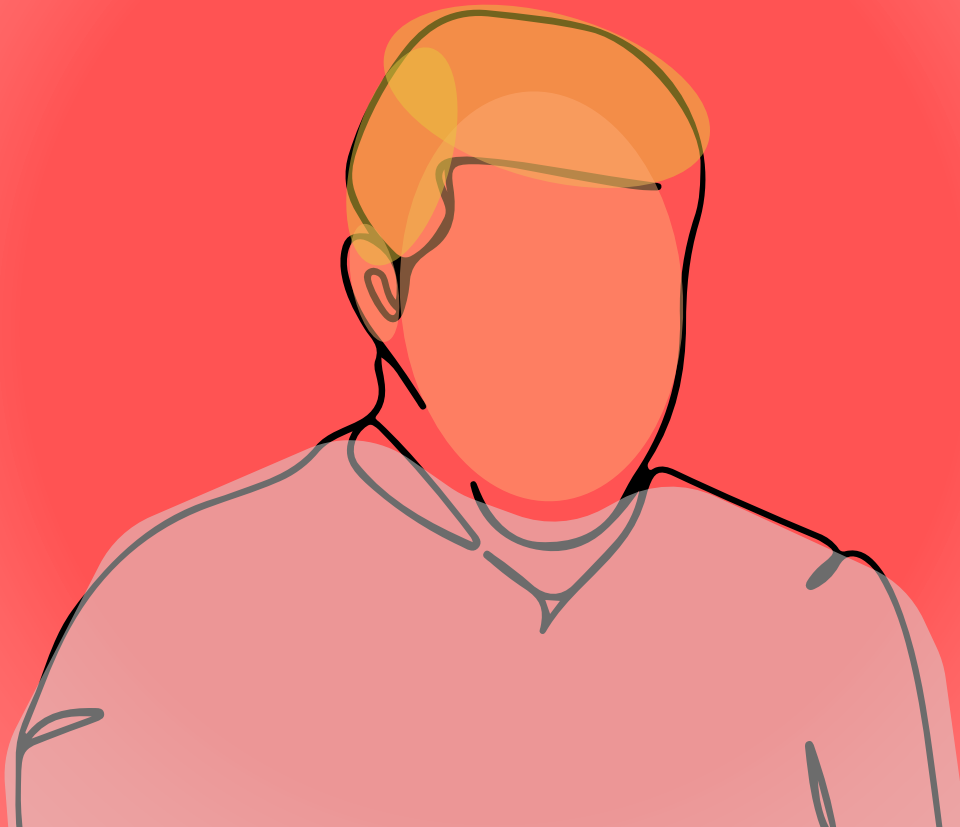




«Du har ikke noe her å gjøre»

En undersøkelse om rusavhengiges opplevelser av
diskriminering og stigmatisering



Innhold

Forord	4
Sammendrag	6
1. Hvilket vern har rusavhengige mot diskriminering?	12
Den menneskerettslige forpliktelsen til å forby diskriminering	12
Den menneskerettslige forpliktelsen til å bekjempe fordommer som fører til diskriminering	17
Diskrimineringsvernet i norsk rett	18
Oppsummering	19
2. Hva sier forskningen om opplevd stigma og diskriminering av rusavhengige?	21
Internasjonal forskning	21
Norsk forskning	23
Oppsummering	26
3. Hvilke erfaringer har informantene med stigma og diskriminering?	27
Om informantene	27
Erfaringer med stigma og diskriminering	29
Arenaer for opplevd stigma og diskriminering	32
Konsekvenser av stigma- og diskrimineringsopplevelser	42
4. Hva sier tjenestene og brukerorganisasjonene om stigma og diskriminering?	45
Brugerorganisasjoner: Generalisering, straffepolitikk og kulturell forankring	45
Helsepersonell: Etske dilemmaer, kunnskapsmangel og ulik virkelighetsforståelse	50
Politi: Ressursmangel, politiets mandat og kommunikasjonsutfordringer	55
5. Informantenes råd til tjenestene	59
6. NIMs vurderinger og anbefalinger	62
Strukturelle, mellommenneskelige og individuelle årsaker	63
NIMs anbefalinger	67
Vedlegg 1: Begrepsavklaringer	70
Vedlegg 2: Metodebruk for undersøkelsen	73
Litteraturliste	83

«Jeg har veldig lyst til at vi skal bli sett på som individer.»

Forord

«Du har ikke noe her å gjøre». Det forteller en kvinne NIM har intervjuet at hun ble møtt med da hun oppsøkte helsehjelp på sykehus. Deretter ble hun angivelig kastet ut av sykehuset midt på natten, uten videre forklaring. Kvinnen opplevde at utkastelsen skjedde etter at det ble kjent at hun var rusavhengig gjennom pasientjournalen.

Dette er bare en av mange personlige historier NIM har innhentet i forbindelse med denne undersøkelsen. Rapporten tar utgangspunkt i NIMs rapport «Rus og menneskerettigheter» fra 2022, som viser at det er risiko for at rusavhengige kan møte stigmatisering og diskriminering i møte med offentlige tjenester. Samtidig mangler det systematisk kunnskap om tematikken. Formålet med denne rapporten er å bidra til å fylle dette kunnskapshullet.

Med denne rapporten ønsker NIM å undersøke fire problemstillinger:

- I hvilken grad preger selvopplevd diskriminering og stigmatisering rusavhengiges møte med offentlige tjenester?
- Hvordan kan rusavhengiges opplevelser av diskriminering og stigmatisering arte seg, og hvilke konsekvenser kan dette få for den enkelte?

- Hvorfor oppstår slike opplevelser?
- Hvordan står disse funnene seg opp mot Norges menneskerettighetsforpliktelser?

Rapporten baserer seg på funn fra kvalitative dybdeintervjuer med 17 personer med nåværende eller tidligere rusavhengighet. Dette er supplert med fokusgruppeintervjuer med brukerorganisasjoner, politiansatte og helsepersonell. I tillegg er det gjort en gjennomgang av det rettslige rammeverket og eksisterende litteratur. Rapportens metodebruk gir ikke mulighet til å generalisere funnene. Fordi undersøkelsen undersøker informantenes subjektive opplevelser, er det heller ikke mulig å vurdere hvorvidt hver enkelt erfaring er en presis gjengivelse av hendelsene eller om den utgjør diskriminering i rettslig forstand.¹ Dette er heller ikke formålet med undersøkelsen. For NIM har det en selvstendig verdi å innhente perspektiver fra grupper som sjelden får sin stemme hørt i samfunnet.

¹ For mer om rapportens metodebruk og begreper som benyttes i denne rapporten, se vedlegg 1 og 2.

Det er flere utfordringer og dilemmaer knyttet til det å presentere slike funn. For det første er diskriminering og stigmatisering fenomener som er vanskelig å måle i kvalitative undersøkelser, fordi de forstås ulikt av ulike mennesker.² For det andre har problematisk bruk av rusmidler en rekke ulike helsemessige og sosiale skader som det er legitimt å forhindre. For det tredje setter valget av tema søkelys på de negative erfaringene. Det er viktig å understreke at rapporten ikke er ment å innebære noen desavuering av alt arbeidet som gjøres innenfor ulike tjenester for å gi rusavhengige god hjelp. Samtidig er kunnskap om negative erfaringer en nødvendig forutsetning for å jobbe for forbedringer på rusfeltet.

Menneskerettighetene bygger på at alle mennesker er like mye verdt, og at alle skal ha like rettigheter og muligheter.³ Forbudet mot diskriminering er en naturlig følge av denne tanken, og skal ivareta alle menneskers iboende verdighet.

Flere av funnene i denne rapporten gir grunn til bekymring om hvor godt dette diskrimineringsvernet ivaretas ovenfor rusavhengige. Enkelte av opplevelsene som omtales i rapporten er alvorlige, og kan bidra til å undergrave rusavhengiges følelse av menneskeverd. NIM håper rapporten kan bidra til styrket realisering av rusavhengiges menneskerettslige vern mot diskriminering, og belyse om det er behov for tiltak for å forhindre usaklig forskjellsbehandling mot denne gruppen.

² Erfaringskompetanse.no, - *Svært vanskelig å måle diskriminering*, nettsak, 12.10.2020.

³ Se f.eks. *FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter* (Menneskerettighetserklæringen), FN-dokument A/810, 10.12.1948, art. 1 og 2 samt erklæringens fortale.

Sammendrag

I denne rapporten undersøker NIM rusavhengiges opplevelser av diskriminering og stigmatisering i møte med offentlige tjenester. Vi har undersøkt hvorvidt selvopplevd diskriminering og stigmatisering er noe som preger denne gruppens møte med det offentlige, hvordan det kan arte seg og hvorfor det oppstår. Rapporten baserer seg på en kvalitativ undersøkelse som er gjennomført av NIM, hvor vi har intervjuet rusavhengige, brukerorganisasjoner, helsepersonell og politiansatte. Disse funnene vurderes opp mot Norges menneskerettslige forpliktelser.

I denne rapporten skilles det mellom diskriminering i rettslig forstand og subjektive opplevelser av stigma og diskriminering. Der det vises til omtale av det rettslige vernet mot diskriminering, brukes *diskriminering* som begrep. Der det vises til informantenes subjektive opplevelser av diskriminering, brukes *opplevd diskriminering*. Tilsvarende brukes *opplevd stigma* om informantenes subjektive opplevelser av stigmatisering. En opplevelse av diskriminering kan eksistere selv om det rettslig sett ikke utgjør et brudd på diskrimineringslovgivningen. Det er utenfor undersøkelsens rammer å vurdere hvorvidt hver enkelt av informantenes opplevelser er «objektivt sanne» eller utgjør diskriminering i rettslig forstand.

Rusavhengiges vern mot diskriminering

Diskriminering er forbudt etter menneskerettighetskonvensjonene, Grunnloven og annet norsk lovverk. Diskriminering er defi-

nert som usaklig og uforholdsmessig forskjellsbehandling. Rusavhengighet er ikke særskilt nevnt som diskrimineringsgrunnlag i de internasjonale konvensjonene, men rusavhengige har etter omstendighetene et vern mot diskriminering gjennom grunnlagene «annen status» og «funksjonsnedsettelse». Heller ikke etter nasjonal rett er rusavhengighet direkte nevnt som et diskrimineringsgrunnlag, men likestillings- og diskrimineringsloven gir rusavhengige vern mot diskriminering når avhengigheten er forårsaket av eller bidrar til funksjonsnedsettelse. Rettstilstanden er imidlertid uklar når det gjelder hvilke grupper og situasjoner som er vernet, og hvordan man vurderer hva slags forskjellsbehandling som kan være tillatt, for eksempel fordi den anses som forholdsmessig. Sentralt i slike vurderinger vil være det minste inngreps prinsipp og at det foretas individuelle vurderinger.

Hvilke erfaringer har rusavhengige med stigma og diskriminering?

NIM har intervjuet 17 personer med nåværende eller tidligere rusavhengighet. Formålet med intervjuene var å innhente personlige historier fra informantenes møte med tjenestene, og eventuelle erfaringer de har med opplevd diskriminering og stigma.

Mange av informantenes møter med offentlige tjenester er tydelig preget av ulike former for selvopplevd stigmatisering og diskriminering. Flertallet av informantene sier de har blitt møtt med negative holdninger i møte med offentlige tjenester. Flere sier at de som rusavhengige gjennomgående opplever seg mistenkeliggjort og «skåret over én kam» av det offentlige. Eksempler på holdninger informantene forteller at møter, er at de er farlige, manipulerende, har skyld i egen avhengighet, eller at de har dårlig selvkontroll. Flere opplever at fordommer har gått negativt ut over hvordan de har blitt behandlet av tjenestene. Dette gjelder imidlertid ikke alle, og noen har opplevd lite eller ingen nedvurdering fra offentlige tjenester.

Det er særlig innenfor to områder informantene forteller at de har opplevd diskriminering og stigma: Helsevesenet og politiet.

Erfaringer fra møter med helsevesenet

- **Fordommer:** Flere av informantene forteller at de har opplevd å bli møtt med mistenkeliggjøring, fordommer og støtende kommentarer i møte med helsevesenet.

- **Avvisning:** Enkelte forteller at de har opplevd å bli avvist i helsevesenet fordi de er rusavhengige. Det kommer blant annet frem opplevelser av avvisning fra sykehus, legevakt og fastlege.
- **Pasientjournal:** Flere forteller at de har opplevd at helsepersonells holdninger har endret seg i negativ retning når de oppdager at det står «rusavhengig» i pasientjournalen. Noen forteller at journalen har utløst negative kommentarer, mens andre har opplevd at den har ført til avvisning eller trusler om å tilkalle politi.
- **Medisinering:** Flere av informantene opplever at de ikke får nødvendige medisiner fordi de er rusavhengige, og at det er mye stigma tilknyttet medisinering. Flere forteller at de har opplevd å ikke få god nok smertelindring etter medisinske inngrep. Andre er opptatt av at det som rusavhengig er vanskelig å få medisinering for ADHD. Flere opplever også at de blir møtt med stigma i legemiddelassistert rehabilitering.

Erfaringer fra møter med politiet

- **Fordommer:** Mange forteller om episoder hvor de har opplevd at politiet har møtt dem med fordommer eller på andre måter behandlet dem på en stigmatiserende måte.
- **Maktbruk:** Flere av informantene mener politiet ved ulike anledninger har brukt unødvendig maktbruk mot dem, fordi de

er rusavhengige. Dette dreier seg blant annet om kontroller, kroppsvistasjoner, husransaker og bruk av fysisk makt.

- **Rettsikkerhet:** Mange opplever at de som rusavhengige mangler rettsikkerhet og likhet for loven i møte med politiet. Flere mener at rullebladet forfølger dem og brukes mot dem av politiet i lang tid etter de har begått kriminalitet.

Erfaringer fra andre områder

Informantene har også opplevelser på andre områder, selv om disse er mer sporadiske.

- **Ulike områder:** Det fortelles blant annet om opplevelser av stigmatiserende botilbud, mistenkeliggjøring i møte med NAV, avvisning fra krisesenter, negative holdninger i fengsel, og mangelfull hjelp fra barnevernet.
- **Delvis andre forhold:** En del av disse erfaringene knyttes av informantene til egen rusavhengighet. I andre tilfeller reflekterer opplevelsene en mer generell kritikk av et mangelfullt hjelpetilbud, og stigma- og diskrimineringsdimensjoner er mindre tydelige.

Konsekvenser av informantenes erfaringer

Informantene forteller at deres opplevelser av stigma og diskriminering har hatt en rekke ulike negative konsekvenser for dem. Særlig tre konsekvenser går igjen i informantenes historier:

- **Helsetilstand:** Flere forteller at opplevd stigma og diskriminering har gått nega-

tivt ut over deres psykiske og somatiske helsetilstand, enten direkte eller gjennom forverring av eksisterende plager.

- **Hjelpesøkende atferd:** Flere sier de har blitt mer skeptiske til å oppsøke hjelp når de trenger det, på grunn av frykt for å bli møtt med fordommer og avvisning.
- **Utenforskap:** Flere forteller om økt rusbruk, kriminalitet og utenforskap i etterkant av enkelte av opplevelsene.

Hva sier tjenestene og brukerorganisasjonene om stigma og diskriminering?

I etterkant av dybdeintervjuene, gjennomførte NIM tre fokusgruppeintervjuer: Et med representanter fra ulike brukerorganisasjoner, et med politiansatte og et med helsepersonell. Formålet med fokusgruppeintervjuene var å utfylle og kontekstualisere de personlige historiene, og innhente kunnskap om hva som kan ligge bak opplevelsene.

Brukerorganisasjoner

Samtalen med brukerorganisasjonene reflekterer i stor grad funnene i dybdeintervjuene. Organisasjonene mener opplevelser av stigma og diskriminering blant annet kan forklares med forbuds- og straffepolitikken på narkotikafeltet, manglende kunnskap om avhengighet, kulturell forankring av stigmatiserende holdninger og mediefremstilling. Deltakerne trekker frem flere eksempler på det de opplever som stigmatisering og diskriminering:

- **Krav om rusfrihet:** Det er ifølge fokusgruppen ofte et krav eller forventning i behandlingsapparatet om at man må være rusfri for å få helsehjelp. De mener dette fører til at rusavhengige blir avvist i psykisk helsevern og andre deler av helsevesenet.
- **Førerkort:** Flere forteller at rusavhengige ofte mister førerkortet automatisk om de oppsøker døgnbehandling for rusavhengighet, uten en konkret individuell vurdering.
- **Innretningen av systemet:** Ifølge deltakerne er hjelpeapparatet rigget for ressurssterke mennesker, noe som indirekte bidrar til forskjellsbehandling av rusavhengige og andre utsatte grupper.
- **Politi:** Fokusgruppen mener at måten politiet forholder seg til de åpne rusmiljøene ofte bidrar til stigmatisering, og at politiets beskyttelse mot kriminalitet innad i rusmiljøene ofte er utilstrekkelig.
- **Bolig:** Flere opplever en del botilbud for rusavhengige som stigmatiserende.

Helsepersonell

Fokusgruppen med helsepersonell besto av fire personer som jobber på ulike nivåer i helsevesenet. Deltakerne har flere forklaringer på hva de mener kan ligge bak rusavhengiges opplevelser av diskriminering og stigma:

- **Medisinsk forsvarlighet:** Flere av fokusgruppedeltakerne beskriver det de opple-

ver som krevende etiske dilemmaer knyttet til medisinsk forsvarlighet i behandlingen av pasienter med rusavhengighet. Dette kan ifølge deltakerne bidra til at behandlingen i visse tilfeller må begrenses. Særlig omtales medisinering som et krevende område.

- **Kunnskapsmangel:** Flere opplever at det er en generell mangel på kunnskap om rusavhengighet i behandlingsapparatet, og at dette kan føre til dårlige pasientmøter.
- **Virkelighetsforståelse:** Flere av deltakerne opplever også at helsepersonell og pasienter med rusavhengighet kan ha ulike virkelighetsforståelser i et behandlingsløp, og at dette kan bidra til konflikt og kommunikasjonsutfordringer.
- **Ressurser:** Deltakerne trekker også frem at tidspress og mangel på ressurser ofte står i veien for gode pasientmøter, og kan føre til at helsepersonell sier eller gjør noe som kan oppleves krenkende for pasienten.

Politiansatte

Fokusgruppen fra politiet besto av seks personer som har ulike roller i politiet. Deltakerne trekker frem flere faktorer som de mener kan bidra til stigma- og diskrimineringsopplevelser:

- **Ressurser:** Deltakerne opplever at tidspress og ressursmangel kan hindre at politiet møter rusavhengige på en tillitsvekkende måte.

- **Politiets mandat:** Deltakerne trekker særlig frem politiets samfunnsmandat til kriminalitetsbekjempelse og til å opprettholde ro og orden. Flere har erfart at en del rusavhengige er mer involvert i kriminalitet og ordensforstyrrelser enn resten av befolkningen.
- **Kommunikasjonsutfordringer:** Flere opplever at kommunikasjonen med folk i rusmiljøene er krevende, både fordi enkelte ikke forstår politiets mandat og perspektiv og fordi det er vanskelig å forklare kompliserte politifaglige vurderinger.

NIMs vurderinger og anbefalinger

Undersøkelsen viser at flere av informantene opplever seg diskriminert og stigmatisert av helsevesenet, politiet og andre offentlige tjenester. Informantene forteller om episoder hvor de har blitt møtt med negative holdninger, støtende kommentarer, dårlig behandling og avvising av tjenestene fordi de er rusavhengige. For noen har slike opplevelser fått store negative konsekvenser på ulike livsområder.

Undersøkelsen bygger ikke på representative utvalg, og er basert på subjektive erfaringer. Det er derfor verken mulig å generalisere funnene eller konkludere med om hendelsene utgjør diskriminering i rettslig forstand. Noen av informantenes opplevelser mangler sannsynligvis viktig kontekst, og vil kunne ha saklige forklaringer. Andre erfaringer

vil være en mer treffende gjengivelse av møter med tjenestene. Erfaringene bunner sannsynligvis i både strukturelle, mellommenneskelige og individuelle forhold.

Flere av funnene i denne undersøkelsen gir grunn til bekymring i et menneskerettslig perspektiv. Selv om mange av funnene beskriver forhold som ikke nødvendigvis når opp til terskelen for *brudd* på menneskerettighetene, synliggjør undersøkelsen særlig to menneskerettslige utfordringer som bør adresseres:

Behov for et mer tydeliggjort diskrimineringsvern

Funnene illustrerer at rusavhengige i ulike sammenhenger kan ha et faktisk behov for rettslig vern mot diskriminering. Enkelte av informantenes erfaringer bygger i liten grad på det minste inngreps prinsipp. Myndighetene bør vurdere hvordan denne gruppens diskrimineringsvern kan gjøres mer effektivt.

Etter gjeldende rett har rusavhengige et visst diskrimineringsvern etter internasjonale menneskerettighetskonvensjoner.⁴ Det er som sagt uklart hvor langt dette vernet er gjennomført i likestillings- og diskrimineringsloven, fordi loven synes å forutsette at rusavhengigheten må være forårsaket av eller ha ført til en funksjonsnedsettelse for å være omfattet. Det kan derfor stilles spørsmål ved hvor effektivt dette vernet er. Det er uklart hvilke grupper og situasjoner som

⁴ Det antas at både FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) kan omfatte rusavhengighet.

omfattes og hvordan man trekker skillet mellom lovlig og ulovlig forskjellsbehandling basert på denne gruppetilhørigheten. NIM mener derfor at rusavhengiges rettslige vern mot diskriminering bør tydeliggjøres. Dette kan for eksempel skje ved å legge til «annen status» som et diskrimineringsgrunnlag i likestillings- og diskrimineringsloven. Det kan også være behov for å vurdere om dette vernet ivaretas godt nok i sektorlovgivning og faglige retningslinjer innenfor ulike områder.

Et slikt arbeid vil omfatte krevende avgrensinger og være basert på sammensatte dilemmaer. Etter NIMs syn bør imidlertid ikke disse utfordringene stå i veien for en tydeliggjøring av denne gruppens behov for et klarere diskrimineringsvern. Det vil også virke avklarende for førstelinjen at disse grensegangene går opp nærmere på normativt nivå.

NIM anbefaler

Myndighetene bør utrede hvordan diskrimineringsvernet for personer med rusavhengighet kan tydeliggjøres i likestillings- og diskrimineringsloven og sektorregelverk, for å bedre ivareta denne gruppens menneskerettslige vern mot diskriminering.

Behov for tiltak mot skadelige fordommer og stereotyper

Myndighetene har etter menneskerettighetene også en positiv forpliktelse til å motarbeide de underliggende stereotypene og fordommene som kan føre til diskriminering. Undersøkelsen beskriver eksempler på støtende kommentarer og handlinger som informantene har opplevd som krenkende og stigmatiserende. For at rusavhengiges menneskerettslige vern mot diskriminering skal være effektivt i praksis, mener NIM at myndighetene bør iverksette holdningsendrende og kunnskapshevende tiltak som bygger på rusavhengiges menneskeverd og rett til frihet fra diskriminering.

NIM anbefaler

Myndighetene bør iverksette tiltak for å øke bevisstheten i offentlige tjenester om personer med rusavhengighet, om hvilke fordommer og stereotyper de møter i samfunnet og om hvilket rettslig vern de har mot diskriminering. Dette kan omfatte for eksempel holdningskampanjer, kurs, brukermedvirkningstiltak, opplæringsmateriell eller kunnskapshevingstiltak i profesjonsutdanningene.

1. Hvilket vern har rusavhengige mot diskriminering?

I dette kapittelet gjennomgås rusavhengiges rettslige vern mot diskriminering etter menneskerettighetene og norsk rett.⁵

Den menneskerettslige forpliktelsen til å forby diskriminering

Grunnloven § 98 annet ledd lyder som følger: «Intet menneske må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling.» Forskjellsbehandling er altså ikke diskriminering dersom forskjellsbehandlingen er saklig og forholdsmessig. I de internasjonale menneskerettighetskonvensjonene kan dette vilkåret leses ut av konvensjonsorganenes praksis. Konkret deles vurderingen i to: Et spørsmål om det foreligger et legitimt formål bak forskjellsbehandlingen, og et spørsmål om forskjellsbehandlingen er nødvendig for å oppnå det legitime

formålet. Nødvendighetsvilkåret innebærer at forskjellsbehandlingen må være forholdsmessig i forhold til formålet som søkes oppnådd.⁶

Norge er bundet av en rekke menneskerettighetskonvensjoner som forbyr diskriminering.⁷ I det følgende redegjøres det for diskrimineringsvernet etter to menneskerettighetskonvensjoner som er særlig relevante for rusavhengiges diskrimineringsvern: FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).⁸ ØSK er inkorporert

⁵ Kapittelet er i stor grad basert på NIMs tidligere gjennomgang av rusavhengiges diskrimineringsvern fra 2022. Se NIM, *Rus og menneskerettigheter* (2022), s. 70-74.

⁶ Forholdsmessighetsvurderingen går ut på å finne en rimelig balanse mellom de beskyttede individuelle interessene og ulempen inngrepet innebærer for individet på den ene siden, og de legitime samfunnsbehovene som begrunner tiltaket på den andre. I vurderingen inngår om inngrepet griper inn i kjernen av rettigheten, om formålet kan oppnås med mindre inngripende tiltak (det minste inngreps prinsipp) og behovet for inngrepet.

⁷ F.eks. Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK), FNs barnekonvensjon og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP).

⁸ Av plasshensyn redegjøres det ikke for diskrimineringsvernet etter de øvrige konvensjonene.

Forskjellen mellom diskriminering og opplevd diskriminering

I denne rapporten skilles det mellom diskriminering i rettslig forstand og subjektive opplevelser av å bli diskriminert:

- **Diskriminering:** Når noen blir behandlet dårligere enn andre, uten at denne forskjellsbehandlingen er saklig, nødvendig og forholdsmessig. Diskriminering i rettslig forstand er forbudt ved lov.
- **Opplevd diskriminering:** En subjektiv opplevelse av usaklig eller urettmessig forskjellsbehandling. En slik opplevelse kan eksistere selv om det rettslig sett ikke utgjør et brudd på diskrimineringslovgivningen.
- «Diskriminering» brukes i all omtale av det rettslige diskrimineringsvernet, mens «opplevd diskriminering» brukes i omtalen av forskning og funnene fra den kvalitative undersøkelsen.
- For mer om dette skillet, se vedlegg 1..

gjennom menneskerettsloven og gjelder derfor som norsk rett direkte og med forrang. CRPD er i skrivende stund ikke inkorporert i norsk rett, men er bindende for Norge.

Diskrimineringsvernet etter ØSK

ØSK artikkel 2 nr. 2 forplikter staten til å garantere at de rettigheter som anerkjennes i konvensjonen, blir utøvet uten forskjellsbehandling. Bestemmelsen oppstiller ulike forhold det er ulovlig å forskjellsbehandle noen på grunnlag av, såkalte diskrimineringsgrunnlag. Diskrimineringsgrunnlagene som er direkte nevnt i bestemmelsens ordlyd er blant annet rase, hudfarge, kjønn, religion og nasjonal eller sosial opprinnelse, samt «annen status» (other status). Denne listen er ikke uttømmende. Rusavhengighet er ikke nevnt i bestemmelsens ordlyd.

Er rusavhengighet omfattet av ØSK?

Det første spørsmålet er derfor om rusavhengighet kan inngå i samlekategorien «annen status». Mye taler for dette.

Diskriminering knyttet til rusavhengighet er ikke eksplisitt nevnt av ØSK-komiteen, verken i komiteens generelle kommentarer eller i individklagesaker.⁹ I ØSK-komiteens generelle kommentar om diskriminering er det imidlertid understreket at diskriminering varierer ut fra konteksten, og diskriminering kan endre seg over tid. Komiteen påpeker at man må ha en fleksibel tilnærming til hva som utgjør diskrimineringsgrunnlaget «annen status».¹⁰ I sin vurdering av hva som faller inn under kategorien, har komiteen vektlagt at sosiale grupper som er sårbare og som utsettes for marginalisering kan

⁹ Søk er foretatt i komiteens database 12.01.2024. Komiteen har imidlertid igangsatt arbeidet med å utarbeide en generell kommentar om virkninger av narkotikapolitiske tiltak på realiseringen av konvensjonens rettigheter. Det er i skrivende stund ikke kjent hvorvidt rusavhengiges diskrimineringsvern vil omtales.

¹⁰ ØSK-komiteen, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights*, E/C.12/GC/20 (2009), avsn. 27.

falle inn under grunnlaget.¹¹ Også funksjonsnedsettelse, helsestatus (en persons fysiske eller mentale helse) og den enkeltes økonomiske og sosiale situasjon (eksempelvis fattigdom og hjemløshet), er forhold ØSK-komiteen har ansett som omfattet av diskrimineringsgrunnlaget «annen status».

Generelle kommentarer fra FNs overvåkningskomiteer har ingen eksplisitt plass i den folkerettslige rettskildelæren.¹² Høyesterett har fastslått at vekten av de generelle kommentarene beror på «hvor godt de er forankret i konvensjonsteksten.»¹³ Et sentralt moment er om det dreier seg om tolkningsuttalelser, eller om uttalelsen mer må sees som en tilrådning om optimal praksis på konvensjonens område.¹⁴ I denne kommentaren tolker ØSK-komiteen konvensjonens begrep «annen status» i ØSK artikkel 2, og uttalelsen vil dermed tillegges vekt av norske domstoler.¹⁵

På bakgrunn av det ovennevnte er det derfor gode grunner til å innfortolke i hvert fall noen former for rusavhengighet i begrepet

«annen status». Rusavhengighet kan være en livslang tilstand, og rusavhengige utgjør i mange tilfeller en utsatt og marginalisert sosial gruppe. Tilstanden kan utgjøre en del av en persons helsestatus ved at den er en del av fysisk eller mental helse. Mange rusavhengige har også en utsatt økonomisk og sosial situasjon.¹⁶ Hvor de eksakte grensene går for når rusavhengighet kan være et diskrimineringsgrunnlag etter ØSK, er det dermed vanskelig å si noe generelt om, selv om det er mye som taler for at dette grunnlaget omfattes.

Hva innebærer diskrimineringsvernet i ØSK for rusavhengige?

Ifølge ØSK-komiteen er både direkte og indirekte diskriminering omfattet av artikkel 2 nr. 2.¹⁷ Komiteen understreker at statene er forpliktet til å ta grep som sikrer at diskriminering unngås både på papiret og i praksis.¹⁸

Diskrimineringsvernet i ØSK er aksessorisk. Det vil si at for å falle innenfor artikkel 2 nr. 2, må diskrimineringen dreie seg om en eller flere av de øvrige rettighetene i konvensjo-

¹¹ Ibid.

¹² Se Wienkonvensjonen om traktatrett, art. 31 (3) b.

¹³ HR-2018-2096-A, avsn. 14.

¹⁴ HR-2015-342-A, avsn. 42 med videre henvisninger.

¹⁵ Se bl.a. om MR-komiteen i Rt-2008-1764, avsn. 81; om barnekomiteen i Rt-2009-1261, avsn. 40-44, HR-2015-2524-P, avsn. 150 flg., HR-2018-2096-A, avsn. 14 og HR-2019-2301-A, avsn. 78; om FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (heretter CRPD-komiteen) i HR-2016-2591-A, avsn. 58-63.

¹⁶ For eksempel er rusavhengige overrepresentert blant bostedsløse. I en kartlegging av bostedsløse fra 2020, var 49 prosent av de undersøkte personene avhengig av rusmidler, og 29 prosent hadde en psykisk sykdom. Se Evelyn Dyb og Hilde Zeiner, *Bostedsløse i Norge 2020 – en kartlegging* (Oslo: NIBR, OsloMet, rapport nr. 10, 2021).

¹⁷ ØSK-komiteen, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights*, E/C.12/GC/20 (2009), avsn. 10.

¹⁸ Ibid., avsn. 8.

nen. For å vurdere hva som utgjør diskriminering innenfor ulike områder, må forskjellsbehandlingen knyttes til en eller flere av konvensjonens øvrige bestemmelser.¹⁹

Forskjellsbehandling er ikke nødvendigvis i seg selv diskriminerende. Forskjellsbehandling kan være legitim dersom den er saklig begrunnet og formålet med forskjellsbehandlingen er å oppnå et mål som er legitimt under konvensjonen. Det må også være proporsjonalitet eller forholdsmessighet mellom målet man søker å oppnå, og de negative virkningene tiltaket kan ha.²⁰

Vilkåret om at forskjellsbehandlingen skal være saklig og ha et legitimt formål vil i en del tilfeller kunne være oppfylt når rusavhengige forskjellsbehandles. Man kan tenke seg at ulike former for forskjellsbehandling av rusavhengige har som formål å bidra til deres rusfrihet eller til å opprettholde ro og orden, begge legitime formål under konvensjonen. Derimot er det ikke sikkert at forskjellsbehandlingen alltid vil være forholdsmessig i forhold til formålet som søkes oppnådd. Man må vurdere hvert enkelt tilfelle individuelt gjennom å anvende det som kalles «det minste inngreps prinsipp». Dette innebærer at inngrepet ikke skal være større enn det som er nødvendig for å oppnå formålet. For eksempel vil en regel om at alle

rusavhengige kun skal gis milde smertestilende etter medisinske inngrep, ikke tilfredsstillende forholdsmessighetsvilkåret.

Dette betyr at i møte med rusavhengige må eventuell forskjellsbehandling vurderes nøye og på et individuelt plan. Inngrep som medfører forskjellsbehandling, må treffe den aktuelle situasjonen i så stor grad som mulig. Kravet om forholdsmessighet forhindrer ikke at man kan ha generiske regler om visse forhold, men en regel som i for liten grad tar hensyn til forholdsmessighet og det minste inngreps prinsipp, vil kunne være problematisk fra et menneskerettslig ståsted.

Diskrimineringsvernet etter CRPD

CRPD har som formål å fremme, verne om og sikre de grunnleggende menneskerettighetene til personer med en funksjonsnedsettelse, og fremme respekten for deres iboende verdighet.²¹ Konvensjonens artikkel 5 nr. 2 forplikter staten til å forby enhver form for diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne, og sikre mennesker med funksjonsnedsettelse lik og effektiv rettslig beskyttelse mot diskriminering.

Er rusavhengighet omfattet av CRPD?

Spørsmålet her er hvorvidt rusavhengighet inngår i CRPDs definisjon av funksjonsned-

¹⁹ Særlig relevant er ØSK art. 12 nr. 1, som gir enhver rett til den høyest oppnåelige helsestandard. Komiteen har i en generell kommentar uttalt at en sentral del av retten til helse er tilgjengelighet til helsetilbud for alle, uten diskriminering. ØSK-komiteen, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, E/C.12/2000/4 (2000), avsn. 12(b). Av plasshensyn redegjøres det ikke for dette videre her.

²⁰ ØSK-komiteen, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights*, E/C.12/GC/20 (2009), avsn. 13.

²¹ CRPD art. 1 nr. 1.

settelse, og dermed har et diskrimineringsvern etter konvensjonen.

CRPD artikkel 1 nr. 2 har en vid definisjon av funksjonsnedsettelse. Både fysiske, mentale, intellektuelle og sensoriske funksjonsnedsettelse er nevnt i bestemmelsen. Psykososiale funksjonsnedsettelse (som psykiske lidelser) inngår dermed i begrepet. Listen er ikke-uttømmende, jf. ordlyden «include».²² For at noe skal falle innenfor definisjonen må tilstanden være langvarig («long-term»), noe som utelukker rent forbigående forhold. Bestemmelsen legger også til grunn at funksjonsnedsettelse oppstår i interaksjon med samfunnsmessige barrierer som hindrer deltakelse i samfunnet, på lik linje med andre. Lest i sin helhet, innebærer bestemmelsen derfor en forventning om at tilstanden har et visst omfang.

På samme måte som ØSK-komiteen har heller ikke CRPD-komiteen nevnt rusavhengighet i sine generelle kommentarer eller i individklagesaker.²³ Det er imidlertid mye som taler for at rusavhengighet rettslig sett etter omstendighetene faller innenfor CRPDs definisjon av funksjonsnedsettelse, og dermed er omfattet av konvensjonens diskrimineringsvern. Dette ble blant annet

lagt til grunn av Tvangslovutvalget.²⁴ Rusavhengighet innebærer ofte en viss grad av varighet, omfang og alvorlighetsgrad, og vil i mange tilfeller påvirke den enkeltes livsutfoldelse på ulike områder.²⁵ Det eksisterer også ofte en tett sammenheng mellom rusavhengighet og psykiske lidelser. Dette kommer også klart frem i Verdens helseorganisasjons klassifisering av sykdommer, hvor rusmiddelavhengighet kategoriseres som en form for psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse.²⁶ Som denne undersøkelsen og annen forskning dokumenterer, møter også rusavhengige ofte på en rekke barrierer og holdninger i samfunnet som kan hindre deres samfunnsdeltakelse, som igjen betyr at rusavhengige kan falle innenfor CRPDs definisjon.

Hva innebærer diskrimineringsvernet i CRPD for rusavhengige?

Når det gjelder selve innholdet av rusavhengiges diskrimineringsvern etter CRPD, vil dette være det samme som for andre grupper som omfattes av konvensjonen. Forbudet mot diskriminering i CRPD omfatter både direkte og indirekte diskriminering, fravær av rimelig tilrettelegging samt vern mot trakassering.²⁷ I artikkel 2 defineres diskriminering på grunn av funksjonsnedset-

²² Se også Emily Kakoullis og Yoshikazu Ikehara, «Article 1: Purpose» i Bantekas, Stein og Anastasiou (red.), *The UN Convention on the rights of persons with disabilities: A commentary* (Oxford: Oxford university press, 2018), s. 56.

²³ Søk er foretatt i komiteens database 10.01.2024.

²⁴ NOU 2019: 14, s. 164.

²⁵ Dette legges også til grunn av Høyesterett i HR-2022-733-A, avsn. 26.

²⁶ FinnKode, ICD-10 (F10-F19).

²⁷ CRPD-komiteen, *General comment No. 6 (2018) on equality and non-discrimination*, CRPD/C/GC/6 (2018), avsn. 18.

telse som enhver forskjellsbehandling, utelukkelse eller innskrenking som har som formål eller virkning å begrense realiseringen av funksjonshemmedes rettigheter. Staten har en forpliktelse til å iverksette tiltak for å forhindre diskriminering i både lover, forskrifter, sedvane og praksis, samt fra privatpersoner.²⁸

Ikke all forskjellsbehandling utgjør diskriminering i konvensjonens forstand. Forskjellsbehandling som er saklig, har et legitimt formål og er nødvendig og forholdsmessig vil være tillatt etter CRPD.²⁹ På samme måte som for ØSK, er det nødvendig med en individuell tilnærming basert på det minste inngreps prinsipp.

Diskrimineringsvernet i CRPD er ikke aksessorisk. Det vil si at bestemmelsen kan krenkes isolert, uten at det trenger å dreie seg om diskriminering sett i sammenheng med de øvrige rettighetene i konvensjonen. Staten er imidlertid forpliktet til å hindre diskriminering av rusavhengige som faller innenfor CRPDs virkeområde på alle samfunnsområder, inkludert helsevesenet, utdanningssystemet, arbeidslivet, straffetrettspleien og i tilgangen til sosiale tjenester.

Den menneskerettslige forpliktelsen til å bekjempe fordommer som fører til diskriminering

Flere menneskerettighetskonvensjoner inneholder en forpliktelse til å motarbeide de underliggende stereotypene og fordommene som fører til diskriminering. Denne forpliktelsen vil også gjelde overfor rusavhengige, i den grad de er omfattet av de aktuelle konvensjonene.

Det følger av CRPD artikkel 8 at myndighetene er forpliktet til å treffe tiltak for å øke bevisstheten omkring, og å fremme respekt for rettighetene og verdigheten til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Videre skal myndighetene treffe tiltak for å bekjempe stereotyper, fordommer og skadelig praksis knyttet til denne gruppen på alle livets områder.

CRPD artikkel 8 nr. 2 inneholder en ikke-uttømmende liste over tiltak for å oppfylle denne forpliktelsen, inkludert bevisstgjøringskampanjer og tiltak for å fremme positive holdninger til mennesker med nedsatt funksjonsevne og deres rettigheter. Myndighetene må også iverksette tiltak for å fremme opplæringsprogrammer for bevisstgjøring om denne gruppen og deres rettigheter.

CRPD-komiteen har ikke utarbeidet en generell kommentar om innholdet i artikkel 8, men knytter bestemmelsen tett opp til kon-

²⁸ CRPD art. 4 nr. 1(b) og (e).

²⁹ Denne vurderingen deles også av Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) i deres rapport *Inkorporering av CRPD: Likestillings- og diskrimineringsombudets anbefalinger om norsk rett og praksis* (Oslo: LDO, 2023), s. 28.

vensjonens diskrimineringsforbud i sin generelle kommentar om likestilling og ikke-diskriminering.³⁰

Det finnes ikke en tilsvarende bestemmelse i ØSK. Som nevnt over har imidlertid ØSK-komiteen uttalt at statene har en forpliktelse til å bekjempe diskriminering i praksis. Som del av dette har komiteen uttalt at det må rettes søkelys mot grupper eller individer som utsettes for historiske eller vedvarende fordommer. Ifølge komiteen må stater iverksette nødvendige tiltak for å forebygge, redusere og eliminere forhold og holdninger som skaper eller viderefører de facto diskriminering.³¹ Komiteen anbefaler også at stater gjennomfører opplæringstiltak rettet mot offentlige tjenestepersoner og bekjemper forestillinger om overlegenhet eller underlegenhet av de vernede gruppene gjennom utdanningssystemet.³²

Diskrimineringsvernet i norsk rett

Diskrimineringsvernet som fremgår av ØSK gjelder som norsk rett, og har forrang fremfor annen lovgivning ved eventuell motstrid.³³ Diskrimineringsvernet i CRPD er folkerettslig bindende for Norge, men konvensjonen er i skrivende stund ikke tatt inn i

norsk rett. Det er antatt at norsk lovgivning i stor grad reflekterer kravene som følger av de menneskerettslige forpliktelsene. I intern norsk rett fremgår disse kravene delvis av likestillings- og diskrimineringsloven.³⁴

Etter likestillings- og diskrimineringsloven § 6 er det forbudt å diskriminere på grunn av en rekke diskrimineringsgrunnlag: kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk eller alder. Både direkte og indirekte diskriminering er forbudt.³⁵

Diskrimineringsgrunnlaget «annen status» er ikke tatt inn i likestillings- og diskrimineringsloven. Ettersom dette grunnlaget omfattes av blant annet ØSK, som er inkorporert gjennom menneskerettsloven og dermed har forrang foran andre lover, er «annen status» likevel et av diskrimineringsgrunnlagene i norsk rett.

Likestillings- og diskrimineringsloven fastslår at ikke all forskjellsbehandling rettslig sett er å regne som diskriminering. Etter lovens § 9 er forskjellsbehandling lovlig dersom den har et saklig formål, er nødven-

³⁰ CRPD-komiteen, *General comment No. 6 (2018) on equality and non-discrimination*, CRPD/C/GC/6 (2018), avsn. 39.

³¹ ØSK-komiteen, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights*, E/C.12/GC/20 (2009), avsn. 8(b).

³² *Ibid.*, avsn. 38.

³³ Menneskerettsloven §§ 2 og 3.

³⁴ Diskrimineringsvernet er også ivaretatt i norsk rett gjennom annen spesifikk lovgivning, som for eksempel arbeidsmiljøloven og husleieloven. Grunnloven § 98 inneholder også et diskrimineringsvern.

³⁵ Jf. Likestillings- og diskrimineringsloven § 7 og 8.

dig for å oppnå formålet og ikke er uforholdsmessig inngripende overfor den eller de som forskjellsbehandles. Som drøftet over, betyr dette at det ofte vil være nødvendig med en individuell tilnærming basert på det minste inngreps prinsipp.

Likestillings- og diskrimineringsloven forbyr også trakassering basert på diskrimineringsgrunnlagene. Med trakassering menes handlinger, unnløtelser eller ytringer som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende.³⁶

Rusavhengighet er ikke nevnt som diskrimineringsgrunnlag i likestillings- og diskrimineringslovens ordlyd. Forarbeidene til loven konstaterer likevel at rusavhengighet kan være omfattet av diskrimineringsgrunnlaget nedsatt funksjonsevne, men bare «hvis tilstanden har medført nedsatt funksjonsevne, hvis tilstanden er forårsaket av underliggende funksjonsnedsettelse eller hvis forskjellsbehandlingen skjer på grunn av tidligere, fremtidig eller antatt nedsatt funksjonsevne».³⁷ Forarbeidene gir ikke ytterligere veiledning til hvordan disse vurderingene skal gjøres.

Diskrimineringsnemnda behandlet i 2021 en sak om en person som var tilkallingsvakt i

en barnehage og som fikk avlyst to av sine vakter på grunn av tidligere rusavhengighet. Nemnda fant at dette ikke var i strid med loven, men konkluderte med at fysisk og psykisk avhengighet av rusmidler falt inn under funksjonsnedsettelse.³⁸ Nemnda vurdererte ikke eksplisitt forholdet til diskrimineringsgrunnlaget funksjonsnedsettelse i sin avgjørelse.³⁹

Det kan tenkes tilfeller der det ikke er naturlig å knytte forskjellsbehandling av rusavhengige til funksjonsnedsettelse, men til fordommer og oppfatninger om rusavhengiges menneskeverd. Dette ble blant annet påpekt av Diskrimineringslovutvalget, som leverte forslag til en samlet diskrimineringslov i 2009. Dette kan for eksempel være tilfellet der rusavhengige blir avvist fra kjøpesentre eller andre offentlige steder ut fra frykt for at de vil stjele, tigge eller sette sprøyter, eller får dårligere behandling av helsepersonell fordi de er påvirket av rusmidler. Det er uklart i hvilken grad disse situasjonene er vernet i dagens diskrimineringslovgivning.⁴⁰

Oppsummering

Det er gode grunner til å konkludere med at rusavhengighet etter omstendighetene vil kunne gi et rettslig vern mot diskriminering etter menneskerettighetene, hvis det kan knyttes til «annen status» i ØSK (menneske-

³⁶ Ibid., § 13.

³⁷ Prop. 81 L (2016-2017), s. 85.

³⁸ Diskrimineringsnemnda, *Avgjørelse i klagesak, Sak 21/40* (28.01.2021).

³⁹ For en gjennomgang av saken, se også LDOs rapport *Diskrimineringsretten 2021: rettsutvikling på likestillings- og diskrimineringsfeltet, med gjennomgang av relevante lovendringer, forvaltnings- og rettspraksis* (Oslo: LDO, 2022), s. 34–35.

⁴⁰ NOU 2009: 14, s. 142-143.

rettsloven) eller «funksjonsnedsettelse» i CRPD og likestillings- og diskrimineringsloven.

Som en konsekvens av dette, vil myndighetene i utgangspunktet være menneskerettslig forpliktet til å forby diskriminering av rusavhengige. I tillegg er staten forpliktet til å motarbeide underliggende stereotyper og fordommer som bidrar til at slike former for diskriminering forekommer.

Når det er sagt, er det vanskelig å si eksakt hvor grensene for rusavhengiges diskrimineringsvern går. Det er heller ikke avklart om rusavhengiges diskrimineringsvern etter menneskerettighetskonvensjonene går lenger enn diskrimineringsvernet i likestillings- og diskrimineringsloven. Diskrimineringsvernet i likestillings- og diskrimineringsloven kan se ut til å begrense seg til tilfeller der rusavhengighet har ført til funksjonsnedsettelse eller er en følge av en funksjonsnedsettelse. CRPDs diskrimineringsvern derimot, vil etter omstendighetene også omfatte diskriminering mot rusavhengighet som en funksjonsnedsettelse *i seg selv*. Videre kan det tenkes at diskrimineringsgrunnlaget «annen status» i blant annet ØSK vil omfatte flere rusavhengige enn de som faller inn under «funksjonsnedsettelse» i likestillings- og diskrimineringsloven.

Fordi det er uklart hvor langt diskrimineringsvernet rekker etter de ulike rettskildene, og fordi diskrimineringsvernet derfor kanskje ikke er godt nok, mener NIM at det ville styrket rettssikkerheten til rusavhengige å få avklart dette nærmere.

2. Hva sier forskningen om opplevd stigma og diskriminering av rusavhengige?

Eksisterende litteratur og rapporter om stigmatisering og forskjellsbehandling av rusavhengige har en relativt bred tilnærming til tematikken. En del litteratur undersøker selvopplevd stigma eller diskriminering og mulige årsaker som kan bidra til å forklare slike opplevelser. Annen forskning undersøker befolkningens holdninger til rusavhengige.

Begrepsbruken i forskningen er varierende, og det skilles ikke alltid mellom stigma- og diskrimineringsopplevelser som skjer i formelle situasjoner og opplevelser som foregår i uformelle sammenhenger. Det skilles heller ikke alltid klart mellom diskriminering og stigmatisering på den ene siden og mer strukturelle forhold som kan bidra til utenforskap på den andre siden. Dette skyldes sannsynligvis at diskriminering og stigmatisering som tidligere nevnt er fenomener som er vanskelige å måle presist, blant annet fordi de forstås ulikt av ulike mennesker.

I det følgende gis en gjennomgang av relevant forskning på dette området. Dette er ikke ment som en komplett oversikt over forskningslitteraturen.

Internasjonal forskning

En rekke internasjonale studier finner at den generelle befolkningen i ulike land har gjennomgående negative holdninger til personer med rusavhengighet. En litteraturgjennomgang fra 2017 av 20 studier fra hovedsakelig vestlige land, fant at rusavhengige ofte ses på som farlige, uforutsigbare, uegnet til å ta egne valg, og at de selv har skylden for sitt eget rusproblem. Frykt, sinne og medliden-

het er eksempler på følelser som ofte er knyttet til rusavhengighet.⁴¹

Sammenhengen mellom holdninger og hvordan de uttrykkes, er komplisert. Ikke alle som har negative holdninger til rusavhengige vil foreta krenkende eller diskriminerende handlinger mot gruppen. Negative holdninger til rusavhengige kan imidlertid bidra til høy villighet til å ta i bruk tvangsbehandling og innføre sosiale restriksjoner, ønske om sosial avstand og lav villighet til å hjelpe.⁴² Holdninger kan med andre ord tidvis materialisere seg i handlinger.⁴³

Flere internasjonale studier dokumenterer at rusavhengige kan oppleve å bli stigmatisert og diskriminert på flere samfunnsområder, for eksempel i møte med politiet, boligmarkedet, sosialtjenester og helsevesenet.⁴⁴ Forskningen har særlig sett på hvordan rusavhengige møtes i helsevesenet. En litteraturgjennomgang av 28 studier fra 2013 fant at også en del helsepersonell har nega-

tive holdninger til pasienter med rusavhengighet, og at dette kan gå ut over gruppens behandlingstilbud.⁴⁵ Flere kvalitative studier dokumenterer også tilfeller av opplevd stigmatisering i møte med helsepersonell.⁴⁶ Videre peker en rekke studier på at personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser (ROP) mottar et dårligere somatisk helsetilbud enn resten av befolkningen. Pasienter med alvorlige ROP-lidelser lever rundt 15 år kortere sammenlignet med den øvrige befolkningen, og den viktigste årsaken til dette er somatisk sykdom. Dette kan blant annet forklares med at helsevesenet i mindre grad undersøker og behandler personer med ROP-lidelser for somatiske plager enn andre.⁴⁷ Negative holdninger trekkes også frem i forskningen som en medvirkende faktor til at sykepleiere ikke gir god nok smertelindring til pasienter med rusavhengighet.⁴⁸

I forskningen identifiseres det flere negative følger av hvordan opplevelser av stigmatisering

⁴¹ Lawrence Yang m.fl., «Stigma and substance use disorders: An international phenomenon», *Current Opinion in Psychiatry* 30, nr. 5 (2017), s. 378-388.

⁴² Ibid.

⁴³ For mer om forskningen knyttet til sammenhengen mellom fordommer og deres uttrykkelse, se NIMs rapport *Stille i møte med hets* (2023), kap. 2.

⁴⁴ Se f.eks. Camila Couto E Cruz m.fl., «Social domains of discrimination against people who inject drugs: Links with health and wellbeing», *International Journal of Drug Policy* 77 (2020).

⁴⁵ Leonieke van Boekel m.fl., «Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review», *Drug Alcohol Dependence* 131, nr. 1-2 (2013), s. 23-35.

⁴⁶ Se f.eks. Lars Garpenhag og Disa Dahlman, «Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study», *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 16, nr. 1 (2021).

⁴⁷ Anne Høye og Lars Lien, «Somatisk sykdom og levevaner» i Lien og Lie (red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*, 1. utg. (Bergen: Fagbokforlaget, 2022), s. 135 og s. 138.

⁴⁸ Janet Verwerda, Oline Hansen og Camilla Larsen, «Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling», *Sykepleien* 106, nr. 70402 (2018).

ring og diskriminering kan påvirke rusavhengige. Gjentakende i litteraturen er at stigma og diskrimineringsopplevelser går negativt utover den enkeltes hjelpesøkende atferd, og at det kan bidra til utvikling av strategier for å unngå de ubehagelige møtene. Det kan være å unngå eller utsette å oppsøke helsehjelp, skjule rusbruk, underdrive smerter eller oppsøke hjelp andre steder.⁴⁹ En litteraturgjennomgang tyder også på at opplevd stigma kan redusere behandlingsresultater, selv om funnene her er noe mindre klare.⁵⁰ Opplevd stigma og diskriminering er også assosiert med forverret helsetilstand, i form av blant annet økt risiko for overdoser, skadelig rusbruk, depresjon, lavere selvtillit og dårligere søvn.⁵¹ Rusavhengige kan også ende opp med å internalisere samfunnets stigmatiserende holdninger, en prosess som gjerne omtales som selvstigma.⁵²

Norsk forskning

Mengden forskning om norske forhold er mer begrenset. Den litteraturen som finnes, indikerer imidlertid at negative holdninger til rusavhengige er en utfordring også i Norge, og at gruppen kan oppleve stigmatisering og diskriminering i ulike sammenhenger.

Det er gjort enkelte studier av nordmenns holdninger til rusavhengige. En studie fra 2014 fant at respondentene i hovedsak plasserte årsak og ansvar for ulike former for avhengighet hos den avhengige selv. Delta-kerne hadde heller ikke mye sympati for avhengige personer, men mente i stor grad at de fortjente hjelp.⁵³ En annen undersøkelse fra samme år kartla nordmenns stereotypier mot ulike samfunnsgrupper langs to dimensjoner: Varme og kompetanse. «Rusmisbrukere» er blant gruppene som ble ansett som kalde og inkompetente,

⁴⁹ Dea L. Biancarelli m.fl., «Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings», *Drug and Alcohol Dependence* 198 (2019), s. 80-86; Sara Wallhed Finn, Anna Mejdal og Anette Søgaaard Nielsen, «Perceived barriers to seeking treatment for alcohol use disorders among the general Danish population – a cross sectional study on the role of severity of alcohol use and gender», *Archives of Public Health* 81, nr. 65 (2023).

⁵⁰ Kathleen Crapanzo m.fl., «The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review», *Substance Abuse and Rehabilitation* 10 (2019), s. 1-12.

⁵¹ Michèle D. Birtel, Lisa Wood og Nancy J. Kempa, «Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being», *Psychiatry Research* 252 (2017), s. 1-8; Camila Couto E Cruz, m.fl., «Frequent experience of discrimination among people who inject drugs: Links with health and wellbeing», *Drug and Alcohol Dependence* 190 (2018), s. 188-194.

⁵² Elena Cama, m.fl., «Internalized Stigma Among People Who Inject Drugs», *Substance Use & Misuse* 51, nr. 12, (2016), s.1664-1668.

⁵³ Jostein Rise m.fl., «The distribution and role of causal beliefs, inferences of responsibility, and moral emotions on willingness to help addicts among Norwegian adults», *Addiction Research and Theory* 22, nr. 2 (2014), s. 117-125. Avhengighet til snus og sigaretter utløste i størst grad synspunkter om individuelt ansvar og minst grad av sympati og villighet til å hjelpe. Avhengighet til beroligende midler er på den andre enden av skalaen, mens hardere rusmidler er i en midtposisjon mellom disse.

sammen med tiggere og romer.⁵⁴ Ifølge forfatterne kan slike stereotyper bidra til trakassering, ekskludering og diskriminering.

Rusreformutvalget gjennomgikk i 2019 eksisterende norsk forskning på stigmaopplevelser tilknyttet strafferettslige reaksjoner på narkotikafeltet. Utvalgets gjennomgang tyder på at strafferettslige tiltak i flere tilfeller kan bidra til stigmatisering av rusbrukere.⁵⁵ Opplevelser knyttet til kontroll, pågrepelse og ransaking fra politiet trekkes frem som et spesielt stigmasensitivt område i forskningen. Særlig problembrukere og utsatt ungdom kan oppleve å bli stigmatisert når de gjentatte ganger havner i politiets søkelys for narkotikakriminalitet.⁵⁶ Utvalget viser også til forskning som konkluderer med at straffeforfølgning på narkotikafeltet rammer sosialt skjevt, og at allerede vanskeligstilte brukere blir mer skadelidende enn andre.⁵⁷ Stigmaproesser knyttet til soning er også godt dokumentert i forskningen. Innsatte med rusproblemer er særlig utsatt for å oppleve stigma, både under soningen og i etterkant.⁵⁸

Ekskludering av rusavhengige fra offentlig rom er også noe som har vært gjenstand for forskning i Norge. En doktoravhandling fra 2005 avdekket at videoovervåkning på offentlig sted i Oslo sentrum i flere tilfeller

Antall personer med rusproblemer i Norge

Det er vanskelig å anslå akkurat hvor stor andel av den norske befolkningen som er avhengige av rusmidler, både på grunn av mangelfulle data og fordi det ikke alltid er et skarpt skille mellom bruk, problembruk og avhengighet. Dagens kunnskapsgrunnlag viser bl.a. at:

- Andelen med alkoholbrukslidelser er på anslagsvis 5-8 prosent av den voksne befolkningen.
- Ca. 18 500 pasienter var i 2022 i behandling i spesialisthelsetjenesten for problemer knyttet til ulovlige rusmidler og vane-dannende legemidler.
- Antall sprøytebrukere er beregnet til ca. 8500 personer.
- Anslagsvis 11 000 personer har en problematisk bruk av amfetamin.
- Omtrent 13 800 personer anslås å ha høyrisikobruk av cannabis. Dette omfatter i liten grad personer som har problematisk bruk av tyngre rusmidler, som også antas å ha et høyt forbruk av cannabis.

Kilder: Folkehelseinstituttets rapporter *Narkotika i Norge*, *Folkehelse rapporten og Alkohol i Norge* (2022)

⁵⁴ Hege H. Bye m.fl., «Stereotypes of Norwegian Social Groups», *Scandinavian Journal of Psychology* 55, nr. 5 (2014), s. 469-476; Hege H. Bye, «Norske stereotyper», *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 52, nr. 11 (2015), s. 952-954.

⁵⁵ NOU 2019: 26, s. 250-254.

⁵⁶ *Ibid.*, s. 252.

⁵⁷ *Ibid.*, s. 253.

⁵⁸ *Ibid.*, s. 253-254.

ble brukt til å bortvise uønskede personer, som rusavhengige, på grunn av utseende.⁵⁹ En annen avhandling fra 2013 fant at rusbrukere opplever strukturelle hindre og ekskludering i møte med offentlige rom som resten av befolkningen har tilgang til. Avhandlingen finner at dette henger sammen med samfunnets syn på rusbrukere som kriminelle og uønskede personer.⁶⁰

Enkelte norske studier bekrefter den ovennevnte utfordringen med underdiagnostisering og –behandling av personer med rus- og psykiske lidelser i helsevesenet, for eksempel ved kardiovaskulær sykdom.⁶¹ I to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 avdekket også Helsetilsynet betydelige lovbrudd ved tjenesteytingen til personer med ROP-lidelser. Tilsynet fant at tjenestene til denne gruppen er preget av mangelfull styring, lite samordnede tjenester, mangelfull utredning og manglende oppmerksomhet om soma-

tisk helsetilstand, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.⁶²

En systematisk oversikt fra Folkehelseinstituttet finner også at mange pasienter i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) opplever seg stigmatisert i møte med LAR-systemet.⁶³ LAR-systemet beskrives i flere studier som en kilde til stigma i seg selv, både av pasienter og helsepersonell. Stigma fra personer utenfor LAR beskrives i flere av studiene også som en barriere for å oppsøke og forbli i LAR-behandling.

Flere rapporter har de senere årene også pekt på at rusbrukere ulike steder i landet har et dårligere kritesentertilbud enn andre voldsutsatte.⁶⁴ Dette bildet bekreftes av kritesentertstatistikken for 2022, som viser at kritesentrene sjeldnere gir et botilbud til personer med kjent rusproblematikk. Kun 23 prosent (10 av 43) av kritesentrene med tilbud til kvinner og 21 prosent (9 av 42) av

⁵⁹ Heidi Mork Lomell, *Det selektive overblikk. En studie av videoovervåkingspraksis* (Oslo: Universitetet i Oslo, 2005).

⁶⁰ Ida Nafstad, *Et anstendig menneske. Møter mellom rusbrukere og det offentlige rom i Oslo* (Oslo: Universitetet i Oslo, 2013).

⁶¹ Anne Høye og Lars Lien, «Somatisk sykdom og levevaner» i Lien og Lie (red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*, 1. utg. (Bergen: Fagbokforlaget, 2022), s. 138.

⁶² Helsetilsynet, *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse* (Oslo: Helsetilsynet, rapport nr. 7, 2019).

⁶³ Steiro, Asbjørn m.fl., *Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddellassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier* (Oslo: FHI, 2020). Gjennomgangen baserer seg både på norsk og internasjonal litteratur.

⁶⁴ Varde Hartmark, *Prosjektrapport: Sentrale funn og anbefalinger. Utviklingsprosjekt for å styrke kritesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse* (Oslo: Varde Hartmark, 2017); Trond Bliksvær m.fl., *Kommunenes kritesentertilbud – en kunnskapsoversikt* (Bodø: Nordlandsforskning, rapport nr. 13, 2019).

sentrene med tilbud til menn, oppgir at de har et tilbud til denne gruppen.⁶⁵ Blant de resterende kriesentrene svarer flesteparten at de vurderer hvert enkelt tilfelle. Tre sentre med tilbud til kvinner og syv sentre med tilbud til menn rapporterer at de ikke gir tilbud til denne gruppen.

Oppsummering

Samlet sett tyder forskningen på at negative holdninger til rusavhengige er vanlig i flere ulike land, og at gruppen kan oppleve stigmatisering og diskriminering på ulike samfunnsområder. Stigma- og diskrimineringsopplevelser kan blant annet føre til redusert hjelpesøkende atferd, forverret helsetilstand og selvstigmatisering. Samtidig er det verdt å gjenta at forskningen i mange tilfeller har en relativt bred tilnærming til tematikken, og ikke alltid skiller tydelig mellom diskriminering og stigmatisering på den ene siden og levekårsutfordringer på den andre siden.

Det er også gjennomgående mangel på empiriske undersøkelser om denne tematikken, særlig i norsk kontekst. Det er med andre ord et stort behov for mer kunnskap om hvorvidt selvopplevd stigmatisering og diskriminering av rusavhengige er en utfordring i Norge, og hvordan det eventuelt kan arte seg. Denne rapporten er ment som et bidrag til å tette dette kunnskapshullet.

⁶⁵ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Krisesentertilbudet i norske kommuner: Tilgjengelighet*.

3. Hvilke erfaringer har informantene med stigma og diskriminering?

For å undersøke rusavhengiges egne erfaringer med stigma og diskriminering, gjennomførte NIM i 2023 kvalitative dybdeintervjuer med 17 personer med nåværende eller tidligere rusavhengighet. Formålet med intervjuene var å undersøke:

- hvorvidt rusavhengiges møte med offentlige tjenester preges av opplevd stigmatisering og diskriminering
- hvordan slike opplevelser kan arte seg
- hvilke konsekvenser det kan få for den enkelte

Historiene som fortelles i denne delen er sett fra informantenes perspektiv. Grunnen til det, er at vi er ute etter å innhente konkrete erfaringer med selvopplevd stigma og diskriminering. Det er utenfor rammene av

denne undersøkelsen å vurdere hvorvidt hver enkelt erfaring som omtales er en objektiv gjengivelse av tidligere hendelser, eller om de utgjør diskriminering i juridisk forstand.⁶⁶ Dette er heller ikke mulig med metoden som er brukt her. I det avsluttende kapittelet gjør vi noen overordnede rettslige vurderinger av de mest sentrale funnene.⁶⁷

Om informantene

Informantene er voksne mennesker med rusavhengighet i aldersgruppen 23–55 år. Seks av informantene er kvinner, og elleve er menn. Informantene har bakgrunn og erfa-

⁶⁶ Dette kapittelet legger seg så tett opp til informantenes egen ordbruk som mulig, både i begrepsbruk, språk og virkelighetsforståelse. Når det her vises til «diskriminering», er det en gjengivelse av informantenes egen forståelse av opplevelser de har hatt, og ikke en rettslig vurdering fra NIM.

⁶⁷ Undersøkelsens metode- og begrepsbruk redegjøres det nærmere for i to vedlegg på slutten av rapporten.


Begrepsbruk

Denne rapporten omhandler personer med rusavhengighet. Rapporten gjør ingen avgrensninger i type rusmiddel, men dreier seg primært om brukere av ulovlige rusmidler. NIM har følgende tilnærming til hvilke begreper som brukes:

- Når NIM omtaler gruppen, benyttes begrepene «rusavhengig» og «personer med rusavhengighet» (se vedlegg 1 for en definisjon).
- Når informantene siteres brukes ordene de selv har brukt, for å gi en korrekt gjengivelse av uttalelsene. Det samme er gjort for fokusgruppeintervjuene. Informantene og fokusgruppedeltakerne har ulike måter å omtale rusavhengige på, og flere bruker begreper som «rusmisbruker» og «narkoman».

ringer fra ulike deler av landet, men samtlige har stort sett tilholdssted på Østlandet. Omtrent halvparten av informantene ble rekruttert via en privat aktør som driver rusbehandling i ulike deler av landet. Disse informantene var på intervjutidspunktet enten inne til døgnbehandling for rusavhengighet, hadde mottatt døgnbehandling tidligere, eller var innom behandlingsinstitusjonen for oppfølging noen dager i uken. Den andre halvparten møtte vi gjennom et lavterskeltilbud for rusavhengige, og de var ikke inne i et rusbehandlingsforløp. Her foregikk rekrutteringen på stedet.

Informantene har ulike bakgrunner og livssituasjoner. Likevel er det en god del trekk som er felles for mange av dem:

 **Traumer:** Nesten alle forteller om en vanskelig oppvekst, ungdomstid eller tidlig voksentid. Traumatiske livshendelser går igjen i ulike former i informantenes historier. Eksempelvis forteller informantene om mobbing, utenfor-skap, ustabile familierelasjoner, vold, seksuelt misbruk, foreldre som selv var rusavhengige, om at de kom til Norge som enslig flyktning i tenårene, eller om alvorlig sykdom, skade eller andre traumatiske livshendelser. Flere har også opplevd lignende hendelser i godt voksen alder.



Psykiske plager: De aller fleste har, eller har hatt, ulike psykiske plager eller lidelser. Rundt halvparten av informantene sier at de har fått ADHD-diagnose i voksen alder, og at de har gått gjennom barndom og ungdomstid uten at dette ble oppdaget. Andre forteller om PTSD, angst og depresjon. Mange av informantene knytter rusbruken sin til psykiske helseproblemer eller traumer, både ved at rusbruken er en måte å håndtere psykiske utfordringer på og at rusbruken kan bidra til psykisk uhelse.



Rusbruk: Det store flertallet av informantene har brukt flere ulike former for rusmidler, men heroin går igjen hos nesten alle sammen. Flere har tidvis hatt omfattende samtidig bruk av tyngre rusmidler. De fleste har begynt å ruse seg på alkohol eller hasj, og så har bruken av rusmidler blitt trappet opp til stoffer som amfetamin, kokain, heroin,

ecstasy, LSD og vanedannende medikamenter.



Tidlig start: De fleste av informantene forteller at de hadde sitt første møte med rusmidler allerede tidlig i tenårene, og at avhengigheten startet da. Enkelte begynte å ruse seg først i voksen alder.



Skjulte problemer: Flere oppgir at rusbruken og psykiske plager ikke ble fanget opp av verken skole eller andre offentlige instanser i tenårene. Mange av informantene har lenge levd et dobbeltliv, og har holdt rusbruken skjult for skole, arbeidsgiver og familie.



Fengselsopphold: Rundt halvparten av informantene har korte eller lengre fengselsopphold bak seg. Noen har vært fengslet for salg eller besittelse av narkotika, andre for hvitvasking av penger, vinningsforbrytelser, bøtesoning eller vold.

Blant informantene er det også stor variasjon innen en del områder. Dette omfatter for eksempel helsetilstand, bosituasjon og utdanning. Noen av informantene lever i dag et relativt stabilt liv, og har fått mer kontroll på rusbruken. Andre har store utfordringer på flere livsområder og har omfattende og ukontrollert rusbruk.

Det er dermed viktig å understreke at utvalget i hovedsak utgjør en selektert gruppe av alle med en avhengighetsproblematikk i Norge, med betydelige levekårsutfordringer og bruk av en rekke ulike rusmidler.⁶⁸ Dette vil naturligvis også påvirke informantenes perspektiver og erfaringer.⁶⁹

Erfaringer med stigma og diskriminering

For å unngå å lede informantenes perspektiver for mye, tok intervjuene utgangspunkt i informantenes egne livshistorier og hadde en åpen tilnærming. Alle intervjuene startet med at informantene fikk fortelle fritt om sin historie med rus. Som del av dette kom de aller fleste inn på hvordan de har opplevd møter de har hatt med ulike offentlige tjenester.

Det finnes ikke «én historie» blant informantene. Noen har hovedsakelig fått god hjelp, og blitt møtt med mennesker som har sett dem og behandlet dem med respekt og verdighet.⁷⁰ Andre har nesten bare negative erfaringer i møte med tjenester som politi, helsevesen og Nav, og forteller om omfattende fordommer og avvisning. Mange er et sted midt imellom disse ytterpunktene.

Selv om inngangen til intervjuene var åpen, ble erfaringer knyttet til stigma og diskriminering raskt tematisert av informantene selv i de fleste intervjuene. Noen bruker stigma

⁶⁸ De fleste personer med rusavhengighet i Norge er avhengige av alkohol, og mange er utelukkende avhengig av lovlig foreskrevne medikamenter.

⁶⁹ NIM har intervjuet tre kvinner som er 33 år. Sitatene fra de ulike kvinnene signeres likt. Dette gjør at det noen steder kan se ut som at en informant er sitert uforholdsmessig mye, uten at dette er tilfelle.

⁷⁰ For mer om noen av disse erfaringene, se kap. 5.

og diskriminering som begreper for å forstå dårlig behandling de selv har opplevd. Andre snakker om negative erfaringer de har hatt uten å direkte ta i bruk disse begrepene, men hvor det er en tydelig fordomsdimensjon. I noen tilfeller snakkes det mer generelt om hvordan de blir påvirket av samfunnets holdninger til rusavhengige.

Flertallet av informantene har erfart å bli møtt med fordommer i ulike deler av samfunnet, inkludert i møte med det offentlige. Flere forteller at de som rusavhengig gjennomgående opplever seg mistenkeliggjort og «skåret over én kam» av det offentlige. Eksempler på fordommer informantene forteller at de har blitt møtt med, er at de er farlige, manipulerende, har skyld i egen avhengighet, eller at de har dårlig selvkontroll:

» «Er du en rusmisbruker, så er du en løgner og bedrager også. [Det har jeg] møtt på jevnt og trutt i Nav og i LAR og i fengselsvesenet. Det har vært veldig uforståelig for meg.»
– Mann, 42 år

Det varierer blant informantene hvor ofte de opplever at de blir møtt med slike fordommer. Noen har en opplevelse av at de blir stigmatisert overalt i samfunnet:

» «Vi blir sett på som det laveste av det laveste. Ingen vil se på deg, ingen vil snakke med deg, ingen vil ha med deg å gjøre. Fordi de er redde. Når du går inn et sted, er hele stedet i beredskap. Som en fare har kommet inn. Men du er ikke

en fare egentlig, du er sliten. Det er masse fordommer, stygge fordommer.»
– Mann, 47 år

Andre opplever ikke at de har blitt møtt med fordommer eller behandlet dårligere enn andre i det offentlige, eller viser kun til noen få mindre opplevelser. En av informantene har en oppfatning av at mange rusavhengige har en overdreven forventning om å bli stigmatisert når de går inn i møter med tjenestene. Han sier han først og fremst har blitt møtt med en vegring mot å snakke om rusbruken blant helsepersonell, og det han omtaler som «silkehanskebehandling»:

» «Jeg har egentlig ikke opplevd så mye negativ stigmatisering personlig, mest den der biten at de har ikke lyst til å snakke om det. Og det er jo for så vidt en av de snillere tingene du kan oppleve egentlig.»
– Mann, 31 år

I informantenes historier varierer det hvordan nedvurdering på grunn av rusavhengigheten kommer til uttrykk. Noen ganger knytter det seg til kroppsspråk og manglende oppfølging, mens andre ganger er det snakk om direkte nedsettende kommentarer, avvisning og avslag i tjenester. Mange av informantene opplever at negative holdninger har påvirket måten de har blitt behandlet av tjenestene og hvilke tjenester de har mottatt.

Mange av informantene forteller at de opplever det som vondest å bli møtt med en manglende forståelse fra tjenestene om alt

som ligger bak rusbruken. Nesten alle informantene omtaler rusbruken sin som en måte å håndtere traumer eller psykiske helseproblemer:

» «Det sies at man selv har valgt dette, men det er så mye mer komplekst enn det. Det er ingen som har valgt å havne på gata. Det er noe som skjer gjennom et langt liv, kanskje etter masse traumer i barndommen.»
– Mann, 42 år

Ettersom informantene har ulik alder, varierer tidspunktet for når opplevelsene deres har funnet sted. Mange av opplevelsene er fra de senere årene, mens andre er fra lengre tilbake i tid. En informant som har lang fartstid med å bo på gata og oppholde seg i åpne rusmiljøer, ser stor forskjell i hvordan rusavhengige blir møtt i samfunnet i dag sammenlignet med 80- og 90-tallet. Hun mener behandlingen av rusavhengige har blitt mye bedre de senere årene.

Flere av informantene trekker frem at alle møter med det offentlige er en toveis prosess, og at måten man selv oppfører seg på kan forme hvordan man blir møtt av tjenestene. En av informantene har erfart at om man har «piggene ute» blir møtene ofte verre, mens hvis man er åpen og samarbeidsvillig får man i mange tilfeller tillit tilbake:

» «Mange [rusavhengige] har en veldig negativ innstilling til byråkrati og stat. Men det igjen bunner i mange dårlige erfaringer. [Tjenestene] kan være veldig

hjelpsomme hvis de får litt hjelp fra deg som bruker av systemet. Men hvis du kommer inn på bakbeina... Stiller man opp i ruspåvirket tilstand, så skjønner jeg at det kan være vanskelig å samarbeide med en slik person.»

– Mann, 43 år

Ulike former for selvstigmatisering går igjen i flere av intervjuene. Flere av informantene har mange negative følelser knyttet til sin egen og/eller andres avhengighet. Enkelte snakker også om rusavhengige på en måte som kan tyde på at de har internalisert flere av samfunnets negative holdninger til gruppen. En av informantene mener rusavhengige skaper sitt eget rykte, og at dette er med på å forme hvordan de blir møtt av tjenestene:

» «Rusmisbrukere er noen manipulerende jævler. Det er ikke alle som er sånn, men mange. Det er forståelig at det blir sånn, for 99 prosent av rusmisbrukere er sleipe og utspekulerte. De er ute etter å bare karre til seg. Og da blir det sånne holdninger, da.»
– Kvinne, 54 år

Andre retter stigmaet innover mot seg selv, ved at de skammer seg over å være rusavhengige og føler seg mindreverdige. For flere bidrar dette til at de sliter med å være åpne om egne problemer i frykt for å bli møtt med avvisning eller fordommer:

» «Å innrømme at man er avhengig av noe, det er veldig mye nederlag knyttet til det for mange. Jeg merker at det er veldig skamfullt å fortelle hvor mange ganger jeg har vært i døgnbehandling før. Jeg er veldig redd for at folk skal tenke at jeg er svak eller «Er det så mye galt med deg? Har du ikke klart det enda?»»

– Kvinne, 33 år

Selv om dette ikke gjelder alle, er med andre ord mange av informantenes livshistorier og møter med offentlige tjenester tydelig preget av ulike former for opplevd stigmatisering og diskriminering.

Arenaer for opplevd stigma og diskriminering

Formålet med dette delkapittelet er å legge frem eksempler på hvordan opplevd stigmatisering og diskriminering av rusavhengige i møte med offentlige tjenester kan arte seg.⁷¹

Informantene forteller om opplevd stigmatisering og diskriminering innenfor flere ulike samfunnsområder. Erfaringer i møte med helsevesenet og politiet var det som kom hyppigst opp under intervjuene, og er derfor det som vies mest plass her.

Helsevesenet

Informantene har alle vært i kontakt med helsevesenet på ulike måter. Mange har fått behandling for sin rusavhengighet, flere har hatt somatiske plager som krever behandling og noen har hatt kontakt med psykisk helsevern.

Erfaringene som presenteres her er hovedsakelig fra somatikken. Det er verdt å nevne at flere av informantenes historier også er preget av opplevelser av utilstrekkelig og mangelfull psykisk helsehjelp. Her har imidlertid stigma- og diskrimineringsdimensjonene vært mindre fremtredende i informantenes historier. Dette kan skyldes tilfeldigheter i undersøkelsens utvalg, og betyr ikke nødvendigvis at opplevelser av stigma og diskriminering i mindre grad forekommer i psykisk helsevern.⁷²

Mange forteller om gode opplevelser og erfaringer med helsevesenet, men det er også mange historier som informantene beskriver som stigmatiserende eller diskriminerende.

Fordommer og støtende kommentarer

Flere av informantene forteller at de har opplevd å bli møtt med mistenkeliggjøring, fordommer og støtende kommentarer i møte med helsevesenet.

⁷¹ Som nevnt vil informantenes opplevelser delvis være farget av at de er en selektert gruppe blant alle med avhengighetsproblematikk. I enkelte tilfeller er det også utfordrende å skille informantenes opplevelser av stigma og diskriminering knyttet til rusavhengighet fra mer generelle opplevelser av mangelfull hjelp, urettferdighet og mistillit til systemet. Den følgende gjennomgangen må leses med dette bakteppet.

⁷² Dette omtales bl.a. i fokusgruppen med brukerorganisasjoner i kap. 4. Se også bl.a. Dokument nr. 15:1561 (2022-2023).

Mange har skiftet fastlege flere ganger etter episoder hvor de har opplevd å bli møtt med fordommer. Flere av informantene opplever at kunnskapen om rusavhengighet er lav hos mange fastleger de har vært i kontakt med. De har langt på vei forståelse for at det er slik, siden de aller fleste fastleger ikke har mange pasienter med rusavhengighet. Samtidig rapporterer mange om en følelse av at de blir møtt med en fordømmende holdning på legekantoret:

«Jeg fikk stygge blikk da jeg kom inn på legekantoret. Det virket som om de ikke var interessert i å hjelpe meg i det hele tatt. Ta deg sammen og slutt og rus deg, så blir det bedre, liksom.»
– Mann, 38 år

Også i spesialisthelsetjenesten er det mange av informantene som forteller om episoder hvor de har blitt møtt med fordommer. Opplevelser av slengbemerkinger om rusavhengigheten går blant annet igjen i flere av informantenes historier. En kvinne forteller at hun ikke opplevde å bli møtt med verdighet en gang hun var innlagt på sykehus:

«Jeg følte meg hengt ut, det ble ropt høyt om at jeg var avhengig av alkohol på sengeposten. Da skulle jeg tåle hva som helst, for jeg var jo så dum at jeg var blitt avhengig av noe.»
– Kvinne, 33 år

En annen kvinne forteller om en opplevelse da hun skulle ta en blodprøve. Det var vanskelig å finne blodårene på henne, og vedkommende som skulle ta prøven hadde litt problemer. Hun ropte da høyt ut i rommet at hun trengte hjelp fordi hun «sitter her med en sprøytenarkoman»:

«På sykehuset gjør de så «big deal» ut av at jeg har vært sprøytenarkoman. Jeg føler meg så nedverdiget når jeg snakker med helsevesenet, og jeg syns ikke de er flinke nok til å være medmenneskelige. De dømmer deg basert på det de ser og leser om oss. Måten vi blir møtt på er til å grine av.»
– Kvinne, 33 år

Enkelte informanter har også blitt møtt med negative kommentarer fra helsepersonell når de har oppsøkt psykisk helsehjelp. En ung gutt forteller at han ble innlagt på grunn av psykose etter for stort inntak av LSD da han var 21 år. Han opplevde psykosen som dypt traumatisk, og forteller at han hadde det forferdelig vondt. På sykehuset opplevde han å bli møtt med negative kommentarer om at hendelsen var hans egen skyld.

Avvisning fra helsehjelp

Enkelte av informantene forteller at de har opplevd å bli avvist når de har oppsøkt helsehjelp. Det er ikke alltid klart fra informantenes fortellinger hva de opplever at var årsaken til avvisningen. Noen sier imidlertid mer direkte at avvisning har skjedd på grunn av negative holdninger til dem som rusav-

hengige.⁷³ En informant forteller om en gang han opplevde å bli avvist fra legevakten fordi de dømte rusbruken hans, og at han måtte ringe 113 for å få helsehjelp. En annen forteller at hun ikke fikk rehabiliteringstilbudet hun trengte etter en operasjon, og opplever at dette skjedde fordi hun ruset seg. Også i møte med fastlegen forteller noen om avvisning på grunn av rusbruk.

» «Fastleger har nekta å sende meg på røntgen for ryggen min blant annet, fordi de mener at det er russkader og ting blir bedre hvis jeg slutter å ruse meg. Testosteronbehandling har jeg også hatt behov for, og det har jeg fått null hjelp med frem til jeg fikk den fastlegen jeg har nå.»

– Mann, 38 år

Andre forteller at de har blitt kastet ut fra sykehusopphold tilsynelatende uten saklig grunn. En av informantene forteller om en gang hun havnet på akuttmottaket etter et ribbeinsbrudd. Ifølge informanten fikk hun ikke puste ordentlig, og var redd for at hun hadde punktert lungene. Hun forteller at hun ble vekket opp midt på natten og kastet ut av sykehuset etter at det ble oppdaget at hun var rusavhengig:

» «Jeg ble hivd ut klokken fire om morgenen. Jeg lå først til observasjon, og så ble jeg vekket og [fortalt at] «Nei, du har ikke noe her å gjøre». Jeg lå helt stille der, jeg gjorde ingenting.»

– Kvinne, 55 år

Informantene har få tilsvarende fortellinger om direkte avslag når de har oppsøkt psykisk helsehjelp. Et unntak er en informant som forteller at hun ble innlagt på akuttpsykiatrisk behandling etter et selvmordsforsøk på grunn av et samlivsbrudd og en stressende boligsituasjon. Etter tre døgn ble hun utskrevet og henvist til hospits uten øvrig psykisk helsehjelp. Selv mente hun at hun trengte mer oppfølging og hjelp i situasjonen hun befant seg i. Ved et annet tilfelle forteller hun at hun fikk avslag på døgnbehandling, da hun skjønnte at alkoholforbruket var blitt for stort.

» «Jeg ble ikke henvist selv om jeg ba om det, men fikk heller plass på DPS. Jeg følte meg veldig avvist når jeg ba om å bli innlagt, og jeg var skuffet over å bli møtt med det. Jeg følte det var et politisk svar.»

– Kvinne, 33 år

Det er ikke klart om informanten knytter disse opplevelsene direkte til fordommer og nedvurdering av henne som rusavhengig.

Stigmaopplevelser knyttet til pasientjournalen
Stigma- og diskrimineringserfaringer knyttet til pasientjournalen er en rød tråd i mange av informantenes historier. Flere forteller at de merker at helsepersonells holdninger og kroppsspråk endrer seg i negativ retning når de oppdager diagnosen «rusavhengig» i pasientjournalen. De kan sitte med en følelse av at «alarmen går» når legen oppdager i journalen at de er, eller har en fortid

⁷³ Se også «Stigmaopplevelser knyttet til pasientjournalen» under.

som, rusavhengige. Journalen beskrives som et stempel som blir hengende ved dem også hvis de er blitt rusfrie og har vært det i mange år.

En informant forteller at hun en gang var på akutten, og at holdningen til henne endret seg merkbart etter at det ble slått opp i journalen hennes:

» «Jeg måtte sitte der i syv timer, alle var hyggelige mot meg helt til jeg kom inn til legen. Da slo de opp på navnet mitt på skjermen, og det kom opp en rød «error», «narko, narko, narko». De var helt forferdelige med meg, nedlatende holdninger.»
– Kvinne, 55 år

Hun gikk gråtende hjem fordi hun følte at de var så nedlatende mot henne. Hennes erfaring er at man må ha med seg noen når man skal møte helsevesenet eller andre offentlige tjenester for å bli tatt på alvor.

Noen av informantene har erfart at journalen ikke bare utløser negative kommentarer, men også at de blir avvist eller møtes med trussel om å tilkalle politiet. En informant forteller om en gang hun var hos en fastlegevikar og opplevde å bli avvist etter at legen leste journalen.

» «Han så kun den røde skriften i journalen og leser «rusavhengig», og da kom jeg ikke til orde en gang. Alt jeg var der for var for å få fornyelse på p-piller. Han ble sint og sa «du får ikke noe piller her», og så truet han med å ringe politiet og

sa jeg måtte komme meg ut av kontoret hans. Det gjorde at jeg ble ekstremt satt ut, og fikk et enormt panikkangstanfall.»
– Kvinne, 33 år

Stigmaopplevelser knyttet til medisiner

Medisinering er et annet område som svært mange av informantene opplever at utløser stigmatisering og diskriminering. Mange forteller at de raskt har blitt møtt med mistenksomhet fra helsepersonell når de etter spør legemidler, og en holdning om at de bare prøver å «lure til seg medisiner» for å ruse seg. Ifølge flere av informantene har fordommer ført til at de ikke har fått medisiner når de trenger det, og at dette bidrar til økt selvmedisinering med ulovlige rusmidler.

Flere av informantene forteller at de ikke har fått god nok smertelindring etter sykehusopphold på grunn av ulike fysiske plager. Noen forteller historier om at de etter kirurgiske inngrep kun har fått mild smertelindring som paracetamol eller ibuprofen, på grunn av rusavhengigheten.

» «Jeg følte meg veldig forskjellsbehandlet av at jeg ikke fikk samme smertelindring og etterpleie som andre fikk. Det å bli møtt på den måten var veldig vondt.»
– Kvinne, 33 år

Andre forteller om at de etter langvarig smertebehandling utviklet en avhengighet av smertelindrende legemidler som oksykodon. Ved utskriving var avhengigheten blitt så stor at de selv kjøpte illegale opioider som erstatning for medisinerne de fikk av

helsevesenet. Enkelte av disse informantene opplevde å få liten eller ingen hjelp til å håndtere avhengigheten som hadde oppstått.⁷⁴

Medisinering for ADHD tas også opp av flere. Som nevnt tidligere har godt over halvparten av informantene blitt diagnostisert med ADHD, ofte først i voksen alder. Enkelte av disse er opptatt av at det som rusavhengig er vanskelig å få medisinering for sin ADHD, og at det kreves tre måneder rusfrihet for å kunne starte på ADHD-medisiner. Flere av informantene sier det er helt urealistisk for dem å klare dette. De beskriver det som en nedadgående spiral der de selv-medisinerer seg med ulovlige rusmidler for å dempe den indre uroen.

» «Jeg er jo rusmisbruker, og da får jeg ikke medisiner. Det er så sjukt. Jeg fikk beskjed om at jeg måtte holde meg rusfri i seks måneder [for å få ADHD-medisiner], og så sa jeg «Unnskyld meg, men du vet at jeg ikke kommer til å klare det?» Ja, men da får du heller ikke medisiner. For en sykdom jeg har på et papir, liksom.»
– Kvinne, 33 år

Blant de som har fått ADHD-medisiner, varierer det hvilken erfaring informantene har. En informant erkjenner at ADHD-medisin kan misbrukes og at han har gjort det. Flere andre har positive erfaringer. En informant

sier at etter at han begynte på ADHD-medisiner har ikke suget etter amfetamin vært der i det hele tatt.

Også substitusjonsbehandling gjennom legemiddelassistert rehabilitering (LAR) tas opp av flere av informantene. Over halvparten av informantene har erfaring med LAR-behandling. Flere av informantene opplever at de blir møtt med en nedlatende «ovenfra-og-ned»-holdning og liten grad av tillit i LAR-systemet. Flere av informantene er også kritiske til kontrollvilkårene som finnes i LAR, og mener dette hindrer deres livsutfoldelse.

» «Jeg har vært i LAR i to omganger. Jeg gikk av fordi jeg synes LAR er et fengsel. Jeg synes du blir veldig stedbundet, siden du må komme og hente medisiner hver dag. Så må du gjøre det stabilt i en periode, og så får man henteordninger på apoteket. Og hvis du ikke har levert nok urinprøver, kan de nekte deg utenlandsreise og sånne ting. Du må hele tiden stå til disposisjon.»
– Mann, 43 år

Politi

Det varierer blant informantene hvor mye de har hatt å gjøre med politiet opp gjennom årene. Kontakten med politiet har både vært knyttet til narkotikakriminalitet og andre former for kriminalitet.

⁷⁴ For mer om smertelindring av personer med rusavhengighet, se Den norske legeförening, *Retningslinjer for smertelindring* (2009), s. 33. Retningslinjene påpeker at smertebehandling av pasienter med rusproblemer er utfordrende, men at gruppen har det samme kravet på god behandling som andre. Ifølge retningslinjene blir rusavhengige ofte underbehandlet for smerte under sykehusinnleggelser.

Informantene har gjennomgående lav tillit til politiet. Flere trekker frem møtene med politiansatte som de verste. Noen mener at problemet ligger i at enkelte politifolk har dårlige holdninger, mens andre mener at hele straffeapparatet stigmatiserer og diskriminerer rusavhengige. Dette utspiller seg på ulike måter i informantenes historier:

Fordommer, nedvurdering og støtende kommentarer

Selve menneskemøtene med politiet blir trukket frem av flere av informantene. Selv om det også kommer frem tilfeller hvor informantene har opplevd at politiansatte har sett dem og behandlet dem på en god og verdig måte, er det betydelig flere eksempler på det motsatte. Mange forteller om episoder hvor de har opplevd at politiet har møtt dem med fordommer eller på andre måter behandlet dem på en stigmatiserende måte. En informant forteller at hun har hatt mange dårlige møter med politiet:

» «Jeg har stått på glattcellen og prøvd å snakke med dem, og så har de bare kastet døra i trynet mitt og sagt at «Nei, du er rusa du. Så vi gidder ikke å snakke med deg.»
– Kvinne, 33 år

Flere av informantene er kritiske til straffepolitikken som lenge har eksistert på rusfeltet, og mener dette har bidratt til stigmatisering av rusavhengige. Mange mener politiet bidrar til å straffe dem for en avhengighet de ikke kan kontrollere, i stedet for å møte dem med medmenneskelighet og empati. En av informantene forteller om en gang

hun ble bedt om å sprute ut sprøyten sin mens hun var på sitt laveste:

» «Mens jeg sitter der med en brukerdose, og er så syk. Ber meg sprute det ut, liksom. Så jeg [sa]: «Ja, men du skjønner det at jeg sitter jo ikke foran en barnehage? Jeg har gjemt meg nedi en garasje». Maktsyk kar, som ikke likte han jeg var med at the moment. Som bare ville være slem, rett og slett.»
– Kvinne, 33 år

En annen informant forteller om en gang hun ble tatt i et åpent rusmiljø av en sivil politimann, som endte opp med å gi henne en sjanse til. Selv om hun satte pris på å unngå straff, reagerte hun på begrunnelsen hun fikk:

» «[Han sa]: «Jeg ser jo at du ikke egentlig hører til her. Du er jo så fin i tøyet, og du er jo ren og pen». Okei, så hvis jeg hadde stygge klær og hvis jeg var bustete på håret hadde jeg plutselig fått en straff, og så slipper jeg unna nå fordi jeg hadde en pen jakke på meg? Det satt veldig fingeren på det som er litt problemet og de holdningene som fins der ute.»
– Kvinne, 33 år

Maktbruk, kontroll og tvangsmidler

Flere av informantene mener politiet ved ulike anledninger har brukt overdreven maktbruk mot dem, fordi de er rusavhengige. Mange har opplevd jevnlig kroppsvisitasjoner på gata, og noen har også opplevd husransaker. En av informantene forteller at han tidligere har vært mye ute og gått

eller syklet om natten fordi han ikke har fått sove, og at han ofte da har blitt stoppet og ransaket av politiet. Ifølge informanten har dette skjedd etter at politiet oppdaget rusrelatert kriminalitet på rullebladet hans:

» «Hvis de møtte meg på gata, så var det full ransaking hver gang. Og jeg vet ikke hvor mange rassiaer jeg har hatt hjemme, hvor de har endevendt leiligheten. Jeg føler de har vært verre mot meg enn jeg har fortjent. De mener vel jeg ser suspekt ut, selv om jeg bare er ute og går.»
– Mann, 38 år

En annen informant mener politiet flere ganger har brutt hans rett til vern mot husransaker i Grunnloven § 102. Informanten har opplevd en rekke husransaker, hvor politiet har leitet etter narkotika, penger, brukerstyr og våpen. Han mener selv de bare har hatt skjellig grunn til mistanke i ett av disse tilfellene:

» «Jeg har opplevd grove menneskerettsbrudd. De har slått inn døra mi med rambukk, knust døra til pinneved, og så stormer de inn. Og da snakker vi ikke om en liten gjeng. Tett i tett med politibiler, innsatsleder og sperrebom. Og man kan begynne å tenke «Hva i all verden slags informasjon har de om meg?» Men [advokatene mine] får ikke noe ut av politiet.»
– Mann, 46 år

Flere av informantene forteller også om episoder hvor politiet har brukt fysisk makt mot

dem, som de har opplevd som unødvendig eller overdreven:

» «Hver gang de har vært hjemme hos meg, har jeg ligget i bakken med hånden før jeg i det hele tatt har rukket å lukke opp døren. Så de har vært ordentlig aggressive mot meg.»
– Kvinne, 33 år

En av informantene mener etnisk minoritetsbakgrunn fører til at man oftere blir kontrollert og ransaket av politiet på gaten. Informanten, som selv har minoritetsbakgrunn, forteller at han selv har blitt stoppet og undersøkt mye av politiet. Han knytter erfaringene sine til en kombinasjon av hudfarge og rusbruk:

» «Før trodde jeg politiet var ærlig, nå er jeg våken og kan dette her. Hver gang de stopper meg, har de løyet til meg. A lie. De har holdt på [sånn] med meg hele livet. Det er sånn profilering de har gjort med somaliere hele livet. De har ødelagt hele miljøet. Det har gjort utrolig, utrolig, utrolig store skader.»
– Mann, 47 år

Manglende rettssikkerhet

Som flere av historiene over også illustrerer, er det en gjennomgående opplevelse blant mange av informantene at de mangler rettssikkerhet og likhet for loven i møte med politiet. Flere informanter mener at enkelte politiansatte misbruker makten sin, og at de i praksis står uten beskyttelse mot offentlige overtramp. Enkelte forteller for eksempel at de har sittet på glattcelle for lenge eller

opplevd stigmatiserende forhold i cellen, uten at det har fått konsekvenser.

» «Enkelte politifolk har valgt feil yrke. Maktsyke. Jeg har opplevd at de har kastet meg på glattcellen kliss naken. Skrudd av varmen i gulvet, tatt fra meg madrassen. De syns vel jeg har vært vanskelig da, og skal straffe meg for det. Om de har lov til å gjøre det, er en helt annen sak.»
– Mann, 41 år

Mange informanter mener også at rullebladet forfølger dem og brukes mot dem av politiet i lang tid etter at de har begått kriminalitet. Et eksempel på dette, er fra en informant som forteller om en episode da han var ute og kjørte motorsykkel for noen år tilbake. Ifølge informanten hadde han i forkant trappet ned medisinene han gikk på for å oppfylle myndighetenes helsekrav for førerkortet, og skaffet seg legeerklæring på at han var kjøredyktig. I løpet av kjøreturen mister han hjelmen sin utfor en skrent under en pause, og da han skal prøve å få tak i den faller han ned og sitter fast. Da han ringer til politiet for å få hjelp, beslaglegges førerkortet hans og motorsykkelen taues bort.

» «Jeg ringte til politiet, akkurat som en vanlig mann eller kvinne ville gjort. Det var ingenting uedruelig med oppførselen min. De har antakelig bare sjekka opp navnet mitt, og sett «Ja, men han er jo kriminell». Men det de ikke har sett, er jo at det er jo 23 år siden. Dette er så justismord som det går an å få blitt. Jeg

har ikke kjørt en meter ulovlig.»
– Mann, 53 år

Andre arenaer

Selv om informantene forteller mest om opplevelser de har hatt i møte med helsevesen og politi, dukker også negative erfaringer fra andre samfunnsområder opp under intervjuene. Innenfor flere av disse områdene er stigma- og diskrimineringsopplevelser mindre fremtredende enn innenfor områdene omtalt over. I tillegg glir opplevelser av stigma og diskriminering her i større grad over i en generell kritikk av systemet eller opplevelse av et mangelfullt hjelpetilbud. Dette delkapittelet bør leses med dette i bakhodet.

Bolig

Flere av informantene har eller har hatt en ustabil bosituasjon. Noen har bodd på gata i flere år, flere har vært innom hospits, og noen hadde blitt tildelt egen bolig fra kommunen eller har bolig gjennom lavterskeltilbud som Frelsesarmeen.

Enkelte har opplevd botilbudene til rusavhengige som stigmatiserende, med lav standard og samling av mange med tunge rusproblemer og psykiske lidelse. En informant beskriver hospitsene som «dødens bakgård». Andre er mer positive og har møtt ansatte der som har sett dem og gitt dem god hjelp, men er kritiske til selve systemet for tildeling av bolig. Flere av informantene mener boligtilbudet først og fremst er utformet etter hva som er billigst mulig, og ikke hva som gir best mulig hjelp.

» «Å gå inn på hospits, da kommer du ut i kiste. Det er bare en pengemaskin og så er det en veldig dårlig måte å samle folk på som ikke jeg liker. Jeg har bodd på et par stykker. Det var ikke noe forsøk på å hjelpe i det hele tatt, det var bare forsøk på å få økonomien og rusmisbrukere til å gå i hamsterhjulet. Og sånn er det enda.»

– Kvinne, 54 år

Det fremkommer ikke alltid klart om disse erfaringene dreier seg om en opplevelse av stigma og diskriminering, eller om det er en mer overordnet kritikk av boligpolitikken. I noen tilfeller er stigma- og diskrimineringsdimensjonen imidlertid tydeligere i opplevelsene. Et eksempel på dette er en informant som forteller at han har opplevd å ikke få avrusning på grunn av hvor han bodde.

» «Det ene stedet jeg bodde var så belastet at jeg fikk ikke avrusningsplass mens jeg bodde der, fordi de mente det ikke var hensiktsmessig. Det er også litt stigmatiserende.»

– Mann, 38 år

Nav

De fleste informantene har vært i kontakt med Nav flere ganger. Det dreier seg blant annet om vurdering av uføretrygd, deltakelse på arbeidsrettede tiltak, kontakt med ruskonsulent, hjelp til å finne behandling for avhengighet og hjelp til å finne bolig.

Nav oppfattes som en krevende og utilgjengelig institusjon å forholde seg til for flere av informantene. Mange føler seg mistenkelig-

gjort og som en kasteball i systemet. Andre tar opp at selve Nav-systemet er tilpasset ressurssterke grupper, og ikke de som trenger mest hjelp. Flere av informantene har hatt hyppige skifter av saksbehandlere, og gått på gjentatte tiltak de har opplevd som meningsløse.

Også på dette området er det vanskelig å skille ut hva som er opplevelser av stigma og diskriminering knyttet til informantenes rusavhengighet, og hva som er mer overordnede opplevelser av et mangelfullt hjelpetilbud. Enkelte forteller imidlertid mer direkte at de har blitt møtt med fordommer fra saksbehandlere og ansatte i Nav:

» «På Nav var det en saksbehandler som sa til meg: Du kan ikke få jobb, for du er jo narkoman.»

– Kvinne 33 år

Fengsel

Som nevnt tidligere, har rundt halvparten av informantene vært i fengsel for ulike former for kriminalitet. Det er ulike erfaringer blant informantene om hvordan fengselsoppholdene har vært. En av informantene forteller at han har opplevd veldig forskjellige holdninger til rusavhengigheten hans innad i samme fengsel.

» «På den ene avdelingen ble jeg stemplet som en bråkmaker, og det medførte at jeg hadde masse cellerazziaer og følte jeg ble krenket. Jeg følte meg som en belastning for systemet når de måtte låse meg ut om morgenen for å følge meg til medisinalutdeling. Det ble [frem-

stilt] som et kjempeinngrep i deres arbeidshverdag.»

– Mann, 42 år

Krisesenter

To av de kvinnelige informantene forteller at de tidligere har vært i forhold hvor de har blitt utsatt for gjentatt vold og overgrep fra partner. Den ene informanten oppsøkte aldri hjelp mens voldshendelsene pågikk, og har derfor heller ingen erfaringer knyttet til hvordan dette har blitt håndtert av hjelpeapparatet. Den andre informanten har oppsøkt beskyttelse for vold ved to ulike anledninger. I det ene tilfellet fikk hun hjelp til å komme seg ut av forholdet, og hun fikk voldsalarm. I det andre tilfellet forteller hun at hun oppsøkte beskyttelse fra den voldelige ektemannen sin på det lokale krisesenteret, men endte opp med å bli avvist. Hun mener avvissingen skjedde fordi hun var rusavhengig.

» «Jeg [fikk] ikke lov å komme på krisesenteret fordi jeg var rusmisbruker. [Og] da brukte jeg ikke amfetamin, da brukte jeg bare en Temgesic (smertelindrende tablett) om dagen. Men de ville ikke ha meg der.»

– Kvinne, 55 år

Informanten forteller at avslaget fikk store negative konsekvenser for henne. I etterkant av hendelsen mistet hun kontroll på rusbruken, noe som førte til at hun ble fratatt omsorgsansvaret for barna sine. Hun mener livet hennes hadde sett veldig annerledes ut om hun hadde fått beskyttelse på krisesenteret: «Da hadde jeg klart å ta tak i [livet], da

hadde jeg følt meg beskytta. Men det ble ikke noe av det.»

Arbeidsliv

Selv om de færreste av informantene var på jobb på intervjudtidspunktet, har mange tidligere i livet hatt en tilknytning til arbeidslivet. Flere har brukt lang tid på å fortelle arbeidsgiver om sine rusproblemer fordi de har kjent på skam, og har først åpnet seg når problemene har blitt omfattende.

Det varierer hvordan informantene forteller at de har blitt tatt imot etter nåværende eller tidligere rusbruk har blitt kjent. Der noen har blitt møtt med forståelse, har andre møtt skepsis og fordommer. En av informantene forteller om en gang han opplevde at «fortiden innhentet han», etter at han var blitt rusfri og hadde fått jobb i en barnehage. Etter å ha jobbet i barnehagen i flere år, ble arbeidsgiver kjent med at han hadde en fortid med rus. Han opplevde at rushistorikken hans ble gjort til en stor sak av arbeidsgiver.

» «Jeg ble uglesett og noen av foreldrene ble blandet inn. Da var det samtale med behandlingsinstitusjonen jeg hadde vært i en gang i uken med arbeidsgiver. Det var veldig vanskelig å jobbe der etter det. Jeg ble kjempestigmatisert og satt et stempel på og var veldig mistenkelig gjort.»

– Mann, 42 år

Etter en stund fikk han en avtale med ledelsen om å overføres til en annen barnehage. Han sa opp den gamle jobben og signerte

en ny arbeidsavtale. Før han begynte i jobben opplevde han imidlertid at avtalen ble annullert og han stod uten jobb og inntekt.

Barnevern

Flere av informantene har hatt mye kontakt med barnevernet opp gjennom årene. Noen har vært i kontakt med barnevernet i løpet av egen oppvekst, på grunn av vanskelige forhold i familien. Enkelte mener barnevernet ikke ga dem hjelpen de trengte i oppveksten til å håndtere egne utfordringer og rusproblemer.

En del informanter har også hatt kontakt med barnevernet i voksen alder, knyttet til egne barn. Mange av disse har opplevd å miste omsorgsansvaret på grunn av egen rusbruk. Selv om dette gjennomgående beskrives som en dypt traumatisk opplevelse, er det stort sett forståelse blant informantene for at de har måttet bli fratatt omsorgen for egne barn i en periode av livet hvor rusbruken har vært ute av kontroll.

Også innenfor dette området er det en glidende overgang mellom stigma- og diskrimineringsopplevelser og en mer generell opplevelse av et mangelfullt hjelpetilbud. Stigmaopplevelser kommer tydeligst frem i tilknytting til samvær med informantens biologiske barn. Enkelte informanter mener at barnevernet har en overdreven skepsis til samvær, fordi alle utfordringer de har tilskrives rusavhengigheten deres:

” «Hvis jeg er trøtt og sliten en dag, da har jeg ruset meg liksom. Det er så kjipt å møte det. Ja, greit jeg har vært rusmisbruker lenge, men bare fordi jeg er sliten en dag betyr ikke det at jeg er påvirket.»
– Kvinne, 33 år

Konsekvenser av stigma- og diskrimineringsopplevelser

Informantene forteller at deres stigma- og diskrimineringsopplevelser har hatt en rekke ulike negative konsekvenser for dem. Særlig tre konsekvenser går igjen i informantens historier:

1. forverring av psykisk og somatisk helse-tilstand
2. reduksjon i hjelpesøkende atferd
3. økt rusbruk, kriminalitet og utenforskap

I samfunnsvitenskapelig forskning er det utfordrende å identifisere klare årsakssammenhenger. Det gjelder også her. Også andre faktorer som ikke nødvendigvis er direkte knyttet til opplevelser av stigma og diskriminering vil i flere tilfeller sannsynligvis ha bidratt til disse forholdene, som psykisk uhelse, levekårsutfordringer og traumatiske livshendelser. Som i resten av kapitlet, presenteres funnene slik de fremstår sett fra informantens eget perspektiv. Flere av konsekvensene som omtales av informantene, stemmer imidlertid godt overens med eksisterende stigmaforskning.⁷⁵

⁷⁵ Se kap. 2.

Forverring av psykisk og somatisk helsetilstand

Informantene forteller at ulike opplevelser de har hatt av stigma og diskriminering har gått negativt ut over deres psykiske helse. Det fortelles blant annet om følelser som håpløshet, isolasjon, ensomhet, angst, stress og søvnproblemer i etterkant av mange av de ovennevnte opplevelsene. Flere sier de har utviklet diagnoser som PTSD eller depresjon etter stigmatiserende hendelser, eller at eksisterende psykiske plager har blitt forverret.

Som nevnt tidligere preges mange av informantene av selvstigmatisering. Flere av informantene har sterke negative følelser knyttet til sin egen avhengighet, og kjenner på følelser av skam og mindreverdighet. Noen knytter dette til konkrete opplevelser de selv har hatt, mens andre knytter skammen til samfunnets holdninger og behandling av rusavhengige.

» «Det er ingen som har lyst til å være heroinist. Det skal jeg love deg. Og når folk ser ned på heroinister får jeg så vondt, fordi jeg husker en gang var jeg en av de som tenkte: «Dit skal jeg aldri, ser halvdød ut». Og så ble jeg heroinist selv. Det er utrolig tungt og vondt.»
– Kvinne, 33 år

Det er også en gjennomgående opplevelse blant flere av informantene om at eksisterende somatiske og psykiske helseplager har blitt forverret som en konsekvens av stigma og diskriminering. I noen tilfeller knytter informantene dette til at de slutter eller utsetter å oppsøke hjelp, eller ender

opp med å falle tilbake til rusbruk, kriminalitet og utenforskap (se under). I andre tilfeller fremstilles forverring i egen helsetilstand som en direkte konsekvens av opplevd diskriminering, særlig i helsevesenet. Noen forteller at de som en konsekvens av avvising har levd lenge med alvorlige helseplager uten å motta behandling. En av informantene mener at mangelfullt rehabiliteringstilbud etter et sykehusopphold bidro til å at hun i dag sitter i rullestol:

» «Hadde jeg ikke vært på kjøret, hadde jeg fått en annen opptrening og gått på beina i dag antakeligvis.»
– Kvinne, 53 år

Reduksjon i hjelpesøkende atferd

Flere av informantene forteller også at de har blitt mer skeptiske til å oppsøke hjelp eller være åpen om sine problemer, etter å ha blitt møtt med fordommer gjentatte ganger. Flere unngår eller utsetter å ta kontakt med helsevesenet og andre deler av hjelpeapparatet fordi de er redde for å bli utsatt for lignende hendelser igjen.

» «Det er de negative episodene som henger igjen. Jeg forventer å bli avvist, og det gjør at jeg bruker lang tid på å oppsøke hjelp eller bare dropper det. Jeg sliter veldig med avvisinger, det er litt av problemet mitt.»
– Mann, 38 år

Som sitatet over illustrerer, har informantene en tydelig forventning om å bli stigmatisert og nedvurdert av offentlige tjenester. Dette gjelder mange av informantene. Flere av

informantene har av ulike grunner også utviklet en grunnleggende mistillit til offentlige tjenester, og har derfor hatt lange perioder av livet hvor de har vegret seg for å oppsøke hjelp. Noen av informantene har i stedet oppsøkt private tjenester og lavterskeltilbud, som de opplever som mindre dømmende.

Informantene har utviklet ulike atferdsstrategier for å håndtere møter med offentlige tjenester. Noen har et unnvikende atferdsmønster, hvor de lar være å oppsøke tjenester og minimerer seg selv. Andre møter systemet med en mer konfrontende atferd, fordi de opplever at de må forsvare seg i møte med et system som ikke har tillit til dem.

» «Jeg er full av livserfaring, mye motstand. Jeg har blitt litt militant av dette her da. Jeg har vært under press i mange år.»
– Mann, 47 år

Flere av informantene har etter hvert klart å oppsøke hjelp i større grad igjen. Noen har erfart at det er best å være åpen og ha en samarbeidsvillig atferd, fordi de har opplevd at dette er det som skaper mest tillit tilbake. Flere tar også med seg folk de stoler på som en støtte i møter med hjelpeapparatet. Enkelte informanter kombinerer disse strategiene i ulike sammenhenger.

Økt rusbruk, kriminalitet og utenforskap

Mange av informantene forteller at de har tydd til økt rusbruk etter de har blitt møtt med fordommer og avvisning, som en måte

å håndtere vonde og vanskelige følelser. Flere forteller også at avvisning i helsevesenet har gjort at de har blitt nødt til å oppsøke det illegale markedet for å få tilgang på medisinene de trenger.

Andre forteller om perioder hvor de har klart å komme seg ut av rusen og fått et stabilt liv, for deretter å falle tilbake til rusbruk, kriminalitet og utenforskap etter å ha blitt møtt med fordommer. Et eksempel på dette, er den ovennevnte informanten som mistet jobben etter at arbeidsgiver oppdaget at han hadde en fortid med rusbruk:

» «Det førte med seg fengselsstraff og mye kriminalitet etterpå. Jeg var kjempedestruktiv. Livet var veldig fint og godt og trygt, og så over natta var det to bagger i hendene og på gata igjen. Da ble veien tilbake til rus veldig kort.»
– Mann, 42 år

Som sitatet illustrerer, kan én enkelt opplevelse av stigma eller diskriminering bidra til utenforskap på flere livsområder. Det er flere eksempler på dette blant informantene. Dette illustrerer at tilsynelatende små livshendelser kan få store negative konsekvenser for den enkelte.

4. Hva sier tjenestene og brukerorganisasjonene om stigma og diskriminering?

I etterkant av dybdeintervjuene ble det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer: Et med representanter fra ulike brukerorganisasjoner, et med politiansatte og et med helsepersonell. Bakgrunnen for at disse tjenesteområdene ble plukket ut, var både kapasitetshensyn og at dette var områdene som kom mest opp i intervjuene.

Formålet med fokusgruppene var å utfylle og kontekstualisere de personlige historiene fra dybdeintervjuene, og innhente kunnskap om hva som kan tenkes å ligge bak opplevelser av stigma og diskriminering.

Som i dybdeintervjuene, reflekterer perspektivene som kommer frem her deltakernes subjektive synspunkter og opplevelser.

Brukerorganisasjoner: Generalisering, straffepolitikk og kulturell forankring

Fokusgruppen med brukerorganisasjonene besto av fire personer fra ulike medlemsorganisasjoner som representerer personer med rusavhengighet. Samtalen med organisasjonene reflekterer i stor grad funnene i

dybdeintervjuene, og deltakerne kjenner seg også godt igjen i flere av funnene. En rød tråd i mye av det som kom opp i fokusgruppen, var at deltakerne mener at personer med rusavhengighet konsekvent blir behandlet på bakgrunn av gruppetilhørighet av offentlige tjenester. Ifølge deltakerne er det en gjennomgående holdning i samfunnet at rusavhengige er farlige, lyver, har skyld i egen avhengighet og mangler evner. Dette reflekteres ifølge fokusgruppen i hvordan man blir møtt av offentlige tjenester, som helsevesenet, politiet, og Nav:

» «Det er en mangel på tro at du har hjerneceller, rett og slett. «Herregud, kan du knyte skoene dine selv? Wow!». Og både før du skal inn i behandling, eller om du

trenger behandling, eller du får behandling, i Nav-systemet, jeg mener det er gjennomsyret av en mangel på tro på at du kan få til ting. Og at det også ofte legger føringer for hvilken behandling du blir tilbudt eller blir anbefalt å ta.»

Eksempler på opplevd stigma og diskriminering

I samtalen kom det opp flere konkrete eksempler på det deltakerne opplever som stigmatisering og diskriminering av rusavhengige i møte med offentlige tjenester.

Deltakerne mener rusavhengige ofte møter negative holdninger og får dårligere helsehjelp enn andre pasientgrupper, for eksempel når det gjelder medisiner, smertelindring og tannbehandling.

Flere opplever at det ofte er et krav eller en forventning i behandlingsapparatet om at man må være rusfri for å få helsehjelp, og at dette fører til at rusavhengige i flere tilfeller blir avvist av helsetjenestene og hindrer hjelpesøkende atferd. For eksempel pekes det på at mange rusavhengige ikke får utredning og behandling for psykiske helseproblemer, på tross av den tette sammenhengen som ofte finnes mellom rus og psykisk helse. Dette oppleves av deltakerne som en form for diskriminering av rusavhengige i psykisk helsevern. Ifølge nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, skal pasientene behand-

les for begge lidelsene.⁷⁶ Her mener fokusgruppedeltakerne det er et gap mellom regelverk og praksis. En av deltakerne formulerer det slik:

» «Jeg tror det er det største problemet, fordi rusutfordringer [er] et tegn på at du har psykiske helseutfordringer. Men da skal du inn i rusbehandling og slutte og ruse deg og det er liksom svaret på alt, i stedet for å gå inn i de bakenforliggende problemene. Det gjør at tusenvis av mennesker går udiagnostisert og uten en behandling og med store rusutfordringer.»

Et annet eksempel som trekkes frem, er at man ofte mister førerkortet om man oppsøker døgnbehandling for rusavhengighet. Dette er hjemlet i førerkortforskriften § 36, som stiller helsekrav til førerkort ved gjen tatt eller vedvarende bruk av illegale rusmidler. Ifølge Helsedirektoratets førerkortveileder vil helsekravet som regel ikke være oppfylt ved innleggelse i rusinstitusjon.⁷⁷ Veilederen sier samtidig at det må gjøres en «helhetlig og skjønnsmessig vurdering av om helsekravet er oppfylt», ut ifra blant annet sykehistorie, medisinske undersøkelser, skadehistorikk og informasjon fra pasienten. Ifølge brukerorganisasjonene er praksis imidlertid at man ofte automatisk mister førerkortet om man oppsøker rusbehandling, uten en konkret individuell vurdering:

⁷⁶ Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (2012, oppdatert 2022).

⁷⁷ Helsedirektoratet, *Førerkortveileder, Veileder til lov og forskrift* (2020, oppdatert 2023), pkt. 14.

» «Det der er sånt diagnoserelatert dritt, at fordi du har den diagnosen ryker lappen. Det er helt feil måte å tenke på. [Du] kan ikke se på det på den måten, fordi det er faktisk ikke det samme som å ha en hjertetilstand som gjør at du når som helst kan få et illebefinnende og kjøre av veien. Det er ikke sånn at bare fordi du bruker et rusmiddel så må du gjøre det hele tiden, inkludert også når du sitter bak rattet.»

En av deltakerne mener at selve måten hjelpeapparatet er organisert på, ofte bidrar til forskjellsbehandling av rusavhengige. Dette kalles gjerne for strukturell diskriminering, altså at diskriminerende effekter kan være innebygget i institusjoner og overordnede strukturer. Deltakeren mener at særlig kvinner og personer med minoritetsbakgrunn med rusbakgrunn ofte utestenges enda mer i møte med systemet det, og at dette fører til en form for dobbelt stigma. Hun trekker frem Nav-systemet som et eksempel:

» «[Nav] er rigget for folk som er på innsiden, rigget for folk som får det til. Og i møte med det, når du er helt på utsiden fra før og skal klare å navigere deg inn i det. Det er en massiv forskjellsbehandling der, bare i utgangspunktet den personen har for å klare seg i sånne systemer. Og det er en fullstendig avmakt. Vi har ingenting å stille opp med i møte med det systemet.»

Også når det gjelder politiets behandling av rusavhengige kommer det frem flere eksem-

pler. En av deltakerne opplever at måten politiet forholder seg til de åpne rusmiljøene ofte bidrar til stigmatisering:

» «Vi var i et møte med politiet i [en by], som ikke ønsker å gå ut av bilen og ivareta gruppen på [et åpent rusmiljø] fordi de ikke ønsker å lage «koseklubb». Fordi det ville tiltrekke folk til miljøet at de gikk der og var hyggelige for eksempel. Så de sitter i bilene og tar bilder. Går ikke ut og snakker med folk.»

Flere av deltakerne er også opptatt av det de opplever som politiets manglende beskyttelse mot vold, trusler og kriminalitet innad i rusmiljøene. Dette går ifølge deltakerne utover rettssikkerheten til de som oppholder seg i slike miljøer. En av deltakerne mener dette har forverret seg den senere tiden:

» «Etter å ha jagd dem i femti år, så har [politiet] egentlig begynt å gå bort fra disse miljøene. Flere steder sier de at der hvor det er tunge rusavhengige skal ikke vi være. Men det ønsker vi at de skal, de skal komme tilbake og si «heretter skal vi beskytte dere». Fordi de er mye mer utsatt for kriminalitet, overgrep, trusler og vold enn noen annen gruppe i vårt samfunn.»

En annen deltaker opplever at rusavhengige har et dårligere krisesentertilbud enn andre voldsutsatte, og at dette svekker gruppens beskyttelse fra vold og overgrep:

» «Hvis man er rusavhengig og kommer til krisesenter får man ikke tilgang på stoff eller alkohol der, fordi man skal behandles. Men krisesenter er ikke behandling, det er beskyttelse. Da går man heller ut derfra og blir igjen utsatt for vold.»

Noe annet som trekkes frem i fokusgruppen, er det som oppleves som uverdige og stigmatiserende botilbud. En av deltakerne nevner et nylig dødsfall i en kommunal bolig, hvor vedkommende lå en uke før det ble oppdaget at hun var død. Dette på tross av fulldøgns bemanning i botiltaket. Deltakeren opplever også kommunens midlertidige botilbud for rusavhengige som stigmatiserende:

» «Politiet driver med muntlig ransakingsvedtak, uansett på døgnet. Og da er det ikke nødvendigvis [sånn at de tar] hensyn til lovbruddets alvorlighetsgrad. Det er samtaler mellom glassruter, det er to stykk som alltid må gå sammen til et sted, det er begrensninger i når du kan få vasket tøyet ditt. Og hvis du uteblir fra de midlertidige botilbudene i tre døgn, så blir du kastet ut. Vi har også eksempler på akuttseger, hvor folk ikke får komme inn.»

Skam og selvstigmatisering omtales gjennomgående som en konsekvens av fordommer og avvising. Det blir pekt på at selvstigmatisering særlig rammer kvinner, minoritetspersoner, sexarbeidere og folk med lav sosioøkonomisk bakgrunn. En av deltakerne formulerer det slik:

» «Vi sitter og tenker «Hva gjør jeg her, med disse folka? Jeg er jo ikke i nærheten av like mye verdt. Jeg kan jo ikke i nærheten av det samme». Alle snakker mye om det. Jeg tror det er mye sterkere hos oss, nettopp av den grunn at vi har blitt gjort små av andre.»

Mulige årsaker

Deltakerne knytter i stor grad stigmatisering og diskriminering av rusavhengige til den overordnede politikken som føres overfor gruppen. Flere av deltakerne mener forbuds- og straffepolitikken på narkotikafeltet bidrar til stigmatisering på flere måter: Både direkte gjennom måten man blir møtt av straffeapparatet, og ved at holdninger om rusavhengige som kriminelle forplanter seg inn i helsevesenet:

» «Jeg mener det er forbuds- og straffepolitikken som er årsaken. Vi blir forstått som kriminelle. De demoniserer substanser som folk bruker, og så blir folkene som bruker dem demonisert. Og så gjenspeiler dette seg inn i helsevesenet, at vi blir forstått som kriminelle, løgnere, [at vi] ikke har kontroll på oss selv, ikke har respekt for lover og regler.»

Manglende kunnskap om rusavhengighet trekkes også frem av flere. På den ene siden mener flere at negative holdninger ofte kan komme fra manglende kunnskap om de psykiske plagene som ligger bak avhengighet. På den andre siden kan oversykliggjøring av rusavhengige ifølge fokusgruppen også bidra til negative holdninger og dårlig behandling:

» «Når man ikke kriminaliseres, så patologiseres rusbruken. Så enten er du kriminell eller så er du syk, enten så er det straff eller så er det hjelp. Man skal alltid gjøre et eller annet for å kontrollere disse folkene.»

Flere av deltakerne mener at stigmatiserende holdninger mot rusavhengige har dype historiske og kulturelle røtter i det norske samfunnet:

» «[Det handler om] kulturell forankring av stigma. Sånn har det alltid vært snakket om [oss]. Vi skal ikke lenger enn tilbake til 80-tallet [det ble foreslått at vi] skulle sendes til Bjørnøya eller hva det var. Vi fikk pasientrettigheter i 2004. Og da var det opioidavhengige. De med amfetaminavhengighet og benzoutfordringer har det jo ikke. Så vi ligger langt bakpå. Jeg tror dette er nedfelt kulturelt. Som om vi er løse kanoner på alle områder.»

Medias fremstilling av rusavhengige trekkes frem av fokusgruppedeltakerne som en driver for at disse holdningene videreføres:

» «Hver gang jeg [uttaler meg i media er det et bilde av en] skitten hånd med sår, og en gate med masse søppel i bakgrunnen og en sprøyte. Det er typisk. Den der sosialpornografien eksisterer fortsatt på store deler av feltet. Man lager et bilde til samfunnet at «sånn er de rusavhengige».»

Tiltak mot opplevd stigma og diskriminering

På spørsmål om hva som kan bidra til å hindre at rusavhengige opplever stigma og diskriminering, kommer flere forslag til løsninger opp: Økt brukermedvirkning, større vektlegging av individuelle vurderinger, økt skjønn til helsepersonell, å slutte å reagere på rusbruk med straff, endring i hvordan media omtaler rusavhengighet, og økt kunnskap i utdanningene.

En av deltakerne anerkjenner samtidig at utfordringene brukerorganisasjonene tar opp er kompliserte, og at det ikke finnes noen enkle og åpenbare løsninger:

» «Noen av de temaene vi tar opp er vanskelige. Så hvis man skal komme med noen anbefalinger, så er det jo ikke bare [å] gi dem som har vært heroinavhengig i 20 år den benzoen og morfinen de vil. De kan jo ikke det heller. Jeg tror man for å få til noe, må finne noen tredje veier. Ikke noe «enten-eller», likestill oss eller fortsett å diskriminer.»

Flere av deltakerne mener også at økt søkelys på at rusavhengige har menneskerettigheter som alle andre kan bidra til å menneskeliggjøre dem som gruppe:

» «Vi må faktisk begynne å anvende universelle ting, sånn som menneskerettigheter. Jeg tror det er det som kommer til å føre til en normalisering av disse menneskene. Jeg har veldig lyst til at vi skal bli sett på som individer.»

Helsepersonell: Ethiske dilemmaer, kunnskapsmangel og ulik virkelighetsforståelse

Fokusgruppen med helsepersonell besto av tre personer som jobber på ulike nivåer i helsevesenet: En lege med erfaring som fastlege og innen rusbehandling, en hjertespesialist og en ansatt i et lavterskeltilbud for rusavhengige. I tillegg ble det gjennomført et separat intervju med en psykiater i etterkant. Når det vises til «fokusgruppen» i resten av dette delkapittelet, omfatter det alle fire deltakere.

Flere av deltakerne i fokusgruppen opplever selv at helsepersonell stort sett har en bevissthet om å behandle alle pasienter med respekt og menneskeverd. Samtidig er det også blant disse deltakerne en erkjennelse av at det finnes dårlige holdninger til rusavhengige blant helsepersonell, og at det er rom for forbedringer i mange av pasientmøtene. Særlig den ene deltakeren kjenner seg godt igjen i gjengivelsen av informantenes historier:

» «Alt dette er gjenkjennbart. Jeg kjenner igjen alt som du forteller om. Vi ser hvor komplisert dette feltet er, både for pasienter og behandlere.»

I løpet av fokusgruppen dukker det opp flere synspunkter på hva deltakerne selv mener kan ligge bak rusavhengiges stigma- og diskrimineringsopplevelser i møte med helsevesenet:

Ethiske dilemmaer og medisinsk forsvarlighet

Flere av fokusgruppedeltakerne opplever behandlingen av en del pasienter med rusavhengighet som krevende, fordi det ifølge deltakerne ofte dukker opp krevende etiske dilemmaer knyttet til medisinsk forsvarlighet.

» «Det går ikke an å ta bort etiske perspektiver og refleksjoner fra det å prate om rettigheter. Det gjør det også vanskelig.»

Et dilemma som tas opp er håndteringen av pasienter med rusavhengighet som ikke etterlever legens råd for behandlingsforløpet. Noen av deltakerne har erfart at en del pasienter med rusavhengighet ikke tar medisiner i rett dose eller hyppighet, kombinerer medisinene med andre rusmidler, eller ikke møter opp på timer. Ifølge deltakerne må helsepersonell i slike tilfeller balansere pasientens behov for medisinsk behandling med risikoen for at behandlingen kan ende opp med å skade pasienten. En av deltakerne opplever slike vurderinger som krevende, fordi det i noen tilfeller kan føre til at behandlingen må begrenses:

» «Jeg har et veldig bevisst forhold til at det [å ha en rusavhengighet] ikke skal være et eksklusjonskriterium for god behandling. Det må ligge helt solid forankra. Men når vi snakker om behandling, ofte store operasjoner, da kommer disse forholdene til overflaten. Da begynner veldig mange, og med rette, å bli bekymra. Og da må dette med rusmisbruk regnes inn som en komorbidi-

tet. Er det her en person som kan tåle denne typen behandling? Det synes jeg er forferdelig vanskelig.»⁷⁸

Flere av deltakerne opplever at det særlig dukker opp etiske problemstillinger i behandlingen når det gjelder medisiner av pasienter med rusavhengighet. En deltaker mener at helsepersonell ofte er redd for å bli «lurt» av pasienten, for eksempel ved utskrivning av tunge medisiner til smertelindring. En annen mener at det i slike sammenhenger dukker opp krevende problemstillinger knyttet til hvor stor grad av risiko man skal akseptere som helsepersonell:

» «Med en gang man [gir] medisiner, så følger det med et ansvar for at det skal gå bra. Hvordan skal man balansere hvor mye risiko den enkelte behandler skal ta på vegne av en pasient? Kjempevanskelig. Jeg har ikke et fasitsvar på det.»

En av deltakerne, som jobber ved et privat lavterskeltilbud, forteller at hennes arbeidsplass har en mindre restriktiv tilnærming til medisiner av rusavhengige, og at de bruker medisiner som en inngang til å skape tillit til pasienten. Hun understreker samtidig at det krever tett oppfølging, slik hun ser det:

» «Vi bestreber å gi pasientene de medisinene de ønsker. Vi bruker medisinen

som en metode inn for å skape relasjon. Men det fordrer jo at vi er tett på.»

En av deltakerne, en psykiater, forteller om en episode hvor han opplevde å bli møtt med skepsis fra annet helsepersonell i behandlingen av en pasient med tung medikamentavhengighet. Han skrev ut forholdsvis høye doser vanedannende medisiner til pasienten fordi han mente det var nødvendig, og lagde en nedtrappingsplan som han kombinerte med terapi og tett oppfølging. Han opplevde at behandlingen fungerte, og at pasienten kom stadig mer ut av avhengigheten og inn i et stabilt liv. Etter en krise oppsøkte pasienten legevakten, hvor han opplevde å bli møtt med skepsis og nedlatende holdninger fra legen. I etterkant av hendelsen ble psykiateren klaget inn for helsemyndighetene for uforsvarlig medikamentforeskrivning, og måtte vente på avklaring i saken i et halvt år. Saken fikk ingen konsekvenser for psykiateren, men han opplevde det hele som svært belastende:

» «I ettertid sa jeg til kollegaene mine at jeg skal aldri gjøre dette igjen. For det var så vondt og vanskelig å få en sann type mistenksomhet på seg. Og da tenkte jeg også at hvis jeg opplever dette, så må pasientene oppleve litt av det samme. Mye verre, egentlig. Så du kan bli smitta selv når du prøver å hjelpe folk, av samme type stigmatisering.»

⁷⁸ «Komorbiditet» er et begrep som beskriver samtidig forekomst av flere ulike sykdommer hos samme person. Se Store norske leksikon, *Komorbiditet*, 14.12.2023.

Kunnskapsmangel og språkbruk

Flere opplever også at det er mangel på kunnskap om rusavhengighet i behandlingsapparatet, og at dette kan føre til dårlige pasientmøter:

» «En del handler nok om ukunnskap og redsel og usikkerhet i behandlingsapparatet. Da er det enklere å ikke gjøre noen ting.»

En deltaker mener at det blant en del helsepersonell er behov for mer kunnskap om rusens funksjon som en måte å regulere egne følelser, tanker og handlinger. En annen mener at selv om helsepersonell på overordnet nivå har høy grad av bevissthet om hva som ligger bak rusavhengighet, er det ikke nødvendigvis sånn at dette oversettes til de konkrete pasientmøtene:

» «Vi er alle enige om det, men vi er enige om det på et systemnivå. Ofte er du ikke riktig så klar på det når det er den pasienten som sitter foran deg. Det er ikke noen tvil på et overordnet nivå at det er vanskelige hendelser som gir rusavhengighet, men akkurat når det gjelder den spesifikke personen så vet jeg ikke om alle er like bevisst på det.»

Deltakeren som er psykiater, opplever det som en utfordring at helsepersonell har en veldig forskjellig sykdomsforståelse av rus og avhengighet. Der noen er opptatt av skadelige effekter og abstinenser, er andre ifølge deltakeren opptatt av individuell atferd og atter andre av underliggende psykiske plager som fører til rusbruken. Han

opplever at helsevesenet mangler en erkjennelse av rusavhengighet som en sammensatt sykdom, og at stigma både kan komme av under- og oversykeliggjøring.

» «Jeg tror det er viktig å ha to tanker i hodet samtidig. Hvis du bare sier at noen er syk, har vedkommende ingen ansvar. Jeg tror også stigmatisering kan være at du ikke ser ressursene til et menneske med rus- og avhengighetslidelse. Syns synd på han og infantiliserer han, og så videre. Det er ekstremt viktig å behandle disse pasientene individuelt, og tenke at det finnes ressurser.»

Han mener også at språket som brukes om rusavhengige i offentlige tjenester bidrar til å skape og videreføre stigmatisering og forståelsen av rusavhengige:

» «Det brukes ofte et unyansert språk, og det er også med på å skape en virkelighet. Alle kan kalles for «rusmisbrukere». Det er stigmatiserende i seg selv, jeg bruker aldri det ordet. Det er svært omfattende i alle typer hjelpeapparat. Jeg har for eksempel sett dokumenter fra spesialister i Nav hvor det er brukt språk som jeg ville sagt er svært kritikkverdige å bruke om et medmenneske med en helseutfordring. Det er utbredt å bruke et språk som er med på å stigmatisere.»

Virkelighetsforståelse og kommunikasjon

Flere av deltakerne opplever også at helsepersonell og pasienter med rusavhengighet kan ha helt ulike virkelighetsforståelser i et

behandlingsløp. Helsepersonell kan ifølge deltakerne være opptatt av medisinsk forsvarlighet, og ha en manglende forståelse for den enkeltes livssituasjon og alt det vanskelige som ligger bak rusen. Rusavhengige pasienter kan ifølge deltakerne på sin side være opptatt av å få behandling for fysiske og psykiske plager, og legge mindre vekt på de medisinske vurderingene som ligger bak. Noen av deltakerne opplever at dette kan bidra til konflikt, og føre til at pasient og helsepersonell sitter igjen med to helt ulike forståelser etter en konsultasjon.

» «Det er en mismatch i forståelse av hverandres virkelighet. Og det går jo begge veier.»

En av deltakerne tar opp at opplevelser av stigma slik han ser det både har en subjektiv og en objektiv dimensjon: På den ene siden er det nok ifølge deltakeren flere rusavhengige som opplever å faktisk bli stigmatisert i helsevesenet. På den andre siden tror han også mange pasienter føler på mye skam og at dette kan føre med seg en forventning av å bli stigmatisert:

» «Det å være rusavhengig er også en subjektiv sårbarhet. Det er noe pasientene vet at de er. Det gjelder alle tilstander som er stigmatiserende. Det er noe du bærer med deg, og du får veldig fort en oppfattelse av at systemet begrenses rundt deg på grunn av at du er rusavhengig.»

En av fokusgruppedeltakerne opplever at mange pasienter med rusavhengighet har

lav tillit til helsevesenet, delvis på grunn av tidligere negative erfaringer. Hun mener dette kan forme hvordan man som pasient går inn i møter med helsevesenet og dermed også hvilke reaksjoner man får tilbake:

» «Jeg oppfatter at mange av disse pasientene har mistillit så grunnleggende i sin konstitusjon. Så argumentasjonen og språket blir deretter. Frykt trumfer gode opplevelser. Så det sitter så grunnleggende i, så man reagerer kanskje på en måte som ikke er adekvat noen ganger.»

En annen tar opp at helsepersonell er forpliktet til å følge gjeldende lover, regler og retningslinjer i helsevesenet. Han opplever at dette av og til kan være vanskelig å kommunisere til pasienten:

» «Behandler representerer de nasjonale helsemyndighetenes retningslinjer, som vi er forpliktet til å følge. Det er ikke sånn at vi kan si «Nei, men det blåser vi i.» Og så skal det finnes mulighet til å vurdere individuelt, men da skal det begrunnes og dokumenteres ekstra godt.»

Samtidig er det også en opplevelse i fokusgruppen av at mange rusavhengige pasienters risikovilje i et behandlingsløp er høyere enn risikoviljen som helsepersonell er villige til å ta.

» «Det er noe med de brillene man forstår risiko med da, for mange av disse men-

neskene lever jo på død og liv hele tiden. De ser risiko med litt andre briller.»

Tid og ressurser

Flere av deltakerne mener også at respektfull behandling krever at helsepersonell tar seg tid til å lytte til pasienten, gi tett oppfølging og forklare egne vurderinger. Dette gjelder ifølge fokusgruppedeltakerne for alle pasienter, men kanskje særlig for pasienter med rusavhengighet. En mener dette særlig er viktig der man som helsepersonell konkluderer med at det ikke er behov for en viss type behandling:

» «Respekt betyr også å ta seg tid. Å se «Har vi forstått hverandre?», «Kan jeg forklare hvorfor jeg tenker at dette ikke går?» Det samme har jeg opplevd på fastlegekontoret. Det tar ikke tid å skrive ut en resept antibiotika til en toåring når mamma lurer på om det er farlig. Det tar tid [når man må] forklare hvorfor man ikke trenger antibiotika.»

Dette er ifølge deltakerne tid som helsepersonell ofte ikke har. En av deltakerne opplever at særlig somatikken er stadig mer presset på tid og bemanning, og at dette kan gå negativt utover møtene med pasientene:

» «En stresset lege er ofte mer utsatt for å gjøre feil, og si ting som kan være vondt for pasienten å høre, eller oppleves som avvisende og krenkende. Og somatikken er ganske pressa.»

Tiltak mot opplevd stigma og diskriminering

Deltakerne trekker frem flere grep de mener kan redusere opplevelsen av stigma og diskriminering og bidra til mer likeverdig behandling av pasienter med rusavhengighet. Både holdningsendringer, økt kunnskap, og systemendringer omtales.

» «Vi må fortsette å jobbe med fordommer og øke kunnskap. Vi må behandle hver enkelt på en korrekt og forståelig måte, og du må bygge tillit. Det gjelder alle, men det gjelder denne gruppen enda mer.»

En av deltakerne mener praksisnær kunnskap kan bidra til å øke forståelsen for hvordan rusavhengige lever sine liv og hvilke utfordringer de møter på:

» «Jeg tenker at den kulturelle kunnskapen [er viktig]. Hvis du har jobba lavterskel, på et hospits. Å ha litt kunnskap om hvordan mange av disse menneskene lever sine liv. [Det] tenker jeg også kunne vært en hjelp inn i den forståelsen».

Et annet tiltak som nevnes, er tidlig innsats. En av deltakerne mener det trengs mer ressurser, bevissthet og fokus på å gi god hjelp til barn og unge med begynnende rusproblemer:

» «En nøkkel, som er min store kjepphest, er at vi må komme enda tidligere til. Det er en nobelpris på dette her, [som] har vist at jo tidligere du kommer til, jo billigere og mer effektiv blir innsatsen.»

Politi: Ressursmangel, politiets mandat og kommunikasjonsutfordringer

Fokusgruppen med representanter fra politiet besto av seks personer som har ulike roller i politiet, både utegående patrulje, forebygging og påtale. Deltakerne opplever at selv om dårlige holdninger til rusavhengige kan forekomme i politiet, er dette noe som ifølge fokusgruppen tilhører sjeldenhetene:

«Jeg tror det stemmer av og til. Det er noen i politiet som har dårlige holdninger, og det kommer det alltid til å være. Så noe av dette kan stemme, men jeg tror ikke det representerer hvordan holdningene er i politiet.»

Ifølge fokusgruppedeltakerne jobbes det systematisk med holdninger både i politiutdannelsen og ute i politidistriktene. De opplever også at det har skjedd mange positive endringer i politiets tilnærming til rusavhengige de senere årene.

I løpet av fokusgruppen dukker det opp flere synspunkter på hva deltakerne selv mener kan ligge bak rusavhengiges stigma- og diskrimineringsopplevelser i møte med politiet:

Manglende tid og ressurser

Deltakerne mener at politiets tilgang på ressurser påvirker i hvilken grad politiansatte evner å møte befolkningen på en tillitsvekkende måte. Dette gjelder ifølge fokusgruppen også politiets møter med rusavhengige.

Flere av deltakerne mener politiet er underbemannet. En deltaker opplever at dårlig bemanning og økende effektivitetskrav ofte går ut over det tillitsbyggende arbeidet, som er særlig viktig i møte med mennesker som er til fare for seg selv eller andre:

«Vi merker det på bemanning, at vi er dårlig bemanna. Og hvordan man presses på tid, at man skal være effektiv på oppdrag. Operasjonssentralen ønsker oss ledig da, og få oss ut igjen. Typisk der vi er inne som bistand til helsevesenet. Vi kan ikke bruke like mye tid alltid til å ha en god dialog og prøve å betrygge pasienten i de tilfellene på hvorfor vi er der.»

Deltakerne som jobber særlig opp mot åpne rusmiljøer, forteller at de så langt det lar seg gjøre prøver å ta seg god tid og forklare hvorfor en situasjon blir løst som den blir. Fordi politiet har begrenset tilgang på ressurser og et bredt mandat å oppfylle, er det ifølge deltakerne imidlertid ikke alltid at de har denne tiden. En av deltakerne tror dette kan bidra til at noen sitter igjen med en negativ opplevelse:

«Vi prøver å ta oss god tid, fordi vi er avhengige av å ha god dialog med mange av brukerne i de åpne rusmiljøene. Men ofte blir vi nødt til å avbryte en samtale og kjøre videre fordi det skjer noe rundt neste hushjørne som vi må prioritere. Og da er det ikke alltid vi har god tid til å forklare. Ofte må vi bare kjøre forbi i bilen og gi en kjapp kommentar om å fjerne sprøyta. Og det kan

jeg forstå at man opplever som stigmatiserende.»

Politiets mandat til å bekjempe kriminalitet og opprettholde ro og orden

Fokusgruppedeltakerne er særlig opptatt av å få frem politiets samfunnsmandat til å bekjempe kriminalitet og ivareta ro og orden. Ifølge deltakerne tar politiet kun kontakt med rusavhengige på gaten når de har en saklig grunn – som utagering, voldsbruk og åpenlys bruk av rusmidler. Flere har erfart at mange rusavhengige de møter på i sitt arbeid er mer involvert i kriminalitet og ordensforstyrrelser enn resten av befolkningen, og at dette innebærer at de vil komme i kontakt med politiet hyppigere enn andre.

» «Vi har et samfunnsmandat som politi. Vi skal sikre trygghet for befolkningen, blant annet. Og jeg skjønner at rusavhengige kan føle noen ganger at vi går etter dem, men så er det også en gruppe som ofte er involvert i ordensforstyrrelser og andre ting som vi må ta tak i. Fordi det handler om trygghet for resten av befolkningen også.»

Enkelte av deltakerne forteller at selv om de så langt som mulig forsøker å ta i bruk milde virkemidler i møte med folk som er ruspåvirket, er det i noen situasjoner nødvendig å bruke makt. Det er en generell oppfatning i fokusgruppen om at politiet ofte blir den «store, stygge ulven» som må inn med makt når helsevesenet og andre tjenester ikke når frem. En av deltakerne mener maktbruk ofte vil oppleves urettferdig for den enkelte, uavhengig av foranledningen:

» «Vi er et kontrollorgan. Vi skal være de kjipe, vi skal avslutte fester, vi skal inn i lommene på folk og ta den kniven. Og vi treffer på folk som stort sett gjør lovbrudd. Politiet har en provoserende oppgave, et voldsmonopol. Dette er ting som selvfølgelig vil provosere.»

Flere har et inntrykk av at en del rusavhengige misforstår politiets mandat, og som en konsekvens av dette feilaktig opplever at politiet er ute etter å «ta dem».

» «Mitt inntrykk er at det er en del rusmisbrukere som sitter igjen med et inntrykk av at vi er ute etter dem. Ute etter å ta dem og ta fra dem rusen. Det er ingen av oss som har noen vendetta mot rusmisbrukere eller vil være vanskelig, for vi vet jo at den sprøyta skal de ha uansett. Men så har vi en plikt til å handle også da, hvis vi finner ting. Jeg tror det er mange som kanskje har misforstått politiets jobb.»

Enkelte av deltakerne adresserer også politiets arbeid med å beskytte mot vold, overgrep og kriminalitet innad i de åpne rusmiljøene. Deltakerne er enige i at dette er viktig for politiet å prioritere, men opplever at det ofte er vanskelig å etterforske og innhente bevis i slike saker, både på stedet og i etterkant. Dermed ender sakene ifølge fokusgruppedeltakerne i mange tilfeller med henleggelse.

» «Mange av disse menneskene er fryktelig vanskelige å få tak i etterpå, fordi de er uten fast bopel, de svarer ikke politiet

eller vil ikke komme til avhør. Da har vi en bevisutfordring som ofte ender i at saken blir henlagt. Da kan det føles som at ranet av meg ikke ble tatt på alvor, men det er ikke det som er tilfellet. For uten beviser kommer vi ingen vei.»

Kommunikasjonsutfordringer

Fokusgruppedeltakerne opplever også at kommunikasjonen med folk i rusmiljøene i mange tilfeller er krevende, og at dette kan bidra til at den enkelte sitter igjen med en opplevelse av å ha blitt dårlig behandlet. Enkelte opplever at politiet og rusavhengige kan sitte igjen med en helt ulik virkelighetsforståelse i etterkant av en hendelse. Flere sier at de ofte møter på rusbrukere som ikke forstår eller ikke vil forstå politiets side av saken, for eksempel fordi de er ruspåvirket eller har slått seg vrang:

» «Vi forsøker i den grad det er mulig å forklare hvorfor politiet gjør som vi gjør. Og det er mange som er mottakelig og forstår, og andre som setter seg helt vrang og ikke ønsker å lytte til vår forklaring.»

Fokusgruppen mener at det ofte kan være vanskelig å forklare de kompliserte vurderingene som ligger bak politiets handlinger, og at de kan ha sin bakgrunn i ulike lover og hjemler:

» «En rusmisbruker vil kanskje ikke oppfatte forskjellen på at vi ransaker for å lete etter narkotika, da er vi i straffeprosessloven. Kontra at vi gjennomfører en sikkerhetsvisitasjon for å se at de ikke

har farlige våpen på seg, som er hjemlet i politiloven. Som ikke krever at de har gjort noe straffbart. De vil ikke kunne se forskjellen. De vil kun oppleve det som at vi går i lommene på dem hver gang vi møter dem.»

Noen av deltakerne mener også at politiets perspektiv sjelden kommer frem når enkelt-saker dukker opp i den offentlige debatten på tradisjonelle og sosiale medier. Noen knytter dette til politiets taushetsplikt og andre til det de opplever som en dårlig ytringskultur i politiet. Flere mener at dette bidrar til en ubalansert fremstilling, og at mange i rusmiljøene kan få et inntrykk av at situasjonen og holdningene i politiet er mye verre enn det i realiteten er.

» «Det er jo ikke så mange politibetjenter som er ute og ytrer seg i media, «ja, men jeg forstod dette oppdraget sånn og sånn». Det skjer jo ikke. Den offentlige debatten blir ofte veldig ensidig, fordi politiets perspektiv kommer veldig sjelden med.»

Tiltak mot opplevd stigma og diskriminering

På spørsmål om hva som kan bidra til å bedre situasjonen og redusere opplevelsen av stigma og diskriminering, kommer flere forslag til løsninger opp: Tettere samarbeid mellom ulike offentlige tjenester, mulighet for raskere tilbud om hjelp for rusavhengige, bedre virkemidler i det forebyggende arbeidet, mer ressurser, bedre opplæring og større synlighet fra politiet i den offentlige debatten.

Fokusgruppen er særlig opptatt av at det forebyggende arbeidet overfor unge må styrkes. De ønsker større mulighet for å jobbe med foreldre og skolene, og få tilbake virkemidler som urinprøver og ruskontrakter. Flere opplever at politiet og andre etater de siste årene har mistet det de anser som gode virkemidler for å gi hjelp til ungdom på vei inn i rus.

» «Jeg tenker at man kanskje har gått litt feil vei, som gjør at man kanskje kommer til å få igjen de historiene om at «jeg ble ikke sett da jeg var ung» eller «det var ingen som var der».

Deltakerne mener også at det er viktig å satse på økt kunnskapsheving internt i politiet om dialog med utsatte grupper. Det er en opplevelse blant flere om at mye har gått i rett retning på dette området de senere årene, som bør bygges videre på:

» «Jeg tror man må starte helt på bunn. Fra utdannelsen i Politihøgskolen, og der har det vært en ekstrem forandring. Mye fokus på holdninger og dialog, konflikthåndtering. Der tror jeg det er et stort skifte på studenter som går ut nå og sammenligna med for 10-20 år tilbake. Så det tror jeg kommer til å løsne litt etter hvert.»

5. Informantenes råd til tjenestene

Fokuset i denne undersøkelsen er rusavhengiges erfaringer med stigma og diskriminering i møte med offentlige tjenester. I løpet av intervjuene kom det imidlertid også frem en rekke positive erfaringer der informantene hadde fått god hjelp og blitt møtt på en verdig måte. Informantene har gjennomgående også mange tanker om hva som skal til for at tjenestene kan gi bedre og mer treffsikker hjelp. Noen av disse refleksjonene oppsummeres her:

«Se mennesket bak rusen»

Mange forteller om viktigheten av det å bli sett på som et helt menneske, og vurdert og behandlet som et individ. En informant forteller at de beste møtene hun har hatt, er når helsepersonell har klart å se henne som et menneske med plager, og ikke bare som plagen i seg selv.

Informantene peker også på betydningen av å vise forståelse for alle de vanskelige følelsene og traumene som ofte ligger bak rusbruken:

» «Ta bort rusen og tenk at det er et menneske bak der. Det er alltid en grunn til at noen ruser seg. Selv om man har valgt feil, er det bestandig en grunn.»
– Kvinne, 55 år

Flere forteller at det å bli møtt som et selvstendig menneske har ført til at de er mer

Effektive tiltak mot stigma

Det fins få klare svar på hvilke tiltak som har størst effekt for å redusere stigma og fordommer mot personer med rusavhengighet. Å endre holdninger i befolkningen eller offentlige tjenester er krevende, og beror på målrettet innsats på flere nivåer over tid. Mye tyder imidlertid på at særlig de følgende tiltakene kan ha en viss effekt:

- Opplæringstiltak som fremmer kunnskap og sosial kontakt
- Positive og menneskeligjørende medieframstillinger
- Ikke-stigmatiserende språkbruk som er nøytral og personsentrert

Kilder: Livingston m.fl. 2012, Parry m.fl. 2022, Sampogna m.fl. 2022 & Volkow m.fl. 2021

ærlige om egen rusbruk, at de i mindre grad går i forsvarsposisjon, at de oppsøker hjelp når problemer oppstår og at de de stoler mer på vurderingene som ligger bak eventuelle avslag.

«Lytt til oss»

Informantene har gjennomgående et ønske om å at tjenestene evner å tilpasse tjenesteytingen til den enkeltes livssituasjon. Økt brukermedvirkning og det å lytte til den enkeltes ønsker og behov er noe som trekkes frem av flere.

» «Jeg tenker at det er meg selv som vet best. Jeg har levd dette livet i 30 år snart, jeg vet litt om hva jeg trenger.»
– Mann, 42 år

«Øk kunnskapen om avhengighet»

Samtidig peker flere av informantene også på behov for kunnskapsheving om rusproblematikk i ulike utdanningsløp og ute i tjenestene. Flere av informantenes negative erfaringer knytter seg tilsynelatende nettopp til kunnskapsmangel. Mange mener at økt kunnskap om hva avhengighet er og hva som ofte ligger bak, kan bidra til å menneskeliggjøre rusavhengige og bidra til at de får mer treffsikker hjelp.

«Vi trenger hjelp, ikke straff»

Det er ulike syn blant informantene om bruk av straffereaksjoner på rusfeltet. Enkelte av informantene mener mange rusbrukere trenger en trussel om straff og harde konsekvenser. De aller fleste mener likevel at tiltak som fengsel, bøter og ransaking bare bidrar til økt stigmatisering og utenforskap, og at

rusbruk bør møtes med hjelp i stedet for straff.

» «Folk trenger ikke fengsel, folk trenger hjelp. Du blir bare mer narkoman, mer kriminell, med fengsel.»
– Kvinne, 33 år

«Reglene for medisinerer er for strenge»

Noen av informantene mener også at en mindre restriktiv utdeling av medisiner, hadde bidratt til redusert rusbruk og at flere fikk hjelpen de trengte. Et eksempel som trekkes frem av flere, er tilgang til ADHD-medisiner.

» «Hvis folk hadde fått det de trenger når de drar til legen eller psykologen, så hadde vi ikke ruset oss så mye. Det er jeg bombesikker på. Jeg føler at mange er mer opptatt av legelisensen sin enn av å gi oss riktig hjelp. Det blir helt sjukt for meg.»
– Kvinne, 33 år

«Ta oss på alvor når vi ber om hjelp»

Flere mener at hjelpeapparatet bør ta hensyn til at rusavhengighet er forbundet med mye skam for den det gjelder. Derfor bør terskelen for å gi hjelp være lav når man først ber om det.

» «Terskelen burde ikke være så veldig høy når en pasient kommer og ber om hjelp og for eksempel innleggelse. For ofte sitter det langt inne å innrømme hvor stort problemet er. Det er mye skam og stigma knyttet til rusproblem og avhen-

gighet, så mest sannsynlig har pasienten underdrevet hvor mye det berører livet. Så når det kommer et ønske om at man trenger hjelp, bør det tas veldig alvorlig.»

– Kvinne, 33 år

«Sats på lavterskeltilbud»

Flere av informantene har særlig gode erfaringer med lavterskeltilbud og private helse-tilbud, som de opplever som mindre rigide og mer medmenneskelige enn ordinære offentlige tjenester. En informant forteller om hva et lavterskeltilbud har hatt å si for henne:

» «Det er det eneste stedet jeg føler at jeg har blitt hjulpet. Man blir møtt på en helt annen måte, blir ikke sett ned på [som en] «jævlig narkoman». Vi kan sitte og prate sammen som vanlige folk.»

– Kvinne, 53 år

6. NIMs vurderinger og anbefalinger

Hovedformålet med denne undersøkelsen er å gi et innblikk i hvorvidt opplevd diskriminering og stigmatisering preger rusavhengiges møte med offentlige tjenester, hvordan det kan arte seg, og hvilke mulige konsekvenser det kan få for den enkelte. NIMs undersøkelse viser at flere av informantene opplever seg diskriminert og stigmatisert av helsevesenet, politiet og andre offentlige tjenester.

Informantene forteller om episoder hvor de har blitt møtt med negative holdninger, støtende kommentarer, dårlig behandling og avvising av tjenestene fordi de er rusavhengige. Noen forteller at slike opplevelser har fått alvorlige negative konsekvenser for dem på ulike livsområder, i form av forverring av psykisk og fysisk helsetilstand, reduksjon i hjelpesøkende atferd og økt rusbruk, kriminalitet og utenforskap.⁷⁹ Funnene reflekterer dermed lignende funn i eksisterende forskning. Flere av funnene i undersøkelsen gir grunn til bekymring i et menneskerettslig perspektiv.⁸⁰

Informantenes historier beskriver hvordan opplevd stigma og diskriminering kan arte seg innenfor ulike områder. En del av disse opplevelsene kan se ut til å bygge på for-

dommer rettet mot informantene på grunn av deres gruppetilhørighet som nåværende eller tidligere rusavhengige. I andre tilfeller er det noe mer uklart om informantenes fortellinger reflekterer en opplevelse av en nedvurdering av dem som rusavhengig, eller om det er snakk om en mer overordnet opplevelse av et mangelfullt hjelpetilbud.

Dette betyr ikke at opplevelser knyttet til stigma og diskriminering er det eneste som preger informantenes historier. Flere av informantene forteller om episoder hvor de har fått god hjelp og blitt møtt med verdighet og omsorg. Det er viktig å forsøke å lære av disse erfaringene, og innhente mer kunnskap om hvilke tiltak og strategier som er mest effektive for å forhindre og bekjempe opplevelser av stigma og diskriminering.⁸¹

⁷⁹ Det er verdt å gjenta at disse forholdene også sannsynligvis vil bunne i andre årsaker, og at det er vanskelig å identifisere klare årsakssammenhenger. For mer om dette, se kap. 3.

⁸⁰ For mer om dette, se under.

⁸¹ Se nærmere om dette i kap. 5.

Intervjuene med brukerorganisasjonene og tjenestene utfyller informantenes personlige historier, og bidrar med viktige perspektiver på hva som kan tenkes å ligge bak erfaringene. Samtalen med brukerorganisasjonene reflekterer i stor grad funnene i dybdeintervjuene, og gir ytterligere eksempler på opplevd diskriminering og stigmatisering. Også i fokusgruppene for helsepersonell og politiansatte bekreftes flere av problemområdene som kommer frem i intervjuene. Samtidig er det også en betydelig forskjell i virkelighetsforståelse mellom informantene og flere av fokusgruppedeltakerne.

Undersøkelsen bygger ikke på representative utvalg, og dokumenterer informantenes subjektive erfaringer. Det er derfor verken mulig å generalisere funnene eller gjøre en konkret vurdering av hvorvidt de ulike hendelsene utgjør diskriminering i rettslig forstand. Noen av informantenes opplevelser mangler sannsynligvis viktig kontekst, og vil helt eller delvis kunne ha saklige forklaringer. Andre erfaringer vil være en mer treffende gjengivelse av møter informantene har hatt med tjenestene. Uansett sitter mange av informantene igjen med en opplevelse av å bli diskriminert og stigmatisert av offentlige myndigheter på grunn av tidligere eller nåværende rusavhengighet. Dette er erfaringer som må tas på alvor.

Strukturelle, mellommenneskelige og individuelle årsaker

For at myndighetene skal kunne sette i verk effektive tiltak for å møte disse utfordringene, er det også viktig med økt innsikt om *hvorfor* slike opplevelser kan oppstå. Dette drøftes derfor her kort, basert på funnene fra dybdeintervjuene, fokusgruppeintervjuene og litteraturgjennomgangen. Forklaringene kan deles inn i strukturelle, mellommenneskelige og individuelle forhold.⁸²

Strukturelle forhold

Det er grunn til å tro at strukturelle forhold vil kunne bidra til å forklare noen av informantenes opplevelser.

Dette kan for det første knytte seg til eksisterende lov- og regelverk som, selv om de ivaretar ulike legitime formål, også kan bidra til en følelse av diskriminering og stigma. Et mye omdiskutert eksempel på dette er straffebestemmelser som har et kriminalitetsforebyggende formål, men som samtidig kan bidra til stigmatisering av gruppen. Rusreformutvalgets gjennomgang tyder på at strafferettslige tiltak i flere tilfeller kan bidra til stigmatisering av rusbrukere.⁸³ Et annet eksempel er at faglige retningslinjer anbefaler at det stilles krav om tre måneders dokumentert rusfrihet for å motta ADHD-medisiner.⁸⁴

⁸² Denne inndelingen tar utgangspunkt i inndelingen mellom strukturelt stigma, offentlig stigma og personlig stigma, som ofte er å finne i stigmaforskning (se vedlegg 1). Nivåinndelingen er den samme, men tilnærmingen her er noe bredere.

⁸³ NOU 2019: 26, s. 250-254. Dette legges også til grunn i forarbeidende til straffeloven, se. Ot.prp. nr. 90 (2003-2004), s. 124.

⁸⁴ Helsedirektoratet, *ADHD*, nasjonal faglig retningslinje (2016, oppdatert 2022), kap. 2.

For det andre, vil ivaretagelsen av viktige samfunnshensyn i seg selv kunne utløse opplevelser av diskriminering og stigma. Ifølge fokusgruppen med helsepersonell kan behandlingen av pasienter med rusavhengighet av og til måtte begrenses av hensyn til medisinsk forsvarlighet. Særlig omtales medisineringsområde som et etisk krevende område. Enkelte begrensninger i behandlingsforløpet som bygger på medisinskfaglige vurderinger, vil for den enkelte kunne oppleves som avvisning fra helsehjelp basert på tilhørighet til en gruppe. Fokusgruppen for politiansatte synliggjør også at narkotikabruk i ulike sammenhenger kan være forbundet med straffbare handlinger, som vinningskriminalitet, ruspåvirket kjøring, utagering og ordensforstyrrelser.⁸⁵ Politiets legitime mandat om å bekjempe slike handlinger vil likevel kunne utløse stigmaopplevelser. Samtidig er det også verdt å nevne at det er en viss grad av faglig uenighet om akkurat hvordan disse samfunnshensynene skal ivaretas.⁸⁶

For det tredje, vil noen av erfaringene sannsynligvis ha sin bakgrunn i organisatoriske forhold. I datamaterialet kommer det blant annet frem eksempler på at selve utformingen av hjelpeapparatet kan bidra til stigmaopplevelser – for eksempel i utformingen av Nav-systemet og systemet for tildeling av botilbud for rusavhengige.

For det fjerde, vil utilstrekkelig tilgang på ressurser i tjenestene sannsynligvis også

kunne bidra til stigma- og diskrimineringsopplevelser. Dette fremheves av både fokusgruppen for helsepersonell og politiansatte. De peker på at de ikke alltid har god nok tid og ressurser til å møte befolkningen på en tillitsskapende måte, og at dette kan gå negativt utover de konkrete menneskemøtene.

Mellommenneskelige forhold

Også mellommenneskelige forhold vil være en viktig forklaringsfaktor.

Særlig negative holdninger og mangel på kunnskap om rusavhengighet i tjenestene vil kunne bidra til å forklare en del av informantenes opplevelser. Flere av informantenes historier har tydelig bakgrunn i negative holdninger mot rusavhengige, som at de er farlige, lyver, har skyld i egen avhengighet og mangler evner. I noen tilfeller uttrykkes dette ifølge informantene direkte i form av støtende kommentarer. Også i fokusgruppene fremheves negative holdninger og manglende kunnskap som en viktig årsak til stigma og diskriminering. Dette stemmer godt overens med eksisterende forskning.

Også mer praktiske utfordringer i tjenesteytingen kan tenkes å bidra til stigmaopplevelser. I fokusgruppene trekkes det særlig frem at kommunikasjonsutfordringer og forskjellige virkelighetsforståelser kan bidra til at tjenesteytere og rusavhengige sitter igjen med helt ulike opplevelser etter et møte.

⁸⁵ Se også FHI, *Narkotika i Norge*, «Skader og problemer knyttet til narkotikabruk» (2018).

⁸⁶ Dette synliggjøres bl.a. i fokusgruppen for helsepersonell.

Individuelle forhold

Gjennom intervjuene er det også flere tegn på at individuelle forhold vil kunne bidra til å forsterke opplevelsen av diskriminering og stigma i møte med offentlige tjenester.

Mange av informantene preges av selvstigmatisering, og kjenner på skam og mindreverdighet knyttet til rusavhengigheten. Flere har også en tydelig forventning om å bli stigmatisert og diskriminert i ulike sammenhenger, og dette kan igjen forsterke nye slike erfaringer. Individuelle personlighetstrekk og atferd vil også kunne påvirke informantenes erfaringer. En del har for eksempel erfart at konfronterende eller destruktiv atferd kan bidra til at man blir møtt med negative reaksjoner tilbake. Flere av informantene lever også et liv i utenforskap, med relativt varierende psykisk helse, levekårsutfordringer og omfattende rusbruk. Dette vil sannsynligvis også være med på å forklare noen av informantenes erfaringer og perspektiver.

Sammensatte årsaker – sammensatte løsninger

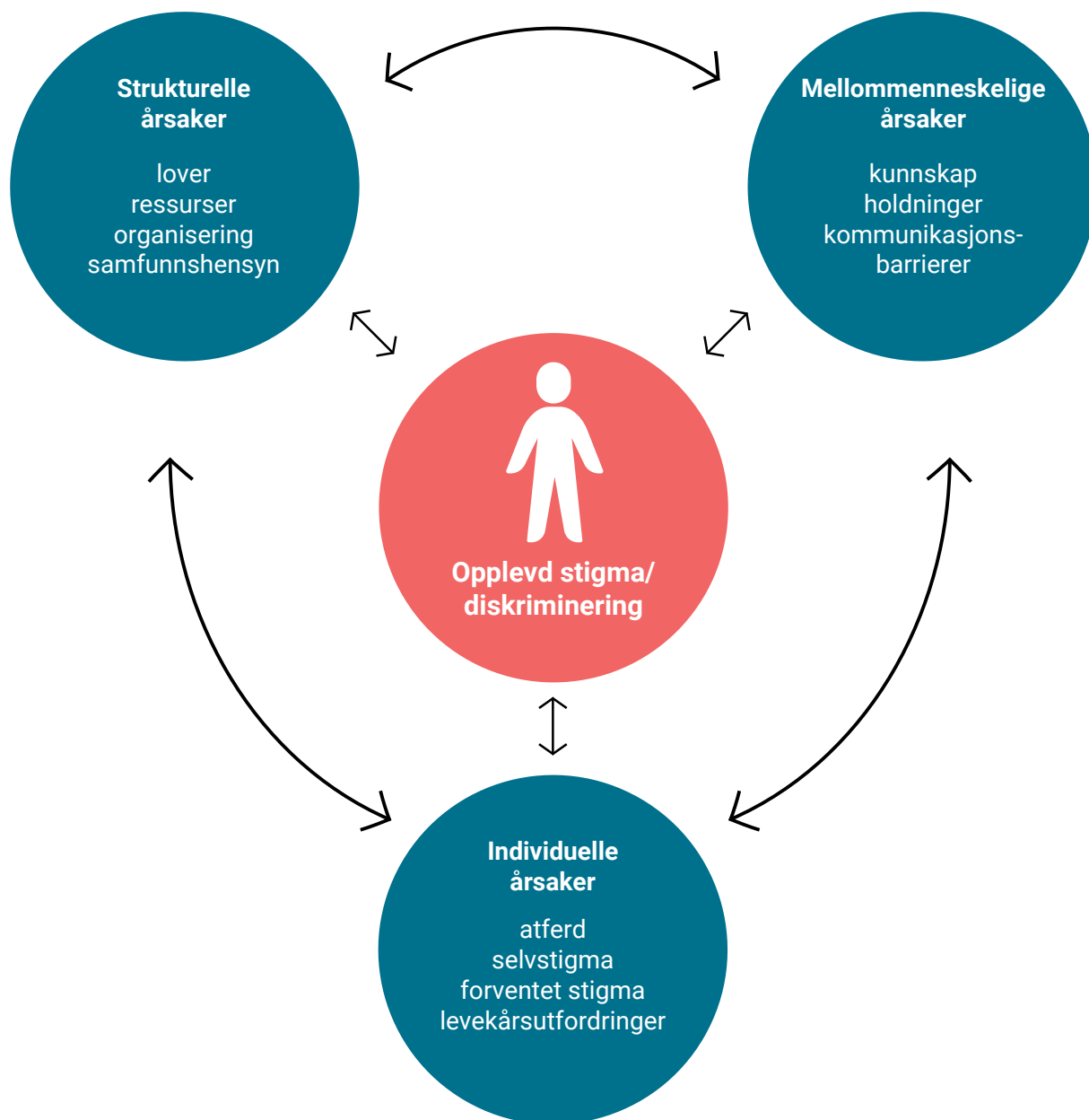
I tillegg til at de overnevnte årsakene isolert sett kan påvirke informantenes opplevelser, henger de også henger tett sammen med hverandre. For eksempel vil en lovbestemmelse, selv om den ivaretar legitime formål, både direkte kunne utløse selvstigmatisering og bidra til negative holdninger i samfunnet. På samme måte kan det å bli stem-

plet som avviker bidra til en selvoppfyllende profeti hvor man begynner å tro på og leve ut den avvikende identiteten, noe som igjen kan utløse fordommer og samfunnsmessige reaksjoner.⁸⁷ Se figur 1 for en illustrasjon av sammenhengen mellom individuelle, mellommenneskelige og strukturelle faktorer og opplevd stigma og diskriminering.

På grunn av denne tette sammenkoblingen, er det behov for tiltak som kan ha størst mulig følgeeffekter på flere nivåer. Det er utenfor rammene av denne undersøkelsen å peke på akkurat hvilke løsninger som er best egnet for å oppnå dette. På myndighetsnivå, vil imidlertid tiltak på strukturelt nivå være særlig aktuelt. Et av de viktigste virkemidlene myndighetene har mot stigmatisering og diskriminering, er det rettslige vernet mot diskriminering. Et av hovedformålene med diskrimineringsvernet er å hindre diskriminering av minoriteter og sårbare grupper som er særlig utsatt for å bli diskriminert.⁸⁸ Diskrimineringsvernet er et konkret rettslig verktøy for å sikre at diskrimineringsvurderinger trekkes inn løpende i ulike vurderinger som skal gjøres i tjenestene. En sentral komponent i en diskrimineringsvurdering vil nettopp være å vurdere om forskjellsbehandling er saklig, nødvendig og forholdsmessig. Dette vil kunne sikre at både utformingen og praktiseringen av regelverk på ulike områder ikke går lengre enn strengt nødvendig og beror på individu-

⁸⁷ Dette er et sentralt element i såkalt «stemplingsteori», som bl.a. er utarbeidet av sosiologen Howard S. Becker. Se Howard S. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (New York: Free Press of Glencoe, 1963). Årsakssammenhenger mellom mikro-, meso- og makronivåer i samfunnet er et sentralt studiefelt innenfor ulike samfunnsvitenskapelige disipliner. Av plasshensyn er det ikke rom for å redegjøre nærmere for dette her.

⁸⁸ Prop. 81 L (2016-2017), s. 57-58.



Figur 1: Faktorer som kan føre til opplevd stigma og diskriminering.

elle vurderinger. I tillegg har også diskrimineringsvernet en normdannende funksjon ved at det skal påvirke holdninger og bidra til bevisstheving. Ivaretagelse av den enkeltes likeverd er også en viktig funksjon av diskrimineringsvernet.⁸⁹ En skjerpet tilnærming til diskrimineringsvernet for denne gruppen, vil derfor sannsynligvis kunne bidra inn på alle nivåer.

NIMs anbefalinger

Selv om mange av funnene i undersøkelsen beskriver forhold som ikke nødvendigvis når opp til terskelen for *brudd* på menneskerettighetene, synliggjør undersøkelsen menneskerettslige utfordringer. NIM fremmer derfor to anbefalinger som bør adresseres av myndighetene:

Behov for et mer tydeliggjort diskrimineringsvern

Etter NIMs syn er det særlig viktig at myndighetene vurderer om de rettslige rammene for ivaretagelsen av diskrimineringsvernet til denne gruppen er effektivt nok.

Som gjennomgått i kapittel 1, vil rusavhengige etter omstendighetene ha et diskrimineringsvern etter menneskerettighetene og i likestillings- og diskrimineringsloven. Menneskerettsloven omfatter diskrimineringsgrunnlaget «annen status» (gjennom inkorporering av bl.a. ØSK), og likestillings- og

diskrimineringsloven omfatter diskrimineringsgrunnlaget funksjonsnedsettelse. Likevel er det grunn til å stille spørsmål ved hvor effektivt dette vernet er i praksis.⁹⁰ Det er uklart hvor grensene for vernet går, og om det favner alle tilfeller som bør ha beskyttelse mot diskriminering.

Samtidig illustrerer funnene at rusavhengige i ulike sammenhenger kan ha et faktisk behov for rettslig vern mot diskriminering. Enkelte av informantenes erfaringer i møte med offentlige tjenester vil i praksis kunne utgjøre brudd på diskrimineringsforbudet, fordi det beskriver forskjellsbehandling som ikke er saklig, nødvendig eller forholdsmessig. Et eksempel på dette er der informantene har blitt avvist fra helsevesenet eller krisesenter umiddelbart etter at det blir kjent at de har rusavhengighet. Slike typer erfaringer bygger i liten grad på det minste inngreps prinsipp og krav om at tiltak som iverksettes i størst mulig grad begrenses til den aktuelle situasjonen. Enkelte av de støtende kommentarene informantene forteller om vil også etter forholdene kunne utgjøre brudd på forbudet mot trakassering.

NIM mener derfor at rusavhengiges rettslige vern mot diskriminering bør tydeliggjøres. En måte å gjøre dette på, er ved å legge til «annen status» som et vernet grunnlag i likestillings- og diskrimineringsloven § 6, og spesifisere i forarbeidene at dette omfatter

⁸⁹ Ibid., s. 57.

⁹⁰ Et slikt vern kan innfortolkes i bl.a. ØSK art. 2 nr. 2, CRPD art. 5 nr. 2 og likestillings- og diskrimineringsloven § 6. Forskjellsbehandling er kun lovlig dersom den er saklig begrunnet, nødvendig for å oppnå formålet, og forholdsmessig. For mer, se kap. 1.

rusavhengighet.⁹¹ Det kan dessuten være behov for en gjennomgang av sektorlovgivning og faglige retningslinjer for å vurdere om dette vernet ivaretas godt nok i ulikt regelverk.⁹²

I et eventuelt arbeid med å tydeliggjøre diskrimineringsvernet for denne gruppen vil en støtte på krevende avgrensinger og sammenfattede problemstillinger. For eksempel er det godt dokumentert at problematisk bruk av både ulovlige rusmidler, vanedannende medikamenter og alkohol på samfunnsnivå er knyttet til en rekke helsemessige og sosiale skadevirkninger.⁹³ Som nevnt kan narkotikabruk blant annet være forbundet med ulike straffbare handlinger. Dette er forhold som det etter menneskerettighetene er klart legitimt for myndighetene å forsøke å bekjempe. Forskjellsbehandling rettet mot rusavhengige vil derfor i en del tilfeller være lovlig, fordi den er nødvendig eller forholdsmessig. I tillegg har flere rusavhengige levekårsutfordringer som gjør at de blir dårligere stilt enn andre på ulike samfunnsområder som arbeid, utdanning og helse. I en del tilfeller vil det dermed være vanskelig å identifisere hva som utgjør usaklig forskjellsbehandling med bakgrunn i den enkeltes rusavhengighet og hva som har bakgrunn i faktorer som utenforskap, sosiale forskjeller og bruk av rusmidler i seg selv.⁹⁴

Etter NIMs syn bør imidlertid ikke disse utfordringene stå i veien for en tydeliggjøring av rusavhengiges reelle behov for et diskrimineringsvern, som er dokumentert av denne undersøkelsen. Som ved all annen diskrimineringsrett, er det viktig å skille mellom usaklig forskjellsbehandling og forskjellsbehandling som er saklig, nødvendig og forholdsmessig. Det bør også være mulig for denne gruppen. En nærmere gjennomgang vil også bidra til å øke bevisstheten om disse dilemmaene, og virke avklarende for førstelinjen som må gjøre disse vanskelige avveiningene i praksis.

NIM anbefaler

Myndighetene bør utrede hvordan diskrimineringsvernet for personer med rusavhengighet kan tydeliggjøres i likestillings- og diskrimineringsloven og sektorregelverk, for å bedre ivareta denne gruppens menneskerettslige vern mot diskriminering.

⁹¹ Dette ble foreslått av Diskrimineringslovutvalget i 2009. Se NOU 2009: 14, s. 164–167. Forslaget ble ikke vedtatt av Stortinget og er så vidt NIM kjenner til ikke fulgt opp videre.

⁹² Enkelte av funnene i denne undersøkelsen synliggjør mulige utfordringer knyttet til sektorregelverk. NIM har samtidig ikke hatt mulighet til å gjøre en helhetlig gjennomgang av relevant sektorlovgivning og retningslinjer innenfor denne undersøkelsen.

⁹³ FHI, *Narkotika i Norge*, «Skader og problemer knyttet til narkotikabruk» (2018).

⁹⁴ NOU 2009: 14, s. 143.

Behov for tiltak mot skadelige fordommer og stereotyper

Etter NIMs vurdering, er det også behov for å adressere de underliggende fordommene og stereotypene som etter forholdene kan føre til diskriminering av rusavhengige. Som gjennomgått i kapittel 1 inneholder flere menneskerettighetskonvensjoner en slik forpliktelse. Denne forpliktelsen vil også gjelde overfor rusavhengige, i den grad de er omfattet av de aktuelle konvensjonene.⁹⁵ Dette er positive forpliktelser som staten har til å iverksette tiltak for å adressere fordommer mer overordnet.

Undersøkelsen beskriver flere eksempler på støtende kommentarer og handlinger som informantene har opplevd som krenkende og stigmatiserende. Dette kan for det første være skadelig på individnivå, fordi de kan bidra til utenforskap, forverret helsetilstand og redusere hjelpesøkende atferd. For samfunnet kan fordommer og stereotyper som flere av informantene forteller at de har møtt, bidra til å skape, legitimere og videreføre diskriminering av rusavhengige. Det er særlig alvorlig når skadelige holdninger kommer fra det offentlige. Det kan imidlertid også avdekke svakheter i ivaretagelsen av den positive plikten til å bekjempe årsakene til diskriminering gjennom målrettet kunnskaps- og holdningsarbeid.

For at rusavhengiges menneskerettslige vern mot diskriminering skal være effektivt i praksis, mener NIM at myndighetene bør ta

aktive grep for å bekjempe fordommer, stereotyper og forhold som bidrar til slik diskriminering. I tillegg må myndighetene sikre tilstrekkelig kunnskap i tjenestene om dette diskrimineringsvernet. Dette fordrer både holdningsendrende og kunnskapshevende tiltak som bygger på rusavhengiges menneskerett til frihet fra diskriminering.

NIM anbefaler

Myndighetene bør iverksette tiltak for å øke bevisstheten i offentlige tjenester om personer med rusavhengighet, om hvilke fordommer og stereotyper de møter i samfunnet og om hvilket rettslig vern de har mot diskriminering. Dette kan omfatte for eksempel holdningskampanjer, kurs, brukermedvirkningstiltak, opplæringsmateriell eller kunnskapshevingstiltak i profesjonsutdanningene.

⁹⁵ CRPD art. 8 forplikter myndighetene til å treffe effektive tiltak for å bekjempe fordommer, stereotyper og skadelig praksis mot funksjonshemmede. En tilsvarende bestemmelse finnes ikke i ØSK, men ØSK-komiteen har uttalt at stater må iverksette tiltak for å adressere forhold og holdninger som skaper eller viderefører de facto diskriminering.

Vedlegg 1:

Begrepsavklaringer

Enkelte av begrepene som brukes i denne rapporten kan defineres på ulike måter, eller mangler en omforent forståelse. Begrepene under er utarbeidet basert på en gjennomgang av teoretisk litteratur, allmenn språkbruk og NIMs egne vurderinger. I denne rapporten bruker vi de følgende definisjonene:

Menneskerettigheter: Menneskerettigheter er universelle rettigheter som alle mennesker har, uavhengig av hvem de er og hvilken bakgrunn de har. Disse rettighetene er nedfelt i Grunnloven og i en rekke menneskerettighetskonvensjoner, som er internasjonale avtaler inngått mellom stater. Eksempler er Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK), FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Menneskerettighetene er juridisk bindende for alle statsparter. Menneskerettighetene krever både at myndighetene unnlater å gjøre visse handlinger (negative forpliktelser), og tar aktive skritt for å sikre innbyggernes rettigheter (positive forpliktelser). Noen menneskerettigheter er absolutte, og kan aldri lovlig begrenses av myndighetene. Andre rettigheter er relative, det vil si at de kan begrenses dersom inngrepet har hjemmel i lov, ivaretar et legitimt formål og

er forholdsmessig. Formålet med menneskerettighetene er blant annet å ivareta menneskerverdet, hindre maktmisbruk, bidra til maktfordeling og demokrati, beskytte rettighetene til minoriteter og forhindre diskriminering.

Personer med rusavhengighet: Personer med rusavhengighet er mennesker som har en avhengighetspreget bruk av rusmidler. FHI har følgende definisjon av rusavhengighet, som baserer seg på diagnosekriterier fra Verdens helseorganisasjon: «*Rusmiddelavhengighet* kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser. Avhengighet kan også innebære behov for økende doser (toleranse) og noen ganger avvennings symptomer (abstinenser) når bruken opphører en periode. Sympto-

mene varierer med typen rusmiddel og omfanget av bruk.»⁹⁶ Avhengighetspreget bruk av rusmidler skiller seg dermed fra både eksperimentell, rekreasjonell og periodvis skadelig bruk – blant annet i behovet for inntak av rusmiddelet og utfordringer med å kontrollere bruken. Akkurat hvor grensene går mellom disse kategoriene er imidlertid ikke nødvendigvis alltid klart.

Negative holdninger, fordommer og stereotypier: Negative holdninger er tanker eller følelser av motvilje, harme, forakt eller fiendtlighet mot noen eller noe. Fordommer forekommer når slike holdninger er rettet mot andre basert på deres antatte tilhørighet til en viss sosial gruppe. Fordommer er ofte vanskelige å endre, selv der man blir presentert for fakta som tilsier at de ikke stemmer. Fordommer er ofte basert på generaliserte forestillinger og meninger om medlemmene i en slik gruppe – det som gjerne kalles stereotypier.

Stigmatisering: Stigma er en uønsket og negativ merkelapp tilknyttet en egenskap, kjennetegn, identitet eller handling som er dypt diskreditert i samfunnet.⁹⁷ Stigma bygger på fordommer mot forhold som skiller seg fra «normalen» i samfunnet, som

for eksempel hudfarge, funksjonsnedsettelse, overvekt, rusavhengighet eller psykiske lidelser. Stigmatisering er en prosess hvor slike merkelapper påføres personer med den aktuelle egenskapen, i form av væremåter, ytringer, handlinger og strukturer som skiller personen fra andre mennesker. Sentralt ved stigmatiseringsbegrepet er at det kan føre til marginalisering, diskriminering og videreføring av fordommer. Stigma kan deles inn i tre hovedtyper: *Strukturelt stigma* viser til stigma som er innebygd i institusjonelle praksiser, kulturelle normer og samfunnsmessige forhold. *Offentlig stigma* viser til befolkningens fordommer og stereotypier til en samfunnsgruppe, og atferd som bygger på disse fordommene. *Personlig stigma* viser til enkeltpersoners psykologiske prosesser i respons til stigma, i form av opplevd stigmatisering og selvstigmatisering (se under).⁹⁸

Selvstigmatisering: Selvstigmatisering innebærer at personer som tilhører en stigmatisert gruppe tar til seg og «aksepterer» stigmaet knyttet til sin identitet. Dette kalles gjerne også internalisert stigma. Selvstigmatisering kan skje både som en konsekvens av hvordan samfunnet omtaler og behandler gruppen man tilhører og som en

⁹⁶ FHI, *Folkehelse rapporten*, «Rusmiddellidelser i Norge» (2022).

⁹⁷ Denne definisjonen bygger delvis på den kanadiske sosiologen Erving Goffmans definisjon av stigma og delvis på Store norske leksikons definisjon. Se Erving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (New York: Simon & Schuster Inc., 1963), og Store norske leksikon, *Stigma (samfunnsvitenskap)*, 03.10.2023.

⁹⁸ Disse definisjonene bygger delvis på bl.a. på de følgende publikasjonene: Patrick W. Corrigan og Amy C. Watson, «Understanding the impact of stigma on people with mental illness», *World Psychiatry* 1, nr. 1 (2002), s. 16-20; Mark Hatzenbuehler, «Structural Stigma and Health Inequalities: Research Evidence and Implications for Psychological Science», *American Psychologist* 71, nr. 8 (2016), s. 742-751; Lindsay Sheehan m.fl., «Theoretical Models to Understand Stigma of Mental Illness» i Vogel og Wade (red.), *The Cambridge handbook of stigma and mental health* (Cambridge: Cambridge University Press, 2022).

konsekvens av opplevd stigma. Den stigmatiserte kan:

- utvikle negative følelser og tanker om sin egen identitet, ved å for eksempel føle seg skamfull, mindreverdig eller som en byrde i samfunnet
- utvikle negative holdninger til seg selv eller andre som tilhører samme gruppe
- forvente å bli stigmatisert i ulike sammenhenger
- trekke seg tilbake fra andre mennesker

Diskriminering: Diskriminering i lovens forstand er når noen blir behandlet dårligere enn andre, uten at denne forskjellsbehandlingen er saklig, nødvendig og forholdsmessig. Både direkte og indirekte diskriminering er ulovlig. Direkte diskriminering er når enkeltpersoner behandles dårligere enn andre i en tilsvarende situasjon. Indirekte diskriminering er når tilsynelatende nøytrale regler eller handlinger gjør at enkeltpersoner stilles dårligere enn andre. For at noe skal være diskriminering må forskjellsbehandlingen være tilknyttet ett eller flere av diskrimineringsgrunnlagene: Kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder eller kombinasjoner av disse grunnlagene. Forbudet gjelder også diskriminering på grunn av

antatte diskrimineringsgrunnlag. I denne rapporten brukes denne definisjonen i all omtale av det rettslige vernet mot diskriminering, mens ved omtale av informantenes subjektive diskrimineringsopplevelser brukes «opplevd diskriminering» (se under).⁹⁹

Opplevd stigmatisering og diskriminering:

Opplevd diskriminering viser til en subjektiv opplevelse av usaklig eller urettmessig forskjellsbehandling. En slik opplevelse kan eksistere selv om det rettslig sett ikke utgjør et brudd på diskrimineringslovgivningen, for eksempel fordi forskjellsbehandlingen reelt sett er nødvendig eller forholdsmessig. Opplevd stigmatisering viser til en subjektiv opplevelse av at man blir, har blitt eller forventer å bli stigmatisert. En slik opplevelse kan blant annet bidra til selvstigmatisering. Siden opplevd stigma og opplevd diskriminering begge dreier seg om subjektive forhold, er det i praksis ikke nødvendigvis et klart skille mellom dem for den enkelte. All omtale i denne rapporten av empirisk forskning og funnene fra den kvalitative undersøkelsen, reflekterer denne definisjonen. Når det vises til informantenes egne opplevelser av stigma og diskriminering, er det derfor en gjengivelse av informantenes egen forståelse av opplevelser de har hatt, og ikke en rettslig vurdering fra NIM.

⁹⁹ Dette er en kortfattet definisjon, som baserer seg på det rettslige vernet mot diskriminering etter internasjonale menneskerettighetskonvensjoner, Grunnloven og annet norsk lovverk. Se kap. 1 for mer en mer detaljert gjennomgang av rusavhengiges diskrimineringsvern.

Vedlegg 2: Metodebruk for undersøkelsen

I arbeidet med rapporten er det tatt i bruk ulike metoder, som gjennomgang av litteratur, kvalitativ metode og juridisk metode.

NIM har i tillegg vært i kontakt med flere organisasjoner og forskere i forbindelse med planleggingen av undersøkelsen. Vi nedsatte også en ekstern referansegruppe som bidro med innspill til både planlegging og analyse av undersøkelsen samt utforming av rapporten.¹⁰⁰

Prosjektet er meldt inn til og godkjent av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør.

Under følger en gjennomgang av undersøkelsens metodebruk. Undersøkelsens metodiske begrensninger omtales samlet i et avsluttende avsnitt.

Litteraturgjennomgang

I arbeidet med innhenting av eksisterende forskning og litteratur, ble det gjort søk i ulike databaser for vitenskapelig litteratur. På grunn av generell mangel på relevant

empirisk litteratur om norske forhold, er det gjennomført kildesøk på både norske og internasjonale publikasjoner. Av samme grunn ble det ikke gjort en tidsbegrensning i når litteraturen ble publisert, men nyere publikasjoner ble prioritert i utvelgelsen.

I tillegg er det gjennomført spesifikke kildesøk om tematikken blant relevante forskningsinstitusjoner, media, myndighetsorganer, sivilsamfunn, og ombud. NIM har også fått tilgang til enkelte kilder ved direkte kontakt med ulike aktører på rusfeltet.

Litteraturen som gjennomgås i denne rapporten er ikke ment som en uttømmende oversikt over alle relevante kilder, men har som formål å vise til enkelte rapporter og undersøkelser som kan danne et bilde av dagens kunnskapsgrunnlag.

¹⁰⁰ Referansegruppen besto av leder for Foreningen for human narkotikapolitikk Arild Knutsen, rådgiver i Rusfeltets hovedorganisasjon Torhild Kielland, leder for fag og samfunn ved Actis Kristine Borge, forsker og psykiater Lars Lien, førsteamanuensis ved Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter KRUS Hilgunn Olsen og forsker ved Folkehelseinstituttet (FHI) Thomas Anton Sandøy. I løpet av prosjektet ble Sandøy erstattet av seniorforsker ved FHI Anne Line Bretteville-Jensen.

Kvalitative dybdeintervjuer

For å innhente kunnskap om hvordan rusavhengiges opplevelser av stigma og diskriminering kan arte seg, gjennomførte NIM kvalitative dybdeintervjuer med 17 personer med nåværende eller tidligere rusavhengighet.

Formålet med intervjuene var å innhente kunnskap om hvordan denne gruppens opplevelser av stigma og diskriminering kan se ut og hvilke konsekvenser det kan få for den enkelte. Kvalitative dybdeintervjuer ble valgt fordi målet med undersøkelsen var å forstå informantenes egne opplevelser og perspektiver.

Intervjuene ble gjennomført i perioden januar-mai 2023. Hvert intervju varte mellom 35 og 80 minutter. To ansatte i NIM deltok på hvert intervju. Det ble gjort lydopptak og notater underveis i intervjuene og i etterkant. Datamaterialet ble oppbevart i henhold til lov om behandling av personopplysninger og deretter slettet ved prosjektslutt.

Utvalget besto av voksne mennesker med rusavhengighet i alderen 23 til 55 år. Seks av informantene er kvinner, og resten er menn. Det viste seg tidlig å være vanskelig å rekruttere kvinner til intervjuene. For å forsøke å minimere den skeive kjønnsbalansen, ble særlig kvinnelige informanter forsøkt rekruttert. Av kapasitetshensyn er samtlige informanter rekruttert via helse- og sosialtjenester som befinner seg på Østlandet. Informantene har bakgrunn og erfaringer

fra ulike deler av landet, men er i dag stort sett bosatt på Østlandet.

Omtrent halvparten av informantene ble rekruttert via en privat aktør som driver rusbehandling i ulike deler av landet. Disse informantene var på intervjutidspunktet enten inne til døgntilbud for rusavhengighet, hadde mottatt døgntilbud tidligere, eller var innom behandlingsinstitusjonen for oppfølging noen dager i uken. Rekrutteringen foregikk ved at ansatte i to ulike behandlingssenheter informerte om prosjektet i fellessamlinger blant pasientene. Alle som var interessert i å delta meldte sin interesse til de ansatte, som deretter bisto med å sette opp intervjutidspunkt.

Den andre halvparten av informantene møtte vi gjennom et lavterskeltilbud for rusavhengige. Rekrutteringen foregikk på stedet, gjennom at de ansatte inviterte personer de vurderte som egnet til å delta i prosjektet.

Valget av utvalg ble gjort på grunn av enkel tilgang til informanter, og for å oppnå en viss variasjon i ulike typer erfaringer. Samtidig utgjør sannsynligvis utvalget en selektert gruppe blant alle med rusavhengighet i Norge, både i rusmiddelhistorikk og levekårssituasjon. Det vil naturligvis også påvirke hvilke erfaringer og perspektiver som trekkes frem i undersøkelsen.¹⁰¹

¹⁰¹ Se «Metodiske begrensninger» under.

For å være sikker på at informantene forsto hva de samtykket til, ble det informert om hva datamaterialet skulle brukes til, hvordan det oppbevares, og hvilke rettigheter informantene har. Det ble også utdelt et informasjonsskriv som beskrev prosjektet og hvordan datamaterialet skulle benyttes. Samtlige informanter mottok en pengesum på 200 kroner som kompensasjon for å delta.

For å unngå å selektere informanter til å kun snakke om negative erfaringer, ble det i rekrutteringen vektlagt at intervjuene mer overordnet ville handle om møtet med offentlige tjenester og samfunnet ellers. Det ble forsøkt å unngå å være for førende i rekrutteringen, og stigma og diskriminering ble ikke nevnt direkte.

Selve intervjuene ble gjennomført på henholdsvis behandlingseenhetene og lavterskeltilbudet. For å unngå å lede informantenes perspektiver for mye, tok intervjuene utgangspunkt i informantenes egne livshistorier og hadde en relativt åpen tilnærming. Alle intervjuene startet med at informantene fikk fortelle fritt om sin historie med rus, før møtet med offentlige tjenester ble aktualisert. Intervjuene tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide (se under). Intervjuguiden ble hovedsakelig brukt som en påminner om hvilke overordnede temaer samtalen skulle inngå i løpet av intervjuet. I praksis ble det imidlertid lagt vekt på å følge flyten i samtalen, og la informantene fortelle sin historie relativt fritt innenfor de overordnede rammene av undersøkelsen.

Etter at intervjuene var gjennomført, ble det innsamlede datamaterialet analysert. Dette ble gjort gjennom utarbeiding av overordnede koder, som identifiserte kategorier i datamaterialet. Etter hvert lette vi etter nyanser og forskjeller innad i de ulike kodene, for å få frem bredden av informantenes perspektiver. Av kapasitetshensyn ble materialet ikke transkribert i sin helhet, men analysearbeidet tok utgangspunkt i notatene fra intervjuene og gjennomlytting av spesifikke deler av lydopptakene. I tillegg ble samtlige intervjuopptak lyttet til i sin helhet mot slutten av analyseprosessen, for å lete etter ytterligere nyanser i datamaterialet.

Fokusgrupper

I etterkant av dybdeintervjuene, ble det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer: En for brukerorganisasjoner, en for helsepersonell og en for politiansatte. Fokusgruppene ble gjennomført i september-november 2023. Hver fokusgruppe varte i omtrent 1,5 time. Også her deltok to ansatte i NIM på hvert intervju, og det ble gjort lydopptak og notater underveis. Datamaterialet ble lagret og analysert på samme måte som i dybdeintervjuene.

Formålet med fokusgruppeintervjuene var å utfylle og kontekstualisere de personlige historiene fra dybdeintervjuene, både fra dem som representerer rusavhengige og dem som har ansvar for å sikre deres rettigheter. Ethvert mellommenneskelig møte kan oppleves helt ulikt av ulike personer. Dette gjelder kanskje særlig når egen livssituasjon og bakgrunn er ulik, og relasjonen består av

en ujevn maktbalanse. Ved å intervjuje både de som trenger og de som innvilger rettigheter, ønsket vi å få økt forståelse for hva som kan ligge bak slike opplevelser. På denne måten håper vi å bidra til bedre innsikt i hvordan retten til frihet fra diskriminering kan ivaretas og trues i krysningpunktet mellom rusavhengig og tjenesteyter.

Som i dybdeintervjuene reflekterer funnene fra intervjuene informantenes egne subjektive perspektiver på tematikken. Fokusgrupper ble valgt som metodebruk både av ressurshensyn og fordi vi først og fremst var interessert i deltakernes personlige refleksjoner. I tillegg ønsket vi å få frem samtale og dynamikk mellom de ulike deltakerne.

Bakgrunnen for at akkurat helse og politi ble plukket ut, var både kapasitetshensyn og at dette var tjenesteområdene som ble omtalt mest i intervjuene. På denne måten håper vi å bidra til å skape en viss tematisk kobling mellom erfaringene som kom fra fokusgruppene og dybdeintervjuene.

Fokusgruppen med brukerorganisasjoner besto av fire personer fra ulike organisasjoner som representerer personer som bruker ulovlige rusmidler, inkludert rusavhengige. Noen av deltakerne er ansatt i organisasjonen, mens andre er tillitsvalgte.

Fokusgruppen med politiansatte besto av seks personer som er ansatt i et politidistrikt på Østlandet. Noen av deltakerne jobber i en utegående patrulje, noen jobber med forebygging, og andre med påtale. Del-

takerne har varierende grad av erfaring med å møte rusavhengige i sitt arbeid.

Fokusgruppen med helsepersonell besto av fire personer som jobber på ulike nivåer i helsevesenet: En lege med erfaring som fastlege og innen rusbehandling, en hjertespesialist, en ansatt i et lavterskeltilbud for rusavhengige og en psykiater. De fleste av deltakerne har særlig kompetanse på rusproblematikk, og alle har erfaring med å møte rusavhengige i sitt arbeid. Samtalen ble gjennomført digitalt. Fordi det viste seg å være vanskelig å finne et felles intervju-tidspunkt for alle deltakerne, ble det gjort et separat intervju med en av deltakerne. For resten av deltakerne, ble intervjuet gjennomført samlet.

Deltakerne i de ulike fokusgruppene ble rekruttert gjennom en invitasjon som ble sendt ut på e-post og videreformidlet til interesserte. Invitasjonen til fokusgruppen for helsepersonell ble sendt til ulike medlemsorganisasjoner for helsepersonell, invitasjonen til fokusgruppen for politiansatte ble sendt til det aktuelle politidistriktet, og invitasjonen til brukerorganisasjonene ble sendt direkte til de aktuelle organisasjonene.

Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av hver sin semistrukturerte intervjuguide som dreide seg om hvordan deltakerne opplever tjenestenes møte med rusavhengige, hva de tenker om informantenes opplevelser, hva som kan ligge bak slike opplevelser og hvilke tiltak som eventuelt bør iverksettes (se under). Også under fokusgruppene ble

det informert om hva datamaterialet skulle brukes til og deltakernes rettigheter, og det ble utdelt et informasjonsskriv med samme formål.

Juridisk metode

Når det gjelder drøftelser av rettskilder og rettslige spørsmål er alminnelig juridisk metode brukt. Diskrimineringsvernet er nedfelt både i nasjonale lover og i internasjonale konvensjoner. I nasjonal rett er menneskerettighetsvernet nedfelt dels i Grunnloven, dels i menneskerettsloven (som inneholder flere internasjonale konvensjoner og gir dem forrang hvis de kommer i motstrid med norsk rett), dels i andre lover som likestillings- og diskrimineringsloven. I tillegg er diskrimineringsvernet nedfelt i internasjonale konvensjoner som ikke er gjort til norsk lov direkte, men som likevel er fullt ut bindende for Norge. Vi går ikke nærmere inn på innholdet i norsk juridisk metode her. For å tolke innholdet i de relevante konvensjonene, er folkerettens regler om traktatolking anvendt, slik de er nedfelt i Wienkonvensjonen om traktatrett av 23. mai 1969 (Wienkonvensjonen) artikkel 31-32.

Metodiske begrensninger

Formålet med undersøkelsen er ikke å beskrive omfanget av stigma og diskriminering, men å gi et innblikk i hvordan møtet mellom rusavhengige og offentlige tjenester oppleves, sett fra perspektivet til både rusavhengige og tjenesteytere. Undersøkelsen bygger ikke på et representativt utvalg, og rapportens metodebruk gir ikke mulighet til å generalisere funnene til andre kontekster eller beskrive opplevelsene til alle

personer med rusavhengighet i Norge. De kvalitative intervjuene gir først og fremst et innblikk i den enkeltes subjektive forståelse av egne opplevelser. Det samme er tilfelle for fokusgruppene med brukerorganisasjoner og tjenesteytere.

På grunn av dette, er det heller ikke mulig å vurdere hvorvidt hver enkelt erfaring er en objektiv gjengivelse av enkelthendelser eller om den utgjør diskriminering i juridisk forstand. Dette er heller ikke noe undersøkelsen tar sikte på. Formålet med intervjuene er først og fremst å få frem informantenes subjektive opplevelser av møtet med offentlige tjenester. For NIM har det en selvstendig verdi å løfte frem stemmene og perspektivene til en gruppe som sjelden er synlig i offentligheten.

Som ved all empirisk forskning på opplevd stigma og diskriminering, er det i tillegg en gjennomgående utfordring å identifisere hva som utgjør opplevelser av stigma og diskriminering, og hva som utgjør mer overordnede opplevelser av utenforskap og marginalisering. Noen ganger er dette tydelig i datamaterialet, i andre tilfeller er det mer uklart. I enkelte tilfeller fremkommer det ikke direkte fra informantenes historier at de knytter en negativ erfaring konkret til egen rusavhengighet. I andre tilfeller er informanten usikker på hvorvidt rusavhengigheten har spilt en rolle, særlig der det dreier seg om mer strukturelle forhold eller intensjonen bak ytringen eller atferden har blitt uttrykt mer indirekte. I enkelte tilfeller bruker heller ikke informantene eksplisitt ord som «stigmatisering» eller «diskriminering» i

omtalen av de ulike erfaringene de har hatt, men det ligger en klar fordomsdimensjon i fortellingen. Opplevelsene som presenteres i rapporten er de som etter NIMs vurdering har en tydeligst side til opplevd stigma og diskriminering. Som en konsekvens av dette ligger det imidlertid en viss grad av tolkning fra NIM av innholdet i informantenes erfaringer, og dermed også en mulighet for feiltolkninger.

Som en forlengelse av dette, innebærer metodebruken i denne undersøkelsen også at vi mangler sammenligningsgrunnlaget som ofte ligger til grunn i forståelsen av diskriminering. For at noe rettslig sett skal utgjøre diskriminering, må enkeltpersoner behandles eller stilles dårligere enn *andre i en tilsvarende situasjon*. Dette inngår også i en allmenn forståelse av diskrimineringsbegrepet. Vi intervjuer ikke personer uten rusavhengighet, og vet derfor ikke om enkelte av opplevelsene vil være allmenne erfaringer av befolkningens møte med Nav, helsevesenet, politiet eller krisesenter. Også mange som ikke har en rushistorikk vil kunne oppleve å få dårlig oppfølging og utilstrekkelig hjelp i møte med offentlige tjenester. Dette vil naturligvis også være en del av rusavhengiges møte med offentlige tjenester, uten at det nødvendigvis alltid bygger på en nedvurdering av deres menneskeverd som rusavhengige. Det er sannsynlig at dette vil gjelde noen av erfaringene som presenteres i undersøkelsen.

Vi mangler også perspektivet til de enkelte tjenestepersonene som informantene har møtt og omtaler. Dette gjør at vi ikke kan

sammenligne informasjonen fra informantene med tjenestepersonenes fortellinger om hvordan møtene artet seg. For å veie noe opp for dette, har vi som nevnt gjennomført fokusgruppeintervjuer med tjenestansatte og brukerorganisasjoner. Dette vil forhåpentligvis bidra til å skape et mer helhetlig bilde og utfylle informantenes historier.

Selve utvalget kan i seg selv også tenkes å påvirke undersøkelsens hovedfunn. Utvalget består av en selektert gruppe blant alle med en avhengighetsproblematikk i Norge. Mange av informantene har en rekke levekårsutfordringer og en historikk med omfattende samtidig bruk av tyngre rusmidler. Dette kan også føre til at informantene har større hjelpebehov og kanskje også større grad av mistillit til systemet enn andre rusavhengige. For eksempel kan det tenkes at personer som utelukkende er avhengig av vanedannende medikamenter eller alkohol ville hatt andre perspektiver enn informantene i denne undersøkelsen. Det er utenfor undersøkelsens rammer å innhente erfaringer fra alle disse gruppene. Informantene er i tillegg stort sett bosatt ulike steder på Østlandet, og erfaringer fra andre deler av landet vil kunne være annerledes. Det er også en overrepresentasjon i utvalget av menn, noe som kan ha bidratt til at de særskilte utfordringene mange kvinnelige rusavhengige møter ikke kommer godt nok frem i undersøkelsen.

Undersøkelsens valg av tematikk og problemstillinger preger naturligvis også hva som blir fremhevet i denne rapporten.

Fokuset ligger her hovedsakelig på de negative erfaringene og episoder hvor ting har gått galt. Dette innebærer at informantenes positive erfaringer fra møter de har hatt med offentlige tjenester naturligvis vil havne mer i skyggen. Det er også mulig at undersøkelsens fokus på opplevelser av stigma og diskriminering kan ha bidratt til en overrapportering av disse fenomenene blant informantene. For å motvirke dette, ble det forsøkt å unngå å være for førende i rekrutteringen og gjennomføringen av intervjuene.

Det er også verdt å nevne at enkelte av erfaringene som omtales av informantene ligger en stund tilbake i tid. De senere årene har det skjedd store endringer i norsk ruspolitikk og en oppmykning i samfunnets overordnede tilnærming til rusavhengige. Ikke alle eksemplene som kommer frem her vil derfor nødvendigvis være like aktuelle i dag. Samtidig representerer dette kun noen av informantenes erfaringer, mens andre episoder er opplevd mer nylig. Flere av informantene er også i 20- og 30-årene, og har derfor liten eller ingen erfaring fra hvordan rusavhengige ble møtt på 80-, 90- og tidlig 2000-tallet.

Avslutningsvis er det også verdt å nevne at kvalitative dybdeintervjuer egner seg dårlig for å plukke opp opplevd diskriminering som foregår på systemnivå, fordi dette er vanskeligere å få øye på for enkeltindivider. Eventuell strukturell diskriminering informantene har møtt på i lover og regler eller praktiseringen av dem, kommer i liten grad frem i data-materialet.

Intervjuguider

Intervjuguide – dybdeintervjuer

Intro: Om NIM, om undersøkelsen og hva vi skal bruke til, varighet, pause, våre roller, frivillig, anonymisere, taushetsplikt, båndopptaker, samtykke, spørsmål?

Bakgrunn/livshistorie

1. Kan du fortelle hvordan en vanlig dag kan se ut for deg?
2. Kan du fortelle litt om din historie med rus?

Tema: Samfunnets fremstilling og behandling av rusbrukere

3. Hva tenker du om måten samfunnet møter personer som bruker ulovlige rusmidler?
4. Hva tenker du om hvordan personer som bruker rus blir fremstilt i media?

Tema: Personlige erfaringer i møte med samfunnet og offentlige tjenester

5. Hvordan opplever du selv å bli møtt av andre når de får vite om rusbruken din?
 - Hvordan påvirker det deg?
6. Hvordan har du opplevd møtene du har hatt med offentlige tjenester?
 - Be om eksempler (flere, ulike tjenester)
 - Er det noen erfaringer du har hatt som har vært gode/dårlige? Fortell. Hvorfor tror du dette skjedde?
7. Har du noen gang opplevd å bli behandlet annerledes eller dårligere enn andre på grunn av dine rusutfordringer?
 - Be om eksempler (flere)
 - Dersom ikke: hva tror du er grunnen til det?

Tema: Konsekvenser, reaksjoner og strategier (Positive og negative erfaringer)

8. Hvordan reagerer du når du opplever sånne situasjoner?
 - Følelser, handlinger, håndteringsstrategier
 - Be om eksempler
 - Hva slags respons får du tilbake på din reaksjon?
9. Hva slags konsekvenser har slike situasjoner for deg på lang sikt?
 - Følelser, handlinger, oppførsel

Tema: Forslag til tiltak

10. Hva tenker du bør gjøres for å sikre at folk som bruker rus blir behandlet på en lik og rettferdig måte i møte med offentlige tjenester og resten av samfunnet?

Avslutning: Noe mer du vil fortelle? Hvordan syns du det har gått? Minne om rettigheter.

Intervjuguide – fokusgrupper for tjenesteytere

Intro: Om NIM, om undersøkelsen og hva vi skal bruke til, varighet, pause, våre roller, frivillig, anonymisere, taushetsplikt, båndopptaker, samtykke, spørsmål?

Tema: Overordnet om møtet med rusbrukere

1. Hvordan opplever dere møtet mellom deres tjeneste og rusavhengige?
2. Hva gjør dere for å sikre at rusavhengige blir møtt på en likeverdig måte i tjenesten?

Tema: Reaksjoner på påstander om forskjellsbehandling/stigma

Presentere midlertidige funn fra undersøkelsen.

3. Hva tenker dere om dette?
 - Hvorfor tror dere de vi har snakket med sier de har opplevd dette? (både årsak til subjektive erfaringer og objektive realiteter)
 - I hvilken grad kjenner dere dette igjen fra deres arbeidshverdag?

Tema: Tiltak

4. Hvilke tiltak bør settes i verk for å forhindre stigmatisering og forskjellsbehandling av rusavhengige i møte med deres tjeneste?

Avslutning: Noe mer dere vil fortelle? Hvordan syns dere det har gått? Minne om rettigheter.

Intervjuguide – fokusgruppe for brukerorganisasjoner

Intro: Om NIM, om undersøkelsen og hva vi skal bruke til, varighet, pause, våre roller, frivillig, anonymisere, taushetsplikt, båndopptaker, samtykke, spørsmål?

Tema: Overordnet om stigma og forskjellsbehandling

1. Hva opplever dere som de største utfordringene deres medlemmer opplever i møte med offentlige tjenester?
2. Hvordan kan opplevelser av stigma og forskjellsbehandling se ut for deres medlemmer?
 - Kan dere beskrive områder/situasjoner/omfang? Be om eksempler.

Tema: Reaksjoner på påstander om forskjellsbehandling

Presentere midlertidige funn fra undersøkelsen.

3. Hva tenker dere om dette?
 - Hvorfor tror dere de vi har snakket med sier de har opplevd dette?
 - I hvilken grad er dette noe deres medlemmer opplever?

Tema: Tiltak

4. Hva tenker dere bør gjøres for å sikre at personer med rusutfordringer ikke blir møtt med dårlige holdninger og forskjellsbehandling i møte med offentlige tjenester?

Avslutning: Noe mer dere vil fortelle? Hvordan syns dere det har gått? Minne om rettigheter.

Litteraturliste

Lover og forskrifter

Forskrift om førerkort m.m. av 19. januar 2004 nr. 298 (førerkortforskriften).

Kongeriket Norges Grunnlov av 17. mai 1814 (Grunnloven).

Lov om likestilling og forbud mot diskriminering av 16. juni 2017 nr. 51 (likestillings- og diskrimineringsloven).

Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett av 21. mai 1999 nr. 30 (menneskerettsloven).

Proposisjoner, offentlige utredninger og stortingsdokumenter

Dokument nr. 15:1561 (2022-2023) Skriftlig spørsmål fra Ingvild Wetrhus Thorsvik (V) til helse- og omsorgsministeren, 02.03.2023.

NOU 2009: 14 Et helhetlig diskrimineringsvern: Diskrimineringslovutvalgets utredning om en samlet diskrimineringslov, grunnlovsvern og ratifikasjon av tilleggsprotokoll nr. 12 til EMK.

NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep

uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.

NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp.

Ot.prp. nr. 90 (2003-2004) Om lov om straff (straffeloven).

Prop. 81 L (2016-2017) Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven).

Rettsavgjørelser og avgjørelser fra offentlige organer

Diskrimineringsnemnda, *Avgjørelse i klagesak, Sak 21/40* (28.01.2021).

HR-2015-2524-P.

HR-2015-342-A.

HR-2016-2591-A.

HR-2018-2096-A.

HR-2019-2301-A.

HR-2022-733-A.

Rt-2008-1764.

Rt-2009-1261.

Retningslinjer, veiledere og manualer

Den norske legeforening, *Retningslinjer for smertelindring* (2009).

FinnKode, ICD-10 (F10-F19), hentet 15.01.2024 fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/1/0/2596289>.

Helsedirektoratet, *ADHD*, nasjonal faglig retningslinje (2016, oppdatert 2022).

Helsedirektoratet, *Førerkortveileder*, Veileder til lov og forskrift (2020, oppdatert 2023).

Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (2012, oppdatert 2022).

Internasjonale konvensjoner og erklæringer

FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen), 1577 UNTS 3 (20.11.1989, trådte i kraft 02.09.1990).

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), 2515 UNTS 3 (13.12.2007, trådte i kraft 03.05.2008).

FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP), 999 UNTS 171 (16.09.1966, trådte i kraft 23.03.1976).

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), 993 UNTS 3 (16.12.1966, trådte i kraft 03.01.1976).

FNs verdenserklæring om menneskerettigheter (Menneskerettighetserklæringen). FN-dokument A/810, 10.12.1948.

Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter (EMK), CETS 005 (04.11.1950, trådte i kraft 03.09.1953).

Wienkonvensjonen om traktatrett (Vienna Convention on the Law of Treaties), 1155 UNTS 331 (23.05.1969, trådte i kraft 27.01.1980).

Uttalelser fra internasjonale menneskerettighetsorganer

CRPD-komiteen, *General comment No. 6 (2018) on equality and non-discrimination*, CRPD/C/GC/6 (2018).

ØSK-komiteen, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, E/C.12/2000/4 (2000).

ØSK-komiteen, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights*, E/C.12/GC/20 (2009).

Bøker og bokkapitler

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

Goffman, Erving, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (New York: Simon & Schuster Inc., 1963).

Høye, Anne og Lars Lien, «Somatisk sykdom og levevaner» i Lars Lien og Tore Willy Lie (red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*, 1. utg. (Bergen: Fagbokforlaget, 2022).

Kakoullis, Emily, og Yoshikazu Ikehara, «Article 1: Purpose» i Bantekas, Stein og Anastasiou (red.), *The UN Convention on the rights of persons with disabilities: A commentary* (Oxford: Oxford university press, 2018), s. 56.

Lindsay Sheehan m.fl., «Theoretical Models to Understand Stigma of Mental Illness» i David L. Vogel og Nathaniel G. Wade (red.), *The Cambridge handbook of stigma and mental health* (Cambridge: Cambridge University Press, 2022).

Parry, Sarah J., Elaine Brohan, Petra C. Gronholm og Graham Thornicroft, «Interventions to reduce mental illness stigma and discrimination at the person-level for individuals and small groups», i David L. Vogel og Nathaniel G. Wade (red.), *The Cambridge handbook of stigma and mental health*

(Cambridge: Cambridge University Press, 2022).

Sampogna, Gaia, Andrea Fiorilli, Lisa Giannelli og Claire Henderson, «Population-based interventions to reduce the stigma of mental illness» i David L. Vogel og Nathaniel G. Wade (red.), *The Cambridge handbook of stigma and mental health* (Cambridge: Cambridge University Press, 2022).

Tidsskriftsartikler og forskning

Biancarelli, Dea L., Katie B. Biello, Ellen Childs, M. Drainoni, Peter Salhaney, Alberto Edeza, Matthew J. Mimiaga, Richard Saitz og Angela R. Bazzi, «Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings», *Drug and Alcohol Dependence* 198 (2019) s. 80-86.

Birtel, Michèle D., Lisa Wood og Nancy J. Kempa, «Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being», *Psychiatry Research* 252 (2017) s. 1-8.

Bye, Hege H., «Norske stereotypier», *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 52, nr. 11 (2015), s. 952-954.

Bye, Hege H., Henrik Herrebrøden, Gunnhild J. Hjetland, Guro Ø. Røyset og Linda L. Westby, «Stereotypes of Norwegian Social Groups», *Scandinavian Journal of Psychology* 55, nr. 5 (2014), s. 469-476.

Cama, Elena, Loren Brener, Hannah Wilson, Courtney von Hippel, «Internalized Stigma Among People Who Inject Drugs», *Substance Use & Misuse* 51, nr. 12, (2016), s.1664-1668.

Couto E. Cruz, Camila, Caroline Salom, Cameron Parsell, Paul Dietze, Lucinda Burns og Rosa Alati, «Social domains of discrimination against people who inject drugs: Links with health and wellbeing», *International Journal of Drug Policy* 77 (2020).

Couto E. Cruz, Camila, Caroline Salom, Paul Dietze, Simon Lenton, Lucinda Burns, Rosa Alati, «Frequent experience of discrimination among people who inject drugs: Links with health and wellbeing», *Drug and Alcohol Dependence* 190 (2018), s. 188-194.

Corrigan, Patrick W., og Amy C. Watson, «Understanding the impact of stigma on people with mental illness», *World Psychiatry* 1, nr. 1 (2002), s. 16-20.

Crapanzo, Kathleen A., Rebecca Hammarlund, Bilal Ahmad, Natalie Hunsinger og Rumneet Kullar, «The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review», *Substance Abuse and Rehabilitation* 10 (2019), s. 1-12.

Finn, Sara Wallhed, Anna Mejldal og Anette Søgaard Nielsen, «Perceived barriers to seeking treatment for alcohol use disorders among the general Danish population – a cross sectional study on the role of severity

of alcohol use and gender», *Archives of Public Health* 81, nr. 65 (2023).

Garpenhag, Lars og Disa Dahlman, «Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study», *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 16, nr. 1 (2021).

Hatzenbuehler, Mark, «Structural Stigma and Health Inequalities: Research Evidence and Implications for Psychological Science», *American Psychologist* 71, nr. 8 (2016), s. 742-751.

Livingston, James D., Teresa Milne, Mei Lan Fang og Erica Amari, «The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review», *Addiction* 107, nr. 1 (2012), s. 39-50.

Lomell, Heidi Mork, *Det selektive overblik: en studie av videoovervåkingspraksis*, doktorgradsavhandling (Oslo: Universitetet i Oslo, 2005).

Nafstad, Ida, *Et anstendig menneske. Møter mellom rusbrukere og det offentlige rom i Oslo*, doktorgradsavhandling (Oslo: Universitetet i Oslo, 2013).

Rise, Jostein, Leif Edvard Aarø, Torleif Halkjelsvik, Velibor Bobo Kovac, «The distribution and role of causal beliefs, inferences of responsibility, and moral emotions on willingness to help addicts among Norwegian adults», *Addiction Research and Theory* 22, nr. 2 (2014), s. 117-125.

van Boekel, Leonieke C., Evelien P. M. Brouwers, Jaap van Weeghel, Henk F. L. Garretsen, «Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review», *Drug Alcohol Dependence* 131, nr. 1-2 (2013), s. 23-35.

Ververda, Janet, Oline Hansen og Camilla Larsen, «Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling», *Sykepleien* 106, nr. 70402 (2018).

Volkow, Nora D., Joshua A. Gordon, George F. Koob, «Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental health illness and substance use disorders», *Neuropsychopharmacology* 46, nr. 13 (2021), s. 2230-2232.

Yang, Lawrence, Liang Y. Wong, Margaux M. Grivel og Deborah S. Hasin, «Stigma and substance use disorders: An international phenomenon», *Current Opinion in Psychiatry* 30, nr. 5 (2017) s. 378-388.

Rapporter

Bliksvær, Trond, Bjørg Eva Skogøy, Lindis Sloan, Nezihat Bakar, Ragnhild Johnson og Minela Kosuta, *Kommunenes krisesentertilbud – en kunnskapsoversikt* (Bodø: Nordlandsforskning, rapport nr. 13, 2019).

Dyb, Evelyn og Hilde Zeiner, *Bostedsløse i Norge 2020 – en kartlegging* (Oslo: NIBR, OsloMet, rapport nr. 10, 2021).

Folkehelseinstituttet, *Narkotika i Norge* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022).

Folkehelseinstituttet, *Alkohol i Norge* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022).

Folkehelseinstituttet, *Folkehelse rapporten* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022).

Helsetilsynet, *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse* (Oslo: Helsetilsynet, rapport nr. 7, 2019).

Likestillings- og diskrimineringsombudet, *Diskrimineringsretten 2021: rettsutvikling på likestillings- og diskrimineringsfeltet, med gjennomgang av relevante lovendringer, forvaltnings- og rettspraksis* (Oslo: Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2022).

Likestillings- og diskrimineringsombudet, *Inkorporering av CRPD: Likestillings- og diskrimineringsombudets anbefalinger om norsk rett og praksis* (Oslo: Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2023).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Rus og menneskerettigheter*, NIM-R-2022-007 (Oslo: NIM, 2022).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Stille i møte med hets – en rapport om tilskuerintervensjon i Norge*, NIM-R-2023-005 (Oslo: NIM, 2022).

Steiro, Asbjørn, Christine Hillestad Hestevik, Mary Shrestha og Ashley Elizabeth Muller, *Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier* (Oslo: FHI, 2020).

Varde Hartmark, *Prosjektrapport: Sentrale funn og anbefalinger. Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse* (Oslo: Varde Hartmark, 2017).

Nettsider

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Krisesentertilbudet i norske kommuner: Tilgjengelighet*, hentet 09.01.2024 fra: <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/krisesentrene/tilgjengelighet>.

Erfaringskompetanse.no, - *Svært vanskelig å måle diskriminering* (12.10.2020), hentet 31.01.2024 fra: <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/svaert-vanskelig-a-male-diskriminering/>.

Store norske leksikon, *Komorbiditet* (14.12.2023), hentet 22.01.2024 fra: <https://sml.snl.no/komorbiditet>.

Store norske leksikon, *Stigma (samfunnsvitenskap)* (03.10.2023), hentet 05.01.2024 fra: https://snl.no/stigma_-_samfunnsvitenskap.

© Norges institusjon for menneskerettigheter – Februar 2024

Publikasjonsnummer: NIM-R-2024-002

Design: Magnus Eide/NIM

**Norges institusjon for
menneskerettigheter**

Postadresse:
Postboks 299 Sentrum
0103 Oslo

Besøksadresse:
Akersgata 8
0158 Oslo

Tel: 23 31 69 70
info@nhri.no
www.nhri.no