



Av Anne Chr. Moberg,
KoRus-Øst

Heroin som behandling handler ikke bare om fag og politikk, men også om moral. Lite tyder på at det kan forsvares som moralsk praksis.

Gode hensikter = forsvarlig praksis?

- En kritisk refleksjon over substitusjonsbehandling i etterkant av heroindebatten

Fem av ni i Stoltenbergutvalget gikk inn for forslaget om heroinstøttet behandling. Utvalget fikk i oppgave å vurdere forslaget også ut fra et etisk og verdimesig grunnlag, men verken debatten eller forskning om dette gir grunn til å hevde at dette er en moralsk forsvarlig behandlingsform.

Debatten viser at forslaget også er et normativt samfunnsspørsmål. Enkelte hevder at det kun er snakk om et medisinsk anliggende. Fordi rusavhengige defineres som pasienter, trenger vi ikke snakke politikk eller moral. Jeg mener det blir feil. Å ta i bruk heroin i substitusjonsbehandling er både et samfunns moralsk og profesjonsetisk anliggende – særlig fordi dette vil skape store moralske utfordringer når det gjelder kontroll og overvåking.

I legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er hovedmålet at opioidavhengige gjen-

nom medikamentell behandling og sosiale rehabiliteringstiltak skal kunne mestre eget liv uten destruktiv avhengighet. Tidvis reises spørsmål om hvordan behandlingen fungerer og om den i tilstrekkelig grad når de mest sårbare og utslåtte gruppene rusavhengige. Det dukker opp spørsmål om menneskesyn og oppfatninger om menneskeverd bak vår politikk når innsatser ikke virker og folk lever og dør i forkommenhet. Et sentralt spørsmål de siste årene er om heroinstøttet behandling kan bidra til et bedre liv for dem som ikke klarer å bli rusfrie, og som heller ikke får tilstrekkelig hjelp gjennom metadon eller buprenorfin.

I debatten kommer det fram synspunkter både om hva som oppfattes som god kunnskap i denne sammenhengen og hvilke veivalg som kan tenkes å føre vekk fra, eller bidra til, ekskludering og marginalisering av de sårbare gruppene dette

forslaget var ment å omfatte¹. Og debatten viser det de fleste debatter i dette feltet viser, nemlig at rusfeltet er et felt som preges av påtrengende spørsmål og engasjerende diskusjoner om hva som kjennetegner rusavhengighet, hvilke virkemidler vi har på samfunnsnivå for å redusere problemet, hva god hjelp er og hvordan den bør ytes. Og som de andre debattene synliggjør også denne, et felt fylt av motstridende oppfatninger om hvilke veier som fører til økt anerkjennelse og bedre liv for mennesker som sliter med destruktiv avhengighet.

Alle de «klassiske» dilemmaene i rusfeltet kommer til syne i diskusjonen om heroinassistert behandling: (a) syn på rusavhengighet som hovedsakelig et medisinsk versus et sosialt problem, (b) en diskurs om behandlingsretninger: skadereduksjon og medikalisering versus rusfrihet som mål, (c) overordnede motsetninger mellom *empowermentparadigmet* - tenkningen om det selvforvaltende individ innenfor en liberal frihetsforståelse, og på den andre siden, tenkningen om mennesker som sårbart avhengige av andre – *velgjørenhetsperspektivet*.

Dette er reelle dilemmaer der meningsyttere både innenfor feltet og som opinion utenfor, har et eller annet ståsted. Sammenfattet kan vi si at på den ene siden

I debatten om heroinassistert behandling hevdet begge motpolene at nettopp deres syn i størst grad gir uttrykk for anerkjennelse og respekt for den opioidavhengige og gir best mulighet for overlevelse og verdig liv.

står en mer ensidig og hegemonisk sykdomsmodell knyttet til en voksende medikaliseringstendens parallelt preget av et dominerende samfunnsperspektiv: empowerment-tankegangen. På den andre siden står en mer sammensatt modell med avtagende gjennomslagskraft. Som representerer alternative forståelses- og behandlingsmåter og som oppfatter det mer ensidige hegemoniet som utfordrende. I tendensen er det ulike syn, men vesentlig og sammenbindende er synet på velgjørenhetsperspektiv og solidaritetsressurser som motstrategi til empowermentparadigmets negative konsekvenser for sårbare grupper.

Debatten gir altså mulighet til å reise spørsmål som i stor grad handler om senmoderne samfunnsutvikling, om sosial ekskludering, ruskultur, økonomi og ressurser i behandling.

Fag og politikk – men også moral

I debatten om heroinassistert behandling hevdet begge motpolene at nettopp deres syn i størst grad gir uttrykk for anerkjennelse og respekt for den opioidavhengige og gir best mulighet for overlevelse og verdig liv.

Men hva er egentlig moralsk i denne sammenheng? På den ene siden blir det hev-

det at moralsk forsvarlighet er å dele ut legal heroin fordi det vil gjøre dagliglivet til den enkelte heroinavhengige bedre og gi gruppen økt verdighet og anerkjennelse. Det motsatte standpunktet er at å tilby legal heroin vil være en fallitterklæ-

1 Artikkelen tar utgangspunkt i min masteroppgave i profesjonsetikk «Gratis heroin» – Et kritisk perspektiv på normative grunner i den norske heroindebatten (UiO, 2010).

ring overfor rusavhengiges hjelpebehov og deres muligheter for å gjenreise verdighet i eget liv.

Forslaget om heroinstøttet behandling er i stor grad reist som et hensyn til den enkelte avhengige. Men det er flere hensyn, og vi kommer ikke unna kontrollperspektivet. Dette er i mindre grad diskutert i debatten, selv om det til dels er dilemmaer i LAR allerede. Kontrolltiltakene vi har i dag er særlig knyttet til uønsket bruk/lekkasje, altså illegalt salg av legal metadon eller buprenorfin. Dette for å motvirke misbruk og skade fra sterkt vanedannende legemidler på tredjeperson (LAR-forskriften 2009). I Norge er det et høyt kontrollnivå hvis vi sammenligner oss internasjonalt, og det eksisterer en tosidig kritikk til denne (Waal m.fl. 2009). Noen hevder det er for mye ressurser som brukes til kontroll, og for mye søkelys på særlig rusmiddeltesting. Andre mener det kontrolleres for lite og for dårlig til å hindre lekkasjer. I hvilken grad kontrollaspektet skaper problemer i seg selv, er etter min oppfatning et sentralt spørsmål når vi kommer til en eventuell overvåket heroinutdeling.

Hensyn og hensikt på flere nivå

Er gode hensikter eller forskningsbasert kunnskap fra kontrollerte forsøk tilstrekkelig til å vurdere hva som er etisk rimelige eller moralsk forsvarlige praksiser? Og kan det fortelle oss hva som fører til integrering fremfor ekskludering? Mange av meningsytterne henter nettopp begrunnelser for slike standpunkt fra heroinforsøk og etablert behandling i andre land. Det fremheves som viktige dimensjoner at heroin kan gi økt verdighet, selvrealisering og kontroll over eget liv (Knutsen 2009, Holte og Woxholt 2009,). Men motsatte meninger finnes også. Kunnskaps-

oppsummeringene viser at heroinstøttet behandling sannsynligvis gir reduksjon i illegal heroinbruk, nedgang i kriminalitet og i viss forstand bedre sosiale forhold (Ravndal 2008, Waal 2008, Hansen og Grønabæk 2007, Ferri m.fl. 2009, Mattick m.fl. 2009). Likevel stiller andre meningsyttere spørsmålet: verdighet for hvem? De peker på at enkelte grupper er utelatt fra modellprosjektene det er forsket på. Kanskje særlig de som er i den målgruppen vi helst tenker på som aktuell, gruppen «hard to reach, hard to treat». Enkelte av debattantene fremhever at bildet denne formen for kunnskap gir blir for snevert og hevder at det er andre elementer som påvirker resultatet: at for eksempel herointilbudet er et av de få tilbudene som finnes, at det ellers ser ut som det er minimale oppfølgingsmuligheter for å komme på lavere doser, at det ikke finnes tilstrekkelig med rehabiliteringsmuligheter for å redusere rusbruk - at det altså ikke eksisterer særlig andre eller gode alternativer å sammenligne med (Aasmundstad 2009). Atter andre peker på de allerede eksisterende forholdene i Norge og spør om det vil bli bedre med heroin. En blogger ber folk ta en tur utenfor Tøyen apotek i Oslo en formiddag «det er ikke så voldsomt mye verdighet å takke LAR for» skriver hun.

Og hva er gode hensikter når vi opererer på gruppe- og samfunnsnivå? Magnar Lie i Blå Kors sier i et intervju med VG at «Dette er økonomi for Bjarne Håkon Hanssen. Det koster enormt mye å få opp så mye hjelp at en aktiv stoffmisbruker skal klare å stå stødig i samfunnet. Det er en veldig kostbar prosess» (Lundh 2008). Det lå også i mandatet til Stoltenbergutvalget å ta flere hensyn enn hensynet til enkeltindividet, det skulle også vurdere

«behovet for å redusere den offentlige sjenansen og omfanget av kriminaliteten knyttet til finansiering av rusavhengigheten (Helse- og omsorgsdepartementet» 2009).

Behov for flerfaglige innfallsvinkler

Det finnes forskere og skribenter som har kontroll-, politikk-, kultur- eller maktperspektiv som sin tilnærming til rus- / substitusjonsbehandling. Andre diskuterer skadereduksjonens ulike sider (se eksempelvis Andersen og Järvinen 2006, Bjerge 2005, Bourgois 2000, Dahl 2008, Ekendahl 2009, Ravndal 2009, Perälä 2008, Roe

2005). Substitusjonsbehandling som samfunnstiltak ligger i et særlig spenningsfelt mellom velferdsytelse og disiplinering. Kanskje mellom tillit og mistenksomhet. De som forvalter ansvaret for forskrivning og oppfølging skal passe på at den medikamentelle behandlingen skjer på en trygg måte. Det kan gjøres hyggelig og med god serviceinnstilling, men denne spenningen utfordrer uansett «innpakning» både brukere og profesjonsutøvere. Slike spørsmål behandles blant annet i dansk substitusjonsforskning (Dahl 2008). Der hevdes det at selv om medikamentene stort sett virker etter sin hensikt å stabilisere livssituasjonen og redusere illegal bruk for gruppene vi er opptatt av her, bidrar ikke medisineringspraksisene til økt livskvalitet og psykisk bedring, i den grad vi skulle ønske oss. Dahl peker på at mange bruker rusmidler sammen med substitusjonsmedikamenter på slike måter at det ville føre til sanksjoner i forhold til utleverings-

prosedyrer eller rusmiddeltesting osv. Denne situasjonen kan føre til at kjente unnvikelsesstrategier opprettholdes og blir et mønster i forbindelse med medikamenthenting og urinprøver. Det stadig å måtte tenke ut bortforklaringer, eller det stadig å oppleve distanserte «kontrollblikk», vil sannsynligvis redusere det overskuddet som skulle gått til oppmerksomhet på egne endringsønsker og -muligheter.

Dette utfordrer det normative på mer enn en måte. Den «myke kontrollen» kommunisert gjennom omsorg, bidrar til å opprettholde forestillingen om at delta-

kelse i alle elementene i behandlingen er frivillig. Ditt eget valg og ansvar. Vi kan ta med et par eksempler fra dansk metadonpraksis: Det er trivelig med gode hilseritualer når folk kommer for å hente sin daglige dose. Samtidig gjøres det for å få pasienten til å snakke, få sett øynene, møte blick og sjekke pupiller for ruspåvirkning. Et «ha' det» før du går og før døren blir låst opp er i tillegg en kontroll av at medisinen er svelget. De ansatte formulerer dette som omsorg. For at de ikke skal gi folk noe de kan dø av. Det er det nemlig en viss fare for dersom pasientene for eksempel har drukket mye alkohol eller brukt benzodiazepiner rett før de kommer. Dersom de ansatte ikke får bekreftet at medikamentene er svelget før pasienten forlater stedet, kan det være fare for at medikamentene blir solgt. Det utgjør en risiko - for tredjeperson. Mens altså de ansatte oppfatter kommunikasjonen de utfører som del av viktig omsorg, oppfatter pasientene kommunika-

Substitusjonsbehandling som samfunnstiltak ligger i et særlig spenningsfelt mellom velferdsytelse og disiplinering. Kanskje mellom tillit og mistenksomhet.

sjonen nesten utelukkende som kontroll (Dahl 2008). Det som blir komplekst når vi snakker om valg og ansvar i substitusjonsbehandling er hvor valgbar deltakelsen egentlig er i denne behandlingsstrukturen. Avhengigheten av rus eller til medikamenter fører til at andre enn deg selv styrer livssituasjonen din om du ikke klarer å tilpasse deg.

Nå bør vi nødvendigvis ikke sammenligne oss med andre lands praksiser, men et bilde fra studiebesøk i substitusjonsbehandlingspraksiser i New York er blitt stående igjen. I 2008 var det ca 35 000 mennesker med substitusjonsbehandling i storbyen. Da må det være en viss «orden i sysakene». Ett sted var deltakere forpliktet til å delta i diverse grupper for å øke tilpasning og livskvalitet. Det var særlig sinnemestringsgrupper som var in. Men dersom du ikke møtte til gruppen var sanksjonen at metadonen ble utlevert på ettermiddagen, slik at en sikret deltakelse i gruppen i løpet av dagen. Så når det nærmet seg klokka tre var det en «canossa» kø i korridoren. Mennesker med hodet bøyd, i lang kø, som hadde deltatt gjennom dagen og ventet på dosen før de gikk hjem. Synes vi slik praksis er greit? Hvor går grensene og hva er valg når det er snakk om et avhengighetsforhold både til medisinen og til de som forvalter den?

Lydighet motiverer ikke

I bestrebelsene etter å skape ideelle rammer kan det altså vokse frem en vanskelig moralsk praksis via de bakenforliggende styringslogikker profesjonsutøverne deltar i. Praksisen styres av en medisinsk rasjonalitet på individnivå, der folk skal få hjelp, men hvor de også må beskyttes (fra seg selv). Men også av en pedagogisk ra-

sjonalitet på gruppenivå, der den enkelte skal normaliseres til produktive medborgere. Alt dette skal skje gjennom aktiv og frivillig deltakelse. Det siste handler om empowerment-tankegangen som preger velferdsinnsatsene i vår tid - tanken om det selvstendige, frie og rasjonelt handlende menneske. En tankegang som begrunner frivilligheten og samtidig er en form for maktlogikk siden det likevel kun er en viss type frihet og valgmulighet vi snakker om (Bjerge 2005).

... det er en ganske bestemt form for frihed og selvforvaltning, som giver mulighed for formelt ansvar... På den ene side skal svagstillede brugere fri-,selvstendig-og ansvarliggøres i den offentlige sektor, men det skal på den anden side ske på baggrund af nogle bestemte samfundsmæssige forestillinger om, hvordan det lader sig gøre bedst mulig (Bjerge 2005:90).

Utfordringen er altså at kontrollaspektet forutsetter en lydighet, noe som samtidig fungerer ydmykende og lite endringsmotiverende. Ofte utløses motmaktstrategier hos den som skal forsøke å mestre. Når dette allerede i LAR kan føre til strategier i form av mer «triksing og fiksing» - en av ruslivets viktigste overlevelsesstrategier, og ikke til motmaktstrategier rettet mot kampen for et annerledes liv - hvordan vil det da bli med heroinstøttet behandling? Antagelig vil det utfordre dette enda mer. Fordi den rusavhengige er nødt til å møte opp til utlevering to til tre ganger daglig, og fordi medikamentet må omfattes med enda strengere sikkerhet.

Det som videre kan problematiseres, og som meningsytringene i debatten også mer vagt artikulerte, er at ikke bare praksisen rundt, men selve hjelpeformen er

så tett forbundet med kontroll. Den stadige vurderingen av det særskilte *beretigetskravet* som følger denne formen for helsepolitisk regime, har konsekvenser. Uansett valg, står den profesjonelle aktør i fare for å produsere avmaktreaksjoner. Om pasienten må hindres eller nektes substitusjonen, med en begrunnelse som kan være vesentlig nok, utsetter det ham eller henne, på kort sikt, for en enda vanskeligere situasjon. På den andre siden, hvis man overser betydningsfulle momenter, som videresalg av substitusjonsmedikamenter, som i neste omgang bør føre til begrenset adgang til å administrere dette selv, bidrar man også til en innskrenking i pasientens liv – på lang sikt. For når kontrollmekanismene ikke fungerer godt nok, øker kravet om mer kontroll, som denne pasienten i neste omgang - sammen med andre - også kommer til å bli utsatt for.

Et av fenomenene vi kan besnæres av gjennom å lese forskningstekster er at *det eksplisitte bildet* som formidles, altså at medisinen stort sett virker etter hensikt om stabilisering av livssituasjonen og nedgang i illegal bruk, *likestiller* vi med at da må behandlingsstrukturen også fungere greit.

Er det substitusjonsmedikamentet sammen med de som skal bruke den og de som skal formidle den som i seg selv skaper en avmaktproduserende situasjon, eller er det praksisen medisineringsen er konstruert i som produserer situasjoner?

Vil vi uansett utsette mennesker for avmaktssituasjoner i denne formen for behandling? Vil vi uansett produsere praksiser som hindrer folk i deres kamp for anerkjennelse?

Vurderingen min er at dersom avmakt og krenkelser blir oversett som følge av praksisens organisering, profesjonsutøvernes manglende profesjonalitet, faglighet og respektfullhet, da kan dette forandres, gjennom mer kunnskap og større handlingskompetanse. Men om substitusjonsbehandlingen i seg selv skaper slike forhold, er det ikke så enkelt å organisere seg bort fra, eller heve kompetansen for å endre situasjonen – uansett hvor mye ressurser man putter inn. Da snakker vi om en grunnleggende normativ utfordring og må stille spørsmå-

let: Vil vi uansett utsette mennesker for avmaktssituasjoner i denne formen for behandling? Vil vi uansett produsere praksiser som hindrer folk i deres kamp for anerkjennelse? De meningsytringene i debatten som peker på noe i denne retning opplever rusavhengige som sviktet av de profesjonelle aktørene, fordi medikaliseringen sees på som en lettvent vei når behandlingsapparatet selv svikter. Lettvint når vi som profesjonsutøvere eller besluttere ikke har ork til å se, ressurser til å bære, eller tålmodighet til å stå løpene som kreves. Svikten blir mest formulert rundt det ikke å se sammenhenger mellom begrensede virkemidler, færre langsiktige rehabiliteringskontekster, og et LAR som mange steder reduseres til det brukerorganisasjonen RIO hevder er et «vedlikeholdsprogram der sidebruk, bostedsløshet og dårlig helse fortsatt kjennetegner den rusmiddelavhengiges hverdag» (Eikenes 2009:2). Hva tenker vi om heroinstøttet behandling i

denne sammenhengen? Som mindre eller mer krevende enn dagens praksiser, mindre eller mer «lettvint»?

Moralske erfaringer er en del av våre felles menneskelige grunnvilkår. De må formidles og anerkjennes fordi de utgjør så sentrale stemmer om hva som er viktig i våre liv. Hvordan og om disse *legitimt* kan formidles - og effekten av at de ikke blir det, har betydning. For vårt felt kan vi spørre om valg på systemnivå, når det gjelder behandlingsinnretninger, ressurser og innsatser, gjøres med tanke på å legge til rette for å utvikle og å beskytte former for positiv selvidentitet på individnivå. Og om feltets aktører bidrar i denne retningen, eller om de tilslører og skyver unna moralske erfaringer slik at praksisene blir tette skott uten rom for formidling. Som profesjonsutøver kan jeg godt ha gjort et faglig tilstrekkelig arbeid, vært effektiv, gitt pasientrettigheter slik det er bedt om, men samtidig være helt umotivert om forhold jeg nevner her, eller samtidig oppleve at det hopper seg opp opplevelser som det ikke er mulig å formidle noe sted.

Forskjøvet til samfunnsnivå handler dette også om sider ved den senmoderne samfunnsformen. Ideene og virkeliggjøringen av frihet og individualitet, av økt velstand og demokratiseringsprosesser. Samtidig ser vi uløste eller økende problemer. Disse er dels knyttet til et annerledes kompetanse - og utdanningskrav, der mange faller igjennom eller ut, og dels til arbeidsmarkedets premisser og organisering (Frønes og Brusdal 2000). Dette sammen med relativ fattigdom og tendenser til sosial desintegrasjon utløser sårbare situasjoner, med opphopning av levekårsproblematikk som bosteds-

løshet, kriminalitet og rusproblematikk (Halvorsen 1999). Disse mørkere sidene bidrar til å produsere og reprodusere destruktive mekanismer hos den enkelte og i storsamfunnet. Mekanismer som i symbiotisk samspill fungerer utstøtende og polariserende for mange, men især for de mest sårbare gruppene; «Alcohol and drug abusers, criminals, homeless people and prostitutes» (Swärd m.fl. 2007:219). Denne rasjonaliseringens virkemåte har betydning for hvordan empowermentparadigmet, som kan fungere i retning av å styrke individet overfor et offentlig byråkrati, ikke behøver å gjøre det for disse gruppene. Individualiseringen og tanken om eget ansvar for å konstruere oss selv gir kanskje heller et dytt utfor bakke. Som Vetlesen og Henriksen uttrykker treffende:

... individualiseringen utleverer menneskene til en utenfrastyring og – standardisering som var ukjent i tidligere samfunn. Endringer på makronivået ... treffer de berørte individene med voldsom kraft, individer som for sin del, takket være en annen bieffekt av individualiseringen - er mer sårbare enn før, fordi de tradisjonelle, kollektivt oppebårne nettverkene er svekket, smuldret opp ... (Vetlesen og Henriksen 2003:24).

Den innvirker også på profesjonenes motivasjon for å håndtere utfordringer, på rommet for andreorienterthet, og også på om en ser oppgavene som etisk eller moralsk anliggende. Og selv om en på et styrings- og politisk beslutningsnivå også skulle ønske seg andre innretninger, produserer overordnede maktlogikker konstitueringen av rusfeltet, akkurat slik rasjonaliseringen foreslår. Jeg opp-

fatter at selv om regjeringens utvalg fikk et mandat til retningsgivende skritt også for et normativt fundament for rusfeltet som sådan og for enkeltmennesket som sliter, oppfatter jeg det politiske klima sugd inn mot andre grunner. Særlig mot å vektlegge hva vi gjør med synligheten av, og sjeneringen fra, annerledes liv i det offentlige rom. Å beskytte storsamfunnet for det som også kan sees som konsekvenser av vår tilværelses baksider eller samfunnsform. I det ligger likevel en viss omsorg. Ikke for dem vi snakker om her, men for resten av samfunnet.

Brudd med velferdsidealene

Substitusjonspraksiser fremstår, i større grad enn andre helse- og sosialfaglige praksiser, i sterk spenning mellom hjelp og kontroll. Denne spenningen var som nevnt merkbart lite til stede i den offentlige debatten. Ut fra diskusjonene mener jeg heroinstøttet behandling ikke kommer til å svare til forventningene som er reist om hva slik behandling kan bidra med. Min påstand er at behandlingspraksisene i substitusjonsbehandling allerede står i fare for å bryte med tanken om å bygge velferdstiltakene ut fra at enkeltmennesket skal føle seg anerkjent, kunne verdsette seg selv, komme ut av en marginalisert tilværelse og delta i samfunnet som medborger på lik linje med andre. Å legge til rette for livsutfoldelse og å gi dem som sliter mulighet for å endre kurs, det er fundamentet vi må bygge på om vi skal kunne se oss selv i et fremtidig hvitøye. Ved å være mer opptatt av å dempe lidelsens uttrykk, gjerne den offentlig påtrengende her og nå, kan heroinstøttet behandling heller bli en tilsløring av kompleksiteten i rusavhengigheten. En kompleksitet det er svært krevende å ta innover seg, men likevel helt

nødvendig for både den rusavhengige og for hjelper dersom målet er å endre kurs.

Profesjonsetikk på samfunnsnivå?

Profesjonsetikkens oppgave er å bidra til systematisk tenkning over identifiserte problemområder og moralske spørsmål gjerne knyttet til dilemmaer for den enkelte i dennes yrkeshverdag. For de fleste profesjoner i hjelpende yrker er det etablert etiske handlingsprinsipper og normer, enten gjennom yrkesorganisasjonene eller via arbeidsstedets etiske regler. I masteroppgaven hadde jeg også som formål å løfte profesjonsetiske problemstillinger ut over konkrete kodekser for individuell etisk oppførsel. På samme måte som temaet heroinstøttet behandling ble satt inn i et større samfunnskritisk perspektiv, forsøkte jeg å trekke sammenhenger mellom legitimering av handlingsvalg på systemnivå til mulige påvirkninger for profesjonsutøveres faglige og moralske mulighetsrom.

Jeg oppfatter slike problemstillinger som høyaktuelle. For det første lever vi i en tid da etiske idealer utfordres av en gjennomgripende rasjonalisering på alle nivå i samfunnet. Det ser ut til at underliggende moralske og komplekse sammenhenger lett kan domineres av endimensjonal og rasjonell tenkning. Dette fremmer binære for / mot- fokus, det gjør profesjonsutøvere utsatt for populistiske, gjerne ultraliberale tematiserings sirkler, og det kan hindre at vi lytter til viktige stemmer. Stemmer som på den ene siden kan informere om det blant annet Jürgen Habermas er opptatt av - senkapitalismens former for resignasjon og menings- tap, og stemmer som på den andre siden kan bidra til å bryte senkapitalismens sosiale sykdomstegn. I dette ser det ut til

at profesjonene kan komme i skvis mellom idealer om etisk kvalitet og helhetssyn i arbeidet og fordringer om lojalitet mot mer spesialiserte utførerroller som dagens organisering av hjelperollen og overordnede styringslogikker krever.

Hva kan få profesjonsutøvere moralsk indignerte? Jeg tror solidaritet kan forstås som moralsk indignasjon på vegne av grupper som fortrenses fra muligheter andre ser som selvfølgelige.

Men da er det første i alle fall å legge til rette for formidling av hvordan det nå forholder seg. Både for dem hjelperen er rettet mot, hos oss som profesjonsutøvere, våre holdninger overfor dem vi har i oppgave å bistå og praksisene vi omgir og rammer hjelperen inn i. Utviklingen i å kunne diagnostisere mer innenfor rusområdet har mye bra for seg. Men kan også gi utfordringer i å ivareta den relasjonelle kraften i endringsprosesser. Ubehaget som det å forholde seg til vanskelige liv eller livssmerte kan vekke, er kanskje lettere å unngå når det blir satt en diagnose. Birgit Kirkebæk sier noe treffende om dette.

Klassifkation og diagnose giver forventninger om bestemte afvigende adfærdstryk, som udelukker interaktive betragtninger. Ved at fratænke relationens mulighed, fratænkes også egen andel i et menneskes adfærdstryk. Samtidig fratænkes den pågjældendes individualitet (Kirkebæk 1993:309).

Et annet spørsmål er muligens om profesjonsutøveren ønsker å se på seg selv som solidarisk ressurs med et samfunnsoppdrag, eller om slike momenter ikke er så avgjørende for oppfatningen av egen rolle og oppgave i dag. I en liten artikkel om Dissensens skjørhet tar Arne Johan Vetle-

sen (2009) opp det jeg mener kan forstås som en slik appell. Noe profesjonsutøveren bør gå i gang med å etterprøve. Både for å se om demokratiske ressurser er tilstede, og om både profesjonsutøvernes syn og pasienters medvirkning ivaretas. Aller helst at moralske erfaringer får en plass. Jeg er overbevist om at denne klangbunnen finnes i selvhjelpsstrategiene og i brukergrupperingene. Der er de moralske ressursene, de vanskelige erfaringene, men også de gode fortellingene - som alle opptatt av helhet i å tjene det gode bare må stille seg åpen for.

Avsluttende betraktninger

Veien bort fra rusavhengighet handler om håp, mot, tillit, og om å få muligheter om og om igjen. Tillit mellom hjelper og den som skal hjelpes er en forutsetning. Det handler om å håndtere møtet med den rusavhengiges sårbare, men kraftige ambivalens – en ambivalens som ofte blir forsterket negativt og opprettholdt av høy grad av kontroll, og en ambivalens som er kilde til tilbakefall. En behandlingsstruktur som først og fremst er preget av kontroll vil ofte være desto mindre egnet til å gripe fatt i muligheter for å overkomme tilbakefallene. Tross gode intensjoner blir det altså skapt motsetninger i dette systemet som gjør det vanskelig å holde fast i den forutsettende tilliten. Pseudo-moralske og vanskelige praksiser som begge parter begrenses eller fanges i vokser frem. Slike problemer vil kunne øke ved innføring av heroin. Tematikken utfordrer derfor også til å drøfte dette som et profesjonsetisk samfunnsansvar, - hvordan skal vi møte gode intensjoner og tilsynelatende positive effekter når det er fare for at praksisene utvikler seg til å være moralsk betenkelige eller uforsvarlige.

Om forfatteren:

Anne Christine Moberg er sosionom, med videreutdanning i veiledning, ledelse og master i profesjonsetikk. Hennes bakgrunn er fra behandlingskollektiv, og siste femten år før KoRus, fra kommunalt rusarbeid, med særlig ansvar for tiltak- og kompetanseutvikling i rustjeneste, LAR-arbeid og lokalt baserte tiltak. Arbeider som spesialrådgiver på KoRus-Øst og oppgavene nå er foruten LAR og rusbehandling især knyttet til tidlig intervensjonsstrategien og opplæring/kompetanseutvikling i kommunene.

Litteratur:

Andersen, D og M. Järvinen (2006). Skadesreduksjon – idealer og paradokser I: Nordisk alkohol & narkotikatidsskrift. 2006. vol. 23 (5), s.305-323.

Bjerge, B. (2005). Empowerment og brukerinddragelse i praksis: Mellem forestillinger og det mulige kunst. Århus: Center for Rusmiddelforskning.

Bourgois, P. (2000). Disciplining Addictions: The Bio-Politics of Methadone and Heroin in the United States. I: Culture, medicine and Psychiatry. 2000. 24, s.165-195. Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Dahl, H.V. (2008). Metadonkontroll: hvorfor, hvordan og hvorledes? I: NAT, Nordisk alkohol - & narkotikatidsskrift. 2008. vol. 25 (5), s.377-396

Eikenes, L. (2009). Heroin på resept? I: Ressursen. 2009. nr 1, s.2. Rusmisbrukernes interesseorganisasjon.

Ekendahl, M. (2009). Limits of evidence- the case of psychosocial interventions in a Swedish review of maintenance treatment research. I: NAT, Nordisk alkohol - & narkotikatidsskrift. 2009. vol. 26 (4), s.399-415

Ferri, M., M. Davoli og C.A. Perucci (2009). Heroin maintenance for chronic heroin dependents (Review) [online]. URL: http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003410/pdf_fs.html (10.10.2009)

Frazer, N. og A. Honneth (2003). Redistribution or Recognition? A Political – Philosophical exchange. London /New York: Verso.

Frønes, I. og R. Brusdal (2000). På sporet av den nye tid. Bergen: Fagbokforlaget

Halvorsen, K. (1999). Sosialpolitikken i komparativt og globalt perspektiv, del II. Oslo: Tano Aschehoug.

Hansen, A.B.G. og M. Grønabæk (2007). Heroin (anne.moberg@sykehuset-innlandet.no) Litteraturregning til redegørelse om heroinordinasjon. Danmark: Statens Institut For Folkesundhed, Syddanske Universitet. Tilsendt via e-post fra Helsedirektoratet. Tilgjengelig via e-post: anne.moberg@sykehuset-innlandet.no (19.01.2009)

Helse – og omsorgsdepartementet (2009). Mandat. Utredning av tiltak for de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige. [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20INFO/mandat.pdf> (29.04.2010)

Holte, O.M. og F. Woxholth (2009). Heroinavhengige får livet tilbake. [online]. URL: <http://www.flickr.com/photos/70575220@N00/3193832045/>

Kirkebæk, B. (1993). Da de åndssvage blev farlige. Holte: Forlaget SOCPOL

Knutsen, A. (2009). Heroin som medisin. [online]. URL: <http://www.flickr.com/photos/70575220@N00/3246947076/sizes/o/> (29.04.2010)

LAR-forskriften (2009). Forskrift om legemiddelasistert rehabilitering. [online]. Lovdata.

URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20091218-1641.html> (29.04.2010)

Lundh, F. (2008). - Gratis heroin er misforstått hjelp. [online]. URL: <http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=541012> (24.04.2010)

Mattick, R.P., C. Breen, J. Kimber og M. Davoli (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence [online]. URL: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002209/pdf_fs.

Moberg, A.Ch. (2010) «Gartis heroin» – Et kritisk perspektiv på normative grunner i debatten om heroinstøttet behandling. [online] <http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=102259>

Perälä, R. (2008). Är metadonbehandling humant? I: NAT, Nordisk alkohol - & narkotikatidsskrift. 2008. vol. 25 (5), s.397-401

Ravndal, E. (2008). Heroin (anne.moberg@sykehuset-innlandet.no) Behandling med legeordinert heroin – hva viser litteraturen? Innlegg på internt møte HOD – helseministeren 050109, Sirius/Seraf/Uio. Tilsendt via e-post fra Helsedirektoratet. Tilgjengelig via e-post: anne.moberg@sykehuset-innlandet.no (19.01.2009)

Ravndal, E. (2009). Behandling eller kontroll – om disiplinering og makt i den norske rusmiddelsetningen. I: Nordisk alkohol & narkotikatidsskrift. 2009. vol. 26 (1), s.74-80

Roe, G. (2005). Harm reduction as a paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction I: Critical Public Health, 2005. 15 (3), s.243-250. Canada: Routledge.

Swärd, H. M. Börjeson og A. Hjern (2007). Groups 'in the margins' I: International Journal of Social Welfare. 2007. vol.16, s.219 - 232.

Vetlesen, A.J. (2009). Frihetens forvandling. Oslo: Universitetsforlaget.

Vetlesen, A.J. og J.O. Henriksen (2003). Moralens sjanser i markedets tidsalder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Waal, H. (2008). Heroin (anne.moberg@sykehuset-innlandet.no) Medisinsk forskrivning av heroin Hva er kunnskapsgrunnlaget? Innlegg fra nasjonal LAR-konferanse (30-31.10.2008). Tilsendt via e-post fra Helsedirektoratet. Tilgjengelig via e-post: anne.moberg@sykehuset-innlandet.no (19.01.2009)

Waal, H., T. Clausen, A. Håseth og P.H. Lillevold (2008). LAR i Norge, Statusrapport 2007.[online]. URL: [http://www.seraf.uio.no/publikasjoner/rapporter/2008/SERAF%202008%20nr%201%20Statusrapport%20%202007\(1\).pdf](http://www.seraf.uio.no/publikasjoner/rapporter/2008/SERAF%202008%20nr%201%20Statusrapport%20%202007(1).pdf) (29.04.2010)

Aasmundstad, L. (2009). PROLAR i heroindebatten. I: ProLARnytt. 2009. nr.1

