

LAR *posten*

Medlemsblad av og for oss i Norges største brukerorganisasjon for LAR-brukere
LAR-Nett Norge

NR 2.

Oktober 2011

8 ÅRGANG



Lederens side



Hei !

Så er vi tilbake etter en stort sett kald og fuktig sommer, hvor solen har glimret med sitt fravær over store deler av landet. Bombingen av regjeringskvartalet og massakren på Utøya har vært med å gjøre sommeren 2011 til en sommer vi sent kommer til å glemme. Samtidig har vi opplevd et samlet Norge som har vist mye varme og omsorg for hverandre etter tragedien 22. juli. La oss håpe dette vil fortsette også i tiden som kommer.

Mitt håp er at det vil kunne være med å bidra til at minoritetsgrupper, som rusbrukere og andre ekskluderte grupper av befolkningen, også en dag vil kunne få oppleve å bli omfavnet av samme omsorg og kjærlighet, som det vi har sett i sommer. Det tror jeg vil være et viktig og nødvendig våpen i kampen mot narkotika og kriminalitet.

I dag ruser folk seg fordi de lever i en virkelighet, som er grå og trøstesløs. Menneskeverdet har mistet fokus, egoet er det styrende i samfunnet, sammen med enerens selvhevdelsesrett. Vi trenger et samfunn som ønsker å innlemme alle grupper i deres verden som likeverdige og aksepterte mennesker, til

tross for at de ikke har fine titler å titulere seg med, ikke har mye penger å omgi seg med, eller vakre hus å smykke seg med. Om ikke dette lar seg gjøre, er tanken om rehabilitering med tilbakeføring til samfunnet uten verdi. Det er ikke penger jeg etterspør, men åpenhet, omsorg og varme for alle dem som i dag sliter i Norge.

Det finnes i dag ulike veier inn i LAR. Ikke alle klarer å komme inn den vanlige veien med lange innsøkningsprosedyrer, avrusning og rene urinprøver før oppstart på en LAR medisin. LASSO prosjektet i Oslo viser at det for noen brukere fungerer bedre, dersom de får tilbud om en lavterskel tilnærming, uten krav om rene prøver for å få dagsdosen. Det jobbes så på sikt med behandlingsmotivasjon, for å prøve å få disse brukerne inn i LAR. Et vellykket prosjekt mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus som dere kan lese mer om inne i bladet.

På vår sommersamling tok vi opp spørsmålet om heroinbehandling i Norge. Temaet ble heftig diskutert, men vi klarte ikke komme frem til et felles standpunkt, som vi kunne fronte på konsensuskonferansen som ble arrangert 21. juni i Oslo. Spørsmålet om heroinbehandling og regjeringens ventede stortingsmelding om den norske rusbehandlingen dannede bakgrunnen for konsensuskonferansen, som helseminister Anne Grethe Strøm Erichsen hadde tatt initiativ til. Her ble ulike forskningsrapporter og sider ved heroinbehandling diskutert. LAR-Nett Norge og ProLAR var de to brukerorganisasjonene som var invitert til å komme med innlegg om brukernes syn på heroinbehandling. Vi bringer en lengre rapport fra konferansen i bladet.

Alf Gjørlihaugen har skrevet en artikkel om tvangsbytte av medisiner i LAR. Er det riktig av Helsedirektoratet å gå for at LAR brukere skal tvinges over på medikamentet Suboxone i stedet for Subutex, slik de har gjort det i Finland. Et slit tvangsbytte går sterkt imot brukernes egne ønsker. Suboxone har mange bivirkninger, skal vi som gruppe finne oss i et slikt tvangsbytte. Det er i dag ca 6000 LAR brukere. Vi bringer også en artikkel av Arild Knudsen fra Foreningen for Human Narkotikapolitikk som tar for seg ulike praksiser i de forskjellige helseregionene i Norge. Av og til kan man undre seg om dette overformynderiet mot LAR pasienter virkelig kan tilskrives året 2011.

Vi håper dere finner LARposten både lærerik og informativ. Kos dere med bladet i høstmørket.

Hilsen Karen

LAR-Nett Norge

Side 2	Lederens side
Side 4-5	Nytt syn på rusbehandling
Side 6-7	Deler ut subeksone
Side 8-11	Heroin behandling i Norge?
Side 12-13	Tvangsbytte av medisin
Side 14-15	Leserinnlegg / Rusidentitet
Side 16-17	Helsetilsynet svikter LAR-pasientene
Side 18-19	Rusbehandling til moralsk forargelse
Side 20-21	Pasienter diskrimineres
Side 22-23	Hvem er vi / Innmeldingsskjema / Omadressering
Side 24	Returadressen

Utgiver:

LAR-Nett Norge Den største interesseorganisasjon for oss i legemiddelasistert rehabilitering.

Redaksjonen:

Ansvarlig redaktør: Dag Myhre

Redasjonsmedarbeidere: John Henrik Larsen.

Layout: Ole Jonny Lindholm

Nytt syn på rusbehandling

"Substitusjonsbehandling har nå blitt en akseptert og etablert del av behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere i Norden.."

Substitusjonsbehandling har nå blitt en akseptert og etablert del av behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere i Norden.

Christian Lund

I samarbeid med Statens institutt for rusmiddelforskning – SIRUS

Metadon er mye brukt i substitusjonsbehandling av rusmiddelmissbrukere.

Substitusjonsbehandling er å gi pasientene et annet og mindre skadelig medikament, for eksempel metadon istedenfor morfin.

I Norge og Finland er dette ganske nytt, her ble ikke slik behandling tatt i bruk før sent på 1990-tallet.

– Men går det medisinske fokuset i denne behandlingen på bekostning av det psykososiale? spør SIRUS-forsker Astrid Skretting.

– I dag har det medisinske fokuset i substitusjonsbehandlingen for rusmiddelmissbrukere blitt så sterkt at man kan spørre om det er i ferd med å fortrenge et psykososialt perspektiv, mener hun.

– Forskningen viser relativt tydelig at psykososial støtte er nødvendig for pasienter i substitusjonsbehandling. Uten slik støtte kan det bli vanskelig å oppnå målene som ligger til grunn for behandlingen, fortsetter Skretting.



Endret syn

I en ny artikkel belyser hun og Pia Rosenqvist fra Nordens Velfærdscenter (NVC) hvordan synet på og praksisen i substitusjonsbehandling i Norge, Sverige, Danmark og Finland har endret seg.

De tar utgangspunkt i landenes offisielle retningslinjer, som bestemmer under hvilke forhold, for hvem og av hvem substitusjonsbehandling skal tilrettelegges.

– I mange år var det sterk motstand mot substitusjonsbehandling i Norge, Sverige og Finland. Landene førte en restriktiv narkotikapolitikk, og satset på en sosialfaglig tilnærming heller enn en medisinsk, til misbruksproblemer.

– Debatten beveget seg så forbi fagmiljøene og var i perioder øverst på den politiske dagsorden, sier Skretting.

Slutten av 90-tallet

Metadonbehandling startet i Danmark og Sverige på 1960-tallet, mens Norge og Finland ikke ga klarsignal til slik behandling før sent på 1990-tallet. I dag har imidlertid de to landene utvidet sin substitusjonsbehandling betraktelig.

Retningslinjene har blitt mindre strenge, selv om tilbudet i praksis inkluderer ulike kontrolltiltak.

Terskelen for å motta substitusjonsbehandling har fortsatt å være lavest i Danmark, der behandlingen er mer innrettet mot skadereduksjon enn i de andre landene.

DEN STØRSTE BRUKERFORENINGEN FOR OSS I LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING



”SAMMEN FOR EN MENINGSFYLT
HVERDAG”



Pasient- og brukerombudet

Pasient- og brukerombudene

Finnmark	Tlf.: 78 41 72 40
Troms	Tlf.: 77 64 24 33
Nordland	Tlf.: 76 11 38 80
Nord-Trøndelag	Tlf.: 74 11 14 60
Sør-Trøndelag	Tlf.: 73 51 12 99
Møre og Romsdal	Tlf.: 71 57 33 13
Sogn- og Fjordane	Tlf.: 57 82 50 60
Hordaland	Tlf.: 55 21 80 90
Rogaland	Tlf.: 51 51 86 66
Hedmark	Tlf.: 62 55 14 90
Oppland	Tlf.: 61 13 29 44
Buskerud	Tlf.: 32 26 66 00
Telemark	Tlf.: 35 58 65 20
Vest-Agder	Tlf.: 38 17 69 20
Aust-Agder	Tlf.: 37 01 74 91
Vestfold	Tlf.: 33 34 77 90
Østfold	Tlf.: 69 20 75 40
Akershus	Tlf.: 22 17 04 91
Oslo	Tlf.: 22 33 05 15



www.pasientogbrukerombudet.no

Hva kan Pasient- og brukerombudet gjøre for deg?



Bestilling av flere foldere:
Helsedirektoratet v/Trykksakekspedisjonen
E-post: trykksak@helsedir.no • Tlf.: 810 200 50

www.pasientogbrukerombudet.no



Deler ut Subuxone til de mest utslåtte

– Folk har større visjoner og drømmer enn vi trodde. De vil ut av rusmiddelmissbruket og videre i livet, sier institusjonssjef Leni Gomes ved Dalsbergstien hus. Tiltaket Lasso er for mange første skritt på veien.

Av Sidsel Skotland

Det er Dalsbergstien hus som er vertskap for det skadereducerende lavterkseltiltaket Lasso.

Lasso (Legemiddelassistert skadereducerende substitusjonsbehandling, Oslo) driver med lavterskelutdeling av Suboxone samt behandlingsmotivasjon overfor de mest utslåtte. Tiltaket starta opp i det små allerede i september i fjor, men først nå i midten av januar var det offisiell åpning. Nå er alle ansatte på plass og de kan gå ut og markedsføre tiltaket breiere i rusmiljøet enn bare overfor dem som bor på huset.

Ved oppstart fikk kun brukere som bodd på huset mulighet til å delta fra. Fra 1. januar 2011 tar de imot de som ikke bor her også. Både Dalsbergstien hus og Lasso er tiltak under Rusmiddeletaten i Oslo.

På vei til behandling

Siden i høst har Lasso hatt 15 pasienter. Noen av disse er på vei ut i behandling, andre er mer pragmatiske og vil bare stabiliseres, forteller Gomes.

Lasso er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus. Personalet består av tre sykepleiere, en av dem er prosjektleder, og en lege fra Seksjon for rus og avhengighet ved Oslo universitetssykehus. Fagkonsulenten på Dalsbergstien hus er også sosialfaglig leder for Lasso.

Dalsbergstien hus er et skadereducerende tiltak med matservice, feltpleie og utlevering av rent brukerutstyr. Det gir også midlertidig botilbud for rusmisbrukere med 45 døgnplasser der rusmiddelavhengige kan bo fra én dag inntil tre måneder i første omgang, med mulighet for forlengelse.

Trenger ikke henvisning

Målgruppa for Lasso er svært utslåtte opioidavhengige med høy risiko for helseskade og død, og tiltaket har utgangspunkt i erfaringer fra "Klinikk Motivasjon".

– Hva skiller Lasso fra Klinikk Motivasjon?

– Vi fikk veldig mange erfaringer fra Klinikk Motivasjon som vi har stor glede av nå. Men det er mindre byråkrati med Lasso, og vi når i større grad de helt utslåtte, forklarer Gomes.

Deltakerne kan sjøl komme direkte til Lasso, eller de kan henvises fra for eksempel feltpleien, sprøyteromet, ambulansetjenesten eller andre institusjoner. Før deltakeren får Suboxone, som er det eneste medikamentet som blir delt ut, må han eller hun ha en samtale med legen som er på huset mandag, onsdag og fredag.

Deltakelse forutsetter at brukeren samtykker til samarbeid med helse- og sosialtjeneste. Tilbudet skal ikke utestenge noen deltakere annet enn på bakgrunn av fare for alvorlig komplikasjon/død dersom man fortsatt gir medikamentet.

Skal ikke erstatte LAR

Måla for tiltaket er å redusere risiko for helseskade forårsaka av injeksjon av opioider, redusere risiko for overstadig rusbruk og overdosedødsfall, gi mulighet for utredning og behandling av sykdom, redusere antall krisesituasjoner i deltakerens hverdag, bidra til å bedre eller opprettholde boevne, gi deltakere som ønsker det hjelp til å bruke ordinært hjelpeapparat og til slutt å bidra til at deltakerne ikke behøver å skaffe og injisere illegale rusmidler ved kriminell virksomhet eller prostitusjon.

Men Leni Gomes understreker at Lasso ikke skal erstatte Lar, men være et tilbud til de brukerne som ikke klarer å nyttiggjøre seg Lar av ulike årsaker.

Lasso er foreløpig å regne som et prosjekt. Det er et prosjekt ut 2012. Viser det seg at brukerne er fornøyd, forsetter vi.

Rus og Samfunn

Heroinbasert behandling i Norge?

I Spania, Nederland, Tyskland, England, Danmark og Sveits tilbys heroinbasert behandling som en del av det ordinære rusbehandlingstilbudet. Canada og Belgia har etablert forsøksprosjekt, og om mindre enn et par uker, 1. september, skal panelet overlevere sine anbefalinger på bakgrunn av problemstillinger som ble reist under Forskningsrådets konsensuskonferanse 21.juni, i til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Av Asrid Renland

I 2008 åpnet daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen dørene for å vurdere heroinbasert behandling i Norge. Han var ikke den første politikeren som tok til orde for at mennesker i substitusjonsbehandling skal få tilbud om heroin, også Ola Elvestuen i Venstre, har foreslått heroin på resept. Men det var første gang det ble tatt opp på departements- og regjeringsnivå. Følgene av Hansens utspill førte som kjent til Stoltenbergutvalgets "Rapport om narkotika" der flertallet i utvalget fremmet forslag om å starte opp et prøveprosjekt med heroinbasert behandling.

Hansens utspill og Stoltenbergsutvalgets forslag om prøveprosjekt har blitt møtt med både kraftig motstand og bifall i regjeringen, storting, fagfeltet, blant brukerorganisasjonene og i det sivile samfunnet.

Konsensuskonferansen er et uttrykk for at regjeringen tydeligvis har bestemt seg for å håndtere heroinsspørsmålet med faglig etterrettelighet. Thorvald Stoltenberg, Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen, panelet og fagfolk og andre aktører fra rusfeltet, fikk presentert erfaringer fra England og Danmark, stoffets

farmakologi og virkning, forskningsbasert kunnskap og tanker om målgruppe for og tilrettelegging, administrering og kostnader av behandling. Representanter fra brukerorganisasjonene proLAR og LAR-Nett formidlet synspunkter fra deres ståsted, og konferansen ble avrundet med etiske betraktninger og juridiske problemstillinger knyttet til avgrenset legalisering av heroin.

Romantisering og demonisering

- Å ordinere heroin oppleves for mange som en stor byrde, sier Michael Jourdan, redaktør av det danske tidsskriftet Stof.

Jourdan overvar konsensuskonferansen og har fulgt heroindebatten både internasjonalt og på hjemmebane i årrekke.

- Slik var det i Danmark og jeg synes også at enkelte innledere i dag formidlet et slikt syn. I Danmark var det en meget følelseladet debatt og man snakket om kapitulering og aktivt dødshjelp. Men slikt er det jo ikke. Klinisk er heroin ikke mer skadelig enn andre vanedannende nytelsesmidler som tobakk og alkohol, og de største problemene ved bruk av heroin er forstoppelse og muligheten for at man overser andre sykdommer fordi stoffet har en meget sterk smertelindrende virkning.

"Heroin, be the death of me / Heroin, it's my wife and it's my life" er en av strofene i låten "Heroin" gitt ut av Lou Reed og The Velvet Underground i 1967.

Teksten er både et uttrykk for stoffets nedslagskraft i datidens avantgarde miljø og romantiseringen av rusen. Det er total og dødelig kjærlighet ved første blick, selv om bruken av heroin i likhet med andre substanser krever både fysisk tilvenning og læ-

ring for å kunne nytes. Romantiseringen har gått hånd i hånd i hånd med demoniseringen, for like sterkt som heroinen ble omfavnet av unge i opprør mot det tradisjonelle samfunnet, har stor-samfunnet trusselbilder om narkotikabrukernes endelikt vært basert på heroinens forførende og farlige egenskaper billedliggjort av kyniske bakmenn som tyr til alle midler for å få unge hekta. Et bilde som stadig blir bekreftet av dagens synlige utslåtte og syke brukere, overdosedødsfall, mislykkede behandlingsforsøk og fortvilte pårørende, selv om vi vet fengslene i fylles opp av misbrukere på korttidsdommer og ikke avstumpede narkodealere. Og det har muligens vært like bekvemt for brukere som for behandlere å si at det er suget etter dopet, og ikke institusjonelle forhold som betinger behandlingsvegring og behandlingsavbrudd.

Det er lett å glemme i kampens hete at det ikke alltid har vært sånn. Stoffet med den medisinske termen diacetylmorfin, var en gang et anerkjent farmasøytisk produkt, en vidunderkur for en rekke lidelser inkludert behandling av borgerskapets opiatavhengige. Til tross for forbud, først i USA og så i Folkeforbundet (League of Nations), som dannet opptakt til FN og FNs narkotikakonvensjon av 1961, var opiatavhengighet et medisinsk anliggende og diacetylmorfin brukt medisin opptil slutten av 1960-årene. Det er fortsatt i bruk som smertestillende i en rekke land, mens opiatbrukere ble overlatt til illegal handel og selgere med gatekapital. Et unntak er England som har tillatt legeordinert heroin siden 1926.

Opiatavhengige på begynnelsen av 1900-tallet har lite til felles med brukerne som befolker dagens åpne stoffscener, og hero-



inbruk er ikke lenger knyttet til opprør og alternativ livsstil men sammensatte sosiale og økonomiske levekårsproblemer. Det er likevel et faktum at ikke alle opiatbrukere har vært innom behandlingsapparatet for å slutte, og at hva man har med seg i ryggsekken av økonomiske og sosial ressurser ofte spiller en større rolle enn heroinforbruket for hvordan problemet utarter seg for den enkelte.

Ifølge Jourdan er det nødvendig å skille mellom stoffets virkning og strukturelle forhold som påvirker livssituasjon. Mennesker som er på heroinbehandling skiller seg ikke vesentlig ut fra befolkningen forøvrig verken sunnhetmessig eller kognitivt. Det er møte med mennesker som har stabilisert livene sine med familie og arbeid, som fikk Stoltenbergutvalgets flertall til å foreslå at tilbudet skal prøves ut i Norge. Kriminalisering, stoffets renhet, sosiale og økonomisk forhold, blandingsbruk, sosial ekskludering og marginalisering, er faktorer som bidrar til å skape den elendigheten vi ser i dagens åpne stoffscener.

Politikk

I likhet med i Norge var det en politisk beslutning og ikke forskning eller kunnskap fra rusfeltets fagmiljøer som bidro til at man åpnet døren for heroinbasert behandling i Danmark, forteller Jourdan.

- Debatten om hvorvidt heroin skal gis som behandling har vært langvarig og det har vært mange fagkonferanser om temaet, men utfallet har vært forutsigbar med konklusjonen om at det er ikke noe for danske rusbrukere. Motstanden har vært stor både innenfor fagmiljøer og blant politikere til tross for at en undersøkelse fra midten av 1990-tallet viste at over 70 % av befolkningen støttet forslaget om heroinbasert behandling.

Den danske politiske snuoperasjonen kom som en følge av en artikkelserie i Berlingske Tidene som også omfattet et intervju med "Linda" som finansierte rusavhengigheten med prostitusjon. "Linda" forteller til journalisten om hvordan en av hennes kunder har nekrofile tendenser og doper henne ned til nærmest bevisst-

løs tilstand før han har sex med henne. Historien ble bekreftet av kunden, og journalisten tok saken videre til politikere og spurte om det ikke var mulig å gi rusavhengige prostituerte et mer verdig liv. Saken engasjerte Pia Kjærsgaard i Danske Folkeparti (DF) som gikk ut i feltet og snakket med rusavhengige kvinner i prostitusjon, så vel som andre danske politikere, og det førte til et nesten enstemmig vedtak i Folketing forteller Jourdan.

- At det har vært en politisk beslutning har både en god og dårlig side, mener Jourdan. - Den gode siden er at heroin ble etablert som et behandlingstilbud og ikke et forsøksprosjekt. For det er begrenset hvor mye kunnskap man kan få ut av et prosjekt som ikke allerede foreligger fra andre land. Det eneste man sitter igjen med er å hevde at andres land resultater ikke er overførbart til nasjonale forhold, og det er jo litt søkt grunnlag som man ikke ville ha brukt i andre medisinske sammenhenger.

Den dårlige siden er ifølge Jourdan at politikeres forventning til hvilken målgruppe som kan dra

nytte av tilbudet ofte ikke stemmer overens med de kriteriene som kreves for å delta i programmet. "Linda" var en av de mange som hadde problemstillinger som er eksklusjonskriterier for å delta i programmet.

- Vi kunne derfor ha trengt en mer faglig realitetsorientering i likhet med det som kom fram på konsensuskonferansen, selv om man også der kunne spore en forventning om at heroin skal hjelpe de mest elendige, sier Jourdan.

For heroinbasert behandling krever en viss strukturert livssituasjon. I Danmark som i likhet med de fleste andre land som tilbyr heroinbasert behandling, må brukeren møte opp på klinikken to ganger om dagen for å innta heroin under overvåkning. Det danske programmet tillater ikke å røyke heroin eller innta den på andre måter enn injisering. Heroinen suppleres med metadon til bruk på natt og tidlig morgenen.

Viten

At det danske heroinprogrammet er – bortsett fra i Århus, etablert som behandling og ikke forsøksprosjekt, betyr ikke at ikke tiltakene skal evalueres og forskes. Ifølge sosialantropologen Katrine Schepelern Johansen, København universitet, som presenterte erfaringer fra det danske heroinprogrammet, er det satt i gang et fireårig forskningsprosjekt (2008-2012), som har som formål å se på relasjonen mellom medisiner og sosialfaglig arbeid og hvordan de institusjonelle rammene påvirker resultatet.

Det danske forskningsprosjektet vil være et interessant supplement til evalueringer av foreliggende forsøksprosjekt som i hovedsak har hatt fokus på effekter som nedgang i sidebruk fra det illegale stoffmarkedet og dropouts sammenlignet med pasienter i annen substitusjonsbehandling.

Ifølge John Strang, National Addiction Centre, King's College i London, viser det engelske forsøksprosjektet "The Randomised Injectable Opioid Treatment Trial" (RIOTT), at heroinbasert behandling reduserer sidebruk fra det illegale stoffmarkedet. RIOTT er i motsetning til den tradisjonelle ordineringsen av heroin i England, i tråd med internasjonal forskning og administrasjon av behandlingen. Forsøksprosjektet har rommet tre ulike grupper: pasienter som inntar metadon oralt, pasienter som injiserer metadon og pasienter som injiserer heroin. Resultatet viser at av de tre gruppene var det pasientgruppen som fikk heroinbasert behandling som hadde størst nedgang i sidebruk fra det illegale stoffmarkedet.

Dette underbygges også av Gro Jamtvedt ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, som formidlet resultatene av forskningsdokumentasjonen. Nedgang i illegalt sidebruk og at pasientene forblir i behandling er godt dokumentert. Heroinassistert behandling fungerer også som en døråpner til annen substitusjonsbehandling.

Selv om livskvalitet og sosial fungering ikke er like godt dokumentert, tyder studier på at pasientgrupper i heroinbasert behandling også skårer bra på variabler som forbedret helse, mindre kriminalitet og en forbedring av livssituasjonen. Det er likevel ifølge forskningsdokumentasjonen, vanskelig å si at effekten kan isoleres til behandlingsmedikamentet. Andre forhold som tettere oppfølging gjennom daglig kontakt med brukere og muligheten for iverksettelse av annen psykososiale tilbud (psykologisk, medisinsk, sosialfaglig) vil nødvendigvis kunne påvirke resultatet.

Brukersynspunkter

Ifølge Schepelern Johansen har den danske debatten om heroin gått fra å være et spørsmål om moral til tekniske spørsmål knyttet til helse, kontroll og sikkerhet.

Representantene fra brukerorganisasjonene Jeanette Rundgren, proLAR og Karen Lise Føling, LAR-Nett, føler seg ikke helt trygge på at det moralske aspektet forsvinner. Ett av ankepunktene som ble reist mot implementering av heroinbasert behandling i LAR, er faren for at det vil vedlikeholde og reproducere stigma som brukerne av medikamentassistert behandling har blitt møtt med.

- Vi har brukt mange år for å vise at substitusjonsbehandling ikke er rus og vi er redde for at om heroin integreres i LAR-behandlingen vil det kunne ødelegge arbeidet vi har gjort, sier Føling.

- Det bør derfor være et eget behandlingsopplegg for heroinassistert program. Eventuelt at det differensieres mellom ulike formål med behandling i Lar, og det er det egentlig allerede i dag et stort behov for at det blir gjort.

- Jeg er mer redd for at heroinassisterte tilbudet skal ta ressurser fra andre former for substitusjonsbehandling, sier Rundgren.
- Når det gjelder stigma synes jeg at vi må stå sammen å sørge for at det heroinassisterte tilbudet skal anses som likeverdig med annen substitusjonsbehandling.

- Det var et godt poeng, sier Føling. - Jeg synes det er vanskelig å ta et klart standpunkt for eller imot da det er så mange ulike sider som må vurderes.

- Dagens debatt om heroinbehandling er helt på linje med hva man for et par tiår siden sa om metadon, sier Rundgren.

Spørsmålet om man skulle tillate metadonbehandling var tema for konsensuskonferanse i 1992. Forslaget ble møtt med motstand fra både ordensmyndighetene, fagmiljøer i rusfeltet og fra politisk hold som hevdet at utdeling av metadon var på linje med legalisering av narkotika. Selv substitusjonsbehandling i dag er en vel ansett og akseptert behandlingsform, opereres det fortsatt med et moralsk skille mellom rusfri versus medikamentassistert behandling. Manglende differensiering av brukere gjør ikke bekjempelsen av stigma og stereotypier lettere, selv det er store forskjeller på hva den enkelte LAR-pasient har med seg i ryggsekken inn i behandling og nyttiggjør seg av behandlingen.

Både Rundgren og Føling peker på at det blant LAR-pasienter delte meninger om heroinbasert behandling. Noen er glade for at de har sluppet å ta valget, men ser også at det kan være en døråpner til annen type behandling. Andre mener at tilbudet må integreres på linje med andre medikamenter i substitusjonsbehandlingen.

Begge to framholder at man ikke bare kan se seg blind på medikamentbruk, man må også se på hvordan institusjonelle rammer kan for mange, være en barriere mot å søke hjelp.

I søken etter nøkkelen til suksess for å bekjempe det illegale markedet generelt og den åpne stoffscenen spesielt, er det underkommunisert faktum at ikke alle ønsker å skifte livsstil, ta avstand fra venner og slutte med rus, selv om man kan tenke seg en forbedring av livssituasjonen. Det betyr også at man skal være mer en middelsmotivert for å orke som Føling pekte på, å underlegge seg et rigid kontroll- og lydighetsregime og frasi seg retten til å bestemme over eget liv.

- Det trengs en holdningsendring innenfor LAR-systemet i møte med mennesker som har vært tunge rusbrukere i årevis, sier Føling. – Man kunne ha hatt mer fokus på motivering til behandling enn totale rusfrihet som mange regionale LAR-klinikker gjør.

Selv om det er delte meninger om heroinbasert behandling blant LAR-pasienter mener begge representantene at man bør prøve ut tilbudet. Og at det også bør også ses på andre muligheter for å forbedre og utvide tilbudet i LAR-behandlingen mener Rundgren og Føling.

Det gjenstår å se både hva panelets konsensusrapport konkluderer med og hvordan politiske myndigheter velger å forholde seg til den. Det kan uansett være verdt å minne om at skyttergravsstillingene var likeså dype da forslaget om metadonassistert behandling ble lansert. I dag er det en integrert del av behandlingstilbudet.

Fakta

Tirsdag 21. juni arrangerte Forskningsrådet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet konsensuskonferanse om heroinbasert behandling.

Målet med konsensuskonferansen er å drøfte spørsmål relatert til heroinbasert behandling sett i lys av faglige, etiske og prioriteringsmessige problemstillinger. Et panel som i dette tilfellet består av Sverre Nesvåg, Knut Boe Kielland, Randi Ervik, Anne Høye, Marie Rein Bore og Wibecke Årst, besvarer spørsmålene i en konsensusrapport som vil bli overlevert med anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet, HOD, 1. september. Konsensusrapporten vil danne grunnlag for kommende stortingsmelding om rusfeltet som ifølge HOD skal foreligge innen utgangen av 2011.

Konferansen var foreberedt av Helge Waal, Seraf, Anne Line Brettville-Jensen, Sirius, Liliana Casulleras Bachs, Folkehelseinstituttet, Arild Knutsen, FHN, Berit Mørland Kunnskapssenteret og Sverre Nesvåg, KORFOR.

Rusfeltet var i 1992 tema for konsensuskonferanse i forbindelse med oppstart av metadonassistert behandling.





Tvangsbytte av LAR-medisin

Hvorfor skal vi LAR-brukere alltid finne oss i det som blir tredd nedover hodet på oss fra Helsedirektoratet og de forskjellige LAR-regionene? Nå er det tvangsbytte av LAR-medisin som står på programmet, med 6000 LAR-brukere som forsøkskaniner.

Helsedirektoratet fortsetter sitt korstog for å gjøre Subuxone som førstevalg, framfor Subutex, som de sier skal avregistreres og erstattes med et medikament med samme innholdsstoffer og samme virkemåte som Subutex. Årsaken er at det nye medikamentet er billigere enn Subutex. Når de vil ha LAR-brukere bort fra Metadon, begrunnes det med alt fra lekkasje til det illegale marked til at Metadon er skadelig for hjertet. Begrunnel-

sen for å ha Subuxone som førstevalg er at det ikke gir noen ruseffekt. Subuxone inneholder en motgift som gjør at virkningen utsettes med ca 15 minutter.

I dette ligger det en grunnleggende mistillit til samtlige LAR-brukere. LAR og helseforetakene og ruskonsulenter landet rundt, innbiller seg at alle, eller i hvert fall svært mange lar seg friste til å knuse og filtrere tablettene, for deretter å injisere LAR-medisinen. Derfor må mange nå møte opp på utleveringsstedet og legge tablettene under tunga, mens en kontrollør passer på at tablettene inntas slik de skal. At folk har vært stabile på sin vanlige LAR-medisin i årevis hjelper ikke. Vil du ikke, så skal du, eller forsvinn. Dette

er grov stigmatisering av en hel pasientgruppe. Hvis enkelte på død og liv er så nålkåte at de må injisere LAR-medisinen sin, velger de selvsagt Metadon, som er flytende og kan trekkes direkte opp i pumpa for så å kjøre nåla inn hvis de i det hele tatt har igjen noe sted på kroppen hvor nåla treffer en blodåre.

Når det er sagt vil jeg understreke at folk søker seg ikke inn i LAR for å fortsette å ruse seg. Det er jo dette som blir så misforstått. Selv går jeg på Metadon på 11. året. Jeg har aldri injisert Metadon, og mine urinprøver har alltid vist det de skal. Jeg har fått tilbake livet og familien, og føler at jeg har en meningsfull hverdag bl.a. gjennom mitt arbeid i Brukerorganisasjonen LAR-Nett Norge.

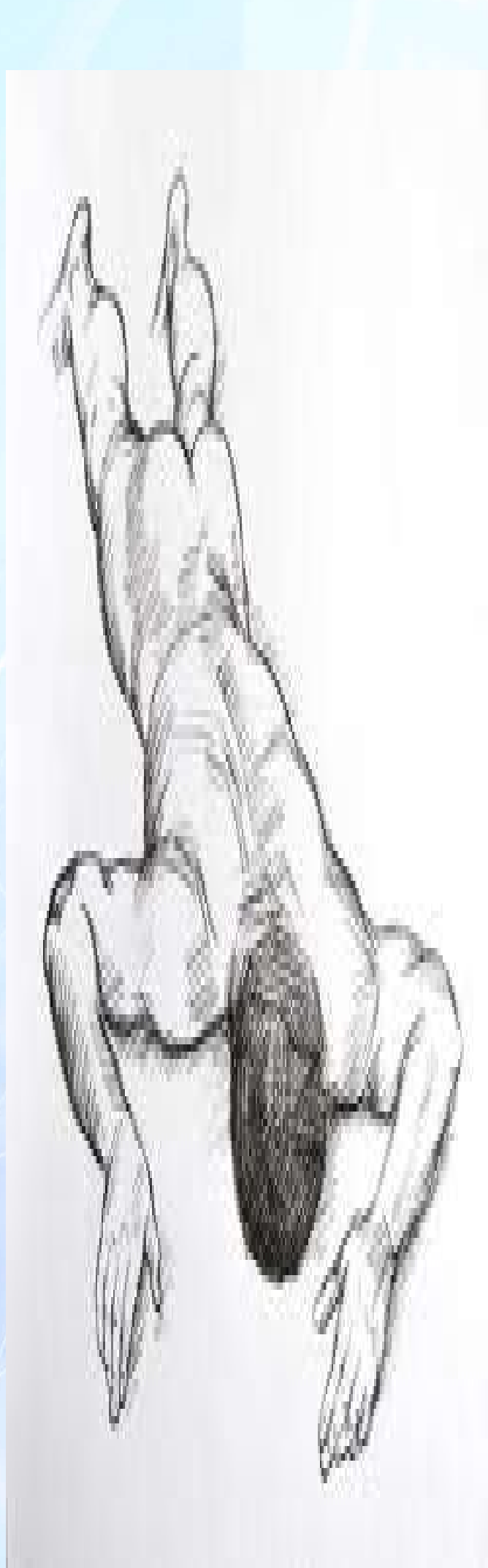
Og så, etter over ti år som stabil LAR-bruker begynner LAR, gjennom Helse Sør-Øst og snu opp ned på tilværelsen min, slik de nå gjør fortløpende med LAR-brukere landet rundt.

Vi blir møtt med en grunnleggende mistillit, og det LAR nå er i ferd med å gjøre har ført til at mange vurderer å skrive seg ut av LAR. De orker ikke lenger det rigide regimet LAR representerer. Daglig får vi i LNN nå henvendelser fra bunnløst fortvilte LAR-brukere med historier om trakkasering og trusler om å bli fratatt medisinen sin.

Måten forskjellige LAR-sentre behandler LAR-pasienter på har ført til mer enn ett dødsfall. På enkelte områder har LAR blitt de nye bødlene i rusomsorgen. Det er heller ikke uten grunn at lederen for LAR-Midt nå er politianmeldt for sin tilfeldige behandling av menneskeskjebner.

Kanskje hadde det rette vært å legge ned hele LAR, og overføre ansvaret til fastlegen. Slik det er i dag fungerer ikke LAR slik intensjonene var. LAR fortøner seg for mange LAR-brukere, og også for flere fastleger, som en maktelite som bruker makten for alt den er verdt. Fastleger tør ikke å skrive ut riktig medisin til narkomane, fordi de risikerer å miste forskrivningsretten sin. Og hva skal en lege utrette uten reseptblokk? Og LAR-pasientene? Jo, mange av oss føler at vi lever i et skrekke regime der LAR står for alt mellom himmel og helvete. Og attpåtil så skryter de av at vi har fått pasientrettigheter. Makan til tøv!

Alf Gjørlihagen



RUSIDENTITET

Hvis man spør "mannen i gata" om hvilke egenskaper han knytter til begrepet rusmisbruker, så vil man som regel få en negativ liste. Upålitelig, uberegnelig, syk, farlig etc. listen er lang. Med unntak av de som har en rusmisbruker blant sine nærmeste har de fleste liten kunnskap om hvordan rusmisbruk skape både samhold og avstand til andre miljøer. Vi kan ikke lære alt om

alle, så vi lager heller stereotyper. Å lage en stereotyp er det samme som "å sette noen i bås", og det er et uttrykk de fleste forstår. Vi setter folk i bås hver dag ved å knytte et sett med egenskaper til de vi møter. Vi har ikke tid til (eller lyst til) å bli kjent med alle vi går forbi på veien. Det er mye enklere å identifisere mennesker ut i fra det vi faktisk kan observere. Vi ser på klær, alder, språk

og kroppsspråk, og danner oss en mening om hvem denne personen er. Han eller hun plasseres i en fra før avgrenset bås. Dette er positivt ved at det kan gi oss muligheten til å omgås et stort antall mennesker uten å bli kjent med hver enkelt. Å sette folk i bås gjør altså den sosiale hverdagen vår lettere. De fleste tenker likevel på begrepet som negativt, særlig hvis en selv blir satt i bås.



Vi vil gjerne bli oppfattet som et selvstendig individ som kanskje passer litt i ulike båser, men ikke helt og fullstendig i noen. Samtidig har vi gjerne et ønske om å føle oss som en del av et fellesskap. (fellesskap og miljø blir her brukt med samme betydning). Vi finner samhold gjennom å skille mellom "oss" og "de andre". Vi søker aksept og anerkjennelse ved å imitere de vi oppfatter som våre like.

Et av de fremste egenskapene til mennesker er evnen til å tilpasse seg til sine omgivelser. Vi tilpas-

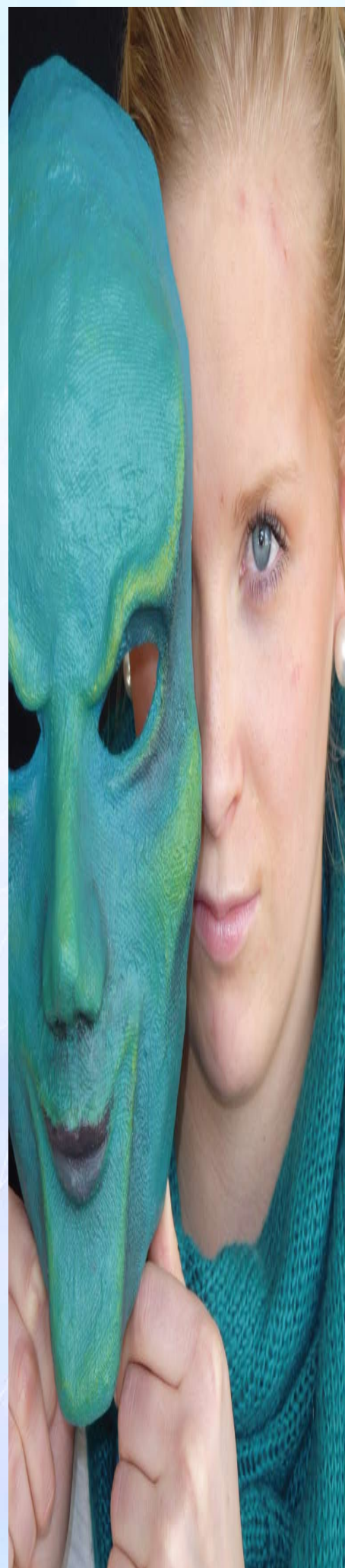
ser oss over tid, og vi lærer å bli en del av fellesskapet gjennom handling og meningsutvekslinger ("Learning by doing"). Gradvis blir vi på denne måten "opp-lært", helt til vi en dag føler oss så komfortabel i fellesskapet at vi kan komme til å tenke på de vi møter som "en av oss" eller "en av de andre".

Det å bli rusmisbruker handler ikke bare om rusen i seg selv. Det handler like mye om å sosialiseres inn i et miljø med sitt eget språk og uttrykksmåter. Å bli og forbli rusfri er vanskeligere når det innebærer å miste hele sitt sosiale nettverk og sin identitet som narkoman. Mange oppsøker rusmiljøet etter at de har blitt rusfrie fordi de føler seg ensomme og har behov for noen å være med og snakke med.

Rusidentiteten er såpass ekstrem at den fremmedgjør andre sosiale fellesskap. Spesielt de som har et mangeårig misbruk bak seg føler at de ikke passer inn andre plasser enn i rusmiljøet. En føler seg utilpass og redd for å si noe feil. Frykten for å bli avvist er noe vi alle kan kjenne oss igjen i. Det kan i en viss grad sammenlignes med å prøve å forstå en fremmed kultur. Det kan være interessant å besøke, men det er alltid godt å komme tilbake til de vi kjenner og er komfortable sammen med.

En godt voksen LAR-bruker fortalte meg nylig om sin ensomhet etter at hun ble rusfri. Hun følte at rusmisbruker sto stemplet i pannen hennes, og det gjorde at hun vegret seg mot å ta kontakt med andre. "Jeg vet ikke hva de snakker om" sa hun og så ned mens hun sukket tungt. Hennes situasjon er dessverre ikke unik. Betydningen av et sosialt liv kan ikke undervurderes, men det kommer sjelden eller aldri i fokus når rehabilitering diskuteres.

Leserinnlegg fra Øyistein





Helsetilsynet svikter LAR-pasientene

Pasienter blir tvangsoverført til nytt medikament, til tross for komplikasjoner og bivirkninger.

Vi opplever manglende kompetanse og vilje til å sette seg inn i sakene hos tilsynsmyndighetene, LAR-pasientene er rettsløse som følge av den gjeldende situasjon. Et år er gått siden innføringen av nasjonale retningslinjer og forskrifter for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Hensikten med innføringen var i første rekke å hindre regionale forskjeller, samt å sikre individuell behandling med faglighet bak vedtakene. Etter gjentatte klager på urimelig generalisering av pasienter, en drepende høy terskel inn til behandling og en drepende lav terskel ut,

anbefalte både Helsedepartementet og Helsedirektoratet at målsetningen skulle dreies fra total rusfrihet, og over til; gradvis oppnåelse av et så høyt funksjonsnivå som mulig.

Ved fortsatt rusmiddelbruk skal det i følge retningslinjene primært vurderes strammere rammer rundt pasienten i form av tettere oppfølging.

Av NRK, Lørdagsrevyen (19. februar 2011) fikk vi vite at flere pasientombud fortviler over at pasienter stadig utsettes for straff og maktovergrep i LAR-apparatet. De viste til eksempler på generali-

sering og til regionale forskjeller. Med særlig fokus på Midt-Norge og Hordaland.

Pasienter blir tvangsoverført til nytt medikament, til tross for komplikasjoner og bivirkninger og uten hensyn til pasientenes motforestillinger. Dessuten opplever pasienter med fortsatte rusproblemer, eller som tar noen glass i hyggelig selskap, å få dosen halvert. Uten forhåndsvarsel. Over lang tid. Som straff. Også i saker der nærmere ettersyn garantert ville medført medisinsk-faglig vedtak om oppjustering av dosen for å stagge rustrangen.

LAR Helse Stavanger

Dosehalvering foregår særlig i Stavanger-området og undertegnede har selv deltatt på ansvarsgruppemøte med en LAR-pasient i Stavanger, som fikk halvert metadondosen grunnet fortsatt rusmiddelbruk.

LAR Helse Stavanger tilbød ikke ytterligere oppfølging, de sendte ikke bekymringsmeldinger, men satte pasienten i en desperasjon som medfører den sterkeste garanti for at rusmiddelbruken fortsetter.

Det har nå gått flere måneder siden denne dosehalveringen, rusmiddelbruken eskalerer naturlig nok og LAR har enda ikke foretatt seg noe ekstra for å snu den uhyggelige utviklingen. Jeg viser i denne sammenheng til pasienten Hege Cecilie Mikalsen, som TV2 har fulgt opp over tid.

Basert på henvendelsene og flere andre tilbakemeldinger fra pasienter i Stavanger-området, er det grunn til å stille seg tvilende til leder Ingvar Bjørheim i LAR Helse Stavanger, sin påstand til Lørdagsrevyen om at de generelt informerer pasientene på forhånd. Det stiller også Pasientombudet i Rogaland seg tvilende til. Deres representant Gro Snortheimsmoen Bergfjord uttaler derimot at dette er regelen snarere enn unntaket.

LAR-Midt Norge

Pasientombud i Sør-Trøndelag, Elin Bakken, fortalte Lørdagsrevyen at det er et særlig stivbeint system i LAR-Midt, med lite fleksible ordninger og de ser utslag av maktmisbruk.

Frode Kirkeby som sokner til LAR-Midt Norge, har gått på Subutex i fem år og ikke hatt en eneste sprekk. Han er uhelbredelig hjerte- og lungesyk og ber om å få utdelt medisinrasjonen en gang i uken istedenfor tre, slik at han kan ta med sin lille sønn

på ferie før han dør. Det får han ikke lov til av LAR, uten å bytte til medisinen Suboxone, som han tidligere har blitt syk av.

Suboxone er det samme som Subutex, men inneholder også heroinmotgiften Naloxone. Frode Kirkeby har papirer på at han blir dårlig av Suboxone. Derfor ønsker han å beholde Subutex, men denne medisinen får han ikke for en uke av gangen fordi han blir generalisert av LAR.

Dag Hårstad, administrerende direktør i Rusbehandling Midt Norge forteller Lørdagsrevyen at pasienten overføres fra Subutex til Suboxone for å kunne tilrettelegge slik at han kan få den henteordningen han ønsker. Av allmennpreventive (!) hensyn om at Subutex ikke ønskes ut på gata. Men da NRK, Midtnytt løfter fram Pasientombudets fortvilelse over LAR-Midt generelt og Frode Kirkebys sak spesielt, da påstår overlegen i LAR-Midt, Berit Nordstrand, at legemiddelvalgene er basert på medisinskfaglige vurderinger og at spesialister i spesialisthelsetjenesten går inn i de individuelle vurderingene hos hver enkelt pasient for å se hvilket legemiddel som er best i hver enkelt situasjon.

LAR-Midt taler således med to tunger, men det er åpenbart at Hårstad har rett i at pasienter underlegges generelle vurderinger, at de slås i hartkorn.

Nordstrand er nødt til å vite bedre enn å hevde at det ligger individuelle vurderinger bak slike vedtak. Hadde det medført riktighet, ville medisinvalget for Frode Kirkeby, skyldes en spinnvill, individuell vurdering der en spesialist hadde foreslått for den dødssyke en medisin han blir syk av. Dette er ikke på noen måte forsvarlig eller i tråd med retningslinjene. Pasientombudet i Trondheim støtter Frode Kirkeby og har klaget saken inn til Helsetilsynet i sør Trøndelag.

Men kan det være noen støtte å hente hos Helsetilsynet? De har sviktet i slike saker før.

Da Hege Cecilie Mikalsen i Stavanger fikk sin metadondose halvert, uten forhåndsvarsel, som straff, så ble saken klaget inn til Helsetilsynet i Rogaland. Deres svar på klagen illustrerer at de verken har kompetanse eller vilje til å gå inn i slik saker. De bare ber LAR om å vurdere sitt eget vedtak på nytt.

Helsedirektør Lars E. Hansen fikk på forhånd se noen av intervjuene til Lørdagsrevyen, av pasienter som opplever seg urimelig behandlet. På den bakgrunn uttalte helsedirektøren til Kveldsnytt at det er dårlig medisinsk praksis å ta fra folk livsnødvendige medisiner hvis det utelukkende skjer på grunn av en atferd man ikke liker.

Denne uttalelsen er totalt verdiløs for pasientene, særlig nå ett år etter de nye retningslinjene. For de blir ikke lenger fratatt medisinene! Meldingene fra både pasienter og Pasientombud er derimot at de utsettes for straff og maktmisbruk, at deres doser halveres og at de tvinges til medisinbytte.

Rusmiddelavhengige er en stigmatisert og undertrykt gruppe i vårt samfunn. LAR-pasientene trenger åpenbart en særskilt klageinstans med myndighet til å gripe inn. Helsetilsynet kan pålegge endring av praksis, men er kjent for å danse etter LAR-legenens pipe. Fagligheten glimrer med sitt fravær. Pasientombudene engasjerer seg for pasientene, men LAR er dessverre ikke forpliktet til å føye seg etter deres uttalelser, de trenger ikke en gang å ta dem til etterretning.

Leder i Foreningen for human narkotikapolitikk:

Arild Knutsen

Rusbehandling til moralsk forargelse

Ungdom får ikke hjelp, regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet er ikke fulgt opp, samtidig som det finnes behandlingsformer som virker, skriver i denne kronikken. Jo mer vi vet om rusbehandling som virker, jo klarere blir det at behandlingsapparatet ikke uten videre legger om til behandlingsformer som virker. I tillegg til kunnskap om virksom behandling og tidlig identifisering av rusproblemer, trenger vi mer målrettet og styrt innsats for å iverksette og spre gode behandlingsformer.

Ungdom får ikke hjelp

Ifølge en rapport fra Utekontakten i Bergen i 2008, blir unges reelle rusproblemer i liten grad avdekket før han eller hun har utviklet et omfattende konsum, og rusfeltets etablering og utvikling av behandlingstiltak for de under 18 år er nærmest ikke-eksisterende.

Enda verre er det at systemet som har i oppdrag å ivareta barn og ungdom i seg selv bidrar til problemet og at når rusbehandling tilbys de yngste, har de fleste allerede etablert sprøytemisbruk med hardere stoffer som heroin.

Rapporten konkluderer med et behov for å videreutvikle bruk av ruskonsulenter.

Noen viktige spørsmål blir da: Hva skal ruskonsulentene gjøre? Hvilke konkrete mål skal intervensjoner ha? Hva skal intervensjoner bestå i, og hvordan skal de evalueres

Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet, fra 2008, slår fast at (1) tjenestene til barn og unge må bli mer tilgjengelige, (2) eksisterende tiltak og behandlingsmetoder rettet mot denne gruppen skal videreutvikles og forbedres,



(3) alle som har en særlig risiko for å utvikle rusmiddelproblemer, og personer med begynnende rusmiddelproblemer skal gis et riktig tilbud på et tidligst mulig tidspunkt. Det er foreløpig få eller ingen tegn til at noe av dette er gjort.

Forskning på effektive tiltak

Studier både av dyr og med mennesker har vist at mange rusmidler kan være katastrofalt avhengighetsskapende. Forskning har imidlertid også vist at rusmiddelbruk kan begrenses av bestemte forhold. Disse forholdene omfatter begrensning i rusmidlenes tilgjengelighet, endrede konsekvenser av rusmiddelbruk og styrking av positive aktiviteter.

For det første vil lavere tilgjengelighet medføre mindre rusmiddelbruk. Dette er grunnlaget for en restriktiv alkohol- og narkotikapolitikk. Redusert tilgjengelighet kan imidlertid også inngå i behandling gjennom trening i å takle eller unngå andre som misbruker rusmidler og steder der rusmidler er lett tilgjengelig.

Enkelte behandlingstiltak tar også sikte på å fjerne klientene helt fra miljøer hvor rusmidler er tilgjengelige. Ungdommers tilgang til å ruse seg kan også begrenses av at foreldrene følger med på hvor ungdommene er, hvem de er sammen med og når de kommer hjem.

Andre konsekvenser

En tredje type tiltak består i å gjøre endringer i andre umiddelbare konsekvenser av å ruse seg og av ikke å ruse seg. I utgangspunktet er det et problem når positive ruseffekter og anerkjennelse fra andre kommer umiddelbart etter inntak av rusmidler, mens negative konsekvenser følger mye senere.

Det er de umiddelbare virkningene som mest effektivt påvirker atferd. I behandlingsopplegg kan dette utnyttes ved å sørge for tydeligere og mer umiddelbare positive konsekvenser av å avstå fra å ruse seg.

En fjerde type tiltak innebærer at det legges til rette for positive konsekvenser av atferd som i utgangspunktet forekommer sjelden eller aldri hos rusmiddelmissbrukeren. Behandlingsopplegg kan f.eks. inneholde systematisk opplæring i og forsterkning av skole-, arbeids- og fritidsferdigheter.

Læringsbasert rusbehandling (LBR)

LBR er en behandlingsform som innebærer en systematisk utnyttelse av grunnleggende læringsprinsipper i tiltak som begrenser rusmiddelbruk. Selve kjernen i LBR er at det legges til rette for at det skal være mer umiddelbart «lønnsomt» ikke å ruse seg enn å ruse seg. Behandlingsformen tilfredsstillende avgjørende krav til god behandling for rusproblemer hos ungdom: LBR har klare mål som gjør det mulig å registrere om målene nås, (2) selve behandlingen er klart beskrevet, (3) behandlingen bygger på prinsipper fra grunnforskning omkring variabler som påvirker rusmiddelbruk, (4) behandlingens dokumenter at behandlingen er effektiv, (5) behandlingen bidrar til at klienter fortsetter i behandling ut behandlingens periode, (6) ingen skadelige sideeffekter av behandlingen er identifisert, (7) flere forhold som fører til at behandlingsresultatene varer ut over selve behandlingsperioden, er identifisert, og (8) behandlingsprosedyrene er forholdsvis enkle for behandlere å lære å utføre.

Behandling upåvirket av forskning

Behandlingsfeltet har dessverre ikke holdt følge med forskningen etter hvert som den har kunnet dokumentere effektive behandlingsmetoder på ulike områder.

Avstanden mellom forskning og praksis øker. For eksempel er læringsbasert rusbehandling i Norge fremdeles bortimot fraværende, med unntak av utprøvingen i forbindelse med forskningsprosjekter.

I en implementeringsstudie som nylig ble utført ved Atferdssenteret, ble 83 ulike behandlingssteder for ungdom med rusproblemer invitert til å delta i opplæring læringsbasert rusbehandling.

Bare åtte av de 83 behandlingsstedene takket ja til tilbudet om gratis opplæring. Disse åtte ble kontaktet månedlig i seks måneder i etterkant av kurset og stilt en serie spørsmål med hensyn til i hvilken grad de faktisk anvendte LBR-prinsippene som var gjennomgått i kurset.

Bare ett av behandlingsstedene brukte prinsippene i særlig omfang i løpet av oppfølgingsperioden på et halvt år etter kurset. En mye klarere styring i retning av å iverksette forskningsbaserte tiltak vil være nødvendig.

Tiden er overmoden

Tiden synes overmoden for å sørge for at profesjonelle behandlere for ungdom med rusmiddelproblemer skoles i prinsipper for rusbehandling som virker og gis de nødvendige rammer for å iverksette slik behandling.

Det har tidligere kommet klare signaler fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet om at dette må betraktes som et moralsk ansvar. Det moralske ansvaret står vel fast – sammen med handlingsplanen?

Per Holth

Pasienter diskrimineres

Hva skal bestemme LAR-behandlingen?

Av Rita Nilsen eksmisbruker og daglig leder av Retretten og psykiater Per Føyn

Rita Nilsen

Det er like mange meninger om LAR-pasienter som gruppe som det er om legalisering og avkriminalisering av rusmiddelmissbruk. Det pågår nå en diskusjon om hvilke institusjoner/tiltak som «skal få slippe» å ha dem innlagt. Denne diskusjonen er uverdigg, og diskriminerer LAR-pasientene.

Alkoholmisbrukere og misbrukere av illegale rusmidler skal etter helselovene behandles individuelt som alle andre pasienter. De er forskjellige enkeltmennesker med ulike bakgrunn, fra oppvekstmiljøet til dagsaktuell livssituasjon og tilstand, og de har behov for ulike behandlingstilnærminger. Noen får kontroll på sin avhengighet ved å bli konfrontert av partnere eller familie, andre ser seg selv i speilet og sier: «Nei, sånn vil jeg ikke ha det lenger.» Enkelte går inn og ut av avrusninger og behandlinger i årevis, og lykkes til slutt å få en tilfredsstillende rusmestring uten medikamentell hjelp, mens noen får LAR-medisin.

Langvarig misbruk

Mange av de synspunkter som nå fremmes i behandlingsfeltet mener vi har sin bakgrunn i en negativ holdning til pasienter med LAR-medisin. Diskusjonen går på om LAR-pasienter som gruppe skal ekskluderes på grunn av sine medisiner. Den aktuelle LAR-pasient har sammen med sin lege og andre behandlere funnet ut, etter en samlet vurdering, at medisiner kan være en god løsning. Vi som står på utsiden av legekon-



toret vet ingenting om disse pasientenes fortid. Vi vet ikke fullt ut hvorfor akkurat den eller den pasienten hadde behov for akkurat den medisinen han/hun fikk. Det vi vet er at pasienten har hatt et tungt og langvarig opiatmissbruk som er blitt så alvorlig at det er fare for liv og helse. Det er kriteriene for å få medisiner som står i veilederen, men det står ikke hva som kan være årsaken til den farlige bruken. Og årsaken er med i vurderingen.

Uvelkomne

Felles for mange LAR-pasienter, og mange andre gjengangere, er at de har opplevd overgrep, fysisk, psykisk og/eller seksuelt, noen fra de var bitte små. Flere har også lidd under omsorgssvikt, både fra biologiske foreldre, fosterforeldre, i beredskapshjem og barnevernsinstitusjoner og andre omsorgstiltak. Mange er så relasjonsskadet at det å stå uten noen kjemisk beskyttelse i samvær med andre mennesker kan by på for store belastninger. Mange av

LAR-pasientene, og kanskje flest blant dem som har det tyngst, har en slik bakgrunn. Disse skal altså ikke være velkomne til behandling fordi de har en medisin?

Selvransaking

Det oppfordres nå til opprop og kampanjeskriv i full offentlighet om at LAR-pasienter ikke skal innlegges på behandlingssteder som har andre ruspasienter. Skal ikke pasientene ha en individuell behandling ut fra sine behov? For oss blir dette merkelig. Institusjoner/tiltak burde heller si klart ifra at de ikke kan ha pasienter med diagnoser som krever medisiner som kan ha rot i psykiske og fysiske plager. Det blir feil å stigmatisere gruppen av LAR-pasienter. Hvis ikke institusjonene/tiltakene har den kompetanse og de ressurser som trengs for å behandle mennesker med slike behov, får det være en ærlig sak, men da bør de kanskje vise til at årsaken ligger hos dem og ikke hos pasientene?

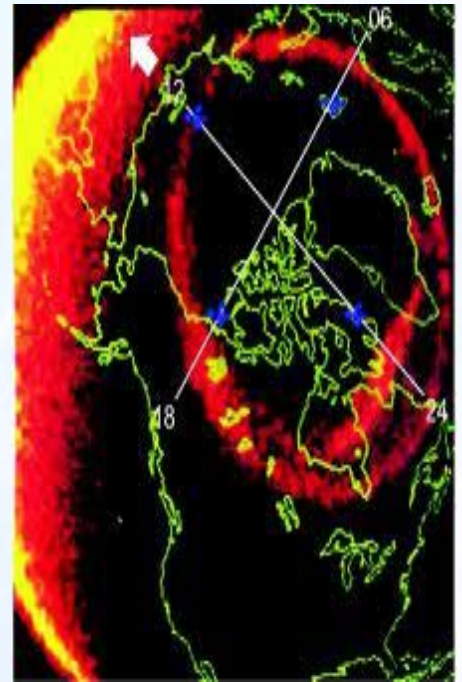
Krav på hjelp

Problemet er ikke LAR-pasienter som gruppe når de er stabiliserte på LAR-medisin, men det kan være problemer hos den enkelte pasient. Pasienter kan ha adferd/symptomer eller trenge tilleggsmedisiner som gjør at de ikke kan få adekvat hjelp i en bestemt institusjon eller forstyrrer behandlingen for andre pasienter der. Men disse pasientene kan ha krav på behandling ved avdelinger med spesialkompetanse. Statistisk er det de pasientene som har den vanskeligste bakgrunnen som har de alvorligste symptomene. De vil ikke kunne behandles ved institusjoner hvor det ikke er en strukturert og målrettet terapi for tilleggssdiagnoser, men det blir riktignok å påpeke mangelen ved institusjonen, enn å formulere det som en feil ved pasienten.

Ikke annenrangs

Som samfunn har vi et valg: Skal vi godta at det er LAR-pasienten som henges ut og ikke ønskes velkommen, eller skal vi formulere det som at det er institusjonen/tiltaket som bare kan ta imot ruspasienter som ikke skal medisineres, fordi det mangler kompetanse og ressurser til å gjøre noe annet? Vi må få endret fokus slik at alt handler om å gi den enkelte pasient den riktige behandlingen i forhold til sine behov, og da behøver ingen pasientgruppe å føle seg som annenrangs rusavhengige. For det er slik mange LAR-pasienter føler det i dag. Dersom pasienter har adferd eller symptomer som gjør at de ikke kan behandles ved en institusjon, må enten tilbudet endres eller pasienten henvises til et adekvat tilbud et annet sted.

LAR-pasienter uten bruk av andre medisiner med ruspotensial, er vanlige mennesker, og de skal behandles som det.



Besøksadresse Hovedkontor:

Stensarmen 1.
TØNSBERG
Postadresse:
Postboks 1206 Trudvang
3105 Tønsberg.
TLF. 33 36 95 50 / 99 12 41 90

Du kan også kontakte oss på epost:
post@larnett.no

Forslag til LARposten sendes til epost:
post@larnett.no

Karen Lise Følling Dagligleder:
klfolling@larnett.no

Alf Gjorlihagen Styreleder:
agjorlihagen@larnett.no

Dag Myhre Nestleder:
dag.myhre@larnett.no

Rita Lund Organisasjonssekretær:
rita.lund@larnett.no

Telefon:
Mobil: 95 13 94 61 Dagligleder
Mobil: 41 31 10 94 Styreleder
Mobil: 95 78 13 32 Nestleder
Hovedkontor: 33 36 95 50 / 99 12 41 90
Fakx: 33 36 95 51

Be oss gjerne om å ringe deg opp igjen!

Lokalkontor:

Brukerforeningen LAR-Nett Norge
Oslo. Kontakt hovedkontoret:
33 36 95 50 / 99 12 41 90

Brukerforeningen LAR-Nett Norge
Bergen/Hordaland
Kontaktperson: Karen Lise Følling
Mob. 95 13 94 61
Postadresse: Vestre Torggt. 11.
5015 BERGEN.
Øystein Jørgensen 41 62 82 55
oystein@larnett.no
Mona Aas mobil: 41 6263 64
monaas@larnett.no
(Første etasje i Bergensklinikkens lokaler.)
Åpen alle dager.

Brukerforeningen LAR-Nett Norge
Stord/Hordaland
Kontaktperson: Øyvind Eikeland
47 27 62 69
eikel2@larnett.no
Postadresse: P.B. 707, 5403 STORD

Brukerforeningen LAR-Nett Norge
Tønsberg/Vestfold
Kontaktperson: Dag Myhre - 95 78 13 32
dag.myhre@larnett.no
Postadresse: P.B. 1206 Trudvang,
3105 TØNSBERG
Kontor: Stensarmen 1. Tønsberg

Brukerforeningen LAR-Nett Norge
Asker/Akershus
Kontakt person: Kirsti Lie - 47 26 62 22
Kisti.lie2@larnett.no
Postadresse: Postboks 369,
1372 ASKER

Brukerforeningen LAR-Nett Norge
Lillehammer/Oppland
Kontaktpersoner: Wenche Kirkelund Gjorlihagen 41 25
48 59 wkgjorlihagen@larnett.no
Alf Gjorlihagen - 41 31 10 94
agjorlihagen@larnett.no
Postadresse: LAR-nett co/Gjorlihagen
Langesgt 4. 2609 Lillehammer

Brukerforeningen LAR-Nett Norge
Dokka/Nordreland
Kontaktpersoner: Cecilie Slåttvik - 41 25 48 58
cslaatvik@larnett.no
Jarl Sondre Braaten - 47 25 52 22
js.braaten@larnett.no

Brukerforeningen LAR-Nett Norge
Kongsberg/Buskerud
Kontaktperson: Christer Nysæther - 47 27 62 65
stenchris69@larnett.no

Brukerforeningen LAR-Nett Norge
Sør Trøndelag
Kontaktperson: Ann Heidi Andersson Malm,
47 24 62 62
ann.heidi@larnett.no

INNMELDINGSSKJEMA FOR LAR-NETT NORGE

(Vær så snill å skrive tydelig, bruk gjerne BLOKKBOKSTAVER. Husk å skrive full adresse med postnr./sted)

NAVN:.....

FØDSELSÅR: ADRESSE:.....

POSTNR./STED:.....

E-POST:.....

TLF: MOBIL:.....

LAR/MAR klient

IKKE LAR klient/støttemedlem

KOMMENTAR:

.....

.....

Jeg melder meg med dette inn som medlem i LAR-Nett Norge. Medlemskapet er gratis, og medfører ingen forpliktelser. Alle personopplysninger behandles konfidensielt.

Signatur..... Sted..... Dato.....



MELDING OM ADRESSEENDRING TIL LAR-NETT NORGE

Gammel adresse:	Ny adresse:
Navn:	Skal du flytte eller har du flyttet? Vil du forsette å motta LARpos- ten? Fyll ut og send til LAR-Nett Norge! Eller ring Rita på hoved- kontoret direkte på tlf: 33 36 95 50 / 99 12 41 90

Returneres til:

LAR-Nett Norge
Postboks 1206
Trudvang
3105 TØNSBERG

Frimerke

Returneres til:

LAR-Nett Norge
Postboks 1206
Trudvang
3105 TØNSBERG

Frimerke