

## Sykdom eller kriminell atferd?

Fredrik Dreyer Moe

Kristian Utrimark

Forståelsen av rusmiddelavhengighet som en moralsk svikt henger fortsatt igjen i behandlingsapparatet.



Fredrik Dreyer Moe. Foto: privat

Rusmiddelavhengighet behandles ikke bare ulikt i den politiske sfæren, men også i forskning og behandling. Mye kunnskap tilsier at alvorlig rusmiddelavhengighet er en langvarig lidelse. Likevel er behandlingen ofte akutt, og forskningen følger pasientene over kort tid. Kan det være at vår forståelse av rusmiddelavhengighet som både en sykdom og forbrytelse gjør at den ikke blir behandlet rettfærdig?

## Kronisk lidelse

Lidelser som skyldes en kombinasjon av genetiske, fysiologiske, miljømessige og atferdsmessige faktorer og har en lang varighet, defineres som kroniske sykdommer. Hva som er lang varighet, er det uenighet om. Det kan være fra minimum tre måneder til ett år. Tilstandsbildet ved alvorlig rusmiddelavhengighet tilfredsstiller kriteriene for kronisk lidelse, og alvorlig avhengighet behandles i spesialisthelsetjenesten. Fagfeltet har diskutert konseptualiseringen som kronisk lidelse siden 2000-tallet. Gitt at alvorlig avhengighet er kronisk, er det klart at den ikke behandles som det i tilbudet som er tilgjengelig for pasientene i dag. Sammenligner en retningslinjene «Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» og «Diabetes: nasjonal faglig retningslinje for behandling av diabetes type 2» (DT2), som er en annen kronisk lidelse, går det frem at DT2 behandles mer som en kronisk lidelse enn rusmiddelavhengighet. Siden alvorlig rusmiddelavhengighet og DT2 er ulike lidelser, krever de ulik behandling. Likevel bør det være en viss likhet i behandlingen av lidelsene med hensyn til deres kronisitet. Eksempelvis bør behandling inneholde systematisk langvarig oppfølging og utredning. Imidlertid er det kun retningslinjen for DT2 som spesifiserer oppfølgingens varighet, hyppighet av treffpunkt, og hvilken utredning som er relevant.

Det er sannsynligvis flere årsaker til at DT2 og rusmiddelavhengighet behandles ulikt, men en mulig forklaring kan ligge i rusavhengighetens forbindelse med moral.

## Moralisme

Historisk sett har rusmiddelavhengighet blitt forklart med henvisning til en sviktende moral. Ofte har det vært svak selvkontroll og et svakt selv som har ført til avhengigheten, noe som har medført at disiplinerende behandling ofte har vært det foretrukne behandlingsvalget. Forklaring på DT2 bærer for øvrig også preg av moralisme. Personer med DT2 er fete, late, spiser feil og har tatt gale livstilvalg – og de har svak selvkontroll og -disiplin.

En historisk og nåværende forskjell mellom lidelsene er at rusmiddelavhengighet ses både som en sykdom og forbrytelse. Dette er ganske vesentlig – forstår vi rusmiddelavhengighet som en sykdom, betyr det at man trenger behandling for å bli bedre, å se avhengigheten som kriminalitet, innebærer at de samme menneskene trenger straff for å korrigere usømmelig atferd.

*... en del praksiser i rusbehandling bærer fortsatt preg av straff*

Denne dobbeltheten kan føre til at institusjonelt ansvar for rusmiddelavhengighet blir uklart, og til diskusjoner om hvorvidt rusmiddelavhengighet er en sykdom, forbrytelse eller begge deler. Tvetydigheten er til stede i norsk rusmiddelpolitikk, hvor det er straffbart med bruk og besittelse av illegale rusmidler, samtidig som helsetjenester deler ut gratis sprøytespisser og har overvåkete injeksjoner. Sannsynligvis har det en innvirkning på den rusmiddelavhengige å bli betraktet både som pasient og kriminell. Likeledes for klinikere som både er behandlere og kontrollører. Balanseringen mellom syk og kriminell kan gi klinikere etiske dilemma i behandling.

## Forbrytelse og straff i behandling

Jeg antar at vekselvirkningen mellom helse- og moralforståelsen av avhengighet har bidratt til at en del praksiser i rusbehandling fortsatt bærer preg av straff. Altså at pasienten utsettes for noe ubehagelig eller uønsket som gjengjeldelse for ulydighet.

For en som skal oppsøke tverrfaglig spesialisert rusbehandling og har førerkort, er det en risiko for å bli meldt til statsforvalteren. Det gjelder spesielt dem med alvorlig avhengighet eller som blir innlagt i døgnbehandling. Da vil meldeplikt om førerkort ofte bli utløst fordi døgnbehandling tilsier at bruken er ute av kontroll og påvirker funksjonsnivået. Likevel kan det tenkes at pasienten opplever å bli straffet når hen søker helsehjelp. Meldeplikten kan kanskje virke avskrekkende for andre som trenger hjelp. Og den kan føre til ulike dilemma for klinikere når f.eks. pasienten gir sterkt uttrykk for å ha behov for førerkort når hen har blitt rusfri – eller for å bli rusfri. Det kan være utfordrende å danne allianse og samarbeid, noe som kan vanskeliggjøre videre behandling. Da kan meldeplikten stå i veien for å dra nytte av fellesfaktorene. Samtidig er det helsepersonellets plikt ut ifra helsepersonelloven å melde fra. Poenget er at om en ikke innfrir helsekravet, så øker trafiksikkerhetsrisiko som fører til trafikkulykker. Behandler, og teamet, må vurdere dette i hvert enkelt tilfelle. Selv om diagnosen ikke utløser plikten, vil de fleste trolig være strenge fordi de frykter at pasienten og andre skal komme til skade. Det er sannsynlig at ruspåvirkning er en av de sentrale årsakene til alvorlige trafikkulykker. Det ser også ut til å være en sammenheng mellom å kjøre i ruspåvirket tilstand og tidligere domfellelse for ruspåvirket kjøring. Samme statistikk viser at det er en sammenheng mellom å kjøre ruspåvirket og ha blitt domfelt for andre forhold. Samtidig er det ikke sikkert at dette er personene som har en rusmiddelavhengighet. Imidlertid bør kanskje et behandlingsapparat understreke om deres oppgave er å vurdere om det skal meldes til statsforvalteren etter en grundig utredning, eller om meldeplikten anses som utløst med en gang en blir innlagt i døgnbehandling.

*... klinikere i rusbehandling befinner seg i posisjoner hvor de sjonglerer mellom å være individets terapeut og samfunnets kontrollør*

## Disiplinering via kroppen

Urinprøvetaking er vanlig i rusbehandling. Hensikten er å avdekke om pasienten har inntatt rusmidlene som hen ønsker å slutte med eller redusere. Implisitt formidler praksisen at pasientens ord ikke er til å stole på. Behandler trenger pasientens kroppsvæske for å avgjøre om vedkommende fortjener tillit. Urinprøvetaking kan være nedverdiggende å måtte gjennomgå. Det er tvilsomt at det bygger tillit mellom behandler og pasient. En mulig måte å forstå urinprøvetaking på, er som en praksis for å disiplinere pasienten via dets kropp. Målet er vel at pasienten til slutt skal slutte å bruke rusmidler fordi det vil bli avslørt uansett. Pasienten skal få mer selvkontroll via dette verktøyet, men også muligens bli mer dominert. Ellers kan urinprøver være motiverende for noen, ettersom de vet at de vil bli kontrollert for rusinntak. Kanskje spesielt i en sårbar fase kan det gi en form for målbevissthet og struktur.

I legemiddelassistert rehabilitering er det vanlig med henteordning av medisiner og urinprøvetaking. Om pasienten bruker rusmidler eller misbruker medikamenter, kan det føre til innskrenkning av henteordning og økning i antall urinprøver. Denne praksisen er også en form for disiplinering av pasientens kropp for at hen skal følge behandlingsregimet. I tillegg skal den sikre

forsvarlighet, som f.eks. å unngå overdosering, men også unngå misbruk og at legemiddelet blir tilgjengelig for en tredjepart. Behandlingspraksisen skal både behandle sykdom og forhindre salg og deling av medikamentet.

Den baserer seg på en form for straff som virker gjennom negativ forsterkning. Behandler demonstrerer via innskrenking av henteordning og hyppigere urinprøver at pasient må slutte å bruke rusmidler, ikke misbruke medikamenter eller ta medikamenter som ikke er foreskrevet. Om pasienten følger instruksjonene, vil henteordningen bli bedre (hente medisiner færre dager i uken) og det vil bli færre urinprøver. Ved å redusere hyppigheten av urinprøver og antall hentedager vil pasientens atferd om å ikke ta rusmidler bli forsterket. Målet med de to praksisene er å påføre pasienten noe uønsket som gjengjeldelse for ulydighet. De har ikke fulgt behandlingsprogrammet som avtalt. Praksisen formidler at pasienten ikke har nok selvkontroll og trenger å bli straffet for å lære seg å ta mer ansvar – og for å få mer selvkontroll. Spørsmålet er om det ikke fører til det motsatte? Praksisen bekrefter den avhengige som avhengig av noe eller noen, en som ikke kan klare seg selv, selv ikke dette. Dermed kan praksisen føre til at pasientene blir mindre selvstendige og håpefulle, og kanskje mer motløse og hjelpeløse.

## Moralsk praksis

Praksisene minner om tidligere moralsk behandling, som bl.a. fokuserte på arbeidsaktivitet over lengre perioder for å disiplinere den avhengige. De nåværende praksisene ser ut til å underbygge en tendens til å betrakte rusavhengighet som både et moralsk og legalt problem og en lidelse. Det er noen disiplinerende elementer i praksisene i form av et ønske om at pasienten skal være lydige. Den disiplinerende tendensen er kompleks. Den påvirkes trolig av sosiale, politiske og historiske mulighetsbetingelser som er forbundet med behandlingsapparatets normative forutantakelser om rusavhengighet og den rusmiddelavhengige. Sannsynligvis er det flere og andre forklaringer på at avhengighet ikke blir behandlet som en kronisk lidelse, og at behandlingskomponenter inneholder moralske konnotasjoner. Likevel kan det være mulig at slike implisitte antakelser om rusbehandling og rusmiddelavhengighet forhindrer retningslinjer for rusbehandling i å ha et langsiktig perspektiv som er godt nok strukturert til å bli iverksatt i praksis. Det kan også henge sammen med at rusforskning ofte har kort varighet og fokuserer på rusreduksjon fremfor funksjonelle mål. Rusbehandling er som oftest kortvarig. I behandlingsretningslinjen mangler det konkrete tiltak for gjennomføring av planlagt og regelmessig oppfølging og systematisk evaluering. Dette er besynderlig når alvorlig rusmiddelavhengighet innfrir kriteriene for kronisk lidelse. For noen fungerer akutt behandling, mens for andre trengs langvarig behandling, gjerne over flere år.

## Skifte

Så lenge rusmiddelavhengighet kan straffes, vil klinikere i rusbehandling befinne seg i posisjoner hvor de sjonglerer mellom å være individets terapeut og samfunnets kontrollør. En grunn til at ruspolitikken ble endret i Portugal, var et ønske om å gå vekk fra å se på rusavhengighet som kriminalitet til å anse det som en kronisk lidelse. Det førte til et økt søkelys på forebygging, behandling og gjeninkludering. Et slikt skifte vil bidra til å redusere den tvetydige forståelsen av avhengighet. En konsekvens av å betrakte alvorlig rusmiddelavhengighet som en kronisk lidelse, er at behandlingsformatet blir langsiktig. I dette formatet blir tilbakefall betraktet annerledes enn i en akutt modell. Her anses ikke tilbakefall som et tegn på uvirksom behandling eller at pasienten er ulydig.

Snarere tvert om blir tilbakefall en forventet del av prosessen mot å bli frisk, og en erfaring pasienten kan lære noe av. Et langsiktig fokus kan føre til at pasient og behandler allieres mot langsiktige mål for gjeninkludering i samfunnet og terapeutiske mål.

Dette forutsetter at retningslinjene har et langsiktig fokus og er tydelig og enkle å gjennomføre i praksis. Det gjør at klinikerer kan være mer behandler enn kontrollør og kan fokusere på behandlingstiltak som gradvis og langsiktig bidrar til positiv endring.

*Merknad.* Ingen oppgitte interessekonflikter.