



arod@arodpolicies.org

Bent Høie  
Helse- og Omsorgsminister  
o.a. ansvarspersoner for LAR-behandling

02.02.2021

## Menneskerettslige føringer for LAR-pasienter og behandlingsapparat

Alliansen for rettighetsorientert ruspolitikk (AROD) blir kontaktet av stadig flere LAR-pasienter som føler seg overkjørt av behandlingsapparatet. De forteller om umyndiggjøring og forskjellsbehandling på et grunnlag som ikke gir mening, som forverrer deres livssituasjon på en rekke områder, og som fremstår konstruert rundt syndebukkmekanismen. Det er denne [mekanismen](#) som ligger til grunn for forbudslinjen;<sup>1</sup> det er overlegene og lederne ved de forskjellige LAR-distrikt i Norge som i størst grad er fokus for kritikk, og historiene om de overgrep som pasienter kjenner på er mange.

Vi vil derfor, som ledende organisasjon for menneskerettigheter på rusfeltet, minne ansvarspersoner og ansatte i helsesektoren om at dette, fra et menneskerettslig perspektiv, fremstår stadig mer problematisk. Informerte mennesker vet at det ikke bare er et irrasjonelt skille mellom legale og illegale rusmidler; de vet at det er de samme varierende brukermønstrene og at det er mer hensiktsmessig med en helsepolitisk enn en kriminalpolitisk modell for å avgrense problembildet forbundet med misbruk. Rusreformutvalgets [rapport](#) levner ingen tvil om dette. Den viser at menneskerettskonvensjonene kommer til anvendelse, og folk begynner å forstå at prinsipper som likhet, forholdsmessighet, selvbestemmelse og frihetspresumsjon legger lista for et rettighetsbilde.

Derfor kommer de til oss for hjelp. Ansatte i helsetjenesten er allerede kjent med pasient- og brukerrettighetsloven. Som menneskerettighetskonvensjonene bygger den på de samme prinsippene som nevnt over. Og fordi pasientloven, samt de ruspolitiske konvensjonene, de siste ti årene har gått fra å tolkes i lys av et narkotikafritt ideal—og forbudet som et egnet virkemiddel—til å vektlegge realiteter og intensjonen om å beskytte folkehelsen, tilbyr vi retningslinjer som er egnet til å forbedre forholdet mellom LAR-pasienter og helsevesenets ansatte.

---

<sup>1</sup> Syndebukkmekanismen (scapegoating) har fått navn fra den judeo-kristne kulturs tidligste tradisjoner. På den tiden ofret man dyr, helst geiter, til gudene for å få tilgivelse for synder, og denne trenden har fortsatt på forskjellige vis. Ideen er at man finner noen å svartmale/utstøte, for slik å renvaske seg for skyld. Psykologer og filosofer har beskrevet denne tendensen som grunnleggende for oppbygningen av menneskelige samfunn. Det er allikevel en iboende polaritet mellom denne tendensen og de prinsippene som vårt samfunn uttalt bygger på, og bare i den grad vi kvitter oss med denne kan et levedyktig/utopisk samfunn oppstå. For mer om dette, se MIKALSEN: *HUMAN RISING: THE PROHIBITIONIST PSYCHOSIS AND ITS CONSTITUTIONAL IMPLICATIONS* (2018)



## Menneskerettigheter og Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Det er i dag mye som tyder på at forbudslinjen har et grunnleggende forklaringsproblem målt opp mot menneskerettighetene. Rusreformrapporten har mye å si om dette, men Norge har fortsatt til gode å respektere internasjonale anbefalinger på området; både den politiske prosessen og rettssystemet har sviktet forpliktelser til et effektivt middel, men vi når stadig lenger med kravet om at de forfulgte grupperingene skal få sitt rettighetsbilde klarlagt. Dette rettighetsbildet er nærmere beskrevet i [Human Rising](#), en rapport som bygger på den samme prinsipielle tilnærming som rusreformutvalgets. Den oppsummerer ruspolitikken fra et menneskerettslig perspektiv og er sammenfallende i sine konklusjoner. Forskjellen er at denne rapporten ser mer helhetlig på områder som er utelatt og viser hvordan syndebukk-mekanismen har formet ruspolitikken. Det er denne psykologiske disposisjonen som hindrer oss i å realisere våre ambisjoner som samfunn. Det er også denne tendensen menneskerettskonvensjonene forplikter oss til et oppgjør med—og siden staten i lengre tid har sviktet de forfulgte grupperinger aktualiserer dette et konstitusjonelt ansvarsbilde.

Når det gjelder sentrale myndigheters ansvar vil det bli nærmere avklart de neste årene. Flere organisasjoner på rusfeltet jobber for en sannhets- og forsoningskommisjon og de har en så god sak at rettsstatsgarantier tilsier at kravet bør bli en selvoppfyllende profeti. Allikevel, fremtidig oppreisning forandrer ikke på det faktum at LAR-prosjektet allerede opererer på omstridt konstitusjonell grunn og at det påhviler et individuelt ansvarsbilde.

Dette gjelder ikke minst tolkningen av LAR sine nasjonale retningslinjer. De tolkes i dag, i stor grad, i en retning som er uforenelig med et menneskerettslig perspektiv og pasientenes frustrasjon gjenspeiler dette. Utgangspunktet er jo at LAR-pasienter, som medisinske brukere av Cannabis, skal ha de samme pasientrettigheter som alle andre; de skal ha den samme tillit som andre pasienter; de skal bli møtt med den samme respekt for liv, integritet og menneskeverd; og det skal stilles de samme krav til profesjonalitet og forsvarlighet fra personellens side. Kvalitetsvurderinger skal videre foretas med utgangspunkt i pasienten og brukerens ståsted, og dennes behov og autonomi skal i størst mulig grad respekteres.

Dette er elementært, men forbudslinjen har vanskeliggjort alt dette. Med utgangspunkt i det narkotikafrie samfunnsidealet har praksis i stor grad vært det motsatte, med det resultat at forholdet mellom pasient og tjenesteleverandør blir skadelidende.

Allikevel, det narkotikafrie samfunnsidealet er på retrett med god grunn; det har på samtlige områder gjort vondt verre, og de ruspolitiske konvensjonene tolkes derfor mer og mer i lys av intensjonen om å beskytte folkehelsen. Det er her menneskerettskonvensjonene kommer til sin rett. Rettighetsanalyser viser en direkte motstrid mellom disse og den umenneskeligjøring som det narkotikafrie idealet legger opp til; det har gått på bekostning av prinsipper som likhet, selvbestemmelse, forholdsmessighet, og frihetspresumsjon, og vi er på god vei inn i et paradigmeskifte hvor samtlige lover som gjelder for helse- og omsorgstjenesten må bli strøm-linjeformet med kravene fra menneskerettskonvensjonene.

For LAR-pasienter og apparatet rundt dem innebærer dette et oppgjør med utdatert praksis. For å si det enkelt: ettersom skillet mellom legale og illegale stoffer ikke kan forsvares fra et fornuftsbasert perspektiv, innebærer det at usaklig forskjellbehandling av brukerne i de to grupperingene ikke kan forsvares. I den grad forskjellsbehandling har vært og er til stede,

bunner det i sydebukkmekanismen, hvilket vil si fellesskapets tendens til å gi svakerestilte grupperinger skylda for problemer som vi har et kollektivt ansvar for å løse. Det er bare denne mekanismen som forklarer den dobbeltmoral og hykleri som har videreført forbudslinjen; det er dette psykologiske incentiv som forklarer rusreformutvalgets funn av offentlig panikk som utformende for politikken; det er en direkte sammenheng mellom dette fenomenet og menneskerettsbrudd; og et overblikk over problembildet viser at denne mekanismen går som en rød tråd gjennom klagepunktene til LAR-pasientene.

Pasientene klager på en umyndiggjøring og en grad av sosial kontroll de oppfatter som nedverdiggende og uforholdsmessig. Enten det er snakk om regimet rundt uthenting av medisin, urinprøver, eller utenlandsreise, opplever de et overformynderi som vi ikke under noen omstendigheter finner det hensiktsmessig å underlegge brukerne av legale stoffer. Undermedisinering ved smertebilder synes også å være et omfattende problem, og selv ikke smertestillende behandling i situasjoner som ved keisersnitt eller trekking av tenner synes forsvarlig ivaretatt. Det samme kan sies om medisinene som rent faktisk administreres: Det er for eksempel absurd å insistere på bruk av stoffer som metadon og buprenorfin, når dette på flere vis gjør mer skade enn heroin, cannabis, eller andre stoffer. Ikke bare er skadebildet større rent fysisk, men brukerne rapporterer at avhengigheten er verre.

Land som Nederland og Portugal har i langt større grad enn Norge tatt konsekvensene av denne tilbakestående tilnærmelsen. De legger i større grad opp til et regime bygget rundt individuelle behov, og det skal også sies at Norge fremstår i særklasse når det gjelder å bruke tvang mot gravide. Dette skal være tilfellet selv om kvinnen gir rene urinprøver og ikke har noe sidemisbruk. Vi har forståelse for at det ufødte barnet har rettigheter som også må ivaretas, men et samlet bilde tilsier at LAR-regimet har et alvorlig forklaringsproblem målt opp mot grunnleggende menneskerettigheter.

Det ligger derfor i kortene at nytenkning må til. Alle pasienter har krav på en individuell vurdering, men LAR-pasienter blir vurdert på gruppenivå—som stereotyper, basert på sydebukkmekanismen. Det er sånn sett ikke uten grunn at pasientene vurderer rettslige skritt, idet LAR lener seg på retningslinjer som verken er kunnskapsbaserte eller forenlige med en moderne tolkning av menneskerettighetene. De nasjonale retningslinjene er imidlertid ikke absolutte: De kan avvikes så lenge det begrunnes, og et individuelt ansvarsbilde tilsier at det så absolutt bør gjøres mens vi venter på at pasientene skal få prøvet sin sak, eller at overordnede myndigheter tar fatt på omorganiseringen som venter. Vi vil derfor oppfordre ansatte i helsesektoren til å etterkomme menneskerettslige hensyn og gå vekk fra et regime som baserer seg på mistillit til pasienten.

Med vennlig hilsen



Roar Mikalsen

Leder for AROD