

Substitusjonsbehandling med fokus på skadereduksjon

-“LAR” det seg gjøre?



av

Dagfinn Homme

Høsten 2011

Masteravhandling i kriminologi
Institutt for kriminologi og rettssosiologi
Det juridiske fakultet
UNIVERSITETET I OSLO

Sammendrag

Tittel: Substitusjonsbehandling med fokus på skadereduksjon. “LAR” det seg gjøre?

Student: Dagfinn Homme

Veileder: Leif Petter Olaussen

Lever ved: Institutt for kriminologi og rettssosiologi

Det juridiske fakultet

Universitetet i Oslo

Høsten 2011.

Med denne avhandlingen ønsker jeg å sette fokus på narkotikapolitikken som blir ført i Norge, og da nærmere bestemt hvordan substitusjonsbehandling i Norge er regulert ut i fra tanken om skadereduksjon. Substitusjonsbehandling er en behandlingsform som internasjonalt, og da spesielt i europeisk sammenheng, har blitt utformet som skadereduksjonstiltak.

Skadereduksjon innebærer at målet med narkotikapolitikken må være å redusere de helsemessige skader som følger av stoffbruken, hvorav substitusjonsbehandling har vist seg å være den mest effektive behandlingsformen for å oppnå dette. Målgruppen for denne behandlingen er i hovedsak injiserende heroinbrukere. En gruppe stoffbrukere som i stor grad er helsemessig forkomne, som resultat av deres stoffbruk. Substitusjonsbehandling i Norge betegnes som legemiddelassistert rehabilitering (LAR). 1. januar 2010 ble LAR regulert gjennom en egen forskrift, og 1. februar 2010 ble en ny retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet publisert.

Prosessen fram til det nye rammeverket for LAR har vært tidkrevende, og har blant annet omfattet to høringsrunder. Bakgrunnen for implementeringen av nytt rammeverk for LAR baserte seg på at ansvaret for rusbehandling i 2004 ble overført fra sosialsektoren til helsesektoren, samt en nasjonal evaluering av LAR som viste at det var store nasjonale forskjeller i hvordan denne behandlingen ble regulert. Ved at ansvaret for rusbehandling er blitt overført til helsesektoren har det vært nærliggende å anta at den nye reguleringen av LAR baseres på skadereduksjon, og med dette ønsket å finne svar på følgende problemstilling:

I hvilken grad er nye LAR utformet som et skadereduksjonstiltak, i forhold til det gamle LAR, og hvordan har utøverne på dette fagfeltet forholdt til at LAR eventuelt skal være et skadereduksjonstiltak?

Ved å se nærmere på hva som ligger til grunn for skadereduksjonstanken, har jeg utledet egne kriterier for hva jeg anser som kjennetegnende for substitusjonsbehandling basert på skadereduksjon. Kriteriene har dannet utgangspunktet for å besvare problemstillingen jeg har ønsket å besvare i denne avhandlingen.

Basert på kriteriene har jeg først sett nærmere på i hvilken grad tidligere regulering av LAR kan anses som basert på skadereduksjon. Ved å ta utgangspunkt i hvordan behandlingen tidligere har blitt regulert, samt resultater fra den nasjonale LAR-evalueringen, har jeg her vist at dette ikke kan anses som basert på skadereduksjon. I analysen har jeg vist at tilgangen til denne behandlingen har vært strengt regulert, og at målet med behandlingen ikke først og fremst har vært å redusere de helsemessige konsekvenser som i stor grad preger de heroinavhengige stoffbrukernes liv.

I hoveddelen av avhandlingen har jeg sett nærmere på hvordan en i den nye reguleringen av LAR har utformet dette som et skadereduksjonstiltak. Fokuset har her ligget på den nye forskriften og retningslinjen som kom på plass i 2010. I hovedtrekk har det vist seg at nye LAR i stor grad kan anses som basert på skadereduksjon, men da med enkelte forbehold. Med den nye reguleringen av LAR har en tatt innover seg hvilke helsemessige konsekvenser et liv med heroinavhengighet medfører, og stoffbrukerne blir i større grad enn tidligere behandlet som pasienter på lik linje med andre pasienter i helsevesenet. I denne delen av avhandlingen har jeg også sett nærmere på hvordan utøverne på dette fagfeltet har forholdt seg endringene i reguleringen av LAR, gjennom høringsuttalelsene som har fremkommet i de to høringsrundene. I denne sammenheng har det vist seg å være bred enighet om hvordan denne behandlingen nå er regulert.

Avslutningsvis har jeg gitt fire konkrete forslag til hvordan jeg mener nye LAR i enda større grad kunne blitt ansett som et skadereduksjonstiltak, ut i fra mine kriterier for skadereduksjon.

TAKK

Tusen takk til Leif Petter Olaussen for god og tålmodig veiledning.

Takk til min mor for å ha hjulpet med gjennomlesning av oppgaven.

En spesiell takk går til min Marita.

Oslo, november 2011

Dagfinn Homme

Innholdsfortegnelse

Begrepsforklaringer.....	X
1 Innledning og problemstilling	1
1.1 Utvalg av datamateriale.....	2
1.2 Oversikt over den videre framstilling av oppgaven	4
2 Helserelaterte skadefølger av opiatbruk og skadereduksjon	6
2.1 Helserelaterte skadefølger av vedvarende bruk av narkotika.....	6
2.2 Skadereduksjon – hvorfor – hvordan – hva kan oppnås?.....	10
2.3 Skadereduksjon – kriterier for å vurdere LAR.	12
2.4 Oppsummering	32
3 Gamle LAR - i lys av kriterier for skadereduksjon	33
3.1 Tidligere regulering av inntak til LAR – i lys av kriterium 1.	36
3.2 Tidligere regulering av formålet med LAR – i lys av kriterium 2.....	41
3.3 Tidligere LAR som helhetlig “behandlingspakke” – i lys av kriterium 3.....	48
3.4 Tidligere utforming av rammeverket for LAR- i lys av kriterium 4	52
3.5 Implementeringen av rusreformen - mot et nytt LAR?.....	53
3.6 Oppsummering	55
4 Nye LAR - i lys av kriterier for skadereduksjon	57
4.1 Den politiske prosessen fram til et nytt rammeverk for LAR.	57
4.2 Ny regulering av inntak til LAR- i lys av kriterium 1.....	60
4.2.1 Alderskriteriet fjernes.....	61
4.2.2 Opiatavhengighet som indikasjon for inntak til LAR.....	62
4.2.3 Valget mellom medikamentfri behandling og substitusjonsbehandling	64
4.2.4 Tiltaksplan/individuell plan som forutsetning for inntak	69
4.3 Ny regulering av formålet med LAR- i lys av kriterium 2	72
4.3.1 Utskrivningskriteriene endres.....	75
4.3.2 Ny regulering av urinprøver som kontrolltiltak.....	77
4.4 Nye LAR som helhetlig “behandlingspakke» – i lys av kriterium 3	82
4.4.1 Et prøveprosjekt med lavterskel substitusjonsbehandling	82
4.4.2 Nye LAR som helhetlig “behandlingspakke”	84
4.5 Brukerorganisasjonenes deltakelse i utformingen av nye LAR- i lys av kriterium 4	88
4.5.1 Brukerorganisasjonenes deltakelse i utformingen av LAR-forskriften	89

4.5.2 Brukerorganisasjonenes deltakelse i utformingen av retningslinjen	92
4.6 Oppsummering	95
5 Avsluttende betraktninger	97
5.1 Forslag 1: Valg av behandling baseres på prioriteringsforskriften.	97
5.2 Forslag 2: Erstatt bruken av urinprøver med spyttprøver	99
5.3 Forslag 3: Lavterskel substitusjonsbehandling som nasjonalt tilbud.	100
5.4 Forslag 4: Brukere representert i forskriftsarbeidet og flere representanter.....	101
Litteraturliste	103
VEDLEGG.....	116

Begrepsforklaringer

Agonist – En opiat agonist er et stoff som i høy grad binder seg til virkestedene for opiater i hjernen og derved gir kraftig virkning. Eksempler er heroin, morfin og metadon.

Antagonist – En opiat antagonist er et stoff som binder seg til og blokkerer alle virkestedene for opiater i hjernen og derved hindrer virkning av opiater. Eksempler er naltroksone og nalokson. Buprenorfin er en partiell (delvis) antagonist/agonist som delvis blokkerer for virkningen av andre opiater.

Benzodiazepiner – En gruppe beroligende legemidler som er vanedannende og brukes ved angst og innsovningsvansker

Høyterskel substitusjonsbehandling – Medikamentell substitusjonsbehandling med inntaksbegrensninger og krav om tilpasning til behandlingen. Det er ofte motivasjonskrav for tilgang til behandling og krav om at pasienten skal følge behandlingsregler. Rusmiddelbruk vil kunne føre til utskrivning fra behandling.

Indikasjon – Tegn og holdepunkter for at en bestemt behandling bør iverksettes

Lavterskel substitusjonsbehandling – Medikamentell substitusjonsbehandling uten inntaksbegrensninger, bortsett fra krav om opiatavhengighet. Det er ofte få krav til pasienten under behandlingstiden. Rusmiddelbruk vil ikke være grunn for utskrivning i denne type program.

LAR – Legemiddelassistert rehabilitering

Opiat – Fellesbetegnelse på stoffer som kan binde seg til bestemte virkesteder i kroppen, opiatreseptorer, særlig i hjernen

Retensjon – Med “retensjon i behandling” menes det her hvor stor andel av en pasientgruppe som blir værende i behandlingen etter en viss periode, vanligvis et år.

Spesialisthelsetjenesten - Offentlige sykehus og institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk og ambulansetjeneste. Tjenesten er organisert gjennom regionale helseforetak. Omtales også som “andrelinjetjenesten”.

Substitusjonsbehandling – Behandlingsmetode for rusmiddelavhengighet der det rusmiddelet pasienten er avhengig av, erstattes av et lignende middel som i større grad muliggjør stabilisering av pasienten. Ved opiatavhengighet erstattes for eksempel heroin av metadon eller buprenorfin. LAR er substitusjonsbehandling for opiatavhengighet.

Substitusjonslegemidler – De legemidlene som brukes i substitusjonsbehandling. For tiden brukes det i Norge metadon og buprenorfin (Subuxone og Subutex)

1 Innledning og problemstilling

Og jeg undres. Hvis det ved andre typer lidelser, f.eks. hjernehinnebetennelse, døde et ungt menneske som hadde bedt om hjelp, men ikke fikk det, ville vi vel ventet at saken ble oss forklart. Hvis det døde fem, hvorav i det minste noen hadde bedt om hjelp, men stadig ikke fått den, ville vi vel ventet at det ble nedsatt en granskningskommisjon. Hvis det døde hundre, ville trolig forventningene gå i retning av politisk krise. Slik ville det vært om de døde var vanlige ungdommer, og dødsårsaken ikke var av den typen det knytter seg vanære til. Men de ses ikke som vanlige, de som dør av stoffbruk. Og fremfor alt, vi laster ikke ansvaret tungt over på helsevesenet. Vi ser i hovedsak fortsatt saken som et strafferettslig kontrollspørsmål (Christie og Bruun 2003, s. 221).

Med denne avhandlingen ønsker jeg å sette fokus på narkotikapolitikken som blir ført i Norge i dagens samfunn, og da nærmere bestemt hvordan denne fortoner seg i forhold til reguleringen av legemiddelassistert rehabilitering i Norge. Bakgrunnen for valg av tema og problemstilling baserer seg i stor grad på mitt møte med Evy Frantzsen (2001) sin skildring av norske narkotikabrukeres møte med prøveprosjektet med metadon på 1990-tallet. Her beskriver hun hvordan narkotikabrukerenes møte med metadonbehandlingen var preget av stor avstand mellom de politiske kreftene som utarbeidet reguleringen av behandlingen, og de som denne politikken skulle angjelde. En avstandspolitikk som ga utslag i lang ventetid for behandling, få behandlingsplasser og lite informasjon til dem det gjaldt. En avstandspolitikk som resulterte i alvorlige konsekvenser for de utslåtte menneskene hun møtte i sin forskning. Utslåtte mennesker som allerede balanserer mellom liv og død på grunn av deres stoffbruk.

Siden Frantzsen (2001) sitt møte med norsk metadonpolitikk har det forekommet mange endringer på det narkotikapolitiske feltet. Reguleringen av prøveprosjektet med metadon kan ses i lys av at Norge er et land hvor det overordnede målet i narkotikapolitikken er et samfunn fritt for narkotika. Tiltak rettet mot å begrense etterspørselen, og tiltak rettet mot å begrense tilgangen til narkotika har tradisjonelt vært de sentrale virkemidlene for å nå dette målet. Samtidig har det i løpet av de siste to tiårene vært en stadig økende grad av satsing på skadereduksjonstiltak i Norge. Eksempler på dette er utdeling av rene sprøyter, opprettelsen av sprøyterommet som et permanent tiltak i Oslo, og i 2010 leverte det offentlig oppnevnte Stoltenberg-utvalget en tilrådning om at det i Norge burde settes i gang utdeling av gratis heroin for de mest utslåtte og forkomne stoffbrukerne. Innføringen av slike tiltak har etter min mening medført en stigende aksept for hvilke skadelige konsekvenser et liv som stoffbruker medfører både helsemessig og sosialt, og en økende erkjennelse av at straffeforfølgelse av denne samfunnsgruppen ikke nødvendigvis er den rette veien å gå for å løse narkotikaproblemet.

Substitusjonsbehandling med legemidler er en behandlingsform som internasjonalt, og da spesielt i europeisk sammenheng, har blitt utformet som skadereduksjonstiltak. Som begrepet tilsier innebærer dette grovt sett å redusere de skader som følger av stoffbruken. Samtidig er et sentralt prinsipp for slike tilbud om at de skal være lettest mulig tilgjengelig. I norsk sammenheng har man også ønsket å redusere de skadene som følger av stoffbruken, gjennom substitusjonsbehandling med legemidler, men samtidig har behandlingen vært underlagt en særregulering her i Norge. En særregulering som kan sies å skille seg fra hvordan denne type behandling er regulert i land hvor fokuset på substitusjonsbehandlingen er skadereduksjon. Som følge av at målgruppen bare har vært de stoffbrukerne som er tyngst belastet, har behandlingen vært preget av høy terskel for å komme inn i behandling, lav terskel for å bli skrevet ut og mye kontroll. I 2004 oppnådde stoffbrukerne pasientrettigheter ved implementeringen av rusreformen, og ansvaret for rusbehandling ble overført fra sosialsektoren til helsesektoren. Som følger av dette har det i perioden 2006–2010 blitt utarbeidet et nytt rammeverk for reguleringen av LAR i Norge. Ved at stoffbrukerne har oppnådd pasientrettigheter er det nærliggende for min del å tenke at det nye rammeverket vil ha større fokus på den helsemessige nytten ved behandlingen, og si så måte at rammeverket i større grad tar utgangspunkt i skadereduksjonstanken. Med utgangspunkt i dette har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

I hvilken grad er nye LAR utformet som et skadereduksjonstiltak, i forhold til det gamle LAR, og hvordan har utøverne på dette fagfeltet forholdt til at LAR eventuelt skal være et skadereduksjonstiltak?

Jeg vil i det følgende redegjøre for grunnlaget for oppgaven.

1.1 Utvalg av datamateriale

Utgangspunktet for denne avhandlingen tar for seg prosessen som har ledet fram til det nye rammeverket for LAR i Norge. En prosess som har sitt utgangspunkt i to forskjellige høringsrunder som samlet sett har bidratt til utformingen av det nye rammeverket. I tillegg til materialet som har dannet grunnlaget for disse høringsrundene, samt materialet som har fremkommet gjennom selve høringsrundene, vil også den endelige reguleringen av LAR utgjøre et sentralt materiale for utarbeidelsen av denne avhandlingen.

Den første høringsrunden har bakgrunn i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 tok initiativ til en høringsrunde angående endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Bakgrunnen for disse endringene var at man ønsket at rettstilstanden for rusmiddelmissbrukerne skulle fremgå klart av lovgivningen på linje med det som gjaldt for andre pasientgrupper etter implementeringen av rusreformen i 2004. I 2004 ble også en helhetlig evaluering av LAR gjennomført for første gang. Som følge av implementeringen av rusreformen, og som et ledd i oppfølgingen av evalueringen¹ av LAR, la man blant annet opp til et forslag som innebar noen endringer av lovteknisk karakter og en forskriftshjemmel som åpnet for å fastsette nærmere regler om LAR.. Helse- og omsorgsdepartementet mottok i denne sammenheng uttalelser fra 43 høringsinstanser i denne høringsrunden.

Den 26. mai 2009 sendte Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet forslag til 1) forskrift om legemiddelassistert rehabilitering og 2) utkast til Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opiatavhengighet ut på høring. For at høringsinstansene best mulig skulle kunne se forskrift og retningslinje i sammenheng, ble det besluttet å sende de to utkastene på felles høring. Sammen utgjør disse utkastene det endelige forslaget til det nye rammeverket for LAR i den andre høringsrunden (Helsedirektoratet 2009, Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Helse- og omsorgsdepartementet, og Helsedirektoratet, mottok uttalelser fra 107 høringsinstanser i denne høringsrunden.

1. januar 2010 trådte forskriften i kraft (LAR-forskriften 2009), og 1. februar 2010 ble den endelige versjonen av Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet publisert (Helsedirektoratet 2010).

For å kunne belyse problemstillingen i større grad har jeg også benyttet meg av andre offentlige dokumenter som tilleggsdata². Dette omfatter spesielt de rundskriv som tidligere har dannet reguleringen for LAR innen det nye rammeverket har kommet på plass, og de to evalueringsrapportene av LAR som har dannet grunnlaget for utarbeidelsen av det nye rammeverket. Prosessen med å finne frem til dokumentene som utgjør grunnlaget for analysen i oppgaven har i liten grad vært problemfull, i det alle høringsdokumentene, samt rundskriv

¹ Sosial- og helsedirektoratet fikk våren 2003 i oppdrag av (daværende) Helsedepartementet å gjennomføre en uavhengig og helhetlig evaluering av LAR. Evalueringen var basert på to evalueringsrapport. En evaluering ble utarbeidet av seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved psykiatrisk institutt, Universitetet i Oslo, og den andre ble utført av konsulentfirmaet AIM Research Based Consulting.

² Se vedlegg 1 for komplett liste over dokumenter og høringsuttalelser jeg har benyttet meg av.

og evalueringsrapporter, har blitt publisert og gjort tilgjengelige på hjemmesidene til henholdsvis Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Jeg har der fått tilgang til alle høringsuttalelsene, bortsett fra høringsuttalelsen fra Pasientombudskollegiet i den andre høringsrunden som ikke lot seg åpne.

Grunnlaget for å fokusere på høringsrundene er at dette gir et rikt datamateriale om hvordan reguleringen av LAR burde fortone seg, og på grunn av dens betydning i det norske styresettet. Dette vil også utgjøre et sentralt grunnlag for å besvare hvordan utøverne på fagfeltet innen LAR har forholdt seg til at LAR eventuelt skal være et skadereduksjonstiltak. Høringsrundene anses som en sentral ordning i det korporative styresettet som har vokst frem i Norge i etterkrigstiden (Rugset 1999). Gjennom deltakelse i den korporative kanal har interesseorganisasjoner mulighet til å sikre sine medlemmer dobbelt innflytelse, både ved å delta i valg til Storting og kommuner, og ved å delta i samarbeidsordningene mellom staten og de organiserte interessegruppene. Høringsrunden kommer som regel mot slutten av beslutningsprosessen slik at høringsinstansene kan forholde seg til et foreliggende forslag med begrunnelser. Høringsrundene kan ses som uttrykk for kvalitetssikring av de beslutningene forvaltningen foretar seg, og gir høringsinstansene en mulighet til å komme med ny og relevant informasjon om de saker som er til utredning (Rugset 1999).

1.2 Oversikt over den videre framstilling av oppgaven

I kapittel 2 vil jeg se nærmere på de helserelaterte skadefølgene et liv med vedvarende bruk av narkotiske stoffer medfører. Jeg vil se nærmere på et konkret tiltak som kan anses som et skadereduksjonstiltak, og hvilke effekter dette tiltaket har fremvist. Jeg vil gå i dybden på hva skadereduksjonsbegrepet innebærer, og ut i fra dette vil jeg utlede kriterier for hva som kjennetegner et skadereduksjonstiltak. Kriteriene vil ta utgangspunkt i hvordan substitusjonsbehandling er regulert i land som jeg anerkjenner, og litteraturen om dette temaet, som land hvor fokuset i narkotikapolitikken ligger på skadereduksjon. Disse kriteriene vil danne utgangspunktet for å besvare problemstillingen jeg har valgt for oppgaven.

I kapittel 3 vil jeg se i hvilken grad den gamle reguleringen av LAR tilfredsstillende de kriterier jeg har satt for å anse tiltaket som et skadereduksjonstiltak. Utgangspunktet vil være de rundskriv som har dannet grunnlaget for den tidligere reguleringen av LAR. I denne sammenheng vil de to evalueringsrapportene, som til sammen utgjorde LAR-evalueringen,

utgjøre en sentral plass for å belyse i hvilken grad mine kriterier for skadereduksjon blir imøtekommet i den tidligere reguleringen av LAR.

I kapittel 4 vil jeg se i hvilken grad den nye reguleringen av LAR imøtekommer de kriterier jeg har satt for å anse tiltaket som et skadereduksjonstiltak. Her vil jeg også se nærmere på hvordan de involverte utøverne på dette fagfeltet har forholdt seg til at LAR eventuelt skal være et skadereduksjonstiltak, ved å se nærmere på hva som har kjennetegnet høringsrundene knyttet til de enkelte problemstillingene. I denne sammenheng vil høringsdokumentene, samt den endelige LAR-forskriften og retningslinjen, utgjøre kunnskapsgrunnlaget.

I kapittel 5 vil jeg trekke opp hovedlinjene av de resultater som har fremkommet gjennom avhandlingen. Jeg vil i dette kapitlet også avslutte avhandlingen med noen forslag til hvordan LAR eventuelt i enda større grad kunne vært basert på skadereduksjon. Forslag som vil være basert på de funn jeg har gjort tidligere i avhandlingen.

2 Helserelaterte skadefølger av opiatbruk og skadereduksjon

LAR er en behandling som skiller seg fra andre behandlinger på det medisinske felt, og som er beregnet for opiatbrukere. Behandlingen er utformet for mennesker som har utført kriminelle handlinger etter norsk lov, i form av bruk av narkotika, og i så måte vil pasienten både anses som syk og som kriminell. I dette kapitlet vil jeg se nærmere på hvilke helsemessige skader vedvarende bruk av narkotika medfører. Skader som helsevesenet har tiltak for og kan gjøre noe med. Jeg vil gå i dybden på hva som ligger til grunn for skadereduksjonstanken, for så å vise til konkrete eksempler på hvordan dette forholder seg i forhold til substitusjonsbehandling. Ut i fra dette vil jeg utlede kriterier for hva som kan anses som kjennetegnende for substitusjonsbehandling som skadereduksjonstiltak. Disse kriteriene vil danne utgangspunkt for resten av oppgaven, og en vil da kunne se analysen av LAR i en bedre sammenheng.

2.1 Helserelaterte skadefølger av vedvarende bruk av narkotika

“Bruger” i betydningen “stoffbruger” henviser til vedkommendes relationer til bestemte ting – nemlig de substanser, han eller hun benytter for at opnå rus og/eller undgå abstinenser – og undertiden til en særlig identitet, til stoffbrugerens relationer til hinanden og til de fællesskaber, hvor stoffene kan skaffes eller blive anvendt. I denne betydning er “bruger” eller “stoffbruger” en erstatning for det klart negativt vurderende “stofmisbruger” og det mere forkætrede udtryk “narkoman” (Asmussen og Jöhncke 2004, s. 13)

Denne oppgaven tar som nevnt utgangspunkt i hvilken grad det nye rammeverket for LAR er tilrettelagt ut i fra tanken om skadereduksjon. LAR er en behandlingsmetode som er ment for injiserende opiatbrukere. En gruppe mennesker som i lys av deres vedvarende bruk av narkotiske stoffer er nært forbundet med helsemessige skader, og da særlig overdoser, både dødelige og ikke-dødelige, og overføring av smittsomme sykdommer (EONN 2010, s.80). Jeg vil her se nærmere på forekomsten av disse helsemessige skadene blant stoffbrukerne i Norge.

Det europeiske overvåkingscenteret for narkotika og narkotikamisbruk, EONN, definerer problembruk av narkotiske stoffer som enten injisering av narkotika eller forlenget/regelmessig bruk av opiater, kokain eller amfetamin (SIRUS 2010, s.32).

Injeksjonsbruk, og da primært i form av opiater, anses som den narkotikabruken som gir høyest risiko for helseproblemer, som f. eks. blodbårne infeksjoner (HIV/AIDS og hepatitt) eller overdoser (EONN 2010, s.74–75). I Norge er problembruken av narkotika i stor grad knyttet til injisering av heroin. SIRUS anslår i sin rapport om narkotikasituasjonen i Norge i

2010 at antallet injiserende stoffbrukere i 2009 var estimert til å være mellom 8700 og 12300. Av disse var det en klar overvekt av injiserende stoffbrukere (SIRUS 2010, s. 32).

Som følge av deling av sprøyter, og derav bruk av urene sprøytespisser, er injiserende stoffbrukere utsatte for å bli rammet av smittsomme sykdommer i form av HIV -infeksjoner og hepatittvirus. I forhold til Hiv-infeksjoner er dette forholdsvis lite utbredt blant de norske stoffbrukerne i forhold til andre land. I SIRUS (2010) sin rapport om narkotikasituasjonen i Norge anslås det at frem til 31. desember 2009 var det 564 injiserende stoffbrukere som hadde blitt diagnostisert som Hiv-positive. Dette tilsier at 13 prosent av alle registrerte Hiv-infeksjoner i perioden 1984–2009 har kommet som resultat av injiserende stoffbruk som risikofaktor. Årlig rapporteres det om mellom 10 og 15 nye tilfeller av Hiv-infeksjoner blant injiserende stoffbrukere i Norge (SIRUS 2010, s. 37).

Smittsomme sykdommer i form av hepatittvirus er det derimot mange tilfeller av blant de injiserende stoffbrukerne i Norge, og da spesielt i form av hepatitt B og C. I perioden 1995–2009 ble det rapportert om 1947 tilfeller av akutt hepatitt B smittede blant injiserende stoffbrukere i Norge. I 2009 involverte 23 av totalt 57 rapporterte tilfeller av akutt hepatitt B injiserende stoffbrukere (SIRUS 2010, s.38). Hepatitt B blir regnet som en av verden største pandemier med ca. 1 million dødsfall pr. år (Folkehelseinstituttet 2010b, avsnitt 2). Det er utviklet vaksiner mot dette viruset, og det anslås at ca. 90 prosent av kronisk hepatitt B tilfellene kan behandles tilfredsstillende (Folkehelseinstituttet 2010b, avsnitt 10). I 2009 ble det også rapportert om 2323 tilfeller av hepatitt C, hvorav det var både akutte og kroniske tilfeller (SIRUS 2010, s. 38). I omtrent halvparten av tilfellene var det ingen informasjon om smitekilden, men i tilfellene hvor smitekilden var kjent var 90 prosent av tilfellene smittet gjennom bruken av sprøyter. Målingen av alle smittede med hepatitt C begynte i Norge først i 2008, så det er vanskelig å anslå hvor mange nye smittetilfeller av hepatitt C som har forekommet i stoffbrukermiljøet de siste årene. Folkehelseinstituttet anslår, basert på undersøkelser, at generelt sett vil ca. 50 prosent av stoffbrukerne være smittet 2-3 år etter injeksjonsdebuten, og at nesten alle stoffbrukerne vil være smittet etter 10–12 års injiserende stoffbruk (Folkehelseinstituttet 2010a, avsnitt 10). I 70–80 prosent av smittetilfellene kan sykdommen utvikles til et kronisk forløp hvorav en del utvikler en kronisk aktiv hepatitt med risiko for levercirrose og senere hepatocellulært karsinom, bedre kjent som henholdsvis skrumplever og leverkreft (Folkehelseinstituttet 2010a, første avsnitt). Hepatocellulært karsinom er en av de ti vanligste kreftformene i verden, og verdens helseorganisasjon anslår at

ca. 80 prosent av disse tilfellene skyldes hepatitt B og C (Folkehelseinstituttet 2010a, første avsnitt).

I forhold til antallet injiserende stoffbrukere og skader som følger av slik narkotikabruk, er det nærliggende å se på dødelighet i forhold til vedvarende bruk av narkotika. Narkotikainduserte dødsfall er dødsfall som følger av overdosering av narkotiske stoffer. Faktorer som påvirker antallet av rapporterte narkotikainduserte dødsfall kan være utbredelsen av narkotikabruk, bruksmønstre (injisering, blandingsmisbruk), stoffbrukerens alder og tilleggslidelser, samt tilgjengeligheten av behandling og akuttmedisinske tjenester, i tillegg til kvaliteten på datainnsamling og rapportering (EONN 2010, s. 84–85). I Norge er det to organer, statistisk sentralbyrå (SSB) og Kripos, som fører statistikk i forhold til narkotika og dødsfall. Men knyttet til denne registreringen er det forskjellige praksiser for rapportering blant de to organene. Kripos baserer sine tall på rapporter fra politidistriktene om mistenkelige/unaturlige dødsfall knyttet til narkotikabruk som de har undersøkt, mens statistisk sentralbyrå baserer seg på de rettsmedisinske undersøkelser som blir utført i etterkant av dødsfallene (SIRUS 2010, s.39). På grunn av forskjellige kriterier for hva som kjennetegner dødsfall som følger av bruk av narkotiske stoffer operer de to aktørene med forskjellige resultater. Jeg vil i dette henseende benytte meg av de statistiske funnene til SSB, fordi de kriterier SSB legger til grunn for sine funn er i overensstemmelse med den overnevnte definisjon til EONN. Det er allikevel verdt å merke seg at tallene fra SSB ikke inkluderer alle dødsfall som er direkte eller indirekte relatert til bruken av narkotika, men de gir et riktigere bilde av den totale dødeligheten enn hva tilfellet er for Kripos årlige statistikker (SIRUS 2010, s. 69).

I forhold til narkotikainduserte dødsfall er Norge blant de landene som kommer dårligst ut i europeisk sammenheng. 2001 var det foreløpige toppunktet i Norge når det gjelder antall narkotikainduserte dødsfall, med hele 405 dødsfall som var relatert til narkotikabruk ifølge SSB. Etter 2001 har antallet sunket og stabilisert seg i større grad, og i 2008 forekom det 263 narkotikainduserte dødsfall. I 131 av de 263 dødsfallene var overdose av heroin den underliggende årsaken til dødsfallene. Totalt i perioden 1991–2008 har det forekommet 4155 narkotikainduserte dødsfall i Norge (SIRUS 2010, s. 40). Ser en disse tallene i sammenheng med hvordan situasjonen er i resten av Europa kan en si at situasjonen i Norge er særdeles skremmende, til tross for at det kan være store feilmarginer for rapporteringen i forhold til kvaliteten i datainnsamlingen blant de enkelte land. I en sammenlikning av antall narkotikainduserte dødsfall pr. million innbyggere i aldersgruppen 15 til 64 år blant europeiske land, kommer Norge desidert dårligst ut. For Norge sin del var det 85

narkotikainduserte dødsfall per million innbyggere i aldersgruppen 15 til 64 år. Et resultat som var fire ganger høyere enn for gjennomsnittet i resten av Europa (SIRUS 2010, s. 66–67). Det er verdt å merke seg at det statistiske grunnlaget for Norge sin del er hentet fra SSB sine statistiske beregninger for 2007, mens det meste av datagrunnlaget for de europeiske landene er hentet fra 2008. Til tross for dette er det gode grunner til å være bekymret over antallet narkotikainduserte dødsfall pr. million innbyggere i Norge i forhold til resten av Europa. En rekke studier har vist at tiden umiddelbart etter løslatelse fra fengsel eller utskriving fra narkotikabehandling som spesielt kritiske perioder, hvorav risikoen for overdoser er spesielt høy (EONN 2010, s.85).

De foregående tallene tar for seg dødsfall som direkte skyldes bruken av narkotika, men mange dødsfall oppstår også som en indirekte konsekvens av narkotikabruk. Studier har også vist at nesten 50–60 prosent av de injiserende stoffbrukerne har overlevd en overdose (EONN 2010, s. 85–88). En anslår at for hvert narkotikainduserte dødsfall, er antallet ikke-dødelige overdoser beregnet til å være mellom 20 og 25. Det å overleve en overdose innebærer samtidig en forhøyet risiko for senere å dø av overdose. Ikke-dødelige overdoser kan i mange tilfeller også forårsake andre helserelaterte sykdommer, som for eksempel svekket lungefunksjon, lungebetennelse og muskelsvekkelse. Den totale dødelighet forbundet med narkotikabruk, hvor både de direkte og indirekte konsekvensene er innberegnet, er vanskelige å tallfeste. Men studier som følger stoffbrukere over tid har vist resultater av hvilke risikoer et vedvarende narkotikabruk medfører. Generelt sett har flere studier vist at dødeligheten blant problembrukere av narkotika er 10 til 20 ganger høyere enn hva tilfellet er for resten av befolkningen i tilsvarende aldersgruppe. Kroniske sykdommer slik som leversykdommer, hovedsakelig da forårsaket av hepatitt C-smitte, forårsaker også en del dødsfall blant stoffbrukere. En studie gjennomført av WHO har anslått at skader og selvmord kan stå for om lag en tredjedel av alle dødsfall i Europa som tilskrives problematisk bruk av narkotika. Spesielt når det gjelder selvmord har undersøkelser vist at heroinbrukere hadde 14 ganger høyere risiko for å dø ved selvmord enn befolkningen generelt (EONN 2010, s. 85–88).

Som jeg her har vist medfører et liv med vedvarende narkotikabruk, og da spesielt injiserende heroinbruk, at stoffbrukerne påfører seg helsemessige skader i form av smittsomme sykdommer og forhøyet risiko for dødsfall. Helserelaterte skader som skadereduserende tiltak har som mål å gjøre noe med. Med dette som bakgrunn vil jeg nå se nærmere hva som kjennetegner et konkret eksempel på skadereduksjonstiltak, og hvordan et slikt tiltak innbyr til alternative løsninger i møte med narkotikaproblemet.

2.2 Skadereduksjon – hvorfor – hvordan – hva kan oppnås?

Skadereduksjon er en tilnærming til narkotikaproblemet som har blitt viet større og større oppmerksomhet de siste tiårene. Skadereduksjonstanken innbyr til en alternativ måte en kan redusere de helsemessige problemene et liv som stoffbruker medfører. Dette trenger ikke stå i veien for de tradisjonelle tiltakene som er rettet mot å redusere tilgangen eller etterspørselen til narkotiske stoffer, men kan heller anses som å være en alternativ tilnærming til å løse problemene som er forbundet med narkotiske stoffer.

Skadereduksjon er en tilnærming som har blitt benyttet overfor flere kategorier av rusmidler, inkludert alkohol og tobakk, men det har primært blitt skapt og markedsført som en alternativ tilnærming over for injiserende stoffbrukere (Riley og O'Hare 2000). Skadereduksjon vokste frem på 1980-tallet som en respons på økende tilfeller av infiserende sykdommer, da spesielt Hiv/AIDS, og den økende forekomsten av overdosedødsfall blant injiserende stoffbrukere. Blant enkelte land i Europa var det nesten epidemiske tilstander på midten av 1980-tallet (Cook, Bridge og Stimson 2010, s.38–39). Starten på det vi i dag kjenner som skadereduksjon har sitt utspring i initiativ som ble iverksatt av nederlandske brukerorganisasjoner i 1984. For å forhindre spredningen av hepatitt B smitte delte brukerne ut sterilt sprøytemateriell gratis til stoffbrukere som trengte det. Etter hvert ble dette gjort til et nasjonalt tilbud fra det offentlige, og i årene som kom var det flere og flere land som inntok denne praksisen. Innen årtusenskiftet var det 28 land i Europa som hadde tiltak hvor sterilt brukerstyr ble delt ut gratis til injiserende stoffbrukere, hvorav alle utenom ett var støttet fra det offentlige. Skadereduksjon har også fått fotfeste utenfor Europa, og da spesielt i Nord-Amerika og Australia (Cook m. fl. 2010, s. 38–39). Eksempler på andre typiske skadereduksjonstiltak som vi kjenner til i dag omfatter metadonprogrammer, foreskriving av andre stoffer enn metadon, utdanningsprogrammer, lovens håndhevere med tilnærming til skadereduksjon, opprettelse av straffefrie soner/ toleransesoner (såkalte helserom/sprøyterom), alkoholprogram, nikotinprogram og legalisering av marihuana/hasj (Riley og O'Hare 2000). I denne sammenheng vil jeg vise til et konkret eksempel på gjennomføringen av et skadereduksjonstiltak, og hvilke resultater evalueringen av dette tiltaket har vist.

I 2003 ble Nord-Amerikas første sprøyterom, Insite, åpnet i Vancouver, Canada. Et tiltak som er fortsatt i drift den dag i dag (Vancouver Coastal Health 2011). Tiltaket ble plassert i et miljø hvor forekomsten av injiserende stoffbruk var blant de høyeste i hele landet. Først og fremst er det et helsetiltak hvor formålet er å behandle og redusere antall infeksjoner og

sykdommer, redusere forekomsten av smittsomme sykdommer, redusere antallet dødelige overdoser og å forsikre at brukerne mottar helsetjenester som bidrar til å forbedre livene deres og gjøre de friskere (Vancouver Coastal Health 2011, s. 4) Ved sprøyterommet blir alle injiseringer overvåket av helsepersonell. Rent brukerutstyr blir delt ut og informasjon om hvordan en kan gjøre injeksjoner av narkotika med minst mulig risiko blir formidlet til de enkelte brukerne. Personalet sørger også for at brukere som ønsker det, vil bli henvist videre til behandling for sitt stoffbruk. Grunnlaget for iverksettelsen av tiltaket baserer seg på erkjennelsen av at ingen går fra langvarig, kronisk rusmiddelavhengighet til avhold over natta (Vancouver Coastal Health 2011, s.1). Tiltaket kan ses som det første steget på stigen fra å være stoffbruker til å bli stoff-fri. I det ligger det en anerkjennelse av at ikke alle er klare for behandling med en gang, men heller har behov for å ta hånd om andre problemer i sitt liv først. Tiltaket har blitt evaluert flerfoldige ganger, og evalueringene har vist hvilke positive resultater dette tiltaket har medført³. For det første har det vist seg at brukere av tiltaket er 70 prosent mindre tilbøyelige til å dele sprøyter med andre stoffbrukere, enn hva tilfellet er for de som ikke benytter seg av tilbudet. Samlet sett har dette bidratt til en reduksjon i delingen av sprøyter blant stoffbrukerne i Vancouver generelt (Vancouver Coastal Health 2011, s. 3). Med dette reduseres risikoen for å bli smittet av livstruende sykdommer som hepatitt og Hiv. I en by hvor det finnes mer enn 12 000 injiserende stoffbrukere var det, i perioden 1. april 2004 – 31. mars 2007, 7 648 stoffbrukere som var registrerte brukere av sprøyterommet, og i gjennomsnitt var det 645 besøk hver dag (Vancouver Coastal Health 2011, s. 6). I den samme perioden forekom det 696 overdoser, men ingen av dem med dødelig utfall. Det var 10 089 tilfeller hvor helsepersonellet måtte foreta helsemessige inngrep, og 3 130 behandlinger av svulster. Utover de helsemessige gevinstene for den enkelte bruker, har forskning også vist at tiltaket har positive konsekvenser for samfunnet forøvrig. Det har forekommet en tydelig reduksjon i forekomsten av stoffbrukere som injiserer narkotika på åpen gate, og derav en reduksjon i mengden av sprøytemateriell som ble etterlatt på åpen gate.

Med dette eksemplet er det tydelig at skadereduksjonstiltak kan oppnå positive resultater med hensyn til skadereduksjon, dersom utformingen av tiltaket er tilpasset brukerne av tiltaket. Positive resultater som er til fordel for både brukeren selv, og samfunnet generelt.

³ Se http://uhri.cfenet.ubc.ca/images/Documents/insite_report-eng.pdf for en samlet oversikt over alle forskningsrapporter om dette tiltaket.

2.3 Skadereduksjon – kriterier for å vurdere LAR.

Ut ifra det jeg her har skrevet er det tydelig at injiserende heroinbruk medfører alvorlige, helsemessige konsekvenser. Helsemessige konsekvenser som skadereduksjonstiltak, slik som eksempelet hentet fra Vancouver viser, forsøker å gjøre noe med. Substitusjonsbehandling med legemidler kan også sies å falle inn under kategorien skadereduksjon. På grunn av behandlingens egenart, ved at man erstatter en avhengighet med en annen avhengighet, er det store forskjeller i hvordan denne behandlingsformen blir regulert i de forskjellige land verden over. I dette kapitlet vil jeg se nærmere på hvilke prinsipper som ligger til grunn for skadereduksjonstanken, for så å se hvordan disse prinsippene kommer til uttrykk gjennom utvalgte eksempler. Ut i fra dette vil jeg danne et sett med kriterier som reguleringen av den norske substitusjonsbehandlingen skal vurderes opp i mot i de neste kapitlene. Kriterier som, ut i fra min forståelse av dette temaet, vil kunne anses som en optimal regulering av substitusjonsbehandling med legemidler hvor fokuset er skadereduksjon. Men først vil jeg vil se litt nærmere på hvordan denne behandlingsformen har kommet til verden, og hva som kjennetegner denne type behandling for injiserende heroinbrukere.

In all countries, one of the key factors underlying the success of methadone as a harm reduction measure is that it brings the user back into the community rather than treating him or her like an outsider or criminal (Riley og O'Hare 2000, s. 12).

I 1964, i New York, ble den første forsøksbehandlingen med metadon igangsatt av fysiologen Vincent Dole og psykiateren Marie Nyswander (Frantzsen 2001, s.21–23). 22 pasienter ble inkludert i behandlingen som gikk under navnet Methadone Maintenance Treatment – MMT – noe som på norsk kan oversettes som metadonstøttet behandling eller vedlikeholdsbehandling med metadon. Det er dette vi i dag kjenner som legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge. Teorien til de to initiativtagerne var at et langvarig opiatmisbruk forårsaket forstyrrelser i kroppens naturlige endorfinbalanse, og at denne balansen kunne gjenopprettes ved bruk av et annet opiat. Metadon er et avhengighetsskapende kunstig framstilt morfinlignende stoff, og innehar egenskaper som gjorde den velegnet til forsøksbehandlingen. Metadon kjennetegnes ved at virkningen inntreffer langsomt, dens virkning varer lenge og den trenger bare å inntas en gang i døgnet. Andre fordeler knyttet til metadon er at den kan inntas oralt slik at sprøytebruk unngås, og at den har en blokkerende effekt i forhold til andre opiater slik at sidemisbruk ikke vil ha noen ruseffekt. En daglig høydose med metadon gjorde at abstinensene forsvant, og andre opiaters euforiske effekt ble blokkert. Det gjorde pasientene i stand til å delta i psykoterapi og andre behandlingsformer

som inngikk i programmet. Målsetningene for programmet var tilpasning til samfunnet, redusere dødelighet og hindre kriminalitet (Frantzsen 2001, s. 21–23). Som følge av de resultatene denne behandlingsformen har vist, har stadig flere land inkorporert denne behandlingsformen i sine respektive behandlingsapparat. I den europeiske union, samt Kroatia og Norge, ble det anslått at 670 000 injiserende stoffbrukere mottok substitusjonsbehandling i 2008 (EONN 2010, s. 76). Substitusjonsbehandling med legemidler er en behandlingsform som det har blitt forsket mye på. Forskningen kan vise til resultater som viser at denne behandlingsformen bidrar til store helsemessige gevinster for den enkelte stoffbruker som deltar i denne type behandling. En gjennomgang av litteraturen om forskningen av denne type behandling viser det seg at denne behandlingen reduserer risikoen for smittsomme sykdommer som hiv og hepatitt, og at risikoen for dødsfall og overdosedødsfall blir betydelig redusert for dem som deltar i slik behandling (EMCDDA 2011a)⁴. Samtidig er det viktig å fremheve at dette er en behandlingsform som skiller seg fra andre behandlingsformer for opiatavhengighet, ved at det innebærer bruk av vanedannende legemidler. Legemidler som ved feil bruk, eller ved at det tilfaller mennesker som det ikke er ment for, kan innebærer fatale konsekvenser for den det skulle innebære. På grunn av legemidlenes særtrekk er behandlingen blitt utformet, og derav utbredt, i varierende grad verden over. Behandlingsmodellen til Dole og Nyswander blir gjerne omtalt som en høyterskel substitusjonsbehandling, hvor det blant annet er ekstra inntaksbegrensinger og krav om tilpasning til behandlingen. En motsats til dette er lavterskel substitusjonsbehandling, hvor det er kun krav om opiatavhengighet og få krav om tilpasning til behandlingen (Gjersing m. fl. 2009, s. 17). Jeg vil nå se nærmere på hva som kjennetegner substitusjonsbehandling med fokus på skadereduksjon. Ved å vise hva som ligger til grunn for skadereduksjonstanken, og ved vise til konkrete eksempler som jeg anser imøtekommer disse tankene, vil jeg kunne utarbeide kriterier som skal danne utgangspunkt for analysen av reguleringen av den norske substitusjonsbehandlingen.

Det første forholdet jeg ønsker å se nærmere på i vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak knytter seg til hvordan inntak til behandlingen er regulert. Skadereduksjon tar utgangspunkt i erfaringen om at ikke alle stoffbrukere ønsker eller vil slutte med sin stoffbruk, eller om de i det hele tatt klarer å slutte med sin stoffbruk (Marlatt 1998 a, s. 49). Skadereduksjon kan anses som en alternativ ideologi på et felt hvor mange

⁴ Se <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/opioid-injectors> for en oppsummering av hvilke resultater forskningen på denne behandlingen kan vise til.

andre ideologier gjør seg gjeldende, og da spesielt hvor de kontrollpolitiske og sykdoms- og behandlingsorienterte ideologiene er dominerende. Skadereduksjon er en alternativ ideologi ved at den ikke fokuserer på kun stoffbruken i seg selv, men heller fokuserer på konsekvensene og effektene som følger av et liv som stoffbruker. Skadereduksjon tar utgangspunkt i den stigende erkjennelsen om at stoffbruk har karakter av å være et kronisk problem. Ved å se det som en kronisk lidelse har det forekommet en økende erkjennelse om at utsiktene for helbredelse, tradisjonelt forstått som rusfrihet, har dårlige forutsetninger (Marlatt 1998 a, s. 49; Ege 1997a, s. 2). I et skadereduksjonstiltak vil en ha fokus på det som er helsemessig nyttig for den enkelte og hva som er praktisk gjennomførbart, ut i fra hva som er medisinsk forsvarlig. På dette vis inntar skadereduksjonstiltak en pragmatisk holdning hvor fokuset ligger på å promotere folkehelsen (Marlatt 1998 a, s. 56–58). Et oppslag i ordboken beskriver ordet pragmatisk med det “*som tjener det praktisk nyttige* (Ordnett 2011). Med den forskningen som ligger til grunn for substitusjonsbehandling, og de positive resultat denne behandlingen kan vise til, anser jeg det hensiktsmessig å se nærmere på hvilke kriterier som ligger til grunn for inntak til denne behandlingsformen. Ut ifra dette vil det si at en skadereduksjonstilnærming i substitusjonsbehandlingen vil ha et overordnet fokus på hva som er helsefremmende for den enkelte stoffbruker som gjennomgår behandling, og at denne typen behandling skal være likestilt med andre behandlingsformer i valg av behandling. Verdens helseorganisasjon (WHO) er en organisasjon som har fokus på hva som er helsefremmende for den enkelte, og definerer helse på denne måte:

The WHO constitution defines health as “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. It goes on to state that the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being, without distinction of race, religion, political belief, economic or social situation (WHO 2009, s. 8).

I 2009 utga WHO internasjonale retningslinjer for hva som burde være minimumskravene for substitusjonsbehandling i deres medlemsland. Jeg anser disse som representative for hva som kjennetegner et skadereduserende perspektiv for inntak til substitusjonsbehandlingen. Ut i fra at dette er ansett som den beste behandlingen for å redusere skader relatert til vedvarende opiatbruk, ser jeg det som nærliggende at flest mulig stoffbrukere med påvist opiatavhengighet skal få tilgang til denne behandlingen, og dette er også i tråd med de anbefalinger som WHO angir i sine retningslinjer for denne type behandling for heroinbrukere. Verdens helseorganisasjon (WHO, s. 29) omtaler substitusjonsbehandling med legemidler, i kombinasjon med psykososiale tiltak, som den mest effektive

behandlingsformen av opiatmisbruk. I organisasjonens retningslinjer fremheves det at slik behandling vil føre til langt bedre resultater enn en medikamentfri behandling for de fleste pasienter. Det fremheves spesielt at de som inkluderes i behandling med medikamenter vil oppnå langt mer positive behandlingsresultater enn de som undergår en annen type behandling. Disse resultatene er spesielt fremtredende ved at pasienter i substitusjonsbehandling vil ha mye større muligheter for å holde seg i live, ikke bruke heroin og å beholde kontakten med behandlingsapparatet. På denne bakgrunn anbefaler WHO substitusjonsbehandling med legemidler som den foretrukne behandlingsformen for injiserende opiatbrukere (WHO 2009, s. 29). I retningslinjene lyder anbefalingen som følger:

Treatment programmes should be designed to be as accessible as possible; for example, programmes should be physically accessible, open at convenient times, have no undue restrictions on accessibility, and have the capacity to be expanded to accommodate likely demand (WHO 2009, s. 11).

Til tross for anbefalingene om substitusjonsbehandling er det også, på bakgrunn av denne behandlingsformens egenhet, sentralt at det finnes noen kriterier for hva som skal danne grunnlag for inntak til behandling. WHO sin anbefaling om inntakskriterier til substitusjonsbehandling vil i dette henseende danne grunnlaget for mitt eget kriterium om dette temaet, som jeg senere skal benytte meg av for å vurdere LAR i forhold til skadereduksjon. For det første må opiatavhengighet kunne påvises slik at en forsikrer seg mot at en ikke påfører stoffbrukeren en avhengighet som ikke var tilstede fra før, og at en i størst mulig grad forsikrer seg om at substitusjonsbehandlingen fremmer helsen ut i fra sin hensikt. Internasjonalt er det i dag to diagnosesystemer som er allment godtatt for påvisning av opiatavhengighet, hvorav det ene diagnosesystemet, ICD-10, er utviklet av WHO (Helsedirektoratet 2010, side 39). I ICD-10 defineres opiatavhengighet som “*a cluster of physiological, behavioural, and cognitive phenomena in which the use of opioids takes on a much higher priority for a given individual than other behaviours than once had a great value* (WHO 2009, s. 25)”. I ICD-10 er det utarbeidet diagnostiske kriterier for å påvise at en person er opiatavhengig, og disse tar opp følgende forhold om stoffbrukerens opiatbruk:

- en opplever et sterkt ønske eller følelse av tvang til å ta opiater,
- en har vansker med kontrollere bruken av opiater,
- personen opplever abstinensplager når opiatbruken reduseres eller kuttes helt, eller at personen bruker andre opiater, eller andre relaterte narkotiske stoffer, for å lindre eller unngå abstinensplagene,

- toleransen for opiater,
- en stigende forsømmelse av alternative gleder eller interesser på grunn av opiatbruk,
- et økende konsum av tid for å tilegne seg opiater, eller for å restituere seg fra dets bruk,
- et vedvarende forbruk av opiater til tross for vissheten om hvilke skader en påfører en selv gjennom forbruket (WHO 2009, s.25)⁵.

For å kunne påvise definitivt at en person er opiatavhengig kan dette bare gjøres om tre eller flere av disse kriteriene har blitt opplevd eller påvist i løpet av det foregående året.

Opiatavhengighet utvikles ikke uten en periode med vedvarende bruk av opiater, men regelmessig bruk i seg selv er ikke tilstrekkelig for å fremkalle avhengighet (WHO 2009, s. 25). Om opiatavhengighet er påvist anbefaler WHO substitusjonsbehandling som den foretrukne behandlingen for denne type avhengighet, så fremt pasienten kan gi informert samtykke til dette og at det ikke finnes noen spesifikke kontraindikasjoner for oppstart av behandlingen. Det endelige valget av behandling skal baseres på en individuell, helhetlig medisinsk vurdering om hva som vil være det beste alternativet for den enkelte stoffbruker (WHO 2009, s. 19). WHO tar også opp spørsmålet om hvilke behandlingstilbud en skal tilby opiatavhengige ungdom i alderen 12–18 år (WHO 2009, s. 49–51). WHO anbefaler substitusjonsbehandling som den foretrukne behandling for denne gruppen opiatavhengige også, på lik linje med de over 18 år. Samtidig påpekes det at personer med kun en kort periode med opiatavhengighet, og de som fortsatt bor hjemme hos familien, kan ha like god nytte av medikamentfri behandling. Disse forhold som jeg her har tatt opp vil utgjøre en sentral del av det endelige kriteriet for vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak, i forhold til inntak til behandlingen.

Et siste moment som jeg ønsker å utdype i forhold til kriteriet om inntak knytter seg til de tilleggstjenester som blir tilbudt i behandlingen. Som tidligere nevnt bidrar substitusjonsbehandling til store helsemessige gevinster for stoffbrukere som deltar i denne type behandling. Men mange stoffbrukere har også behov for å ordne opp i andre forhold i deres tilværelse. Slike forhold omhandler psykososial forhold som for eksempel det å få orden på arbeidsforhold, boligforhold, det sosiale nettverket eller psykiske forhold. Et sentralt spørsmål i valg av substitusjonsbehandling i forhold til dette er om hovedfokuset skal ligge på

⁵ Se også http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00278/Nasjonal_retningsli_278679a.pdf (Helsedirektoratet 2010, s. 39). Her finnes den norske versjonen for diagnostisering av rusmiddelavhengighet generelt, mens den spesifikke diagnosen for opiatavhengighet kun finnes i den engelske originalversjonen.

legemiddelet, eller om legemiddelet kun skal være et hjelpemiddel for en helhetlig rehabilitering hvor psykososiale tiltak også skal inngå i behandlingen. I forhold til den internasjonale forskningen som er gjort om substitusjonsbehandling, kan følgende beskrivelse for hva som bidrar til de positive resultatene være dekkende: *“De fleste av gevinstene er tydelig knyttet til medikamentet mens de psykososiale tiltakene øker måloppnåelsen, særlig i forhold til livskvalitet og langsiktige målsettinger om utvikling (Waal m. fl. 2009, s.8)”*. I forhold til vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak er dette et viktig spørsmål. Skadereduksjonstiltak, i motsetning til de tradisjonelle behandlingstiltakene, satser på å nå ut til stoffbrukere gjennom å gjøre tilbudene så akseptable som mulig. En betegnelse som går igjen for denne tilnærmingen er at disse tiltakene karakteriseres om lavterskeltilbud (Marlatt 1998 a, s. 54–56). En sentral målsetning med lavterskeltilbud er at de ønsker å nå ut til og få kontakt med de stoffbrukerne som ikke er i kontakt, eller som av forskjellige årsaker ikke ønsker kontakt, med det eksisterende behandlingssystemet. Tanken bak denne målsetningen er at en kan ikke tvinge stoffbrukerne til å bli hjulpet uten at personen selv ønsker å bli hjulpet, og at behandlingsapparatet derfor må tilrettelegge det slik at tilgang til behandlingen gjøres enklest mulig. Hjelpeapparatet må gjøre sine tilbud overfor klienten mer akseptable slik at de kan muliggjøre og motivere til en atferdsendring i klientens stoffbruketatferd, og denne hjelpen kan ikke bare være på hjelpeapparatets premisser (Marlatt 1998 a, s. 54–56). I denne sammenheng er det samtidig viktig at en sikrer seg et medisinsk forsvarlig behandlingsopplegg. Ut i fra dette vil det være nærliggende å inkludere spørsmålet om psykososiale tiltak i kriteriet om inntak. WHO tar opp dette spørsmålet i sine retningslinjer, og helseorganisasjonen anerkjenner dette som en sentral del av behandlingen (WHO 2009, s. 19–20). WHO skriver følgende om spørsmålet om psykososiale tiltak i substitusjonsbehandling:

...providing medications without offering any psychosocial assistance fails to recognize the complex nature of opioid dependence, loses the opportunity to provide optimal interventions and requires treatment staff to go against their clinical inclination to respond to the total needs of their patients (WHO 2009, s. 19).

Ut fra dette er det tydelig hvilken betydning WHO tilkjenner psykososiale tiltak i substitusjonsbehandlingen, og anbefaler på dette grunnlag at psykososiale tiltak burde være tilgjengelig for alle stoffbrukere som er omfattet av substitusjonsbehandlingen (WHO 2009, s. 19–20). Samtidig fremheves det at på grunnlag av hva forskningen har vist om psykososiale tiltaks effekt, skal ikke stoffbrukere bli nektet substitusjonsbehandling om stoffbrukeren ikke ønsker å ta del i disse psykososiale tiltakene. Grunnlaget for dette baseres på at det er først og

fremst legemidlene som gir de positive resultatene som substitusjonsbehandlingen bidrar med (WHO 2009, s. 37–38). På dette vis fremheves det at det er legemiddelet som er hovedfokuset i behandlingen. Denne anbefalingen, sammen med forholdet om hva som skal danne grunnlag for inntak i forrige avsnitt, leder meg fram til følgende kriterium i vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak:

Kriterium 1) Inntak til substitusjonsbehandling skal først vurderes når stoffbrukeren har blitt diagnostisert med en opiatavhengighet. Om stoffbrukeren får påvist opiatavhengighet skal substitusjonsbehandling vurderes på lik linje med annen behandling for dette, men substitusjonsbehandling vil i de fleste tilfeller kunne anses som det beste valget. Det endelige valget av behandling skal baseres på en helhetlig, medisinsk vurdering av hva som vil være mest passende for den enkelte bruker, hvorav stoffbrukerens egen motivasjon for behandling og hvilke problemer en ønsker løst skal ha en sentral betydning i valget av behandling. Spesielt i forhold til yngre opiatbrukere, her ment 18 år eller yngre, vil medikamentfri behandling ofte innebære en like gunstig effekt som substitusjonsbehandling. Tilleggstjenester for å ordne opp andre i forhold enn det helsemessige i stoffbrukerens liv er nyttige hjelpemidler, men stoffbrukeren MÅ ikke benytte seg av tilbudet som en forutsetning for å kunne benytte seg av behandlingen. Legemidlene er det sentrale i behandlingen, og det er disse som i hovedsak bidrar til de positive resultatene i behandlingen.

Det neste forholdet jeg ønsker å ta opp i forhold til vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak knytter seg til situasjoner hvor stoffbrukerne som undergår substitusjonsbehandling utviser problemfull atferd underveis i behandlingen, og hvordan dette håndteres i forhold til ufrivillig utskrivning fra behandlingen. Skadereduksjon innbyr til en trinnvis måloppnåelse av mindre risikofull stoffbrukeratferd, hvorav rusfrihet kan være det endelige målet (Marlatt 1998 a, s.50–51). Ethvert skritt mot mindre skader som følger av ens stoffbruk, er et skritt i riktig retning. Målet er å motivere stoffbrukeren til å gjennomføre handlinger som kan medføre at skadene som følger av personens stoffbruk, kan reduseres. Grunnlaget for dette er at en anser rusavhengighet som noe som trenger tid for å løses, og at en dermed vil søke å opprettholde kontakten med stoffbrukeren lengst mulig. Skadereduksjonstiltak skiller seg fra de tradisjonelle tiltakene for rusmiddelavhengighet ved at de ikke kun anerkjenner rusfrihet som den eneste målsetning for behandlingen, og at denne målsetningen heller ikke skal være en forutsetning for at en skal kunne arbeide med stoffbrukens skadelige virkninger. Ut i fra slik en forståelse vil dette innebære at en hele tiden forsøker å tilby løsninger på problemfulle forhold som oppstår når stoffbrukeren fremviser

atferd som kan medføre skade for både seg selv og andre (Marlatt 1998 a, s.50–51). Å avslutte substitusjonsbehandlingen for den enkelte stoffbruker skal anses som den absolutt siste løsningen, og i tilfeller hvor dette er den siste løsningen skal en forsøke å overføre stoffbrukeren til andre behandlingstilbud. I forhold til denne problemstillingen har jeg valgt å se nærmere på hvordan den australske substitusjonsbehandlingen er regulert på dette området. Valget av Australia baserer seg på at det var et av landene som var tidligst ute med å innføre skadereduksjonstiltak (Cook og Kanaef 2008, s. 11), og var det første landet i verden som introduserte skadereduksjon som del av landets offisielle narkotikapolitikk (Marlatt 1998b, s. 44). De australske retningslinjene har også, sammen med retningslinjer fra 6 andre land, blitt trukket fram som eksempel på hvordan substitusjonsbehandling reguleres i andre land (Helsedirektoratet 2006⁶). På dette grunnlag vil eksempelet hentet fra Australia være ekstra interessant i vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak.

I de australske retningslinjene gis det konkrete eksempler på hva som kan medføre ufrivillig utskrivning fra behandlingen, og disse omfatter vold eller trusler om vold mot personalet eller andre pasienter, skade på eiendom eller tyveri fra substitusjonsprogrammet, narkotikasalg ved eller nær behandlingens område eller gjentatte tilfeller av videresalg av legemidlene (Australian Government 2003, s.22, Australian government 2006, s. 29). I tilknytning til disse forholdene fremheves det i retningslinjene at disse problemene kan bli løst ved å overføre pasienten til et annet behandlingsprogram, i stedet for å foreta en avslutning av substitusjonsbehandlingen. Et forhold som jeg synes er spesielt interessant i forhold til vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak, knytter seg til hvilke reaksjoner som kommer til uttrykk om stoffbrukeren fortsetter å benytte seg av rusmidler samtidig som denne personen deltar i substitusjonsbehandlingen. Med utgangspunkt i at skadereduksjon anser stoffbruk som et problem som må løses over tid, anser jeg det i denne sammenheng nærliggende å se hvilke mål som ligger til grunn for behandlingen. Formålet med substitusjonsbehandlingen i Australia har utgangspunkt i 4 målsetninger, og disse lyder:

- *bring to an end or significantly reduce an individual's illicit opioid use;*
- *reduce the risk of overdose;*
- *reduce the transmission of blood borne diseases; and*
- *improve general health and social functioning, including a reduction in crime* (Australian Government 2007, s. 7).

⁶ Andre land som har blitt trukket fram i denne sammenheng er Sverige, Danmark, Canada, USA, Storbritannia og Skottland (Helsedirektoratet 2006).

Ut fra disse målsetningene er det tydelig at substitusjonsbehandling i Australia først og fremst har som målsetning å fremme helsen til stoffbrukere som undergår behandling, og at rusfrihet ikke nødvendigvis er den eneste løsningen eller forutsetningen for behandlingen. Grunnlaget for dette baseres på tanken om at tilbakefall til rusmiddelbruk ikke skal anses som en svikt i behandlingen, men at dette er en naturlig del av en kontinuerlig læringsprosess hvorav rusfrihet kan være det endelige målet (O'Brien 2004, s. 4). I forhold til dette vil altså enhver reduksjon i bruken av heroin og andre opiatere anses som en suksess i den australske substitusjonsbehandlingen, men det er også andre forhold å ta hensyn til i dette henseende. Som nevnt tidligere innebærer et liv som injiserende stoffbruker ofte at en også inntar andre rusmidler slik som eksempelvis alkohol, benzodiazepiner og hasj. Bruken av disse rusmidlene bidrar blant annet til å forsterke heroinets effekt, eller som et substitutt for å unngå abstinenser når en ikke har opiatere tilgjengelig (Svensson 2005, s. 41). Legemidlene som benyttes i substitusjonsbehandlingen har ingen effekt i forhold til disse rusmidlene, og en eventuell avhengighet til disse rusmidlene vil dermed kunne fortsatt være tilstede selv om en mottar legemidler. Samtidig er det viktig å fremheve at bruk av andre rusmidler kan ha fatale konsekvenser i kombinasjon med legemidlene i substitusjonsbehandlingen. I forhold til bruk av andre narkotiske stoffer skal stoffbrukeren få fortsette i behandlingen, så lenge denne bruken ikke medfører en fare for personens sikkerhet og motvirker legemiddelets effekt (Australian Government 2003, s.22–23, Australian government 2006, s. 29). Spesielt bruk av benzodiazepiner og alkohol kan innebære fatale konsekvenser, ved samtidig bruk av legemidlene i substitusjonsbehandlingen. Tiltak for å kontrollere samtidig bruk av disse rusmidlene kan være daglige overvåkede inntak av legemidlene, urinprøvetaking for å kontrollere og overvåke bruk av andre rusmidler og henvisning til spesialiserte tiltak. Om stoffbrukeren mottar buprenorfin, kan en mulighet være å overføre brukeren til metadonbehandling idet det er lettere å overvåke pasienter på dette legemiddelet (Australian Government 2003, s. 33–34, Australian government 2006, s. 26). Dersom stoffbrukerens helse og sikkerhet ikke er utsatt for risiko ved fortsatt bruk av andre rusmidler vil det fortsatt være til stoffbrukerens beste å fortsette substitusjonsbehandlingen. Hvis bruken av andre rusmidler i kombinasjon med legemidlet derimot oppveier fordelene ved substitusjonsbehandlingen, skal stoffbrukeren trappes ned på det på aktuelle legemiddelet og heller overføres til andre behandlingsprogram hvor substitusjonslegemidler ikke blir benyttet (Australian Government 2003, s. 28–29, Australian government 2006, s. 26). Ut i fra dette er det tydelig at bruk av andre rusmidler ikke automatisk skal medføre ufrivillig utskrivning fra behandlingen, såfremt

dette ikke medfører at de positive resultatene fra substitusjonsbehandlingen nøytraliseres som følge av denne bruken.

Et siste forhold jeg ønsker å ta opp i tilknytning til dette forholdet handler om bruken av overvåkede urinprøver som kontrollredskap i behandlingsforløpet. Et av målene som ligger til grunn for skadereduksjonstiltak er at en ønsker å redusere det stigmaet som følger med det å søke, og å få hjelp for sine problemer knyttet til stoffbruken (Marlatt 1998 a, s. 54–56). Dette kan oppnås ved blant annet å flytte fokuset fra selve stoffbruken, over til de skader og konsekvenser som stoffbruken fører med seg. Utgangspunktet for dette er en erkjennelse om at den viktigste faktoren for at stoffbrukere søker behandling er deres personlige erfaring av hvilke skadelige konsekvenser og effekter bruken av narkotiske stoffer medfører (Marlatt 1998 a, s. 54–56). I lys av at en ønsker å redusere stigmaet som følger av det å få hjelp for sine problemer, er bruken av urinprøver i substitusjonsbehandling et sentralt forhold.

Overvåkede urinprøver innebærer en praksis som kan oppleves stigmatiserende både for den som må avlevere urin, og for den som må overvåke urinprøver. Stigmatiserende ved at den uttrykker mistillit overfor stoffbrukeren, og ydmykende ved at stoffbrukeren må urinere under påsyn av helsepersonell (Ward, Mattick og Hall 1998, s. 243). På bakgrunn av dette må slike prøver begrenses til det minimale, samtidig som en sikrer en medisinsk forsvarlig behandling. Overvåkede urinprøver anses som et sentralt virkemiddel for å kontrollere progresjonen i behandlingen, samt som et viktig redskap for å påvise opiatavhengighet ved inntak til behandlingen. På hvilken måte kan en da sikre seg at denne praksisen oppleves minst mulig stigmatiserende for stoffbrukerens vedkommende, samtidig som en sikrer et forsvarlig behandlingsforløp? I Australia benyttes urinprøver, sammen med selvrappotering av eget forbruk og overvåket inntak av legemidlene, som virkemidler for å kunne overvåke behandlingen (Australian Government 2007, s. 9). I den australske substitusjonsbehandlingen anses bruken av urinprøver først og fremst som et nyttig hjelpemiddel i starten av behandlingen, og når det er nødvendig for å klarlegge rusmiddelbruken av diagnostiske årsaker (Australian Government 2007, s. 9). I retningslinjene fremheves det at det ikke finnes forskning som beviser at bruken av regelmessig urinprøvekontroll bidrar til å avskrekke stoffbrukeren fra å fortsette å bruke opiater, og at urinprøver ikke er 100 % sikkert som objektivt mål på om pasienten følger behandlingsprogrammet. I den australske substitusjonsbehandlingen fremheves det at selv-rappotering av egen rusbruk vil være et nyttig hjelpemiddel i denne sammenheng, og anbefaler derfor urinprøvekontroll i kombinasjon med selvrappotering som den beste metoden for overvåkingen av

behandlingen. For å sikre seg mot overdreven bruk av overvåkede urinprøver er det satt et maksimum antall på 21 urinprøver pr pasient pr år. Det fremheves at det er forventet at behovet i gjennomsnitt vil være lavere enn dette antallet, og at behovet for urinprøver vil synke etter hvert som pasienten har vært en stund i behandlingen (Australian Government 2003, s. 18, Australian Government 2007, s. 9). Ut i fra kunnskapen om bruken av overvåkede urinprøver, sammen med kunnskapen om formål og ufrivillig utskrivning fra behandlingen, vil det neste kriteriet i min vurdering av LAR som et skadereduksjonstiltak lyde som følger:

Kriterium 2) Det å oppnå rusfrihet er en lang og tidkrevende prosess, hvor tilbakefall til rusmiddelbruk må anses som en naturlig del av behandlingen. Ethvert skritt mot et mindre skadelig forbruksmønster av rusmidler må ses som et fremskritt i behandlingen. Ufrivillig utskrivning fra behandlingen skal anses som en siste løsning, og i tilfeller med tilbakefall til rusmiddelbruk skal ufrivillig utskrivning kun foretas om denne bruken oppveier de positive resultat som substitusjonsbehandling medfører. Overvåkede urinprøver er et nyttig terapeutisk hjelpemiddel i behandlingen, og da spesielt i starten av behandlingen og i tilfeller hvor påvisning av rusmiddelbruk er nødvendig av diagnostiske årsaker. På grunnlag av denne prøveformens inngripende egenart, og at målene kan være upålitelige med hensyn til å påvise misbruk, skal antallet urinprøver begrenses til det til minimale.

Det tredje forholdet jeg ønsker å se nærmere på i vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak forholder seg til hvordan behandlingen er organisert og hvem som har beslutningsmyndighet for oppstart av behandlingen. En sentral tanke innen skadereduksjonstanken er at substitusjonsbehandling må utformes og tilbys etter behovene og motivasjonen som stoffbrukerne har for behandling, slik at tilbudet ikke utelukker stoffbrukere med uoverstigelige barrierer som synes umulig å forsere for den enkelte bruker (Marlatt 1998 a, s. 54–56). Substitusjonsbehandling utformet som lavterskeltilbud særpreges ved at målet er å nå ut til stoffbrukere som vanligvis ikke nås gjennom det ordinære behandlingsapparatet for rusmiddelavhengighet. Dette inkluderer aktive brukere, “hard to reach”-brukere, høyrisikobrukere og eksperimentelle brukere (EMCDDA 2005, s.4). I forlengelsen av dette er det viktig å understreke, slik den danske forskeren Peter Ege (1997a) gjør, å fremheve at det ikke bare må satses på lavterskeltilbud. Det sentrale med fokuset på lavterskeltilbud i forhold til skadereduksjon, er at de tar utgangspunkt i stoffbrukernes aktuelle behov for hjelp og behandling. Samtidig må slike lavterskeltilbud inngå i en helhetlig “behandlingspakke” for rusmiddelbruk, hvorav både lavterskel og høytterskel substitusjonsbehandling blir tilbudt som behandlingsalternativ. Enkelte stoffbrukere vil kun

ha behov for legemiddelet for å ha nytte av behandlingen, mens andre også vil ha behov for psykososiale tiltak i tillegg. Ut i fra dette fordrer skadereduksjonstanken at substitusjonsbehandling blir tilbudt som både lavterskel- og høyterskeltilbud. Et annet forhold som jeg anser som sentralt i denne sammenheng knytter seg til de positive resultatene som substitusjonsbehandling kan vise til. Ut i fra hva forskningen har vist om denne behandlingsformen (EMCDDA 2011a), er det nærliggende å tenke at substitusjonsbehandling tilbys slik at det i stor grad imøtekommer de behov som finnes for behandling. En kan i så måte skille mellom land som kun tilbyr et begrenset antall plasser til substitusjonsbehandling, karakterisert som “tilbuds-drevne” land, og de land som tilbyr substitusjonsbehandling etter hvor stort behovet for behandlingsplasser er, karakterisert som “etterspørsels-drevne” land (Solberg m. fl. 2002, s. 482). Ut i fra skadereduksjonstanken sitt mål om å fremme helsen for den enkelte stoffbruker, er det nærliggende at substitusjonsbehandling tilbys etter hvor stort behovet er. Dette sammenfaller også med det europeiske overvåkingssenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) sin politiske anbefaling om at: “*Det bør gis et større tilbud om og lettere tilgang til substitusjonsbehandling, med både lavterskel- og høyterskelalternativer (...)* Både allmennleger og spesialiserte tjenester bør involveres i tilbudet (Nilson m. fl. 2002, s. 4)”. Et land som har etterfulgt disse anbefalingene, og som dermed i stor grad etterkommer skadereduksjonstankens idealer på dette området, er Frankrike. Eksempelet med Frankrike er spesielt interessant på grunn av landets sene overgang fra et “tilbuds-drevet” til et “etterspørsel-drevet” tilbud av substitusjonsbehandling på midten av 90-tallet. En endring som også medførte at Frankrike i stor grad tilbyr substitusjonsbehandling som en helhetlig “behandlingspakke”.

Frem til midten av 1990-tallet var Frankrike et land som hovedsakelig satset på medikamentfri behandling som behandling av opiatavhengighet. Dette gjenspeilte seg ved at inntil denne tid var substitusjonsbehandling kun et prøveprosjekt, i form av høyterskel metadonbehandling, og det var da rundt 100 stoffbrukere som undergikk denne behandlingen (Auriacombe m. fl. 2003, s. 191). I 1995 ble derimot metadon godkjent som legemiddel for behandling av opiatavhengige stoffbrukere. Ansvar for denne behandlingen ble overlatt til leger ved spesialiserte behandlingssklinikker for narkotikaavhengighet. En behandling som kjennetegnes som høyterskel substitusjonsbehandling (EMCDDA 2000, s. 122). Samme år ble også buprenorfin godkjent som legemiddel til bruk i substitusjonsbehandling, og i februar 1996 ble det lovlig for alle allmennpraktiserende leger å igangsette og foreskrive, lavterskel substitusjonsbehandling med buprenorfin til opiatavhengige stoffbrukere. Årsaken til dette

skillet i substitusjonsbehandlingen er at metadonens farmakologi innebærer en stor risiko for overdosering om det ikke doseres, og inntas korrekt, mens risikoen for overdosering med buprenorfin er bortimot umulig (Auriacombe m. fl. 2003, s. 191). Dette skillet bidro til at den franske substitusjonsbehandlingen i større grad kunne imøtekomme behovet blant landets heroinbrukere, uten at det nødvendigvis var behov for noen storstilt utbygging av behandlingsapparatet. Ved forskrivning av buprenorfin er det i Frankrike lagt opp til gratis konsultasjon, gratis medisin og oppstart innen et døgn (Skotland 2010). I løpet av 1996 hadde antall buprenorfin-pasienter allerede nådd 30 000, og i år 2000 var dette antallet steget til ca. 80 000 injiserende heroinbrukere som mottok buprenorfin hos fastlegen. 7 500 allmennpraktiserende leger hadde da ansvaret for foreskrivningen til disse pasientene (Reisinger 2003, s. 185). Samtidig hadde antall metadonpasienter også økt, hvorav det i 1999 ble anslått å være ca. 6 000 stoffbrukere i metadonbehandling (EMCDDA 2000, s. 123). I 2001 hadde dette antallet økt til i underkant av 10,000 metadonpasienter (Auriacombe m. fl. 2003, s. 192). Antall pasienter i substitusjonsbehandling kan ses i sammenheng med at det i 1999 ble estimert å være mellom 146 000 – 180 000 problembbrukere av narkotiske stoffer. Dette viser at den franske behandlingsmodellen for substitusjonsbehandling i mye større grad er lagt opp slik at den kan imøtekomme behovet for denne type behandling. Det som er spesielt interessant er hvordan dette først og fremst har forekommet gjennom allmennpraktiserende legers mulighet til å starte opp substitusjonsbehandling med foreskrivning av buprenorfin. Enda mer interessant er det å se hvilke helsemessige konsekvenser dette har medført for opiatbrukerne i Frankrike. Endringer i antall overdosedødsfall er den mest betydningsfulle endringen som har forekommet etter endringene i reguleringen av substitusjonsbehandlingen. I 1995 var det 465 tilfeller av dødelige overdoser, mens i 1999 var dødelige overdoser sunket til 118. Dette innebærer at antall dødelige overdoser hadde sunket med 79 prosent i denne perioden (Auriacombe m. fl. 2003, s. 197). Foruten det økende antall heroinbrukere som er inntatt i substitusjonsbehandlingen i denne perioden, kan det også legges til at det i Frankrike i samme periode har vært en økende satsing på sprøytebytteprogrammer og at det generelt har forekommet en holdningsendring fra helsepersonalets side overfor de injiserende stoffbrukerne. Sprøytebytteprogrammer som innebærer at stoffbrukerne kan bytte inn brukte sprøyter, mot å få sterile sprøyter tilbake (Auriacombe m. fl. 2003, s. 197–198). Allikevel er det rimelig å anta at satsningen på substitusjonsbehandling, og da spesielt allmennpraktiserende legers rett til å foreskrive buprenorfin, som hovedårsaken til den drastiske nedgangen i overdosedødsfall i perioden mellom 1995 og 1999 (Auriacombe m. fl.2003, s. 197–198). I årene etter 1999 har derimot

overdosetallene steget betydelig, og allerede i år 2000 ble det anslått at det forekom 247 tilfeller av overdosedødsfall. I 2008 var dette tallet steget ytterligere opp til 374 overdosedødsfall (EMCDDA 2011b). I denne sammenheng er det interessant å se nærmere på hva som ligger bak denne økningen av overdosedødsfall, og om dette kan tilskrives det økende antall heroinbrukere som blir foreskrevet buprenorfin fra allmennpraktiserende leger i Frankrike. For det første er det viktig å ta hensyn til at registreringen av overdosedødsfall endret seg i mellom 1999 og 2000, hvorav det for 2000 ble benyttet en ny definisjon for registrering av overdosedødsfall. En registrering som i større grad samsvarer andre lands praksis med hensyn til registrering av overdosedødsfall til EMCDDA (Observatoire Francais des drogues et des toxicomanies 2010, s. 48)⁷. Videre kan økningen forklares ved at det er et økende antall blandingsbrukere av narkotiske stoffer. Spesielt heroin og kokain er blitt lettere tilgjengelig og også billigere samt at mange av de nye stoffbrukerne har liten eller ingen kontakt med behandlingsapparatet. I 2006 var det nye anslaget for antall problembbrukere av narkotiske stoffer økt til å være mellom 210 000 og 250 000. Av disse deltok ca. halvparten i substitusjonsbehandling (Observatoire Francais des drogues et des toxicomanies 2010, s. 35). Forekomsten av smittsomme sykdommer er også interessant å se litt nærmere på, og spesielt forekomsten av Hiv-smittede etter utvidelsen av substitusjonsbehandlingen i Frankrike. På midten av 1990-tallet utgjorde Hiv-smittede omtrent en fjerdedel av den injiserende stoffbrugerpopulasjonen, og i 1998 ble det registrert 1 953 nye tilfeller av Hiv-smittede blant denne populasjonen (Observatoire Francais des drogues et des toxicomanies 2010, s. 50). I 2007 hadde antallet av nye Hiv-smittede blant den intravenøse stoffbrugerpopulasjonen sunket til 893, og totalt utgjorde Hiv-smittede ikke mer enn 8 prosent av den injiserende stoffbrugerpopulasjonen. Samlet sett indikerer disse tallene at den økte brukte bruken av substitusjonsbehandling, og da spesielt allmennlegers mulighet for å starte opp behandlingen, har fungert svært skadereduserende for Frankrikes vedkommende. Samtidig er det også noen problematiske forhold, knyttet til allmennpraktiserende legers mulighet for å starte opp substitusjonsbehandling med buprenorfin i Frankrike, som jeg ønsker å se nærmere på her til slutt.

Den franske behandlingsmodellen er lagt opp med liten vekt på kontroll av legemiddelet, i form av lite bruk av urinprøver og overvåket inntak, slik at det finnes få mekanismer for å forhindre at legemiddelet skal finne veien til det illegale markedet (EMCDDA 2000, s. 125).

⁷ Observatoire Francais des drogues et des toxicomanies er det organet i Frankrike som har ansvaret for å rapportere inn relevant narkotikastatistikk til det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN). I Norge er tilsvarende organ Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Som nevnt tidligere innebærer buprenorfinets farmakologi at det er en svært liten sannsynlighet for å overdosere på dette legemiddelet. Samtidig er det viktig å påpeke at risikoen for overdosedødsfall kan være stor, i tilfeller hvor store doser buprenorfin inntas i kombinasjon med benzodiazepiner, alkohol og andre sedativer (Australian government 2006, s. 4). Dette er et viktig aspekt i forhold til graden av kontroll av legemiddelet i den franske substitusjonsbehandlingen med buprenorfin, idet en stor andel stoffbrukere inntar disse rusmidlene i tillegg til opiater (Svensson 2005, s. 41). I tilknytning til dette er det noen tiltak som kan iverksettes som kan bidra til å sikre en forsvarlig substitusjonsbehandling i så henseende. Tiltak som ikke vil forhindre at denne behandlingen fortsatt skal kunne anses som skadereduksjon. For det første kan en sikre at stoffbrukeren inntar medikamentet på stedet, gjennom at helsepersonell overvåker at legemiddelet inntas korrekt. I tilfeller hvor stoffbrukeren trenger større doser av buprenorfin, og derav at risikoen for overdosering i kombinasjon med andre rusmidler er større, må helsepersonellet foreta en medisinsk vurdering av i hvilken grad stoffbrukeren er påvirket av andre rusmidler før legemiddelet skal inntas (Gjersing m. fl.2009, s. 39). Et annet forhold som kan bidra til å sikre behandlingsopplegget er at buprenorfin i dag kommer som et kombinasjonspreparat (Helsedirektoratet 2010, s. 51). Buprenorfin med nalokson er et kombinasjonspreparat som er ment for å forhindre injeksjon og salg av buprenorfin. Buprenorfin er et attraktivt legemiddel blant stoffbrukere som står utenfor substitusjonsbehandlingen, idet det har rusfrembringende effekt ved injisering. Ved injisering av buprenorfin med nalokson blir derimot buprenorfinets virkning redusert samtidig som injisering av heroin blir blokkert. Med denne virkningen reduseres legemiddelets verdi på det illegale markedet, og dermed risikoen for at legemiddelet finner veien til det illegale markedet. Kombinasjonslegemiddelet ble godkjent for substitusjonsbehandling i Norge i 2007, under navnet Subuxone (Helsedirektoratet 2010, s. 51) Det vil som jeg her har vist være forhold som kan iverksettes for å sikre at den franske behandlingsmodellen kan anses som forsvarlig å implementere i Norge også. Poenget i denne sammenheng er ikke at det ensidig skal satses på lavterskel substitusjonsbehandling hvor for eksempel allmennpraktiserende leger skal ha hovedansvaret, men at dette tilbys i kombinasjon med høyterskel substitusjonsbehandling hvor spesialiserte tjenester også tilbys. Ut i fra dette blir følgende et kriterium i min vurdering av LAR som et skadereduksjonstiltak:

Kriterium 3) For å anse LAR som et skadereduksjonstiltak skal legemidlene kunne bli tilbudt som et lavterskeltilbud, hvor for eksempel allmennpraktiserende leger skal ha mulighet til å foreskrive legemidler (fortrinnsvis buprenorfin), og som et høyterskeltilbud hvor spesialiserte tilleggstjenester inngår som en del av behandlingen i tillegg til foreskrivning av legemidler. Substitusjonsbehandling skal tilbys som en helhetlig "behandlingspakke". Det sentrale er at tilbudet om substitusjonsbehandling må være utformet i slik form slik at det imøtekommer stoffbrukernes totale behov for hjelp og behandling.

Det siste forholdet jeg ønsker å se nærmere på i vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak, knytter seg til stoffbrukernes muligheter for å delta i og påvirke utformingen av det nye rammeverket for LAR. Som jeg tidligere har vært inne på, vil en i et skadereduksjonstiltak ha fokus på hva som er helsemessig nyttig for den enkelte og hva som er praktisk gjennomførbart, ut i fra hva som er medisinsk forsvarlig. På dette vis inntar skadereduksjonstiltak en pragmatisk holdning, hvor fokuset ligger på å promotere folkehelsen. (Marlatt 1998 a, s. 56–58). For å oppnå dette anses det å gjøre tiltakene brukervennlige, og å involvere brukerne i beslutningsprosesser som angår dem, som viktige virkemidler innen skadereduksjonstanken (Marlatt 1998 a, s. 55; Hunt m.fl. 2010, s. 333–334). Tanken bak dette er at stoffbrukerne selv vet best hvor "skoen trykker", og at deres innspill i så måte kan utgjøre sentrale bidrag for å promotere folkehelsen blant denne gruppen av mennesker. Skadereduksjon fordrer i så måte at hjelpen i større grad foregår på brukerens premisser enn hva tilfellet er i det tradisjonelle behandlingsapparatet. Mange av de skadereduksjonstiltak vi kjenner til i dag har blitt startet opp av stoffbrukere selv. Blant annet ble det første sprøytebytteprogrammet startet opp av en gruppe stoffbrukere i 1984, som en respons på en økende forekomst av hepatitt B blant stoffbrukerne. (Southwell 2010, s. 102–103). En måte å oppnå skadereduksjonstankens målsetning om å involvere brukerne i beslutningsprosesser, er gjennom å involvere brukerorganisasjonene i disse prosessene. Brukerorganisasjoner er frivillige organisasjoner som forsøker å ivareta stoffbrukernes interesser og rettigheter, og fungerer som stoffbrukernes talerør i samfunnet om spørsmål om hvordan stoffbruk og stoffbrukere skal håndteres (Jepsen 2004, s. 169). Betegnelsen "brukerorganisasjon" kan sies å omfatte brukerbegrepet i dobbel betydning, hva stoffbrukere angår. For det første retter brukerorganisasjonene seg imot stoffbrukere som brukere av forskjellige illegale stoffer. For det andre handler det om stoffbrukeres som brukere av velferdsstatens forskjellige hjelpe- og kontrollsystemer. Brukerorganisasjonenes mål kan generelt sies å være å motvirke den stigmatiseringen som følger av å være stoffbruker,

samtidig som de ønsker å komme i dialog med og legge press på de offentlige systemer for å fremme deres interesser (Jepsen 2004, s. 169–170). I dag er det i internasjonal sammenheng vokst frem flerfoldige brukerorganisasjoner på narkotikafeltet, og i mange land anses samarbeid med brukerorganisasjoner som et sentralt aspekt i utarbeidelsen av tiltak beregnet for rusmiddelbrukere (Hunt m.fl. 2010, s. 341). Men til tross for at involvering av stoffbrukerne i beslutningsprosesser er et sentralt mål innen skadereduksjonstanken, har jeg ikke funnet noe innen skadereduksjonslitteraturen som definerer hvordan denne involveringen av brukere i beslutningsprosesser skal foregå. I og med at en innen skadereduksjonstanken anser stoffbruk som først og fremst et helsemessig problem, anser jeg litteraturen om brukermedvirkning i helsetjenesten i Norge vil være formålstjenlig i dette henseende. Ved at rusmiddelbrukere er blitt tilkjent pasientrettigheter gjennom implementeringen av rusreformen, og at ansvaret for rusbehandling er blitt flyttet fra sosialtjenesten til helsetjenesten, anser jeg denne litteraturen også å være gjeldende for stoffbrukere. Ut i fra dette vil jeg kunne utlede et kriterium som jeg mener tilfredsstillende hva som bør være et akseptabelt mål for norske brukerorganisasjoners mulighet for å delta i og å påvirke beslutningsprosessene som har ledet frem til det nye rammeverket for LAR, i forhold til det å anse LAR som et skadereduksjonstiltak.

Innen norsk helsepolitikk er det tradisjoner for at brukere skal ha mulighet til medbestemmelse og medinnflytelse gjennom å delta i beslutningsprosesser som omhandler de aktuelle brukerne (Andreassen 2005a, s. 92–94; Rappana Olsen 2005, s.128–129). Dette kan tilbakeføres til det som innen statsvitenskapen omtales som den korporative tradisjon, og karakteriseres av at staten trekker interesseorganisasjoner som berøres av offentlige beslutninger, inn i beslutningsprosessen. Hensikten med dette er å gi de berørte rett til å påvirke prosessen slik at de har mulighet til å ivareta sine interesser, samtidig som dette gir det offentlige tilgang til organisasjonenes kunnskap på det aktuelle området.

Interesseorganisasjonenes medvirkning betraktes i dette henseende som legitim politisk deltakelse (Lægreid og Rolland 1994, s. 104–107). Denne formen for medvirkning og deltakelse anses som sentrale elementer i enhver forståelse av demokratiet, og utgjør i dag en sentral bestanddel av de fleste forvaltningsmessige beslutningsprosesser. Ved å sikre at alle sider av en sak er belyst og alle hensyn bragt inn i det endelige beslutningsgrunnlaget, vil det og være lettere å få gjennomslag for, og å gjennomføre, politikken når alle berørte parter har vært med på å forme den og står ansvarlig for resultatet (Andreassen 2005a, s. 93; Skivenes 2005, s. 34). Med dette er det tydelig at brukermedvirkning er et sentralt satsingsområde i

norsk helsepolitikk, og i så måte legger et godt grunnlag for at LAR skal kunne kjennetegnes som et skadereduksjonstiltak på dette området. Et spørsmål som melder seg i denne sammenheng er hvordan denne brukervedvirkningen skal komme til uttrykk. For at brukerne skal komme fram med sine meninger og synspunkter, er det fire metoder for brukervedvirkning på politisk nivå som den ansvarlige virksomhet kan tilby for å sikre at vedvirkningen er reell. Disse består av 1)brukerstudier, 2)høringer, 3)referansegrupper og 4)brukerrepresentasjon, og kan anses som et kontinuum for grader av brukervedvirkning på det politiske nivå (Rappana Olsen 2005, s. 143–144; Andreassen 2005c, s.155–157). På det laveste nivå er brukerstudier, hvor det offentlige får målt i hvilken grad tjenesten de tilbyr er tilpasset brukernes behov. Problemet med slike undersøkelser, i forhold til brukervedvirkning, er at de gir lite spillerom for dialog og at en kun får svar på de spørsmål som de som utfører undersøkelsen mener er viktige. Det neste nivå av brukervedvirkning, er høringer. Denne metoden knytter seg til store reformer i offentlig regi, slik som det nye rammeverket for LAR er, hvor det alltid er høringer som gir de ulike brukergruppene anledning til å uttale seg skriftlig om de forslag som foreligger. Denne metoden gir større rom for at brukerne skal få framlagt sine synspunkter, men fortsatt er muligheten for dialog begrenset i ordets rette forstand. Referansegrupper er grupper som settes sammen for å gi råd og innspill til virksomheter som har ansvaret for å utvikle f. eks. landsomfattende utviklingsarbeider. Opprettelsen av referansegrupper vil sikre at definerte brukergrupper skal bli hørt, samtidig som mulighetene for dialog mellom brukerne og det offentlige er mye større. Den siste metoden for brukervedvirkning er brukerrepresentasjon. Brukerrepresentasjon innebærer at noen representanter for brukerne deltar i organer som har et annet formål enn kun å være et organ for brukerrepresentasjon. Eksempler på dette er blant annet styrever i helseforetak med brukerrepresentanter, eller plan-, utrednings-, prosjekt- eller arbeidsgrupper rundt bestemte, avgrensede oppgaver (Rappana Olsen 2005, s. 143–144; Andreassen 2005c, s.155–157). I forhold til grad av brukervedvirkning er statsvitenskapens begrepsbruk om et innholdsorientert brukerperspektiv og et prosessorientert brukerperspektiv (Rønning og Solheim 2000, s. 30–31; Rappana Olsen 2005, s. 130), nyttige begrepsapparater for å vurdere i hvilken grad brukerorganisasjoner har hatt mulig for å delta i og påvirke utformingen av det nye rammeverket for LAR. Det avgjørende i et innholdsorientert brukerperspektiv, er at de som skal utforme et tilbud, gjør dette på bakgrunn av den kunnskap de selv mener å ha om brukernes ønsker og behov. Brukernes deltakelse i arbeidet fram til det endelige produktet vil som regel være begrenset og oftest indirekte. I forhold til bruk av metoder for brukervedvirkning anser jeg kun bruken av brukerstudier og høringer som

beskrivende for et slikt brukerperspektiv. I et prosessorientert brukerperspektiv trekkes derimot brukeren aktivt inn i så vel planlegging som beslutningsprosess. Brukerne skal involveres på en deltakende måte i prosessen før den endelige avgjørelsen tas. Det er først ved å være deltakende at mennesker kan innvirke på de planer som legges innenfor helse- og sosialsektoren, og faktisk medvirke når den konkrete utforming av tjenester finner sted (Rønning og Solheim 2000, s. 30–31; Rappana Olsen 2005, s. 130). For å oppnå et slikt brukerperspektiv er det etter min mening nødvendig at ansvarlig virksomhet for utarbeidelsen av det nye rammeverket for LAR har tatt i bruk metodene om referansegrupper og brukerrepresentasjon. Det er gjennom disse metodene en sikrer en god dialog mellom brukerorganisasjonene og det offentlige, og at en sikrer seg best for at brukerne skal ha en reell mulighet til å påvirke utformingen.

I forhold til dette anser jeg det sentralt å trekke fram noen kommentarer knyttet til hvem som skal være representert i referansegrupper og som brukerrepresentanter. I forhold til brukermedvirkning er det viktig at brukernes representanter er representative for de brukerne de skal representere. Forhold som er avgjørende for dette kan sammenliknes med politikken begreper for at de folkevalgte skal anses som representative (Larsen og Offerdal 1994, s. 72). For det første dreier det som meningsrepresentativitet, som vil si at de folkevalgte mener det samme som velgerne og uttrykker velgernes synspunkter. Det andre forholdet knytter seg til politikernes sosiale representativitet. Dette knytter seg til at de folkevalgte skal utgjøre et tverrsnitt av befolkningen med hensyn til sosial status (Larsen og Offerdal 1994, s. 72). I følge Andreassen (2005b, s. 113–114) vil disse forholdene også være gjeldende for å sikre representativiteten for representanter fra brukerorganisasjoner. I Norge er det tradisjonelt to forståelser for hvordan disse representativitetsforholdene kan sikres (Andreassen 2005b, s. 120–128). Den ene er gjennom demokratisk representasjon, hvor representantene er valgt av brukerne selv. Et naturlig sted å gjøre dette er gjennom de oppbygde brukerorganisasjonene. Demokratisk representasjon sikrer også at det offentlige ikke skal få plukke ut “behagelige” representanter som bare er enige med dem. Den andre forståelsen, statistisk representativitet, innebærer at representantene samlet skal utgjøre et representativt utvalg av tjenestens brukergrupper. Utvalget vil her være avhengig av hvem som er tjenestens målgrupper, og helsetjenesten vil som oftest selv foreta utvalget for å sikre at bredden av organisasjoner er representert (Andreassen 2005b, s. 120–128). En måte å sikre at begge disse tenkemåtene er representert er gjennom å kombinere disse to forståelsene for representativitet. Dette er blant blitt gjort i forbindelse med hvordan mange helseforetak har valgt sine brukerrepresentanter. I

disse tilfellene har brukerorganisasjonene blitt invitert til å foreslå sine brukerrepresentanter. Deretter har enten brukerorganisasjonene eller helseforetaket sørget for å få dekket en bredde av diagnoser, helseproblemer, organisasjoner og aldersgrupper (Andreassen 2005b, s. 128). Jeg anser denne metoden som en relevant metode for utvelgelsen av brukerrepresentanter som skal delta i utarbeidelsen av det nye rammeverket for LAR også. De norske brukerorganisasjonene for stoffbrukere har forskjellige målsetninger for sitt organisasjonsarbeid (Willersrud og Olsen 2006), og en kombinasjon av demokratisk og statistisk representasjon vil være den metoden som i størst grad sikrer brukernes perspektiv på hvordan LAR burde være utformet. I tilknytning til tilfeller hvor brukerrepresentasjon i form av arbeidsgrupper for eksempel forekommer, er det også viktig å være klar over slike gruppers sammensetning. For å forhindre at brukerrepresentanten blir underrepresentert, og i så måte kan anses kun som et politisk alibi for brukermedvirkning, og fordi settingen og fagspråket som brukes kan oppleves fremmed, er det også viktig at det er flere enn kun en representant for brukerne ved slike anledninger. I denne sammenheng anbefales det at ved slike tilfeller bør være et minimum av to brukerrepresentanter representert. Dette vil i større grad sikre at brukermedvirkningen i slike tilfeller er reell (Andreassen 2005c, s. 158; Rappana Olsen 2005, s. 144). Ut ifra denne samlede forståelsen av muligheter for brukermedvirkning på det politiske plan i Norge, vil det siste kriteriet i vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak lyde som følgende:

Kriterium 4) For å anse LAR som et skadereduksjonstiltak skal brukerorganisasjonenes deltakelse, i utformingen av det nye rammeverket, kunne anses som en prosessorientert deltakelse. Dette innebærer at ansvarlig virksomhet for utarbeidelsen av det nye rammeverket for LAR har lagt til rette for metodene om referansegrupper og brukerrepresentasjon. I forhold til metoder for brukermedvirkning hvor det benyttes utvalgte representanter for brukerne, er det viktig at det tas forholdsregler for at representantene er meningsrepresentative og sosialt representative. Dette kan best sikres gjennom at metoden for utvalget av representanter er basert på en kombinasjon av demokratisk og statistisk representasjon. I tilfeller hvor ansvarlig virksomhet for utformingen av rammeverket benytter brukermedvirkningsmetoden om brukerrepresentasjon, bør det være MINST to brukerrepresentanter til stede for å sikre en reell mulighet for brukermedvirkning.

2.4 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg vist til hvilke helsemessige konsekvenser et liv med vedvarende bruk av narkotiske stoffer medfører. Stor risiko for smittsomme sykdommer og overdoser, som i mange tilfeller resulterer i dødsfall, er forhold som i stor grad preger livene til stoffbrukerne i det norske samfunnet⁸. Opprettelsen av skadereduksjonstiltak, slik som eksempelet fra Vancouver viser, innbyr til en alternativ måte å løse disse problemene. En alternativ tilnærming som skiller seg fra de tradisjonelle løsningene en har hatt for å imøtekomme disse problemene, og som kan vise til positive resultater i forhold til å redusere den helsemessige risikoen som assosieres med et liv som stoffbruker. Ved å vise til hva som ligger til grunn for skadereduksjon som praktisk strategi, og ved å vise til konkrete eksempler på hvordan dette kan utarte seg i praksis i forhold til substitusjonsbehandling, har jeg også kunnet utlede kriterier for hva jeg anser å kjenne tegne et skadereduksjonstiltak. Kriterier som i det videre vil være sentrale når jeg nå skal vurdere i hvilken grad LAR kan anses som et skadereduksjonstiltak.

⁸ I en undersøkelse utført av forskere ved universitet ved South Carolina har man funnet ut at bruk av hasj og marihuana, som en stor andel av opiatbrukerne benytter, påvirker immunforsvaret. Gjennom forsøk på mus har de funnet ut at denne type narkotikabruk vil kunne gjøre kroppen åpen for infeksjoner av flere slag, og at en vil være spesielt utsatt for visse former for kreft (Hegde, Nagarkatti og Nagarkatti 2010).

3 Gamle LAR - i lys av kriterier for skadereduksjon

I dette kapittelet vil jeg se nærmere på i hvilken grad det gamle LAR tilfredsstillende mine kriterier for hva jeg anser som kjennetegnende for et skadereduksjonstiltak. Dette vil jeg gjøre ved å ta utgangspunkt i hvordan LAR har vært regulert frem til det nye rammeverket er kommet på plass. Men først ønsker jeg å se nærmere på hvordan substitusjonsbehandlingen er vokst frem som behandlingsform for opiatbruk i Norge.

Substitusjonsbehandling i Norge er en behandlingsform som har en forholdsvis kort historikk, og er først og fremst knyttet til vedlikeholdsbehandling med metadon. Den første metadonbehandlingen i offentlig regi i Norge ble forsøkt i perioden 1971–1972 (Frantzsen 2001, s. 26–30). Ved Dikemark sykehus ble det den gangen startet en forsøksbehandling med metadon av fem rusmisbrukere med et langtkomment opiatmisbruk. Parallelt med forsøksbehandlingen forekom det at privatleger foreskrev metadon til pasienter, frem til Helsedirektoratet i 1976 besluttet at metadon kun skulle brukes som smertebehandling i sykehus. Frem til rundt begynnelsen av 90-tallet var dette de eneste former for metadonbehandling man var kjent med i Norge (Frantzsen 2001, s. 26–30). I følge rusforskeren Astrid Skretting (2001) var det fire hovedårsaker til at en i Norge var tilbakeholdne med å innføre substitusjonsbehandling i det ordinære behandlingsapparatet for rusmiddelbruk. For det første har det vært motstand mot å innføre slik behandling, både blant sentrale myndigheter og de som arbeider i behandlingsapparatet, på grunnlag av en stor tiltro til det tradisjonelle behandlingsapparatet (Skretting 2001, s. 142). Det har vært en form for behandlingsoptimisme hvor tiltroen til det medikamentfrie behandlingstilbudet var stor, og hvor dette ble ansett som den beste måten å komme seg ut av misbruket på. Dette kan også ses i sammenheng med at Norge er et land hvor målet er et narkotikafritt samfunn, og behandling med vanedannende legemidler passer dårlig inn i dette bildet. Bruken av legemidler i behandlingen av stoffbrukere har også blitt møtt med holdninger om at det innbyr til et negativt menneskesyn ved at det gis signaler om at en da “gir opp” stoffbrukerne og ikke har noen tiltro til at de kan forandre seg. I tilknytning til dette har substitusjonsbehandling blitt oppfattet som problemfullt ved at staten skal være ansvarlige for å påføre stoffbrukeren en livsvarig avhengighet, ut i fra at staten vil være leverandør av avhengighetsskapende legemidler som ofte må benyttes livet ut. Det siste forholdet som Skretting mener kan forklare denne motstanden knytter seg til hvem som har vært engasjert i behandlingen av stoffbrukere. Tradisjonelt har det vært sosialarbeidere og til en viss grad psykologer som har dominert dette

fagfeltet, og det medisinske feltet har i liten grad vært involvert i behandlingen av stoffbrukere (Skretting 2001, s. 142).

På begynnelsen av 90-tallet ble behandling med metadon allikevel igjen tatt opp på den politiske agenda. En viktig forutsetning for dette var en økt bevissthet rundt hvilke helsemessige problemer et liv som heroinmisbruker medførte. Sosial- og helsedepartementet anmodet i juni 1992 Oslo kommune om å iverksette et 3-årig forsøksprosjekt med metadonassistert rehabilitering av 50 hardt belastete, opiatavhengige misbrukere (Sosial- og helsedepartementet 1997, s. 19–20⁹). Bakgrunnen for denne anmodningen var den økende forekomsten av sterkt forkomne narkotikamisbrukere, økende tilfeller av dødsfall og en tilrådning fra en ekspertgruppe som var nedsatt av Norges Allmennvitenskapelige Forskningsråd (Rådet for medisinsk forskning) om å iverksette et slikt prøveprosjekt. I februar 1993 vedtok Oslo kommune å gjennomføre prøveprosjektet. Inntakskriteriene for å komme med i prosjektet var at en måtte ha fylt 30 år, ha minst 10 års opiatavhengighet, prøvd medikamentfri behandling i rimelig omfang, ikke ha noen uoppgjorte straffesaker og være registrert som bosatt i Oslo pr. 1. januar 1994. Kriteriene for å bli ekskludert fra prosjektet knyttet seg til vedvarende sidemisbruk, vold eller trusler om vold, fengselsstraff og omsetting av narkotika. Den norske behandlingsmodellen for substitusjonsbehandling bygde i stor grad på den amerikanske modellen som ble utviklet av Dole og Nyswander (Waal, Clausen, Håseth og Lillevold 2009, s.5). En modell hvor fokuset ikke bare er på legemiddelet som løsning av problemet i seg selv, men hvor legemiddelet må tilbys sammen med andre behandlingstilbud. I et intervju i 1994 forklarte Vincent P. Dole nærmere om hva som ligger til grunn for denne tankegangen, og uttalte her:

Metadon er en medisin mot den fysiologiske opiatavhengigheten... Metadon forandrer ikke personligheten, men legger et fysiologisk grunnlag for rehabilitering.

Videre fremhevet Dole det han ellers så ofte sa:

Metadon alene endrer lite i et ellers kaotisk liv. Vi har aldri sagt at metadon gir utdannelse til en mann som falt tidlig ut av skolen. Eller verdighet til en person som ikke har selvspekt. Eller et sosialt nettverk til en som har mistet det. Slike problemer må behandles med andre metoder (Vincent Dole sitert i Blindheim 2003, s. 65).

⁹ Uavhengig av utviklingen av forsøksprosjektet med metadonassistert rehabilitering, ble metadonbehandling allerede fra 1989 tilgjengelig for HIV-positive med langkommen immunsvikt. Dette var et forsøksprosjekt, og gikk under navnet Hiv-met. Behandlingen var et tilbud til HIV-positive misbrukere i Oslo som hadde nådd et visst stadium i sin HIV-infeksjon (Sosial- og helsedepartementet 1997, s. 175). Fra 1995 ble dette et permanent behandlingstilbud i Oslo (Frantzen 2001, s. 36).

I tilknytning til prøveprosjektet oppnevnte Sosial- og helsedepartementet, i februar 1993, en nasjonal styringsgruppe som skulle evaluere forsøksprosjektet. På grunn av administrative vansker fant ikke inntaket av de første rusmiddelmissbrukerne sted før i august 1994, og prøveprosjektet kunne på dette grunnlag ikke avsluttes før i august 1997. Styringsgruppen som hadde evaluert prøveprosjektet tilrådte Sosial- og helsedepartementet at prosjektet skulle etableres som et fast tiltak, at det skulle utvides og at det skulle etableres som et nasjonalt tilbud. Siden dette skulle være et landsdekkende tilbud ble det anslått at behandlingen burde være dimensjonert for 200–250 pasienter (Sosial- og helsedepartementet 1997, s. 20). I 1997 la daværende Sosial- og helsedepartementet frem en stortingsmelding om narkotikapolitikken for Stortinget, der det ble anbefalt å etablere metadonbehandling som et nasjonalt tilbud. I Sosialkomiteens innstilling til stortingsmeldingen ble det fremhevet at substitusjonsbehandling ikke er en lettveit vei ut av stoffbruken, men samtidig ble det understreket at det gir stoffbrukeren en mulighet til å få orden på sin tilværelse slik at det er mulig å leve et mer verdig liv (Sosialkomiteen 1997, kapittel 5). I innstillingen anbefalte komiteen en videreføring av prøveprosjektet, og i denne sammenheng kommenterte komiteen følgende:

Komiteen vil peke på at en økning av dette tilbudet nå må ses gjort ut fra et ønske om skadereduksjon, hvor man bytter ut opiatmissbruk med et substitutt for å bedre livskvaliteten for tunge misbrukere (Sosialkomiteen 1997, kapittel 5).

I januar 1998 gikk forsøksprosjektet med metadonbehandling over til å være et lovbestemt behandlingstilbud for stoffbrukere som har hatt et langvarig, opiat dominert misbruk, og det ble etablert som et landsdekkende tilbud (Frantzsen 2001, s 178). Regionale sentre for metadonassistert rehabilitering ble bygget i Oslo, Bergen, Trondheim og Buskerud, og det ble besluttet å etablere et nasjonalt kompetansesenter for metadonbehandlingen i Oslo.

Inntil det nye rammeverket for LAR er kommet på plass har LAR vært regulert gjennom egne retningslinjer, gitt gjennom rundskrivene I-35/2000, I-33/2001 og I-5/2003. I tillegg har legers rett til forskrivning av legemidler vært regulert gjennom utleveringsforskriften, og det har vært egne retningslinjer (Rundskriv IS-13/2002) for hvordan gjennomføringen av urinprøver skal forekomme i behandlingen. Jeg vil nå se nærmere på i hvilken grad denne reguleringen bidrar til at en kan anse gamle LAR som et skadereduksjonstiltak, ut i fra de kriteriene jeg tidligere har utarbeidet. I denne sammenheng vil de to evalueringsrapportene, som utgjør grunnlaget for LAR-evalueringen, være viktige kilder for hvordan LAR tidligere har vært

praktisert. Det første forholdet jeg ønsker å se nærmere på knytter seg til kriterium 1¹⁰, som omhandler hva som skal danne grunnlag for inntak til LAR.

3.1 Tidligere regulering av inntak til LAR – i lys av kriterium 1.

Inntak til substitusjonsbehandling i Norge har, inntil det nye rammeverket for LAR er på plass, vært regulert gjennom rundskriv I-35/2000. Inntakskriterier som må ses i sammenheng med hvem som har utgjort målgruppen for den tidligere reguleringen av LAR, hvor målgruppen har vært betegnet som følgende:

Målgruppen er rusmiddelmissbrukere som har hatt et langvarig, opiatdominert misbruk uten at andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak har forhindret at tilstanden domineres av opiatavhengighet (Rundskriv I-35 2000, s. 1)

Videre i rundskrivet lyder inntakskriteriene som følgende:

Klienten skal:

- a) ha fylt 25 år
- b) ha langvarig narkotikamisbrukskarriere. Misbruket skal på søkertidspunktet og over flere år ha vært klart opiatdominert
- c) i rimelig omgang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med sikte på rusfrihet.

Det skal, som del av grunnlaget for inntaksvurderingen, foreligge en søknad om inntak fra den kommunale sosialtjenesten, og vurdering fra fylkeskommunen. Vedlagt søknaden skal følge tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg ...

I pkt. 7 utdypes det videre:

Det kan gjøres unntak fra inntakskriteriene pkt. 6a-c dersom rusmiddelmissbrukeren har en kronisk og livstruende sykdom som gjør behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsier det (Rundskriv I-35 2000, s. 2).

Spørsmålet er hvordan disse inntakskriteriene står seg i forhold til mitt kriterium om inntak i lys av skadereduksjon. Disse inntakskriteriene kan anses som en revidert versjon av de inntakskriteriene som var gjeldende for prøveprosjektet med metadon, men med samme grunnlag for at de er fastsatt (Waal m. fl. 2009, s. 5). Det første kriteriet for inntak presiserer at stoffbrukeren skal ha fylt 25 år før han/hun eventuelt skal kunne være kvalifisert for LAR. Grunnlaget for fastsettelsen av alderskriteriet var, basert på Helge Waals forslag til prøveprosjektet med metadon i Oslo, at substitusjonsbehandlingen krever en viss modenhet¹¹.

¹⁰ Se side 18 for innholdet i kriterium 1.

¹¹ I inntakskriteriene for forsøksprosjektet, som kriteriene i rundskriv I-35/2000 i stor grad er basert på, var kriteriene at stoffbrukeren skulle: 1) Hatt langvarig opiatavhengighet, misbruk i minst 10 år, 2)

Yngre pasienter vil ha færre forutsetninger for å fullføre behandlingen, og i så måte ble det ansett som nødvendig med et alderskrav (sitert i Frantzen 1997, s. 23). Med dette er det tydelig at det ikke er skadereduksjon som har vært den overordnede målsetningen med tidligere LAR, i forhold til stoffbrukere under 25 år. Dette viser seg ekstra tydelig i forhold til antall stoffbrukere som injiserer heroin før de er fylt 25 år. I en undersøkelse utført av SIRUS anslås det at 20 prosent av de som injiserte heroin i perioden 2000–2005 befant seg i aldersgruppen under 25 år (Bretteville-Jensen og Amundsen 2006, s. 58). Ifølge det europeiske overvåkingscenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) rapporterer nesten alle injiserende stoffbrukere som påbegynner behandling at de debuterte med bruk av opiater før fylte 30 år, og om lag halvparten rapporterte at de debuterte før fylte 20 (EONN 2010, s. 76). Selv om dette ikke innebærer at alle disse stoffbrukerne er avhengige av opiater, indikerer tallene at det kan være en stor gruppe stoffbrukere under 25 år som kan nyttiggjøre seg substitusjonsbehandling med legemidler. Dette kan også ses i sammenheng med at en på begynnelsen av 2000-tallet begynte å ane en foruroligende utvikling av overdosedødsfall for denne aldersgruppen i Norge. På 90-tallet var det først og fremst menn i 30-årene som ble rammet av overdosedødsfall. Men i sin årsrapport for 2000 meldte kripes at 29 personer i aldersgruppen 15–20 år døde i forbindelse med bruk av narkotika. I aldersgruppen 21–25 år ble det rapportert om 55 dødsfall som følger av bruken av narkotika (Blindheim 2001, s. 8-9)¹². Det sies ingenting om hvilket narkotisk stoff som var årsaken til disse overdosedødsfallene, men med tanke på antallet som injiserer heroin i denne aldersgruppen, samt de helsemessige risikoene dette medfører, er det rimelig å anta at en viss andel av disse var injiserende opiatbrukere. En gruppe stoffbrukere som på grunn av tidligere inntakskriteriene til LAR i utgangspunktet ikke har fått tilgang til denne type behandling, til tross for at det er rimelig å anta at mange av disse stoffbrukerne kan ha utviklet opiatavhengighet innen fylte 25 år.

Det andre kriteriet for å delta i LAR knyttet seg til at stoffbruken skulle ha forekommet over en lengre periode, og at stoffbruken skulle ha vært opiatdominert over flere år. Grunnlaget for dette kriteriet baserte seg på at legemidlene kun har virkning overfor opiater. Om det er et annet misbruk, er dette ikke i og for seg en hindring, men det kan lett bli et sidemisbruk (Waal

Langvarigmedikamentfri behandling, må dokumenteres, 3) Må være minst 30 år. I tillegg var det krav om at en hadde ingen uoppgjorte straffesaker ved inntak, at en måtte ha ordnet seg bolig før inntak og at en måtte inngå en forpliktende kontrakt med prosjektet (Frantzen 1997, s. 24).

¹² I forhold til disse tallene må det anføres at det ble heftet stor usikkerhet til hvor presise disse tallene var. Statistisk sentralbyrå opererte med et annet tallmateriale, men begge bekreftet at det hadde forekommet en markant økning av overdosedødsfall i disse aldersgruppene (Blindheim 2001).

sitert i Frantzsen 1997, s. 23). Jeg anser også dette et kriterium som gjør det vanskelig å anse den gamle reguleringen av LAR som basert på skadereduksjon. Om en får påvist opiatavhengighet, vil det ut i fra et skadereduksjonsperspektiv være irrelevant om stoffbrukeren har et opiatdominert stoffbruk eller ikke. Om stoffbrukeren er opiatavhengig vil dette med nødvendighet innebære at denne avhengigheten må behandles først. Dette kan ses i sammenheng med at overdosedødsfall i tilknytning til opiatverdoser utgjør et overveiende flertall av alle narkotika-relaterte dødsfall (Ravndal og Amundsen 2010, s. 1), og at legemidlene i substitusjonsbehandling kan forhindre nettopp dette. Ut i fra et skadereduksjonsperspektiv vil påvist opiatavhengighet være nok for å indikere oppstart med substitusjonsbehandling, så lenge annet misbruk ikke medfører at dette må anses som medisinsk uforsvarlig.

Det siste kriteriet krevde at stoffbrukere som ønsket substitusjonsbehandling måtte først ha gjennomgått medikamentfrie behandlingstilbud i rimelig omfang. Grunnlaget for dette kriteriet var at den norske substitusjonsbehandlingen har vært lagt opp slik at deltakelse i behandlingen forutsetter samtidig et langvarig, og ofte livslangt, behandlingsforløp (Waal sitert i Frantzsen 1997, s. 23). For å forsikre seg om at substitusjonsbehandling ville anses som det rette alternativet skriver Waal videre at pasienten *“må ha gjennomført behandlingene, eller i alle fall ha vært så lenge i dem at det er rimelig å si at behandlingsmulighetene er utprøvd* (sitert i Frantzsen 1997, s. 24)”. At det skal være en terskel for å starte behandlingen er i tråd med å anse dette som skadereduksjon, men ikke hvis substitusjonsbehandling anses som en absolutt siste løsning. Ut i fra et skadereduksjonsperspektiv skal substitusjonsbehandling vurderes på lik linje med andre behandlingsalternativ, hvorav det endelige valget skal baseres på en helhetlig, medisinsk vurdering, i samråd med stoffbrukeren. Dette er ikke tilfellet med tidligere regulering av LAR, hvor medikamentfri behandling har vært ansett som det foretrukne valget for opiatavhengighet. I denne sammenheng synes jeg det er interessant å se nærmere på hvilke konsekvenser en slik praktisering kan medføre. For det første vil jeg vise til en undersøkelse som tar for seg situasjonen for stoffbrukere etter å ha avsluttet/fullført medikamentfri behandling i Norge (Ravndal og Amundsen 2010¹³). Studien viste at stoffbrukere hadde en betydelig forhøyet risiko for overdose-dødsfall de første 4 ukene etter utskrivning. I denne sammenheng viste det seg at det ikke var noe signifikant

¹³ Undersøkelsen er basert på et utvalg av 276 stoffbrukere som har blitt inkludert ved 11 medikamentfrie behandlingstilbud. Over en 8-års periode (1998–2006) ble stoffbrukerne fulgt opp etter utskrivning (Ravndal og Amundsen 2010). Se <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871609004153> for hele undersøkelsen.

forskjell i risikoen for overdosedødsfall mellom de som falt fra underveis i behandlingen og de som fullførte behandlingen (Ravndal og Amundsen 2010, s. 68). I en tidligere kunnskapsoppsummering om hvilken effekt medikamentfri behandling har hatt overfor stoffbrukere, har rusforskeren Edle Ravndal (1993) konkludert med at det var vanskelig å finne belegg for at medikamentfrie behandlingstilbud kan vise til noen overbevisende behandlingsresultater. Ser en dette i sammenheng med at forskningen om substitusjonsbehandling viser at risikoen for overdosedødsfall for stoffbrukere i denne type behandling er betydelig lavere enn for de i medikamentfri behandling (EMCDDA 2011a), er det rimelig å fastslå at dette kriteriet ikke er sammenfallende med å anse gamle LAR som et skadereduksjonstiltak. I så måte vil den danske sosialoverlegens, Peter Ege, uttalelser om valget av behandlingsform være mer dekkende ut ifra et skadereduksjonsperspektiv, og han har sagt følgende om dette forholdet:

For mig at se er det bærende etiske princip den “samaritanske pligt”, dvs. en sikring av stofmisbrugerens behandlingsret. Om det er til en substitutions- eller stoffri behandling, er i denne sammenheng mindre væsentligt og må afgøres efter en konkret vurdering av nyttevirkningen som bl.a. afhænger af stofmisbrugerens ønske til behandlingsform (Ege 1997b, s. 106).

Samlet sett kan en si at inntakskriteriene har vært regulert slik at substitusjonsbehandling med legemidler må kunne anses som å ha vært knapphetsgode for opiatavhengige stoffbrukere. LAR har i så måte vært regulert som først og fremst å være rettet mot de aller tyngst belastede opiatbrukerne, men spørsmålet en da kan stille er hvor mange som da har levd lenge nok til å få denne behandling. I denne sammenheng har den tidligere reguleringen av inntak til LAR vært utsatt for kritikk, hvorav blant annet kriminologen Nils Christie og juristen Aslak Syse har uttalt følgende:

I realiteten vedtas “inntakskriterier” som fordrer at unge personer må fortsette med sin livsfarlige narkotikabruk for så i tidens fylde – om de lever så lenge – å kunne tilfredsstillende kriteriene (Christie og Syse 2001).

I forhold til denne uttalelsen er det viktig å merke seg at det i retningslinjen har blitt inntatt en unntaksbestemmelse for disse tre inntakskriteriene. I denne heter det at kriteriene kan fravikes dersom en kronisk og livstruende sykdom gjør substitusjonsbehandling nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsier dette. Det har vist seg å være store variasjoner i hvordan denne unntaksbestemmelsen har blitt praktisert, og i mange sammenhenger har den blitt tolket strengt (Rundskriv I-5 2003; Vindedal m. fl. 2004, s. 61–62). I rundskrivet ble det fremhevet at adgangen til å gjøre unntak fra kriteriene ikke så ut til å bli praktisert, og fra LAR-sentrene

ble det opplyst at de ikke hadde mottatt søknader begrunnet i unntaksbestemmelsen (Rundskriv I-5 2003, s. 1). I rundskrivet presiserte daværende Sosial- og Helsedepartementet hvilke forhold som kunne være avgjørende for at en kunne gjøre unntak fra alderskriteriet (Rundskriv I-5 2003, s. 7). I denne sammenheng er det interessant at det ikke ble trukket fram samme type eksempler for hvilke forhold som kunne danne utgangspunkt for unntakelse av de to andre kriteriene, tatt i betraktning av at det ble påpekt at unntaket for disse kriteriene heller ikke ble praktisert. Så selv om det ble gitt adgang til unntak for kriteriene, og i så måte kan kriteriene anses som basert på skadereduksjon, viste det seg i praksis at dette ikke blir håndhevet i like stor grad. Ut i fra dette er det rimelig å anta at mange stoffbrukeres mulighet for substitusjonsbehandling tidligere har vært avhengig av hvor de har bodd i landet, om de da ikke har innfridd de generelle inntakskriteriene. Jeg vil ut i fra dette si at tidligere regulering av inntak til LAR ikke tilfredsstillt mitt kriterium for å anse dette som et skadereduksjonstiltak. Påvist opiatavhengighet har ikke vært ansett som tilstrekkelig for at substitusjonsbehandling skal kunne bli vurdert, og substitusjonsbehandling har ikke blitt vurdert og tilbudt på lik linje med medikamentfri behandling.

Foruten at stoffbrukeren må oppfylle alle disse kriteriene for å få LAR-behandling, har det også vært stilt krav om at det sammen med søknaden for behandlingen skal ha blitt utarbeidet en tiltaksplan. Tiltaksplanen har vært obligatorisk for stoffbrukeren, dvs. at stoffbrukeren ikke har kunnet nekte at en slik plan har blitt utarbeidet, dersom vedkommende ønsket å bli inkludert i LAR. (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s. 20). Tiltaksplanen skulle inneholde hvilke mål stoffbrukeren skulle ha for denne rehabiliteringen, og hvilke tiltak en skulle ta i bruk for å nå disse målene. Aktuelle tiltak kunne for eksempel være sosial trening, skolegang, arbeidstrening eller jobb, somatisk og/eller psykiatrisk behandling, nettverksbygging og kontakt med familie (Vindedal m. fl. 2004, s.31). En viktig forutsetning for tiltaksplanen var at stoffbrukeren bidro aktivt til egen rehabilitering og tok ansvar for å følge opp de forpliktelser som ble beskrevet i tiltaksplanen. I statens helsetilsyn sin veileder for håndtering av vanedannende legemidler ble det i denne sammenheng fremhevet at det *“kreves progresjon sett i en medisinsk og psykososial sammenheng. Uten dokumentert bedring er det ikke indikasjon for fortsatt ytelse av denne form for helsehjelp* (Helsetilsynet 2001, s. 35)”. At det for mange stoffbrukere er viktig å få ordnet opp i forhold utenom de helsemessige er det ingen grunn til å kritisere. Men i forhold til å anse gamle LAR som et skadereduksjonstiltak står utarbeidelsen av tiltaksplan som forutsetning for inntak seg dårlig. Dette knytter seg til forholdet i mitt kriterium om at stoffbrukeren ikke må forplikte seg til å

benytte seg av tilleggstjenester som en forutsetning for å komme med i behandlingen, og at det er legemidlene som først og fremst skal være det sentrale i behandlingen. Når evalueringen av LAR i tillegg har vist at tiltaksplanen har fungert mer som en nødvendig “inngangsbillett” for inntak til LAR enn som en garanti for et helhetlig rehabiliteringsopplegg (Vindedal m. fl. 2004, s. 10), vil kravet om tiltaksplan passe dårlig inn i vurderingen av LAR som et skadereduksjonstiltak. Kravet om tiltaksplan kan ses i sammenheng med at i den norske modellen for substitusjonsbehandling har legemidlene kun vært et hjelpemiddel til den egentlige innsatsen, som har vært knyttet til å ordne opp i de psykososiale forholdene (Waal m. fl. 2009, s. 8). I SERAF sin årlige statusrapport om LAR ble følgende fremhevet om hvordan den norske substitusjonsbehandlingen tidligere har vært lagt opp:

I Norge har det vært tendens til å nedtone viktigheten av legemidlet. ”Medikamentet er bare en liten del” av et stort arbeid. Ser man på internasjonal evalueringslitteratur har dette svak støtte. De fleste av gevinstene er tydelig knyttet til medikamentet mens de psykososiale tiltakene øker måloppnåelsen, særlig i forhold til livskvalitet og langsiktige målsettinger om utvikling (Waal, Clausen, Håseth og Lillevold 2009, s. 8).

Med dette synes jeg det er klart at den tidligere reguleringen av LAR i forhold til inntak ikke tilfredsstillt mitt kriterium for å anse dette som et skadereduksjonstiltak.

Substitusjonsbehandling har ikke blitt vurdert på lik linje med andre behandlingstilbud for rusmiddelbruk, og påvist opiatavhengighet har ikke vært tilstrekkelig for at substitusjonsbehandling skulle kunne iverksettes. Den kan heller ikke sies å være utformet slik at hovedfokuset i behandlingen har vært legemidlene, men heller at legemidlene har blitt ansett for å være et hjelpemiddel for en helhetlig rehabilitering av hver enkelt stoffbruker.

I det neste avsnittet vil jeg se nærmere på i hvilken grad tidligere regulering kan anses som basert på skadereduksjon, i forhold til kriterium 2¹⁴ som omhandler i hvilken grad det i substitusjonsbehandlingen tilbys alternative løsninger når stoffbrukerne fremviser problemfull atferd.

3.2 Tidligere regulering av formålet med LAR – i lys av kriterium 2.

LAR er en behandlingsform hvor målet med bruk av legemidler, som ett av flere virkemidler i helhetlige rehabiliteringsopplegg, har vært å bistå de aktuelle stoffbrukerne med å:

¹⁴ Se side 22 for innholdet i kriterium 2

- *komme seg ut av de hardt belastede misbruksmiljøene,*
- *nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak,*
- *redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall,*
- *bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen og*
- *oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og - så langt som mulig – yrkesmessig og sosial rehabilitering* (Rundskriv I-35 2000, s. 1)

For å sikre et forsvarlig behandlingsopplegg, og for å forsikre seg om at målene med behandlingen skulle oppnås, har det blitt utarbeidet visse krav om tilpasning til behandlingen som stoffbrukeren har måttet forholde seg til. I tilfeller hvor stoffbrukeren ikke har maktet å innfri disse kravene, har dette kunnet medført ufrivillig utskrivning for stoffbrukeren. Tidligere har regler for hva som skal medføre utskrivning fra LAR-behandlingen vært regulert gjennom rundskrivet I-35/2000. I rundskrivet ble kriteriene for utskrivelse fastsatt på følgende grunnlag:

8. Utskrivningskriterier

Ved omsetting av illegal narkotika og/eller vanedannende legemidler eller begrunnet mistanke om dette, og ved bruk av vold og/eller trusler om vold, skal klienten skrives ut, med mindre det vil fremstå som en uforholdsmessig reaksjon.

Vedvarende alkohol- og/eller narkotikamisbruk ved siden av behandlingen, fusk med urinprøver eller legemiddelinntak, manglende oppmøte til avtaler/henting av legemiddel og samarbeidsvegring i forhold til avtaler, regelverk og/eller tiltaksplan kan gi utilstrekkelig behandlingseffekt. Slike forhold kan derfor gi grunnlag for utskrivning (Rundskriv I-35 2000, punkt 8).

Utskrivningskriteriene har blitt utformet etter en modell hvor en har skilt mellom absolutte og relative kriterier (Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 56). Den første delen av utskrivningskriteriene anses som de absolutte, og siktet mot å beskytte behandlingsapparatet mot trusler og vold fra stoffbrukere som ikke respekterte retningslinjene for behandlingen og mot lekkasje av medikament til illegalt salg. Den andre delen av utskrivningskriteriene anses som relative kriterier, og siktet mot å sikre et aktivt arbeid for samarbeid om rehabiliteringsmålsettingen i behandlingen (Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 56). I forhold til mitt kriterium om skadereduksjon på dette området, er det de relative utskrivningskriteriene som vil være interessante i denne sammenheng. I hvilken grad kan disse kriteriene sies å ha sikret at i tilfeller hvor stoffbrukere i LAR-behandling har utvist problemfull atferd, i form av fortsatt bruk av rusmidler under behandling, har ufrivillig utskrivning vært ansett som en absolutt siste løsning for å håndtere denne type atferd?

Problemet med de relative utskrivningskriteriene, i forhold til kriteriet om skadereduksjon på dette området, er at det har åpnet for ulike tolkninger av hva som skal gi grunnlag for utskrivning. I evalueringene av LAR har det vist seg at det er store, regionale forskjeller i hvordan praktiseringen av utskrivning forekommer. Spesielt viser det seg at region Øst har hatt betydelig lavere utskrivningsrater enn hva tilfellet er for de andre regionene (Vindedal m. fl. 2004, s. 77). Mens det i region Øst forekom i underkant av 5 % eksklusjoner av alle som var i behandling i 2003, oversteg de tre andre regionene 10 % eksklusjoner av alle som var i behandling i 2003. Regionen med størst andel eksklusjoner var regionen Midt/Nord hvor nesten 15 % prosent av alle de som var i behandling i 2003 ble ekskludert fra behandlingen. I forhold til dette er det også verdt å merke seg at ved fylkessenteret for Buskerud, som faller inn under region Sør, ble 30 % av stoffbrukerne som var i LAR-behandling utskrevet i 2003 (Vindedal m. fl. 2004, s. 77). I forhold til disse tallene synes jeg det er interessant å se nærmere på en undersøkelse som har undersøkt hvilke resultater LAR har bidratt med i forhold til dødelighet blant stoffbrukerne. Forskningsrapporten baserer seg på en oppfølgingsstudie av alle stoffbrukere som har blitt inkludert i LAR, i perioden 1. januar 1997 til 31. desember 2003 (Clausen m.fl. 2008). Det totale utvalget i studiet var på 3789 stoffbrukere. Undersøkelsen tok for seg hvordan dødelighet forekommer blant stoffbrukere før de starter opp i LAR, når de er i LAR-behandling og etter at de har avsluttet LAR-behandling. For stoffbrukere som undergår LAR-behandling er dødelighetsprosenten i utvalget anslått til 1,4 per 100 personår, mens tilfellet for de som tidligere har vært i LAR-behandling er anslått til 3,4 per 100 personår. Noe som ytterligere er verdt å merke seg er at risikoen for dødelighet for menn som tidligere har vært i LAR-behandling er anslått til 4,1 per 100 personår (Clausen m.fl. 2008, tabell 3). Med dette viser det seg med tydelig at LAR-behandlingen har en tydelig effekt i å redusere faren for overdoser og tilhørende død, men at sannsynligheten for dødsfall øker betraktelig for de stoffbrukerne som avslutter behandlingen. I denne sammenheng er det interessant å se nærmere på hva som har dannet grunnlag for ufrivillig utskrivning fra LAR. En spesielt viktig faktor for å forklare hva som bidrar til de regionale forskjellene i utskrivningspraksis er at utskrivningene har basert seg på forskjellige oppfatninger av hva som skal være målsetningen med LAR, og at dette har gitt seg spesielt utslag i hva som har vært tillatt av bruk av andre rusmidler mens en er i behandling (Vindedal m. fl. 2004, s. 77–78; Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 59). For region Øst har det vist seg at utskrivninger av stoffbrukere i stor grad har basert seg på at så lenge behandlingen har gått i riktig retning, med mindre risikofull atferd, så har ikke stoffbrukerne blitt utskrevet på slike grunnlag av bruk av andre rusmidler. Dette har bidratt til at det i denne regionen har eksistert

en allmenn oppfatning, både blant brukerne og fagfolkene, om at “hasj er lov“. En praksis som innebærer at ufrivillig utskrivning basert på bruk av rusmidler ved siden av behandlingen, først har blitt vurdert om denne bruken har oppveiet de positive resultat som substitusjonsbehandling medfører. Ut ifra dette er det tydelig at en i region Øst i stor grad har lagt målet om skadereduksjon til grunn for beslutninger om ufrivillig utskrivning. I motsetning til region Øst har de andre regionene basert seg på et annet grunnlag for hva som tillates av bruk av andre rusmidler mens en er i LAR. Ved disse regionene er det i større grad målet om en helhetlig rehabilitering som har ligget til grunn for hva en tillater av bruk av andre rusmidler. Behandlingen i disse regionene har i stor grad vært en ”utforskning av rusfrihet fra alle rusmidler”. I denne sammenheng har LAR-evalueringene vist at stoffbrukere som har signalisert at en ikke har vært villige til eller ikke klart å slutte med cannabis, benzodiazepiner eller alkohol, har blitt utskrevet etter kortere eller lenger tid. Ufrivillig utskrivning har også forekommet om bruken av andre rusmidler har fortsatt tross en ”siste advarsel” med konkret tidsperiode for å oppnå rusfrihet (Vindedal m. fl. 2004, s. 77–78; Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 59). Poenget med dette er at de relative utskrivningskriteriene har innbydd til et stort handlingsrom for hva som har vært tillatt i LAR av bruk av andre rusmidler, og dette gjenspeiles ved den ulike praksisen det har vært på dette området i Norge. Når stoffbrukere har fremvist atferd som er årsaken til at han/hun i utgangspunktet har trengt denne behandlingen, ved at han/hun har fortsatt å benytte seg av andre rusmidler, har det ut i fra dette vært bostedsavhengig i hvilken grad LAR har iverksatt tiltak for å sikre en videre forsvarlig behandling. Kari Lossius, klinikkssjef ved Bergensklinikkene, uttalte i tilknytning til den nasjonale LAR-konferansen i 2005 følgende om de tidligere sanksjonsmulighetene i LAR *“I dag straffar LAR dei som ikkje får det til, heller enn å yte ytterlegare hjelp. LAR skal ikkje vere moraliserende (...) (Bjermeland 2005, s. 12)”*.

For at LAR i større grad skal kunne vurderes som et skadereduksjonstiltak fordrer dette at hele behandlingsapparatet møter stoffbrukere, som praktiserer sidemisbruk av narkotiske stoffer, med alternative løsninger. Alternative løsninger hvor innskjerpete henteordninger av legemidlene eller overvåket inntak av legemiddelet kan være gode alternativer, heller enn å skrive ut stoffbrukeren fra behandlingen. For at LAR skal kunne anses som et skadereduksjonstiltak på dette området, må det i den nye reguleringen av LAR være klarere retningslinjer for hva som skal tillates av bruk av andre rusmidler mens en er i behandlingen. En regulering som legger klare føringer på at ufrivillig utskrivning skal kun forekomme om samtidig bruk av andre rusmidler oppveier de positive resultat som substitusjonsbehandling

med legemidler medfører, og at dette skal kun forekomme som en siste løsning etter at alle alternative løsninger er forsøkt.

I tilknytning til forholdet om utskrivning ønsker jeg også å ta opp forhold forbundet med urinprøver til kontrollformål. Urinprøver til kontrollformål er, sammen med forsvarlige utleveringsordninger og overvåket inntak av legemiddelet, ansett som et viktig redskap for kontrollere at substitusjonsbehandlingen forløper medisinskfaglig forsvarlig. Fusk med urinprøver, og vedvarende bruk av narkotiske stoffer mens man er i behandling, har i tidligere regulering av LAR kunnet danne grunnlag for utskrivning. Urinprøver til kontrollformål er et sentralt virkemiddel for å kunne kontrollere disse forholdene blant stoffbrukerne. I denne sammenheng kan positive testresultat av narkotiske stoffer også medføre innskjerper i henteordning, justering av doser m.m. Selve urinprøvetakingen forekommer overvåket av kvalifiserte helsepersonell. I forhold til kriterium 2) skal bruken av urinprøver begrenses til det minimale, for å kunne anse praktiseringen av urinprøvetaking i LAR som betegnende for et skadereduksjonstiltak.

Tidligere har gjennomføringen av urinprøvetaking i LAR blitt regulert gjennom rundskriv IS-13/2002. Rundskrivet inneholder retningslinjer for hvilke kvalitetsrutiner som må være på plass for i størst mulig grad å sikre et forsvarlig opplegg rundt urinprøvetakingen ved LAR (Rundskriv IS-13 2002). Grunnlaget for bruk av overvåkede urinprøver i LAR er at ansvarlig lege må ha informasjon om hvilke rusmidler stoffbrukeren har brukt for å kunne vurdere behandlingens effekt og forsvarlighet. Som jeg tidligere har vist vil kombinasjonen av enkelte rusmidler og legemidlene som benyttes i LAR kunne medføre alvorlige konsekvenser. Urinprøver har også vært benyttet for å vise at stoffbrukeren mestrer en tilværelse uten rusmidler, og har derfor kunnet danne grunnlag for økt egenkontroll med flere ta-hjem-doseringer og færre fremtidige kontroller (Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 54). Problemet med reguleringen av LAR på dette området i forhold til kriterium 2, er at det ikke er fastsatt noen kvalitetsrutiner for hva som bør anses som et forsvarlig antall urinprøver for å sikre et forsvarlig behandlingsopplegg. I forhold til dette kan det sies at LAR har tidligere vært preget av et stort fokus på bruken av urinprøver. I 2003 måtte hele 77 prosent av alle stoffbrukerne i LAR levere minst en urinprøve i uken (Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 54). I forhold til disse tallene har det også blitt avdekket at den vanligste praksisen har vært at det tas to urinprøver per uke (Vindedal m. fl. 2004, s. 71). Men på samme vis som det har vist seg å være ulik praktisering av utskrivningskriteriene, har det vist seg også å være regionale forskjeller i bruken av urinprøver. I region Øst var det, i 2003, 65 prosent av stoffbrukerne som måtte avgi

urinprøver minst en gang i uken (Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 54). Med dette var det den regionen som benyttet seg minst av regelmessige urinprøver. Regionen med størst fokus på regelmessige urinprøver, i 2003, var region Vest, hvor hele 97 prosent av alle stoffbrukerne i LAR-behandling måtte avgi minst en urinprøve i uken. Ved de to siste regionene var prosentandelen av stoffbrukere som avga urinprøver minst en gang i uka på henholdsvis 84 og 83 prosent (Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 54). I denne sammenheng kan det være av interesse at det anslås at det brukes mellom 200 og 250 millioner kroner på urinprøvekontroll i LAR hvert år (Renland 2010). Fokuset på bruken av overvåkede urinprøver i LAR-behandlingen må ses i sammenheng med resultater LAR-evalueringen har vist i forhold til stoffbrukernes rusmestring under behandlingen. I evalueringen anslo de behandlingsansvarlige at av alle som undergikk behandling hadde 45 prosent av disse i løpet av de siste 4 ukene ikke vist noen tegn til rusmiddelbruk, basert på kliniske bedømmelser av de behandlingsansvarlige (Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 86). Dette tilsier ikke at alle disse har vært uten samtidig rusmiddelbruk hele dette året, men det indikerer at mange stoffbrukere har maktet å leve et liv uten betydelig bruk av andre rusmidler, samtidig som de har mottatt legemidler. I regionen Vest, hvor 97 prosent av alle stoffbrukerne måtte avgi urinprøver minst en gang i uken, var det 43 prosent som ikke vist noen tegn til samtidig bruk av andre rusmidler i løpet av denne 4-ukers perioden (Baadstøe Hansen m. fl., s. 86). Dette antyder at tidligere praktisering av urinprøvetaking i LAR ikke kan sies å tilfredsstille kriteriet for skadereduksjon på dette området. Det kan virke som om bruken av urinprøver har blitt ansett som å skulle være et konstant virkemiddel, og som har gitt lite handlingsrom for å redusere bruken av denne når stoffbrukeren har vist god rusmestring. På grunn av at det i enkelte regioner har vært liten toleranse for tilbakefall til rusmiddelbruk mens en har vært i behandling, kan det virke som om bruken av urinprøver har hatt en for sentral rolle i tidligere LAR for å kunne anse dette som basert på skadereduksjon. I stedet for å fungere som et terapeutisk hjelpemiddel i behandlingen, kan det synes som om det i enkelte regioner heller har vært et fokus på å kontrollere brukeren og på dette vis kan det tenkes at det for mange stoffbrukere heller har fungert anti-terapeutisk. I denne sammenheng er det interessant å vise til hva en norsk kunnskapsoppsummering har konkludert med om bruken av urinprøver. I rapporten konkluderes det med at det ikke finnes noe forskning som har vist at urinprøver kan være et nyttig mål for verken behandlingseffekt eller for å sikre behandlingsopplegget (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 37). For at praktiseringen av urinprøver skal være mer i tråd med hva jeg anser som kjennetegnende for et skadereduksjonstiltak på dette området, må det i behandlingen legges opp til det som den danske antropologen Steffen Jöhncke (2004, s. 13)

karakteriserer som “støtte” i bruken av urinprøver. Jöhncke skiller mellom begrepene “styring” og “støtte” i bruken av urinprøver under behandling. “Styring” tilsier et fokus på adferds regulering av den enkelte stoffbruker, hvorav dette innebærer en villighet til å bruke metadontildeling og kontrolltiltak som straff og belønning. Et fokus på “støtte” vil derimot nedprioritere disse “styrende” elementene til fordel for en tettere relasjon til stoffbrukerne, og med en mer krevende oppbygning av respekt og tillit mellom partene (Jöhncke 2004, s.13). En måte den nye reguleringen kan oppnå et slikt fokus i bruken av urinprøver som virkemiddel er ved å gi klarere anbefalinger for når i behandlingen bruken av urinprøver vil være mest hensiktsmessig. Anbefalinger om at urinprøvekontroll først og fremst vil være et nyttig hjelpemiddel i oppstarten av behandlingen, og i tilfeller hvor påvisning av rusmiddelbruk er nødvendige årsaker.

En annen måte denne kontrollen i større grad kan ha fokus på en slik “støtte”, vil være om det i den nye reguleringen av LAR legges til rette for at andre kontrollmetoder skal benyttes i stedet for urinprøvekontroll. En norsk forskningsrapport har vist at spyttprøver kan utgjøre et fullgodt alternativ til bruken av overvåkede urinprøver i LAR-behandlingen (Vindenes m. fl. 2011). Med et utvalg på 45 stoffbrukere som da deltok i LAR-behandling ønsket man å se nærmere på hvilke resultater bruken av spyttprøver kan frembringe, sammenliknet med bruken av urinprøver, for å kontrollere behandlingsforløpet. I perioden 1. oktober 2007 til 25. august 2008, avleverte de 45 stoffbrukerne både urinprøver og spyttprøver for å kontrollere forskjeller i de to kontrollmetodene (Vindenes m. fl. 2011, s. 33). Utvalget i studien var stoffbrukere en visste brukte andre rusmidler ved siden av de legemidler de ble foreskrevet i LAR-behandlingen (Vindenes m. fl. 2011, s. 35). Forskerne konkluderte med at bruken av spyttprøver vil være et godt alternativ til bruken av urinprøver ved rusmiddelkontroll hos LAR-pasienter (Vindenes m. fl. 2011, s. 37). Med tanke på hvor krenkende overvåkede urinprøver kan oppleves for den enkelte stoffbruker, og hvor stort fokus det tidligere har vært på bruken av denne prøvetakingsformen i tidligere LAR, vil en eventuell tilrettelegging av spyttprøver i den nye reguleringen av LAR bidra til at kriterium 2 kan imøtekommes på dette området.

I det neste avsnittet vil jeg se nærmere på i hvilken grad tidligere regulering av LAR kan anses som basert på skadereduksjon, i forhold til kriterium 3¹⁵ som omhandler i hvilken grad LAR blir tilbudt som en helhetlig “behandlingspakke” av substitusjonsbehandling.

3.3 Tidligere LAR som helhetlig “behandlingspakke” – i lys av kriterium 3.

Da LAR ble etablert som et nasjonalt behandlingstilbud i 1998 ble det også opprettet nasjonale LAR-sentre som skulle ha beslutningsmyndighet overfor hvem som skulle få delta i behandlingen. På dette grunnlag var det kun stoffbrukere som hadde fått godkjent sitt behandlingsopplegg av de nasjonale LAR-sentrene som skulle få tilgang til legemidlene i substitusjonsbehandling. Til tross for dette var det, fram til 2001, mange stoffbrukere som fikk utdelt legemidler uten å ha fått godkjent behandlingsopplegg ved LAR-sentrene (Meinich 2000). Allmennpraktiserende leger som sto utenfor LAR forskrev buprenorfin-preparater, til stoffbrukere som ikke hadde blitt inntatt i LAR-behandlingen. I 2000 anslo brukerforeningen i Tønsberg at det på landsbasis var ca. 3000 stoffbrukere som fikk utdelt disse legemidlene fra allmennpraktiserende leger utenfor godkjente LAR-tiltak. En praksis som ble omtalt som legemiddelassistert medisinerer (Meinich 2000), og som i stor kan sies å sammenfalle med det jeg tidligere har omtalt som lavterskel substitusjonsbehandling. Som følger av at det var smutthuller i regelverket som muliggjorde denne praksisen, ble det fra og med 1.1.2001 vedtatt en endring i forskriften om rekvirering og utlevering av legemidler. I henhold til endringen av utleveringsforskriftens nye § 2-1 tredje ledd bokstav d), het det at:

c) Legemidler med innhold av metadon kan bare rekvireres til den enkelte pasient når behandlingen er påbegynt i sykehus som ledd i smertebehandling, eller når kriteriene for legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk er oppfylt, jf. bokstav d.

D) Legemidler til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk, kan bare rekvireres til den enkelte pasient når vedkommende er med i tiltak godkjent av Sosial- og helsedepartementet. Rekvirerende lege må forsikre seg om at dette kravet er oppfylt og føre nødvendige opplysninger som bekrefter dette på resepten (Rundskriv IK-15 2000, s. 1).

Med denne endringen har allmennpraktiserende leger bare kunnet foreskrive legemidler for substitusjonsbehandling til pasienter som har blitt godkjent for LAR-behandling av de regionale sentrene, og da etter nærmere avtale med det aktuelle LAR-senteret. Som følge av forskriftsendringen ble det fra og med 1. juli 2001 iverksatt en ny modell for hvordan LAR skulle organiseres, og i rundskriv I-33/2001 ble det angitt de ansvarsforhold og organisering

¹⁵ Se side 27 for innholdet i kriterium 3

som denne modellen baserte seg på. Modellen baseres som et trepartssamarbeid mellom sosialtjenesten, fastlegen¹⁶ og de regionale LAR-sentrene (Rundskriv I-33 2001). Som følger av endringen i utleveringsforskriften bokstav d) var det kun tiltak godkjent av Sosial- og helsedepartementet som med dette kunne beslutte om en stoffbruker skulle få starte med substitusjonsbehandling, og i dette tilfelle var denne oppgaven delegert de regionale LAR-sentrene. På dette vis ble den overordnende beslutningsmyndigheten tillagt de regionale LAR-sentrene. Fastlegen har med dette ikke hatt grunnlag for å iverksette eller avslutte behandling i LAR på eget initiativ, men har hatt ansvaret for den medisinsk-faglige oppfølgingen av rehabiliteringsopplegget for den enkelte pasient. Fastlegens ansvar har bestått i å utføre medisinske undersøkelser som grunnlag for forskriving av legemiddel, og for kontroll av helsetilstand og dosering underveis i behandlingen, samt forskrivingen av selve legemiddelet. Samtidig ble det fremhevet at sosialtjenesten skulle ha ansvaret for å koordinere søknaden for inntak til LAR, samt å koordinere rehabiliteringsplanen for den enkelte klient om søknaden ble innvilget (Rundskriv I-33 2001). Fastleger som har gått utover denne forskriftsendringen har i henhold til lov om helsepersonell m.v. § 63 risikert følgende:

Hvis legers eller tannlegers rekvirering av legemidler i gruppe A og B anses uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn helt eller delvis kalle tilbake retten til å rekvirere slike legemidler for en bestemt tid eller for alltid (Helsepersonelloven 2001).

For å oppnå disse målene har det vært lagt opp til et tverrfaglig samarbeid mellom sosialtjenesten, helsetjenesten og de regionale LAR-sentrene. Fokuset på rehabilitering, og praktiseringen av inntakskriterier og utskrivningskriterier som jeg har vist til i de foregående kapitlene, er faktorer som gjør at tidligere LAR kan anses som høytterskel substitusjonsbehandling (Waal 2007, s. 66). Ved at dette har vært den eneste behandlingsformen for substitusjonsbehandling som har blitt tilbudt i Norge, kan tidligere regulering av LAR på dette området kun sies å tilfredsstille kriterium 2) til en viss grad. Lavterskel substitusjonsbehandling inngår ikke i den norske substitusjonsbehandlingen, og det kan på dette grunnlag ikke sies at substitusjonsbehandlingen blir tilbudt som en helhetlig “behandlingspakke” i denne sammenheng. Som en følge av endringen i utleveringsforskriften, samt med viten om at enkelte leger har fortsatt å forskrive legemidler, har det blitt rettet kritikk mot måten LAR-behandlingen er organisert. To fremtredende kritikere om dette

¹⁶ 1. juni 2001 ble fastlegeordningen innført i Norge, og jeg vil derfor bruke denne betegnelsen om allmennpraktiserende leger i den resterende delen av oppgaven.

temaet har vært tidligere nevnte Aslak Syse og Nils Christie. I en kronikk i Aftenposten ga de følgende beskrivelse av denne måten å organisere LAR på:

En særomsorg er skapt av Sosialdepartementet med Helsetilsynet som utøvende organ. Under dette kommer "metadontilsynet" med begrenset kapasitet til å ta imot alle som etter loven burde tas imot, og dessuten pålagte restriksjoner på hvem de får lov å hjelpe. Og først da, for de utvalgte og godkjente, skal den interesserte primærlege eventuelt få komme med sin innsats (Christie og Syse 2001).

Det har også vært rettet kritikk mot LAR som følge av at det alltid har vært lange ventelister for inntak til LAR, og spørsmålet om lavterskel substitusjonsbehandling har dukket opp igjen. Pr 30.04.2004 var det hele 400 stoffbrukere som sto på venteliste for oppstart av behandlingen, etter å ha fått innvilget rett til behandling (Vindedal m. fl. 2004, s. 96). I forhold til prosentandelen som sto på venteliste kontra antall som var i behandling, var det spesielt regionene Vest og Midt/Nord som fremhevet seg, og Buskerud fylke i Region Sør. I region Øst, unntatt i Oslo hvor ventetiden var ca. 12 måneder, var ventetiden fra inntaksbeslutning til oppstart mellom 0 til 3 måneder, og var derav den korteste ventetiden av alle regionene. Dette forholdet endrer seg når en ser på hvordan ventetidene fra inntak til oppstart var i region Midt/Nord. I evalueringsrapporten ble det anslått at ventetiden i denne regionen varierte fra mellom 20 til 24 måneder. I statistikk materialet trekkes det frem at antall søkere hadde gått ned i de siste årene frem til 2004, men dette skyldes av at enkelte kommuner hadde holdt tilbake søknader og at enkelte regionale sentre og fylkesinstanser hadde innført inntaksstopp i enkelte perioder pga. kapasitetsmangel og lang ventetid. I denne sammenheng trekkes det frem at det kan ha vært vesentlige "skjulte" ventelister i tillegg til det som har fremkommet i statistikken (Vindedal m. fl. 2004, s. 96)¹⁷. Samtidig har det vist seg at selve søknadsprosessen for LAR tar lang tid, og det har i evalueringen av LAR vist seg at selve søknadsarbeidet tar mellom 3 til 6 måneder (Vindedal m. fl. 2004, s. 60). Hypotetisk sett har dette kunne innebære at en stoffbruker i region Midt/Nord har måttet vente 30 måneder, eller 2,5 år, fra personen fremsatte et ønske om LAR-behandling til oppstart. 2,5 år hvor denne skal kunne fortsette med sitt destruktive levesett, og det er mulig at denne personen da ikke lever når behandlingen endelig skulle startes opp. Foruten de som sto på venteliste var det på samme tid ca. 2 400 stoffbrukere som undergikk LAR-behandling (Dokument nr. 8:56

¹⁷ I forhold til det store antall som sto på venteliste vil jeg nok en gang vise til undersøkelsen som tok for seg 3 789 stoffbrukere i LAR-behandling over en 7-års periode (Clausen m. fl. 2008). Undersøkelsen viste at stoffbrukere som sto på venteliste for LAR-behandling hadde en dødelighetsrate på 2,4 per 100 personår, mens for de som var i LAR-behandling var dødelighetsraten på 1,4 per personår (Clausen m. fl. 2008, s. 154).

2003-2004). Samtidig var det på denne tid beregnet, basert på anslag fra fagmiljøene, at 70 prosent av stoffbrugerpopulasjonene ville ha et behov for LAR-behandling. Ut i fra at det var estimert 10 000 tunge stoffbrukere i Norge på denne tid, ville altså 7000 stoffbrukere kunne ha behov for denne type behandling. 24.03. 2004 la stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Bjarne Håkon Hansen fram et forslag om tilrettelegging av fastlegers mulighet til å tilby legemiddelassistert rehabilitering. Grunnlaget var de store kapasitetsproblemene ved LAR, og at organiseringen av LAR ble ansett som et hinder for at alle som kunne nyttiggjøre seg LAR skulle få hjelp. På grunnlag av dette ønsket stortingsrepresentantene at fastlegene skulle få rett til å avgjøre om pasienter skulle få LAR-behandling. Det ble fremhevet at fastlegene skulle forholde seg til det samme regelverket som tidligere hadde vært gjeldende for LAR for å sikre et faglig forsvarlig opplegg (Dokument nr. 8:56 2003-2004). På dette grunnlag ble følgende forslag fremmet i stortinget:

Stortinget ber Regjeringen utrede hvordan det kan legges til rette for at fastlegene gis rett til å avgjøre om pasienten skal tilbys legemiddelassistert rehabilitering (Dokument nr. 8:56 2003-2004, siste avsnitt).

Niende juni 2004 ble forslaget behandlet i Stortinget, hvorav 38 stemte for og 62 mot (Innst. S. nr. 211 2003-2004). LAR skulle fortsatt baseres på et tverrfaglig, helhetlig rehabiliteringsopplegg, og ut i fra dette skulle LAR-sentrene fortsatt ha den overordnede beslutningsmyndigheten. Samtidig ble et annet forslag enstemmig bifalt, som lød:

Stortinget ber Regjeringen i statsbudsjettet for 2005 legge frem en plan for å øke kapasiteten i behandlings- og rehabiliteringstilbudet til rusmiddelmissbrukere (Innst. S. nr. 211 2003-2004)

Med dette har LAR fortsatt vært lagt opp som en høyterskel substitusjonsbehandling, og kan ut i fra dette sies å imøtekomme kriterium 3) til en viss grad på dette området. Samtidig er det tydelig at LAR heller ikke har imøtekommet den siste delen av kriteriet, som tilsier at substitusjonsbehandlingen skal være utbygd slik at det kan imøtekomme stoffbrukernes behov for hjelp og behandling. Spørsmålet som dukker opp i denne sammenheng er i hvilken grad det nye rammeverket tilrettelegger for at lavterskel substitusjonsbehandling skal inngå i LAR som en helhetlig "behandlingspakke", og i hvilken grad LAR-tilbudet utbygges for å imøtekomme stoffbrukernes behov for hjelp og behandling.

I det neste avsnittet vil jeg se nærmere på hvordan brukerorganisasjoner er blitt inkludert i utformingen av den tidligere reguleringen av LAR, i forhold til kriterium 4¹⁸.

3.4 Tidligere utforming av rammeverket for LAR- i lys av kriterium 4

Som tidligere nevnt var beslutningen om å innføre substitusjonsbehandling med legemidler som et nasjonalt tilbud, i stor grad basert på anbefalingene fra en styringsgruppe utnevnt av Sosial- og helsedepartementet. I denne sammenheng er det interessant å se litt nærmere på sammensetningen av denne styringsgruppen, i forhold til kriteriet om brukerorganisasjoners mulighet for å delta og påvirke utformingen av rammeverket for LAR. Styringsgruppen bestod av to professorer i henholdsvis psykiatri og psykologi, to representanter fra fylkeslegene, en rådgiver fra Oslo kommune og en politiinspektør fra Justisdepartementet (Sosial- og helsedepartementet 1997, s. 20). Ut i fra mitt kriterium for skadereduksjon på dette området, ville brukerorganisasjoners deltakelse i en slik styringsgruppe vært en ypperlig anledning for å anse tidligere utforming av rammeverket for LAR som å ha vært i tråd med skadereduksjonstanken. Imidlertid kan ikke dette forklares ut i fra ansvarlig myndighet manglende vilje til å inkludere representanter fra brukerorganisasjonene i styringsgruppen, men må heller ses i sammenheng med den historiske utviklingen av brukerorganisasjoner for narkotikabrukere i Norge.

Tradisjonelt har narkotikapolitikk i Norge vært basert på målsetningen om et narkotikafritt samfunn (Willersrud og Olsen 2006, s. 86–87). For å oppnå dette målet har politiet og rettsvesenet vært sentrale bidragsytere, gjennom å bekjempe de narkotiske stoffene og derav også stoffbrukerne. En kamp som i denne sammenheng har blitt omtalt som “krigen mot narkotika” (Christie og Bruun 2003). Dette kan ses i sammenheng med at bruk av rusmidler i Norge har tradisjonelt vært forstått som et resultat av sosial mistilpasning, samfunnsmessige forhold, omsorgssvikt og personlige problemer (Skretting 1997, s.14). Ut i fra denne forståelsen har medikamentfrie behandlingstilbud utgjort behandlingstilbudet for stoffbruker, og det å bli rusfri har i denne sammenheng blitt ansett som i stor grad å handle om stoffbrukerens viljestyrke og moral (Willersrud og Olsen 2006, s. 86). I denne sammenheng har forklaringen om at bruk av rusmidler har sin forklaring i genetiske disposisjoner hos det enkelte individ og at rusmiddelmissbruk ut i fra dette må anses som en sykdom, hatt lite eller ingen plass i norsk behandlingsfilosofi (Skretting 1997, s.14). I et politisk klima hvor narkotika, og også brukerne, har vært ansett som “fienden”, kan det sies å ha vært lite

¹⁸ Se side 31 for innholdet i kriterium 4

handlingsrom for stoffbrukerne å påvirke utformingen av den norske narkotikapolitikken (Willersrud og Olsen 2006, s. 85–86, Anker m. fl. 2006, s. 16–18). Innføringen av substitusjonsbehandling i norsk behandlingstilbud, innebærer derimot at narkotikaproblemet i større grad er et medisinsk anliggende hvor stoffbruken i større grad forklares som en sykdom heller enn kun å være et spørsmål om moral og viljestyrke. Dette bidrar til en endret oppfatning av stoffbrukeren. En oppfatning som innebærer at en må se hver enkelt stoffbruker som en person med status og rettigheter som pasient, en adekvat behandling, og anerkjennelse og respekt som et vanlig menneske (Anker m.fl. 2006, s. 16–18). Ved at metadonbehandlingen er en medisinsk behandling hvor maktforholdet mellom brukere og tjenesteutøvere er spesielt skjevt, og at stoffbrukerne har endret status fra klient til pasient, har dette ført til at stoffbrukerne har stått opp og kjempet for sine rettigheter som pasienter. I denne konteksten har brukerorganisasjoner for stoffbrukere vokst frem i Norge, og i 1996 ble metadonbrukernes interesseorganisasjon, MIG-96, etablert som den første brukerorganisasjonen for stoffbrukere i Norge. Etter hvert har det vokst frem flere brukerorganisasjoner på dette feltet, og disse drives enten av tidligere stoffbrukere, aktive stoffbrukere eller stoffbrukere i metadonbehandling (Willersrud og Olsen 2006, s. 91). På grunnlag av dette kan ikke utformingen av tidligere regulering sies å tilfredsstille mitt kriterium for skadereduksjon på dette området. Men dette må selvfølgelig ses i sammenheng med fremveksten av de norske brukerorganisasjonene. Ved at det ikke har vært noen brukerorganisasjoner når utformingen av tidligere regulering av LAR tok til, innebærer dette samtidig at det ikke har vært noen mulighet for at kriterium 4 skulle bli imøtekommet. Samtidig er det nå etablert nok brukerorganisasjoner til at ansvarlig myndighet skal kunne legge til rette for at brukerorganisasjonene skal ha mulighet til å delta i og påvirke beslutningsprosessene som har ledet fram til det nye rammeverket for LAR.

I det neste avsnittet vil jeg se nærmere på implementeringen av rusreformen i 2004, og hvordan har lagt føringer for at den nye reguleringen av LAR i større grad skal kunne anses som basert på skadereduksjon.

3.5 Implementeringen av rusreformen - mot et nytt LAR?

Første januar 2004 ble rusreformen implementert, og med dette ble det lagt grunnlag for at reguleringen av LAR i større grad skal gjenspeile de behandlingsbehov som finnes blant stoffbrukerne (Rundskriv I-8 2004). En sentral del av rusreformen var at Stortinget vedtok at fylkeskommunenes ansvar etter sosialtjenesteloven for behandlingstiltak for

rusmiddelmissbrukere skulle overføres til de regionale helseforetakene. Dette har sin bakgrunn i endringer i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesteloven m. m. LAR-sentrene var i utgangspunktet ikke direkte omfattet av rusreformen, men ved at disse tiltakene var organisatorisk tilknyttet institusjoner som ble omfattet av reformen innebar dette at LAR-sentrene også ble omfattet av reformen. Dette innebærer at LAR-behandlingen er å anse som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk og at LAR-sentrene derfor er en del av spesialisthelsetjenesten, (jf.) Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 første ledd nr. 5., og at stoffbrukere som er aktuelle for og innlemmet i LAR omfattes av pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (Rundskriv I-8 2004, s. 30). I pasientrettighetsloven § 1.1 lyder formålet med loven som følgende:

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasientrettighetsloven 2001a).

I pasientrettighetsloven § 1-3 blir en ”pasient” definert som ”en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (Pasientrettighetsloven 2001a)”. I § 2-1 andre ledd heter det videre at:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp (Pasientrettighetsloven 2001a).

I arbeidet med rusreformen ble det ikke foretatt noen endringer av pasientrettighetsloven. Under arbeidet med reformen fremhevet Sosialkomiteen i Stortinget dette med følgende:

Komiteen vil særlig peke på at avgjørende for en fremtidig positiv ruspolitisk utvikling vil være at rusmiddelavhengige gis et kvalitativt godt behandlingstilbud med mulighet for både en helsefaglig og sosialfaglig tilnærming, at rusmiddelavhengige i behandling gis pasientstatus på lik linje med andre pasientgrupper, at rusmiddelavhengige gis fri behandling, og at de som gruppe og enkeltindivider frigjøres fra det nedverdiggende og stigmatiserende klientstempelen de hittil har hatt (Rundskriv I-8 2004, s. 15).

Implementeringen av rusreformen innebar en prosess hvor behandling for rusmiddelbruk har blitt omdefinert fra å være en sosialtjeneste med medisinske tilleggstjenester, til en medisinsk tjeneste supplert med sosialt arbeid (Skretting 2005, s. 126). Med dette har behandling av rusmiddelbrukere, og da inkludert LAR-behandlingen, blitt omfattet av helselovgivningen på

lik linje med andre pasientgrupper innen spesialisthelsetjenesten. En lovgivning som tilsier at LAR i større grad skal utformes på grunnlag av hva som er helsefremmende for den enkelte stoffbruker, og en regulering som i større grad hviler på kunnskapen om hva som fungerer heller enn en regulering basert på hva en tror vil fungere. Dette tilsier en LAR-behandling som i større grad er utformet på bakgrunn i ønske om skadereduksjon. En utvikling som kan ses i sammenheng med regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer. I handlingsplanen fremhevet regjeringen at hovedmålet for rusmiddelpolitikken skulle være *”en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelmisbruk* (Sosialdepartementet 2003: s. 13)”. Som en del av strategien for å nå dette formålet innebar dette blant annet en videre utbygging av legemiddelassistert rehabilitering som en del av samlet tilbud for å redusere skadene. I denne sammenheng ble LAR sidestilt med andre lavterskel helsetilbud og tiltak hvor det tilrettelegges for kontrollert bruk av sprøyter (Sosialdepartementet 2003: s. 14).

3.6 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg sett nærmere på i hvilken grad tidligere regulering av LAR tilfredsstillende mine kriterier for å anse det som et skadereduksjonstiltak. Samlet sett er det rimelig å fastslå at LAR, inntil det nye rammeverket er på plass, kun til en viss grad kan anses som et skadereduksjonstiltak. Terskelen for inntak til LAR er lagt høy, og påvist opiatavhengighet anses ikke som tilstrekkelig for at substitusjonsbehandling skal vurderes. Behandling av stoffbrukere skal først og fremst forekomme gjennom medikamentfrie behandlingstilbud, og LAR anses som forbeholdt de mest utslitte og forkomne stoffbrukerne. På grunn av uklart regelverk har det ved enkelte regioner vært liten aksept for bruk av andre rusmidler mens en er i behandling, og dette har resultert i at mange stoffbrukere har måttet avslutte behandlingen til tross for at behandlingen fortsatt har gitt effekt. Det har også vist seg at LAR kjennetegnes av et stort fokus på urinprøvekontroll, og at det i denne sammenheng er lite som tilsier at bruken av denne begrenses til det minimale. LAR kan ut i fra dette karakteriseres som en høyterskel substitusjonsbehandling, og oppfyller på dette vis kriteriet om at substitusjonsbehandling skal tilbys som en helhetlig “behandlingspakke” til en viss grad. Samtidig gjenspeiler ikke tilbudet om LAR stoffbrukernes behov for hjelp og behandling. Brukerorganisasjonene har ikke hatt noen plass i utformingen av reguleringen av LAR, men dette må ses i sammenheng med at de norske brukerorganisasjonene først har etablert seg som følge av at metadonbehandlingen ble innført som behandlingstilbud for rusmiddelbrukere i Norge. Samtidig har det forekommet noen organisatoriske endringer av

hvem som skal ha det overordnede ansvaret for behandling av rusmiddelbruk, som følge av implementeringen av rusreformen i 2004. Endringer som gjør det nærliggende å tenke at den nye reguleringen av LAR i større grad skal kunne tilfredsstillere mine kriterier for å anse LAR som et skadereduksjonstiltak

4 Nye LAR - i lys av kriterier for skadereduksjon

Som jeg vist til i det foregående kapittelet var det flere forhold som gjorde at tidligere regulering av LAR ikke kan anses for å først og fremst ha vært basert på skadereduksjon. I 2010 ble den tidligere reguleringen erstattet av et nytt rammeverk for LAR, bestående av en egen forskrift for LAR og en nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Før jeg går nærmere inn på i hvilken grad den nye reguleringen av LAR tilfredsstillende mine kriterier for skadereduksjon, vil jeg først vise til en kronologisk oversikt av den politiske prosessen som har ledet frem til det nye rammeverket for LAR. En prosess som har vært lang og tidkrevende, og som har resultert i to høringsrunder.

4.1 Den politiske prosessen fram til et nytt rammeverk for LAR.

I mai 2005 oversendte Helsedirektoratet¹⁹ sine hovedanbefalinger om fremtidig forankring og regulering av LAR til Helse- og omsorgsdepartementet, basert på direktoratets oppfølging av LAR-evalueringene (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a). I forhold til mine kriterier for skadereduksjon er enkelte av anbefalingene spesielt interessante, og disse lød som følger:

- *at LAR i Norge innarbeides i det spesialiserte [!] tverrfaglige behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten.*
- *at gjeldende inntaks- og utskrivningskriterier, herunder krav om tiltaksplan, frafaller. I stedet utarbeides nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og rehabilitering. Det er ikke behov for å regulere substitusjonsbehandling særskilt i lov eller forskrift. Pasientrettighetsloven vil som en konsekvens av dette gjelde fullt ut.*
- *at utleveringsforskriften revideres i overensstemmelse med direktoratets samlede anbefalinger.*
- *at indikasjon for igangsettelse av substitusjonsbehandling baseres på en egnet definisjon av opioidavhengighet.*
- *at substitusjonsbehandling bare kan avsluttes på medisinskfaglig grunnlag eller hvis pasienten selv ønsker det.*
- *at LAR-tiltak skal ha rehabilitering som mål forstått slik at pasienten får hjelp til å oppnå sitt optimale funksjonsnivå.*
- *at substitusjonsmedisinering kontrolleres strengt for å hindre at substitusjonsmedisiner kommer på avveie, deriblant lekker til det illegale markedet (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 5).*

Som følger av implementeringen av rusreformen, og som et ledd i oppfølgingen av Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger om fremtidig forankring og regulering av LAR, ble det i statsbudsjettet for 2006 vedtatt å utarbeide et nytt rammeverk for LAR (Helse- og

¹⁹ Fram til 1. april 2008 var direktoratet hetende Sosial- og helsedirektoratet. For å lettere å se disse betegnelsene i sammenheng, vil jeg i det videre benytte meg av betegnelsen Helsedirektoratet.

omsorgsdepartementet 2005, s. 110). Helsedirektoratet fikk da ansvaret for å utarbeide en ny, nasjonal retningslinje for LAR, mens Helsedepartementet skulle jobbe ut i fra at det skulle fastsettes en egen forskrift for LAR. I budsjettet ble det tatt sikte på at forskrift og retningslinjene skulle erstatte de gjeldende rundskrivene 1. Januar 2007 (Helse- og omsorgsdepartementet 2005, s. 110).

I 2006 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut et forslag til endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven på høring. I dette forslaget ble det inntatt et forslag om en forskriftshjemmel som åpner for å kunne forskriftsfeste enkelte problemstillinger knyttet til LAR, som et ledd i oppfølgingen av evalueringen av LAR. En forskrift som skulle komme i tillegg til de faglige retningslinjene som ble utarbeidet av Helsedirektoratet (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

I høringsutkastet anbefalte Helse- og omsorgsdepartementet at pasienter som er aktuelle for LAR i hovedsak skal ha de samme rettighetene som andre pasientgrupper, og at vurderingen om en pasient har rett til LAR skal foretas på grunnlag av de generelle reglene i pasientrettighetsloven og etter faglige retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet 2006, s. 25–27). Samtidig erkjente departementet at det kunne være behov på noen områder å fastsette særskilte regler for LAR i en egen forskrift. En særregulering som skulle kunne gi svar på spørsmål om:

- formålet med legemiddelassistert rehabilitering,
- kriterier for inntak og utskrivning,
- krav om at det skal utredes individuell plan for alle pasienter i legemiddelassistert rehabilitering,
- når individuell plan skal utarbeides og konsekvenser for behandlingen dersom individuell plan ikke foreligger,
- hvem som beslutter inntak til og utskrivning fra legemiddelassistert rehabilitering,
- adgang til å kreve urinprøver (Helse- og omsorgsdepartementet 2006, s. 34).

Departementet foreslo på dette grunnlag en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som ga hjemmel til å fastsette en forskrift med nærmere regler om LAR. En forskrift som muliggjør det å forskriftsfeste enkelte problemstillinger knyttet til LAR, og som gjør det mulig å særregulere LAR til tross for at dette er i strid med den generelle helselovgivningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2006, s. 25–27). Av de totalt 30 høringsinstanser som tok

stilling til spørsmålet om det var behov for en egen forskrift for LAR, var det 26 høringsinstanser som anså at det var behov for en slik forskrift.

Den 27.04.2007 avga Helse- og omsorgsdepartementet sin endelige tilrådning om lov om endringer i pasientrettighetsloven m. m., gjennom Ot. Prp. Nr. 53 (2006–2007) (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Tilrådingen ble godkjent i statsråd samme dag, og oversendt Stortinget for videre behandling. Den eneste endringen i departementets tilråding var en tilføyelse i forslaget til lovendringen, hvorav det også var blitt inkludert adgang til å kreve blodprøver for kontrollformål. Behandlingen av Ot. Prp. Nr. 53 (2006–2007) ble av Stortinget tildelt Helse- og omsorgskomiteen (Stortinget 2007). Gjennom Innst. O. nr. 10 avga Helse- og omsorgskomiteen (2007) sin behandling av lovforslaget. En samlet Helse- og omsorgskomitee (Helse- og omsorgskomiteen 2007: kapittel 5) fremmet en tilrådning til Odelstinget hvor man i hovedsak var enige i lovforslaget fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den 04.12.2007 ble Innst. O. nr. 10 (2007–2008) behandlet i Odelstinget. Et enstemmig Odelsting (Stortinget 2007) vedtok, gjennom Besl. O. nr. 24 (2007–2008), forskriftshjemmelen som åpnet for å fastsette nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering (LAR). I Odeltingets møte fremhevet statsråden Sylvia Brustad hva som var hensikten med en hjemmel for forskrift:

LAR-pasienter får sterke, vanedannende medikamenter. Derfor må vi – slik Regjeringa ser det – vurdere om vi trenger særskilte regler for LAR-behandling. For eksempel bør ikke LAR være førstevalg i behandlinga. De fleste pasienter bør først prøve medikamentfri behandling – før de eventuelt går over på LAR. Det er bakgrunnen for at vi har foreslått en ny hjemmel i pasientrettighetsloven som åpner for slike regler (Odelstinget 2007)

Odeltingets beslutning ble senere bifalt av Lagtinget, og 21. desember 2007 ble lovforslaget sanksjonert. Den nye lovendringen trådte i kraft 1.1.2008 (Stortinget 2007), og lød:

Ny § 3-16 skal lyde:

Kongen kan gi forskrift med nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering av rusmiddelmissbrukere og kan blant annet gi regler om:

- a) formål med legemiddelassistert rehabilitering*
- b) kriterier for inntak og utskrivning*
- c) krav om at det skal utarbeides individuell plan for alle pasienter i legemiddelassistert rehabilitering*
- d) når individuell plan skal utarbeides og konsekvenser for behandlingen dersom individuell plan ikke foreligger*
- e) ansvarsgrupper*
- f) hvem som beslutter inntak og utskrivning fra legemiddelassistert rehabilitering*
- g) adgang til å kreve urinprøver og blodprøver for kontrollformål.*

Regler etter første bokstav b og d kan gjøre unntak fra reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 andre og fjerde ledd (Endringslov til pasientrettighetsloven 2007, siste avsnitt).

Som resultat av lovendringen ble det besluttet av retningslinjearbeidet skulle samkjøres med utarbeidelsen av forslag til forskrift. 26 mai 2009 ble forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) og utkast til Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR-retningslinjen) sendt ut på felles høring. 18. desember 2009 ble den endelige forskriften for legemiddelassistert rehabilitering fastsatt ved statsråd (Statsministerens kontor 2009, kap. 3), og 1. januar 2010 trådte forskriften i kraft (LAR-forskriften 2009). 1. februar 2010 ble den endelige versjonen av Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet publisert (Helsedirektoratet 2010).

Med dette er det lagt opp til en mer detaljert regulering av LAR i Norge. Jeg vil nå se nærmere på hvordan denne reguleringen av LAR tilfredsstillere mine kriterier for å anse det som skadereduksjon. I denne sammenheng vil jeg forsøke å gi en forklaring på hvorfor den nye reguleringen eventuelt tilfredsstillere mine kriterier eller ikke, basert på hvordan de enkelte forholdene knyttet til dette er blitt behandlet i endringsprosessene som har ledet fram til det nye rammeverket for LAR. Det første forholdet jeg ønsker å se nærmere på er hva som utgjør kriteriene for inntak i den nye reguleringen av LAR, og i hvilken grad dette kan sies å imøtekomme mitt kriterium 1²⁰.

4.2 Ny regulering av inntak til LAR- i lys av kriterium 1

I den nye forskriften for LAR lyder den nye reguleringen av inntak til LAR som følger:

§ 4. Vilkår for innskrivning

Når pasienter er henvist til legemiddelassistert rehabilitering skal det foretas en konkret og samlet tverrfaglig spesialisert vurdering av pasientens helsetilstand.

Legemiddelassistert rehabilitering skal som hovedregel ikke være det første behandlingsalternativet som velges ved behandling av opioidavhengighet med mindre det etter den faglige vurderingen anses som det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet. Det skal alltid foretas en konkret vurdering av andre tiltak enn legemiddelassistert rehabilitering.

Pasientens alder og lengde på opioidavhengighet skal alltid tillegges særskilt vekt ved vurderingen av om legemiddelassistert rehabilitering skal tilbys (LAR-forskriften 2009).

²⁰ Se side 18 for innholdet i kriterium 1.

Videre lyder det i merknadene til forskriften følgende:

I bestemmelsens tredje ledd gis spesialisthelsetjenesten en plikt til å vurdere pasientens alder og lengde på opioidavhengighet ved spørsmål om legemiddelassistert rehabilitering skal tilbys.

Bestemmelsen er ment å sikre en varsomhet med hensyn til å igangsette langvarig substitusjonsbehandling til unge mennesker dersom det er mulighet for at de kan behandles på en annen måte. Pasientens alder er derfor forskriftsfestet som et sentralt vurderingstema som skal veie tungt, jf. ordet «særskilt». Jo yngre pasienten er, jo mer tilbakeholden må helsetjenesten være med å starte opp substitusjonsbehandling (LAR-forskriften 2009).

Med dette er det lagt opp til en ny måte og regulere inntak til LAR-behandling på, og jeg vil nå se nærmere på i hvilken grad de enkelte vilkårene imøtekommer kriterium 1.

4.2.1 Alderskriteriet fjernes

Med endringen av vilkår for inntak til LAR er for det første det absolutte alderskravet på 25 år frafalt, som var satt som vilkår for inntak ved tidligere regulering. Forholdet om at alder er inntatt som vurderingsgrunnlag, baserer seg på kliniske erfaringer om at yngre pasienter ofte vil ha en livsstil som vanskelig forenes med behandlingsforløpet i LAR og at denne aldersgruppen derfor ofte vil ha dårligere forutsetninger for å holde seg i behandlingen (Helsedirektoratet 2010, s. 36). Samtidig med dette fremheves det i retningslinjen at en slik livsstil også vil kunne føre til økt risiko for overdosedødsfall. I forskriften er det ikke satt noen aldersgrense for hvor ung en stoffbruker skal være før substitusjonsbehandling ikke lenger skal tilbys, men det fremheves i retningslinjen at det bare unntaksvis skal gis substitusjonsbehandling til personer under 18 år (Helsedirektoratet 2010, s. 36). Med denne endringen av vilkår for inntak knyttet til alder anser jeg den nye reguleringen av LAR for å imøtekomme kriterium 1 på dette området. Som jeg viste til i utarbeidelsen av dette kriteriet vil mange unge stoffbrukere som kun har opplevd en kort periode med opiatavhengighet ha like stor nytte av å gjennomgå behandling uten bruk av substitusjonslegemidler. I denne sammenheng vil det derfor ikke være grunn til anse at dette forholdet ikke imøtekommer mitt kriterium 1, idet dette sikrer mot at en ikke påfører unge stoffbrukere en avhengighet som de i utgangspunktet ikke trenger å bli utsatt for. Med endringen av kriteriene for inntak til LAR kan det virke som at en i utarbeidelsen av det nye rammeverket har tatt innover seg det faktum at det finnes et økende antall stoffbrukere under 25 år som kan nyttiggjøre seg substitusjonsbehandling. Samtidig har det også vist seg, gjennom endringsprosessene som har

ledet til nye LAR, at dette er en oppfatning som har vært gjeldende blant de involverte partene som har deltatt i disse endringsprosessene.

I Helsedirektoratets anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om fremtidig regulering av LAR, ble det anbefalt at dette kriteriet skulle frafalles. Direktoratet anså det ikke medisinskfaglig holdbart å beholde et slikt kriterium, idet det var *“ingen holdepunkter for å si at pasienter under 25 år ikke har noe behov for eller effekt av behandlingen (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 13)”*.

I den endelige høringsrunden om nytt rammeverk for LAR var det 53 høringsinstanser som tok stilling til spørsmålet om alderskriteriet. Kun 8 høringsinstanser ønsket i denne sammenheng at det fortsatt skulle være en absolutt aldersgrense for inntak til LAR. Grunnlaget for dette ønsket baserte seg i hovedsak på det faktum at stoffbrukere yngre enn 23 år skal få vurdert sin eventuelle henvisning om LAR-behandling innen 10 virkedager, mens for de stoffbrukerne som er over 23 år er denne fristen satt til 30 virkedager (Helsedirektoratet 2010, s. 36). På grunnlag av dette ønsket disse høringsinstansene en absolutt aldersgrense på 23 år, for å forhindre at det skal bli tatt forhastede beslutninger om hvorvidt stoffbrukere under 23 år skal få tilgang til substitusjonsbehandling. At dette ikke er blitt fastsatt som et absolutt alderskriterium i den endelige forskriften er i henhold til å anse dette som skadereduksjon, idet tidligere forskning har vist at det er nettopp gruppen av unge mennesker som venter for å starte opp LAR-behandling som har høyest risiko for å opplevedødsfall, sammenliknet med andre aldersgrupper som venter på oppstart av LAR-behandling (Clausen m. fl.2009). Dette tilsier jo at eventuell LAR-behandling for unge mennesker må vurderes, og eventuelt iverksettes, så raskt som mulig. Med denne endringen av vilkårene for inntak til LAR er det nå tilrettelagt for dette.

4.2.2 Opiatavhengighet som indikasjon for inntak til LAR

Et annet forhold som er endret ved inntakskriteriene til LAR knytter seg til forholdet om at legemidlene i LAR-behandling kun har virkning overfor opiater, og at indikasjon for behandling derfor må baseres på påvisning av opiatavhengighet. I retningslinjen heter det nå at *“grunnlaget for å iverksette LAR er opioidavhengighet etter kriterier gitt i ICD-10/DSM-IV (Helsedirektoratet 2010, s. 36)”*. Med dette er den nye reguleringen av LAR i henhold til kriteriet for skadereduksjon på dette området, idet påvist opiatavhengighet i seg selv skal danne grunnlag for inntak til LAR. Påvisning av opiatavhengighet skal med dette forekomme

gjennom bruken av klassifikasjonssystemene ICD-10 og DSM-IV. ICD-10 er et internasjonalt sykdomsklassifikasjonssystem utviklet av WHO, mens det psykiatriske klassifikasjonssystemet DSM-IV er utviklet av den amerikanske psykiaterforeningen (Helsedirektoratet 2010). Begge systemene er allment godtatte, og begge definerer opiatavhengighet som *“en biopsykososial lidelse med forekomst av et antall av ulike diagnosekriterier i løpet av de siste 12 månedene (Helsedirektoratet 2009, s. 42)”*. Ut i fra kunnskapen om at overdosedødsfall i tilknytning til opiatverdoser utgjør et overveiende flertall av alle narkotika-relaterte dødsfall (Ravndal og Amundsen 2010, s. 1), imøtekommer den nye reguleringen av LAR kriterium 1 ved at opiatavhengighet i seg selv skal danne grunnlag for inntak til LAR. Når opiatavhengighet i seg selv skal være indikasjon for substitusjonsbehandlingen, innebærer dette at alle opiatavhengige stoffbrukere i utgangspunktet skal få tilgang til livreddende legemidler. Med dette er kriteriet om å ha hatt et langvarig opiatdominert misbruk, erstattet med objektive, faglige kriterier for å påvise opiatavhengighet.

Dette er et forhold som det har vært knyttet store uenigheter til, blant de involverte partene som har deltatt i endringsprosessene som har ledet frem til nye LAR. Som jeg tidligere har vist, har det i tidligere regulering av LAR ikke bare vært et krav om at stoffbrukeren skal være opiatavhengig, men at stoffbruken over flere år skal ha vært opiatdominert (Rundskriv I-35 2000). I den endelige høringsrunden, om forslag til ny forskrift og ny retningslinje for LAR, var dette et forhold som flere av de involverte partene ønsket å videreføre. I arbeidsgruppe som har utarbeidet retningslinjen har det også vært uenigheter knyttet til dette spørsmålet. I høringsutkastet til ny retningslinje ble det lagt opp til to forskjellige forslag om hva som skulle utgjøre indikasjon for LAR-behandling. Bakgrunnen for uenigheten baserte seg på det faktum at samtidig med opiatavhengighet foreligger det også ofte avhengighet til andre rusmidler (Helsedirektoratet 2009, s. 34–35). Forskningsgrunnlaget som arbeidsgruppa baserte seg på, viste at rundt 90 prosent av alle opiatavhengige bruker flere typer rusmidler daglig. På denne bakgrunn mente en del av arbeidsgruppa at den dominerende avhengighet må behandles først. I motsetning til dette mente den resterende delen av arbeidsgruppa at opiatavhengighet skal vurderes uavhengig av avhengighet av andre rusmidler. Deres mening var at når kriteriene for behandling av opiatavhengighet foreligger, skal stoffbrukeren tilbys behandling for denne avhengigheten (Helsedirektoratet 2009, s. 34–35). De to forslagene løp som følger:

Enten:

Grunnlaget for å iverksette LAR er opioidavhengighet etter ICD-10/DSM-IV.

Eller:

Grunnlaget for å iverksette LAR er opioidavhengighet etter ICD-10/DSM-IV der opioidavhengigheten er pasientens dominerende rusproblem (Helsedirektoratet 2009, s. 35).

Dette spørsmålet har det også vist seg å være stor uenighet om blant høringsinstansene i denne høringsrunden. Av 34 høringsinstanser som tok stilling til dette spørsmålet var det 20 høringsinstanser som argumenterte for at påvist opiatavhengighet skal utgjøre indikasjon for LAR, mens de resterende 14 mente at opiatavhengighet måtte være det dominerende rusproblemet for at dette skulle indikere LAR-behandling. Grunnlaget for at så stor andel av de som har tatt stilling til denne problemstillingen mener at opiatavhengigheten må være stoffbrukerens dominerende avhengighet, kan ses i sammenheng med hvilket formål LAR-behandlingen tidligere har hatt. LAR har som nevnt tidligere vært utbygd som et helhetlig rehabiliteringstilbud, hvorav legemidlene kun har vært ansett for å bidra med en liten del av den totale gevinsten forbundet med substitusjonsbehandling. På grunnlag av dette har disse høringsinstansene argumentert for følgende:

Man bør opprettholde dagens praksis, som støttes av erfaringer som viser best resultat i rehabilitering der hvor opiatavhengighet er den dominerende. LAR-behandling vil ikke sikre pasienter med for eksempel et amfetamin-dominert misbruk tilfredsstillende avhengighetsbehandling (Kristiansand kommune 2009, s. 12)

Ut i fra dette kan det virke som en stor andel av de som har tatt stilling til denne problemstillingen ikke har ønsket at LAR først og fremst skal være et skadereduksjonstiltak, i forhold til kriterium 1. En behandling som har vist seg å være den mest effektive behandlingsformen for opiatavhengige stoffbrukere, hvorav de positive resultatene i hovedsak kan tilskrives de legemidlene som blir tilbudt i behandlingen. Til tross for at opiatavhengigheten ikke er det dominerende rusproblem, innebærer opiatavhengighet så alvorlige konsekvenser at denne med nødvendighet må behandles først. Med den nye reguleringen av LAR har en tatt hensyn til dette ved å la påvist opiatavhengighet være indikasjon for LAR i seg selv.

4.2.3 Valget mellom medikamentfri behandling og substitusjonsbehandling

Det siste forholdet som jeg ønsker å se nærmere på i forhold til de nye vilkårene for inntak til LAR, knytter seg til i hvilken grad substitusjonsbehandling blir ansett for å være den foretrukne behandlingsformen i valget av behandling. I forskriften har Helse- og

omsorgsdepartementet bestemt at substitusjonsbehandling ikke skal være førstevalget ved opiatavhengighet, med mindre det etter en helhetlig vurdering anses som det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet. I retningslinjen fremheves det at grunnlaget for denne bestemmelsen er at *“legemidlene som brukes i LAR er sterkt avhengighetsskapende og vil kunne utgjøre en livsvarig behandling for noen”* og videre at *“klinisk erfaring er at tidligere behandlingserfaring uten substitusjon kan være nyttig for å oppnå et godt resultat (Helsedirektoratet 2010, s. 36)”*. I denne sammenheng fremheves det at *“i jo mindre grad behandling uten substitusjonsbehandling er forsøkt, desto mer bør man søke andre løsninger enn substitusjonsbehandling (Helsedirektoratet 2010, s. 36)”*.

Ut i fra kriterium 1 skal substitusjonsbehandling vurderes på lik linje med andre behandlingsalternativ ved opiatavhengighet, hvorav det endelige valget skal baseres på en helhetlig, medisinsk vurdering, i samråd med stoffbrukeren. I de fleste tilfeller vil substitusjonsbehandling bli ansett som den foretrukne behandlingsform. Med de nye vilkårene for inntak til LAR kan ikke denne tankegangen sies å ha vært lagt til grunn. Fortsatt skal medikamentfri behandling være den foretrukne behandlingsformen ved opiatavhengighet, og den gamle reguleringen av LAR på dette området er dermed videreført i det nye rammeverket for LAR. En regulering som tilsier at opiatavhengige først må gjennomgå en behandling som har vist seg langt mindre effektiv, for så om de fortsatt lever eventuelt kan starte med substitusjonsbehandling. I denne sammenheng vil det være interessant å se nærmere på hva som har gjort at dette kriteriet er blitt videreført i det nye rammeverket for LAR.

Med dette har Helse- og omsorgsdepartementet gått imot anbefalingen de fikk fra sitt eget direktorat i 2005. I anbefalingen om fremtidig forankring og regulering av LAR anbefalte Helsedirektoratet at de da gjeldende inntakskriteriene skulle frafalles, og at indikasjon for LAR heller skulle baseres på en egnet definisjon av opiatavhengighet (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 5). Til spørsmålet om at andre behandlingstilbud skal være utprøvd før substitusjonsbehandling eventuelt skal iverksettes, hadde direktoratet følgende å anmerke:

“Etter direktoratets vurdering er det lite heldig at en stiller et vilkår om at pasienten må ha gjennomgått og ha mislykkes med medikamentfrie behandlingsforsøk før en iverksetter LAR. En av målsettingene med LAR-behandling er nettopp at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg annen behandling. Å “bevise” for behandlingsapparatet at en ikke lykkes i et behandlingstiltak for å kvalifisere til et annet, er anti-terapeutisk og demoraliserende både for pasient, behandlere og eventuelle medpasienter (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 12-13)”.

Videre anbefalte direktoratet følgende: “*Erfaringen med LAR som livreddende tiltak, fordrer at tilbudet gjøres tilgjengelig for en så stor del av de tungt opioidavhengige som mulig, også om disse ikke har ambisiøse rehabiliteringsmål med sin substitusjonsbehandling* (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 17)”. Til tross for denne anbefalingen, fra sitt eget direktorat, har altså Helse- og omsorgsdepartementet bestemt at medikamentfri behandling fortsatt skal være den foretrukne behandlingsformen for opiatavhengige stoffbrukere. Konsekvensene av en slik bestemmelse er at ikke alle opiatavhengige skal få tilgang til den behandlingsformen som er best egnet til å redusere de alvorlige helseskadene et liv som injiserende opiatbruker medfører. Det kan tilføyes at dette er det eneste området hvor Helse- og omsorgsdepartementet gjennom forskriften ikke har etterfulgt de anbefalinger som Helsedirektoratet avga i 2005 om fremtidig forankring og regulering av LAR.

I det Helse- og omsorgsdepartementet har bestemt at medikamentfri behandling fortsatt skal være den foretrukne behandlingsformen for opiatavhengige stoffbrukere i Norge, er det interessant å se nærmere på hvilke resultater denne behandlingsformen kan vise til i norsk sammenheng. I en prospektiv undersøkelse av 307 stoffbrukere som i tidsrommet 1998–99 startet med medikamentfri behandling, fulgte man stoffbrukerne gjennom behandlingsforløpet for å undersøke hvor mange som fullførte denne behandlingen. Utvalget var stoffbrukere som hadde påbegynt medikamentfri behandling ved 13 forskjellige tiltak fra det sentrale Østlandsområdet (Ravndal m. fl. 2005, s. 181). Resultatene kan ikke generaliseres til å vise effekten av all medikamentfri behandling, men det kan gi et bilde av hvilke effekter medikamentfrie behandlingstilbud kan vise til. Undersøkelsen viste at ved den minst “suksessfulle” behandlingen var det hele 80 prosent av stoffbrukerne som falt av underveis i behandlingen, mens ved det mest “suksessfulle” var det tilsvarende antallet på 30 prosent (Ravndal m. fl. 2005, tabell 2). Når en så alle behandlingstiltakene under ett, var det hele 60 prosent av de 307 stoffbrukerne som falt av underveis i behandlingen (Ravndal m. fl. 2005, s. 182). I undersøkelsen vises det til at i internasjonale og nordiske studier er andelen av stoffbrukere som fullfører behandlingsopplegget på mellom 20 og 40 prosent (Ravndal m. fl. 2005, s. 180). Med tanke på hvor mange som faller fra underveis i denne type behandling, kan man spørre seg hvorfor Helse- og omsorgsdepartementet finner det nødvendig å fremheve i forskrift at medikamentfri behandling skal være den foretrukne behandlingsformen for opiatavhengighet. I denne sammenheng er det nærliggende og igjen vise til undersøkelsen²¹ som tar for seg dødelighet blant de som faller fra i slik behandling. Her vises det til at

²¹ Undersøkelsen jeg sikter til ble gjennomført av Ravndal og Amundsen, og er nærmere omtalt på side 37

stoffbrukere har en betydelig forhøyet risiko for overdosedødsfall etter at de forlater slike behandlingsopplegg. En risiko som var like gjeldende for de som falt fra underveis i behandlingen som den var for de som fullførte (Ravndal og Amundsen 2010). Riktignok åpnes det i forskriften for unntak fra hovedregelen om at substitusjonsbehandling ikke skal være førstevalget, om stoffbrukeren er tilstrekkelig nedkjørt. Men som jeg har vist ved tidligere regulering av LAR, har slike unntaksregler vist seg å fungere dårlig i praksis. Jeg mener ikke med dette at medikamentfri behandling ikke vil kunne være det rette behandlingsalternativet for noen opiatavhengige stoffbrukere. Men med tanke på å anse dette som basert på skadereduksjon må valget av behandling baseres på en individuell vurdering av en den enkelte stoffbrukers helsetilstand, og hvilken motivasjon stoffbrukeren selv har for behandling. Med kunnskapen om hvilke følger det kan få at medikamentfri behandling skal være den foretrukne behandlingsformen, er det i denne sammenheng interessant å se nærmere på hva som kan danne grunnlag for Helse- og omsorgsdepartementets bestemmelse om dette forholdet. Einar Ødegård, ved Statens institutt for rusmiddelforskning, har i en artikkel sett nærmere på hvilke forståelser av narkotikaproblemet som kan sies å ha ligget til grunn for utformingen av den norske narkotikapolitikken opp gjennom historien (Ødegård 2011). I følge Ødegård er den norske narkotikapolitikken i dag preget av å være en “*double-bind*” *politikk* (Ødegård 2011, s. 14)”. På den ene siden har narkotikapolitikken vært forankret i straffeloven, hvor behandlingen har supplert straffen under et felles mål om et samfunn fritt fra narkotikamisbruk (Ødegård 2011, s. 15). På den andre siden innebærer innføringen av skadereduksjon i narkotikapolitikken, som f.eks. metadonbehandling og sprøyterom, at det introduseres virkemidler som kommer i konflikt med målsettingen om et narkotikafritt samfunn. Med dette kommuniseres det motstridende budskap i narkotikapolitikken, og den får preg av å være en “*double-bind*” *kommunikasjon* (Ødegård 2011, s. 15)”. Ut ifra kunnskapen om hvilke effekter de forskjellige behandlingsformene har for å redusere de helsemessige konsekvensene opiatbruk medfører, kan følgende være en forklaring på hvorfor Helse- og omsorgsdepartementet har bestemt at substitusjonsbehandling ikke skal vurderes på lik linje med andre behandlingsalternativer:

Politikk er ikke logikk. Politikken rasjonalitet er andre enn vitenskapens, og politikken vil ha større evne enn vitenskapen til å kunne neglisjere og overse anomalier, dvs. irregularetter og fakta som strider mot det etablerte paradigmet. Det ligger i forlengelsen av dette at en politikk som inkluderer ulike paradigmatisk forståelser og også inneholder inkonsistenser, likevel kan ha en robust evne til å overleve (Ødegård 2011, s. 17).

Med tanke på at medikamentfri behandling fortsatt skal være den foretrukne behandlingsformen, er det interessant å se hvordan de involverte partene har forholdt seg til dette i endringsprosessene som har ledet til det nye rammeverket for LAR. Gjennom begge høringsrundene har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til grunn at medikamentfri behandling fortsatt skal være den foretrukne behandlingsform (Helse- og omsorgsdepartementet 2006, s. 25; Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s. 20). I den endelige høringsrunden, om forslag til ny forskrift og ny retningslinje for LAR, var det 48 høringsinstanser som tok stilling til om hvorvidt medikamentfri behandling fortsatt skal være den foretrukne behandlingsformen, eller ikke. Av disse 48 var det hele 45 høringsinstanser som anså det som nødvendig å innta i forskriften at LAR ikke skal være førstevalget ved behandling av opiatavhengighet. Høringsuttalelsen fra helse- og sosialombudet kan i dette henseende være dekkende for hvordan disse høringsinstansene har forholdt seg til dette, og den lød:

Ombudet er positive til at en medisinskfaglig vurdering av om pasienten har opiatavhengighet skal være en indikasjon for inntak i LAR. På bakgrunn av at LAR medikamentene i seg selv er svært avhengighetsskapende ser samtidig ombudet at det er behov for en viss terskel for å igangsette LAR, og er derfor enige i at LAR som hovedregel ikke skal være førstevalget ved opiatavhengighet (Helse- og sosialombudet 2009, s. 2).

Ut ifra dette er det ingen tvil om at det finnes bred enighet blant de involverte partene på dette området. Substitusjonsbehandling skal ikke anses som den foretrukne behandling for opiatavhengige stoffbrukere. I denne sammenheng virker det som om rusforskeren Astrid Skretting (1997, s. 16) sin beskrivelse av hva som tidligere har kjennetegnet behandlingstilbudet for rusmiddelbrukere i Norge, fortsatt er gjeldende i den nye reguleringen av LAR. I tilknytning til evalueringen av prøveprosjektet med metadon hadde Skretting følgende å si om fokuset på medikamentfri behandling: “*Selv om det er vanskelig å finne belegg for at medikamentfrie behandlingstilbud kan framvise overbevisende behandlingsresultater, har idéen om at en aldri må gi opp, men alltid prøve på nytt, stått sterkt* (Skretting 1997, s. 16)”. På dette området kan dermed den nye reguleringen av LAR ikke sies å tilfredsstillere kriterium 1.

Til sist ønsker jeg å se om tiltaksplanen fortsatt skal være en forutsetning for at stoffbrukere skal bli vurdert for LAR-behandling, i den nye reguleringen av LAR.

4.2.4 Tiltaksplan/individuell plan som forutsetning for inntak

Ved inntak til LAR har det som tidligere nevnt vært et krav om at en tiltaksplan skal være utarbeidet for å kunne få rett til LAR-behandlingen. Et krav som ikke har imøtekommet kriterium 1 for å anse tidligere regulering av LAR som basert på skadereduksjon, ved at stoffbrukere har måttet forplikte seg til å benytte seg av psykososiale tilleggstjenester for å få utlevert legemidlene. Med implementeringen av rusreformen i 2004 fikk stoffbrukere, på lik linje med andre pasienter, rett til individuell plan (Rundskriv I-8 2004, s. 26). Individuell plan er en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester, og er et tilbud til pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester (Sosial- og helsedirektoratet 2005 b). Planen skal være et verktøy for samarbeid mellom pasienten, tjenesteapparatet og de ulike tjenesteyterne. Instansen som pasienten henvender seg til har en plikt til å iverksette planarbeidet hvis pasienten ønsker dette. Planen er basert på frivillighet, og initiativet for å få utarbeidet en individuell plan må komme fra pasienten selv eller pårørende (Sosial- og helsedirektoratet 2005 b). Som følge av at stoffbrukere fikk pasientrettigheter gjennom implementeringen av rusreformen, har tiltaksplanen funksjon i LAR blitt erstattet av individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s. 21).

I den nye forskriften for legemiddelassistert rehabilitering lyder det følgende om individuell plan:

§ 6 Individuell plan

Når en pasient har startet legemiddelassistert rehabilitering, har spesialisthelsetjenesten ansvar for så snart som mulig å utarbeide individuell plan i samsvar med pasientens rett etter pasientrettighetsloven § 2-5 og forskrift om individuell plan.

Utarbeidelsen av individuell plan skal skje i nært samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, allmennlege i primærhelsetjenesten, barneverntjenesten og andre aktuelle instanser. Spesialisthelsetjenesten skal ta initiativ til samarbeidet (LAR-forskriften 2009).

Med denne endringen av vilkår for inntak til LAR, anser jeg at den nye reguleringen av LAR imøtekommer kriterium 1 på dette området, ved at en utarbeidet Individuell Plan ikke lenger må være ferdig utarbeidet som forutsetning for at inntak skal innvilges. Grunnlaget for at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har videreført dette kriteriet i den nye reguleringen av LAR, kan anses i departementets høringsnotat til forskriften. I den uttalte departementet følgende:

Et slikt krav ville vært særegent for LAR-pasienter, noe som etter departementets syn harmonerer dårlig med forslaget om normalisering, dvs. at LAR i størst mulig grad skal reguleres på lik linje med annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. (...) Pasientens behov for helsehjelp bør være overordnet også for LAR (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s. 23).

I den nasjonale retningslinjen fremheves det at individuell plan skal være et frivillig tilbud, og at den skal sikre at stoffbrukeren får et helhetlig tjenestetilbud som er tilpasset den enkelte (Helsedirektoratet 2010, s. 75). Det anbefales videre at behandling med substitusjonsbehandling med legemidler bør kombineres med psykososiale tiltak, men at slike tiltak vil være mest aktuelle etter at stoffbrukeren har blitt stabilisert på legemidlene i oppstartsfasen (Helsedirektoratet 2010, s. 75). Om stoffbrukeren ikke ønsker å forplikte seg til slike tiltak skal en i LAR likevel ha tilgang til den helsemessige oppfølgingen, hvorav legemidlene utgjør grunnlaget (Helsedirektoratet 2010, s. 38). Med dette anerkjennes forholdet om at det er først og fremst legemidlene som bidrar til de positive resultat som substitusjonsbehandling kan vise til, men at tilbudet om psykososiale tiltak kan øke denne effekten. Stoffbrukere skal få tilgang til legemidlene, dersom substitusjonsbehandlingen anses som den riktige behandlingen for vedkommende, uten at en gjennom individuell plan forplikter seg til å benytte seg av tilbud som tar sikte på å ordne opp i andre forhold enn det helsemessige. Med denne endringen av vilkår for inntak mener jeg reguleringen av LAR er basert på en annen kunnskap enn hva den tidligere har vært. En kunnskap som tilsier at det er legemidlene som i hovedsak kan tilskrives de positive resultatene som substitusjonsbehandling kan vise til, men i kombinasjon med psykososiale tiltak vil måloppnåelsen bli enda bedre. På dette vis imøtekommer den nye LAR kriterium 1, og kan på dette området anses som et skadereduksjonstiltak.

Med dette har Helsedirektoratets anbefaling knyttet til dette forholdet blitt ivaretatt i den nye reguleringen av LAR. En anbefaling som ikke anså det som hensiktsmessig *“å forlange at substitusjonsbehandling bare kan vurderes dersom Individuell plan er utarbeidet på forhånd* (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 10)”.

Spørsmålet om Individuell Plan har det derimot knyttet seg stor uenighet om blant høringsinstansene som har tatt stilling til dette spørsmålet, i høringsrundene som har ledet fram til det nye rammeverket for LAR. I den første høringsrunden, om endringer i pasientrettighetslovet etter rusreformen m.m., var det 13 høringsinstanser som tok stilling til denne problemstillingen. Av disse var det 6 høringsinstanser som ønsket at utarbeidet individuell plan fortsatt skulle være en forutsetning for at LAR skal kunne innvilges. I den

andre høringsrunden, om forslag til ny forskrift og ny retningslinje for LAR, var det 27 høringsinstanser som tok stilling til denne problemstillingen. Av disse var det 13 høringsinstanser som ønsket at utarbeidet individuell plan fortsatt skulle være en forutsetning for at LAR skal kunne innvilges. Grunnlaget for at så mange av høringsinstansene har ønsket en videreføring av dette kriteriet, kan ses i sammenheng med hvilken betydning psykososiale tiltak har blitt tillagt i tidligere regulering av LAR. En betydning hvor substitusjonsbehandlingens positive resultater har blitt tilskrevet vel så mye til bruken av psykososiale tiltak, som bruken av legemidlene. Blant annet har det blitt fremhevet at *“i den individuelle planen er et så viktig virkemiddel må konsekvensen av at en rusmiddelmissbruker motsetter seg individuell plan være at LAR ikke iverksettes* (Legeforeningen 2006, s. 2)”. Et annet argument som har kommet fram i denne diskusjonen, har vært at *“dersom man mener alvor om at alle pasienter i LAR skal ha en overordnet ramme knyttet til aktiv og helhetlig rehabilitering, må konsekvensene av manglende rehabiliteringsplan være at tilbudet ikke påstartes før en slik plan foreligger* (Helse midt-Norge 2006, s. 5)”.

Fordi Helse- og omsorgsdepartementet gjennom hele endringsprosessen har uttrykt at dette kriteriet ikke burde være en del av den nye reguleringen av LAR, har det også vært en frykt blant disse høringsinstansene om at dette vil medføre en endring av behandlingens innhold. Følgende sitat kan i så måte være dekkende for denne frykten:

Vi finner det derfor urimelig at det som i dag er en del av inklusjonskriteriet – tiltaksplanen foreslås tatt ut. Tiltaksplanen representerer det rehabiliterende elementet i LAR og er det som forplikter pasienten og kommunen som grunnlag for å innvilge medikamentell støttebehandling. Uten en slik plan er det ikke lenger støttebehandling, men rent medikamentell behandling som alternativ til illegalt forbruk (Asker og Bærum kommuner 2009, s. 2).

Ut ifra dette er det tydelig at det blant de involverte partene på dette fagfeltet har vært store uenigheter om hvorvidt en utarbeidet individuell plan burde være en forutsetning for inntak LAR eller ikke. Grunnlaget for at flere høringsinstanser har ønsket en videreføring av dette kriteriet, kan finnes i hvilken betydning disse instansene tillegger LAR som behandlingsform. R'en i LAR skal i hovedsak utgjøre behandlingen, hvorav de psykososiale tiltakene er virkemidlene for å oppnå dette. Stoffbrukere skal ikke få tilgang til legemidlene kun for å ordne opp i helsemessige forhold knyttet til sin opiatavhengighet, men må også forplikte seg til å ta tak i andre deler av sitt liv. Med dette mener jeg disse høringsinstansene undergraver hvilken betydning legemidlene har i substitusjonsbehandling. Det er først når stoffbrukeren er

stabilisert på legemidlene en kan begynne å ta tak i andre problemer ved denne personens liv, gjennom bruken av psykososiale tiltak. Samtidig må ønske om å ta tak i disse problemene være basert på stoffbrukerens egne ønsker og motivasjon. Ved at disse høringsinstansene har ønsket en videreføring av dette inntakskriteriet, har de også ønsket en videreføring av en praksis som innebærer at LAR ikke kan anses som et skadereduksjonstiltak på dette området. At en i den nye forskriften for LAR ikke har inntatt utarbeidelsen av individuell plan som forutsetning for at LAR skal iverksettes (LAR-forskriften 2009), innebærer derimot at LAR nå likevel kan anses som et skadereduksjonstiltak på dette området.

I det neste avsnittet vil jeg se nærmere på i hvilken grad den nye reguleringen av LAR kan sies å være basert på skadereduksjon, i lys av kriterium 2²². Et kriterium som omhandler i hvilken grad det i substitusjonsbehandlingen tilbys alternative løsninger når stoffbrukerne fremviser problemfull atferd.

4.3 Ny regulering av formålet med LAR- i lys av kriterium 2

Som jeg har vist har tidligere regulering av LAR åpnet for liten aksept for LAR-pasienter som fortsetter å benytte seg av rusmidler mens en er i behandling. Et viktig grunnlag for dette har vært å finne i hva den uttalte målsetningen med behandlingen har vært. Til tross for at det fra myndighetenes side aldri var et overordnet mål at alle de uttalte målsetningene måtte være oppfylt for å kunne opprettholde behandlingen og kalle den vellykket, utviklet det seg uenigheter blant fagmiljøene om hva som skulle kreves av måloppnåelse for at LAR-behandlingen skulle tilbys og/eller opprettholdes. Når målsetningen for behandlingen har blitt tolket ulikt har dette også medført en praksis hvor hva som skal danne grunnlag for ufrivillig utskrivning har blitt praktisert ulikt. Jeg vil derfor først se nærmere på hvordan forholdet om målsetning for LAR-behandlingen er blitt behandlet i endringsprosessene til det nye rammeverket. I den nye forskriften for LAR lyder formålet for LAR som følger:

§ 2. Formålet med legemiddelassistert rehabilitering

Formålet med legemiddelassistert rehabilitering er at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall (LAR-forskriften 2009).

²² Se side 22 for innholdet i kriterium 2

Videre i forskriften er følgende merknad anført til dette:

Til § 2

Legemiddelassistert rehabilitering har rehabilitering som mål. Pasienten skal sammen med den medikamentelle behandlingen få nødvendig helsehjelp til å endre sin livssituasjon gjennom en gradvis bedring av vedkommendes optimale fysiske, psykiske, sosiale og yrkesmessige mestrings- og funksjonsnivå. Rehabiliteringsmålsettingen omfatter rusmestring. Det er likevel ikke en forutsetning for LAR at pasienten faktisk oppnår rusfrihet eller medikamentfrihet. I rehabiliteringsforløpet vil skadereduserende tiltak kunne være nødvendig tiltak på veien mot rehabilitering. I samråd med pasienten settes mål om rusfrihet, eventuelt også medikamentfrihet. Manglende rusmestring vil imidlertid i seg selv ikke kunne danne grunnlag for opphør av behandlingen(...) (LAR-forskriften 2009).

Med denne formålsendringen av LAR anser jeg dette for å imøtekomme kriterium 2 i forhold til hvilke målsettinger stoffbrukerne kan ha for behandlingen. En formålsbestemmelse som kan sies å ta utgangspunkt i det faktum at å oppnå rusfrihet er en lang og tidkrevende prosess, hvorav tilbakefall til rusmiddelbruk må anses som en naturlig del av behandlingen. Ethvert skritt mot et mindre skadelig forbruksmønster av rusmidler ses som et framskritt i behandlingen, ut i fra den nye reguleringen av formål for LAR. Det synes også tydelig at en har tatt innover seg at ikke alle stoffbrukere kan, eller vil, oppnå rusfrihet som en overordnet målsetning i LAR-behandlingen. Rusforskeren Edle Ravndal (1993) har tidligere vist til at det finnes mange stoffbrukere som ikke er interessert i krevende behandlingsopplegg, og at dette kan komme av at rusmiddelbrukere enten er gått lei pga. lite utbytte, eller så er de ikke så interessert i så dyptgående forandringer. I en alder av 30–40 år finnes det lite mot til å legge om livstilen totalt slik målet om rusfrihet fordrer, men det finnes derimot en velvilje for å bedre livskvaliteten (Ravndal 1993, s. 44–45). Det nye formålet for LAR innebærer at en skal ta individuelle hensyn til hvilke mål den enkelte stoffbruker ønsker å oppnå, og stoffbrukeren selv skal være en aktiv medspiller på dette feltet. At dette er en klar endring av formålet fra hva tilfellet har vært gjennom tidligere rundskriv blir også tydelig når en ser dette i sammenheng med hva som ble fremhevet i et notat fra et planmøte for MAR²³ i 2002:

”Da MAR-modellen ble utviklet, ble denne satt eksplisitt opp som en motsetning til skadereduksjon. Målsettingen skulle være rehabilitering og ikke primært å minske samfunnsproblemene eller redusere antallet overdoser eller sykdomsrisiko (Gurrik m. fl. 2002, s. 11).

²³ MAR er den tidligere betegnelsen for LAR, og er en forkortelse for Metadon Assistert Rehabilitering. Navnet ble endret da flere legemidler ble inkludert i behandlingen, hvor det da ble endret til LAR.

Knyttet til denne formålsendringen er det også interessant å se hva initiativtakeren for innføringen av substitusjonsbehandling i Norge, Helge Waal, tidligere har uttalt i et intervju om dette forholdet:

Enhver skal rehabiliteres i samsvar med egne muligheter; man skal ikke rehabilitere folk på et mindre nivå enn det som er realistisk, men heller ikke over. [...] Slik at det er ikke noe krav om at man skal være uten bruk av andre rusmidler [...] enn metadon. Og da er jeg ikke helt sikker på om jeg ser forskjellen [fra en skadereduksjonsmodell] lenger (Gierløff 2010, s. 85).

Endringen av formålet for LAR kan anses som en videreføring av den anbefalingen Helse- og omsorgsdepartementet fikk av sitt eget direktorat i 2005. Helsedirektoratet anbefalte her “*at rehabilitering som begrep og mål i behandling av opioidavhengige ikke må knyttes utelukkende til målsetting om rusfrihet og sysselsetting, men til gradvis oppnåelse av et så høyt funksjonsnivå som mulig (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 17)*”. Anbefalingen baserte seg på at opiatavhengighet anses som en kronisk lidelse, og at tilbakefall til bruk av rusmidler vil være en naturlig del av denne lidelsen (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 16–17). At denne anbefalingen ikke er blitt endret i noe særlig grad i løpet av endringsprosessen som har ledet frem til den endelige formålsbestemmelsen, kan ses i sammenheng med hvordan involverte parter har forholdt seg til denne problemstillingen i høringsrundene.

I den siste høringsrunden, om forslag til ny forskrift og retningslinje for LAR, var det 34 høringsinstanser som tok stilling til hvordan den nye formålsbestemmelsen til LAR skulle lyde. I forhold til den formålsbestemmelsen som til slutt endte opp i den endelige forskriften, var det 22 høringsinstanser som stilte seg positive, mens 12 høringsinstanser var derimot overordnet kritisk til en slik formålsendring. Grunnlaget for denne kritikken baserte seg først og fremst på at en slik formålsendring ville innebære en oppgivelse av at stoffbrukere skal kunne rehabiliteres tilbake til et A4-liv. Blant annet ble det fremhevet at:

Med denne formuleringen senkes etter vår mening ambisjonsnivået for hele pasientgruppen av hensyn til dem som ikke oppnår rusfrihet/kontroll med rusmiddelbruk. Dette er en noe defensiv holdning som kan redusere så vel hjelpeapparatets som pasientens håp om rusfrihet/rusmestring og svekke innsatsen for å fremme endring/rehabilitering til en tilværelse som ikke preges av rusmiddelmisbruk (Bergensklinikkene 2009, s. 1).

Andre igjen gikk enda lengre i sin karakteristikk av denne formålsendringen, og mente det ville være “*en fallitterklæring for LAR å tenke at rusmisbrukere ikke skal kunne rehabiliteres*

ut i fra et misbrukermiljø, og det er å undervurdere våre brukere. Medisinering alene er ikke nok (Rana sosialkontor 2009, s.1)”. Skepsisen blant disse høringsinstansene om å senke ambisjonsnivået kan tolkes som en fortsatt tro på at forandring er mulig for alle, og at rusfrihet kan oppnås for alle. Det oppfattes som et uttrykk for den behandlingsoptimismen rusforskeren Astrid Skretting (2001, s. 142) fremhevet som å ha vært en bidragende faktor til at substitusjonsbehandling med legemidler ble innført så sent i Norge. I dette henseende plasserer disse kritikerne seg inn i en posisjon som har vært typisk for den norske behandlingstradisjonen omkring rusmiddelproblemet. Idéen om at en aldri må gi opp, men alltid prøve på nytt, har stått veldig sterkt i denne tradisjonen. Samtidig er det viktig å fremheve at en slik behandlingsoptimisme er nødvendig, men kanskje den bør være mer realistisk både av hensyn til stoffbrukerne og behandlerne. Sett fra et skadereduksjonsperspektiv er det derfor bra at de fleste av de involverte partene på dette fagfeltet har inntatt en slik holdning, ut ifra at det i høringsrundene har vært en overvekt av de som støtter den nye formålsbestemmelsen.

Ut i fra denne formålsendringen vil jeg nå se nærmere på hvordan den nye reguleringen av LAR forholder seg til ufrivillig utskrivning, i lys av kriterium 2.

4.3.1 Utskrivningskriteriene endres

Ut i fra at formålet for LAR er foreslått endret slik at målet om skadereduksjon i seg selv vil være en akseptabel målsetning å oppnå, og at tilbakefall til rusmiddelbruk anses som en del av den kroniske lidelsen opiatavhengighet, er det interessant å se nærmere på hvordan spørsmålet om utskrivningskriterier har blitt regulert i det nye rammeverket. I den nye forskriften er det ikke videreført noen spesifikke kriterier for hva som skal danne grunnlag for ufrivillig utskrivning (LAR-forskriften 2009), men i den nasjonale retningslinjen blir grunnlaget for ufrivillig utskrivning omtalt nærmere. Her heter det seg at ufrivillig utskrivning først skal iverksettes når behandlingen ikke lenger kan anses som medisinsk faglig forsvarlig (Helsedirektoratet 2010, s. 91). Videre i retningslinjen anbefales det følgende: *“Ufrivillig avslutning av substitusjonsbehandling bør bare vurderes når alle muligheter for tettere oppfølging og andre forsterkningstiltak har vist seg å være nytteløse eller hvis pasienten ikke godtar nødvendige sikkerhets- og kontrolltiltak* (Helsedirektoratet 2010, s. 91)”. Et tungtveiende grunnlag for denne anbefalingen er at forskning har vist at dødeligheten blant stoffbrukere som ufrivillig blir utskrevet fra LAR-behandlingen er høy. På dette grunnlag anbefales det i retningslinjen at når stoffbrukeren utviser problemfull atferd i behandlingen, i

form av manglende rusmestring, må det vurderes forsterkningstiltak som for eksempel *“tettere oppfølging, innleggelse i institusjon og/eller endrede utleveringsordninger og/eller dosejusteringer* (Helsedirektoratet 2010, s. 91)”. I tilfeller hvor ufrivillig utskrivning blir ansett som den nødvendige løsningen, skal stoffbrukeren trappes ned på legemiddelet og spesialisthelsetjenesten sørge for at stoffbrukeren tilbys en annen behandling for sin opiatavhengighet (Helsedirektoratet 2010, s. 91).

Med denne reguleringen anser jeg LAR for å imøtekomme kriterium 2 når det gjelder ufrivillig utskrivning fra behandlingen. En regulering som tilsier at tilbakefall til rusmiddelbruk skal først og fremst møtes med alternative løsninger. Alternative løsninger som søker å opprettholde kontakten mellom stoffbrukeren og helsevesenet. Ut ifra retningslinjen skal ufrivillig utskrivning anses som den aller siste løsningen, og ved tilbakefall til rusmiddelbruk skal ufrivillig utskrivning kun foretas om denne bruken oppveier de positive resultatene som substitusjonsbehandling medfører. Med dette har Helse- og omsorgsdepartementet ivaretatt de anbefalinger som Helsedirektoratet avga om fremtidig regulering av LAR, i 2005. Anbefalinger som fremhevet at ufrivillig utskrivning ikke skulle kunne baseres på hensyn som ikke var medisinskfaglig begrunnet (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 13–14). I forhold til stoffbrukere som fortsatt benytter seg av rusmidler mens er i LAR-behandling, anbefalte direktoratet at det fortsatt skal være mulig å skrive ut pasienter. En slik beslutning må i så fall baseres på en konkret medisinskforsvarlig behandling hvor det må vurderes om fortsatt behandling vil kunne regnes for å være uforsvarlig. I denne sammenheng understreket direktoratet at *“når problemene hopper seg opp for en pasient er det viktig at hjelpeapparatet forsterker tiltakene rundt og ikke avslutter behandlingen* (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 14)”.

At direktoratets anbefaling er videreført i det nye rammeverket for LAR, kan også ses i sammenheng med hvordan involverte parter på dette fagfeltet har forholdt seg til denne problemstillingen gjennom høringsrundene. I den siste høringsrunde, om forslag til ny forskrift og ny nasjonal retningslinje for LAR, var det 35 høringsinstanser som tok stilling til hva grunnlaget for ufrivillig utskrivning skulle være i det nye rammeverket for LAR. Av disse var 31 høringsinstanser positive til at dette skal baseres på medisinskfaglig grunnlag, og at tilbakefall til rusmiddelbruk ikke skal medføre utskrivning så lenge dette ikke oppveier de positive resultater substitusjonsbehandling medfører. Blant annet ble følgende fremhevet:

Er enig i uttalelser om at når problemene tårner seg opp for en pasient, er det viktig at hjelpeapparatet forsterker tiltakene rundt vedkommende og ikke avslutter behandlingen. LAR bør derfor sidestilles med annen helsehjelp og bare kunne avsluttes på faglig grunnlag eller etter pasientens eget ønske (Frelsesarmeen 2009, s. 2).

Blant de 4 høringsinstansene som var negative til en slik endring av kriteriene for ufrivillig utskrivning, ble dette begrunnet med at *“forslaget om å fjerne utskrivningskriterier av ikke-faglig art går vi imot fordi det da ikke lenger vil få noen konsekvens å drive med sidemisbruk (Arbeiderbevegelsens RSF 2009)”*. Ut i fra å anse nye LAR som et skadereduksjonstiltak er det heldig at slike hensyn ikke har blitt ivaretatt i den nye reguleringen.

Til slutt vil jeg se nærmere på hvordan den nye reguleringen av LAR tar opp spørsmålet om å begrense bruken av urinprøver til det minimale, i lys av kriterium 2.

4.3.2 Ny regulering av urinprøver som kontrolltiltak

I den nye forskriften for LAR lyder følgende om bruken av urinprøver i behandlingen:

§ 8. Urinprøver, blodprøver og prøver av annet biologisk materiale

Lege i spesialisthelsetjenesten kan beslutte at pasienten skal avlegge urinprøve, blodprøve og prøver av annet biologisk materiale. Formålet med prøvene skal være å få oversikt over pasientens legemiddelinntak og rusmiddelbruk mens pasienten er i legemiddelassistert rehabilitering. Hyppigheten av prøvetakingen skal begrenses til det som er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig oppfølging av pasienten. Det kan besluttes at prøvene skal tas under påsyn (LAR-forskriften 2009).

Videre lyder det i merknadene til denne bestemmelsen at: *“Prøvene kan ikke avkreves for andre formål (LAR-forskriften 2009)”*. Med dette er det i det nye rammeverket lagt opp til at eksempelvis spyttprøver skal kunne erstatte bruken av urinprøver, for å sikre en forsvarlig oppfølging av behandlingen. En prøvemethode som kan bidra til at kontrollen for mange brukere vil oppleves mindre stigmatiserende og nedverdiggende. Noe som igjen kan føre til bedre gjennomføring av behandlingen. Men i den nasjonale retningslinjen for LAR påpekes det at bruken av urinprøver fortsatt *“anses som den sikreste og beste måten å kontrollere inntak av rusmidler på (Helsedirektoratet 2010, s. 70)”*. I denne er det også viet plass til en mer detaljert gjennomgang av hva som skal kjennetegne bruken av urinprøver til kontrollformål i LAR-behandlingen. I retningslinjen gjøres det rede for at regelmessige urinprøver vil være mest hensiktsmessige det første året i behandlingen (Helsedirektoratet 2010, s. 72). Dette baseres på forholdet om at det i denne perioden har vist seg å være størst risiko for tilbakefall til annet rusmiddelbruk for stoffbrukerne. På grunn av at enkelte av disse

rusmidlene etter enkeltinntak kun vil kunne påvises i urinen i løpet av 2-3 dager, blir det derfor anbefalt at urinprøvekontrollen skal forekomme regelmessig det første året. Samtidig påpekes det at urinprøvekontroller er et usikkert virkemiddel for å redusere uønskete hendelser i behandlingen, og at kontrollen kan oppleves integritetskrenkende av enkelte stoffbrukere. På dette grunnlag fremheves det at det er særlig i oppstartsfasen av behandlingen at urinprøver vil være et viktig virkemiddel for å sikre en forsvarlig behandling av pasienten. For å sikre at prøven stammer fra riktig person fremheves det at prøven *“skal avlegges overvåket (Helsedirektoratet 2010, s. 72)”*. Ut ifra disse forholdene anbefales det i retningslinjen at hyppigheten av urinprøver til kontrollformål i LAR-behandlingen skal forløpe som følgende: *“Urinprøver for å kontrollere forsvarligheten av den medisinske behandlingen bør avlegges to ganger i uken de første tre månedene etter oppstart, deretter etter individuell vurdering, men ikke mindre enn to ganger årlig (Helsedirektoratet 2010, s. 72)”*. Med dette gis det klare anbefalinger om at bruken av urinprøver først og fremst vil være et viktig hjelpemiddel i oppstarten av behandlingen, men at behovet for denne type virkemiddel vil avta etter som stoffbrukeren fremviser god rusmestring i behandlingen. Ut i fra dette kan en si at bruken av urinprøver til kontrollformål skal begrenses til det minimale i LAR. I forskriften er det også inntatt forholdet om at blodprøver og prøver av annet forhold skal kunne utgjøre grunnlaget for å kontrollere forsvarligheten av den medisinske behandlingen. Dette innebærer at for eksempel spyttprøver skal kunne benyttes til kontrollformål i denne sammenheng. En prøvemethode som forskning har vist kan utgjøre et fullgodt alternativ til urinprøver i LAR-behandlingen (Vindenes m. fl. 2011). Samlet anser jeg anbefalingene om hyppigheten av urinprøver til kontroll, og åpningen for at andre kontrollmetoder skal kunne benyttes, legger til rette for at denne delen av LAR-behandlingen i nye LAR skal kunne oppleves mindre stigmatiserende for den enkelte stoffbruker. Ut ifra dette kan det sies at den nye LAR imøtekommer kriterium 2 på dette område. Samtidig vil det i den nye reguleringen av LAR fortsatt være behandlingsansvarlige lege som avgjør hvordan denne kontrollen skal forekomme. Før jeg går nærmere inn på hvordan de involverte partene på dette fagfeltet har forholdt seg til spørsmålet om urinprøver i høringsrundene, vil jeg først se litt nærmere på hvordan dette kontrolltiltaket har blitt benyttet det første året etter at det nye rammeverket for LAR har kommet på plass.

I den årlige statusundersøkelsen for LAR for 2010 har det vist seg at urinprøver fortsatt er det foretrukne kontrolltiltaket, ved at 88,6 prosent av alle stoffbrukere i LAR-behandling må avlegge urinprøver (Waal m. fl. 2011, s. 62–63). Spyttprøver ble kun benyttet i regionene sør

(0,29 %), region vest (0,21 %) og region øst (5,48 %). Dette til tross for at forskriften åpner for prøvetaking av annet biologisk materiale. Totalt for 2010 måtte stoffbrukere i LAR-behandling avlegge 0,8 urinprøver i uka (Waal m. fl. 2011, s. 62–63). Som tilfellet har vært tidligere også, er det fortsatt store regionale forskjeller på dette området. I region vest ble det avgitt i gjennomsnitt 0,4 urinprøver pr. uke, mens stoffbrukere i region nord måtte i gjennomsnitt avgi 1,2 urinprøver i uka. Samlet sett måtte 60,4 prosent av alle stoffbrukerne i LAR-behandling avgi regelmessige urinprøver minst en gang i uken i 2010 (Waal m. fl. 2011, s. 62–63). Med dette har prosentandelen sunket betraktelig siden LAR-evalueringene ble gjennomført, hvor det for 2003 var 77 prosent av alle stoffbrukerne i LAR-behandling som måtte levere minst en urinprøve en urinprøve i uka (Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 54). Samtidig er det antydninger til at dette fortsatt benyttes som et konstant kontrolltiltak i enkelte regioner, og det er ingen tvil om at urinprøver fortsatt er det foretrukne kontrolltiltaket i LAR-behandlingen. Et kontrolltiltak som ikke blir begrenset til det minimale, ettersom stoffbrukeren fremviser gode resultater i behandlingen. Et godt eksempel for å illustrere dette er om en ser nærmere på hvordan urinprøver blir benyttet som kontrolltiltak i Rogaland. Her måtte 92,9 prosent av alle stoffbrukere i LAR-behandling avlegge urinprøver en gang i uke. I snitt ble det derimot avlevert 1,5 urinprøver i uke (Waal m. fl. 2011, s. 83). Ser en dette opp i mot at 35,3 prosent av alle disse stoffbrukerne ikke hadde brukt noe alkohol eller narkotika det siste året (Waal m. fl. 2011, s. 86), er det mye som tyder på at bruken av urinprøver fortsatt ikke er begrenset til det minimale i dette fylket. I statusundersøkelsen for 2010 blir det konkludert med at vektleggingen på urinprøver til kontrollformål har gått ned slik det er forutsatt i den nye retningslinjen, men samtidig fremheves det at: *“LAR i Norge er særpreget ved hyppige urinprøver, de aller fleste avlagt overvåket* (Waal m. fl. 2011, s. 34)”. I så måte kan kriminologen Astrid Renlands karakteristikkk av tradisjonene for bruken av urinprøver i rusbehandling fortsatt anses som delvis dekkende for hvilken betydning dette virkemiddelet fortsatt har i LAR-behandlingen. I følge Renland har bruken av dette kontrolltiltak vært kjennetegnet ved at *“viljen til kontroll har vært udiskutabel og uten forbehold* (Renland 2010, s. 45)”. Ut ifra disse tallene kan det sies at nye LAR fortsatt ikke imøtekommer kriterium 2 på dette området, ved at bruken av urinprøver fortsatt ikke kan anses som begrenset til det minimale. Dette kan ses i sammenheng med hvordan spørsmålet bruken av urinprøver til kontrolltiltak er blitt behandlet av de involverte partene på dette fagfeltet, i endringsprosessene som har ledet fram til det nye rammeverket.

At det må føres streng kontroll med substitusjonslegemidlene har det vært bred enighet om blant involverte høringsinstanser, i de to høringsrundene som har ledet frem til det nye rammeverket for LAR. Og i denne sammenheng har bruken av urinprøver blitt trukket fram som et foretrukket kontrolltiltak. I den første høringsrunden, om endringer i pasientrettighetsloven m.m., var det 12 høringsinstanser som tok stilling til om det i den endelige forskriften skulle være inntatt et krav om at alle stoffbrukere i LAR-behandling må avlegge urinprøver til kontrollformål. Alle høringsinstansene var i denne sammenheng positive til en slik forskriftsbestemmelse.

I den andre høringsrunden, om forslag til ny forskrift og retningslinje for LAR, var det 56 høringsinstanser som igjen tok stilling til om hvorvidt stoffbrukere i LAR-behandling må avlegge urinprøver til kontrollformål. I forskriftsutkast til denne høringsrunden var det opprinnelig kun overvåkede urinprøver og blodprøver som var inntatt som prøvemetoder, men det ble også etterspurt kommentarer fra høringsinstansene om andre metoder skulle kunne utgjøre grunnlaget for denne kontrollen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s. 35). 53 av 56 høringsinstanser støttet behovet for å forskriftsfeste adgangen til at stoffbrukere i LAR-behandling må avgi urinprøver eller blodprøver til kontrollformål, for at en skal kunne sikre et forsvarlig behandlingsopplegg. Samtidig var det i denne sammenheng 15 høringsinstanser som ønsket at andre kontrollmetoder også skulle danne grunnlag for denne kontrollen. Blant annet ble det i høringsuttalelsen fra det nasjonale kompetansesenteret for LAR uttalt følgende om hvorvidt kontrollen av behandlingsforløpet skulle begrenses til bruken av urin- og blodprøver: *“Det er ønskelig at det ikke begrenses til disse to prøvemåtene da forsøk med analyse i spytt og hår viser gode resultater. Dette er en enklere prøvetagingsmetode [!] hvor pasienter ikke utsettes for det ubehag det kan være å avlegge urinprøver i andres påsyn (LAR Øst 2009, s. 2)”*. Dette viser tydelig at det har vært bred enighet om behovet for å kontrollere behandlingsforløpet, og at dette først og fremst skal forekomme gjennom bruken av urinprøver. Dette gjenspeiles også i den statistikken jeg tidligere har vist til om dette forholdet, i form av at dette fortsatt anses som det foretrukne kontrolltiltaket. I forhold til at det har vist seg å være enkelte steder som benytter dette virkemiddelet som et konstant virkemiddel, kan dette ses i sammenheng med diskusjonen om hyppigheten av urinprøver i behandlingsforløpet. Opprinnelig var det utarbeidet to alternative forslag om anbefalt hyppighet av urinprøver i behandlingsforløpet, som høringsinstansene skulle forholde seg til i denne høringsrunden. Forslag som gikk mer i detalj på hyppigheten av urinprøver til

kontrollformål, enn hva tilfellet er for anbefalingen som er inntatt i den endelige retningslinjen. De alternative forslagene lød som følger:

Enten

Urinprøver for å kontrollere forsvarligheten av den medisinske behandlingen bør avlegges to ganger i uken de første tre månedene etter oppstart, deretter en gang i uken det første året og så etter individuell vurdering, men ikke mindre enn to ganger årlig.

Eller

Urinprøver for å kontrollere forsvarligheten av den medisinske behandlingen bør avlegges to ganger i uken de første tre månedene etter oppstart, deretter MINIMUM en gang i uken det første året og så etter individuell vurdering, men MINIMUM to ganger årlig (Helsedirektoratet 2009, s. 69).

32 høringsinstanser tok stilling til dette forholdet i denne høringsrunden. 7 høringsinstanser støttet det første alternativet, 14 høringsinstanser støttet det andre alternativet mens 11 høringsinstanser ikke støttet noen av de alternative forslagene. Et forhold som det derimot var enighet om blant disse høringsinstansene, til tross for uenighetene knyttet til de to alternative forslagene, var at det fantes dårlig grunnlag for å være så spesifikk på anbefalt hyppighet av antall urinprøver i behandlingsforløpet. Følgende argumenter kan i så måte være dekkende for hvordan høringsinstansene forholdt seg til dette:

Det er ønskelig med større grad av individuelle vurderinger rundt kontrollregimet, da mange viser god rusmestring tidlig i rehabiliteringen og har derfor ikke behov for mange urinprøver i uken (Trondheim kommune 2009, s. 5).

For øvrig stiller vi oss tvilende til at det er faglig grunnlag for å være så konkrete som retningslinjene nå fremstår. Det at utvalget selv ikke har konsensus tolker vi også som en bekreftelse på at det faglige grunnlaget er for svakt til å være generelt konkrete på antall urinprøver (Fylkesmannen i Vestfold 2009, s. 17).

Det siste argumentet anser jeg som spesielt sentralt i hvorfor bruken av urinprøver fortsatt ikke er begrenset til det minimale i LAR-behandlingen. Forslagene som ble utarbeidet i retningslinjeutkastet ble utarbeidet av et utvalg bestående av en gruppe fagfolk som var ment å representere bredden av involverte parter på dette fagfeltet. Målet med utarbeidelsen av faglige retningslinjer er å gi anbefalinger og råd for hva direktoratet anser som god praksis på det aktuelle fagfeltet (Helsedirektoratet 2009, s. 25). At denne arbeidsgruppen har lagt til grunn to forskjellige anbefalinger av hva som anses som god praksis i forhold til hyppighet av urinprøver, kan gjøre det forståelig at det finnes så store regionale forskjeller i praktiseringen av dette. I Staten Helsetilsyns veileder for utvikling av faglige retningslinjer står det at en

sentral faktor i arbeidet med å endre praksis på et fagfelt at det skapes konsensus omkring et faglig spørsmål det står strid om i en tverrfaglig arbeidsgruppe (Statens Helsetilsyn 2005, s. 23)²⁴. Med tanke på hvor store uenigheter det har vært knyttet til dette spørsmålet i denne høringsrunden, er det forståelig at det fortsatt finnes forskjellige oppfatninger av hva som skal anses som minimal bruk av urinprøver for å sikre et forsvarlig behandlingsforløp. Til tross for at det i den nasjonale retningslinjen anbefales at dette vil være et nyttig hjelpemiddel primært i oppstarten av behandlingen (Helsedirektoratet 2010, s. 72).

I neste kapittel vil jeg se i hvilken grad det tilrettelegges for at nye LAR tilbys som en helhetlig “behandlingspakke”, i lys av kriterium 3²⁵.

4.4 Nye LAR som helhetlig “behandlingspakke» – i lys av kriterium 3

Før jeg viser til hva den nye reguleringen av LAR innebærer på dette området vil jeg først vise til et forsøksprosjekt som ble igangsatt av Rusmiddeletaten i Oslo kommune, under navnet Klinikk Motivasjon. Prosjektet var utformet som lavterskel substitusjonsbehandling, og skulle fungere som et supplement til den ordinære LAR-behandlingen.

4.4.1 Et prøveprosjekt med lavterskel substitusjonsbehandling

Prøveprosjektet med Klinikk Motivasjon startet opp høsten 2006, og ble avsluttet våren 2009 (Gjersing m. fl. 2009, s. 36). Formålet med dette prosjektet var “å gi et behandlingstilbud til opiatavhengige som, av ulike årsaker, ikke hadde kontakt med det ordinære behandlingsapparatet (Gjersing m. fl. 2009, s. 21)”. Klinikk Motivasjon var et lavterskelprosjekt, hvor målet var å tilby stabilisering på legemiddelet buprenorfin, uten de omfattende søknadsprosedyrene og funksjonskravene som tidligere har kjennetegnet LAR. Opprinnelig var det fastsatt en behandlingstid på tre måneder ved Klinikk Motivasjon. Etter dette skulle pasienten videreføres til andre behandlingstiltak som f. eks. LAR. Ved Klinikk Motivasjon trengte ikke stoffbrukerne henvisning fra lege, men kunne søke seg direkte til behandling selv. Opprinnelig var prosjektet basert på de samme inntakskriteriene som var gjeldende for tidligere LAR, men fra høsten 2007 ble inntakskriteriene omdefinert til at stoffbrukeren måtte:

²⁴ I utarbeidelsen av nasjonal retningslinje for LAR har en tilstrebet seg å følge fremgangsmåten som er beskrevet i denne veilederen (Helsedirektoratet 2010, s. 21).

²⁵ Se side 27 for innholdet i kriterium 3.

- være over 18
- ha en verifisert opiatavhengighet i mer enn 6 måneder. Det måtte være diagnostiserbart for legen i prosjektet
- ha liten eller ingen kontakt med tiltaksapparatet
- være bostedstilhørende Oslo kommune (Gjersing m. fl. 2009, s. 38).

Ved Klinikk Motivasjon var det ingen urinprøver eller kontroll av stoffbrukerens rusmiddelbruk, og for å unngå faren for overdoser ble bare legemiddelet buprenorfin benyttet i behandlingen (Gjersing m. fl. 2009, s. 38–40). For å forhindre at legemiddelet ble inntatt intravenøst eller solgt videre ble det i januar 2008 valgt et kombinasjonsapparat som inneholdt både buprenorfin og naloxone. Naloxone er et preparat som hemmer virkningen av opiater. Stoffbrukerne måtte møte opp ved tiltaket, og her innta legemiddelet under påsyn av helsepersonell. Om stoffbrukeren da ble vurdert som ruspåvirket, ble doseringen av legemiddelet justert for å sikre forsvarlig behandling (Gjersing m. fl. 2009, s. 38–40). Klinikk Motivasjon har i løpet av prøveperioden blitt evaluert, og i evalueringen har det vist seg å være svært positive resultater knyttet til en slik lavterskel substitusjonsbehandling. Tiltaket viste seg å nå ut til en gruppe avhengige som en ellers ikke har nådd ut til gjennom det ordinære behandlingsapparatet. Den typiske brukeren av tiltaket ble beskrevet som *“en mann på 38 år med nesten 20 års heroinmisbruk, uten inntekt, ofte uten fast bolig, omfattende helseproblemer og negative erfaringer fra tiltaksapparatet* (Gjersing m. fl. 2009, s. 10)”. I løpet av prosjektperioden var det 119 stoffbrukere som mottok tilbud om lavterskel substitusjonsbehandling ved Klinikk Motivasjon, hvorav 95 stoffbrukere gjennomførte denne behandlingen. 22 av disse 95 stoffbrukerne ble etter hvert også videreført til annen behandling, hvorav majoriteten ble inntatt i LAR. I tillegg til dette var det 31 stoffbrukere som søkte seg videre til annen behandling selv, etter å ha avsluttet behandlingen ved Klinikk Motivasjon. Samlet sett viste det at en slik lavterskel substitusjonsbehandling økte motivasjonen og evnen til å komme seg videre i behandling for mange av stoffbrukere (Gjersing m. fl. 2009, s. 10). Basert på resultatene ble prosjektet anbefalt videreført i evalueringsrapporten, men da med noen modifikasjoner (Gjersing m. fl. 2009, s. 78). Foruten om tilbudet om stabilisering på legemidler, ble det anbefalt at dette skulle kombineres ved at andre helse- og sosialtjenester også måtte være tilgjengelige. Et annet sentralt forslag til endring var at stoffbrukeren skulle få mulighet til å få utlevert legemidlene på ubestemt tid, men at det samtidig må være på plass et system som er klar til å hjelpe pasienten videre når han eller hun ønsker det (Gjersing m. fl. 2009, s. 78).

Ut ifra erfaringene med dette prøveprosjektet er det tydelig at det har vært behov for lavterskel substitusjonsbehandling i Norge, og at det også i Norge er behov for å tilby substitusjonsbehandling som en helhetlig “behandlingspakke”. Ut ifra dette vil det være interessant å se på hvordan den nye reguleringen av LAR forholder seg til dette.

4.4.2 Nye LAR som helhetlig “behandlingspakke”

I den nye forskriften for LAR lyder følgende om organiseringen av LAR:

§ 5. Beslutning om innskrivning og utskrivning

Beslutning om innskrivning og utskrivning av legemiddelassistert rehabilitering treffes av lege i spesialisthelsetjenesten.

Gjennomføring av behandlingen, herunder rekvirering av legemidler til bruk i legemiddelassistert rehabilitering, kan overlates til allmennlege i primærhelsetjenesten.

Allmennlegens oppfølging av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering skal alltid skje i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten (LAR-forskriften 2009).

Med denne forskriftsbestemmelsen er det lagt opp til at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal være overordnet faglig instans, og skal ha endelig beslutningsmyndighet om forhold knyttet til behandlingen. En bestemmelse som indikerer at substitusjonslegemidlene skal fortsatt være et tilbud til stoffbrukere som er innvilget LAR-behandling. Dette innebærer at stoffbrukeren fortsatt må henvende seg til fastlegen eller sosialtjenesten for å søke om LAR-behandling (Helsedirektoratet 2009, s. 36–37). Et søknadsarbeid som i evalueringen av LAR viste seg å ta mellom 3 til 6 måneder (Vindedal m. fl. 2004, s. 60). Konsekvensene av dette er at terskelen for LAR fortsatt vil være høy for mange stoffbrukere. Som jeg viste til i utarbeidelsen av kriterium 3 er en sentral forutsetning for lavterskeltiltak at de tar utgangspunkt i stoffbrukernes aktuelle behov for hjelp og behandling. Målet med lavterskeltiltak er å nå ut til de stoffbrukerne en ikke når gjennom det ordinære behandlingsapparatet. For å løse dette problemet er det i den nasjonale retningslinjen inntatt en anbefaling om at lavterskel substitusjonsbehandling, slik som eksempelet med Klinikk Motivasjon, kan etableres gjennom et samarbeid mellom kommunale instanser og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2010, s. 102). Med dette er det lagt opp til at LAR skal kunne tilbys som en helhetlig “behandlingspakke”, hvor både lavterskel og høytterskel substitusjonsbehandling er inkludert. Samtidig vil opprettelsen av slike lavterskeltilbud være opp til den enkelte kommune å etablere, og dette kan innby til problemer i forhold å anse nye LAR for å imøtekomme kriterium 3.

Årsaken til at jeg anser dette som problematisk er først og fremst at lavterskel substitusjonsbehandlingstiltak i dag kun er etablert i et fåtall kommuner etter at det nye rammeverket er kommet på plass. 20.09.2010 startet prosjekt LASSO opp i Oslo kommune, i regi av rusmiddeletaten (Rusmiddeletaten 2011). LASSO er en forkortelse for LegemiddelAssistert Skadereduserende Substitusjonsbehandling i Oslo. Prosjektet kan anses som en videreføring av Klinikk Motivasjon, og er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune og Oslo Universitetssykehus (Rusmiddeletaten 2011). Prosjektet kan ses som et eksempel hvor anbefalingen i retningslinjen er blitt fulgt, og det er med dette lagt opp til et tilbud om en helhetlig “behandlingspakke” av substitusjonsbehandling i Oslo kommune. Men i motsetning til intensjonen har det vist seg at det foreløpig er få kommuner som har etterfulgt denne anbefalingen. Ved begynnelsen av 2011 var det kun Oslo og Trondheim som hadde opprettet slike tiltak, mens det for Bergens del var et slikt tiltak fortsatt under planlegging (Ditt Oslo 2011). Med dette blir det bostedsavhengig i hvilken grad stoffbrukere skal kunne tilbys en helhetlig “behandlingspakke”, i form av både lavterskel- og høyterskelsubstitusjonsbehandling. Ser en anbefalingen i retningslinjen i sammenheng med sprøyteromsloven, er det også gode grunner til å være bekymret for om slik lavterskel substitusjonsbehandling vil være et nasjonalt tilbud. I henhold til sprøyteromsloven § 3 kan kommuner, etter godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet, etablere sprøyterom. I dag er dette kun etablert i Oslo kommune (Stoltenbergutvalget 2010, s. 18). Etableringen av sprøyterom har senere blitt omtalt som et “*langsomt strakstiltak* (Skjælaaen 2006, s. 173)”. Et tiltak som ble foreslått etablert for å imøtekomme et stigende antall overdosedødsfall på begynnelsen av 2000-tallet, men som det tok over 6 år å etablere. Spørsmålet er om dette vil være beskrivende for etableringen av lavterskel substitusjonsbehandling som et nasjonalt tilbud også. Nye LAR kan heller ikke sies å imøtekomme kriterium 3 med tanke på at tilbudet om substitusjonsbehandling skal imøtekomme stoffbrukernes behov for hjelp og behandling. Fortsatt er LAR heftet ved at mange fortsatt står på venteliste, og ved slutten av 2010 var det 241 stoffbrukere som ventet på at enten at søknaden om behandling skulle bli vurdert, eller som ventet på oppstart på behandlingen (Waal m. fl. 2011, s. 6). Ventetiden varierte fra noen uker og til flere måneder. og samlet sett innebærer dette at nye LAR ikke kan sies å imøtekomme mitt kriterium 3 om å anse LAR som et skadereduksjonstiltak på dette området. Mye arbeid er blitt gjort for at kriteriet i større grad skal kunne imøtekommes, men fortsatt er det slik at lavterskel substitusjonsbehandling ikke skal kunne tilbys gjennom fastlegen. En ordning som i større grad ville muliggjort at tilbudet om behandling ville gjenspeile

stoffbrukernes behov for hjelp og behandling, uavhengig av hvor i landet stoffbrukerne holder til.

Grunnlaget for dette kan ses i sammenheng med hvordan de involverte partene på dette området har forholdt seg til dette spørsmålet i prosessene som har ledet fram til det nye rammeverket. I de to evalueringsrapportene som utgjorde LAR-evalueringen ble det konkludert med to forskjellige anbefalinger i forhold til behovet for å opprette lavterskel substitusjonsbehandling innen LAR. I den ene evalueringsrapporten ble det konkludert med at det ikke burde etableres lavterskel substitusjonsbehandling i Norge (Vindedal m. fl. 2004, s. 137–138). Grunnlaget for dette var basert på inntrykket av at et slikt tilbud fort ville kunne bli en sovepute for både brukere, fagutøvere og politikere, og at den helhetlige rehabiliteringsmålsetningen fort ville kunne bli forsømt. Om det likevel skulle etableres et slikt tilbud, ble det i rapporten anbefalt at et slikt tilbud ble holdt adskilt fra det ordinære LAR-tilbudet, for å forhindre at en blander brukere med helt ulike holdninger og anstrengelser når det gjelder bruk av rusmidler (Vindedal m. fl. 2004, s. 137–138). I den andre evalueringsrapporten ble det derimot anbefalt en nyansering av den eksisterende behandlingsmodellen, hvorav både lavterskel og høyterskel substitusjonsbehandling burde inkluderes som tilbud ved LAR. Grunnlaget for denne anbefalingen var at det ble ansett som et dilemma at alle stoffbrukere skulle inn i den samme behandlingsmodellen, uten at nødvendigvis alle ville ha behov for dette (Baadstøe Hansen m. fl. 2004, s. 99–100). I Sosial- og helsedirektoratets anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet ble det anbefalt at hovedmodellen som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegen og sosialtjenesten fortsatt skulle være gjeldende, og at forskrivning av legemidler fortsatt skulle avgjøres på spesialistnivå (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 5). Samtidig fremhevet direktoratet følgende i forhold til spørsmålet om å opprette lavterskel substitusjonsbehandling:

Sosial- og helsedirektoratet anser videre at det er uhensiktsmessig å definere én substitusjonsmodell for “lavterskel” eller “skadereduksjon” og organisere et slikt tilbud på annen måte enn LAR, med pasienthenvisning til annen instans eller annet forvaltningsnivå. Avgjørelsen om igangsettelse av langvarig substitusjonsbehandling skal alltid gjøres innenfor spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 17).

Med dette har det vært lagt klare føringer for at beslutninger knyttet til oppstart av LAR-behandlingen skal foretas av spesialisthelsetjenesten, og at lavterskel substitusjonsbehandling ikke skal kunne oppstartes gjennom fastlegen. At spesialisthelsetjenesten skal ha det overordnede faglige ansvaret har det også vært stor enighet om blant høringsinstansene som

har vært involvert i de to høringsrundene. I den endelige høringsrunden, om forslag til ny forskrift og retningslinje for LAR, var det 41 høringsinstanser som tok stilling til spørsmålet om spesialisthelsetjenesten fortsatt skulle ha det faglige ansvaret for LAR-behandlingen. 35 høringsinstanser var positive til at spesialisthelsetjenesten skal ha det overordnede ansvaret for LAR-behandlingen. Det var i denne sammenheng to grunner for støtten til en slik forskriftsbestemmelse. For det første baserte denne støtten seg på at det er kun spesialisthelsetjenesten som har tilstrekkelig kompetanse for å ta slike beslutninger i behandlingen. Blant annet fremhevet psykologgruppen ved LAR Øst dette i sin høringsuttalelse, som lød:

Vurdering, initiering og avslutning av LAR bør foretas av spesialisthelsetjenesten. Opiatavhengighet er en alvorlig tilstand med høy dødelighet, og pasienten bør ha krav på spesialistkompetanse når behandling vurderes (Psykologgruppen LAR Øst 2009, s. 3).

Det var også bred enighet blant at LAR fortsatt skal være en tverrfaglig behandling for opiatavhengige stoffbrukere. I høringsuttalelsen fra Bergensklinikkene ble følgende lagt til grunn for støtten til forslaget:

LAR er en helhetlig behandlingstilnærming som betinger behandlingsinnsats fra flere instanser, og der bruk av avhengighetsskapende legemidler for mange må sees i livstidsperspektiv. Vi er enig i at behandlingen forankres i spesialisthelsetjenesten. videre ser vi forslag til forskriftet [!] om forpliktende samarbeid mellom kommunal sosial- og helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten så vel i søknadsprosessen som i behandlingsforløpet, som positiv (Bergensklinikkene 2009, s. 2),

Til tross for at det har vært en felles oppfatning blant de involverte partene på dette fagområdet om at spesialisthelsetjenesten skal ha det overordnede ansvaret for substitusjonsbehandlingen, har det fra politisk hold også blitt uttrykt ønsker om at det bør åpnes for at også enkelte fastleger skal få mulighet til dette. I en tilrådning fra helse- og omsorgskomiteen avga i tilknytning Budsjettinnst. S. nr. 11 (2008–2009), lød følgende anbefaling til grunn:

Flertallet har merket seg at kapasiteten på LAR foreslås styrket med om lag 350 nye pasienter i 2009. Videre er flertallet opptatt av at fagligheten og rehabiliteringen i LAR utvikles gjennom en forskrift og faglige retningslinjer som blir sendt ut på høring i begynnelsen av 2009. Flertallet mener at man når disse faglige rammene er på plass, bør vurdere et forsøksprosjekt hvor fastleger med spesiell kompetanse og interesse for arbeid med ruspasienter kan gis anledning til å dele ut gratis egnet medikamentell behandling (tilsvarende subutex, subuxone eller lignende) (Helse- og omsorgskomiteen 2008, kap. 726).

Helse- og omsorgsdepartementet har i denne sammenheng uttalt at en vil komme tilbake til en vurdering av et slikt tilbud, men da først etter å ha gjort seg opp erfaringer med det nye rammeverket for LAR (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s. 31). Ved at et slikt tilbud ikke er blitt iverksatt enda innebærer det at tilbudet om LAR fortsatt ikke er tilrettelagt ut i fra de behov stoffbrukerne har for hjelp og behandling. Dette kan også ses i sammenheng med at det i statusrapporten for LAR det første året etter implementeringen av det nye rammeverket fremheves det at *“det er altså ikke tegn på behovsdekning, snarer [!] på at kapasiteten må fortsette å øke* (Waal m. fl. 2011, s. 5)”.

I neste kapittel vil jeg undersøke hvilke muligheter brukerorganisasjonene har hatt for å delta i og påvirke utformingen av det nye rammeverket for LAR, i lys av kriterium 4²⁶.

4.5 Brukerorganisasjonenes deltakelse i utformingen av nye LAR- i lys av kriterium 4

Rusmiddelpolitikken handler om å gi bedre hjelp, at fellesskapet stiller opp, og ikke minst om å bruke ressursene til pårørende. De som blir berørt direkte eller indirekte, skal i større grad trekkes med i utformingen av politikk og tiltak. (Helse- og omsorgsdepartementet 2008, s. 5)

Sitatet ovenfor er hentet fra Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet 2006–2010, og viser at brukermedvirkning skal være et sentralt virkemiddel i utformingen av politikk og tiltak rettet mot rusmiddelbrukere. Utarbeidelsen av det nye rammeverket for LAR har tatt utgangspunkt i to forskjellige arbeidsprosesser. Den ene prosessen har vært knyttet til utarbeidelsen av ny forskrift, mens den andre prosessen har vært knyttet til utarbeidelsen av ny nasjonal retningslinje. Før jeg går inn på hvilke muligheter brukerorganisasjonen har hatt for å delta i og påvirke i disse prosessene, vil jeg vise til hva som skiller en forskrift fra en retningslinje.

Den formelle definisjonen av begrepet forskrift kan finnes i forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav c, hvor den defineres som *”et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til et ubestemt antall eller en ubestemt krets personer* (Forvaltningsloven 1967: § 2)”.

Sammenholder man denne definisjonen med definisjonen av vedtak i forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav a, følger det at en forskrift er *“en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter)* (Forvaltningsloven 1967: § 2)”. Ut i fra Justisdepartementets veiledning om lov- og forskriftsarbeid innebærer

²⁶ Se side 31 for innholdet i kriterium 4.

utforming av forskrift at en befinner seg på legalitetsprinsippets område (Justisdepartementet 2000, s. 193). I forhold til dette kan følgende sies om hva formålet med retningslinjer er: *“faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende for mottakerne, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket* (Helsedirektoratet 2010, s. 21)”. I henhold til dette vil forhold som er omtalt i LAR-forskriften legge klare føringer for hvordan de samme forholdene blir omtalt i retningslinjen.

Ut i fra dette vil det være interessant å se nærmere på hvilke muligheter brukerorganisasjonene har hatt for å delta i å påvirke utformingen av det nye rammeverket for LAR. Jeg vil begynne med å se hvordan dette har fortonet seg i arbeidet med utarbeidelsen av LAR-forskriften.

4.5.1 Brukerorganisasjonenes deltakelse i utformingen av LAR-forskriften

Som regel blir forslag til forskrifter utarbeidet internt i et departement eller i et annet forvaltningsorgan, men i enkelte tilfeller blir det også benyttet arbeidsgrupper med representanter fra berørte parter som f. eks. interesseorganisasjoner (Justisdepartementet 2000, s. 196). Utarbeidelsen av forslaget til ny forskrift for LAR har blitt foretatt internt av Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet 2005, s. 110), og brukerorganisasjonene har dermed ikke hatt noen muligheter for å delta i og påvirke denne delen av prosessen. Spørsmålet om brukermedvirkning i utformingen av forslaget til ny forskrift er spesielt interessant sett i lys av at forskriften setter de rettslige rammene som den faglige retningslinjen må operere innenfor. Dette er et problem som brukerorganisasjonene selv har anerkjent, og 14. september 2009 møttes brukerorganisasjonene Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon, Foreningen for Human Narkotikapolitikk, Marborg, proLAR og LAR-Nett for å komme med et felles utspill til det endelige forslaget om ny LAR-forskrift (Melby 2009). Grunnlaget for dette møtet var at alle brukerorganisasjonene anså at utarbeidelsen av den nye forskriften for LAR hadde kommet i stand uten noen form for brukermedvirkning. I denne sammenheng ble det utarbeidet en felles uttalelse fra brukerorganisasjonene, og den lød som følger:

Med de utkastene som foreligger i dag, vet vi at alle lovbrudd og overtramp som daglig skjer mot pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) vil fortsette.

Vi har ingen tro på at retningslinjene vil endre praksisen med regionale og individuelle forskjeller i LAR.

Forskrifter kan derimot gjøre noe med problemene, men departementets utkast til forskrifter bærer sterkt preg av at brukerorganisasjonene ikke er tatt med på råd, og vi krever derfor en stans i forskriftsarbeidet. Vi krever videre at departementet nedsetter en arbeidsgruppe der alle brukerorganisasjonene på rusfeltet er representert (FHN 2009, s. 1.).

Med dette er det tydelig at brukerorganisasjonene ikke har hatt muligheter for å delta i og påvirke utarbeidelsen av forslaget til ny LAR-forskrift. Men samtidig har det vært lagt til rette for at brukerorganisasjonene har kunnet medvirke i prosessene som har ledet frem til utarbeidelsen av ny forskrift. Spørsmålet er i hvilken grad denne medvirkningen har utgjort en reell mulighet for å delta i og påvirke dette arbeidet. For det første ble det i forbindelse med den ene av de to LAR-evalueringene opprettet en referansegruppe, hvorav det ble arrangert 3 møter med referansegruppe i løpet av evalueringsarbeidet (Vindedal m. fl. 2004, s. 20). I referansegruppa var brukerorganisasjonene representert ved to representanter fra Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO) og en representant fra Brukernes interessegruppe (BIG) (Vindedal m. fl. 2004, s. 3). Hva utvalget av representanter var basert på sies det ingenting i rapporten om, men i forholdet til antallet representanter kan det sies at brukerne hadde med dette en reell mulighet for brukermedvirkning. Som jeg tidligere har vært inne på innebærer bruken av referansegruppe at representanter for brukere kan komme i dialog med representanter for tjenestene (Andreassen 2005c, s. 154). Samtidig er det i dette henseende viktig å anføre at representantene for tjenestene ved dette tilfellet var ansatte ved en virksomhet som utførte en uavhengig evaluering av LAR. Ved å være representert i referansegruppen fikk brukerorganisasjonene mulighet til å uttrykke hvilke områder i LAR det ville være viktig å fokusere på i utarbeidelsen av det nye rammeverket for LAR. Gjennom opprettelsen av referansegruppen kan det sies at brukerrepresentantene har blitt aktivt trukket inn i denne delen av prosessen fram til ny forskrift for LAR. Men fortsatt er veien til å anse dette som en prosessorientert deltakelse, lang. For å kunne anse dette som en prosessorientert deltakelse forutsetter dette at brukerne har deltatt aktivt gjennom hele prosessen som har ledet fram til ny forskrift, og da i form av enten referansegruppe eller brukerrepresentasjon (Rappana Olsen 2005, s.30).

Foruten å delta i referansegruppe for utarbeidelsen av den ene evalueringsrapporten, har det også vært avholdt to 1- dags høringskonferanser hvor brukerorganisasjonene har hatt mulighet til å delta og komme med innspill. Den første høringskonferansen ble avholdt i mars 2005, og ble arrangert av Sosial- og helsedirektoratet. Konferansen ble arrangert for å innhente kommentarer til de resultater LAR-evalueringene hadde frembrakt, og forslag til hvordan LAR-behandlingen kunne videreutvikles i Norge. Sammen med kunnskapen fra LAR-evalueringene, dannet høringskonferansen en sentral del av kunnskapsgrunnlaget for Helsedirektoratets anbefalinger om fremtidig regulering og forankring av LAR. Anbefalinger som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 (Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, s. 29). Basert på evalueringen av LAR, og Helsedirektoratets anbefalinger, avholdt Helse- og omsorgsdepartementet en ny 1-dags høringskonferanse 22. august 2005 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s. 8). Høringskonferansene kan anses som en annen versjon av høringsrundene, hvor brukergruppene har mulighet til å møte politikerne og byråkratene gjennom åpne møter. I slike møter er det mulig for brukerorganisasjonene å komme i tale med myndighetsrepresentanter, men muligheten for å komme i dialog med myndighetsrepresentantene kan sies å være svært begrenset (Rappana Olsen 2005, s. 143). Den siste medvirkningsformen hvor brukerorganisasjoner har hatt mulighet for å delta i påvirke utformingen av den nye forskriften for LAR, knytter seg til de to høringsrundene som har vært arrangert i forbindelse med det nye rammeverket for LAR. Men, i likhet med de to høringskonferansene, har det her vært lite rom for at brukerorganisasjonene har kunnet komme i dialog med ansvarlig forvaltningsorgan for å delta i den endelige beslutningsprosessen.

Til tross for brukerorganisasjonenes uttalelse som jeg viste til i innledningen til dette kapitlet, kan det samlet sett anses som at utformingen av ny forskrift til en viss grad tilfredsstillende kriterium 4. Ved å opprette en referansegruppe i evalueringsarbeidet, som var godt representert med brukerorganisasjonene, fikk brukerne mulighet til å ytre sine meninger om hvilke forhold det endelige rammeverket burde regulere. Men i det videre arbeid med utarbeidelsen av forskriften, har det derimot vært dårlig tilrettelagt for en reell brukermedvirkning. Brukermedvirkningsmetodene om høringskonferanse og høringsrunder kan sies å ha skapt lite rom for at brukerorganisasjonene har kunnet komme i direkte dialog med myndighetsrepresentantene. Noe som har resultert i at det har vært lite rom for påvirke de endelige beslutningsprosessene som har ledet til ny forskrift. I så måte anser jeg brukernes deltakelse i utformingen av ny forskrift som å ha vært preget av det som betegnes som en

innholdsorientert deltakelse. En deltakelse hvor brukerorganisasjonene ikke kan sies å hatt mulighet for å delta i selve beslutningsprosessene, men hvor beslutninger heller blir fattet på grunnlag av hva beslutningstakerne selv tror er brukernes ønsker og behov (Rappana Olsen 2005, s. 130). En sentral begrunnelse for brukermedvirkning er at beslutninger blir bedre når alle forhold er belyst og alle hensyn bragt inn i avveiningene, og at dette vil gjøre det lettere å få gjennomslag for å gjennomføre politikken når alle berørte parter har vært med på den og står ansvarlig for resultatet (Andreassen 2005a, s. 93). Ut i fra ordlyden på det samlede utspillet fra brukerorganisasjonen i innledningen av dette kapittelet, er det derimot lite som tyder på at brukerorganisasjoner anser seg selv som å stå ansvarlig for det endelige forskriftsutkastet.

Jeg vil nå se nærmere på hvilke muligheter brukerorganisasjonene har hatt for å delta i og påvirke utformingen av den nasjonale retningslinjen for LAR.

4.5.2 Brukerorganisasjonenes deltakelse i utformingen av retningslinjen

I Statens Helsetilsyns veileder om utvikling av faglige retningslinjer heter det seg følgende om brukermedvirkning i utarbeidelsen av retningslinjer: *“De mest anvendelige retningslinjene får en når ulike brukergrupper deltar i utarbeidelsen. Det er også viktig for implementeringsprosessen at de som deltar i arbeidet har faglig autoritet og troverdighet blant kolleger og aktuelle målgrupper (Statens Helsetilsyn 2005, s. 23)”*. Og videre lyder det følgende:

Representanter for brukerne bør delta i prosessen med å utarbeide faglige veiledere. Brukerrepresentantene har en viktig rolle i å få fram brukernes perspektiv. Særlig der hvor dette skiller seg i forhold til det perspektiv fagpersonene har. Brukermedvirkning sikrer at retningslinjene fokuserer [!] på de mest sentrale spørsmål for brukerne (Statens Helsetilsyn 2005, s. 24).

Ansvar for utarbeidelsen av retningslinjen ble gjennom St. prp. Nr. 1 (2005–2006) tildelt Helsedirektoratet (Helse- og omsorgsdepartementet 2005, s. 110), og i november 2005 oppnevnte direktoratet en arbeidsgruppe til å utarbeide *“Nasjonal faglig retningslinje for medikamentell behandling og rehabilitering av opioidavhengige (Helsedirektoratet 2009, s. 25)”*. Arbeidsgruppen bestod av 11 representanter som skulle utgjøre bredden av fagfeltet på dette området. I denne arbeidsgruppen var også brukerorganisasjonene representert, ved daværende nestleder i brukerorganisasjonen LAR-Nett (Helsedirektoratet 2009, s. 25–26). Ved at arbeidsgruppen bestod av en brukerrepresentant har Helsedirektoratet lagt til rette for

brukermedvirkning i form av brukerrepresentasjon, ved utarbeidelsen av den nasjonale retningslinjen. Samtidig må denne brukerrepresentasjonen ses i sammenheng med sammensetningen av resten av arbeidsgruppa. I tillegg til brukerrepresentanten bestod arbeidsgruppa av en rusforsker, mens den resterende delen av arbeidsgruppa bestod av representanter fra behandlingsapparatet. Ved at brukerne kun er representert med en bruker i dette utvalget er det grunnlag for å anse representantens nærvær i arbeidsgruppe som “*et politisk alibi eller et gissel i systemet* (Rappana Olsen 2005, s. 144)”. Slik det er uttrykt i kriterium 4, er det på dette grunnlag nødvendig med minst to brukerrepresentanter for at metoden om brukerrepresentasjon skal kunne sies å gi en reell mulighet for brukermedvirkning. At sammensetningen av arbeidsgruppen har vært et problem for å kunne anse brukermedvirkningen som en reell mulighet, har også blitt bemerket i brukerorganisasjonen Marborg sin høringsuttalelse fra høringsrunden om ny forskrift og ny retningslinje. I uttalelsen het det følgende:

Vi vil påpeke at det i dette arbeidet med retningslinjene har vært for få brukere i arbeidsgruppa. Dette er ikke en nedvurdering av det arbeidet brukerrepresentanten har gjort, snarere tvert i mot. Men det er ikke tvil om at styrkeforholdet mellom fagrepresentanter og brukerrepresentant har vært svært stor i favør av fag. Vi håper at det i fremtidig arbeid med denne type retningslinjer vil bli inkludert flere representanter fra brukerorganisasjonene, det bør etter vår mening minimum være to brukerrepresentanter når fagfeltet er så sterkt representert som det har vært i dette arbeidet (Marborg 2009, s. 3).

I forhold til dette er det også et spørsmål om hvordan utvelgelsen av brukerrepresentanten i brukergruppa har forekommet. Som jeg viste til i utarbeidelsen av kriterium 4 er det viktig at brukernes representant er representativ for de brukerne de skal representere, for at brukermedvirkningen skal være reell. For å sikre at brukerrepresentantene er representative må representantene for det første mene det samme som brukerne og uttrykke brukernes synspunkter, og så må de utgjøre et tverrsnitt av brukerne med hensyn til sosial status (Andreassen 2005b, s. 113–114). For å sikre dette kan utvalget av brukerrepresentanter baseres på en kombinasjon av demokratisk og statistisk representasjon (Andreassen 2005b, s. 120–128). Dette innebærer, som jeg viste til i utarbeidelsen av kriterium 4, at de ulike brukerorganisasjonene selv foreslår brukerrepresentanter, for så at ansvarlig virksomhet sikrer at bredden av brukerorganisasjoner er representert. I forhold til dette har utvelgelsen av brukerrepresentanten i arbeidsgruppa som har utarbeidet retningslinjen for LAR, forekommet gjennom at Helsedirektoratet selv har utpekt denne brukerrepresentanten (Helsedirektoratet 2010, s. 21). Med dette spørres det om bredden av brukernes erfaringer er blitt representert i

arbeidsgruppa som har utarbeidet ny retningslinje for LAR. Brukerorganisasjonene for stoffbrukere i Norge kan sies å bestå av 3 forskjellige grupper av stoffbrukere.

Brukerorganisasjoner som er organisert av tidligere stoffbrukere, brukerorganisasjoner organisert av fortsatt aktive stoffbrukere og brukerorganisasjoner organisert av stoffbrukere i legemiddellassistert rehabilitering (Willersrud og Olsen 2006, s. 91). I forhold til dette er det gode grunner til å tro at disse brukerorganisasjonene vil ha forskjellige interesser i utformingen av ny retningslinje for LAR, og ved at helsedirektoratet selv har utpekt brukerrepresentanten kan det være gode grunner til å anta at denne representanten ikke har representert bredden av brukerorganisasjoner for stoffbrukere i Norge. Ut i fra dette kan ikke kriterium 4 anses for å ha blitt imøtekommet på dette området.

I arbeidet fram mot det endelige utkastet til ny retningslinje har arbeidsgruppen også knyttet til seg en egen referansegruppe. I forbindelse med opprettelsen av referansegruppa ble 4 brukerorganisasjoner invitert til å delta (Helsedirektoratet 2009, s. 26). I løpet av prosjektperioden for retningslinjearbeidet har referansegruppa hatt mulighet for å kommentere ulike utkast til retningslinjen som arbeidsgruppa har utarbeidet. I tillegg til opprettelsen av en egen referansegruppe har direktoratet også arrangert et eget rådslag for brukerorganisasjonene, hvor brukerorganisasjonene har hatt mulighet for å kommentere de foreløpige retningslinjeutkastene. Til slutt har brukerorganisasjonene hatt mulighet for å komme med innspill til det endelige utkastet til retningslinjen, i høringsrunden hvor forslag til ny forskrift og ny nasjonal retningslinje ble sendt ut på felles høring.

I prosessen med utarbeidelsen av utkastet til ny nasjonal retningslinje for LAR har det vært lagt til rette for brukermedvirkningsformer hvor brukerorganisasjonen har hatt gode mulighet for å delta i og påvirke. I forhold til utformingen av utkastet til ny retningslinje kan brukerorganisasjonenes deltakelse anses som langt på vei som en prosessorientert deltakelse. En deltakelse hvor brukerne har hatt mulighet for å komme med innspill underveis i hele prosessen, og muligheter for å komme i direkte dialog med ansvarlige virksomhet for utformingen av utkastet til retningslinjen. Brukerne har sågar hatt en representant representert i arbeidsgruppa som har hatt ansvaret for å utforme det endelige utkastet til ny retningslinje. Samtidig kan det i denne sammenheng være grunner til å spørre seg selv brukerrepresentanten har hatt en reell mulighet for å delta og påvirke beslutningsprosessene, i det denne brukeren har vært representert i en gruppe hvor sammensetningen har vært i stor favør av fagfolk på dette området. Om brukerorganisasjonene hadde vært representert med minimum en representant til i denne arbeidsgruppe, og at brukerorganisasjonene selv hadde bidratt med å

utpeke brukerrepresentantene, ville brukermedvirkningen i utformingen av utkastet til ny retningslinje kunne anses for å ha oppfylt mitt kriterium for skadereduksjon på dette området.

Samlet sett mener jeg at brukerorganisasjonenes mulighet for å delta i og påvirke utformingen av det nye rammeverket for LAR ikke kan sies å tilfredsstille kriterium 4. I arbeidet med retningslinjen har det vært godt tilrettelagt for at brukerorganisasjonenes muligheter for å delta i og påvirke. Enda bedre ville dette vært om det i arbeidsgruppa som har utarbeidet retningslinjen hadde vært to representanter for brukerorganisasjonene. På dette vis ville det vært lettere å forsvare at brukerne har hatt en reell mulighet for medvirkning i dette arbeidet, og at det ikke bare skal kunne anses som et politisk alibi for brukermedvirkning. Til tross for hvor bra det har vært tilrettelagt for brukerorganisasjoners medvirkning i utarbeidelsen av retningslinjen, er det i forbindelse med medvirkningen i utarbeidelsen av forskriften jeg mener kriterium 4 ikke blir imøtekommet. Ved at brukerorganisasjonene ikke har hatt en reell mulighet for å påvirke og delta i utformingen av forskriften, setter dette også begrensninger for hva brukerne har hatt mulighet for å påvirke og delta i ved utformingen av retningslinjen. Ut i fra dette kan en ikke si at kriterium 4 er blitt imøtekommet, i utarbeidelsen av det nye rammeverket for LAR.

4.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg vist at LAR i mye større grad kan betegnes som et skadereduksjonstiltak med den nye reguleringen som nå har kommet på plass. Til tross for at behandlingen fortsatt er særregulert gjennom den nye forskriften, kan en si at implementeringen av rusreformen har medført at stoffbrukere i mye større grad blir behandlet som pasienter på lik linje med andre pasienter i helsevesenet. Endringer som vil bidra til at flere stoffbrukere nå skal få tilgang til en livreddende behandling, uten at de nødvendigvis behøver å bevise at de er tilstrekkelig nedkjørte for å fortjene dette. Det kan også sies å ha vært en bred enighet blant involverte parter på dette fagfeltet om hvordan LAR nå er regulert. Kritikken mot endringene av LAR har først og fremst basert seg på en frykt om at LAR nå primært kun skal være en medikamentell støttebehandling, hvor det skal bli tillagt lite vektlegging på å ordne opp i de psykososiale forholdene knyttet til stoffbrukernes liv. Samtidig har jeg vist at det er visse områder hvor LAR fortsatt ikke kan anses for å imøtekomme kriteriene for skadereduksjon, og at det har vært bred enighet blant involverte parter på dette fagfeltet om at dette også er tilfredsstillende. For det første skal medikamentfri behandling fortsatt være den foretrukne behandlingsformen i Norge, til tross for de

behandlingsresultater denne behandlingsformen kan fremvise. For det andre er LAR i Norge fortsatt særpreget ved bruken av urinprøver gjennom hele behandlingen, selv om det i den nye retningslinjen anbefales at dette vil være et nyttig hjelpemiddel først og fremst i oppstarten av behandlingen. For det tredje skal spesialisthelsetjenesten fortsatt ha det overordnede, faglige ansvaret for LAR-behandlingen. En bestemmelse som har medført at tilbudet av substitusjonsbehandling som en helhetlig “behandlingspakke” ikke er et nasjonalt tilbud, selv om det i retningslinjen anbefales at kommunene bør opprette lavterskel substitusjonsbehandling i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Til slutt har jeg vist at det har vært tilrettelagt for at brukerorganisasjonene skal kunne delta i og påvirke beslutningsprosessene som har ledet fram til det nye rammeverket, men ved at de ikke har hatt mulighet til å delta i beslutningsprosessen knyttet til forskriften er heller ikke dette kriteriet blitt imøtekommet til det fulle.

5 Avsluttende betraktninger

Som jeg har vist gjennom denne avhandlingen innebærer en tilnærming til skadereduksjon i narkotikapolitikken at en samtidig tar innover seg hvilke alvorlige, helsemessige konsekvenser et liv som injiserende stoffbruker medfører. Ved å opprette skadereduksjonstiltak søker en å finne nye løsninger på narkotikaproblemet. Løsninger som stoffbrukere ikke har blitt møtt med gjennom det tradisjonelle behandlingsapparatet. Som jeg har vist i denne avhandlingen kan ikke tidligere regulering av LAR sies å ha vært basert på skadereduksjon. En regulering som har medført at mange stoffbrukere i Norge tidligere ikke har fått tilgang til substitusjonsbehandling. En behandling som har vist seg å være den beste behandlingsmetoden for å redusere de helsemessige skader et liv som opiatavhengig stoffbruker medfører.

Implementeringen av rusreformen i 2004 en endring i stoffbrukernes status. Denne gruppen av mennesker ble da definert som pasienter, og skal i større grad behandles som andre pasienter i helsevesenet. Med denne statusendringen har det også forekommet store endringer i reguleringen av LAR. Endringer som har medført at dagens LAR-behandling i stor grad kan sies å imøtekomme mine kriterier for skadereduksjon. Endringer som det også kan sies å ha vært stor enighet om at var nødvendige, blant de involverte utøverne på dette fagfeltet. Med dette har en også i Norge tatt innover seg hvilke alvorlige, helsemessige konsekvenser et liv som injiserende stoffbruker medfører. Med dagens regulering av LAR kan denne behandlingen langt på vei sies å være utformet som et skadereduksjonstiltak.

Samtidig er det fortsatt enkelte områder av den nye reguleringen av LAR hvor mine kriterier for skadereduksjon ikke har blitt imøtekommet. Som en avsluttende del av denne avhandlingen, vil jeg her gi mine forslag til hvordan jeg mener LAR i enda større grad kunne blitt ansett som et skadereduksjonstiltak.

5.1 Forslag 1: Valg av behandling baseres på prioriteringsforskriften.

Det første forholdet hvor LAR i enda større grad kunne blitt ansett som et skadereduksjonstiltak, knytter seg til inntakskriteriet i LAR-forskriften om at LAR-behandling som hovedregel ikke skal være førstevalget i valg av behandling av opiatavhengighet (LAR-forskriften 2009, § 4). Med implementeringen av rusreformen i 2004 innebar dette at stoffbrukere ble tilkjent pasientrettigheter (Rundskriv I-8 2004, s. 30). Den nye LAR-forskriften har særregulert en del av de rettigheter som stoffbrukere da ble tilkjent,

hvorav inntakskriteriet om at LAR ikke skal være førstevalget i valget av behandling er et av områdene hvor denne særreguleringen har forekommet. For at LAR i enda større grad skulle kunne blitt ansett som et skadereduksjonstiltak mener jeg valget av behandling skulle vært basert på den helselovgivningen stoffbrukere ble tilkjent gjennom implementeringen av rusreformen. I prioriteringsforskriften § 2 lyder det følgende om hva som skal ligge til grunn for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:

§ 2. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

- 1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og*
- 2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og*
- 3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.*

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen (Prioriteringsforskriften 2001).

Med dette angis de forhold som ligger til grunn i vurderingen av om en stoffbruker har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og i dette henseende eventuelt rett til LAR-behandling. Uten at jeg skal påberope meg som en juridisk ekspert på dette området, synes jeg det er interessant å se nærmere på disse kriteriene og hvordan dette forholder seg til min kunnskap om substitusjonsbehandling og opiatavhengige stoffbrukeres helsetilstand.

De tre kriteriene kan oppstilles som henholdsvis alvorlighetskriteriet, effektivitetskriteriet og kostnadskriteriet (Kjønstad i Rygh 2005, s. 56). I forhold til alvorlighetskriteriet vil det, ut i fra kunnskapen om hvilke helsemessige konsekvenser et liv som opiatavhengig stoffbruker medfører, være rimelig å anta at mange stoffbrukere vil oppfylle dette kriteriet. I forhold til nyttekriteriet er det heller ingen tvil om at LAR redder liv, og at denne behandlingsformen kan vise til bedre resultater enn andre behandlingsformer i forhold til å redusere risikoen for dødelighet og smittsomme sykdommer. I forhold til det siste kriteriet, kostnadskriteriet, ble det i LAR-evalueringen vist til at denne behandlingsformen er kostnadseffektiv, og at den

totale, samfunnsøkonomiske gevinsten ved denne behandlingen er beregnet til nesten 250.000 kroner pr bruker pr år (Vindedal m. fl. 2004, s. 55). I forlengelsen av dette ble det også anslått en sannsynlig gevinst på de offentlige budsjetter med ca. 10.000 kroner pr år for hver LAR-pasient, sammenliknet med andre opiatavhengige som undergår de tradisjonelle behandlingstilbudene (Vindedal m. fl. 2004, s. 56). At substitusjonsbehandling er en kostnadseffektiv behandling blir også bekreftet i en kunnskapsoppsummering av forskning om dette forholdet, som ble utarbeidet for WHO. I kunnskapsoppsummeringen konkluderes det med at substitusjonsbehandling med metadon og buprenorfin er en kostnadseffektiv behandling (Doran 2007). Ut i fra kunnskapen om dette området mener jeg anvendelsen av prioriteringsforskriften vil være tilstrekkelig for å vurdere om legemiddelassistert rehabilitering skal iverksettes overfor den enkelte stoffbruker. Om denne hadde vært lagt til grunn i vurderingen av hvilken behandling som er mest passende for den enkelte opiatavhengige stoffbruker, mener jeg nye LAR kunne vært ansett som basert på skadereduksjon på dette området. Liknende tanker ble lagt til grunn blant de 3 høringsinstansene som i den siste høringsrunden, om forslag til ny forskrift og ny retningslinje, ikke ønsket at dette forholdet skulle særreguleres i det nye rammeverket for LAR. I denne sammenheng kan følgende uttalelse være dekkende for disse høringsinstansers synspunkter om dette forholdet:

Vi vet også fra en rekke studier at dødeligheten for de som forsøker å slutte er mye høyere enn for de som kommer med i LAR og fortsetter der over tid. På denne bakgrunn kan det ikke være etisk riktig og heller ikke faglig riktig å kreve at LAR som hovedregel ikke skal være førstevalget av behandling for opiatavhengighet. Vi kan ikke kreve at pasienter skal måtte ta til takke med et behandlingstilbud som er mindre effektivt og har høyere dødelighet enn et annet behandlingstilbud som er kostnadseffektivt og allerede tilgjengelig her i landet (Helse Sør-Øst RHF 2009, s. 1).

5.2 Forslag 2: Erstatt bruken av urinprøver med spyttprøver

Som jeg tidligere i oppgaven har vist er nye LAR fortsatt særpreget med bruken av overvåkede urinprøver i behandling, til tross for at det i det nye rammeverket tales for at bruken av dette virkemiddelet skal begrenses til det minimale. At LAR fortsatt er særpreget ved bruken av dette virkemiddelet er også et tema som ble tatt opp i Stoltenberg-rapporten. En rapport hvis hensikt var å foreslå tiltak om hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp for sine problemer (Stoltenbergutvalget 2010, s.3). I rapporten trekkes det fram at urinprøver ble anslått til å utgjøre ca. 1/3 av kostnadene knyttet til LAR i 2007 (Stoltenbergutvalget 2010, s. 41). Samtidig fremheves det at det ikke finnes “noen dokumentasjon på at urinprøvekontroller har bedre effekt eller nytte enn andre tiltak

(Stoltenbergutvalget 2010, s. 41)”. Ut i fra denne kunnskapen foreslo utvalget at man må redusere bruken av overvåkede urinprøver i LAR-behandlingen, og heller fokusere på bruken av andre tiltak slik som for eksempel samtaler med pasientene eller spyttprøver. Behandlingen må i større grad bygges på et tillitsforhold mellom stoffbrukeren og behandlingsansvarlig, og denne tilliten kan bygges gjennom å redusere bruken av overvåkede urinprøver (Stoltenbergutvalget 2010, s. 41). Som jeg tidligere har vist har forskning ved Folkehelseinstituttet vist at spyttprøver kan erstatte bruken av urinprøver for å kontrollere behandlingsforløpet (Vindenes m. fl. 2011). Med tanke på hvor inngripende overvåkede urinprøver kan oppleves for den enkelte stoffbruker, vil bruken av spyttprøver kunne bidra til at denne delen av behandlingen kan oppleves mindre stigmatiserende og krenkende for den enkelte stoffbruker. Samtidig har statusrapporten for 2010 vist at bruken av spyttprøver er blitt benyttet ved kun et fåtall steder hvor LAR-behandling tilbys (Waal m. fl. 2011, s. 62). I denne sammenheng kan høringsuttalelsen fra Folkehelseinstituttet fra den siste høringsrunden, om forslag til ny forskrift og ny retningslinje, være betegnende for hvordan LAR kunne vært enda mer skadereduserende. I uttalelsen lød det følgende:

Det gjenstår fortsatt et betydelig arbeid før spyttprøver kan tilbys til alle LAR pasienter, men resultatene så langt tilsier at denne metoden vil overta for en stor del av urinprøvene. Arbeidet med å innføre dette, bør derfor prioriteres slik at metoden kan benyttes i forbindelse med LAR. Generelt vil LAR-prøver basert på spytt i stedet for urin, ikke være mer kostnadskrevende når analysene først har blitt tatt i bruk, men det vil kreve ekstra bevilgninger for å etablere tilbudet (Folkehelseinstituttet 2009, s. 4).

Ut i fra hvor mange som har benyttet seg av dette virkemiddelet kan det virke som om de foreløpige bevilgningene til å innføre et slikt tilbud ikke har vært tilstrekkelig. Hadde dette vært etablert som et nasjonalt tilbud, i det nye LAR, ville dette kunne medført at LAR hadde imøtekommet mitt kriterium for å anse det som et skadereduksjonstiltak på dette område.

5.3 Forslag 3: Lavterskel substitusjonsbehandling som nasjonalt tilbud.

Med tanke på at LAR fortsatt er heftet ved lange ventelister (Waal m. fl. 2011, s. 6), og med viten om at en del stoffbrukere ikke makter den omfattende søknadsprosessen som er knyttet til dagens organisering av LAR, knytter dette forslaget seg til fastlegers mulighet for å starte opp behandling på eget initiativ. Nye LAR innebærer at det åpnes for å opprette lavterskel substitusjonsbehandling i de enkelte kommuner, men som jeg har vist har arbeidet med å gjennomføre dette bare vært iverksatt i et fåtall kommuner. For at LAR i enda større grad skulle blitt ansett som et skadereduksjonstiltak, mener jeg at det i den nye reguleringen av

LAR burde vært åpnet for at fastleger med kompetanse på området skal få anledning til å starte opp substitusjonsbehandling. Som jeg tidligere har vist har det kommet politiske signaler om at en skal starte opp et forsøksprosjekt hvor leger med spesiell kompetanse og interesse for arbeid med stoffbrukere skal få mulighet til å starte opp substitusjonsbehandling på eget initiativ (Helse- og omsorgskomiteen 2008, kap. 726). Om dette hadde vært inntatt som en del av nye LAR mener jeg LAR i mye større grad kunne blitt ansett som et skadereduksjonstiltak. På dette vis ville ikke tilbudet om substitusjonsbehandling som en helhetlig “behandlingspakke” vært bostedsavhengig for den enkelte stoffbruker, og tilbudet av substitusjonsbehandling ville i større grad kunne gjenspeilet stoffbrukernes behov for hjelp og behandling.

5.4 Forslag 4: Brukere representert i forskriftsarbeidet og flere representanter.

Det siste forslaget knytter seg til at det i langt større grad burde vært lagt til rette for brukerorganisasjonenes muligheter for å påvirke og delta i beslutningsprosessene som har ledet fram til det nye rammeverket for LAR. Først og fremst mener jeg dette kunne vært bedre tilrettelagt i utformingen av LAR-forskriften. Jeg mener ikke at brukerne nødvendigvis måtte være representert i utformingen av selve forskriften, men det burde i alle fall vært lagt til rette for at brukerorganisasjonene kunne få komme i direkte dialog med ansvarlig virksomhet som har utformet forskriften. Hadde dette vært gjort ville brukerorganisasjonene hatt en reell mulighet for å påvirke de rettslige rammene som LAR i dag er omfattet av.

I forhold til utformingen av retningslinjen kunne det også vært lagt bedre til rette for brukerorganisasjonenes mulighet for å påvirke og delta i beslutningsprosessene, og da spesielt i forhold til arbeidsgruppa som har utarbeidet retningslinjen. Ved at det kun har vært en representant er det gode grunner til å anta at mulighetene for brukerrepresentantens medvirkning har vært svekket i denne prosessen, idet fagfeltet har vært så tungt representert i arbeidsgruppa. Dette kan også ses i sammenheng med sammensetningen av arbeidsgruppa, hvor styrkeforholdet mellom fagfolk og brukerne var spesielt skjevt (Helsedirektoratet 2010, s. 21). For at brukermedvirkningen skulle vært ansett som en reell mulighet for å delta i og påvirke beslutningsprosessene, burde det ut i fra dette vært to representanter i denne arbeidsgruppa. I denne sammenheng burde det også vært mulig for brukerorganisasjonene, i samspill med Helsedirektoratet, å være med på å velge ut hvilke brukerrepresentanter som skulle vært representert i arbeidsgruppe. I denne sammenheng kan følgende uttalelse fra

likestillings- og diskrimineringsombudet være dekkende for hvorfor brukerne burde vært bedre representert i utformingen av det nye rammeverket for LAR:

Hvorfor skulle de fagkyndige være mer representative? Erfaringskunnskap må anerkjennes på lik linje med fagkunnskap. Nettopp erfaringskunnskapen er nødvendig for å skape endring. Det er viktig å lytte til mennesker som er blitt diskriminert. Brukerorganisasjonene må ta og få makt, og de marginaliserte gruppene trenger en sterk offentlig opinion som kan kjempe for deres rettigheter. Det er ikke nødvendigvis slik at majoriteten har rett.(...) Problemet er at dette ikke er juicy politikk. Når var muligheter og rettigheter for rusavhengige sist hovedtema i en valgkamp (Macdonald 2010, s. 9).

Litteraturliste

- Andreassen, T.A. 2005a, "Kapittel 7: Brukermedvirkning - mange betydninger og omstridt middel". i T. A. Andreassen (red.), *Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*, Gyldendal, Oslo, s. 91-105.
- Andreassen, T.A. 2005b, "Kapittel 8: Å representere og å være representativ". i T. A. Andreassen (red.), *Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser* Gyldendal, Oslo, s. 106-129.
- Andreassen, T.A. 2005c, "Kapittel 10: Å organisere gode medvirkningsprosesser". i T. A. Andreassen (red.), *Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*, Gyldendal, Oslo, s. 150-176.
- Anker, J., V. Asmussen, P. Kouvonen og D. Tops 2006, "Introduction". i J. Anker, V. Asmussen, P. Kouvonen og D. Tops (red.), *Drug users and spaces for legitimate action*, Nordic council for Alcohol and Drug research (NAD), Helsinki, Vol. 49, s. 5-22.
- Arbeiderbevegelsens RSF 2009, *Forslag til høringsuttalelse på forslag til LAR-forskrift og tilhørende retningslinjer*, URL:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00219/Arbeiderbevegelsens_219739a.PDF, [Lesedato 13.10.2011].
- Asker og Bærum kommuner 2009, *Høringsuttalelse til forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften og Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet)*, URL:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00219/B_rumogAskerPSogrus_219939a.PDF, [Lesedato 30.04.2011].
- Asmussen, V. og S. Jöhncke 2004, "Indledning: Perspektiver på brukere". i V. Asmussen and S. Jöhncke (red.), *Brugerperspektiver. Fra stofmisbruk til socialpolitikk?*, Aarhus universitetsforlag, Aarhus, s. 9-38.
- Auriacombe, M., P. Franques-Rénéric, J.P. Daulouéde og J. Tignol 2003, "Buprenorphine prescribed by general practitioners - a safe means of increasing patient access to treatment". i H. Waal og E. Haga (red.), *Maintenance treatment of heroin addiction. Evidence at the crossroads*, Cappelen, Oslo, s. 190-204.
- Australian Government 2003, *Clinical guidelines for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence*, URL:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/99508F16603D3FC9CA257554007955D8/\\$File/methadone_guide.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/99508F16603D3FC9CA257554007955D8/$File/methadone_guide.pdf), [Lesedato 27.04.2011].
- Australian government 2006, *National clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine in the maintenance treatment of opioid dependence*, URL:
[http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/9011C92D2F6E1FC5CA2575B4001353B6/\\$File/bupren.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/9011C92D2F6E1FC5CA2575B4001353B6/$File/bupren.pdf), [Lesedato 27.04.2011].

- Australian Government 2007, *National pharmacotherapy policy - for people dependent on opioids*, URL: [http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/98126046E0AEF093CA2575B4001353A6/\\$File/pharm07.pdf](http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/98126046E0AEF093CA2575B4001353A6/$File/pharm07.pdf), [Lesedato 27.04.2011].
- Baadstøe Hansen, M., H. Kornør og H. Waal 2004, *Skr-rapport nr 7/2004: Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge*, SERAF, Oslo, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/UIO-SKR-7_2004_hovedr_1428a.pdf [Lesedato 06.05.2010].
- Bergensklinikkene 2009, *Høringsuttalelse fra Stiftelsen Bergensklinikkene*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Bergensklinikkene_220839a.PDF, [Lesedato 25.09.2010].
- Bjermeland, M. 2005, "Lar er for vidarekommande". I, *Rus & avhengighet*, Vol. 8, Nr. 2, s. 12.
- Blindheim, M. 2001, "Nå dør også de yngste". I, *Rus & avhengighet*, Vol. 4, nr. 3, s. 8-10.
- Blindheim, M. 2003, "Metadonassistert rehabilitering - betraktninger fra noen utsider". i (red.), *Nordisk alkohol & narkotikatidsskrift*, Vol. 20, nr. 1, 63-70.
- Bretteville-Jensen, A.L. og E.J. Amundsen 2006, *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*, SIRUS, Oslo.
- Christie, N. og A. Syse 2001, "Rusmiddelbruk og nødvendig helsehjelp". I, *Aftenposten, morgen*, 13.11.2001, s. 14, URL: <https://web.retriever-info.com/services/archive.html?method=displayDocument&documentId=055004200111130071&serviceId=2> [Lesedato 16.09.2010].
- Christie, N. og K. Bruun 2003, *Den gode fiende*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Clausen, T., H. Waal, M. Thoresen og M. Gossop 2009, "Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death". I, *Addiction*, Vol. 104, Nr. 8, s. 1356-1362. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2009.02570.x/pdf> [Lesedato 03.04.2011].
- Clausen, T., K. Anchersen og H. Waal 2008, "Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study". I, *Drug and Alcohol dependence*, Vol. 94, Nr. 1-3, s. 151-157. URL: <http://tinyurl.com/5ttp6wk> [Lesedato 06.07.2011].
- Cook, C. og N. Kanaef 2008, *Global state of harm reduction 2008: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*, International harm reduction association, London.
- Cook, C., J. Bridge og G. Stimson 2010, "The diffusion of harm reduction in Europe and beyond". i T. Rhodes og D. Hedrich (red.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA, Lisbon, s 37-58.

- Ditt Oslo 2011, *Debatt: LASSO-prosjektet som alternativ til heroinutdeling*, URL: <http://tinyurl.com/677dfvg>, (19.01.2011), [Lesedato 01.11.2011].
- Dokument nr. 8:56 2003-2004, *Forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Bjarne Håkon Hanssen om tilrettelegging av fastlegers mulighet til å tilby legemiddelassistert rehabilitering*, URL: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2003-2004/dok8-200304-056/>, (24.03.2004), [Lesedato 03.10.2011].
- Doran, C. 2007, *Economic evaluation of interventions for illicit opioid dependence: a review of evidence*, URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/economic_evaluation_interventions.pdf, [Lesedato 24.04.2011].
- Ege, P. 1997b, *Stofmisbrug: Baggrund, konsekvenser, behandling*, Hans Reitzels forlag, København.
- Ege, P. 1997a, *Harm reduction - hva legger vi i det?*, URL: http://www.crf-au.dk/stof/arkiv/Stof2/harm_reduction.htm, [Lesedato 09.04.2011].
- EMCDDA 2000, *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, EMCDDA, Luxembourg.
- EMCDDA 2005, *Final draft meeting report: data collection at low-threshold agencies: increasing availability and quality of information at European level. 2-3 June 2005, Lisbon*, URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_13399_EN_050823%20Final%20draft%20report%202-3%20June%20meeting.doc, [Lesedato 03.04.2011].
- EMCDDA 2011a, *Best practice portal: Harm reduction interventions for opioid injectors*, URL: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/opioid-injectors>, [Lesedato 11.04.2011].
- EMCDDA 2011b, *Table DRD-3. Number of drug-induced deaths recorded in EU Member States and Norway according to EMCDDA standard definition 'Selection B', 1995 to 2009*, URL: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/drdtab3>, (29.06.2011), [Lesedato 15.07.2011].
- Endringslov til pasientrettighetsloven 2007, *Lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)* URL: http://www.lovdatabasen.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/ltavd1/filer/nl-20071221-123.html&emne=lov%20om%20endringer%20i%20pasientrettighetslov*&, [Lesedato 21.10.2010].
- EONN 2010, *Narkotikasituasjonen i Europa. Årsrapport 2010*, Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa

- FHN 2009, *Høringssvar fra Foreningen for human narkotikapolitikk*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/FHN_220649a.pdf, [Lesedato 21.09.2010].
- Folkehelseinstituttet 2009, *Høringssvar fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskrift) og ukast til nasjonal retningslinje (LAR-retningslinjen)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Folkehelseinstitutt_220589a.pdf, (31.08.2009), [Lesedato 29.10.2010].
- Folkehelseinstituttet 2010a, *Hepatitt C*, URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5078:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:82751::1:6043:50:::0:0, [Lesedato 02.04.2011].
- Folkehelseinstituttet 2010b, *Hepatitt B*, URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5078:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:82749::1:6043:50:::0:0, [Lesedato 02.04.2011].
- Forvaltningsloven 1967, *LOV 1967-02-10 nr 00: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19670210-000.html>, [Lesedato 21.10.2010].
- Frantzen, E. 1997, *Passe elendig. Ringvirkninger av et metadonprosjekt.*, Institutt for kriminologi, Universitet i Oslo., Oslo.
- Frantzen, E. 2001, *Metadonmakt: møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Frelsesarmeen 2009, *Høringssvar til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Frelsesarmeensrusom_220429a.PDF, [Lesedato 24.09.2010].
- Fylkesmannen i Vestfold 2009, *Høringsuttalelse om utkast LAR-forskrift og LAR-retningslinje*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00222/Vestfoldfylkesmanne_222839a.pdf, [Lesedato 24.10.2009].
- Gierløff, F. 2010, *Fra kimære til leviatan. Substitusjonsbehandling i norsk narkotikapolitikk*, Mastergradsavhandling Universitet i Oslo.
- Gjersing, L., H. Waal og T. Clausen 2009, *Evaluering av klinikk motivasjon*, SERAF, Oslo.
- Gurrik, T., W. Haga, R. Hole, G. Spilhaug og H. Waal 2002, *MAR i Norge. Utvikling, utfordringer og perspektiver*, URL: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2002/rappport.SKR-2.2002.pdf>, (29.11.2002), [Lesedato 16.04.2011].

Hegde, V., M. Nagarkatti og P.S. Nagarkatti 2010, "Cannabinoid receptor activation leads to massive mobilization of myeloid-derived suppressor cells with potent immunosuppressive properties." I, *European Journal of Immunology*, Vol. 40, Nr. 12, s. 3358-3370. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eji.201040667/pdf> [21.04.2011].

Helsedirektoratet 2006, *Retningslinjer fra andre land*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/opiatretningslinjer/andre_land/, [Lesedato 29.04.2011].

Helsedirektoratet 2009, *Nasjonal retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Utkast til høring*, Helsedirektoratet, Oslo, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00119/H_ringsutkast_-_Nas_119609a.PDF [Lesedato 26.05.2009].

Helsedirektoratet 2010, *Nasjonal retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*, Helsedirektoratet, Oslo URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00278/Nasjonal_retningsli_27_8679a.pdf [Lesedato 01.02.2010].

Helse- og omsorgsdepartementet 2005, *St. prp. nr. 1 (2005-2006). For budsjettåret 2006*, URL: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STP/20052006/001HOD/PDFS/STP200520060001HODDDDPDFS.pdf>, (31.09.2005), [Lesedato 05.10.2011].

Helse- og omsorgsdepartementet 2006, *Høringsnotat rusreformen: Endringer i pasientrettighetsloven etter rusreformen m.m.*, URL: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/anb/2006/0001/ddd/pdfv/286806-rusreformen_horingsnotat_juli_2006.pdf, [Lesedato 06.05.2010].

Helse- og omsorgsdepartementet 2007, *Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)*, URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/2006-2007/otprp-nr-53-2006-2007-.html?id=464282>, (27.04.2007), [Lesedato 06.11.2010].

Helse- og omsorgsdepartementet 2008, *Opptrappingsplan for rusfeltet*, URL: <http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Opptr.plan.pdf>, [Lesedato 23.10.2010].

Helse- og omsorgsdepartementet 2009, *Høringsnotat: Forslag til forskrift om legemiddellassistert rehabilitering (LAR-forskriften)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00119/H_ringsnotat_-_Fors_119599a.PDF, [Lesedato 26.05.2009].

- Helse- og omsorgskomiteen 2007, *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)*, URL: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2007-2008/inno-200708-010/?lvl=0>, [Lesedato 22.04.2010].
- Helse- og omsorgskomiteen 2008, *Budsjett-innst.S. nr.11 (2008-2009)*, URL: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Budsjett/2008-2009/innb-200809-011/4/#a17>, [Lesedato 30.04.2011].
- Helse- og sosialombudet 2009, *Høringsuttalelse - vedrørende forslag til forskrift og Nasjonal retningslinje om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opiatavhengighet*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Osloombudet_220239a.pdf, [Lesedato 25.09.2010].
- Helse midt-Norge 2006, *Høring- endring i helselovgivningen etter rusreformen*, URL: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/anb/2006/0001/ddd/pdfv/298778-helse_midt-norge_rhf.pdf, [Lesedato 21.08.2010].
- Helsepersonelloven 2001, *Lov 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*, URL: <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19990702-064.html>, (01.01.2001), [Lesedato 30.09.2011].
- Helse Sør-Øst RHF 2009, *Høring - Utkast til LAR-forskrift og LAR-retningslinje*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00232/LAR-h_ring_S_rland_232269a.pdf, [Lesedato 22.09.2010].
- Helsetilsynet 2001, *Vanedannende legemidler:Forskrivning og forsvarlighet*, URL: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/vanedannende_1egemidler_forskrivning_forsvarlighet_ik-2755.pdf, [Lesedato 27.09.2011].
- Hunt, N., E. Albert og V.M. Sánchez 2010, "User involvement and user organising in harm reduction". i T. Rhodes og D. Hedrich (red.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Publications office of the European Union, Luxembourg, s. 333-356.
- Innst. S. nr. 211 2003-2004, *Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Bjarne Håkon Hanssen om tilrettelegging av fastlegers mulighet til å tilby legemiddelassistert rehabilitering*, URL: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2003-2004/inns-200304-211/?lvl=0>, (27.05.2004), [Lesedato 07.08.2011].
- Jepsen, J. 2004, "Brugerforeninger - selvorganisering, interessevaretagelse og gensidig støtte". i V. Asmussen og S. Jöhncke (red.), *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik?*, Aarhus universitetsforlag, Aarhus, s. 169-191.

- Justisdepartementet 2000, *Lovteknikk og lovforberedelse. Veiledning om lov- og forskriftsarbeid*, URL: <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/jd/bro/2000/0003/ddd/pdfv/108138-lovteknikkboka.pdf>, [Lesedato 20.10.2011].
- Jöhncke, S. 2004, "Metadon - fortsatt den motvillige hjelp?". I, *Stof*, Nr. 3, s. 11-13, URL: <http://www.stofbladet.dk/6storage/586/11/stof3.11-13.pdf>, [Lesedato 01.02.2010].
- Kristiansand kommune 2009, *Høringsuttalelse til nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet og forskrift til legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Kristiansandkommune_220359a.pdf, [Lesedato 23.09.2010].
- LAR-forskriften 2009, *FOR 2009-12-18 nr 1641: Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)*, URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20091218-1641.html>, (22.12.2009), [Lesedato 05.02.2010].
- Larsen, H.O. og A. Offerdal 1994, *Demokrati og deltakelse i kommunene: norsk lokalpolitikk i nordisk lys*, Kommuneforlaget, Oslo
- LAR Øst 2009, *Høringsuttalelse på forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) samtt faglig retningslinje for LAR*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00232/LAR-h_ring_OUS_Ake_232299a.pdf, [Lesedato 23.09.2010].
- Legeforeningen 2006, *Høring - Endringer i pasientrettighetsloven etter rusreformen mv*, URL: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/anb/2006/0001/ddd/pdfv/298668-den_norske_laegeforening.pdf, [Lesedato 22.08.2010].
- Lægreid, P. og V. W. Rolland 1994, "Kapittel 4. Norge: Forvaltningspolitikken utvikling". i P. Lægreid og O. K. Pedersen (red.), *Forvaltningspolitikk i Norden*, Jurist- og Økonomforbundets forlag, København, s. 85-116.
- Macdonald, L.S. 2010, "Trenger en sterk stemme". I, *Rus & Samfunn*, Vol. 4, Nr. 2, s. 8-9, URL: http://www.idunn.no/file/ci/40570929/rusos_2010_02_pdf.pdf, [Lesedato 05.04.2010].
- Marborg 2009, *Elektronisk høringsskjema. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR-retningslinjen)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Marborg_220869a.PDF, [Lesedato 29.09.2010].
- Marlatt, G.A. 1998b, "Harm reduction around the world. A Brief history". i G. A. Marlatt (red.), *Harm reduction. Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, Guilford press, New York, s. 30-48.
- Marlatt, G.A. 1998 a, "Basic principles and strategies of harm reduction". i G. A. Marlatt (red.), *Harm reduction. Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, The guilford press, New York, s. 49-68.

- Meinich, T. 2000, "Endringer i forskrift om utlevering av legemidler". I, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 27, URL: <http://tidsskriftet.no/article/212744> [10.11.2000].
- Melby, J. 2009, "Brukerorganisasjonene tilsidesatt". I, *Rus & Samfunn*, Vol. 3, nr. 05, s. 20-21.
- Nilson, M., U. Solberg, D. Ballotta og L. Wiessing 2002, *Fokus på narkotika. Substitusjonmidlers nøkkelrolle i narkotikabehandlingen*, URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33470_NO_Dif01no.pdf, [Lesedato 25.08.2011].
- O'Brien, S. 2004, *Treatment options for heroin and other opioid dependence. A guide for frontline workers*, Australian Government Department of Health and Ageing, University of New South Wales, URL: [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/C8A49A8F08C2F7FBCA2575B4001353A9/\\$File/opioid_workers.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/C8A49A8F08C2F7FBCA2575B4001353A9/$File/opioid_workers.pdf) [Lesedato 27.04.2011].
- Observatoire Francais des drogues et des toxicomanies 2010, *National report 2009: France*, URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_142697_EN_FR-NR2009.pdf (Juli 2010), [Lesedato 11.07.2011].
- Odelstinget 2007, *Odelstinget - Møte tirsdag den 4. desember 2007 kl. 14.41*, URL: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Odelstinget/2007-2008/071204/3/>, [Lesedato 05.11.2010].
- Ordnnett 2011, *Pragmatisk*, URL: <http://tinyurl.com/5rshrek>, [Lesedato 21.04.2011].
- Pasientrettighetsloven 2001a, *LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#2-1>, [Lesedato 24.10.2010].
- Prioriteringsforskriften 2001, *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)*, URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001201-1208.html>, [Lesedato 23.10.2010].
- Psykologgruppen LAR Øst 2009, *Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). Høringsuttalelse fra psykologgruppen ved LAR Øst*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/psykologgruppenLAR_220209a.PDF, [Lesedato 23.09.2010].
- Rana sosialkontor 2009, *Elektronisk hørings skjema: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opiodavhengighet (LAR-retningslinjen)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Ranasosialkontor_220199a.PDF, [Lesedato 23.04.2011].

- Rappana Olsen, B.C. 2005, "Om å vite best ... sammen - brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren". i M. A. Stamsø (red.), *Velferdsstaten i endring. Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Ravndal, E., P. Vaglum og G Lauritzen 2005, "Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: A prospective study from 13 different units". I, *European addiction research*, Vol. 11, Nr. 4, s. 180-185, URL: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ArtikelNr=86399&Ausgabe=231184&ProduktNr=224233&filename=86399.pdf> [26.10.2011].
- Ravndal, E. 1993, *Virker behandling - En oversikt over behandlingsresultater for stoffmisbrukere i Norden og internasjonalt*, Nordiska kontaktmannorganet för narkotikafrågor, Stockholm.
- Ravndal, E. og E.J. Amundsen 2010, "Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study". I, *Drug and Alcohol dependence*, Vol. 108, Nr.1-2, s. 65-69, URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871609004153> [Lesedato 03.09.2011]
- Reisinger, M. 2003, "Role of doctors: Experiences in France and Belgium". i H. Waal og E. Haga (red.), *Maintenance treatment of heroin addiction. Evidence at the crossroads*, Cappelen, Oslo, s. 184-189.
- Renland, A. 2010, "Golden shower". I, *Rus & Samfunn*, Vol. 4, Nr. 4, s. 45.
- Riley, D. og P. O'Hare 2000, "Harm reduction: history, definition, and practice". i J. A. Inciardi og L. D. Harrison (red.), *Harm reduction. National and international perspectives*, Sage publications, California, s. 1-26.
- Rugset, S.A. 1999, *Formelt samarbeid - høringsrunders funksjon i statlige utredninger*, Østlandsforskning, Lillehammer.
- Rundskriv I-35 2000, *Retningslinjer for legemiddellassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*, URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2002/I-352000-Erstatter-I-2598.html?id=446841>, [Lesedato 29.10.2010].
- Rundskriv IK-15 2000, *Endring i forskrift 27 april 1998 nr 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek* URL: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/legemiddellassistert_rehabilitering_ved_narkotikamisbruk_37232, [Lesedato 29.10.2010].
- Rundskriv I-33 2001, *Legemiddellassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere* URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rundskriv/2001/i-332001-legemiddellassistert-rehabiliter.html?id=108858>, [Lesedato 29.10.2010].

- Rundskriv IS-13 2002, *Kvalitetsrutiner ved rusmiddeltesting av prøver i medisinsk sammenheng (behandling og diagnostikk)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-13_2002_1151a.pdf, [Lesedato 29.10.2010].
- Rundskriv I-5 2003, *Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere - nærmere om inntakskriteriene og unntak fra disse*, URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2003/rundskriv-i-52003.html?id=109263>, [Lesedato 29.10.2010].
- Rundskriv I-8 2004, *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*, URL: <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>, [Lesedato 29.10.2010].
- Rusmiddeletaten 2011, *Prosjekt LASSO - samhandling i praksis*, URL: <http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/getfile.php/rusmiddeletaten%20%28RME%29/Internett%20%28RME%29/Dokumenter/Microsoft%20Word%20-%20lasso%20info.pdf>, [Lesedato 01.11.2011].
- Rygh, K. 2005, *Rusmiddelavhengiges rett til helsehjelp*, Institutt for kriminologi og retts sosiologi. (Stensilserie nr: 98), Oslo.
- Rønning, R. og L.J. Solheim 2000, *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*, 3. utg., Gyldendal akademisk, Oslo.
- SIRUS 2010, *The Drug Situation in Norway 2010. Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*, SIRUS, Oslo.
- Skivenes, M. 2005, "Kapittel 2: Forvaltning og politikk - om den nødvendige forbindelsen mellom brukermedvirkning og borgermedvirkning". i E. Willumsen (red.), *Bukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*, Universitetsforlaget, Oslo, s. 34-49.
- Skjælaaen, Øystein 2006, *Kampen om sprøyterom. Beskrivelse av prosessen og analyse av argumentenes begrunnelser*, Mastergradsavhandling i Kriminologi, Universitetet i Oslo.
- Skotland, S. 2010, "Forskere motarbeider livreddende akuttbehandling". I, *Rus & Samfunn*, Vol. 4, Nr. 1, 34-35.
- Skretting, A. 1997, *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 1: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak*, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Skretting, A. 2005, "Fra klient til pasient". I, *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, Volume 22, nr. 2, s. 122-140.

- Skretting, A. 2001, ""Legemiddelassistert ”rehabilitering” i Norge. Behandling – omsorg - skadereduksjon - kontroll? ". i H. Ólafsdóttir (red.), *Skyldig eller sjuk? Om valet av påføljd för narkotikabruk*, Nordiska nämnden för alkohol- og drogforskning Helsingfors, NAD-publikation nr. 40, s. 141-150.
- Solberg, U., G. Burkhart og M. Nilson 2002, "An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway". I, *International journal of drug policy*, Vol. 13, Nr. 6, s. 477-484, URL: <http://tinyurl.com/43fv57h>, [Lesedato .06.11.2010].
- Southwell, M. 2010, "People who use drugs and their role in harm reduction". i T. Rhodes og D. Hedrich (red.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Publications office of the European Union, Luxembourg, s. 101-104.
- Stoltenbergutvalget 2010, *Rapport om narkotika*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet 2005 a, *Oppfølging av LAR-evalueringene. Anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet*, url: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/Anbefalinger_om_LAR_2842a.pdf, [Lesedato 22.04.2011].
- Sosial- og helsedirektoratet 2005 b, *Individuell plan - en rettighet for deg og et verktøy for samarbeid*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1292NY_4846a.pdf, [Lesedato 26.11.2010].
- Sosialdepartementet 2003, *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005*, URL: <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/sos/pla/2002/0001/ddd/pdfv/161426-dar-rusplan.pdf>, [Lesedato 04.12.2010].
- Sosialkomiteen 1997, *Innst. S. nr. 184 (1996-97)*, URL: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1996-1997/inns-199697-184/?lvl=0>, [Lesedato 29.04.2010].
- Statens Helsetilsyn 2005, *Retningslinjer for retningslinjer. Veileder: Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-2653_11457a.pdf, (07.02.2005), [Lesedato 03.11.2011].
- Statsministerens kontor 2009, *Offisielt frå statsrådet 18. desember 2009*, URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/aktuelt/offstatsraad/2009/offisielt-fra-statsradet-3.html?id=588866>, (18.12.2009), [Lesedato 25.10.2011].
- St. meld. Nr. 16 (1996-1997), *Narkotikapolitikken*, Oslo.
- Stortinget 2007, *Pasientrettighetsloven m.m. Ot.prp. nr. 53 (2006-2007), Innst. O. nr. 10 (2007-2008), beslutning. O. nr. 24 (2007-2008)*. URL: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=37054>, [Lesedato 19.10.2010].
- Svensson, B. 2005, *Heroinmissbruk*, Studentlitteratur, Lund.

- Trondheim kommune 2009, *Elektronisk hørings skjema. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Trondheimkommune_220099a.PDF, [Lesedato 21.03.2011].
- Vancouver Coastal Health 2011, *From the ground up*, URL: http://supervisedinjection.vch.ca/media/insite_groundup.pdf, [Lesedato 07.04.2010].
- Vindedal, B., L.F. Steen, B. Larsen og R.H. Knoff 2004, *Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering*, AIM AS, Oslo, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/AIM_Evaluering_LAR_1421a.pdf [Lesedato 06.05.2010].
- Vindenes, V., B. Yttredal, E. L. Øiestad, H. Waal, J.P. Bernard, J.G. Mørland og A.S. Christophersen 2011, "Oral fluid is a viable alternative for monitoring drug abuse: Detection of drugs in oral fluid by liquid chromatography-tandem mass spectrometry and comparison to the results from urine samples from patients treated with methadone or buprenorphine." I, *Journal of Analytical Toxicology*, Vol. 35, nr. 1, s. 32-39.
- Waal, H. 2007, "Merits and problems in high-threshold methadone maintenance treatment". I, *European addiction research*, Vol. 13, Nr. 2, s. 66-73, URL: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ArtikelNr=97935&Ausgabe=232723&ProduktNr=224233&filename=97935.pdf> [Lesedato 21.03.2011].
- Waal, H., T. Clausen, A. Håseth og P. H. Lillevold 2011, *SERAF rapport 4/2011: Statusrapport 2010. Første år med nye retningslinjer*, Oslo, URL: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2011/nedlastinger/SERAF-rapport-nr-4-2011-Statusrapport-2010.pdf>, [Lesedato 18.10.2011].
- Waal, H., T. Clausen, A. Håseth og P. H. Lillevold 2009, *LAR I NORGE 10år: statusrapport 2008*, Seraf, Oslo.
- Ward, J., R.P. Mattick og W. Hall 1998, "The use of urinalysis in opioid replacement therapy". i J. Ward, R. P. Mattick og W. Hall (red.), *Methadone maintenance therapies and other replacement therapies*, Harwood academic publishers, Amsterdam, s 239-264.
- WHO 2009, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence.*, WHO press, Geneve, URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf [Lesedato 2009].
- Willersrud, A.B. og H. Olsen 2006, "Democracy or closer control? Emergence of drug user participation in Norway". i J. Anker, V. Asmussen, P. Kouvonen og D. Tops (red.), *Drug users and spaces for legitimate action*, Nordic council for alcohol and drug research (NAD), Helsinki, NAD publication No. 49, s. 85-104.

Ødegård, E. 2011, *En historikk over norsk narkotikapolitikk og politikken meningsforankring*, URL:
<http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/Oedegaard_omn_arkotikapolitikk_10pdf.pdf>, (20.01.2011), [Lesedato 27.10.2011].

Antall ord:40 853

VEDLEGG

Her følger en liste over de dokumenter jeg har tatt utgangspunkt i, og som jeg har referert til i oppgaven. For å lettere se de i sammenheng har jeg gruppert dokumentene i kategorier.

Tidligere regulering av LAR:

Rundskriv I-35 2000, *Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*, URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2002/I-352000-Erstatter-I-2598.html?id=446841>, [Lesedato 29.10.2010].

Rundskriv IK-15 2000, *Endring i forskrift 27 april 1998 nr 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek* URL:

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/legemiddelassistert_rehabilitering_ved_narkotikamisbruk_37232, [Lesedato 29.10.2010].

Rundskriv I-33 2001, *Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere* URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rundskriv/2001/i-332001-legemiddelassistert-rehabiliter.html?id=108858>, [Lesedato 29.10.2010].

Rundskriv IS-13 2002, *Kvalitetsrutiner ved rusmiddeltesting av prøver i medisinsk sammenheng (behandling og diagnostikk)*, URL:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-13_2002_1151a.pdf, [Lesedato 29.10.2010].

Rundskriv I-5 2003, *Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere - nærmere om inntakskriteriene og unntak fra disse*, URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2003/rundskriv-i-52003.html?id=109263>, [Lesedato 29.10.2010].

Evalueringsrapportene fra LAR-evalueringen

Baadstøe Hansen, M., H. Kornør og H. Waal 2004, *Skr-rapport nr 7/2004: Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge*, SERAF, Oslo, URL:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/UIO-SKR-7_2004_hovedr_1428a.pdf [Lesedato 06.05.2010].

Vindedal, B., L.F. Steen, B. Larsen og R.H. Knoff 2004, *Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering*, AIM AS, Oslo, URL:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/AIM_Evaluering_LAR_1421a.pdf [Lesedato 06.05.2010].

Høringsdokumenter fra høringsrunden om endringer etter rusreformen m.m.

Helse- og omsorgsdepartementet 2006, *Høringsnotat rusreformen: Endringer i pasientrettighetsloven etter rusreformen m.m.*, URL: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/anb/2006/0001/ddd/pdfv/286806-rusreformen_horingsnotat_juli_2006.pdf, [Lesedato 06.05.2010].

Helse midt-Norge 2006, *Høring- endring i helselovgivningen etter rusreformen*, URL: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/anb/2006/0001/ddd/pdfv/298778-helse_midt-norge_rhf.pdf, [Lesedato 21.08.2010].

Legeforeningen 2006, *Høring - Endringer i pasientrettighetsloven etter rusreformen mv*, URL: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/anb/2006/0001/ddd/pdfv/298668-den_norske_laeforening.pdf, [Lesedato 22.08.2010].

Høringsdokumenter fra høringsrunden om forslag om ny forskrift og retningslinje

Arbeiderbevegelsens RSF 2009, *Forslag til høringsuttalelse på forslag til LAR-forskrift og tilhørende retningslinjer*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00219/Arbeiderbevegelsens_219739a.PDF, [Lesedato 13.10.2011].

Asker og Bærum kommuner 2009, *Høringsuttalelse til forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften og Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00219/B_rumogAskerPSogrus_219939a.PDF, [Lesedato 30.04.2011].

Bergensklinikkene 2009, *Høringsuttalelse fra Stiftelsen Bergensklinikkene*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Bergensklinikkene_220839a.PDF, [Lesedato 25.09.2010].

FHN 2009, *Høringssvar fra Foreningen for human narkotikapolitikk*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/FHN_220649a.pdf, [Lesedato 21.09.2010].

Folkehelseinstituttet 2009, *Høringssvar fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskrift) og ukast til nasjonal retningslinje (LAR-retningslinjen)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Folkehelseinstitutt_220589a.pdf, (31.08.2009), [Lesedato 29.10.2010].

Frelsesarmeen 2009, *Høringssvar til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Frelsesarmeensrusom_220429a.PDF, [Lesedato 24.09.2010].

- Fylkesmannen i Vestfold 2009, *Høringsuttalelse om utkast LAR-forskrift og LAR-retningslinje*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00222/Vestfoldfylkesmanne_222839a.pdf, [Lesedato 24.10.2009].
- Helsedirektoratet 2009, *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opiodavhengighet. Utkast til høring*, Helsedirektoratet, Oslo, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00119/H_ringsutkast_-_Nas_119609a.PDF [Lesedato 26.05.2009].
- Helse- og omsorgsdepartementet 2009, *Høringsnotat: Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00119/H_ringsnotat_-_Fors_119599a.PDF, [Lesedato 26.05.2009].
- Helse- og sosialombudet 2009, *Høringsuttalelse - vedrørende forslag til forskrift og Nasjonal retningslinje om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opiatavhengighet*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Osloombudet_220239a.pdf, [Lesedato 25.09.2010].
- Helse Sør-Øst RHF 2009, *Høring - Utkast til LAR-forskrift og LAR-retningslinje*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00232/LAR-h_ring_S_rland_232269a.pdf, [Lesedato 22.09.2010].
- Kristiansand kommune 2009, *Høringsuttalelse til nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opiodavhengighet og forskrift til legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Kristiansandkommune_220359a.pdf, [Lesedato 23.09.2010].
- LAR Øst 2009, *Høringsuttalelse på forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) samtt faglig retningslinje for LAR*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00232/LAR-h_ring_OUS_Ake_232299a.pdf, [Lesedato 23.09.2010].
- Marborg 2009, *Elektronisk høringsskjema. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opiodavhengighet (LAR-retningslinjen)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Marborg_220869a.PDF, [Lesedato 29.09.2010].
- Psykologgruppen LAR Øst 2009, *Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). Høringsuttalelse fra psykologgruppen ved LAR Øst*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/psykologgruppenLAR_220209a.PDF, [Lesedato 23.09.2010].
- Rana sosialkontor 2009, *Elektronisk høringsskjema: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opiodavhengighet (LAR-retningslinjen)*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Ranasosialkontor_220199a.PDF, [Lesedato 23.04.2011].

Trondheim kommune 2009, *Elektronisk hørings skjema. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*, URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00220/Trondheimkomune_220099a.PDF, [Lesedato 21.03.2011].

Den nye reguleringen av LAR

Helsedirektoratet 2010, *Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*, Helsedirektoratet, Oslo URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00278/Nasjonale_retningslinjer_278679a.pdf [Lesedato 01.02.2010].

LAR-forskriften 2009, *FOR 2009-12-18 nr 1641: Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)*, URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20091218-1641.html>, (22.12.2009), [Lesedato 05.02.2010].