Tre pasienthistorier – Aud, Kristian og Lars



Ukom



NÅR RUSEN DEFINERER HELSEHJELPEN

Tre pasienthistorier – Aud, Kristian og Lars

Publisert 23. juni 2026

ISBN 978-82-8465-048-7

Aud

Aud vokste opp i en familie preget av rusmiddelbruk og vold. Familien var kjent i lokalmiljøet for alkoholproblemer gjennom flere generasjoner, og Aud opplevde tidlig å bli assosiert med denne historien. Hun utviklet etter hvert et alkoholproblem selv og levde med vold og ustabile relasjoner inn i voksenlivet. Senere beskrev hun for pårørende og ansatte i tjenestene at livshistorien hennes med rus, kriminalitet og vold ofte overskygget behovene hun hadde for helsehjelp.

I voksen alder utviklet Aud et omfattende rusmiddelbruk. Hun begynte etter hvert å kjøpe Subutex illegalt og fikk samtidig forskrevet benzodiazepiner fra fastlegen. Rusmiddelbruken eskalerte over tid, og omfattet blant annet amfetamin, cannabis og opioider. Hun utviklet avhengighet til både opioider og benzodiazepiner. Aud sonet flere fengselsstraffer for rusmiddelrelatert kriminalitet.

Benzodiazepiner

Benzodiazepiner og benzodiasepinderivater er en gruppe legemidler som brukes for kortvarig behandling av søvnvansker, for å dempe uro og angst, redusere muskelspenninger og kramper og i forbindelse med narkose. Mange benzodiazepiner er vanedannende og skal ikke kombineres med bilkjøring (62).

Opioider

Opioider er stoffer som virker på opioidreseptorer i hjernen og i det perifere nervesystemet. Gruppen omfatter både naturlige, halvsyntetiske og syntetiske stoffer, som for eksempel morfin, heroin, metadon og fentanyl (63).

Aud fikk to sønner. Begge kom inn i rusmiljøer i ungdoms- og voksen alder. Den eldste sønnen døde i det som ble antatt å være en overdose, den yngste sønnen fikk tilbud om behandling i LAR. Pårørende beskrev et nært forhold mellom Aud og sønnene, og tapet av den eldste sønnen preget henne sterkt.

Første gang Aud søkte behandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) var hun godt voksen. Hun fikk avslag, blant annet med begrunnelse om behov for behandling av psykiske belastninger før LAR kunne bli vurdert. Slik behandling kom ikke i gang. Etter en periode med forverret rusmiddelbruk og funksjonsfall ble hun tatt inn i LAR ved sitt andre forsøk.



Foto: Shutterstock

Oppstart i LAR ga økt stabilitet i Auds liv. Hun fikk oppnevnt økonomisk verge og fikk etter mange år bedre kontroll over økonomien. Hun kjøpte sin første bolig. I denne perioden hadde hun sporadisk kontakt med LAR. Hun fikk utlevert LAR-medisin, men opplyste at hun solgte eller ga bort deler av medisinen hun ikke selv trengte. Samtidig kjøpte hun illegale rusmidler, blant annet amfetamin og benzodiazepiner. Flere ganger ga hun uttrykk for at det hun først og fremst hadde behov for, var smertestillende medikamenter.

Aud levde med betydelige somatiske plager, blant annet langvarige smerter og symptomer forenlig med kols. Hun opplevde ikke å få en tydelig diagnose eller tilstrekkelig behandling for disse plagene. Etter hennes død fortalte pårørende at hun hovedsakelig var avhengig av amfetamin, og i mindre grad opioider.

Hun hadde også omfattende psykiske belastninger og var preget av traumer etter vold, tap og vanskelige familieforhold. Hun opplevde flere dødsfall i nær omgangskrets. Behandlere i LAR beskrev henne som kognitivt svekket etter mange år med rusmiddelbruk, men hun ble ikke utredet for kognitiv svikt. Det framgår ikke av journalene at hun fikk tilbud om traumebehandling.



Foto: Shutterstock

Etter oppstart i LAR hadde Aud begrenset sosial kontakt. Hun ble anbefalt å benytte lavterskel- og aktivitetstilbud, men klarte i liten grad å ta disse i bruk. Pårørende beskrev henne som sosialt isolert og ensom. Hun hadde en katt som betydde mye for henne, og som var viktig i hverdagen hennes. Når hun ble innlagt på sykehus de siste årene av livet, oppga hun omsorg for katten som grunn til å skrive seg ut tidligere enn anbefalt. Den siste julen hun var innlagt, ønsket hun å reise hjem til sønnen, som var alene.

Aud hadde gjennomgående lavt oppmøte til avtaler med helsetjenestene. Hun var vanskelig å nå på telefon og takket også nei til tilbud om helsehjelp. De siste årene av livet uttrykte hun bitterhet over det hun opplevde som manglende helsehjelp gjennom mange år, særlig knyttet til traumebehandling og smertelindring.

Aud døde i 60-årene. Dødsårsaken ble oppgitt å være en luftveisinfeksjon.

Kristian

Kristian vokste opp med psykiske vansker og kom tidlig i kontakt med hjelpeapparatet. I barne- og ungdomstiden fikk han flere psykiske lidelser diagnostisert. Foreldre, skole og politi uttrykte bekymring for utviklingen hans. Skolen formidlet også mistanke om psykose, og Kristian ble henvist til videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Da Kristian var 16 år, fortalte han selv at han hadde hatt psykosesymptomer i yngre alder.



Foto: Shutterstock

I ungdomsårene utviklet Kristian et omfattende og eskalerende rusmiddelbruk. Allerede på ungdomsskolen ruset han seg daglig, og rusen fikk raskt betydning for fungeringen hans i hverdagen. Etter hvert ble han tvangsplassert i barnevernsinstitusjon på grunn av atferd og bekymring for omsorgssituasjonen. Under barnevernets omsorg ble han introdusert for heroin, og fikk tilgang til Subutex fra andre som mottok LAR-behandling.

Før han fylte 18 år sonet Kristian sin første fengselsstraff for narkotikarelaterte forhold. I årene som fulgte hadde han gjentatte fengselsopphold, samtidig som rusmiddelbruken økte og den psykiske og somatiske helsen forverret seg. Han brukte etter hvert flere illegale rusmidler avhengig av hva som var tilgjengelig.

Kristian hadde hyppige overdoser, og fra tenårene og fram til han døde ble han akuttinnlagt på sykehus flere ganger årlig. Han hadde også gjentatte innleggelser i psykisk helsevern, ofte med mistanke om rusutløst psykose. Oppholdene var gjennomgående korte, og han skrev seg ofte ut kort tid etter innleggelse. I perioder levde han uten fast bolig og med begrenset kontakt med familie og hjelpeapparat.

Første gang Kristian søkte behandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), var han 19 år gammel. Han fikk avslag. Avslagene ble begrunnet med at spesialisthelsetjenesten ikke kunne dokumentere sikker opioidavhengighet etter diagnosekriteriene i ICD-10 (11). Senere ble også behov for utredning og behandling i psykisk helsevern trukket fram som forutsetning for ny vurdering for LAR-behandling.

Kristian søkte LAR flere ganger i årene som fulgte. Pårørende og ansatte i kommunale tjenester opplevde at han hadde behov for tett oppfølging, og bisto ham i søknadsprosesser. Avslagene ble klaget på til Statsforvalteren, men vedtaket ble opprettholdt. I vurderingene la sykehuset vekt på manglende dokumentasjon av langvarig og tung opioidavhengighet, og bekymring for å forskrive potente legemidler uten klar indikasjon. Samtidig ble Kristians psykiske helse stadig dårligere. Han hadde gjentatte rusutløste psykoser og flere korte innleggelser etter psykisk helsevernloven § 3-2 (12). På grunn av Kristians omfattende rusmiddelbruk, overdoser og reduserte evne til å ta

vare på seg selv, fremmet kommunen et forslag om tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven §102 (9). Vedtaket ble trukket tilbake etter kort tid, blant annet fordi spesialisthelsetjenesten vurderte at de ikke hadde egnede rammer til å ivareta ham under tvang.

Mot slutten av livet ble Kristian fulgt opp av kommunens oppsøkende team for personer med store og sammensatte hjelpebehov, etter at spesialisthelsetjenesten avsluttet behandlingen. Pårørende og ansatte i teamet sendte flere bekymringsmeldinger til sykehuset om økende rusmiddelbruk og funksjonsfall. Kristian avslo samtidig flere frivillige behandlingstilbud. Han uttrykte et ønske om medisiner, men ikke begrenset til opioider; også amfetamin og benzodiazepiner var en del av det han etterspurte.

Det siste avslaget på LAR-behandling kom få uker før Kristian døde. På dette tidspunktet lå en ny klage til behandling hos Statsforvalteren. Samme år ble han vurdert til primært å ha behov for videre oppfølging i psykisk helsevern før eventuell ny vurdering for LAR.

Kristian tok sitt eget liv 29 år gammel, kort tid etter utskrivelse fra psykiatrisk akuttavdeling etter en ny rusutløst psykose.

Lars

Lars er i 30-årene og har levd med rusmiddelavhengighet gjennom store deler av livet. Under et fengselsopphold fikk han diagnosen opioidavhengighet og hadde samtaler med psykolog om rusmestring. Etter løslatelsen søkte han ikke umiddelbart behandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det gjorde han først da han og samboeren fikk barn og flyttet til en ny kommune for å starte på nytt. Den første tiden i LAR opplevde han god rusmestring. Fastlegen forskrev et angstdempende medikament, og oppfølgingen fra LAR besto i hovedsak av årlige statussamtaler. I flere år hadde han førerkort, arbeid og en relativt stabil livssituasjon.



Foto: Shutterstock

Etter hvert utviklet Lars økende angst og trakk seg mer tilbake sosialt. Han møtte sjelden til avtaler i psykisk helsevern, og uteble fra konsultasjoner hos fastlegen. Samtidig oppsto

belastninger i hjemmesituasjonen knyttet til økonomi, bosituasjon og bekymringer fra barneverntjenesten.

Familien flyttet tilbake til hjemkommunen, og Lars ble overført til LAR-team ved et annet helseforetak. I forbindelse med overføringen stilte LAR i det nye helseforetaket spørsmål ved medikamentdosen han stod på, og mente den var for høy. LAR i helseforetaket som til da hadde fulgt han opp var enige i at dosen var høy, men mente den var tilpasset Lars' individuelle behov. Lars opplevde i denne overgangen å miste et behandlingsopplegg som fungerte for ham, og måtte forholde seg til ny LAR-praksis.

Lars ønsket behandling for psykiske plager og ble henvist til psykisk helsevern med mål om å komme i arbeid. Den første henvisningen ble avslått fordi LAR skulle ivareta den psykiske helsehjelpen. Etter en ny henvisning fikk han likevel tilbud om samtaler.

Da et nært familiemedlem døde, forskrev fastlegen benzodiazepiner til Lars. Han opplevde effekt av behandlingen og tok dette opp med psykologen. Psykologen vurderte benzodiazepiner som uforenlig med angstbehandling og kontaktet fastlegen, som deretter avsluttet forskrivningen. Etter dette ble Lars betydelig dårligere og falt ut av behandlingen, og kjøpte benzodiazepiner illegalt. Samtidig økte bekymringene rundt omsorgen for barnet, og barnevernet overtok etter hvert omsorgen.



Foto: Shutterstock

I årene som fulgte vekslet Lars mellom henvisninger til rusbehandling og psykisk helsevern. Flere henvisninger ble avslått, enten med henvisning til at han ikke oppfylte kravene til å få hjelp eller fordi han allerede var i behandling for rusmiddelavhengighet. Han møtte ikke til flere av tilbudene han fikk, eller skrev seg ut kort tid etter oppstart. Under den første innleggelsen i rusklinikk brukte tjenestene oppholdet i hovedsak til nedtrapping av benzodiazepiner og avslutning av angstdempende medikamenter. Lars skrev seg ut før videre behandling kom i gang. I etterkant utviklet han sterke abstinensplager som førte til sykehusinnleggelse. Fastlegen startet deretter behandling med angstdempende medikamenter på nytt, samtidig som Lars fortsatte med illegalt sidebruk.

Da helsetilstanden forverret seg ytterligere, ble Lars henvist til spesialisthelsetjenesten med mål om nedtrapping og basiskartlegging. Han opplevde nedtrappingen som uutholdelig og skrev seg ut dagen etter innleggelsen. Senere reduserte LAR dosen av LARmedisinen med henvisning til forsvarlighet og vedvarende sidebruk. Lars opplevde dette som en reaksjon på at han hadde vært åpen om rusinntaket sitt.

Basiskartlegging

Basiskartlegging er i denne sammenheng den innledende undersøkelsen av en pasients psykiske helse. Målet er å avklare symptomtrykk og funksjonsnivå for å avgjøre hva slags hjelp det er behov for. Prosessen danner grunnlaget for den videre behandlingsplanen.

I løpet av disse årene hadde Lars mange ulike behandlere i LAR og byttet fastlege flere ganger. Oppfølgingen var preget av uenighet om bruk av benzodiazepiner, dosering av LAR-medisin og strengere henteordninger. Han gikk fra ukentlige uttak til daglige utleveringer i hjemmet, utført av sykepleier fra hjemmetjenesten. Etter flere år fikk han innvilget stabiliserende benzodiazepinbehandling, under forutsetning av rene urinprøver. Dette beskriver han som livreddende, blant annet fordi det gjorde at han slapp å handle på det illegale markedet. Han strevde med selve gjennomføringen av prøvene og opplevde begrenset tilrettelegging i denne sammenheng.

Den fysiske helsen ble gradvis dårligere, med abstinenser, spasmer, kramper og perioder med lammelser. Lars fikk behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Til tross for ansvarsgruppe, individuell plan og støtte fra ruskonsulent beskrev han at relasjonen til tjenestene var preget av mistillit. Situasjonen var tidvis så konfliktfylt at han opptrådte truende, ble fjernet fra fastlegelister og politianmeldt. Ektefellen beskrev stor belastning og var bekymret for helsen hans.

Lars klaget forholdene inn for Pasient og brukerombudet og Statsforvalteren, uten at han opplevde noen vesentlig endring i situasjonen. Han sto over tid i et spenn mellom ønsket om å avslutte LAR-behandlingen og opplevelsen av at LAR var det som holdt ham i live.

De seks siste årene brukte Lars substitusjonslegemidlene metadon og levometadon. Han beskrev legemidlene som gift, og fortalte at han var plaget av abstinenssymptomer og flere bivirkninger som påvirket livskvaliteten negativt. Han ønsket derfor å bytte substitusjonslegemiddel fra metadonpreparat til unntaksmedikamentet Contalgin Uno, et langtidsvirkende morfinpreparat. Denne prosessen varte i 17 måneder, før han fikk innvilget bytte. I forbindelse med medikamentbyttet ble han lagt inn i institusjon. LAR-behandlerne vurderte først å starte med en svært lav dose, men endret dette underveis, noe Lars opplevde som positivt. Overgangen ble dermed gjennomført uten større problemer.

Han har nå daglige utleveringer og ukentlige kontrollprøver, en ordning som etter planen skal vare i ett år før den eventuelt kan endres. Dette opplever han som belastende, men beskriver det som en relativt «lav pris å betale». Han fortalte til Ukom at han opplevde å ha fått et nytt liv og ikke lenger hadde abstinensplager. Lars ser nå lysere på framtiden og har håp om å kunne arbeide videre med underliggende psykiske plager, som angst og mulig posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (13).

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en psykisk lidelse som kan oppstå etter at en person har vært utsatt for eller vært vitne til en alvorlig traumatisk hendelse, som vold, overgrep, ulykker eller krig.

Kjernesymptomer ved PTSD er:

- **Gjenopplevelse** av traumet (for eksempel flashbacks eller mareritt)
- **Unngåelse** av situasjoner eller tanker som minner om hendelsen
- **Vedvarende aktivering** (uro, årvåkenhet, søvnproblemer)

PTSD forekommer ofte sammen med andre psykiske lidelser og somatiske plager, og kan ha stor betydning for hvordan personer nyttiggjør seg helsehjelp og behandling (13).

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924