

PROSJEKTOPPGAVE

MEDISINSK PROFESJONSSTUDIUM

**”RUS OG
RUSMIDDELBEHANDLING
PÅ CUBA”**

SKREVET AV: ANNA BJØRDAL KOSTOPOULOS

Forord

Denne prosjektoppgaven bygger en bachelorpppgave jeg skrev i 2004 i forbindelse med en 3-årig Barnevernpedagogutdanning. Tittelen var ”Arbeid med unge rusmisbrukere i ruskollektiv”, i Norge. Jeg søker om at disse oppgavene vurderes samlet som prosjektoppgave i medisinsk profesjonsstudium.

I denne oppgaven ser jeg nærmere på utbredelsen av rusmisbruk og tilbudet i rusomsorgen. For å gi leseren et bedre forståelsesgrunnlag for Cuba, har jeg med et avsnitt om landets historie, politikk og kultur. Da jeg bruker data innhentet fra mine kilder, har jeg valgt å legge dette avsnittet etter metodeavsnittet.

Denne oppgaven er et resultat av en 6 ukers feltstudie på Cuba gjort vinteren 2009/2010.

Jeg ønsker å rette en stor takk til ambassadør Rogerio Santana Rodriguez og Dr. María Esther Ortiz for all hjelp. Videre ønsker jeg å takke det medisinske fakultet i Havanna, menneskene ved CEDRO, og alle de andre som velvillig stilte opp i arbeidet med denne oppgaven på Cuba.

En stor takk også til Yuliet Estrada Linares, som bidro med gode diskusjoner og oversettelse av spansk litteratur.

RUS OG RUSMIDDELBEHANDLING PÅ CUBA

- Prosjektoppgave, medisins profesjonsstudium

Abstract

This is a qualitative study that focuses on the extensiveness of alcohol- and drug abuse in Cuba, and the kinds of treatment that are available for the Cuban people. Furthermore it discusses if and how this subject can be interpreted by taking Cuba's history, politics, social structure and ideology into account. Prior to this study I have written an article on "Work with young addicts in therapeutic communities" in Norway, and I have worked with addicts in 2 therapeutic communities in Norway over the last 7 years.

I found many similarities between the organization of the healthcare in the two countries, and the ground principals and ideology between the Norwegian therapeutic communities and the Cuban healthcare. They both approach the addict with a sense of collectivism, but it differs in areas concerning the use of compulsory treatment, and the length of treatment. These and other similarities and differences are discussed.

The field study was conducted over a period of 6 weeks in Cuba in 2009/2010. It included several visits to different treatment facilities, and interviews with both health professionals and common citizens.

INNLEDNING

Oppgaven bygger på en feltstudie om rusproblematikken og rusomsorgen på Cuba. Jeg har tidligere beskrevet rusmiddelomsorgen for ungdom i kollektiv i Norge i en bacheloroppgave i barnevernpedagogikk fra 2004. Der la jeg vekt på å beskrive kollektivens faglige og historiske bakgrunn, og så nærmere på på hvilken måte den kollektivistiske tilnærmingen hadde en positiv effekt på arbeidet med unge rusmisbrukere. Jeg diskuterte videre det politiske bakteppet for dannelsen av kollektivene og hvilken plass de har i dag. I bacheloroppgaven argumenterte jeg for at en kollektivistisk tilnærming var av stor betydning for utfallet i behandlingen. Jeg har jobbet i rusmiddelomsorgen i Norge siden 2003 i 2 institusjoner som begge bruker fellesskap som metode. Arbeidet i disse institusjonene har vekket en personlig interesse for å se nærmere på de føringene en sosialistisk politikk og samfunnsstruktur er med på å legge på behandlingstilbudet som er tilgjengelig. Jeg ønsket å se nærmere på om dette kunne være trekk ved behandlingstilbudet også i andre land hvor sosialismen står sterkt.

I den sammenheng pekte Cuba, med sin kommunistiske statsform, seg ut som et land hvor det kunne være nærliggende å forvente å se igjen trekkene til den kollektivistiske tilnærmingen ruskollektive har, og dermed egne seg for å trekke paralleller.

Dette er bakgrunnen for at jeg i denne oppgaven ønsker å se på de historiske, politiske, ideologiske og sosiale bakgrunnsfaktorene til rusomsorgen på Cuba, og diskutere på hvilken måte disse har influert behandlingstilbudet.

Undervegs i arbeidet formet 3 problemstillinger seg:

- **Hvordan er omfanget og karakteren av rusmisbruket, og hvilket behandlingstilbud finnes på Cuba?**
- **På hvilken måte kan dette forstås lys av ideologi, politikk, historie og sosiale strukturer?**
- **Hvilke paralleller kan trekkes til de norske kollektivene?**

For å belyse disse problemstillingene vil jeg i diskusjonen forsøke å trekke paralleller til kollektivene i Norge og Sverige slik jeg har beskrevet det i bachelor-oppgaven.

METODE

I forbindelse med oppgaven gjorde jeg en feltstudie på Cuba som varte i ca 6 uker. Jeg fikk under oppholdet anledningen til å besøke flere helseinstitusjoner og intervjuet flere ansatte ved de ulike sentrene. I tillegg ble personer eg møtte under oppholdet viktige kilder til forståelse av kultur, samfunn og rusfeltet.

Jeg ønsket primært å studere terapeutiske samfunn opprettet for ungdom. Mine kilder var imidlertid tydelige på at disse sentrene ikke ville gi et dekkende bilde av forholdene. Kombinert med praktiske utfordringer i forhold til å få ordnet visum og tilgang til et av ungdomssentrene, besluttet jeg å se på tilbudet til voksne rusmisbrukere.

Før oppgavens oppstart kontaktet jeg den Cubaske ambassaden i Oslo. Ambassadøren satte meg i kontakt med det som skulle bli min veileder på Cuba, Dr. María Esther Ortiz.

I forkant av feltstudien søkte jeg i databasene MEDLINE og Cochrane for å finne bakgrunnsinformasjon om organiseringen av rusmiddelomsorgen på Cuba. Søkeordene jeg brukte var: ”therapeutic communities, addiction AND therapy, drug AND Cuba. Disse søkene resulterte ikke i noen funn. Jeg har således ikke funnet noe informasjon om dette temaet før jeg startet feltstudien og all informasjon bygger på data innhentet i løpet av feltstudien.

I en tid hvor rusfeltet i Norge opplever store endringer, både i forhold til den nye sykehusreformen og i forhold til rekruttering av nye faggrupper til feltet hadde det vært interessant å gjøre studier på konsekvensene i forhold til faglig plattform og grunnleggende verdier for arbeidet. Behandling i norske kollektiv og på Cuba bærer preg av langvarig behandling. I en tid hvor økonomiske rammer legger mye av premissene kan det tenkes at man vil se et skifte fra dette i de tilbud rusavhengige vil få i Norge.

Hovedvekten av informasjonsinnhenting har skjedd ved intervjuer, uformelle samtaler og observasjon. Intervjuene har vært semistrukturerte. Intervjuobjektene har ikke hatt anledning til å lese spørsmålene på forhånd.

Intervjuet med Dr. Ortiz, Dr. Heidi og Dr. Miriam har vært i form av en fokusgruppe.

Intervjuobjektene i offentlige stillinger har vært plukket ut av min cubanske veileder. Disse kildene har sentrale roller i CEDRO¹. Dr. Ortiz har en sentral rolle i det rusforebyggende arbeidet på Cuba, og er leder for dette arbeidet i CEDRO. Hun har

¹ Centro para el Desarrollo Académico sobre Drogodependencias de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (Academic Development Center on Addictions, University of Medical Sciences of Havana)

mange års erfaring innenfor rusfeltet og har et godt kjennskap til de ulike tilbudene i helsevesenet. Hun organiserte avtalene om intervjuer med Dr. Fabelo og Dr. Menéndez. Dr. Ricardo Gonzales Menendez (leder av den akademiske komite), Dr. Justo Reinaldo Fabelo (leder for forskningsdivisjonen i CEDRO). Dr. Menéndez har vært en den ledende personen innenfor dette feltet på Cuba de siste 40 år, og utgjør slik sett en viktig kilde til informasjon om både utbredelse og behandling. Han kunne i tillegg gi mye innsikt av feltet i et historisk og kulturelt perspektiv. Videre organiserte Dr. Ortiz besøket på på Departamento Tratamientos Especializados Psiquiatrico la Habana (heretter forkortet DET) hvor hun selv jobbet, og besøket til 2. linjetjenesten hvor jeg intervjuet Dr. Lourdes Sosa og Dr. Dionne Lej². Disse kildene arbeidet i 2., 3. og 4. linjetjenesten. Flere av dem hadde også tilknytning til de medisinske fakultet.

Dr. Maria Esthér Ortiz (leder for det forebyggende arbeidet i CEDRO). Med unntak av intervjuet med Dr. Ricardo Gonzales Menendez har intervjuene funnet sted med bruk av tolk, da undertegnende ikke snakker flytende spansk. De uformelle samtalene har vært på engelsk, og i kombinasjon med noe spansk.

Intervjuet med Dr. Justo Reinaldo Fabelo fant sted på ENSAP³. Skolen var også et studenthotell, og det var her flere av de uformelle samtalene med de ansatte i kantinen fant sted. Det var hovedsakelig én kvinnelig ansatt som ble kilde i mitt arbeid. Av hensyn til hennes ønske om anonymitet, vil hun referes til som "Rosa". Andre kilder har vært en mannlig student og en kvinnelig cubaner bosatt i Norge.

Intervjuene med Dr. Ortiz fant sted på ENSAP og DTE. Sistnevnte sted var også lokalisasjonen for fokusgruppen og seminaret som ble holdt om Cubas rusomsorg for en gruppe amerikanske psykologer som var der på studietur. Jeg fikk anledning til å høre på deler av fremlegget.

Intevjuet på Senteret for mental helse var ment å skulle være med den daglige lederen for senteret, Dr. Raúl G. Gil Sánchez, men dette ble endret i siste liten da han ikke hadde anledning til å stille opp. Jeg snakket i stedet med senterets psykiater og lege.

For å skape et mangfold i materialet ønsket jeg også å rekruttere personer som ikke hadde helsefaglig bakgrunn og som kunne representere "den jevne cubaner". Jeg ønsket med dette også å få et inntrykk av om tilbyder og mottaker av helsetjenestene hadde samme opplevelse av tilgjengelighet, kvalitet og forståelse av rusproblematikken som samfunnsfenomen.

Helsefagspersonalet hadde tilknytning til flere nivåer i helsetjenestene, utdannings - institusjoner og mangeårig erfaring innenfor undervisning og forebygging av rus. De andre kildene bidro til en forståelse av de cubanske samfunnet, og forståelsen av rusavhengighet ut i fra egne erfaringer, og var rekruttert ut i fra en opportunistisk tilnærning.

I programmet satt opp med Dr. Ortiz skulle jeg besøke et terapeutisk samfunn for ungdom. Grunnet problemer med å få studentvisum i tide, lot ikke dette seg ikke gjøre.

² Dr. Lourdes Sosa er psykiater. Hun hadde jobbet på klinikken i 2 år og totalt 25 år i rusomsorgen. Dr. Dionne Lej er lege i indremedisin og jobbet som familiedoktor i 12 år. Hun hadde jobbet ved denne klinikken i 1 år.

³ Escuela Nacional de Salud Pública (Den nasjonale skolen for folkehelse).

Bakgrunnsinformasjon om Cuba

Historie, økonomisk system

Forståelsen av det cubanske samfunn og helsevesenets oppbygning forutsetter en viss kjennskap til landets historie.

Cuba ble kolonisert for første gang av Spania i 1509, etter at Columbus oppdaget øyen i 1492. Siden har Stor-Britannia og USA hatt kontroll over øyen. Slaver ble importert fra Afrika for å drive sukkerproduksjonen.

Fra 1902 fikk Cuba begrenset status som egen republikk, men var sterkt influert av amerikanske interesser og var økonomisk sterkt knyttet til USA. 1959 var året Fidel Castro og Che Guevara inntok Havannas gater og revolusjonen var et faktum.

Før revolusjonen var Cuba et forlystelsesområdet for rike amerikanere. I motsetning til i USA var alkohol og kasinoer tillatt. Med amerikanerne kom biler og annet utstyr til øyen, samtidig som det ble bygget luksuriøse hoteller. Det var store skiller mellom rike og fattige, og amerikanernes livsstil stod i sterk kontrast til de fattige cubanernes liv. Etter revolusjonen i 1959 fikk Cuba, under Fidel Castros regi, et sosialistisk, og senere et kommunistisk styresett. Privat eiendomsrett ble avskaffet, og staten tok på seg ansvaret med å fordele mat og bolig. Gratis utdanning og helsevesen ble en prioritet. Det har ført til at Cuba har et en av de høyeste lege- og sykehusdekningsrater på den vestlige halvkule og den laveste forekomsten analfabetisme i Sør-Amerika. Cubas utdanning av helsepersonell har blitt en eksportvare til andre latinamerikanske stater i bytte mot import av varer. Landet hadde et nært samarbeid med Sovjetunionen, frem til denne unions oppløsning. Tidligere hadde landet fått subsidier svarende til ¼ av BNP fra Sovjet. Den økonomiske krisen dette satte Cuba i, er starten på det som beskrives som den ”Spesielle perioden”. (Store norske leksikon, <http://www.snl.no/Cuba/historie>).

Flere tiltak ble gjort for å bedre den økonomiske situasjonen. I 1993 ble dollaren tillat, og forbudet mot å være i besittelse av utenlands valuta for cubanerne ble opphevet. I 2004 ble det opprettet en ny valuta som skulle erstatte dollaren, Konvertible Pesos (CUC) som har lik verdi med amerikanske dollar. Det ble samtidig åpnet for turisme (www.wikipedia.org). De første 30 årene etter revolusjonen var landet under streng kontroll. Historisk sett har ikke Cuba hatt et stort narkotikaproblem, sammenlignet med naboland og land i vesten, i følge Dr. Fabelo. De strengt kontrollerte samfunnet, kombinert med mangel på valuta som lot seg vekse internasjonalt, hadde gjort landet til et mindre attraktivt mål for narkotikahandel.

Med turismen og ny valuta opplevde Cuba at landet nå ble et mer attraktivt marked for illegale rusmidler. Turistene sørget for etterspørsel av rusmidler, og siden det nå fantes internasjonal valuta oppsto et nytt marked for narkotikaomsetning i Karibia. Turistenes bruk av illegale rusmidler har gitt cubanere et skjevt bilde av konsekvensene ved rusmisbruk. Turistene kommer ofte fra gode vilkår vestlige land. De gjenspeiler sjelden tunge misbrukere fra hjemlandet, og deres bruk av rusmidler har hatt en smitteeffekt, fortalte Dr. Fabelo. Mange cubanere idealiserer vesten, noe man har sett av det store antallet personer som har reist, eller som har forsøkt å komme seg vekk fra Cuba.

Cubas beliggenhet mellom USA og Latin-Amerika gjør at landet ligger utsatt til. Importen av illegale rusmidler skjer hovedsakelig gjennom kuréerer eller ved at

narkotikaen slippes over bord av smuglerskip når de risikerer å bli tatt av kystvakten. Denne skyldes så i land på de cubanske strendene, hvor de tilbyr fattige mennesker en rask inntjening. Det er i hovedsak Havanna og Varadero som er markedet for salget av rusmidler. Dette er de områdene som har flest turister og som betegnes som finere strøk (Dr Fabelo, Dr. Menendez).

Sosiale strukturer

Flere kilder beskrev at ”Den spesielle perioden” førte med seg store sosiale problemer. Fattigdom var en realitet for mange, brutte familiebånd, økt skilsmissestatistikk og flere enslige mødre. I denne tiden ble matrasjonene svært magre og Dr. Ortiz fortalte at hennes dagsrasjon for familien på 3 personer, kunne være 3 hveteboller og litt ris. For å holde folks mot oppe i denne vanskelige tiden, ble Rom inkludert i matrasjonene frem til slutten av 90-tallet.

Staten kunne ikke dekke behovet for nye boliger, og mange måtte bo sammen med mange slektninger i samme leilighet. Dette ble brukt som én forklaringsmodell på den økte skilsmissestatistikken av flere av mine kilder. De vanskelige sosiale og økonomiske forholdene var med på å legge til rette for et økt inntak av alkohol, og forverret familiesituasjonen betraktelig for mange.

Gjennom samtaler med cubanere og fra Bye og Hoel (2009) får man et inntrykk av at Cuba er et samfunn preget av en macho og paternalistisk kultur. Kjønnssrollene er mer tradisjonelle enn de er i Norge i dag. Mannen er forsørgeren og familiens overhode. Kvinnens rolle er mer underordnet mannens, og hennes hovedoppgave er å være limet innad i familien. Dette presenteres også som en av grunnene til at det å være kvinnelige alkoholikere er mer skambelagt. Når kvinnen ”forsømmer” sine plikter som lim i familien, får hennes rusmisbruk større konsekvenser for familien enn det mannens misbruk gjør. En av kildene mine beskrev at det ble oppfattet som et mye større svik mot familien, fordi familien som enhet var mer avhengige av kvinnen. Dette ble av Dr. Ortiz satt i sammenheng med at frafallet i behandlingen var større blant kvinner enn.

Det cubanske samfunnets struktur ble av flere kilder betegnet som ”en omvendt pyramide”. Den tradisjonelle inndelingen hvor arbeiderne med lav utdanning utgjør bunnen, og personer med høy utdanning utgjør toppen, er snudd på hodet. I dag ser man at de som arbeider med turismen i landet, er de som tjener mest. De utgjør ikke en sosiale elite, men de har større tilgang på goder fordi de har lettere tilgang på CUC.⁴ En taxisjåfør tjener for eksempel mer enn en professor eller lege gjør⁵. Dette forklares av Dr. Fabelo med driksen de får av turistene. 1 CUC tilsvarer ca 6 kroner, og utgjør en liten sum penger for de fleste turister. Dermed kan taxisjåførene opparbeide ½-1 ekstra månedslønn i løpet av en måned kun ved 1 CUC i driks per dag, i tillegg til faste priser. De to valutaene i landet gjenspeiles også i prisene. Det er helt vanlig at for eksempel mat, inngang til teatre og utesteder og lignende har 2 priser; én for turister og én for cubanere. Cubanske pesos er vanskeligere tilgjengelig for turister, og de nektes ofte å handle med

⁴ Det er i følge Dr. Fabelo også en viktig forklaring på tilgangen til rusmidler, og Dr Menéndez beskriver at det blant mennesker fra disse sosiale lag man finner flest rusmisbrukere.

⁵ Gjennomsnittlig lønn for lege eller professor er 20-30 CUC pr måned.

valutaen. Dette opprettholder de to prisene, og de som jobber opp i mot turistene får tilgang på mer penger. Bye og Hoel (2009) forteller om et system hvor kun de cubanerne som arbeider med turistene har tilgang til hoteller og andre områder som er beregnet på turister. Andre cubanere har ikke adgang. De beskriver dette som en innføring av ”Apartheid i eget land” (ibid).

Samfunnet er strengt regulert. Det høy grad av kontroll. Dette viser seg gjennom hyppige kontroller og strenge straffer for lovbrudd. En av kildene mine fortalte at negative offentlige uttalelser om personer i offentlige stillinger kunne gi 4 års fengsel, mens uttalelser som ble oppfattet som antirevolusjonære, kunne gi opptil 20 års fengsel. Hvert nabolag har en CDR-president (*Comités de Defensa de la Revolución*, Committees for the Defense of the Revolution). Disse har i oppgave å samle inn informasjon om alle beboernes aktiviteter i personafiler og rapportere tilbake til myndighetene. Forsvarerne av dette systemet hevder at de på denne måten forhindrer kriminalitet og at de også er ledere for lokale helsetiltak, slik som vaksinerings, og utdanningstiltak. Det er i tillegg ment som et hjelpemiddel for å forhindre ”anti-revolusjonær aktivitet”. Kritikerne hevder på sin side at dette er et system for overvåkning på mikronivå og at det er et grovt brudd på menneskerettighetene. Systemet kalles også ” revolusjonens øyne og ører” (wikipedia.org). Som et av mine intervjuobjekter sa det: ”If three men are gathered, in the intent to make a shady deal, you can be sure that at least one of the men will be a government official going undercover”.

RESULTAT

Rusmidler og misbruk

Dr. Fabelo og Dr. Menendez beskrev at den Cubanske tilnærmingen til avhengighet er basert på en syn hvor alle rusmidler sees under ett, men man deler de inn i 2 hovedkategorier; harde og myke stoffer. Alt fra koffein og nikotin til alkohol, hasj, kokain og opiater. Alkohol og tobakk har et mye bedre fotfeste i den cubanske kulturen sammenlignet med de andre stoffene.

Av illegale rusmidler er det i hovedsak marihuana og kokain som brukes. Det har blitt funnet noen små hasjplantasjer i den østre delen av øyen, men disse bidrar i liten grad til den totale mengden illegale rusmidler på Cuba. Dr. Menendez fremhever at alkohol det dominerende rusmiddelet og fungerer som inngangsport til illegale rusmidler. Det foregår utbredt brygging av egen sprit, da den kommersielle er svært dyr for den jevne cubaner (ca 20 ganger dyrere).

Prisen for en brukerdose hasj er ca 10 CUC. En gjennomsnittlig månedslønn for den jevne cubaner er som nevnt 20-30 CUC. Prisen på narkotika som kommer inn til landet via strendene, er dog betydelig billigere. Misbruk av lim og bensin er ikke et kjent fenomen, men i østlige deler av landet ser man misbruk av en sopp – ”Hvit/lilla bjelle”. Man har den senere tiden også sett en økning av misbruk av legeforskrevne medikamenter, selv om det fremkommer av Dr.Menendez sitt materiale at dette på nåværende tidspunkt er et relativt lite problem sammenlignet med alkohol og illegal rus. I et forsøk på å begrense misbruket av medikamenter har de innført et kontrollsystem, hvor apotekene registrerer hvem som henter ut resepter på spesifikke medikamenter og kommuniserer dette til andre apotek. Hvis man ser et høyt forbruk rapporteres dette

videre til andre helsemyndigheter.

Alle kildene mine var samstemte i at den største utfordringen Cuba står ovenfor, fortsatt er alkohol. Bruk av hasj og kokain er ikke akseptert i samfunnet, og brukere av disse stoffene opplever i mye større grad enn den alkoholiserte å bli utestengt fra sosiale arenaer.

Det anslås at 4% av den cubanske befolkningen over 15 år, er alkoholikere, mens 10% er ”risk drinkers”. Distinksjonen gjøres mellom skadelig alkoholinntak og alkoholavhengighet. Til sammen utgjør denne gruppen 1.150 000 mennesker. Antallet misbrukere av illegale stoffer er ikke angitt i tall, men anslås til å være lavt. (Menéndez, 2010).

Alkoholisme er fortsatt et tabubelagt tema for folk. Det er utbredt alkoholkonsum i det offentlige rom utenfor serveringsstedene. Dette er mye mer utbredt på Cuba enn andre land i regionen, opplyser Dr. Menéndez. Det har etter det jeg fikk oppgitt, ikke blitt utført noen studier som har sett på grunnene til dette.

Én forklaringsmodell Dr. Menéndez visert til, er at cubanere flest ikke har råd til å spise/drikke på utesteder, og at mange av de sosiale arenaene flyttes til gatene og andre samlingssteder. Dette var tydelig også for meg. Malecón er Havannas paradegate og følger kystlinjen i 8km. På dagtid er det en kommunikasjonsåre mellom gamlebyen, Habana Vieja, og det nyere businessområdet Vedado. Den er populær for turgåere, fiskere, ungdommer som bader og turister. På kvelden blir den et samlingspunkt for cubanere som samles for å høre musikk, danse og drikke alkohol.

Dr. Fabelo fremhevet at ev av de største utfordringene i det forebyggende arbeidet, er at alkoholisme generelt ikke anses som et problem i befolkningen. Den alkoholiserte blir sett ned på og gjort narr av, men det utløser ikke nødvendigvis initiativ til å få vedkommende i behandling for et problem. Jenter lærer å ”drikke kontrollert” i hjemmet, slik det også beskrives også av Bye og Hoel (2009). Det vil si at de skal kunne begrense alkoholinntak og ikke bli sterkt beruset. Gutter og menn kan godt drikke større mengder alkohol ute at det medfører de sammen sosiale sanksjonene. Dobbelstandard gjenspeiles også i behandling av kvinnelige alkoholikere. Disse blir oftere avvist av familiene og de ønsker ikke å ha kontakt med dem mens de er i behandling. Dette gjenspeiles i frafallet av kvinner i behandlingen. Det ansees som et større skam å være i familie med de kvinnelige rusavhengige. Dette fremkom under intervjuet med Dr. Ortiz, men har blitt bekreftet også av andre kilder. Mannen anses som familiens overhodet og ansikt utad, mens kvinnen er ”limet” i familien og familien som enhet er mer avhengig av henne. Som en av kildene mine beskrev det: ”At mannen er alkoholiker er ikke bra, men så lenge kvinnen styrer hjemme, holdes familien samlet. Hvis kvinnen er alkoholiker, er konsekvensene at hele familien går i oppløsning, og det er mye verre”.

Helsevesenets oppbygning

Jeg fikk anledning til å oppsøke et kommunalt helsesenter for mental helse i gamlebyen i Havanna, ”Centro Comunitario de Salud Mental”, hvor jeg intervjuet en lege og en psykiater om den daglige driften. Den informasjonen jeg fikk av dem er i overensstemmelse med artikkelen ”Tornar a la vida”, et intervju med Dr. Ricardo

Menendez i ”Bohemia”, som omhandler organiseringen av behandlingstilbudet i rusomsorgen, og resultatet av mitt eget intervju med ham.

Organisering av det offentlige helsetilbudet ligner det norske systemet. Det er inndelt i flere nivåer med ulik grad av spesialisering.

På politisk nivå er det organisert i et Helsedepartement (el Ministerio de Salud Pública) med egen helseminister (www.wikipedia.org). I departementet er det en egen gruppe som arbeider spesifikt med psykisk helse og avhengighet (Grupo Operativo de Salud Mental y Adicciones (GOSMA)).

Det skiller seg dog ved at det ikke betales noen egenandel for konsultasjonene.

1.linjen består av kommunale helsesentre. Her jobber familiedoktor, tannlege, sykepleier, helseteknikker og psykolog i team. Dette er vanligvis første kontaktpunkt for en rusavhengig eller dennes pårørende som ønsker hjelp. Behandlingen baseres på en helhetlig tilnærming. I den akutte fase behandler man eventuelle abstinenser og delir etter klassisk skolemedisinske prinsipper. I disse tilfellene er det også mulig å oppsøke psykiatrisk avdeling på sykehusene (Hospital del Día) på dagtid eller akuttmedisinsk legevakt.

Senere i forløpet er homeopati og psykoterapi de viktigste bestanddelene. Behandlingen er primært poliklinisk på helsesenteret, men de har også noe oppsøkende virksomhet hvis familien ikke får motivert den rusavhengige til å oppsøke helsesenteret.

Dersom behandling på helsesentrene ikke er tilstrekkelig kan man henvise pasient til en spesialistpoliklinikk.

Skulle den rusavhengige eller familien være ukomfortabel med å ta kontakt med familiedoktoren med et rusrelatert problem, kan man ringe en anonym hjelpetelefon eller oppsøke 2.linjetjenesten direkte. I tillegg finnes det grupper for Anonyme Alkoholikere, og Anonyme Narkomane.

2.linjetjenesten består av kommunale psykiatriske helsesentre som arbeider kun med rus og psykiatri. De har åpen på dagtid aller dager unntatt søndager. Behandlingen er poliklinisk. Pasientene er voksne. De beskriver at de fleste pasientene er relativt unge⁶, og kjennetegnes av å komme fra dysfunksjonelle familier som ofte hadde økonomiske problemer. Andre risikofaktorer er familiemedlemmer med alkoholproblemer og det å vokse opp med alenemødre. Videre har de ofte adferdsproblemer og hadde hatt vansker på skolen.

Behandlingen her baserer seg på psykoterapeutiske samtaler, i grupper eller individuelt ca 1-2 ganger pr uke. De kan også gå hjemmebesøk. Familieterapi tilys på senteret og hjemme hos pasientene. Behandlingstiden er ca 1 år. Etter dette kommer pasientene til oppfølgingssamtaler 2 ganger i året. Gruppene er åpne og det kommer vanligvis ca 10-12 personer. Psykiater, toksikolog, familiedoktor og sykepleier deltar alle i gruppene. Tema i gruppene samsvarer med de som blir nevnt i avsnittet under.

Regler for deltakelse er: møteplikt, normal bekledning, respekt for de andre, ikke bruk av vold og et krav om å ikke være ruspåvirket.

Dr. Sosa oppgir at de har 100 pasienter ved senteret og en behandlingssuksessrate på ca

⁶ Denne klinikken tar kun imot personer over 18 år. Yngre pasienter henvises til spesialiserte ungdomspsykiatriske klinikker.

25%. I de tilfellene man ikke klarer å nå pasienten med behandlingen, kan de henvises videre til 3.linjetjenesten.

3.linjetjenesten

Departemento Tratamientos Especializados Psiquiatrico la Habana (DTE) er en poliklinisk avdeling som organisatorisk ligger under det psykiatriske sykehuset i Havanna, ”Dr. Comandante Bernabe Ordaz”. Her finnes blant annet divisjoner innenfor nevrologi, sexologi og stress i tillegg til avhengighet.

Det er et nasjonalt resurssenter for poliklinikkene i 2.linjetjenesten. Her arbeider noen av landets fremste spesialister som tar imot utvalgte pasienter. Ved 2 anledninger besøkte jeg denne klinikken og fikk mulighet til å se fasilitetene og intervjuet ansatte. Psykologene María Esther Ortiz, Dr Heidi og Dr Miriam fortalte om klinikkens oppgaver, pasienter, opptakskrav med mer.

Før inntak vurderes pasientens behandlingsmotivasjon, mentale helse, familiesituasjon, skole/arbeidssituasjon, personlighet, seksualitet, preferanser for ulike rusmidler og avhengighetshistorie. Basert på kunnskap om disse temaene tas det en avgjørelse på om pasienten skal få et tilbud, og eventuelt *hvilket* tilbud som tilbys.

Det finnes også terapigrupper for pårørende en gang i måneden.

Pasientene deles inn etter avhengighet til alkohol eller narkotika. Disse 2 gruppene holdes strengt adskilt, grunnet frykt for at alkoholikere skal ”lære” om andre rusmidler. En blandingsmisbruker får eventuelt plass i gruppen for illegale rusmidler. Det er også muligheter for individuell terapi, og noen tilbys begge deler. Det finnes 8 ulike grupper og mer enn 100 pasienter som kommer til senteret på månedlig basis, i følge Dr Heidi. Noen av gruppene er kun for kvinner, og utgjør det eneste kjønnsdifferensierte tilbudet i landet. Denne gruppen ble ledet av Dr. Heidi. Gruppen med alkoholikere kjønnsblandet gruppe ble ledet av Dr. Miriam. Dr. Ortiz leder gruppene for misbruk av illegale rusmidler. Gruppene møtes 1-2 ganger per uke i ca 1-1,5 time. Temaene som diskuteres velges demokratisk fra gang til gang. Det er dog noen temaer man ønsker å ha vært innom;

- Ulike aspekter ved sykdommen, inkludert selve sykdomsforståelsen
- Legalt/illegalt aspekt, inkludert kriminalitet
- Aksept av rusproblemet/avhengighet
- Bakdører og risikofaktorer for tilbakefall
- Tillitsproblematikk knyttet til nære relasjoner
- Ønsket om å kunne skru tilbake tiden og kunne ruse seg med måte
- Varig endring og sårbahet
- Hvordan forhindre tilbakefall

Klinikken og gruppene kalles ”The shelter” av brukerne. Det gjenspeiler i følge Dr. Ortiz deres tilknytning til stedet og medpasientene. Vanlig behandlingstid er 1-1.5 år, men det finnes ingen øvre tidsbegrensning. Den pasienten med lengste terapivarighet var der fremdeles, 10 år etter første inntak.

Demokrati i gruppen er et viktig prinsipp. Det er ikke terapeuten som skal bestemme, men han/hun vil kunne legge føringer. Opptak av nye medlemmer diskuteres i plenum i

gruppen. Dr. Ortiz kunne fortelle at det er svært sjelden at gruppen nekter å ta inn nye medlemmer. Terapeuten har dog her et siste ord, hvis de mener personen ikke passer inn i gruppen eller hvis de vil være en negativ bidragsyter. Tidligere pasienter som har fullført behandling ved senteret og som er rusfrie brukes til tider som co-terapeuter.

4.linjetjenesten

Når behovet for hjelp til rehabilitering går utover de polikliniske rammene fra de første 3 nivåene, er det mulig å bli lagt inn på avdeling for avhengighet (*Rogelio Paredes Careaga*) på det psykiatriske sykehuset i Havanna (*Hospital Psiquiatrico de la Habana*). Den daglige rutinen består av:

- 1 times morgenmøte, hvorav 10 minutter gjelder praktiske spørsmål.
- Informasjon om møtet kvelden i forveien, tema og deltakere
- Alle reiser seg så opp og sier navnet sitt, slik at alle kan relatere seg til ansiktet, stemmen og personen
- "Behaviour passes" deles ut. Dette er et belønningssystem hvor ønsket adferd premieres med mulighet for forlenget permisjon med én dag i helgene.
- Diskusjon rundt et utdrag av Jose Martí's tekster. De er ment å skulle gi håp, forståelse og mening. De tar opp temaer som tilbakefall til rus, konsekvenser for familiene, fordelene ved en rusfri tilværelse og hvordan fremtiden som rusfri vil være
- Terapeut konkluderer diskusjon
- Leser et tema fra en bok. De følger en 45-dagers plan over temaer som så gjentas
- Gruppen leser opp en ed i forhold til rusfrihet
- Avslapningsøvelser i gruppe
- "Chain of solidarity", hvor gruppedeltakerne holder hender og ber en bønn, slik det gjøres i Anonyme Alkoholikere.

Gruppeterapien bygger på prinsipper om interpersonlig læring, speiling i møte med andre mennesker og identifikasjon gjennom andres erfaringer. Narrative projeksjoner blir brukt for å bevisstgjøre pasientene om egne rusepisoder og følelser knyttet til dem.

Samhold, solidaritet og altruisme verdier som fremheves av Dr. Ortiz og Dr. Menéndez som viktige elementer.

Dr. Menendez er lederen for denne avdelingen. I artikkelen "Tornar a la vida" kommer det frem at avdelingen i oppstarten kun tok i mot pasienter fra andre land, og da kun med alkoholproblemer. I den senere tid er det åpnet for cubanere og for mennesker med avhengighet til medikamenter og illegale rusmidler også. Belegget er 100 sengeplasser fordelt på to saler; én for menn og én for menn. Behovet er dog vesentlig mindre i følge Dr. Menéndez.

Både på sykehuset og på DTE har de daglige opplesninger av verkene til José Martí. Han ansees som Cubas landsfader og var forfatter, filosof, tenker og president. Han var en stor pådriver bak kampen for uavhengighet fra spanjolene og har stor respekt blant cubanere i dag. I terapien tillegges også andre aktiviteter stor vekt. Mulighet til å koble av med lek, spill, dans, teater, sport, håndverk, turer til parker og botaniske hager spiller viktige roller

i å introdusere den avhengige tilbake til samfunnets gleder. På den måten skal man også lære seg å ta inn nye stimuli og lære mer om kultur. Disse aktivitetene er med på å gi rammer for sosialt endringsarbeid, som fremheves av Dr. Ortiz som en grunnpilar i arbeidet med rehabiliteringen.

Alle kildene fra CEDRO fremholdt behandlingstilbudene var lett tilgjengelige for alle. ”Rosa” fortalte at dette ikke var hennes opplevelse. Hun hadde en alkoholiker i nærmeste familie, og hun opplevde det som svært vanskelig å få hjelp. Det var flere grunner til dette. Hun opplevde at familiedoktoren ikke tok situasjonen på alvor, og at de lukket øynene for problemet så lenge pasienten selv ikke ønsket behandling. Da det først ble aktuelt med behandling, ble det i følge henne, krevd at minst én pårørende måtte være tilstedet til enhver tid under hele oppholdet på sykehus, fordi sykehuset ikke hadde resurser til å kontinuerlig følge pasientene. I tillegg måtte de pårørende stille med mat og dopapir til pasienten.

Andre kilder la vekt på at familiebandene er veldig sterke blant cubanere og at det var helt naturlig at familiemedlemmer var med dem under behandlingsprosessen.

Cuba er også internasjonalt anerkjent for sine rusrehabiliteringsklinikker som tilbyr plass til velstående utlendinger. Dr. Menéndez forteller at det finnes 4 internasjonale sentre som har ca 30 sengeplasser hver. Disse koster 5000\$/mnd og hver pasient har 5-6 ansatte som kun skal ta seg av deres behandling og behov.

Ideologi og filosofi i arbeidet

Alle kildene fra CEDRO fremholder at all behandlingen er basert på frivillighet, og pasienten kan be om å bli utskrevet på ethvert tidspunkt. Holdningen er at det uten eget ønske om tilhelning er liten/minimal sjanse for behandlingssuksess. Dette gjelder alle nivåer i behandlingen.

De eneste unntakene er dersom du blir arrestert for en kriminell handling eller blir diagnostisert med dobbeldiagnose (rus og psykiatri). I den første gruppen får personen valget mellom fengsel eller behandling. Dette beskrives av flere intervjuobjekter som en type ”frivillig tvang”. I den siste gruppen gjelder at legen har innflytelse på når pasienten skrives ut og at familien, men ikke pasienten selv, kan be om at han/hun blir utskrevet. Forståelsen av rusproblematikken baserer seg på en multifaktoriell tilnærming. Det er spesielt fire faktorer som fremheves;

- a) sosiokulturelle faktorer (tradisjoner, vaner, holdninger til alkohol, drikkemønster)
- b) Unnvikelse (fra makro- eller mikrososiale konflikter)
- c) Symptomatiske (vurdert som sekundær alkoholisme)
- d) Predisposisjon (individer fra familier med observert økt toleranse fra første alkoholinntak.

Den siste faktoren vektlegges i mindre grad (Menéndez,1998).

I møtet med den avhengige er det viktig å vise aksept av og respekt for pasienten. Medfølelse, teamarbeid i tverrfaglige grupper og humanisme er grunnpilarer i arbeidet. Flere av kildene fremhevet betydningen av at alle som var i kontakt med pasientene, det

være seg vaskehjelpen, studenten eller overlegen, var viktige rollemodeller og delaktige i behandlingen ut i fra et solidaritetsperspektiv. Målet var å reintegrere pasientene til samfunnet. I den sammenheng spilte alle menneskene de kom i kontakt med viktige roller, enten de var profesjonelle hjelpere eller ikke.

Dr. Menendez og Dr. Ortiz understreket at de profesjonelle måtte gå inn i hjelperelasjonen med et ønske om å hjelpe, uten å forvente noe i retur. Tilfredsstillelsen ville komme fra det å ha bidratt positivt i en persons liv. Denne innsatsen ville være et tilskudd til det arbeidet pasienten, dennes familie og venner og andre hjelpegrupper hadde gjort.

Spiritualitet er et annet begrep som ofte ble brukt for å beskrive verdier som lå til grunn. Dr. Menendez definerte det som evne til ”compation and involvement”, og begge deler måtte være tilstede i en ”osmotisk relasjon”. Denne relasjonen preges av at behandler møter pasienten med en holdning om respekt og likeverd, og ser at man selv har mye å lære av pasienten.

På spørsmål om den sosialistiske styreformens kan forklare verdigrunlaget i behandlingen svarer Dr. Menéndez:

”Det sosialistiske samfunnet kan ikke forklare verdiene som ligger bak måten vi tilnærmer oss dette fagfeltet, men det er kanskje mer tilgjengelig i en slik kultur fordi strukturen er der. Fri helsehjelp er en viktig premissleverandør i denne strukturen.”

Forebyggende arbeid

Dr. Ortiz har ansvaret for det rusforebyggende arbeidet som ledes av CEDRO. Hun har et TV-program som sendes ukentlig hvor hun underviser om rus, avhengighet og konsekvensene av dette på landsdekkende TV.

Undervisning om rus og avhengighet er obligatorisk på alle studier som ligger under det medisinske fakultet ved universitetet i Havanna.

Hun er også leder for et prosjekt som gir undervisning om rus, avhengighet og kriminalitet til innsatte i et fengsel i Oranjo, en forstad til Havanna.

Hun fremholder, sammen med Dr. Menéndez at folkeopplysning er en helt essensiell tilnærming til forebygging av dette problemet i samfunnet. Som tidligere nevnt står man overfor en stor utfordring når det gjelder endring av holdninger i samfunnet knyttet til bruk av tobakk og alkohol.

Tilgjengelighet er en faktor som fremheves av flere kilder. Det selges alkohol på grønnsaksmarkeder, i matbutikker, i kiosker og på gata og den drikkes i det offentlige rom. ”Det er lettere å få ta i en kald øl, enn en kald brus” (Dr. Fabelo).

Grensen for tillatt kjøp av alkohol er 18 år, men dette holdes sjelden. I motsetning til andre land som senker mengden alkohol i øl, øker produsentene på Cuba alkoholmengden, og det reklameres fritt for produktene på lastebiler og plakater. (”Tornar a la vida”, 2011). CEDRO arbeider opp i mot statlige organer for å få til en bedre regulering av salg og markedsføring.

DISKUSJON

Metode

I denne oppgaven har jeg forsøkt å danne et bilde av hvordan omfanget av rusmisbruket og behandlingstilbudet er på Cuba. Forsøket på å sette dette inn i et sosialt, kulturelt og politisk bilde har gjort kvalitative studier til et naturlig valg av metode. Da det i forkant av feltstudien var veldig vanskelig å oppdrive informasjon om temaet i engelsk litteratur, ble det nødvendig å innhente all informasjonen om dette først da jeg ankom Cuba. Dette vanskeliggjorde en del av arbeidet, og det ga liten mulighet til å kontrollere opplysningene jeg innhentet ved intervjuer med andre, skriftlige kilder i forkant av feltstudien. Resultatet av dette var at jeg heller ikke fikk konfrontert kildene om eventuelle avvik.

Valget av kilder var i stor grad avhengig av min cubanske veileder.

Det løper en risiko for at man ikke å klare å inkludere kritiske røster til systemet, når et av intervjuobjektene spiller en så viktig rolle i utvelgelsen av kildene. Dette vil nok kunne sies å være spesielt gjeldende i et land som Cuba, med sterke føringer fra staten og begrenset ytringsfrihet. Cuba fremhever, både nasjonalt og internasjonalt, helsevesenet som et av sine største suksesshistorier. Det vil dermed kunne være i landets interesse å fremstå i et best mulig lys. Det må dog understrekes at kontakten med Dr. Ortiz har vært avgjørende for å komme i posisjon til de kildene jeg har hatt kontakt med som har lang og bred erfaring fra feltet.

Samtidig har de andre kildene ikke vært knyttet til noen offentlig posisjon, og således kunne tilby en motvekt. Totalt har 10 kilder bidratt i betydelig grad til denne studien. Andre personer jeg traff har bidratt til et helhetsinntrykk, men har ikke blitt inkludert spesifikt i utformingen.

Kildene representerte et strategisk utvalg med tanke på denne oppgavens problemstilling slik det beskrives i Malterud (Malterud, K., kap. 4, 2003).

Slik Malterud fremhever er det i kvalitativ forskning et poeng at utvalget har potensial til å belyse problemstillingen man ønsker å se nærmere på, mer enn at det er et gjennomsnittlig utvalg av befolkningsgrupper. Dette skal bidra til at undersøkelsens interne validitet blir styrket.

En kritikk til arbeidet vil kunne være mangelen av informasjonsinnhenting fra pasienter i rusomsorgen. Disse kunne ha gitt et førstehåndsinformasjon om forholdene ved fasilitetene og behandlingstilbudet. En tettere kontakt med kontaktpersoner på Cuba i forkant av feltstudiene hadde nok gjort det lettere å planlegge programmet og prioritere et møtet med pasientene.

Landets strengt kontrollerte samfunn har gjort informasjonsinnhenting til en utfordring. Min rolle som student og tema for oppgaven var kjent for mine kilder. Åpenhet om rollen og intensjonen gjorde det mulig å stille konkrete og direkte spørsmål, uten at det ble oppfattet som urimelig nærgående. Samtidig er dette et tema som langt på vei preges av tabuer, og de sosiale forskjellene i forhold til hva som kunne diskuteres åpent og ikke gjorde dette tidvis til et utfordrende prosjekt. Flere av intervjuobjektene ga uttrykk for at det ikke er vanlig å diskutere temaer med politisk ladning. Begrenset ytringsfrihet legger

naturlig nok føringer på hva folk kan diskutere i offentlige rom. Ved flere anledninger var den spontane reaksjonen til de jeg snakket med å snu seg rundt for å se hvem som befant seg i nærheten, før de besvarte spørsmål.

Bruk av tolk bød på flere utfordringer. Spontaniteten i konversasjonen gikk delvis tapt, og noen garanti for at alt innholdet i sin helhet ble oversatt korrekt var ikke mulig å oppnå.

Oppgavens rammer har medført naturlige begrensninger i oppgavens omfang og mulighet til å dyptgående studier. Temaet for denne oppgaven har et potensial for langt mer omfattende undersøkelser av den cubanske kultur og rusbehandling, og hvilke faktorer som er med på å legge føringene for den. Et større prosjekt ville ha tillatt lengre periode på Cuba og gitt en bedre forutsetning for å lære språket. På den måten kunne man ha innhentet informasjon uten tolk og i friere sosiale settinger. Dette ville trolig ha gitt forfatteren en dypere forståelse og et bedre utgangspunkt for diskusjonen.

Resultat

Feltstudiens egentlige målsetning om å studere ungdomsinstitusjoner, ble av overnevnte grunner ikke mulig. Dermed vil jeg i diskusjonen sammenligne det polikliniske tilbudet med de norske kollektivene. Dette byr naturlig nok på noen utfordringer, da det er åpenbare forskjeller i arbeidsmetode og omfang av tilbud. De kollektivene jeg referer til i bacheloroppgaven bruker medleverskap som metode⁷ og brukerne er i tillegg klart yngre enn de cubanske i denne oppgaven. Mange av de ungdommene som bor på kollektiv, er der som et resultat av tvangsvedtak som også representerer et klart skille. Jeg vil allikevel forsøke å sette dette i sammenheng og trekke noen paralleller.

Det er i hovedsak alkohol, og ikke illegale midler som brukes på Cuba. Den åpenlyse bruken av alkohol i det offentlige rom, skiller seg fra norsk kultur, og regelverket som regulerer salg, reklame og servering av mindreårige er håndhevet på en mer liberal måte. Definisjonen av et rusproblem kan nok også sies å være mer liberal på Cuba.

Deler av tankegodset som preger norske rusomsorg finner man igjen i behandlingsopplegget på Cuba. Et gratis offentlig helsetilbud kan forstås i lys av et solidarisk ideal; at alle, uansett bakgrunn, skal ha rett på de samme livsviktige tjenestene. Eksempelet om brukeren som hadde vært tilknyttet DTE i 10 år kan også tolkes som et uttrykk for en slik solidaritet. Likheter er et viktig sosialistisk prinsipp, og dette har dannet et viktig bakgrunnstykke i det kommunistiske landet. Staten styres etter planøkonomiske prinsipper og skal forvalte alle samfunnets goder, slik at fordelingen etter teorien blir lik og rettferdig.

I et land som forfekter disse verdiene kan det oppleves som et paradoks at det har behandlingsinstitusjoner forbeholdt rike⁸, som holder et helt annet materialistisk nivå enn det det offentlige tilbyr den jevne cubaner. Bilder fra internett (<http://www.cuba.cu/PRADERA/>) viser topp moderne fasiliteter som byr på alt fra

⁷ Medlevere bor og arbeider i lengre perioder på kollektivene, før de har en friperiode.

⁸ I praksis betyr dette utlendinger.

basseng, treningssaler, konferansesaler til spaavdelinger. De står i skarp kontrast til det jeg selv kunne observere på DTE og på det psykiatriske sykehuset i Havanna, hvor jeg ble fortalt at det ikke var midler til å bytte ut knuste ruter eller kjøpe inn nye nye stoler. Det sparsommelig møblerte rommet bestod av slitte og delvis ødelagte gjenstander. På DTE var all journalføring skrevet for hånd, da de ikke hadde midler til å kjøpe en datamaskin. Idealet om likhet som er en grunnpilar i den marxistiske filosofien, ble også utfordret da jeg fikk vite at deler av de ansatte i statsforvaltningen, ambassader og ”andre viktige personer fikk forhåndsbestille blant importvarer som mat, drikke, klær og utstyr.

Etter de økonomiske nedgangstidene har befolkningen måttet tåle mange påkjenninger, både sosiale og økonomiske. Alle kildene mine fremhevet ”Den spesielle perioden” i sin forklaring på landets forfatning hva angår sosiale og økonomiske utfordringer. Det er allikevel noe uenighet mellom kildene i forhold til hvorvidt man kan gå så langt som å si at det førte til et ”tap av verdier” som én av mine informanter hevdet.

Krisen la press på staten for å bedre den økonomiske situasjonen, og dermed åpnet den for turisme. Det synes rimelig å anta at dette har spilt en rolle i forhold til innføring av illegale rusmidler. Cubas politikk spiller således en rolle i forståelsen av denne delen av rusfeltet. Dette er dog et relativt lite problem på Cuba sammenlignet med andre land i regionen, og det forklarer ikke alkoholproblemet, som jo er det viktigste rusmidlet å Cuba.

Et annet aspekt ved dette temaet på Cuba, er spenningsfeltet med en sterk statlig styring⁹ og individets frihet. Cubanere blir beskrevet som et stolt folk, hvor selvstendighet og ære er viktige verdier. Samtidig opplever de streng kontroll og, sett utenifra, liten frihet. Ett eksempel på dette kan være de stadige kontrollene som politiet har langs veiene, som jeg selv fikk erfare. Bevæpnet politi forlanger å se identifikasjonspapirer og å få inspisere bilene for å se om noen frakter varer som grønnsaker, som er ment for salg, og ikke kun eget forbruk. Dette straffes med bøter. Et annet eksempel er at et psykiatriske sykehuset var også strengt bevoktet, med vaktposter hvor man måtte vise skriftlig godkjenninger på å få lov å komme inn eller ut av området.

Cuba har av flere menneskerettighets-organisasjoner blitt kritisert for manglende presse- og ytringsfrihet, og som tidligere nevnt blir utsagn som oppfattes som antirevolusjonære strengt straffet¹⁰. For en som er oppvokst i det norske samfunnet er tanken på at det skulle eksistere statlige informanter i hvert nabolag, som CDR-presidenter (*Comités de Defensa de la Revolución*, Committees for the Defense of the Revolution), fjernt fra et ideal om frihet. Likevel forfekter flere av mine kilder at det er den individuelle frihet man ivaretar når pasientene selv skal søke, og være motivert for, behandling.

Det kommer allikevel frem i mine studier at det ofte er familien til de rusavhengige som er de sterkeste pådriverne.

Det er krefter innad i fagmiljøet som ønsker å kunne dømme rusavhengige kriminelle gjengangere til behandling i følge Dr. Menéndez, men det foreligger ikke per dags dato ikke hjemmel for dette.

⁹ Andre vil kanskje kalle det mikrostyring.

¹⁰ Amnesty International har gjentatte ganger rettet søkelyset mot Cuba.

<http://www.amnesty.org/en/news-and-updates/activists-battle-attacks-freedom-expression-2011-05-13>

Grunnleggerne av Hasselapedagogikken mente at det ville være urimelig å forvente at ungdommer i kriser skulle klare å ta valget om å bli rusfri. Derfor mente de at tvang var et viktig virkemiddel, slik at ungdommen etter en rusfri periode skulle få mulighet til å ta et mer gjennomtenkt valg, som ikke var sløret av rus (Hassela-kollektivet & Englund 1978).

Dr. Fabelo kunne fortelle at det finnes et system som skal svare til Barneverntjenesten i Norge på Cuba. Problemet er at dette i hovedsak "...finnes på papiret". Tanken er at dette organet skal drive oppsøkende virksomhet for å fange opp barn som lever under forhold som er til hinder for sunn utvikling og trivsel. Det er i følge Dr. Fabelo mangelfullt organisert, og har i praksis ikke kommet i gang med sitt arbeid.

Holdningen til at avhengighet er en sykdom har bred oppslutning innad i fagmiljøet, men det synes ikke å være etablert i den allmenne befolkning. Der anses alkoholikeren for å være en "morsom raritet". Et høyt alkoholkonsum anses ikke som et reelt problem før det får konsekvenser for familie, venner, jobb og myndigheter.

I et land hvor alkohol er lettere tilgjengelig enn brus og vann, og som ble delt ut som en del av matrasjonskortene på 90-tallet, er det kanskje ikke så uforståelig.

Det er tydelige og tradisjonelle kjønnsrollemønstre i det cubanske samfunnet. Fidel Castro har gått foran som en representant for det maskuline kjønnsmonsteret. Han har ofte latt seg avbilde med cubanske Cohiba sigarer og iført militær uniform. Selv om hans styre har vært kontroversielt internasjonalt, har han også høstet mye støtte og vært et forbilde for mange cubanske menn i følge flere av mine kilder.

Kvinner på sin side har tradisjonelle roller som omsorgspersoner, og har en rolle mer underordnet mannen. Som tidligere nevnt skal kvinner kun drikke beskjedne mengder, og det bryter med rollemønstret å drikke seg overstadig beruset.

Dette gir utslag i hvordan rusmisbruk vektlegges avhengige av kjønn. Antallet kvinnelige misbrukere øker, samtidig som fordommene mot dem holder stand. Dette ha skapt en utfordrende situasjon i behandlingen av denne gruppen.

De kulturelle kodeksene, som dobbelstandard for kvinner, er ikke unike for Cuba, men de fremheves som spesielt problematiske her av mine kilder. Det er økende antall kvinnelige rusmisbrukere i følge Dr. Menendez. Om dette kan forklares av den økte sosiale nøden som fulgte de økonomiske nedgangstidene, eller om det er et resultat av en tettere kontakt med vesten, og dermed en tilnærming av disse lands rusmisbruk, er uvisst. Mitt materiale er ikke omfattende nok til å trekke slike konklusjoner, men det er et spennende tema for videre forskning.

Oppbygningen av helsevesenet ligner på mange måter vårt eget, med 1. og 2. linjetjenster og med ressursentre over disse. Frivillighet er også et fellestrekk. Norge bruker i større grad tvang som et virkemiddel både med hjemmel i Lov om barneverntjenester og Lov om sosiale tjenester, evt Lov om tvunget psykisk helsevern. Om dette skyldes ideologiske forskjeller eller økonomiske muligheter er ikke lett å konkludere om. At deler av fagmiljøet nå ønsker å innføre muligheter for tvunget behandling, kan tale for at det, om ikke annet, er det muligens et skifte i syn på bruken av dette virkemiddelet. Cuba står allikevel ovenfor en stor utfordring rent ressursmessig i en

slik sammenheng, da slike tiltak er kostbare.

Arbeidet med rusmisbrukere på Cuba viser mange forskjeller. De norske kollektivene har tradisjonelt hatt medleverskap som arbeidsturnus. Dette var ikke et kjent fenomen på Cuba. At man bor med pasientene gir andre forutsetninger til relasjonsbygging. Man kommer tettere på hverandre og møtet mellom voksne og ungdom blir mer autentisk. Når relasjonene som bygges blir så nære, dannes også et bedre grunnlag for å vise solidaritet og samhold.

Bruken av tvang i Norge skiller seg også fra cubansk praksis. Det er dog verdt å bemerke at de norske kollektivene bygger på prinsippet om åpenhet og vekst gjennom tillitt. Ungdommene holdes ikke fysisk tilbake av stengsler og låste dører, men av de relasjonene de danner med de andre ungdommene og voksne. Dette skiller seg klart fra det psykiatriske sykehusets innestengte fasiliteter.

Det nære samarbeidet mellom lege, psykolog, og homøopat i 1.linjetjenesten er også noe ulikt systemet i Norge.

Blant ulikhetene var det også noen likhetstrekk med norske forhold, og kanskje spesielt med den kollektivistiske strukturen i ruskollektivene, som jeg ønsker å trekke frem. Verdigrunnlaget er i mange sammenhenger sammenfallende. Eksempler på dette er solidaritet og samhold. I norske kollektiv har dette kommet til uttrykk helt fra starten. De ble opprettet som en motpol til de politiske vinder som de mente i for stor grad var fokuserte på sykdomsbildet, som de mente la urimelig stort ansvar på den enkelte rusavhengige. De mente videre at det ble en hvilepute for det offentlige, og at det førte til at samfunnet som helhet neglisjerte sitt ansvar for disse ungdommene. De sosialistiske politiske undertonene spilte en viktig rolle.

Kollektivene understreket at ungdommene trengte mer enn det de kunne tilby på psykiatriske institusjoner. Ungdommene trengte en å være del av et fellesskap – et kollektiv. Barna som samfunnet hadde sviktet skulle få en ny sjanse innenfor rammene av tilstedeværende voksne i nære relasjoner. Interpersonlig læring skulle legge grunnlaget for det sosiale endringsarbeidet, og gruppeterapi har siden vært et av hovedelementene i disse terapeutiske samfunnene (Hassela-kollektivet & Englund 1978; Tjersland, Jansen, Engen 1999)

Et annet området jeg fant mange likhetstrekk ved, var i elementene i gruppeterapien som fant sted på Cuba og som jeg beskrev i bacheloroppgaven. Temaene som diskuteres på DTE går igjen i arbeidet på norske behandlingsinstitusjoner. I tillegg er bruk av narrative projeksjoner også brukt ved ett av de norske kollektivene nevnt i bacheloroppgaven. Bruk av ”gamle pasienter” som co-terapeuter forekommer også i de norske ruskollektivene. Flere forskjeller pekte seg ut. Blant annet bruken av de filosofiske verkene til Jose Marti og daglig bruk av avspenningsøvelser.

KONKLUSJON

Cubas rusproblematikk består i hovedsak av alkoholisme og et relativt sett lite, men økende, bruk av illegale rusmidler (kokain og marihuana).

Behandlingen består i hovedsak av polikliniske samtaler, enten individuelt eller i grupper. Behandlingstilbudet er inndelt i nivåer som inkluderer familiedoktor i lokale helsesentre, spesialiserte sentre innenfor mental helse og avhengighet, regionalt resurs og spesialistsenter og som øverste nivå finner man det psykiatriske sykehuset i Havanna. Den faglige tilnærmingen er multidisiplinær og består som oftest av psykiater, lege, sykepleier, toksikolog og homeopat.

Behandlingen er basert på frivillighet¹¹, noe den også i hovedsak er i Norge. Det er dog større mulighet for bruk av tvang i behandling i Norge. Det er faktorer som kan gi et inntrykk av at dette kan være et spørsmål om ressurser, men her har tilbyr ulike kilder forskjellige forståelser, og en klar konklusjon har ikke vært mulig å trekke.

Landets historiske, sosioøkonomiske og politiske retning kan etter min oppfatning ha vært med og lagt føringer for behandlingstilbudet.

Det er mulig å finne igjen en del av de samme grunnleggende verdiene som man også finner i de norske kollektivene. Dette finner jeg spesielt innenfor menneskesyn og temaer som behandles i gruppeterapi. Verdien av relasjonsbygging og tanken om solidaritet, samhold og fellesskap er bærende prinsipper i begge land. Det er allikevel store forskjeller i rammene rundt arbeidet med rusmisbrukere. Der man i Norge har tenkt at solidaritet også innebærer å hjelpe noen som ikke selv ser behovet for, eller klarer å søke hjelp på egenhånd, hviler ansvaret mer på den enkelte på Cuba. Det kan kan sånn sett sies å være noe paradoksalt i et land som ellers bruker nokså vidtrekkende midler for å utøve kontroll.

¹¹ Med unntak av noen grupper som er diskutert i oppgaven.

Litteraturliste

- CEDRO (20/05/2011): hentet fra <http://www.cedro.sld.cu/index.html>.
- Chappi, Tania (2011): *Tornar a la vida*. Hentet fra:
<http://www.bohemia.cu/2007/09/06/nacionales/1-drogas.html>
- Committees for the Defense of the Revolution* (u.d): hentet fra:
http://en.wikipedia.org/wiki/Committees_for_the_Defense_of_the_Revolution
- Cuba*. (2009). I *Store norske leksikon*. Hentet fra: <http://www.snl.no/Cuba>
- Hospital Psiquiatrico de la Habana* (20/06/2011) hentet fra:
<http://www.psiquiatricohph.sld.cu/>
- Malterud, Kirsti (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* (2.utgave). Unviersitetsforlaget.
- Menéndez, Ricardo Gonzales (1998): *Alcoholism and its spesific care*.
Havanna: Instituto cubano del libro.
- Menéndez, Ricardo Gonzales (2008): *Terapéutica Psiquiátrica Integral*.
Havanna: Intstituto cubano del libro.
- Menéndez, Ricardo Gonzales (2010): *Cuban main health principles to face drug misuse*. Upublisert manuskript.