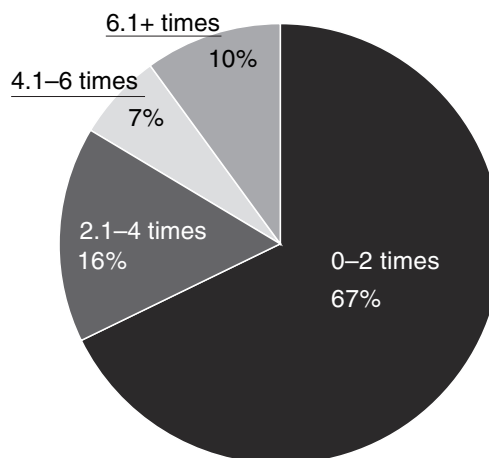


Figure 1. Average visits per month by registered clients

injecting users in Oslo which found an average reported heroin dose in 2004 of 0.24 grams (*ibid.*).

As Figure 2 shows, the drug was predominantly injected into the arm (64 per cent), followed by groin (19 per cent), leg (15 per cent) and neck (2 per cent).

Clients reported safety as their primary reason for using the facility. Important reasons for the reported sense of security at the facility are; learning how to inject more safely, supervision in the event of an overdose, and knowledge that they could administer the drug without worrying about the police or security guards moving them on.

The clients of the injecting room express in the main great satisfaction with the facilities provided. Virtually none have any complaints about advice on how to inject, how they were treated by staff or about the equipment provided. They would, however, like to see opening hours extended, and an opportunity to inject pills with the heroin.

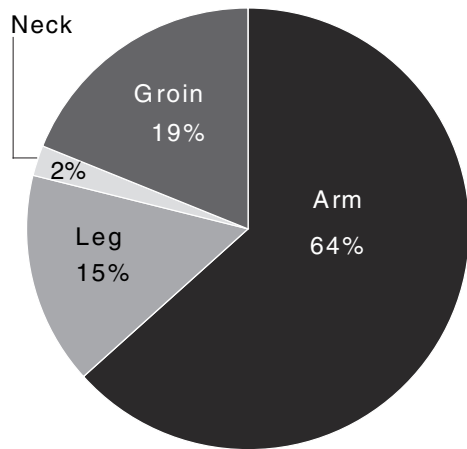


Figure 2. Region of the body for injections

■ Achievement of objectives

Twenty-four months is too short a period to pass verdict on the success of the Norwegian injecting room trial in terms of goal achievement or to state whether it had any beneficial effect on injecting users. The 383 individuals who used the facility during the evaluation period we estimate to represent 10–20 per cent of Oslo's injecting users. Most used the facility irregularly. Given that more than 6,000 needles are handed out every day in Oslo, obviously only a tiny fraction of all injections administered in Oslo were made in the injecting room. Despite the limited data, we will nevertheless discuss performance.

1. Impunity for possessing and using drugs in a specifically delimited area

One of the main aims of the trial was to see the effect of impunity for possession and use of drugs for users of the facility. It was hoped the evaluation would shed light on intended and unintended consequences of the impunity clause.

Important questions related to the response of the police to the facility and its

clients and how staff managed to ensure that clients brought no more than the one heroin dose allowed by the law onto the premises.

When the idea of an injecting room trial was aired, the police protested. Nevertheless, the police have been loyal to the decision made by Parliament to pilot an injecting room and have given their full support. The police were also instructed by the Director of Public Prosecutions not to stop and search clients heading for the facility. The police did as instructed, and neither surveillance nor arrests of clients on their way to and from the premises were observed during the trial's lifetime.

Staff found it difficult on the other hand to check the amount of heroin clients brought in and used. One explanation is that conceptions of what constitutes a heroin dose vary from user to user; another is that staff can only check what the client shows them. Clients were therefore in a position to bring and inject more heroin or other substances without risking detection.

Thus the statutory provision of an exemption from punishment has undoubtedly worked insofar as it, in legal terms, is actually possible to run the injecting facility as a pilot scheme, despite the inability of staff to satisfy themselves that clients are only bringing one heroin dose onto the premises. The police operating in the Oslo drug scene had already for some time stopped chasing drug users for small doses of drugs. Nevertheless impunity has had the unintended side effect in that possession of small quantities of heroin is decriminalised even further in the centre of Oslo.

2. Enabling a greater sense of dignity

Another objective was to enhance the dignity of serious drug users. This particular goal stands apart from the others in that it cannot be measured quantitatively. Dignity is a complex matter, and in this context it lacks a clear definition. As to what actually confers dignity on a drug user, opinions differ.

Dignity is symbolic in nature; in terms of the injecting room it can be perceived at a *general* and an *individual* level. Generally, it is about strengthening the dignity of all serious heroin users; individually it is about strengthening the dignity of every one of the injecting room's clients.

At the general level, the mere setting up of the injecting room expressed recognition of the value of serious heroin users. It expressed a view of their circumstances as undignified and a desire to take remedial action. By letting clients use the facility without risking police intervention, the message was that clients' health took precedence over drugs control.

At the individual level, dignity lay in the provision of a private, undisturbed place to inject. Injectors should not have to inject in full view of the public. This division between public and "private" is crucial to an understanding of dignity in connection with the injecting room. The facility can be construed as a private space insofar as only the "initiated" are privy to the act.

The individual aspect of dignity entails more than the public/private distinction for the clients of the injecting room, however. In addition to the physical injecting facilities, the individual client's dignity is enhanced by having a helpful and sympathetic staff on hand. Each client should

therefore feel individually recognised according to their needs.

Given this conception of dignity, there are grounds in our opinion to say that the injecting room trial imparted dignity at a general level to substance abusers. At the same time the injecting room dignified the individual client by providing practical assistance and a polite and sympathetic reception. This also applies to other measures put in place for this particular group.

3. Facilitate contact with the social and health services

The injecting room's intended clients will normally have been in contact with various parts of the health service already. Injecting room staff were therefore not expected to do work done by the ordinary health service. Naturally, some clients will not have been in touch with the health service before, and for those that had, experiences will vary qualitatively and quantitatively. Injecting room staff should help clients establish new or re-establish lapsed contacts.

As became clear during the first two years of the trial, staff responded to more or less clearly articulated calls for help with various problems. The problems included more or less serious health issues, problems with the social benefit authorities, temporary homelessness, or getting admitted to a detox clinic. The recorded information does not allow us to state the extent of this referral activity, for various reasons, but what does seem clear is that successful referrals and counselling depend on adequate staffing and suitable premises, where staff and clients can talk privately.

4. Help to prevent disease and infection

One objective of the injecting room scheme was to reduce infection or contamination rates. Given the limited data it is difficult to say whether this happened. Clients are obliged to follow strict rules of hygiene, however. They are also given practical advice on the best way of administering an injection with the least risk of developing physical problems such as inflammation and abscesses. Injection training was given in 13 per cent of all injection visits, and to 81 per cent of the clients on one or more occasions. One would expect the clients to practice what they had learned when they inject outside the facility. Clients became more aware of the need for good standards of hygiene, they said.

5. Reduce the number of overdoses and overdoses deaths

The prevention of deaths from illicit drug use has been one of the leading arguments for establishing public drug injecting premises in Norway. It is said that such facilities would give heroin users hygienic surroundings and professional guidance in which to administer the drug; toxic reactions could be dealt with on the spot by administering an antidote or calling the emergency services. This is based, however, on the assumption that toxic reactions occur relatively quickly after administration, which is not always the case, and from the start one would not know how many drug users will avail themselves of such a facility.

0.6 per cent of injections resulted in an overdose, and 18 per cent of clients experienced an overdose while at the injecting room. None of these incidents were fatal. As mentioned above, the number of injections administered at the injecting room is

only a fraction of the total in Oslo in any one day. There is no evidence then that the injecting room reduced overdose rates or overdose fatalities. To prevent all overdose incidents, most of the injections in the city would need monitoring.

■ Staff

The evaluation study came to focus much more than planned on working conditions of the staff, because staff grew increasingly frustrated with them. As suggested already, the place was small, inconvenient and impractical. When staff felt threatened by clients, which happened occasionally, they had nowhere to go for their own safety. An injecting room demands a great deal of staff. Witnessing the self-destructive behaviour of the clients leaves a strong emotional impression, especially when clients inject in the groin and neck. Many clients suffer from serious abscesses and wounds.

The problem for the staff, however, was the failure of their superiors to take their complaints seriously and deal with them. As a management lapse it had several repercussions. After an initial period of enthusiasm, the poor physical and psychosocial working conditions resulted in high levels of absenteeism and resignations. Staff turnover has been high.

Interviews with current and former staff revealed the following:

- Staff did not really know what it meant to work in an injecting facility, either psychologically or physically.
- Personnel training was inadequate.
- Working in the injecting room cannot be compared to other work because they are physically so close to clients while they inject the drug.

- Many registered clients are mentally unstable. Staff were increasingly afraid of being attacked or harmed. Some indeed have been threatened by clients.
- Staff feel responsible for the client's well-being while he/she is injecting as well as after leaving the premises (because of the risk of overdosing etc.).
- The work is psychologically draining, with staff dreaming about injections in general and about being injected in the neck and groin.
- Staff supervision has mostly been non-existent.

Policy and ethical issues related to public injecting rooms

An evaluation of the objectives of the scheme gives, however, only a limited understanding of the service. Practical and methodological challenges will always be a part of the evaluation of this kind of facility, and what constitutes "evidence" will always be disputed. The importance of discussing the political and ethical dimensions of the policy debate surrounding supervised injecting facilities are thus highlighted in a 2006 *Addiction* editorial: '*Our most pressing obligation in relation to new frontiers of harm reduction is to consider and discuss first the ethical, social and political dimensions of proposed programs and interventions*' (Fry et al. 2006, 466).

A public injecting room set up, regulated and run by the authorities' raises several dilemmas, which will be discussed in the following on two "levels". First we will discuss some issues related to the daily running of the injecting room, termed 'microethics' questions by Fry et al. (ibid).

Further we discuss some ethical/policy questions on a more general level, 'macroethics'.

Should injecting rooms only permit the injection of drugs?

As already said the Norwegian injecting room only allows heroin to be administered by *injection*, mainly because it is seen as a particularly dangerous way of taking drugs, resulting in more overdose episodes, physical harm, etc. An injecting room was believed to provide a safer environment for a very risky activity.

For heroin users in Norway, injecting is the most frequent way of administering the drug: only a minority smoke heroin regularly, although the number of users with experience of smoking is growing according to a study of injecting drug users in Oslo (Bretteville-Jensen 2005). So as far as heroin users are concerned, they are not troubled by the authorities' decision to ban all but the injecting method of ingestion in the injecting room. In a harm reduction sense, however, smoking is less risky than injecting and should therefore be encouraged. If clients were allowed to smoke heroin in the injecting room, it could undermine the preference for injecting and, in the end, reduce health problems caused by heroin use. The next step could therefore be to allow clients to smoke heroin in a separate room built for smoking and let staff encourage clients to do so.

Should injecting rooms be limited to heroin?

The fact that heroin is the only substance the Norwegian injecting room regulations allow also makes it difficult for staff to fully control what is brought into the establish-

ment. The reason behind the decision is to do with the increased overdose risk from heroin in combination with other drugs.

Allowing other substances into the injecting room could be perceived as an expression of acceptance of the practice.... Were the objective simply to enhance the dignity of users, one might give consideration to allowing more substances to be taken. But the trial has other purposes as to reducing overdose incidences and harm caused by injecting. (Ot.prp. nr. 56, 2003–2004)

A 2007 survey of injecting room clients found that about half had injected “pills” in addition to the heroin, while 30 per cent had injected amphetamine as well in the previous twenty-four hours.

Not unexpectedly, it is difficult in practice for staff to control what is injected – they frequently discover attempts to mix substances. Clients are probably successfully injecting other substances without the knowledge of the staff, as expected by one of the users we interviewed: “... you can get a screen. You’ll be sitting alone and can mix and blend without the staff noticing”.

So as long as the number of users who only use heroin in Norway remains low, restricting all other substances except heroin in the injecting room may be counterproductive.

What about the mentally disturbed?

An injecting facility will find it difficult to cope with clients suffering from mental illness and aggressive behaviour. If staff are to give practical advice on administering drugs intravenously, there will have to be close face to face contact with the client. Some of these consultations are harder than others and much more emotionally

draining. But refusing to admit the difficult clients would be tantamount to refusing the clients most in need of the facility. Should one therefore adopt a tight admittance policy, keeping the most disturbed and aggressive clients out, or should steps be taken to enable staff to deal with this group of clients adequately and safely, to the benefit of both?

Should clients be allowed to inject into the neck and groin?

Injecting drugs into the neck and groin is more hazardous than into the arm because of the higher risk of bleeding, thrombosis, infection and damage to nerve tissue. Despite the risk, clients are allowed to inject into these regions of the body, though against the advice of staff. Whether the policy should continue to apply if a permanent injecting room is set up, is therefore a matter for debate.

Duty to report?

The Norwegian Health Personnel Act requires injecting room staff to notify the child welfare authorities if clients have children in their care, the social services if clients are pregnant, and the police if clients have been driving under the influence of drugs/alcohol. By proceeding to notify the authorities, staff risk alienating the client. So at what point should concern be relayed to the child welfare service or social service? And what should be the overriding purpose? Should the welfare of a third party take precedence over the interests of the clients?

How to decide who to admit/refuse entry?

It would be hard to imagine an injecting room in line with the Norwegian trial, with

a universal admittance policy. It would be costly economically and in terms of personnel. As long as the public injecting room is a scarce “commodity”, there is no guarantee that users with the greatest need will be admitted. Whether the “first come, first served” principle should be applied, or other criteria, is yet another dilemma.

The above-mentioned issues related to the daily running of the service are to some extent related to the Norwegian injecting facility in particular. Little is to be found on the topics in international literature, except the neck/groin discussion where stands taken differ among the services. The issues discussed in the following concerns more general ethical and policy questions that can be related to all harm reducing measures per se.

Assistance or anti-nuisance campaign?

Addressing the public nuisance factor frequently means clearing undesirable or annoying elements away from public spaces. Removing drug abuse from the public arena is one of the main reasons for establishing injecting/client rooms in other countries (i.a. Hedrich 2004; Reinås & Cron 1998). It has not been considered of equal importance in the political debate in Norway, however. Drug injecting facilities are basically viewed as a form of assistance. An injecting facility with limited capacity, like the trial in Oslo, would not have much effect of drug use in public anyway.

Although the public interest was not mentioned explicitly, it would be natural to imagine the facility as helping to reduce the prevalence of drug use in public. The public itself would be spared some of the unpleasantness associated with drug taking in public in the areas concerned. So

while the public nuisance factor and desire to keep drug users off the streets could be an argument on the side of injecting rooms, it might put the health aspect of substance abusers’ in the shade.

Injecting room and/or other mechanisms?

One dilemma arising from the injecting room trial is that it could make it easier to maintain the habit, undermining the user’s motivation to quit. On the other hand, we know staff have helped clients get in touch with the health and social services, though we cannot say whether the trial itself inspired clients to change their behaviour.

Harm reduction or prevention?

Whether society should pursue drug policies aimed at harm reduction or spend resources on preventing young people starting with drugs or helping them quit, is another dilemma. Would the injecting room service attract users who wouldn’t otherwise be injecting heroin? As many have pointed out, it can’t be denied that injecting rooms and other harm reduction measures can be interpreted as a tacit acceptance of drug use by society. Efforts to reduce harm caused by drug use could induce young users at risk of developing a serious habit to feel that society accepted the use of illegal substances.

How far should society go?

An injecting room organised along Norwegian lines is an expensive proposition. Is this the right way to spend public money? Is this the best way of channelling resources earmarked for this group? How far should society go to provide help that also prolongs substance abuse? Would it not be better to spend resources on measures

aimed at getting users to reduce or quit the habit altogether?

The injecting room – an embodiment of several paradoxes

An injecting room facilitates the injection of heroin. Clients are given all the equipment they need to perform the injection. The Norwegian system expects staff to advise clients on practical issues up to the point of the actual injection itself, which clients must administer themselves. The narcotic effect of the drug varies from client to client, but many become extremely drowsy and lethargic. Staff must therefore prevent clients falling asleep and “overdosing”. While this seems relatively obvious, it is difficult not to see the paradox. One minute the staff are helping clients inject a dose of heroin, and the next they’re making sure clients don’t suffer an adverse reaction to the same dose.

Discussion

We have listed and partly discussed some issues or dilemmas connected to the Norwegian injecting room trial, and the more general questions applied to harm reducing measures per se. Opinions vary on what constitutes a dilemma, what it entails and to what extent it should be taken into consideration. While some have argued the harm reduction concept to take a value-neutral approach to both drug use and drug users (Erickson et al. 1997), others state that harm reduction policies never can be so (Kleinig 2008). Kleinig’s point is that harm reduction policies ‘*see the disvalue of the harms that are prevented or minimized by such policies as outweighing the harms – whatever they might be – of the underlying behaviours*’ (ibid). Applied

to issues discussed above in connection to the Norwegian injecting room trial, we could say that people will differ in their judgements “*about the relative weight that different harms are to be accorded, and if the manifest harms prevented by harm reduction policies make them preferable to whatever the status quo without such policies may be*” (ibid). The further discussion on public injecting rooms in Norway should therefore concentrate on the weighting and commensurability of harms. What are the actual harms and how should they be weighed?

Since our discussions on general issues apply to most harm reducing measures, we’d expect to find corresponding discussions in other countries. This is only partly the case, and literature on injecting facilities doesn’t emphasize dilemma-discussions. Why? One explanation could rely on differences in drug policy among countries applying harm reducing measures. While a primary aim of the drug policy in some countries, for instance the Netherlands, is the safeguarding of health, one could argue that such a policy aim has gained less precedence in Norway and other Nordic countries. Even if ranges of harm reducing measures have been established, the traditional “prohibitionist” drug policy hasn’t been replaced. A study of the Finnish drug policy development in the last decades, states that “*rather than posing a threat to a prohibitionist drug policy, harm reduction has come to form part of it*”, forming a new dual track policy (Tammi 2007, 5; Hakkarainen et al. 2007). Similar conclusions could be applicable to Norwegian drug policy development. The ‘dual track policy’ is based on a double strategy, where drug use is prohibited

at the same time as it to some extent is tolerated in services aimed at reducing harms. Different drug policies naturally generate different policy discussions. A "dual track" policy nourishes ethical and political discussion like the one above, while a drug policy emphasizing health issues before criminal issues has already 'weighed the harms' of drug use and its consequences, reducing the need for such discussions.

After going through the results of the Norwegian injecting room trial and discussing dilemmas connected to it, what impression are we actually left with? The evaluation was unable to determine with certainty whether the objectives of the trial were achieved. This difficulty was known at the start, partly because the targets are methodologically and practically difficult to measure empirically, and partly because the evaluation period was of limited duration and the data inadequate. For instance, what should be the salient factors when deciding whether the scheme produced more dignity for the group in question? Nor do our data allow us to say whether the scheme reduced overdose incidence or overdose mortality. In short, the trial was too limited to produce reliable evidence on which outcomes that Norwegian injecting facilities could possibly achieve given more favourable conditions. It could be asked then, why such a limited trial? Was a contribution from central authorities of €750 000 a year to the trial in line with the comprehensive objectives stated by Parliament? An injecting room arrangement in the form set out under the Norwegian trial scheme requires staff to assess clients' level of intoxication and provide as much assistance as necessary

up to, but not with, the actual injection. It presents staff with several difficulties to overcome. As the evaluation discovered, the premises must be functional and practical, and staff security must be ensured. If a permanent injecting room is supposed to help the authorities implement policy on drug injection in Norway and at the same time provide a safe working environment for staff, it will be costly. According to The Alcohol and Drug Addiction Service in the municipality of Oslo the budget for the trial in 2008 is about €1.5 million (opening six hours per day).

When Tham (1999) states that drugs policy is an area where the symbolism might be more important than reaching the actual aims, one could argue that this relate to the Norwegian injecting room trial. At the time when the decision to start up a trial was taken, the open drug scene in Oslo was growing, as was the pressure on politicians to act. In an earlier discussion of the case it was noted that "*Responsible politicians spied a rare opportunity to demonstrate vigour and determination, in a more or less desperate attempt to contain the growing problem*" (Olsen 2006). The Parliament's decision on a trial of injecting rooms might then have served other aims than reaching its objectives.

Final remarks

The evaluation covers the first two years of the injecting room's operations after opening to the public (1 February 2005 to 31 January 2007). During the summer of 2007, the injecting room was moved to a new, more practical location, giving the staff a much-wanted improvement in working conditions. New clients are still registered, but economic constraints continue to im-

pose limited opening hours, from 9:30 a.m. to 3:30 p.m. The frequency with which registered clients use the facility continues to vary widely. Registered data for December 2007 and January 2008 show an average of 32 injections every day, compared with 24 during the evaluation period (Rusmiddeletaten 2008a). In the following months in spring 2008 the average number of injections per day has further increased to 41 (Rusmiddeletaten 2008b). Many staff members prefer working part-time (Rusmiddeletaten 2008a).

The Alcohol and Drug Addiction Service in the municipality of Oslo are aware of the ethical and practical problems raised by the scheme, adding that the benefits to the minority that use the injecting rooms

are not commensurate with the costs of running it (Rusmiddeletaten 2008a).

In the autumn of 2008 or in 2009, a decision will be made by Parliament as to whether to make the scheme a permanent arrangement or close it down for good. What that decision will be is impossible to say at the time of writing.

Astrid Skretting, Research Director
Norwegian Institute for Alcohol and
Drug Research (SIRUS)
Pb 565 Sentrum, 0105 Oslo, Norway
E-mail: as@sirus.no

Hilgunn Olsen, Advicer, Project Assistant
Norwegian Institute for Alcohol and
Drug Research (SIRUS)
Pb 565 Sentrum, 0105 Oslo, Norway
E-mail: ho@sirus.no

NOTE

- 1) Midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika – (Provisional act relating to a trial scheme for premises for drug injection or Drug Injection Rooms Act).

REFERENCES

- Bretteville-Jensen, A.-L. (2005): Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. *En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004*. SIRUS rapport nr 4/2005
- Erickson, P. & Riley, D. & Cheung, Y. & Ohare, P. (1997): Introduction: The search for harm reduction, *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*. Toronto: University of Toronto Press
- Fry Craig, L. & Cvetkovski, S. & Cameron, J. (2006): The place of supervised injection facilities within harm reduction: evidence, ethics and policy. *Addiction* 101: 465–467
- Hakkarainen, P. & Tigerstedt, C. & Tammi, T. (2007): Dual-track drug policy: Normalization of the drug problem in Finland. *Drugs: education, prevention and policy* 14 (6): 543–558

- Hedrich, D. (2004): European report on drug consumption rooms. EMCDDA 2004
- Kleinig, J. (2008): The Ethics of Harm Reduction. *Substance Use & Misuse* 43 (1): 1–16
- Linssen, L. & de Jong, W. & Wolf, J. (2001): Gebruiksruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan. Series: Resultaten Scoren. Utrecht: Trimbo Institute
- Odelstinget 14. juni 2004
- Olsen, H. (2006): A Happy Compromise? Public Injection Rooms in Norway – Admission Criteria and Client Responses. In: Anker, J. & Asmussen, V. & Kouvonen, P. & Tops, D.: Drugs, users and spaces for legitimate action. NAD publication 49. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and drug Research (NAD), pp183–204
- Ot.prp. nr 56 (2003–2004): Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)
- Ot.prp. nr 8 (2004–2005): Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) m.m
- Reinås, K. & Cron, R.-D. (1998): Tysk og sveitisk narkotikapolitikk sett med norske øyne. Forbundet mot rusgift. Oslo
- Rusmiddelstaten (2008a): Bakgrunnsinformasjon om drift av sprøyterommet. Brev til Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester
- Rusmiddelstaten (2008b): Referat fra referansegruppe sprøyterom
- Stortinget 16. mai 2002–2003
- St. prp. 65 (2002–2003): Tilleggsbevilging og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2003.
- Tammi, T. (2007): Medicalising Prohibition. Harm Reduction in Finnish and International Drug Policy. Stakes, Research Report 161. Vaajakoski: Gummerus Printing
- Tham, H. (1999): Law and order as a leftist project? The case of Sweden. Reprint series No. 65. Stockholm University, Department of Criminology
- Wolf, J. & Linssen, L. & de Graaf, I. (2003): Drug consumption facilities in the Netherlands. *The Journal of Drug Issues* 33 (3): 649–661.