



Ruset på LAR. Legemiddelassistert rehabilitering er i utgangspunktet livslang behandling, hvor hovedmålet er bedre livskvalitet og bedre rusmestring.

Behandling eller dop fra staten?



Fakta

Kari Nerland

Psykiatrisk sykepleier ved Molde Behandlings-senter, poliklinikk og arbeider i hovedsak med LAR. Medlem av Rådet for sykepleieetikk.

I 2010 kom det nye nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioid avhengighet. I motsetning til tidligere stilles det ikke lenger strenge krav om rusfrihet for å få substitusjonsbehandling i LAR.

Tidligere var det også slik at pasienten skulle ha prøvd rusfri behandling. Det stilles ikke slike krav i dag.

Inklusjonskriteriene er også endret i og med at en del pasienter har et dominerende misbruk av andre stoffer i tillegg til opiater, og der opiatavhengigheten ikke alltid er den dominerende. Vi sykepleiere som arbeider med LAR risikerer å bidra til å skape alvorlig opiatavhengighet etter kun kort tids bruk.

VARIABEL PASIENTPOPULASJON. Alle misbrukere skjæres over en kam. De samme retningslinjene fra Staten følges uansett om du er veletablert, med god rusmestring, har familie, jobb og nettverk. Kort sagt, de lever et normalt liv.

Det heter LAR, der Ren står for rehabilitering. Mange er i LAR for å overleve. Skal de ha de samme rammene som de som lever «normale liv»?

Hovedmålet med å være i LAR er for mange bedre livskvalitet og bedre rusmestring. Hos noen er det svak rusmestring, men de slipper å stresse rundt for å skaffe opiater for å bli «friske». For oss som står på sidelinjen er det ofte van-

«Det er vanskelig å ville hjelpe hvis mottaker ikke vil ta imot den hjelpen vi tilbyr.»

skelig å stå og se på at de har et relativt stort rusinntak ved siden av LAR-medisin.

Mange på LAR er ikke interessert i annet enn medikamentet, og det er vanskelig å komme i posisjon til å kunne hjelpe, altså rehabilitering. For samfunnet er det en billig, økonomisk løsning å plassere dem i LAR. Det er en livsforlengende behandling i den forstand at de ikke ruser seg på andre opiater samtidig.

Legemiddelassistert rehabilitering er i utgangspunktet livslang behandling. Er det da riktig å sette unge mennesker med relativt kort fartstid som opiatavhengig på livslang behandling?

Vi vet at legemidler i seg selv er ikke behandling nok og ikke gir stoffrihet.

Vi vet også at det foregår lekkasjer, der medisiner som er fått gjennom LAR blir videreformidlet til andre og kan påføre tredje person stor skade. Derfor er det satt i verk en del kontrolltiltak i forbindelse med administrering av medisiner.

KONTROLLTILTAK. Daglig eller ukentlig utlevering av medikamenter og regelmessig urinprøver er noe av tiltakene. Dette er en relativt stor inngripen i folks liv, og noe de må leve med resten av livet. Pasientene må innrette seg etter de ordninger som er, og mange føler de mister styringen på eget liv.

Utleveringsordningen foregår slik at de minimum skal ta en dose under tilsyn hver uke. Dette begrunnes i at det skal være liten mulighet til og trappe seg ned på opiater og selge eller gi bort til andre.

I Midt-Norge har vi en praksis der urinprøver tas under tilsyn seks-åtte ganger i året for dem som har stabil rusmestring. I begynnelsen av behandlingen og for dem som ikke har god rusmestring, er det urinprøver flere dager i uken. Det føles for mange som en stor inngripen i deres tilværelse.

BLANDINGSBRUK. At en stor del av pasientene også bruker et bredt spekter av andre stoffer og er i aktiv rus, gjør det vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe og behandle. For disse består behandlingen i stor grad av å hente sin daglige dose og ellers lever de sitt gamle rusliv. Det positive her er at det i alle fall er et treffpunkt per dag der pasienten blir sett av hjelpeapparatet.

Det er stor overdosefare ved bruk av opiater, og retningslinjen er tydelig på faren ved bruk av B-preparater ved siden av.

Jeg har jobbet med LAR i litt over ett år, og har tidligere

jobbet i et miljø hvor pasienten skulle bli rusfri og å skape seg et rusfritt liv. Det er ikke like enkelt for alle, men for dem som greier det er det fantastisk å se hvordan de blomstrer opp og når drømmen sin om et rusfritt liv.

HVA HAR DETTE I EN ETIKKSPALTE Å GJØRE? For meg som sykepleier er sykepleiens grunnlag satt på prøve; respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet og at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.

Det er vanskelig å ville hjelpe hvis mottaker ikke vil ta imot den hjelpen vi tilbyr.

Jeg har respekt for dem som klarer seg bra, men kontrollordningene gjør at noen faktisk ikke orker å stå i det over år, men avslutter behandlingen. Det å alltid føle seg mistenkt,

« Ingen andre pasientgrupper må gape opp og vise at de har tatt medisinen sin.»

at du må ta medisinen under tilsyn en gang i uken og vise at de er inntatt, er fjernt fra det vanlige livet. Ingen andre pasientgrupper må gape opp og vise at de har tatt medisinen sin. Det er korrekt etter lover og reglene, men er det etisk og faglig forsvarlig?

Vi behandler en ungdom som i tillegg til rusavhengighet har en alvorlig psykisk lidelse. Det hersker også tvil rund hva som er hans hovedrusmiddel. Han ble tatt inn i LAR-behandling og får sin daglige dose substitusjonslegemiddel. I tillegg fortsetter han å ruse seg på andre illegale stoffer. Jo, du tar bort opiatsuget, men gjør ikke så mye med alt det andre. Hans psykiske sykdom forverres ytterligere ved rusing. Ønsket hadde vært at han ble helt rusfri og derigjennom også mere stabil psykisk. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen