

Den norske lægeforening



På helsa løs

Når rusbruk blir misbruk
og misbruk blir avhengighet



Redaktører: Ingrid Høie og Terje Sletnes, Avdeling for informasjon og helsepolitikk,
Den norske lægeforening.
Referansegruppe: Legeforeningens Rusmiddelpolitisk utvalg v/Arne Johannesen, Svein
Steinert, Guri Spilhaug, Per Føyn, Kristin B. Lazaridis.

Forord

Mot slutten av 1990-tallet økte antall dødsfall blant tunge rusmiddelavhengige dramatisk. Flere rapporter avdekket at rusmiddelavhengige hadde svært dårlig helse, at de ikke fikk nødvendige helsetjenester, og at kvaliteten på rusbehandlingen var mangelfull. Dette, kombinert med en mer generell utvikling i synet på misbruk og behandling, pekte mot at det var nødvendig å legge større vekt på de medisinsk-faglige sidene ved behandling for ruslidelser. I tillegg måtte kapasiteten i helsetjenestetilbudet til rusmiddelavhengige økes.

Svaret fra myndighetene kom i form av rusreformen, som innebar at ansvaret for behandling av ruspasienter fra 1. januar 2004 ble overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene. Behandlingen ble omdefinert fra sosialfaglig tjeneste til spesialisthelsetjeneste. Kommunehelsetjenesten beholdt ansvaret for generelle helse- og sosialtjenester til brukerne.

Rusreformen har brakt oss ett skritt nærmere målet om et godt helsetjenestetilbud til rusmiddelavhengige, og gitt støtet til at rusproblematikk er satt på dagsorden. Vi har fått oversikt over alle behandlingstilbud i landet, noe som er unikt i helse-Norge. De regionale helseforetakene har utarbeidet strategi- og handlingsplaner for behandling av ruspasienter, og innen utgangen av 2006 skal Regjeringen legge frem en evaluering av reformen. Legeforeningen støtter rusreformen, men sett fra vårt ståsted er den i første rekke en strukturreform. For at den skal føre til en vesentlig forbedring av helsetjenestetilbudet til ruspasienter må den fylles med faglig innhold. Denne rapporten er Legeforeningens bidrag. Vårt hovedbudskap er at hvis rusfeltet skal ta skrittet fra å være sosialtjeneste til fullverdig spesialisthelsetjeneste som gir rusbehandling, må reformen følges opp ved at man styrker kapasiteten og stiller medisinsk-faglige kvalitetskrav til tjenesten.

Samtidig mener vi det er nødvendig med en gjennomgripende holdningsendring. Reformen har gitt rusmiddelavhengige pasientrettigheter, men fortsatt lever holdninger om at rusproblemer er selvforskyldte. Det bidrar etter vårt syn til at pasienter med ruslidelser stort sett havner bakerst i helsekøen, og til at mange ikke får tilbud om nødvendig behandling. Dette er uakseptabelt. Bak enhver rusmiddelavhengig er det en person med samme menneskeverd og samme rett til behandling som andre mennesker.

Vi vil også understreke betydningen av forebygging. I et folkehelseperspektiv står rusmidler frem som en vesentlig årsak til fysisk og psykisk helseskade. I tillegg følger en rekke negative sosiale konsekvenser. Derfor er det svært bekymringsfullt at forbruk av rusmidler har økt betydelig de siste årene. Spesielt viktig er det å rette oppmerksomheten mot alkohol, som har størst utbredelse og dermed forårsaker mest helseisriko og skade.

Statusrapporten er frukten av et felles faglig løft i Legeforeningen. Jeg retter en stor takk til foreningens Rusmiddelpolitisk utvalg for vesentlige faglige bidrag til rapporten. Videre takkes andre bidragsytere innen rusfeltet, og Legeforeningens sekretariat for organiseringen og det redaksjonelle arbeidet knyttet til rapporten.



Torunn Janbu
President

Innhold

Innledning	3
Legeforeningens tiltaksprogram for bedre behandling av ruspasienter	4
1 Rusmidler og folkehelse	6
1.1 Rusmidlenes virkninger i menneskekroppen	6
1.1.1 Konsekvenser av gjentatt rusmiddelbruk	7
1.2 Alkohol	9
1.3 Illegale rusmidler	10
1.4 Vanedannende legemidler	11
2 Førre var eller etter snar?	14
2.1 Primærforebygging – rusfrie arenaer og tett samarbeid	14
2.1.1 Helsetjenesten er en viktig forebyggingsarena	15
2.1.2 Mennesker i faresonen – fastlegens rolle	16
2.1.3 Skolehelsetjenesten	17
2.1.4 Arbeidsplassen – forebyggingsarena som kan utnyttes bedre	17
3 Fra sosialtjeneste til helsetjeneste – bedre tilbud ?	19
3.1 Behandlingstilbud med mange fasetter	19
3.2 Behandling av alkoholavhengighet – hva bør det være?	20
3.3 Unge i risikogrupper	21
3.3.1 Behandlingsapparat tilpasset pasienten	22
3.3.2 Unge med dobbeltdiagnose – rus og psykiatri	24
3.4 Helsetjenester for tunge rusmiddelavhengige	25
3.4.1 Sykdommer og helseproblemer	27
3.4.2 Aldri metadon uten rehabilitering	27
4 Mer kompetanse, bedre tilgjengelighet	29
4.1 Flere fagfolk, mer kompetanse	29
4.1.1 Forskning	31
4.2 Organisering og samhandling bedrer tilgjengeligheten	32
4.3 Pasientrettigheter for ruspasienter møter praktiske utfordringer	34
4.4 Individuell plan fortsatt en papirtiger	36

Innledning

Det utføres mye bra arbeid i rusfeltet, men satt på spissen tilbys ruspasienter mange steder spesialisthelsetjeneste kun på papiret. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i dag en helsetjeneste med stor mangel på helsepersonell. Mye av behandlingen av ruspasienter er dessuten ikke bygget på vitenskapelig dokumentert kunnskap. Tilbudet som gis, er snarere styrt av om det finnes en ledig behandlingsplass enn av om det er den rette behandlingen som tilbys. Mange pasienter får dessuten mangelfullt tilpassede behandlingsopplegg fordi det ikke er gjennomført adekvat diagnostisk vurdering og utredning. Kunnskapshullene innen rusfeltet er store, og forskningen er mangelfull eller fraværende på en rekke områder. For at ruspasienter skal få et faglig fullverdig behandlingstilbud som med rette skal kunne kalles spesialisthelsetjeneste, er det etter Legeforeningens syn to grunnleggende forhold som må bedres og styrkes.

For det første er det nødvendig med tiltak som sikrer flere fagfolk, mer kompetanse og økt faglighet i tjenesten. Legeforeningen mener at alle som henvises til spesialisthelsetjenesten, også ruspasienter, skal ha en reell tilgang til utredning, diagnostisk vurdering og skriftlig behandlingsplan, og at faglig kompetent helsepersonell må ha ansvaret for dette. Samtidig må det helt nødvendige sosialfaglige tilbudet opprettholdes. Kompetansen om behandling av rusmiddelavhengige må økes både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det er behov for faglig klargjøring og mer systematisk bruk av kunnskapsbaserte behandlingsprogram, samt utvikling av retningslinjer og prosedyrer. Praktisnær forskning må styrkes, slik at man får bedre kunnskap om hvilke behandlingstilbud som bør videreutvikles. Pasientenes egne erfaringer må vektlegges i videreutviklingen av tjenestetilbudene.

For det andre må tilgjengeligheten til helsetjenesten økes. Helsetilsynet har avdekket at tilgjengeligheten til helsetjenesten for ruspasienter

fortsatt er lav. Samhandlingen mellom tjenestnivåer og helse- og sosialtjenesten halter. Ruspasienter har ofte problemer med å holde orden på timeavtaler, mange uteblir fra konsultasjon og behandling, og deres økonomiske situasjon er ofte dårlig eller ustabil. Slike faktorer kan hindre dem fra å søke helsehjelp. For eksempel viser erfaringer at mange ikke har råd til å betale egenandeler, og lar være å oppsøke lege på nytt fordi de ikke har gjort opp for tidligere behandling. For at helsetjenesten skal bli lettere tilgjengelig for ruspasienter, må det iverksettes tiltak som kan bryte ned barrierene. Legeforeningen tror bortfall av egenandeler hos fastlege vil være et viktig virkemiddel for å øke tilgjengeligheten. Utvikling av lavterskeltilbud, spesielt i storbyene, er også virkemidler vi mener kan ha effekt.

Norge trenger en faglig kvalitetsreform for rusfeltet som sikrer flere leger, sykepleiere og psykologer, mer kompetanse og økt faglighet i tjenesten. Behandlingskapasiteten må økes på en del områder, tilgjengeligheten til tjenesten bedres og samhandlingen mellom ulike behandlingnivåer og tilbud styrkes.

Legeforeningens tiltaksprogram for bedre behandling av ruspasienter

1. Mange rusmiddelavhengige får ikke tilgang til den behandling de trenger

Rapporter har avdekket store geografiske variasjoner i behandlingstilbud og innhold i behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige. Det er uakseptabelt. Mennesker med ruslidelser må få reell tilgang til diagnose og behandling på lik linje med andre pasienter.

- Det må en gjennomgripende holdningsendring til for å sikre rusmiddelavhengige samme rett til behandling som andre pasienter.
- Rusmiddelavhengige må sikres en reell tilgang til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandlingsplan. Det må være sammenheng i tjenesten og avbrudd i behandlingssopplegget må hindres.
- Lavterskeltilbud og ambulante team er viktige virkemidler for å øke rusmiddelavhengiges tilgjengelighet til helsetjenesten.
- Fritak fra egenandel for ungdom til og med 19 år og for rusmiddelavhengige med rett til individuell plan, vil gjøre helsetjenesten mer tilgjengelig for disse gruppene.

2. Det er nødvendig med en faglig kvalitetsreform for rusfeltet for å sikre flere fagfolk, mer kompetanse og økt faglighet i tjenesten

For at behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige med rette skal kunne kalles spesialisthelsetjeneste, må det faglige nivået i rusbehandlingen heves og kvalitetssikres, kompetansen økes og bemanningen styrkes.

- Mer vekt på kunnskapsbasert behandling, faglighet og kompetanseheving er nødvendig for å øke interessen for rusfeltet og bidra til bedre rekruttering.
- Det trengs en egen opptrappingsplan for å rekruttere leger og annet helsepersonell til rusfeltet.
- Praksisnær forskning innen rusfeltet må styrkes. Nye tiltak i behandlingen av rusmiddelbrukere må være evaluerbare, slik at ny kunnskap om effekten av tjenestene kan innhentes.

- Kompetansen om behandling av rusmiddelavhengige må økes i både spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Legeforeningen vil utvikle kurs knyttet til videre- og etterutdanning av leger for å høyne kompetansen om rusbehandling.
- Universitetssykehusene bør ha et særlig ansvar for å etablere forsknings- og undervisningsenheter.

3. Det er bedre å forebygge enn å behandle

Det er et dilemma for helsetjenesten at mye sykdom og skade som havner på helsetjenestens bord kunne ha vært forebygget på andre samfunnsarenaer.

- For å motvirke økende rusmiddelbruk og helseskade bør Norge videreføre en restriktiv rusmiddelpolitikk.
- For å forebygge skadelig rusmiddelbruk, er det viktig å opprettholde og etablere rusfrie arenaer, spesielt for ungdom.
- Fastlegene, skolehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten har et særlig ansvar for tidlig intervensjon og sekundærforebygging.
- Legeforeningen vil advare ungdom mot å eksperimentere med rusmidler.
- Legeforeningen vil sterkt fraråde legalisering av cannabis.

4. Alkohol er vårt største rusmiddelproblem

Alkoholbruk har størst omfang og forårsaker mest helsesisiko og skade, vold, trafikkulykker, psykiske lidelser, fosterskader m.m. Mellom 60 000 og 70 000 mennesker i Norge er stordrikkere. Helsesrisikoen øker med mengden alkohol som drikkes.

- Å avdekke skadelig alkoholbruk er en viktig oppgave for primærhelsetjenesten.
- Jo tidligere ungdom debuterer med alkohol, desto høyere er forbruket utover i tenårene. Legeforeningen anbefaler unge å utsette debutalderen for alkohol.

- Legeforeningen anbefaler gravide kvinner å avstå fra å drikke alkohol.

5. Avhengighet av vanedannende legemidler er et helseproblem

En del rusmiddelavhengige har startet sitt rusmiddelbruk etter medisinsk behandling med vanedannende legemidler. Slike legemidler brukes ofte sammen med alkohol og illegale rusmidler.

- Legeforeningen mener at det er behov for folkeopplysning om legemiddelavhengighet og følgene av dette.
- Leger trenger mer kunnskap om forsvarlig forskrivning og alternative tilnæringer ved behandling av angst- og smertetilstander.
- Den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen må også innlemme legemiddelavhengige.
- Legeforeningen og tilsynsmyndigheter bør samarbeide om ordninger som kan bidra til god praksis i forskrivning av vanedannende legemidler.

6. Rusmiddelavhengige med kronisk og invaliderende rusmiddelbruk må få et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud.

Det finnes mellom 11 000 og 15 000 aktive sprøytebrukere i Norge. Det er anslått at 0,25–0,50 % av ungdomskullene 15–25 år er i risikozonen for å utvikle kronisk og invaliderende rusmiddelbruk.

- Alle med alvorlig rusmiddelbruk må få tilgang til en grundig medisinsk-faglig vurdering som grunnlag for videre behandling og rehabilitering.
- Ikke-medikamentell behandling bør fortsatt være førstevalget.
- Tilgjengeligheten til Legemiddelassistert behandling (LAR) må bedres.
- Alle LAR-pasienter må følges opp med tilrettelagte sosiale- og rehabiliterende tilbud.
- Individuell plan må tas i bruk for rusmiddelavhengige med langvarige og sammensatte behandlingsbehov.
- Pasienter med rusmiddelavhengighet og samtidig alvorlig psykisk lidelse må sikres integrert behandling og tilstrekkelig psykososial oppfølging i kommunen de bor i.

Rusmidler og folkehelse

1

Både direkte og indirekte kan rusmidler være helseskadelige, og i et folkehelseperspektiv er rusmiddelbruk et stort problem. I tillegg til helsemessige konsekvenser, har bruk av rusmidler en lang rekke negative sosiale følger. Det er et faktum at jo høyere forbruket av rusmidler er, desto større blir skadeomfanget, for den enkelte, for hans og hennes pårørende og nærmeste omgivelser, og for samfunnet. Derfor er det bekymringsfullt at bruken av rusmidler øker, på verdensbasis så vel som i Norge.

Størst utbredelse har alkohol, og alkoholkonsum står for størst helserisiko og mest skade. I 2005 ble alkohol satt på dagsorden som satsingsområde for Verdens helseorganisasjon (WHO). WHO slår fast at alkoholbruk er blant de fremste underliggende årsaker til sykdom, skade og vold, sosiale problemer, fosterskader, psykiske lidelser, trafikkulykker m.m.^{1, 2, 3}. Ifølge WHO bidro alkoholkonsum i 2000 til 4 % av sykdomsbyrden i verden, målt som disability-adjusted life years, DALY⁴ (sykdomsjusterte leveår). I den industrialiserte del av verden var alkohol den tredje største risikofaktoren for helseskade, og utgjorde 9,2 % målt i tapte leveår. Bruk av rusmidler forårsaker like mye død og sykdom som bruk av tobakk og høyt blodtrykk. Det er påvist at alkohol er risikofaktor ved 60 vanlige sykdommerv⁵, herunder en rekke ulike kreftformer, hjerte-karsykdommer og psykiatriske tilstander. Alkohol og vold henger sammen. Mellom 70 og 80 % av all oppdaget vold har skjedd i alkoholpåvirket tilstand, ifølge Sosial- og helsedirektoratet.

Bilkjøring i rusmiddelpåvirket tilstand et økende problem. I Norge har antall arrestasjoner av rusmiddelpåvirkede sjåfører økt 2,5 ganger siden 1990. I rundt 80 % av tilfellene blir det påvist ett eller flere stoffer hos føreren⁶. En annen norsk studie⁷ konkluderer med at en større andel av bilførere som får dødelige skader i trafikkulykker, er rusmiddelpåvirket. Det ble

påvist flest alkoholpåvirkede førere i gruppen med dødelige skader: 17 % av førerne hadde mer enn 0,5‰ alkohol i blodet, og nesten halvparten av disse hadde over 2 promille alkohol i blodet. Det ble videre påvist bruk av illegalt stoff eller medikament hos 27 % av undersøkte bilførere. 9 % hadde både inntatt medikamenter og illegale stoffer, og 6 % hadde kombinert alkohol med et illegalt stoff eller medikament.

Helserisikoen øker med mengden alkohol som drikkes, men også drikkemønster. Særlig viser det seg at uregelmessig inntak av store mengder alkohol er sykdomsbelastende. Dette knyttes spesielt til koronar hjertesykdom, lever-skade, brystkreft, hjerneskade, selvmord og trafikkulykker.

Det samlede skadeomfanget forårsaket av bruk av narkotiske stoffer er mindre enn ved bruk av alkohol, siden det er færre som bruker disse rusmidlene. Både illegale og legale stoffer, som for eksempel benzodiazepiner, har egenskaper som direkte og indirekte kan være helseskadelige. Bruk av slike stoffer i kombinasjon med illegale rusmidler er et stort problem.

1.1 Rusmidlenes virkninger i menneskekroppen

Med rusmidler menes i denne sammenhengen en rekke forskjellige stoffer som kan beskrives samlet ut fra de virkningene de har i menneskekroppen. Her inngår alkohol, beroligende medikamenter, sovemidler (særlig av benzodiazepintypen), cannabisprodukter, opiater og opioider (heroin, morfin), sentralnervøst stimulerende midler (amfetamin, kokain og ecstasy mm), halusinogener (LSD, m.fl), fencyklidin («englestøv»), GHB, flyktige stoffer («sniffestoffer») og andre medikamenter med ruspotensial (karisprodol/meproamat).

Rusmidler påvirker særlig hjernen. Varierende fra stoff til stoff, virker de i tillegg inn på mange andre organsystemer. Enten rusmidler inntas gjennom spising/drikking, inhalasjon/røyking, sniffing gjennom nesen eller injeksjon, vil stoffene absorberes til blodbanen og transporteres med blodet til hjernen og andre virkesteder. I varierende grad vil de etter hvert omdannes til inaktive stoffer, først og fremst i leveren, og utskilles til urinen gjennom nyrene.

De fleste rusmidler virker gjennom spesifikke farmakologiske reseptorer i hjernen så vel som i øvrige organsystemer. Noen rusmidler påvirker mange reseptorsystemer, mens andre påvirker relativt få. Hvert rusmiddel har sin karakteristiske virkning. Samtidig vil visse områder i hjernen alltid påvirkes av de aller fleste rusmidler, og gi en rekke fellesvirkninger, som endring av stemningsleiet, konsentrasjonssvekkelse, hukommelses- og innlæringsvikt, kritikkløshet, og nedsatt vurderingsevne. I praksis kan disse fellesvirkningene gi økt ulykkesrisiko, og risiko for atferd som kan være uheldig og skadelig.

1.1.1 Konsekvenser av gjentatt rusmiddelbruk

Daglig eller ukentlig rusmiddelbruk gjennom lengre tid vil som regel føre til varige forandringer i organismen. Effektene av kronisk rusmiddelinntak kan inndeles i fellesvirkninger og virkninger som er spesifikke for det enkelte rusmiddel. Til fellesvirkningene hører utvikling av rusmiddelavhengighet, fysiske abstinensplager og økt risiko for psykisk sykdom.

Rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengighet er ingen klart definert tilstand, verken nevrobiologisk eller klinisk. I diagnosekodesystemer som ICD10 og DSM IV defineres avhengighet som forekomsten av gitte fenomener knyttet til rusmiddelbruk innenfor gitte perioder. Avhengighet, eller tvangsmessig eller problematisk bruk av rusmidler, kan variere hos ett og samme individ gjennom perioder av livet. Det er holdepunkter for at enkelte individer er mer genetisk disponert for å utvikle avhengighet enn andre ved tilnærmet samme ruseksponering. Mange vil likevel kunne utvikle en eller annen form for rusmiddelavhengighet ved gjentatt og omfattende bruk av rusmidler.

Definisjon av avhengighet – ICD10 (minst tre av seks kriterier⁸)

Psykologisk avhengighet	1. En sterk trang, eller følelse av tvang, til å innta stoffet. 2. Problemer med å kontrollere atferd knyttet til inntak av rusmidler.
Fysiologisk avhengighet	3. Fysiologisk abstinens når bruken er blitt redusert eller stoppet, som viser seg ved karakteristisk abstinenssyndrom. 4. Tegn på toleranse, slik at økte doser av psykoaktivt stoff er nødvendig.
Bruk til tross for skadelige	5. Fortsatt inntak på tross av klart skadelige konsekvenser, virkninger f.eks. leverskade pga stort alkoholinntak, nedstemthet pga. perioder med stort stoffinntak eller stoffrelatert nedsettelse av kognitive funksjoner.
Brukmønster som går ut over andre aktiviteter	6. Stadig tiltagende forsømmelse av gleder eller interesser pga. bruk av psykoaktivt stoff, mer og mer tid brukes på å skaffe seg eller innta stoffet, eller på å komme seg av virkningen.

I de senere år har man kartlagt en rekke nevrobiologiske mekanismer som trolig har stor betydning for utvikling av avhengighetspreget rusmiddelbruk. Det ser ut til at gjentatt tilførsel av et rusmiddel kan føre til langvarige endringer i de områder av hjernen som er viktige for positive opplevelser knyttet til naturlige stimuli (mat, drikke, sosial interaksjon, seksuelliv) så vel som rusmidler. Disse endringene medfører blant annet at man i rusmiddelfrie perioder vil være i en tilstand der belønningssystemet knyttet til naturlige stimuli er svekket. En hverdag uten rusmidler vil oppleves grå, og de gleder som naturlige stimuli ellers gir, vil være redusert.

Gjentatt rusmiddelbruk gir også nevrobiologiske endringer som fører til at lyst til å bruke rusmidler blir forsterket. Bruken av rusmiddel får større og større betydning, og fenomenet som ofte kalles russug, blir mer uttalt.

Man antar at alle disse aspektene knyttet til utvikling av avhengighet er reversible hvis tilførselen av rusmiddel stanses. I og med at virkningene er felles for en rekke forskjellige rusmidler, synes det også å være en betydelig grad av kryssavhengighet mellom rusmidlene. Den praktiske konsekvensen av dette er at en person med en tidligere rusmiddelhistorie trolig vil ha større risiko for å utvikle avhengighet for et hvilket som helst rusmiddel enn en person uten tilsvarende forhistorie.

En rekke observasjoner tyder på at rusmiddelbrukeren ikke er seg bevisst at gjentatt bruk av rusmidler øker motivasjonen for å bruke rusmidler. Fenomenet vil provoseres frem i stresssituasjoner eller ved å bli minnet om tidligere rusmiddelbruk – for eksempel ved kontakt med rusmiddelmiljø eller ved inntak av små doser rusmiddel. Det er særlig viktig at leger er klar over dette. Å forskrive et legemiddel som kan gi rus eller avhengighet til en person med tidligere rusmiddelavhengighet, kan være tilstrekkelig til å sette i gang prosesser som gjør at avhengigheten «vekket til live».

Fysiske abstinensplager

For en del rusmidler, særlig ved bruk av alkohol, opiater/opioider, barbiturater, samt benzodiazepiner, vil kronisk, jevnlig bruk etterfølges av fysiske plager når tilførselen av rusmiddel opphører. Det kan dreie seg om angst, rask hjerteaksjon, endringer i blodtrykket, kraftige svetteaksjoner og frysninger, temperaturstigning med mer. Dette er plagsomt, men tidsbegrenset til dager eller uker. Tidligere ble fysiske abstinensplager tillagt stor betydning for opprettholdelsen av rusmiddelavhengighet. Abstinensplager gjør det vanskeligere å slutte med rusmiddelbruk, men vanligvis er ikke slike plager sentrale for å forstå opprettholdelsen av uhensiktsmessig, tvangsmessig rusmiddelbruk.

Psykiske plager

Langvarig bruk av rusmidler kan lede til psykisk sykdom. Flere mekanismer er diskutert i denne sammenheng. Én mulighet er at de endringer som rusmidler forårsaker i hjernens belønnings- og motivasjonssentre, sekundært påvirker andre hjernestrukturer. Dette gjør igjen at ytre impulser mer ufiltrert enn ellers vil nå store deler av hjernen og bombardere denne med et langt større antall inntrykk enn det som ellers ville ha vært tilfelle. Dette har vært satt i forbindelse med utvikling av visse psykiske forstyrrelser. I den senere tid har man også vektlagt andre mulige forbindelser mellom rusmiddelbruk og psykisk sykdom. Det kan også være at visse psykiske sykdommer lindres midlertidig ved bruk av rusmidler, og at rusmiddelbruk kan sees på som en form for selvmedisinering. Det foreligger imidlertid ingen sikre bevis for dette.

Rusmidler senker også terskelen for selvskaide og selvmord. Selvmordsraten blant rusmiddelavhengige er høy, i 2004 oppga 35 % av de behandlingssøkende at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv, hvorav 16 % med overdose⁹. Det er store mørketall på dette området.

1.2 Alkohol

Alkohol er et legalt rusmiddel, og drikket med måte anser mange at alkohol er et gode. Men alkohol er også en vesentlig risikofaktor for hel-seplager, sykdom og skade. Økt alkoholforbruk gir flere helseskader. Det er tre viktige mekanis-mer for skader:

- Alkoholens giftvirkning
- Alkoholrusen
- Alkoholavhengighet

Gjentatt alkoholbruk gir økt risiko for høyt blodtrykk, hjerneslag, enkelte former for kreft og leversykdom. Ved inntak av tre alkoholenheter (se figur) daglig, øker risikoen for skader på indre organer. Bruk av alkohol over tid gir økt risiko for å utvikle avhengighet, og genetisk disposisjon spiller en viss rolle. Det finnes ingen nedre grenser for utvikling av avhengighet hos disponerte personer. Alkoholavhengighet fører ofte til sosiale problemer, som tap av arbeid, familie og venner.

Flere statistiske undersøkelser tyder på at inntak av alkohol i størrelsesorden en halv til en enhet daglig kan være gunstig for hjerte/karsykdommer hos personer eldre enn 40–50 år. En alkoholenhet tilsvarer 1,5 cl eller 12,8 g ren alkohol. Både når det gjelder gunstige og ugunstige virkninger kan de individuelle variasjonene være store. Det er ingen holdepunkter for at alkohol har helsemessig gunstige virkninger hos yngre.

Alkoholkonsumet i Norge er økende og utgjør om lag 90 % av rusmiddelforbruket. I 2003 passerte gjennomsnittsførbruket 6 liter ren alkohol årlig per person over 15 år. Dette er det høyeste alkoholkonsumet som er målt siden 1960¹⁰. Til sammenlikning drikker franskmenn i gjennomsnitt 9,3 liter, dansker 9,5 liter og svensker 4,9 liter ren alkohol årlig. Mellom 60 000 og 70 000 mennesker i Norge er definert som stordrikkere, det vil si at de drikker minst 10 cl ren alkohol daglig. Dette tilsvarer

36,5 liter ren alkohol per år, eller om lag åtte flasker vin eller 46 flasker øl i uken.

Det er vanskelig å sette en faregrense for inntak av alkohol ettersom mennesker reagerer forskjellig, og fordi mye også avhenger av hvordan man drikker. Stort alkoholinntak på kort tid er for eksempel svært skadelig. WHO mener at menn bør unngå mer enn 14 alkoholenheter per uke, mens kvinner ikke bør drikke mer enn ni alkoholenheter per uke.

Øl	Vin	Hetvin	Brennevin
			
1 AE	6 AE	8 AE	20 AE
			
1,5 AE	1 AE	1 AE	1 AE

Inntatt i store nok mengder kan alkohol føre til kronisk sykdom og eventuell død. Ifølge en undersøkelse som SINTEF Helse har utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet¹¹, er antall sykehusinnleggelseser på grunn av alkoholforgiftning fordoblet fra 1999 til 2003. Økningen har vært størst for kvinner i alderen 18–24 år (63 %) og for menn over 50 år (87 %). Det forekommer svært mange skader og dødsfall i forbindelse med alkoholrus, særlig vold, trafikkulykker og sjøulykker. Mange selvmord blir utført i alkoholrus.

Legeforeningens råd om alkoholbruk:

- Drikk mindre alkohol – vær mer bevisst på alternativ drikke.
- Lær deg å takke nei-respekter andres nei.

Legeforeningen anbefaler ungdom å utsette alkoholdebuten lengst mulig, og begrense inntaket.

De fleste ungdommer prøver alkohol, og også blant unge har alkoholkonsumet økt kraftig de siste årene. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har siden 1968 foretatt spørreundersøkelser om bruk av rusmidler blant unge i alderen 15–20 år. De viser at i første halvdel av 1990-tallet drakk unge mellom 15 og 20 år i gjennomsnitt ca. 3 liter ren alkohol årlig. Fra 2000 har forbruket vært i underkant av 5 liter¹². Tidligere var jenters alkoholforbruk 30–40 % lavere enn gutters – nå drikker jenter nesten like mye som gutter. Det er likevel store variasjoner i forbruk – 10 % av de unge står for halvparten av alkoholforbruket i aldersgruppen.

Selv om aldersgrensen for kjøp av alkohol i Norge er 18 år for øl og vin og 20 år for brennevin, prøver de fleste alkohol når de er 15 år. I 2003 oppgav 84 % av 15–16-åringene at de «noen gang hadde drukket alkohol». Øl utgjør ca. 45 % av unges alkoholforbruk.

Alkoholbruk er en av de største helseisikoene i ungdomsårene – mange av de akutte helseskadene blant ungdom er skader, ulykker og vold som direkte eller indirekte skyldes alkohol. Det er også vist¹³ at jo tidligere unge debuterer med alkohol, desto høyere er forbruket utover i tenårene. Unge som debuterte før 13-års alder, hadde et årlig alkoholforbruk på over 7 liter ren alkohol da de var 19 år, mens de som debuterte som 17-åring hadde et årlig forbruk på under 4 liter ved samme alder.

Sammenliknet med andre land i Europa, bruker norsk ungdom lite rusmidler, illegale stoffer så vel som alkohol. Imidlertid drikker norske 15–16-åring mer i hver drikkesituasjon enn hva tilfellet er i europeiske land generelt.

1.3 Illegale rusmidler

En lang rekke rusmidler, som for eksempel opioider (heroin, morfin, metadon), ecstasy, kokain, cannabis, amfetamin og sniffestoffer, anses som så skadelige for helse og samfunn at de er illegale. De fleste som prøver lettere illegale rusmidler som hasj, utvikler ikke alvorlige og invalidiserende rusproblemer. Noen får likevel problemer knyttet til bruk av rusmidler, og en del får større helseproblemer. En mindre andel utvikler alvorlige rusproblemer, og for mange av dem starter denne utviklingen i tidlige ungdomsår.

Et økende antall unge mellom 15 og 20 år oppgir at de har brukt illegale narkotiske rusmidler, men SIRUS-tallene for 2004 viser en nedgang og utflating både når det gjelder bruk av cannabis og andre stoffer. Cannabisbruk er klart mest utbredt. Bruken er størst blant Osloungdom, men forskjellen mellom Oslo og resten av landet blir gradvis mindre. På landsbasis oppgir ca. 15 % av 15–20-åringene at de har prøvd cannabis. Tilsvarende tall for Oslo er 21 %. Forskning gir oss stadig ny kunnskap om sammenhengen mellom bruk av cannabis og utvikling av alvorlige psykiske lidelser¹⁴. Jo tidligere man begynner med cannabis, desto større er risikoen for å utvikle schizofreni. Nylig viste forskere at hasjbruk medførte moderat økt risiko for å utvikle psykotiske symptomer fire år senere. Studiene tyder på at cannabisbruk blant predisponerte og sårbare unge kan få meget alvorlige konsekvenser.

Over tid kan bruk av cannabis gi vedvarende sløvheter. Langvarig bruk gir økt risiko for akutte angst- og depresjonsreaksjoner, kan utløse psykoser og kan gjøre behandling av sinnslidelser som schizofreni og depresjonstilstander vanskelig. Det er ikke påvist at cannabisbruk gir varige hjerneskader, men intellektuelle funksjoner kan bli redusert. Langtidsbruk kan svekke lungefunksjonen og føre til lungesykdommer som kronisk bronkitt og astma, og øke risiko for lungekreft. Immunforsvaret mot infeksjoner kan svekkes, og påvirkning av hormonbalansen kan svekke seksualdrift hos menn og forstyrre kvinners menstruasjonsyklus.

4–5 % av landets 15–20-åringer oppgir at de har brukt amfetamin, mens 2–3 % oppgir at de har brukt ecstasy. Bruk av kokain avviker fra trenden, og viser økning. En liten andel, 1–4 %, har prøvd de tyngre illegale stoffene. De utgjør en høyrisikogruppe for å utvikle alvorlig skadelig rusmiddelbruk.

Langvarig og høyt forbruk av opioider fører til fysiske og psykiske forandringer. Dette skyldes både rusmiddellets direkte virkning og en indirekte virkning knyttet til livsførsel, risikoatferd osv. Brukernes helse er ofte svært dårlig. Infeksjoner dominerer – hudinfeksjoner på stikkstedene og virusinfeksjoner som hepatitt og HIV pga. blodsmitte gjennom deling av sprøyter og brukerstyr. Mange av brukerne har dårlig tannstatus og dårlig ernæring. Kroniske brukere har betydelig økt dødelighet sammenliknet med resten av befolkningen. Det er ikke uvanlig med overdosedødsfall som følge av for høy dosering, bruk av flere rusmidler samtidig, at brukeren ikke kjenner renhetsgraden av stoffet eller har nedsatt toleranse etter en tids opphold.

Legeforeningen vil sterkt advare unge mot å eksperimentere med illegale rusmidler, og fraråde legalisering av cannabis.

1.4 Vanedannende legemidler

I Norge er reseptpliktige legemidler delt inn i tre klasser; A, B og C. A-preparater er legale medikamenter som tilhører narkotikaklassen, for eksempel morfin. A-preparater omfattes av strenge utleveringsregler, og skrives ut på spesielle resepter. B-preparater, i første rekke benzodiazepiner, er reseptpliktige psykoaktive legemidler som ikke er i narkotikaklassen, men som er tillagt noe skjerpet kontroll med hensyn til forskrivning og utlevering. B-preparater omfatter blant annet beroligende midler som Valium og Stesolid, og sovemidler som Apodorm og Sobril. C-preparater er reseptbelagte legemidler uten avhengighetsskapende egenskaper.

Etter en nedgang i salget av vanedannende legemidler fra slutten av 1980-tallet, har salgstallene vist en klar økning fra midten av 1990-årene¹⁵. Forskrivning og bruk av B-preparater er en utfordring for legestanden fordi medikamentene kan gi avhengighet og fordi de kan gi rus.

Ifølge rapporten *Piller på avveier*¹⁶ er forskrivning av vanedannende medikamenter et vanskelig område å forvalte faglig, blant annet fordi enkelte diagnoser mangler objektive og målbare kriterier for diagnostikk og indikasjon. Effektene av langvarig bruk av benzodiazepiner er omdiskutert, og det er ingen enighet om hvor mange som er avhengige av eller misbruker benzodiazepiner. Noen kan bruke disse medikamentene i flere år uten alvorlige bivirkninger, mens andre ser ut til å kunne utvikle avhengighet etter fire til seks ukers bruk av terapeutiske doser. En konsensuskonferanse i regi av Norges forskningsråd i 1996 konkluderte med at benzo-

diazepiner brukt i terapeutiske doser ytterst sjelden fører til avhengighet (sjeldnere enn i 1 % av tilfellene). Samtidig ble det slått fast at 30–50 % av pasientene som hadde brukt slike medikamenter regelmessig i mer enn tre måneder hadde problemer med å avslutte behandlingen, og at det er en markert tendens til toleranseutvikling ved daglig bruk av benzodiazepiner. Det er godt dokumentert at brå avslutning av medisiner gir abstinensproblemer. Det er ikke god dokumentasjon på om langtidsbruk av høye doser benzodiazepiner kan gi varige endringer i hjernen eller andre organer.

Rapporten *Piller på avveier* peker på at det er stor variasjon i forskrivningspraksis mellom legespesialiteter: Psykiatere er langt mer restriktive til forskrivning av B-preparater enn allmennleger. På bakgrunn av intervjuer med allmennleger, konkluderer rapporten samtidig at leger har en bevisst holdning til forskrivning av slike preparater og slår fast at de fleste pasienter får forskrevet små og «normale» doser med B-preparater. Legene mener selv at de er restriktive, men oppgir at de ikke har oversikt over hvor mange pasienter de regelmessig forskriver til, eller hvor mange B-resepter de forskriver per måned. Legene oppgir at pasienter hovedsakelig får slike preparater ved psykososiale problemer, det vil si diffuse plager som bygger på pasientens utsagn og ikke på konkrete prøveresultater eller klare kliniske diagnoser. Det kan være vanskelig for legen å stå i mot pasientens uttrykte behov for et B-preparat. Dette gjør at pasienten i relativt stor grad selv kan påvirke legens forskrivning.

En undersøkelse om brukernes erfaringer med legers forskrivningspraksis, tyder på at legen ofte tar initiativ til å forskrive vanedannende medikamenter for pasienter i akutte livskriser, og at medisiner ofte erstatter samtaler og støtte¹⁷. Brukerne i undersøkelsen savnet god informasjon om bivirkninger og avhengighet, og at legen i større grad tok initiativ til å avslutte

medisineren. I en annen undersøkelse¹⁸ opplevde kun 46 % av brukerne av benzodiazepiner at legen foreslo å avslutte den medikamentelle behandlingen.

Det er et faktum at vanedannende legemidler omsettes på det illegale rusmarkedet og brukes av andre enn vedkommende som legen har forskrevet legemiddelet til. Mesteparten av legemidler som omsettes illegalt er forskrevet av leger. De fleste havner sannsynligvis på avveier ved at pasienter selger dem videre i stedet for å benytte dem selv. B-preparater blir også tilgjengelige på det illegale markedet gjennom at pasienter «shopper» medikamenter hos ulike leger.

Ved skadelig bruk av benzodiazepiner brukes ofte helt andre doseringer enn ved terapeutisk bruk. Preparatene brukes til rus på samme måte som tradisjonelle narkotika, og blandes eller inntas samtidig med narkotika eller med andre B-preparater. Det er godt dokumentert at blandingsbruk som inkluderer benzodiazepiner har mange negative effekter. Benzodiazepiner kan forsterke effekten av rusmidler som alkohol og opiat. Effekten er doseavhengig. I flere undersøkelser er det funnet økt forekomst av asosial atferd, risikofylt sex og bruk av urene sprøyter ved blandingsbruk med benzodiazepiner. Opiatbrukere setter i stor grad benzodiazepiner

intravenøst og ofte i store doser kombinert med heroin. Flere dødsfall hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering er satt i sammenheng med samtidig bruk av benzodiazepiner¹⁹.

Andre legemidler med stort misbrukspotensiale er smertestillende og muskelavslappende

«Da jeg kom til legen første gang, spurte jeg ikke om medisiner. Legen bare skrev ut med én gang. Og slik fortsatte det i 20 år»²⁰.

«Legen sa lite eller ingenting om at pillene kunne være vanedannende. Hvis jeg hadde visst hvor vanskelig jeg skulle få det på grunn av dem, hadde jeg aldri brukt dem»²¹.

medisiner som Paralgin Forte og Somadril, samt hostestillende medisiner som Cosylan.

Det må utarbeides klare retningslinjer for hvilke spesifikke medisinske tilstander som bør behandles med B-preparater. Det påhviler Legeforeningen et ansvar for å bevisstgjøre leger når det gjelder forskrivning av B-preparater. Ved forskrivning av B-preparater bør det i størst mulig grad vises til fastlegen. Det bør etableres en melding til fastlegen dersom andre leger velger å skrive ut et B-preparat til en pasient.

Legeforeningen mener at det er behov for folkeopplysning om legemiddelavhengighet og følgene av dette. Videre trenger leger mer kunnskap om forsvarlig forskrivning og alternative tilnærminger ved behandling av angst- og smertetilstander. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling må innlemme behandling av medikamentavhengighet. Det bør opprettes et landsdekkende tilbud om behandling av legemiddelavhengige. Legeforeningen og tilsynsmyndighetene bør samarbeide om ordninger som kan bidra til forsvarlig forskrivning av vane-dannende legemidler.

Føre var eller etter snar?

2

Norge har tradisjon for å føre en restriktiv rusmiddelpolitikk. Bruk, besittelse og omsetning av illegale rusmidler blir møtt med bøter og fengselsstraffer, mens avgifter og tilgangskontroll har vært viktige og effektive virkemidler for å holde forbruket av alkohol nede. I de senere årene har den politiske aksepten for en restriktiv alkoholpolitikk blitt redusert. Forebyggingsstrategiene er endret i retning av tiltak som helseopplysning og holdningskampanjer. Det er dokumentert at slike tiltak har mindre effekt enn regulering av pris og tilgjengelighet²².

«I forebygging av alkoholskader er de populære tiltakene uten effekt og de effektive tiltakene politisk umulige».

Robin Room, sosiolog, alkoholforsker²³

Mens tendensen i Norge går mot større grad av tilgjengelighet

til og lavere avgifter på alkohol, er andre europeiske land i ferd med å stramme inn²⁴. Italia vedtok sin første alkohollov i 2001, og innførte blant annet ny promillegrense på 0,5. Portugal har innført reklameforbud på TV før kl. 2230, og i Spania er det flere steder innført drikkeforbud på offentlig sted for å motvirke økende ungdomsfill. Frankrike, hvis alkoholpolitikk tradisjonelt har vært rettet mot alkoholavhengige, vedtok i 2000 en handlingsplan som legger totalkonsumet til grunn. I det tradisjonelt liberale Nederland ønsker myndighetene på den ene siden å redusere antall coffee shops og skjerpe straffereaksjoner og på den andre siden å styrke behandling og forebygging. I 2006 legger EU frem sin første alkoholpolitiske strategi. Et diskusjonsnotat fra EU-kommisjonen viser at EU gradvis går i en restriktiv retning. Blant annet anbefales en felles minste aldersgrense for alkohol på 18 år, og at minsteavgiften på alkohol heves i tråd med inflasjonen.

Økt tilgjengelighet gir økt konsum som igjen øker antall helseskader knyttet til rusmiddelbruk. En mindre restriktiv alkoholpolitikk vil gi

større press på helsetjenesten, som i tillegg til å behandle alkoholrelaterte skader, må bruke flere ressurser på sekundærforebygging, dvs. kartlegging og rådgivning.

For å motvirke økende rusmiddelbruk og helseskade, mener Legeforeningen det er viktig å opprettholde en restriktiv rusmiddelpolitikk og videreføre de virkemidler som har vist seg å være effektive – dvs. høye avgifter og lav tilgjengelighet.

2.1 Primærforebygging – rusfrie arenaer og tett samarbeid

Rusvaner legges ofte tidlig i ungdomsårene, og ungdomstiden er en strategisk alder for å veilede og forebygge helseskader. De viktigste arenaene for helsefremmende og forebyggende arbeid ligger utenfor helsetjenestens ansvarsområde. Samtidig havner resultatene av mangelfull forebygging og helseskadelig atferd ofte på helsetjenestens bord.

Legeforeningen vil fremheve at det er viktig å opprettholde og etablere rusfrie arenaer, som ungdomsklubber og rusfrie diskotek. Idrettsmiljøer og andre miljøer som organiserer barn og unge, bør markere rusfrie holdninger ved at ledere og trenere går foran som gode forbilder.

Forebyggingsparadokset²⁵:

De som individuelt løper den største risikoen for å pådra seg skader og/eller problemer er personer med spesielt høyt alkoholforbruk. De som totalt sett, som en sum av alle skader, påfører samfunnet og seg selv størst skader, er normalbrukere, eller de måteholdne. Ut fra et samfunnsperspektiv er det derfor hensiktsmessig å holde totalforbruket av alkohol på et så lavt nivå som mulig.

2.1.1 Helsetjenesten er en viktig forebyggingsarena

Leger er sentrale for å kunne registrere helseskader relatert til rusmiddelbruk og rapportere disse²⁶. Gjennom å øke sin kompetanse om og kjennskap til effektive forebyggingsstrategier, kan leger dessuten bidra med råd til befolkningen generelt, samt politikere og andre beslutningstakere. Helsepersonell, og da spesielt leger, har et særlig ansvar for å informere om hvilken risiko den enkelte utsetter seg for. Leger blir i stadig større grad oppfordret til å kartlegge levevaner og risikoatferd for deretter å kunne gi råd til sine pasienter.

Legeforeningen mener at leger har et særlig ansvar for å informere om helsesisiko ved rusmiddelbruk. Tidlig identifisering av risikofylt eller skadelig rusmiddelbruk kan bidra til færre helseskader. I møte med pasienter må legen derfor vurdere muligheten for at rusmidler kan være en medvirkende årsak til helseplager.

De samme metodene for tidlig identifisering og kartlegging kan også benyttes av annet helsepersonell i primærhelsetjenesten, for eksempel helsesøstre og jordmødre. Også spesialisthelsetjenesten bør kartlegge alkoholforbruk der det er relevant, spesielt i forbindelse med akuttinnleggelser både i somatiske og psykiatriske avdelinger.

Ca. 70 % av befolkningen er i kontakt med fastlegen regelmessig, og fastlegen har derved en viktig rolle med hensyn til å forebygge skadelig rusmiddelbruk. I de fleste konsultasjonene i allmennpraksis vil det ikke være noen åpenbar sammenheng mellom helseplager og skadelig bruk av rusmidler. Pasienten vil ofte holde rusproblemer skjult for legen i lang tid – i mange

tilfeller oppdages skadelig rusmiddelbruk først hvis pasienten kommer til legevakt. Regelmessig/skadelig rusmiddelbruk kan imidlertid manifesteres gjennom generelle symptomer som muskelverk, søvnvansker, angst, høyt blodtrykk eller småskader, og dermed gi behov for sykemeldinger og behandling som pasienten oppsøker fastlegen for.

Fastleger må i særlig grad rette oppmerksomhet mot rusmiddelbruk blant gravide, både i egen praksis og på helsestasjonen. Alkohol øker risikoen for medfødte misdannelser, avvikende utseende, veksthemming, hjerneskader, atferdsforstyrrelser og kognitive problemer hos barnet. En rekke studier viser at selv moderate mengder alkohol kan ha negativ effekt på fosteret. Lavt inntak av alkohol assosieres særlig til atferdsforstyrrelser og kognitive problemer. Ifølge flere forskningsrapporter, blant annet en ny norsk rapport²⁷, finnes det ikke noen sikker nedre grense for alkoholinntak når det gjelder barns mentale utvikling i svangerskapet. Alkohol kan skade fosteret i alle faser av graviditeten, og ser ut til å øke risikoen for spontanabort og fosterdød. Skadevirkningene er livsvarige, og spenner bredt. På bakgrunn av dette anbefaler nå Sosial- og helsedirektoratet totalavhold under svangerskapet, i likhet med helsemyndigheter i en rekke europeiske land.

For at folkehelseopplysning skal være troverdig, er det vesentlig at den er basert på vitenskapelig dokumentert kunnskap. Forskning viser at bruk av alkohol i svangerskapet kan skade fosteret, men det er ikke entydig påvist at alkoholinntak i små mengder, det vil si 1–7 glass (ett glass = 10 g alkohol) per uke, er skadelig. Samtidig vet vi at alkoholkonsumet til kvinner i fertil alder har økt markant gjennom de siste tre tiårene²⁸. Gjennomsnittsalderen til fødende i Norge er 29 år. I perioden 1973–99 økte alkoholkonsumet til kvinner mellom 25–29 år med ca. 45 %. Debutalderen for alkohol har holdt seg stabilt på ca. 14–15 år i en årrekke, og svært

mange gravide har følgelig godt etablerte alkoholvaner. I Norge har man også et drikkemønster hvor mange drikker betydelige mengder i helgene. Legeforeningen mener derfor at det er grunn til å vise varsomhet og følge føre-var-prinsippet i forhold til svangerskap og alkohol, og støtter Sosial- og helsedirektoratets anbefaling om totalavhold under svangerskapet.

Ettersom kunnskapen om hvor små mengder alkohol som kan skade fosteret er usikker, anbefaler Legeforeningen at gravide er føre var og avholder seg fra alkohol i svangerskapet.

2.1.2 Mennesker i faresonen – fastlegens rolle

Drikkemønsteret i Norge endrer seg, og med endringen oppstår det også andre uttrykk for avhengighet. Den tradisjonelle forfyllede og sosialt degraderte Jeppe er blitt mindre fremtredende. I stedet ser vi at et mer kontinentalt og jevnt drikkemønster kan gi avhengighet hos personer som har sitt sosiale og yrkesmessige nettverk intakt. Blandingsmisbruk er blitt vanligere, for eksempel blir kokain brukt som oppkvikkende middel ut på natten når alkoholrusen gjør brukeren «tung». Dette kan være livsfarlig: Det er rapportert dødsfall fordi farlig høy alkoholkonsentrasjon kamoufleres av kokainets sentralstimulerende effekt og kan bli dødelig når kokainet raskt går ut av blodbanen.

Kvinner drikker mer enn før, og bør vies spesiell oppmerksomhet av hjelpende instanser fordi de presenterer sine alkoholproblemer på en annen måte enn menn. Flere undersøkelser tyder på at kvinners skadelige omgang med alkohol, gjerne blandet med legemidler, får utvikle seg over lengre tid enn hos menn før de

kommer i kontakt med behandlingsapparatet. Ofte er det helsetjenesten som er innfallsporten til diagnostikk og behandling. At legen har kunnskap om symptomer og tegn ved alkoholavhengighet og ferdigheter til å motivere for endring eller behandling, vil kunne være avgjørende for den enkelte pasients evne til å gjennomføre behandling.

Med rusreformen har fastlegen fått en selvstendig rett til å henvise ruspasienter til behandling ved tverrfaglige spesialiserte tjenester. I forhold til de nye gruppene alkoholavhengige er dette viktig, for de har sjelden hatt kontakt med sosialtjenesten og fanges dermed ikke opp.

Forskning har vist at tidlig identifisering og enkel intervensjon ved risikofylt alkoholbruk kan redusere forbruket og derved senke risikoen for helseskader. Det er også vist at hvis legen stiller målrettede spørsmål om alkoholvaner i en legekonsultasjon, og følger opp i senere konsultasjoner, vil pasienten kunne redusere forbruket av alkohol og dermed risiko for sykdom og skade²⁹. Men mange leger synes det er vanskelig å reise temaet alkohol i konsultasjonen. I norsk allmennmedisin har det også vært en betydelig skepsis til generelle screeningprogrammer for å avdekke risiko. Gjennom mer målrettet utspørring i forbindelse med skader og helsetilstander der alkohol/rusmidler kan være en medvirkende faktor, kan fastleger bidra til å rette oppmerksomheten mot rusmidler som risikofaktor for sykdom og helseskader³⁰. Det er viktig at leger lærer seg metoder for å identifisere de pasientene som bør redusere risiko.

Ved å styrke allmennlegenes kunnskaper og ferdigheter i forhold til diagnostikk og behandling vil man kunne bidra til å redusere alkoholskader generelt og hjelpe den enkelte til å søke behandling på et tidligere stadium, og derved øke sjansene for å komme ut av avhengigheten.

Rusmiddelavhengighet og skadelig bruk av rusmidler berører familie og nettverk. I tillegg til bekymringer for brukeren, får pårørende ofte

egne symptomer og plager. Barn av foreldre med skadelig rusbruk står i risiko for å selv å utvikle skadelig rusbruk. De helsemessige konsekvensene for barn og pårørende er en økende utfordring for helsevesenet. Både med hensyn til forebygging og tidlig identifisering og intervensjon er det viktig at helsetjenesten retter oppmerksomheten mot denne type rusrelaterte problemer. Fastlegen har en viktig oppgave i å avdekke problemer som familie og nettverk kan ha, og i å sørge for at familien får hjelp og støtte.

Norske leger må få økt kompetanse om rusmiddelbruk og helseskader. Undervisning om rusmiddelskader må styrkes i grunnutdanningen. Leger må delta i forskning og utvikling på området for å ha oppdatert kunnskap, og opparbeide ferdigheter i å ta opp vanskelige temaer som rusmiddelbruk i konsultasjonen. Legeforeningen vil utvikle kurs om kommunikasjon for allmennleger hvor man tar opp vanskelige temaer som rus, samt arbeide for innføring av takster i forhold til behandling ved skadelig alkoholbruk.

2.1.3 Skolehelsetjenesten

Mange ungdommer gjør sine første erfaringer med rusmidler i 12–15 årsalderen. Noen etablerer alvorlig, skadelig bruk, ofte blandingsmisbruk. Skolehelsetjenesten har et stort ansvar i å fange opp og få kontakt med barn og unge som er i risiko for å utvikle skadelig bruk av rusmidler. Høyt skolefravær, dårlig sosial tilpasning, bruk av vold, selvskading og påfallende fall i skoleprestasjoner bør vekke mistanke om rusmiddelbruk. De siste årene er det rapportert en klar økning i tidlig seksualdebut og seksuelle overgrep hos rusmiddelpåvirket ungdom. Skolelege og helsesøster bør være i kontinuerlig dialog

med både elever og lærere omkring disse problemene. De bør i tillegg gi elevene tilbud om samtaler/undersøkelser.

Skolehelsetjenesten er nedprioritert i mange kommuner. Legeforeningen vil arbeide for at skolehelsetjenesten styrkes, slik at den bedre kan oppdage og hjelpe barn i risikosoner. Det gjelder både barn/unge som selv utvikler et rusproblem, og barn/unge som er preget av og har problemer på grunn av foreldres bruk av rusmidler. Legeforeningen vil understreke behovet for et tettere samarbeid mellom skolelege, helsesøster, skole og fastlege.

2.1.4 Arbeidsplassen – forebyggingsarena som kan utnyttes bedre

Arbeidslivet er i stor utstrekning en rusmiddelfri sone og har høy oppslutning i befolkningen som det. Over 95 % mener at det er galt å drikke på arbeid, ifølge spørreundersøkelser som MMI med jevne mellomrom gjennomfører på oppdrag fra Alko Kutt. Likevel viser erfaring at det blir flere randsoner med tilknytning til arbeid hvor det drikkes alkohol, for eksempel på sosiale sammenkomster i bedriftens regi m.m. Den generelle utviklingstrenden er at arbeid og alkohol oppleves å høre stadig mer sammen³¹. AKAN (Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani) anslår at opptil 5 % av arbeidstakere har et så stort forbruk av rusmidler at det vil kunne gå ut over jobben.

Arbeidsplassen er godt egnet som arena for forebygging av rusmiddelrelatert skade og sykelighet. Størst utbredelse i norsk arbeidsliv har AKAN, et trepartssamarbeid mellom staten, NHO og LO, som siden 1963 har drevet rusforebygging på arbeidsplasser. Ca. 1/2 million

arbeidstakere er i dag omfattet av AKAN. I en undersøkelse som Arbeidsforskningsinstituttet har gjennomført på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet, oppgir likevel kun 9 % av alle norske virksomheter at de driver rusmiddelforebyggende arbeid³². I bedrifter hvor det er kjent at en ansatt har problemer med rusmidler, har 39 % satt i gang tiltak for å hjelpe den ansatte. 78 % av disse benytter bedriftshelsetjenesten i oppfølgingsarbeidet.

Bedriftshelsetjenesten har en sentral og viktig rolle både i det forebyggende AKAN-arbeidet og i arbeid med å følge opp og hjelpe ansatte med rusmiddelproblemer. Viktige stikkord er tidlig intervensjon og identifisering av høyrisikogrupper, og rask oppfølging med forebyggende tiltak. Dette er tiltak som fastlegen, som ikke kjenner bedriftens HMS-regler, prosedyrer og arbeidsoppgaver, i mindre grad kan bistå med. Nærmere 80 % av arbeidstakerne som får hjelp for sitt rusmiddelproblem, fortsetter å arbeide i bedriften, viser erfaringsmaterialet fra AKAN. Det er grunn til å tro at det rettes altfor lite oppmerksomhet mot illegale rusmidler og vanedannende legemidler i AKAN.

Bedriftslegen bør være pådriver i bedriftens primærforebyggende arbeid gjennom bedriftens AKAN-utvalg. AKAN-utvalget er et underutvalg til arbeidsmiljøutvalget. Det bidrar til større grad av åpenhet om problemer og en bedre dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Bedriftslegen bør også delta aktivt i sekundærforebygging og i rehabilitering av ansatte med et for høyt rusforbruk.

Omlag halvparten av norske arbeidsplasser har bedriftshelsetjeneste.

Legeforeningen mener at arbeidsplassen som forebyggingsarena for skadelig rusmiddelbruk bør utnyttes bedre enn i dag. Arbeidet må forankres i bedriften, f. eks i AKAN-utvalg, og støttes av bedriftshelsetjenesten. Legeforeningen vil ta initiativ til å styrke videre- og etterutdanning i arbeidsmedisin for å øke kunnskapen om rusmiddelarbeidet.

Fra sosialtjeneste til helsetjeneste – bedre tilbud?

Mennesker som trenger behandling for ruslidelser er en uensartet gruppe med mange sammensatte problemer og med særegne behandlingsbehov. Det er store variasjoner med hensyn til omfang og art av skadelig bruk, psykososiale faktorer og psykisk og somatisk helsetilstand. Et økende antall er blandingsbrukere, det vil si at de ruser seg på både alkohol, legemidler og illegale rusmidler. Over halvparten av de behandlingstrengende har en psykisk lidelse av lengre varighet, som angst, depresjon og selvmordstanker. Like mange har somatiske skader og sykdom som skyldes et høyt forbruk av rusmidler. Ifølge fagfolk innen rusfeltet, har misbruksbildet endret seg de siste årene. Pasientene er generelt blitt dårligere, både fysisk og psykisk.

En slik mangfoldig pasientgruppe fordrer et differensiert og sammenhengende behandlingsnettverk som kan yte helhetlige og individuelt tilpassede helse- og sosialtjenester. Et helhetlig tjenestetilbud er også en vesentlig intensjon ved rusreformene. Med reformene ble behandling for rusmiddelavhengighet omdefinert fra å være en sosialtjeneste med medisinske tilleggstjenester til en fullverdig spesialisthelsetjeneste med sosial omsorg. Endringen var begrunnet i et behov for å styrke det helsemessige behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige, og for å få bedre sammenheng mellom rusfaglig behandling og spesialisthelsetjenester innen somatikk og psykiatri. Tilbudet har fått betegnelsen tverrfaglig spesialisert behandling, noe som understreker at det skal være balanse mellom faggrupper, og mellom det sosialfaglige og medisinske perspektivet. Tjenesten skal være basert på helhetlige tilnærminger og være individuelt tilpasset. For å legge til rette for at brukerne skal få lettere tilgang til nødvendige helsetjenester for å lindre somatiske og psykiske plager, har både fastleger og sosialkontor fått henvisningsrett til tverrfaglig spesialisert behandling.

3.1. Behandlingstilbud med mange fasetter

På kommunalt nivå er det fastlegene, sosialtjenesten og pleie- og omsorgstjenesten som har ansvar for at ruspasienter får tilbud om helhetlige og individuelt tilpassede helse- og sosialtjenester. Fastlegene skal utrede og behandle somatiske og psykiske helseproblemer hos rusmiddelbrukere, medvirke til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og samarbeide med andre tjenesteytere som brukeren har behov for.

Siden 1998 har flere kommuner opprettet lavterskel helsetjenestetilbud for tunge rusmiddelbrukere, hvor sykepleiere utfører helsesjekk, stell av sår og diagnostikk i forhold til hepatitt og HIV, vaksinerer, vurderer pasientens psykiske helse, sørger for videreformidling til øvrig helsetjeneste, innleggelse, følger opp etter overdose, yter smittevern, gir veiledning m.m.

Fengselshelsetjenesten utgjør også en del av helsetjenesten til rusmiddelbrukere. Ett av tiltakene i fengslene er å motivere for behandling.

En rekke somatiske sykehusavdelinger, som infeksjonsmedisinske avdelinger, indremedisinske avdelinger, kirurgiske skadeavdelinger, fødeavdelinger og avdelinger for seksuelt overførte sykdommer, yter helsetjenester til rusmiddelbrukere. Videre får rusmiddelbrukere behandling innen psykisk helsevern for voksne. Noen psykiatriske poliklinikker har egne rusteam eller psykiatriske ungdomsteam (PUT) som primært arbeider med pasienter som har et rusmiddelproblem, eventuelt kombinert med psykisk lidelse.

Behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige i Norge har tradisjonelt vært dominert av behandling i døgninstitusjon, men polikliniske tiltak utgjør også en stor del. Tiltakene legger ulik vekt på sosialfaglige og helsefaglige tilnærminger, og varierer med hensyn til lengde og intensitet på behandlingen. Grovt sett kan man si at behandlingstiltak for alkoholavhengige er av kortere varighet enn behandlingstiltak for

brukere av illegale narkotiske stoffer. Behandlingstilbudet er i ulik grad kunnskapsbasert, det vil si at hvorvidt behandlingstilbudet bygger på tilgjengelig vitenskapelig dokumentert kunnskap varierer.

I 2004³³ var det totalt 4 323 behandlingstilbudsplasser for rusavhengige, fordelt på godt og vel 200 institusjoner. 3 619 var døgnplasser, 303 dagplasser og 401 for ettervern.

I en rapport om helsetjenestetilbud til rusmiddelavhengige som ble lagt frem i 2005, konkluderer Helsetilsynet³⁴ at hovedinntrykket er at mange ikke får de tjenestene de har behov for. Situasjonen er særlig bekymringsfull for tunge rusmiddelavhengige, som til dels har alvorlige psykiske og somatiske lidelser og høy dødelighet. Terskelen for å bli henvist til helsetjenesten er ofte høy, og så vel akuttmedisinske som langvarige behandlingssopplegg i spesialisthelsetjenesten, er ofte mangelfulle. Rapporten slår fast at det er store variasjoner med hensyn til lengde i behandlingsopphold og innhold i behandlingssopplegg fra den ene institusjonen til den andre. Det er også geografiske ulikheter knyttet til praktisering av tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Mye tyder på at mange rusmiddelavhengige ikke mottar en forsvarlig helsetjeneste, eller får innfridd sine rettigheter overfor helsetjenesten.

Etter rusreformen har de regionale helseforetakene overtatt ansvaret for 32 fylkeskommunale behandlingstiltak, og trådt inn i tidligere fylkeskommunale avtaler med 42 private behandlingstiltak. De regionale helseforetakene er pålagt å utarbeide handlingsplaner for behandling av rusmiddelavhengige.

Legeforeningen støtter rusreformen, men understreker at økt oppmerksomhet om helsefaglig utredning og behandling ikke må gå på bekostning av gode, velfungerende sosialpedagogiske tiltak. For å få til en reell styrking av helsetjenestene til ruspasienter, er det nødvendig å bygge ut sammenhengende behandlingsskjeder hvor kommune- og spesialisthelsetjeneste samarbeider, og sikre at pasientene får gode bolig-, arbeids- og skoletilbud.

3.2 Behandling av alkoholavhengighet – hva bør det være?

Avdeling for kunnskapsstøtte i Sosial- og helsedirektoratet har gjennomgått internasjonal forskningsbasert dokumentasjon om forebygging, behandling og skadereduserende tiltak for alkohol- og narkotikaproblemer³⁵. Til tross for metodologiske begrensninger i oversiktsartiklene og enkeltstudiene, viser kunnskapsoppsummeringen at det finnes tilstrekkelig dokumentasjon for at tiltak har effekt innenfor områdene:

- Sekundærforebygging mot risikofyllt alkoholkonsum
- Legemiddelbehandling av alkoholabstinens
- Psykososial behandling av alkoholavhengighet.

Det betyr ikke at det ikke finnes dokumentasjon på effekt også på andre områder, men disse har ikke blitt identifisert gjennom de søk som ligger til grunn for sammenstillingen.

Det er sammenfallende resultater i mange studier som blant annet viser at:

- Mini-intervensjoner reduserer alkoholkonsumet blant personer med høyt konsum, men som ikke er avhengige.

- Benzodiazepiner reduserer risikoen for å utvikle abstinenskramper og abstinenssyndrom blant alkoholavhengige.
- Spesifikk psykososial behandling reduserer alkoholkonsumet blant avhengige, der mer omfattende behandling rettes mot personer med moderate til alvorlige alkoholavhengighetsproblemer.
- Rådgiving og bruk av legemidler hindrer tilbakefall blant alkoholavhengige.

Oppsummeringen viser at spesifikke psykososiale behandlingsmetoder virker bedre enn generell støttebehandling når det gjelder å redusere alkoholkonsumet. Motiverende samtaler synes å høyne effekten av annen behandling. Det AA-inspirerte (anonyme alkoholikere) 12-trinnsprogrammet har også bedre effekt enn uspesifikk behandling, og involvering av pårørende kan gi positivt resultat.

Det kan også se ut til at såkalt integrert behandling ved samtidig alvorlig psykisk lidelse synes å ha bedre effekt enn om tilstandene behandles hver for seg (sekvensiell behandling). For å gi et tilpasset behandlingstilbud er det nødvendig med en grundig diagnostisk prosess forut for behandlingen

Det aversive medikamentet disulfiram (Antabus®) er tradisjonelt brukt i medikamentell behandling av alkoholavhengige. Stoffet skaper en reaksjon i kroppen ved alkoholinntak som gir ubehagelige virkninger som derved skal hindre tilbakefall i bruk av alkohol. Etter hvert har det kommet flere medikamenter på markedet som skal hindre tilbakefall. Kunnskapsoppsummeringen viser videre at disse medikamentene sammen med overvåking eller rådgiving reduserer alkoholforbruket hos personer med problematisk alkoholforbruk. En rekke andre medikamenter synes også å være nyttige i behandlingen. Det vises også at bruk av ulike medikamenter i avgiftingsfasen kan bidra til å lindre abstinenssymptomene.

3.3 Unge i risikogrupper

Noen ungdommer er mer utsatt enn andre for å få alvorlige rusproblemer. Mange – men ikke alle – unge i risikozonen kommer fra familier og miljøer med store sosiale problemer, gjerne med skadelig bruk av rusmidler. Ofte vil det være unge som debuterer tidlig med å bruke og eksperimentere med rusmidler, og unge med uakseptabel atferd med mye vold og kriminalitet. I Legeforeningens statusrapport om helse-tjenester for unge³⁶, fremgår at en stor andel av alvorlige voldshandlinger begås av unge med store rus- og atferdsproblemer. Mange av disse ungdommene har sammensatte problemer, gjerne kjennetegnet av empatiforstyrrelser og sviktende evne til å kontrollere aggresjon. Internasjonal forskning viser at man senere finner igjen en stor del av denne ungdomsgruppen blant rusmiddelavhengige pasienter med alvorlig sinnslidelse.

Unge med alvorlige psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser er også utsatt.

For å legge til rette for tidlig intervensjon, er det nødvendig at sosial- og helse-tjenesten har oppmerksomhet rettet mot unge i risikogrupper. Skolehelsetjenesten, i samarbeid med pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), fastlege og barnevern, har et særlig ansvar for å ha et våkent øye på dette.

Det er et skjønnsspørsmål hvor grensen mellom unge i risikozonen og annen ungdom som eksperimenterer med illegale rusmidler går, og anslagene for hvor mange som faller inn under kategorien er usikre. I SIRUS' årlige spørreundersøkelser om rusatferd blant ungdom mellom 15–20 år, svarte mellom 0,4 og 0,9 % i årene 2000–04 at de hadde prøvd heroin eller liknende stoffer, og mellom 0,6 og 1,6 % at de

hadde injisert stoffet. Ikke alle utvikler avhengighet, men sannsynligvis en ganske stor andel. Brukertallene i aldersgruppen 21–25 år vil trolig være høyere. Vi vil antyde at 0,25–0,50 % av ungdomskullene fra 15 til 25 år kan falle inn under denne kategorien. Tallmessig vil det si 1 500–3 000 personer. Det vil være store geografiske forskjeller, med en konsentrasjon i de større byene.

Ungdom i risikozonen står i fare for å utvikle opiatdominert injiserende rusbruk. De medisinske så vel som de sosiale konsekvensene er store: Injisering av heroin medfører risiko for overdose og død, ikke minst hos unge og uerfarne brukere. Tall fra Kripos viser at 19–25 % av narkotikadødsfallene skjer i aldersgruppen 15–25 år, og av disse ca. $\frac{3}{4}$ i gruppen 21–25 år. Kripos antar at mellom 32 og 74 dødsfall som årlig ble registrert i denne aldersgruppen i perioden 2000–04, skyldes illegale rusmidler. Ungdommene har økt risiko for skader og eventuelt død gjennom selvskadning og påførte skader gjennom ulykker og voldshandlinger. Dødsfall som skyldes annen sykdom, selvmord, vold og ulykker fanges ikke opp av disse tallene. Det regnes gjerne med at årlig dødelighet blant tungt belastede rusmiddelbrukere er 2–4 % pr. år.

Blodsmittevirus overføres ved at brukerne benytter hverandres sprøyter og/eller brukerstyr. HIV er sjelden blant injiserende rusmiddelbrukere i Norge, men det er ikke usannsynlig at vi kan få en ny epidemisk spredning i stor målestokk. Hepatitt C er vanlig, og det antas at 10 % av sprøytebrukerne årlig er i risiko for å pådra seg hepatitt C-smitte. Trolig vil et flertall av unge i risikozonen være smittet av hepatitt C når de er 25 år. Det finnes ingen vaksine for HIV og hepatitt C. Medikamentell behandling er mulig, men langvarig og komplisert med alvorlige bivirkninger av psykisk karakter. Det er identifisert sju ulike genotyper av hepatitt C, og bare to av dem responderer godt på behandling. Behandlingen krever at pasienten ikke injiserer

– da kan de smittes på ny med annen genotype. For hepatitt A og B finnes vaksine, og det er viktig at alle unge injiserende rusmiddelbrukere vaksineres.

Uhygienisk bruk av sprøyter medfører også risiko for annen sykdom. Lokaliserte infeksjoner i hud og underhud er vanlige, og krever ofte kirurgisk behandling. Spredning gjennom blodet av bakterier fra slike infeksjoner, kan føre til alvorlige systemiske infeksjoner som blodforgiftning (sepsis), bakteriell betennelse på hjerteklaffene (endokarditt), infeksjon i beinvev (osteomyelitt) og andre. Slike infeksjoner kan i verste fall være dødelige. Sprøytebruk kan også føre til årebetennelser og utvikling av blodpropper i perifere vener og lunger, som kan gi svært alvorlig sykdom. Ikke-dødelige overdoser, der pasienten blir liggende lenge i koma, kan gi nedsett blodtilførsel til muskler og skade nerver med påfølgende muskel- og nerveskader og nyresvikt (rhabdomyolyse). Slike overdoser kan også redusere blodtilførselen til hjernen og dermed forårsake hjernesvikt som blant annet kan gi kognitiv svikt.

De sosiale konsekvensene av tidlig tungt opiatmisbruk er store. Opiatavhengighet fører fort til sosialt forfall–svært mange havner i en kronisk ruskarriere med avhengighet, skadelig bruk, kriminalitet og store sosiale problemer i forhold til bolig, økonomi, sysselsetting med mer. Belastningen på familie og nære nettverk er vanligvis stor. De sosiale skadevirkningene for samfunnet er omfattende fordi svært mange ikke vil komme gjennom utdanning og ut i arbeid, og mange vil havne i en kriminell løpebane.

3.3.1 Behandlingsapparat tilpasset pasienten

Alvorlig rusmiddelbruk er en sammensatt og alvorlig lidelse med store fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser som krever langvarig, omfattende, komplisert og ressurskrevende

behandling. Behandlingen må involvere en rekke instanser, både i kommunene og i den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingstjenesten. Det er avgjørende at disse samarbeidspartnere klarer å samhandle med pasienten og hverandre.

Innsatsen for å behandle rusmiddelbrukere har vært stor gjennom lang tid. Når problemet likevel ikke er løst, viser det hvor omfattende og komplisert dette fagfeltet er. Svært mange av dem har vært kjent i hjelpeapparatet lenge. De unge har ofte hatt kontakt med barnevern, barne- og ungdomspsykiatri, pedagogisk-psykologisk tjeneste med mer. De eldre og mer etablerte rusmiddelbrukerne har hatt kontakt med sosial- og helsetjenesten på ulike nivåer, og har gjerne hatt flere runder med behandlingsforsøk. Disse pasientene følger sjelden vanlige normer for pasientatferd, kommer ofte i konflikt med hjelpeapparatet, og har flyktige behandlingstakter. Dette fører ofte til at de ikke benytter det vanlige hjelpeapparatet eller har belastet deler av det i en slik grad at de avvises. Det er grunn til å evaluere den innsatsen som gjøres med hensyn til virkning og hensiktsmessighet.

Legeforeningen mener at det er behov for en omfattende innsats for å gjøre disse gruppene i stand til å motta hjelp på en mer effektiv måte. Først må basisbehov som bolig, omsorg og økonomi dekkes. Når dette er etablert, må behandlingsnettverket organiseres slik at nødvendige tjenester kan aktiviseres ut fra pasientens behov. Ofte er det nødvendig å etablere fellessoner, hvor det er overlappende ansvar mellom de ulike behandlingsnivåene.

Individuell plan står sentralt i behandlingsnettverket – stort sett alle disse pasientene vil ha rett til en slik plan. I svært mange tilfeller vil ansvarsgrupper være et tjenlig middel til å samordne innsatsen fra de ulike delene av hjelpe- og rehabiliteringsapparatet.

Fleksibilitet er et viktig stikkord. Hjelpeapparatet må vise at døren er åpen, selv om pasienten i utgangspunktet kanskje ikke ønsker å gå inn.

Første skritt er å etablere kontakt gjennom åpenhet og tålmodighet. Det er ofte de kommunale tjenestene i førstelinjetjenesten som har kontakt med de tunge rusmiddelbrukerne gjennom oppsøkende ungdomskontakter, sosialtjeneste, helsesøstre eller fastleger. Første fase av kontakten består gjerne i å motivere for videre hjelp.

Fastlegen bør ha en koordinerende rolle i dette feltet, og det er viktig at legen inngår i et tverrfaglig arbeid med og rundt pasienten. Fastlegen bør ha en aktiv rolle i den medisinske behandlingen, og kan også bidra i den generelle rehabiliteringen. I de tilfeller der det utvikles et godt lege-pasient-forhold, vil fastleger kunne spille en viktig stabiliserende rolle i et langt tidsperspektiv for slike pasienter.

Neste skritt kan ofte være henvisning til den tverrfaglig spesialisthelsetjenesten i form av ruspoliklinikker. Der bør det gjennomføres utredning av psykiatrisk lidelse og avhengighet. Utredningen bør ende opp i en diagnostisk vurdering og forslag til individuelt tilpasset behandling, poliklinisk eller i institusjon. Etter at behandling er gjennomført, eller som del av denne, gjennomføres rehabiliteringstiltak og endelig bør de ha tilpasset varig oppfølging.

Legeforeningen understreker behovet for faglighet i de diagnostiske og behandlingsmessige vurderingene. For alle tunge rusmiddelavhengige – og ikke minst for de unge – må det foreligge en grundig medisinsk-faglig vurdering som grunnlag for videre behandling og rehabilitering.

De færreste av disse pasientene vil gå gjennom en behandling uten avbrekk, tilbakeslag og «sprekk». Det er viktig å betrakte slike avvik fra behandlingsplanen som et uttrykk for lidelsen, og være forberedt på at avvikene som regel vil oppstå. Til-

taksnettverket må derfor være fleksibel: Man må ta høyde for avvikene, og ta pasientene inn igjen etter avvik. Ofte må behandlingsapparatet «løpe etter» pasientene. Det er nødvendig at behandlingsapparatet tilpasser seg pasientene og det særegne ved deres lidelse, og ikke motsatt.

3.3.2 Unge med dobbeltdiagnose – rus og psykiatri

Dobeltdiagnoser defineres som samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmiddelbruk, og denne pasientgruppen utgjør omtrent 1 ‰ av befolkningen (4000 personer i Norge til enhver tid)³⁷. Rundt halvparten av de som har en alvorlig sinnslidelse, har også store deler av livet et rusproblem. For personer med angst og depresjon gjelder dette mellom en tredjedel og en fjerdedel.

Disse pasientene er kanskje den minst tilpassningsdyktige delen av befolkningen. De har gjennomgående massiv funksjonssvikt og dårlig eller manglende evne til å benytte seg av tjenestetapparatet, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. De har i beste fall en viss kontakt med sosialkontoret og er svingdørspasienter i den tradisjonelle psykiatrien. De får enten ingen behandling, eller de har forsøkt alt uten at noe behandlingstilbud kan gi dem den hjelpen de har behov for. For å nå frem til flest mulig av pasientene, er det nødvendig å tilpasse behandlingsapparatet og de rammene det opererer med, både i den primære helse- og sosialtjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Når pasientene blir 18 år og voksenpsykiatriens ansvar, har mange allerede en lang karriere som rusmiddelbrukere med psykiske plager. En del av pasientene har utviklet omfattende skadelig rusbruk før de har fylt 15 år. Vi vet at jo tidligere man kommer til med adekvat behandling, desto større er sannsynligheten for at behandlingen har effekt. Ved å fange opp disse ungdommene tidligst mulig, vil man kunne oppnå

langt større behandlingseffekt enn om man senere skal arbeide oppsøkende mot gruppen eller vente til de blir henvist til behandling. En effektiv måte å fange dem opp på, er å følge opp elever som faller ut av skoleverket ettersom disse blir registrert i etablerte systemer. Et samarbeid mellom etater vil bidra til å bedre behandlingsdekningen og prognosen i betydelig grad. En mer aktiv bruk av rettighetene som mange av ungdommene har i henhold til Opplæringsloven, vil også kunne gi nye muligheter.

Forskning viser at behandling rettet mot personer med dobbeltdiagnose nytter, forutsatt at man gir behandling på en spesiell måte. Det omfatter integrert behandling, motivasjonsarbeid og psykoedukasjon, dvs. å lære opp pasienter og pårørende i sykdom og behandling. Dette er ikke vanlige behandlingsmetoder i Norge. Dermed får ikke unge med dobbeltdiagnose adekvat behandling i norsk helsetjeneste. Det er nødvendig å ruste opp og dyktiggjøre behandlingsapparatet gjennom en omfattende kompetanseheving for alle involverte yrkesgrupper. Det er videre viktig å føre en aktiv rekrutteringspolitikk med hensyn til nøkkelpersonell. Dette er presisert i helsemyndighetenes føringer gjennom de siste årene, men er ennå ikke implementert.

Over 50 % av pasientene i det offentlige psykiske helsevernet har et rusproblem i store deler av livet. Helseutdanninger ved høyskoler og universitet har for lite undervisning innen rus. Mye taler for at integrert behandling er den beste tilnæringsmåten ved behandling av pasienter med dobbeltdiagnose. Legeforeningen mener derfor at alle som utdanner seg innenfor psykiatri/psykisk helsearbeid/psykolog samtidig må lære om rus og rusbehandling og integrert behandling.

Det er behov for å utvikle et systematisert utredningsopplegg for rusmiddelbrukere med psykiske lidelser. For å øke tilgjengeligheten til somatisk helsetjeneste, vil det være nyttig å utvikle rutiner for somatisk oppfølging og tilpassning.

Kontinuitet i behandlingen er den enkeltfaktoren som har vist seg å være viktigst for å oppnå et godt behandlingsresultat for pasienter med dobbeltdiagnose. I dag faller dobbeltdiagnosepasienter ofte mellom to stoler, og ungdom med denne tilstanden har flere stoler å falle mellom enn voksne. For mange av disse unge vil det være aktuelt med tiltak fra en lang rekke hjelpeinstanser: Ulike kommunale etater, barne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien, spesialteam for nysyke med schizofreni, Psykiatrisk ungdomsteam, rusteam, ambulante team og andre spesialiserte tjenester. Disse instansene er tradisjonelt i mindre grad samarbeidspartnere enn tilsvarende instanser for voksne.

Helt siden *Stortingsmelding 25 (1996-97) Åpenhet og helhet*³⁸, er det presisert at man skal ha fleksible grenser mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten, og at *«gråsonene skal være samarbeidssoner og ikke konfliktsoner»*. Dette er ennå ikke tilfelle. Rigide grenser som ekskluderer behandlingstrengende er fremdeles en realitet i store deler av helsevernet, både det somatiske og det psykiske. I tillegg medfører rusreformene at de psykiatriske ungdomsteamene i stor grad omorganiseres. Dette kan føre til at etablerte samarbeidsrelasjoner til bl.a. skoleverk og barnevern, blir brutt. Mange steder er det slik at psykiatriske ungdomsteam endres og bygges om til rusteam med 18 år som nedre aldersgrense, mot tidligere 15 år. Ungdom under 18 år blir dermed barne- og ungdomspsykiatriens ansvar. Barne- og ungdomspsykiatrien trenger økt kompetanse på diagnostisering og behandling av tidlige stadier av de alvorlige sinnslidelsene, som ofte kan debutere ned i 13–14 års alder. Barne- og ungdomspsykiatrien trenger også mer kom-

petanse i behandling av rusmiddelbrukere.

Hvis man skal lykkes i å bygge opp et godt behandlingstilbud med vekt på kontinuitet for denne pasientgruppen, er det nødvendig å utvikle en kultur for samarbeid mellom instansene. I stedet for å flytte pasienten mellom ulike tiltak, må man flytte på kompetansen og trekke veksler på andre personellgruppers kunnskap. I en tid da kravene til spesialisthelsetjenesten er store og trekker i flere retninger (økt produktivitet, økt sirkulasjon, økt samarbeid, prioritering av de mest alvorlig syke), er det viktig å synliggjøre at samarbeid ikke bare krever tid og ressurser, men at samarbeid også frigjør ressurser til spesialistbehandling og dermed kan sees på som en investering.

Dagens behandlingstilbud til unge dobbeltdiagnosepasienter er særdeles mangelfullt. Det polikliniske behandlingssystemet som kan inkludere disse pasientene er for lite utbygd, og i det tidligere rusvernet er lav alder, store atferdsproblemer, alvorlige psykiske lidelser og medikamentell behandling ofte eksklusjonskriterier. Det er nødvendig med en nasjonal gjennomgang av eksisterende behandlingstilbud for å kunne innrette behandlingstiltak etter denne gruppens behov.

3.4 Helsetjenester for tunge rusmiddelavhengige

De tunge rusmiddelavhengige er definert ved følgende tre dimensjoner som vanligvis er til stede³⁹:

- Alvorlig intensivt og langvarig rusmiddelbruk

- Alvorlig fysiske og/eller psykiske lidelser og helseproblemer
- Alvorlig funksjonssvikt innen arbeidsmessig og sosial fungering

Definisjonen inkluderer tunge brukere av illegale rusmidler og tunge alkohol- og medikamentbrukere. Både dødelighet og sykkelighet er høyere enn i normalbefolkningen⁴⁰.

Statistikken viser også en markant økning i beslag av illegale narkotiske stoffer og i narkotikakriminalitet. Man anslår at det er mellom 11 000 og 15 000 aktive sprøytebrukere i Norge. Det er mer enn en fordobling av de beregninger som ble gjort på slutten av 1990-tallet. Det foreligger ikke tilsvarende anslag for andre narkotiske stoffer.

Det finnes lite systematisert kunnskap om de tunge rusmiddelavhengiges bruk av helsetjenester. Det er imidlertid grunn til å tro at de ikke klarer å nyttiggjøre seg regulære helsetjenester. De er vanskelige å nå for å gjøre avtaler, og når de først har fått en avtale har de problemer med å holde den. De har som regel heller ikke penger til å betale egenandeler. For at helsetjenesten skal være tilgjengelig for denne gruppen, må den organiseres annerledes. De siste årene har de største byene utviklet lavterskel helsetilbud. Ved hjelp av oppsøkende tjenester uten egenandeler, klarer man i større grad å fange opp og synliggjøre helseproblemene hos denne pasientgruppen.

Det er likevel fortsatt mye som gjenstår for at tjenestetilbudet kan sies å være godt nok. På oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet, beskrev SINTEF Unimed i 2003 status på tjeneste- og behandlingstilbudet til de tunge rusmiddelbrukere og hvilke tiltak som er nødvendige for å dekke behovet for tjenester⁴¹. Rapporten konkluderte blant annet med at:

- Det er behov for mer integrerte modeller for samarbeidet mellom sosialtjenester og

helsetjenester, eventuelt kombinert med korttidsopphold i institusjoner.

- Det er trolig behov for større kapasitet for avrusing, og da særlig den avrusing som bør skje innen spesialisthelsetjenesten.
- Døgnplasser i rusinstitusjonene må sikres opprettholdt.
- Det er behov for større kapasitet innen legemiddelassistert rehabilitering.
- Det er behov for økt kapasitet og nye tilbud (integrerte tjenester) innen psykisk helsevern for pasienter med alvorlige rusproblem og psykisk lidelse.

Videre konkluderte rapporten med at det er behov for en langsiktig nasjonal strategi for forskning om tjenestetilbudene for rusmiddelbrukere, der man kombinerer epidemiologisk forskning, klinisk forskning og helsetjenesteforskning.

Legeforeningen slutter seg til disse konklusjonene. Vi vil særlig peke på behovet for å tilrettelegge tjenestetilbudet slik at de tyngste rusmiddelavhengige kan nyttiggjøre seg det. En av utfordringene er å gjøre tjenestene så tilgjengelige, kjente og ikke minst attraktive for denne gruppen at de oppsøker tjenestene. Ett tiltak for å lette tilgjengeligheten er fritak for egenandeler. Tunge rusmiddelavhengige har stort underforbruk av helsetjenester, og de har dårlig betalingssevne. Egenandeler skaper dermed barrierer for at de oppsøker lege. Fritak for egenandeler kan knyttes til individuell plan.

Økt oppmerksomhet om integrerte tjenester har sammen med rusreformen bidratt til at rusmiddelavhengiges behov for helsetjenester er blitt synligere. Vi ser en gledelig utvikling, spesielt i psykiatrien, der det tas større hensyn til rusmiddelavhengiges behov for helsetjenester. Fastlegene skal være den faste forankringen for de tunge rusmiddelavhengige. De har ansvar for å utrede og behandle somatiske og psykiske helseproblemer, og skal medvirke ved LAR. Sosiale

tjenester har ansvar for å planlegge og koordinere de ulike sosiale hjelpetiltakene for tunge rusmiddelavhengige. Spesielt er det viktig med tilfredsstillende bolig. Helsetjenesten er helt avhengig av et godt samarbeid med de sosiale tjenestene for å kunne lykkes med sin innsats overfor denne pasientgruppen. Spesialisthelsetjenesten og LAR er avhengige av et godt samarbeid med en velfungerende sosialtjeneste som er godt bemannet med gode ruskonsulenter.

Det er dessuten behov for å gjøre helsetjenester for rusmiddelavhengige mer attraktive for helsepersonell ved å heve status gjennom forskning og fagutvikling på området.

Legeforeningen mener at egenandeler for tunge rusmiddelavhengige må bortfalle. Lavterskel helsetilbud må integreres i den kommunale helsetjenesten. Allmennleger med spesiell interesse for fagfeltet må kunne få bistillinger hvor det er tid til forskning og fagutvikling. Det må prøves ut nye samarbeidsarenaer mellom første- og andrelinjetjenesten hvor man gjennom organisatoriske og økonomiske modeller skaper felles ansvarsområder. Det må utarbeides et forskningsprogram der det knyttes forskningstid til stillinger i spesialisthelsetjenesten som ivaretar tjenestebehovet til tunge rusmiddelbrukere.

3.4.1 Sykdommer og helseproblemer

Tunge rusmiddelavhengige har en fysisk helse som er preget av feilernæring, infeksjonssykdommer, leverskader og tannhelseproblemer. Astma, ryggplager, hepatitt C, allergier og migrene er plager som blir rapportert oftest, men disse pasientene har et mangfold av ulike somatiske lidelser som har direkte sammenheng med misbruket. Skadelig alkoholbruk øker for

eksempel faren for kreft og hjerte- og karsykdommer.

De fleste overdosedødsfall skjer blant tunge rusmiddelavhengige. I tre undersøkelser var faren for at injiserende rusmiddelbrukere får livstruende overdoser henholdsvis 43 %, 46 % og 59 %. I en undersøkelse fra Australia hadde 62 % av (ikke-fatale) overdoser skjedd i sammenheng med inntak av andre rusmidler (alkohol, benzodiazepin, andre opiater). Man kan anta at situasjonen er tilsvarende i Norge. Tunge rusmiddelbrukere har overdødelighet av en rekke sykdommer og av ulykker og selvmord. Et minimumstall for selvmordsforsøk i livstidsperspektiv er 33 %. Mørketallene er store fordi registreringene bare tar med de dødsfall der rusmiddelet er hovedårsaken til dødsfallet.

Den psykiske helsen er generelt mye dårligere blant tunge rusmiddelavhengige enn i normalbefolkningen. De vanligste psykiske lidelsene i denne gruppen er angstlidelser, stemningslidelser, særlig depresjon, og personlighetsforstyrrelser. 65–85 % har en eller flere psykiske lidelser. Hos noen pasienter oppstod den psykiske lidelsen før den skadelige bruken av rusmidler, for andre er det motsatt og hos noen pasienter eksisterer lidelsene samtidig uten årsak-/virkningssammenheng. Det er også en overhyppighet av skadelig bruk av rusmidler hos psykiatriske pasienter. En større norsk undersøkelse konkluderer med at minst 2/3 av de som var behandlet i russektoren hadde behov for et tjenestetilbud der den psykiske lidelsen og rusmiddelavhengigheten ble behandlet samtidig⁴².

3.4.2 Aldri metadon uten rehabilitering

Kunnskapen om at legemiddelbehandling er effektiv, spesielt ved alkoholavhengighet og opiatavhengighet, har bidratt til å styrke helsetjenesten til rusmiddelavhengige. Flere har fått tilgang til legemiddelassistert rehabilitering (LAR),

og både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har bidratt til at de tyngste brukerne har fått en bedre livssituasjon.

Per i dag er omlag 3 000 rusmiddelavhengige omfattet av LAR. Sosial- og helsedirektoratets nye anbefalte retningslinjer for LAR vil sannsynligvis føre til betydelig flere LAR-pasienter. Direktoratet anslår at antallet vil øke til ca. 7 000. Legeforeningen støtter anbefalingene og mener at organiseringen av LAR må tilpasses økt etterspørsel etter tjenesten. Men en «alminneliggjøring» av LAR må ikke føre til at det faglige innholdet i behandlingen svekkes. I tillegg til medikamentell behandling må klientene følges opp med målrettet rehabilitering. Man må erkjenne at målene for rehabilitering ikke kan være de samme for alle. Total rusfrihet og sysselsetting er det optimale, men å beholde livet, få et sted og bo og noe å gjøre på dagtid er en bra måloppnåelse for de som strever mest.

Legeforeningen støtter forslaget om at man fjerner den nedre aldersgrensen på 25 år og spesi-
fikke krav til tidligere gjennomført behandling for å kunne få tilbud om legeomiddelassistert rehabilitering. For en del av de belastede unge rusbrukerne vil

«Metadon alene endrer lite i et ellers kaotisk liv. Vi har aldri sagt at metadon gir utdanning til en mann som falt tidlig ut av skolen. Eller verdighet til en person som ikke har selvrespekt. Eller et sosialt nettverk til en som har mistet alt. Slike problemer må behandles med andre metoder.»

Vincent Dole, fysiolog, etablerte metadonbehandling i USA på 1960-tallet.

LAR kunne være et riktig behandlingstiltak. Dette gjelder ikke minst pasienter med en alvorlig psykisk lidelse, som ved hjelp av opioidsubstansjon lettere vil kunne diagnostiseres og behandles for sin psykiske lidelse.

Ikke-medikamentell behandling bør likevel være førstevalget for svært mange unge opioidbrukere. Vi vil påpeke at det må foreligge en grundig faglig vurdering før pasienter under 25

år tas inn i LAR. Det er ikke uproblematisk å forskrive livslang medikamentell behandling til unge pasienter. Man må også ta hensyn til at metadon og buprenorfin i seg selv er avhengighetsskapende medikamenter. Brukt på feil måte eller sammen med andre rusmidler, kan medikamentene innebære en risiko for pasienten, og på avveie kan de medføre helsefare for andre. Før LAR startes må det foreligge en kompetent medisinsk vurdering av at fordelene klart overgår ulempene, og av at behandlingen ikke utsetter pasienten for urimelig risiko.

Norge har i nesten 40 år hatt tilbud om ikke-medikamentell behandling av heroinavhengige etter sosialpedagogiske prinsipper, blant annet i mindre behandlingssenheter etter «kollektivprinsippet». For noen har dette vært en vei ut av heroinmisbruket. Det er viktig at dette behandlingstilbudet opprettholdes også i en tid der stadig flere får tilbud om LAR. Ikke-medikamentell behandling bør være førstevalget for svært mange unge opioidbrukere.

Mer kompetanse, bedre tilgjengelighet

4

Sett fra Legeforeningens ståsted, har rusreformen foreløpig ikke ført til noen vesentlig bedring i behandlingen av rusmiddelavhengige. Viktige årsaker til dette er at det er for få leger, sykepleiere og psykologer, for lite kompetanse om rus, og svakheter ved organiseringen som fører til at samhandlingen mellom tjenestene er mangelfull og at tilgjengeligheten fortsatt er dårlig.

4.1 Flere fagfolk, mer kompetanse

I *Ot.prp. nr. 3 (2002–2003)* er det gitt føringer om hva tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal inneholde. Behandlingen er delt opp i fem nivåer:

- Poliklinisk behandling
- Avrusning/avgiftning
 - a) Akutt avrusning/avgiftning
 - b) Avrusning/abstinensbehandling etter to døgn
- Korttids døgnbehandling
- Langtids døgnbehandling
- Enheter som tar dobbeltdiagnosepasienter

Innenfor hvert av disse nivåene må det forutsettes at det er tilstrekkelig bemanning med adekvat kompetanse.

Legeforeningen gjennomførte høsten 2005 en enkel kartlegging av hvor mange leger som arbeider i rusfeltet innen spesialisthelsetjenesten. Spørreskjema ble sendt til alle registrerte rusbehandlingsenheter, godt og vel 200, og av disse svarte 84. Kartleggingen gir en pekepinn om at legebemanningen innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er liten. Kun halvparten av stillingshjemlene tilknyttet feltet var besatt. En firedel av institusjonene hadde bare legespesialist på deltid, og halvparten hadde ikke tilknyttet spesialist verken på heltid eller deltid. I perioden etter at rusbehandling ble overført til helsetjenesten, er de kartlagte enhetene blitt tilført 14 nye stillingshjemler.

Mange av de forespurte institusjonene meldte at de unnlot å besvare Legeforeningens spørreskjema fordi de ikke har lege tilknyttet i det hele tatt. På bakgrunn av dette, er det trolig enda færre leger tilknyttet feltet enn hva som fremgår av denne kartleggingen.

Med utgangspunkt i anbefalinger fra fagfolk vedrørende hvor mange leger, sykepleiere, psykologer og sosionomer som trengs for å gi et faglig optimalt tilbud til pasientene, har Legeforeningen satt opp et forslag til bemanning og vaktordninger som bør være til stede innenfor hvert av de fem behandlingsnivåene. Anbefalingene er på linje med bemanningen på andre tilsvarende fagområder, som for eksempel barne- og ungdomspsykiatri. Sett opp mot Legeforeningens kartlegging, gir anbefalingene en god illustrasjon på gapet mellom dagens bemanning og hva som anses nødvendig for å yte god tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er med andre ord behov for et betydelig kompetanse- og kapasitetsløft innen rusfeltet. Legeforeningen mener at dersom et tjenestetilbud skal kunne kalles spesialisthelsetjeneste må det foreligge et minimum av kompetanse på ulike avsnitt i behandlingen. Dersom et helseforetak eller en privat institusjon skal kunne benytte benevnelsen spesialisthelsetjeneste, bør det vurderes å stille krav om en minste legebemanning.

Type/enhet	Antall pasienter	Leger	Sykepleiere	Psykologer	Sosionomer	Vaktordning for leger
Poliklinisk behandling		2 (1u/1o)	2	2 (1spesialist)	2	
Akutt intensiv Avrusning/avgiftning	10 –12	6 (4u/2o)	18	1	2	Lege tilstede på døgnbasis
Avrusning/abstinensbehandling etter 2 døgn	20	2 (1u/1o)	18	2 (1spesialist)	2	Lege tilstede dagtid + døgnvakt
Korttids behandling med diagnostisering og utredning	12	2 (1u/1o)	12	2 (1spesialist)	3	Lege i bakvakt
Korttidsbehandling	20	2 (1u/1o)	12	2 (1spesialist)	3	Vaktordning sammen med andre
Langtidsbehandling	20	1 psykiater	12	2 – 4	2	Vaktordning sammen med andre
Dobbeltdiagnoseenhet	10	2 (1u/1o)	12	2 (1spesialist)	2	Vaktordning sammen med andre

u – underordnet lege, o – overordnet lege

Per i dag er tilgangen på kompetent helsepersonell innen rusfeltet begrenset. Ettersom det tar tid å bygge kompetanse, er det vanskelig å etterleve disse anbefalingene på kort sikt. I første omgang vil det være viktig å rekruttere leger fra alle aktuelle fagområder. I tillegg er det avgjørende med en godt utbygd og kompetent sykepleiertjeneste.

Legeforeningen mener det må være lege tilknyttet alle nivåer innen spesialisert rusbehandling, og det må være tilstrekkelig antall andre yrkesgrupper til stede for å skape et godt faglig tilbud.

Det er spesielt vanskelig å rekruttere leger og sykepleiere og til dels også psykologer til rusfeltet. At rusmiddelavhengige primært har vært sosialtjenestens ansvar kan sannsynligvis forklare

noe av dette. Det er også nærliggende å tro at manglende vitenskapelig dokumentasjon på effekt av behandlingen har bidratt til å gi rusfeltet lav status. Legeforeningen vurderer bemanningssituasjonen innen rusfeltet som så mangelfull at det må vurderes å iverksette ekstraordinære rekrutteringstiltak

En kartlegging presentert i Tidsskrift for Den norske lægeforening viser at omfanget av den obligatoriske undervisningen i rusrelaterte temaer i medisinstudiet og psykologistudiet er gjennomgående ganske begrenset og varierer mellom lærestedene⁴³. Det finnes et relativt omfattende frivillig undervisningstilbud for psykologistudentene, men et tilsvarende tilbud til medisinstudentene finnes i liten grad. I artikkelen fremgår det også at Legeforeningen har hatt ett todagers kurs om rus og avhengighet i sin kurskatalog for 2004.

Imidlertid er flere av de mest aktuelle spesialitetskomiteene i Legeforeningen i gang med å

utforme konkrete tiltak for kompetanseheving i rusmedisin. Rusmedisin skal inn i veiledningsprogrammet i allmennmedisin, hvor man vil ta opp allmennlegens rolle i forhold til pasientene, holdninger til medikamentell behandling og betydningen av tverrfaglig samarbeid for å lykkes i behandlingen. Det skal utarbeides emnekurs i rusmedisin. Kurs i rusmedisin arrangert av andre spesialiteter vil også være tellende for allmennmedisin. Sammenhengen mellom psykiske lidelser og rusbruk er innlemmet i målbeskrivelsen for spesialistutdanningen i psykiatri, og rusinstitusjoner er godkjent som valgfri tjeneste for psykiatriutdanningen. Innhold og struktur i det obligatoriske grunnkurset i psykiatri er under omarbeiding og inkluderer rusmedisin, og det arbeides med et obligatorisk emnekurs i rusmedisin for spesialiteten. Rus er ett av flere temaer i de to obligatoriske kurs for leger under spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri. Spesialitetskomiteen har startet en kartlegging av undervisningstilbudet om rus ved de fem regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri. Etterutdanningskurset for spesialister i barne- og ungdomspsykiatri i januar 2007 skal i sin helhet være viet rus.

Som et tiltak for å øke rekrutteringen av leger til rusfeltet er det blitt tatt til orde for å opprette spesialitet i rusmedisin. Verken i Norden eller innenfor EU finnes i dag en slik spesialitet. Ønsket om en egen russpesialitet bunner i en erkjennelse av at mennesker med rusproblemer og rusrelaterte lidelser trenger bedre medisinsk behandling, og at det kreves spesialkunnskap om rusmidler for å gi tilfredsstillende behandling. Det blir også fremholdt at dårlig rekruttering har sammenheng med at arbeid innen rusbehandling er en blindgate for videre karriere som spesialist.

Legeforeningen mener at rekrutteringsproblemer innen rusfeltet må løses gjennom flere ulike virkemidler. På kort sikt bør det vurderes stimulerings tiltak i form av et bedre videre- og

etterutdanningstilbud til leger som allerede er i eller vurderer arbeid i rusfeltet. Ved å tilrettelegge for mer forskning og derved legge vekt på vitenskapelig dokumentasjon av behandlingen, vil leger kunne bli mer interessert i fagfeltet. Lønnsbetingelsene bør kunne konkurrere med andre sammenlignbare fagområder i medisinen.

Dagens spesialisthelsetjeneste lider under stor mangel på leger med spisskompetanse i rusmedisin. Hvis tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal bli en troverdig og reell del av spesialisthelsetjenesten, må oppmerksomheten om faglighet bli større og antall spesialister innen behandlingen økes. Faglig sett er avhengighetsmedisin nært beslektet med psykiatri og assosiert med mye psykiatrisk komorbiditet. Over halvparten av pasientene med ruslidelse har også psykiske lidelser. Legeforeningen mener derfor at det er naturlig at spesialister i psykiatri har et særlig ansvar for spesialisert rusbehandling. Dilemmaet med en slik ansvars plassering er at psykiatrien allerede er sterkt presset på bemanningssiden.

Legeforeningen har så langt valgt ikke å anbefale en egen spesialitet i rusmedisin, blant annet med den begrunnelse at rusmiddelproblematikk spenner over svært mange felt innen medisinen. Fordi ruspasienter har varierte problemer av både somatisk, psykisk og sosialmedisinsk art, må de behandles på flere nivåer. Derfor må klinisk aktive leger innen flere spesialiteter ta rusproblemer med i vurderinger av pasienter. Kompetanse- og kunnskapsnivået om rusmiddelproblematikk bør derfor styrkes, først og fremst innen allmennmedisin, samfunnsmedisin, psykiatri, indremedisin og klinisk farmakologi.

Vi ser likevel muligheten for at spørsmålet om en egen spesialitet i rusmedisin vil bli vurdert på nytt når tverrfaglig spesialisert rusbehandling er en mer etablert tjeneste. Når man har mer erfaring med dette behandlingstilbudet og mer dokumentert kunnskap, vil det være lettere å definere legens rolle og kompetansebehov.

Legeforeningen mener at grunnutdanningen innen medisin må styrkes med undervisning om ruslidelser og rusrelaterte sykdommer og problemer. Det må opprettes flere legestillinger, og fagmiljøet i rusfeltet må gjøres attraktivt. Det kan man oppnå ved å tilby leger og annet helsepersonell gode muligheter for videre- og etterutdanning, samt tilknytning til universitetsmiljøer med forsknings- og utdanningsoppgaver.

Legeforeningen mener det er helt nødvendig at det satses på praksisnær, klinisk forskning. Praksisnær forskning, det vil si forskning som drives av en kliniker i forbindelse med praksis (ved allmennlegekontor eller i spesialisthelsetjeneste), er helt nødvendig for å få kunnskap som har direkte relevans for pasientbehandling. Behandlere må kunne bruke en tilstrekkelig del av arbeidstiden til fagutvikling og forskning. Det er arbeidsgivers ansvar å legge forholdene til rette for dette.

4.1.1 Forskning

Det er ikke entydig hva som er faglig god behandling av ruspasienter. Mange av tiltakene som gjennomføres innen rusbehandling i Norge, er ikke begrunnet ut fra forskningsmessige evalueringer. Det er for eksempel ingen enhetlig praksis i forhold til hvorvidt avrusning foregår med eller uten bruk av legemidler, viser en kunnskapsgjennomgang⁴⁴. Kunnskapshulene innen rusfeltet er store, og forskningen er mangelfull eller fraværende på en rekke områder.

Det er positivt at Regjeringen løfter frem forskning i *Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006–2008*⁴⁵. Handlingsplanen vil særlig prioritere forskning rettet mot barn og unge i risiko for å utvikle rusmiddelproblemer og forskning omkring effekt av behandlingstiltak for personer med dobbeldiagnose rus/psykiatri. Dette må ivaretas i den bebudede opptrappingsplanen for rusfeltet. Når behandlingstiltak settes i gang, må det foreligge en tilfredsstillende evalueringsplan slik at disse kan bidra til økt kunnskap og forskning.

4.2 Organisering og samhandling bedrer tilgjengeligheten

En grunnleggende intensjon med å overføre ansvar for rusbehandling fra sosial- til helsetjeneste, var at tilgjengeligheten til helsetjenester skulle bedres. Ett virkemiddel for å oppnå dette, er at fastleger, i tillegg til sosialtjenesten, har fått henvisningsrett.

Økt tilgjengelighet fordrer bedre samhandling og mer hensiktsmessig organisering av tjenestetilbudet. Når pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten er det viktig at de kommer til rett plass slik at de får riktig behandling. Vanligvis vil det være enten akuttbehandling eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling som er aktuelt. Legeforeningen mener at det særlig ved tilfeller av akutt rus er avgjørende at tjenestetilbudet er godt organisert.

Akutt rusforgiftning kan være en livstruende tilstand som skal vurderes av medisinsk personell. I dag er terskelen for å få medisinsk vurdering høy. Ved mistanke om slik tilstand må det være lavere terskel til helsetjeneste enn hva tilfellet er i dag.

Legeforeningen mener at det over hele landet må være velfungerende og lett tilgjengelige tilbud om akuttjenester, avgiftning/avrusning og abstinensbehandling. For mange ruspasienter er dette inngangsporten til behandlingsapparatet. Hva som er mest hensiktsmessig organisering, vil variere. Noen steder vil observasjonsenheter ved indremedisinske avdelinger være best, andre steder vil det være mer naturlig å opprette egne avrusningsenheter. Alvorlige forgiftninger som krever overvåking er fortsatt et indremedisinsk ansvar, mens spesialisert (evt legemiddelassistert) avrusning, abstinensbehandling, er et ansvar for rusbehandlingsavdelinger.

Ved akutt/avrusningsenheter må det være døgnvakt med lege og spesialist organisert i rusbehandlingsavdelingen samt tilfredsstillende sykepleierdekning⁴⁶. Motivasjonsarbeid må være en naturlig del av avrusningsenhetens oppgave. Ambulante team må samarbeide nært med avrusningsenheten, slik at pasienter som trenger det kan bli fulgt opp, selv om de velger å forlate avrusningen.

Ordningen med "fyllerrest" er avleggs – kun personer som har begått lovbrudd skal være i politiets forvaring. Fengselshelsetjenesten må samarbeide med tjenesten utenfor, og fengselshelsetjenesten må ha kompetanse om avrusning. Helsetjenesten i fengslene skal være likeverdig helsetjenesten utenfor fengsel, men standarden på bistand til innsatte i abstinensfasen de første dagene etter innsettelse er svært forskjellig i de ulike fengslene. Ofte blir de bare tilsett regelmessig og man passer på at den innsatte får nok væske. Det er mange enkle og velfungerende medikamentelle regimer som kan tas i bruk for å sikre at den innsatte kommer gjennom abstinensen på en sikker og human måte.

Legeforeningen mener at alle akuttstuskehus skal motta pasienter med livstruende rus til overvåking og behandling. Alle som arresteres og er tungt ruspåvirket, skal få tilsyn av lege som ledd i nødvendig helsehjelp, og tilbud om medikamentell behandling ved behov. Alle nivåer i helsetjenesten skal ha kompetanse til å håndtere akutte rusproblemer. Tjenestene skal være fri for egenandeler, og primærlegevakt skal være inngangsport til andre helsetjenester.

Kommunale tjenester som setter folk i stand til å motta behandling er en forutsetning for at helsetjenestene skal nå frem til ruspasientene. Samhandling er spesielt avgjørende for at rusmiddelavhengige med dobbeltdiagnose og mennesker som har vært tungt belastet med bruk av rusmidler i en årrekke skal få et godt behandlingstilbud. Samhandlingen må omfatte både sosial- og helsetjenester. I denne sammenheng er individuell plan et sentralt virkemiddel

I Legeforeningens høringssvar til *NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt* støttes utvalgets vurdering om at individuell plan er et godt verktøy for å fremme samhandling. Reglene for individuell plan trådte i kraft for tre år siden, men ordningen er likevel ikke benyttet i tilstrekkelig grad. I statusrapporten *Psykiske lidelser – faglighet og verdighet*⁴⁷ pekte Legeforeningen på at ansvaret for planarbeidet er tilfredsstillende ivaretatt med dagens lovverk. Det er snarere uklare ansvarsforhold når det gjelder drift og koordinering av de individuelle planene, som kan være en hovedårsak til at så få planer utarbeides. NOU 2005:3 åpner for at koordinatorfunksjonen også skal kunne innehas av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten der dette er hensiktsmessig. Sett fra Legeforeningens ståsted, bidrar ikke dette til at ansvar for drift og koordinering av

planarbeidet blir klarere plassert. Legeforeningen mener at ansvaret entydig må plasseres i kommunen.

Også lovforslaget om ny arbeids- og velferdsforvaltning⁴⁸ vil påvirke samhandlingen mellom de ulike tjenestetilbudene til ruspasienter. Legeforeningen støtter målsettingen bak organisasjonsreformen om at flere må tilbakeføres til arbeid eller aktiv virksomhet. Det er behov for en mer brukervennlig, samordnet og effektiv velferdsforvaltning. For å oppnå dette, legges det opp til at reglene innen helsetjenestelovene og sosialtjenesteloven skal samordnes når det gjelder individuell plan. Brukeren skal gjennom dette være sikret et dokument hvor utgangspunktet er tjenestemottakerens mål og behov for tjenester – også på tvers av ulike sektorer. Vi mener derfor det er svært viktig at ansvaret for drift og koordinering entydig plasseres ved en eventuell samordning av regelverk på tvers av sektorene.

Fastlegene er naturlige og sentrale samarbeidspartnere mellom helsetjenestenivåene og mellom helse- og sosialtiltak på lokalt nivå. Deres styrke som samarbeidspartnere bunner først og fremst i at «alle» rusmiddelavhengige har en fastlege. Videre kan fastlegen raskt fatte beslutninger og benytte henvisninger og erklæringer for å bidra til at pasienten får rett til adekvat hjelp. På den annen side er det strukturelle sider som kan virke som hindre for samarbeid mellom helsetjenesten og sosialtjenesten. Fastlegenes arbeidspress er stort, antall daglige konsultasjoner er mange og den gjennomsnittlige konsultasjonstiden er i korteste laget for å ta seg av tidkrevende pasienter som rusmiddelavhengige ofte er.

Det er nødvendig å beskrive fastlegens rolle i tiltaksnettverket rundt den rusmiddelavhengige. Samarbeid blir honorert i fastlegenes takstsystem. Et viktig tiltak er tilstrekkelig honorering av flerfaglig samarbeid, og mer bruk av elektronisk kommunikasjon i samarbeidet om individuell plan, henvisning og epikrise. Dessuten er det

nødvendig å øke fastlegenes kompetanse om rus.

De siste ti årene er egenandeler for å oppsøke allmennlege nesten doblet. Legeforeningen er kritisk til og bekymret over økningen. Egenandeler rammer de med svak betalingsevne hardest – mennesker med dårlig økonomi har i allmennlighet også flest helseplager. For enkelte pasienter er egenandelene i ferd med å bli så høye at de fungerer som en barriere for å oppsøke lege. For at betalingsevne ikke skal stå i veien for tilgang til nødvendig helsehjelp, mener Legeforeningen at det er nødvendig at utsatte pasientgrupper – ungdom, rusmiddelbrukere og mennesker med psykiske lidelser – ikke skal betale egenandeler. Legeforeningen mener at fritak for egenandeler er et viktig tiltak for å øke tilgjengeligheten til helsetjenesten for rusmiddelbrukere.

Det er nødvendig å øke tilgjengeligheten til kommunehelsetjenesten og til spesialisthelsetjenesten for ruspasienter. Det må gjøres gjennom lavterskel, fritak for egenandel og ambulante team.

4.3 Pasientrettigheter for ruspasienter møter praktiske utfordringer

Med rusreformene fikk rusmiddelavhengige fulle pasientrettigheter etter Pasientrettighetsloven. Loven slår fast at pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp og rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Det innebærer at pasienten har rett til å få sin tilstand vurdert og behandlet av primærhelsetjenesten (fastlegen). Bestemmelsen gir også pasienten krav på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men retten gjelder bare hvis pasienten forventes å ha nytte av helsehjelpen, og resultatene står i et rimelig forhold til kostnadene.

Dersom en rusmiddelavhengig henvises til spesialisthelsetjenesten for behandling for en ruslidelse, har han eller hun rett til å få helsetilstanden vurdert innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Vanligvis blir vurderingen gjort på bakgrunn av opplysningene i henvisningen fra fastlege eller sosialtjeneste. Spesialisthelsetjenesten må ta stilling til om dette er tilstrekkelig til å foreta en vurdering, og eventuelt kalle inn pasienten til undersøkelse. Innen 30 dagers fristen skal pasienten få informasjon om når han eller hun kan forvente behandling.

Spesialisthelsetjenesten skal også fastsette en individuell frist for når kravet om medisinsk ansvarlighet tilsier at pasienten skal få nødvendig helsehjelp. Plikten til å fastsette en individuell

- Soleklart lovbrudd, lyder helsedirektørens karakteristikk av at mange misbrukere må vente i ett år, i verste fall to, på å få nødvendig helsehjelp, enten medikamentfritt eller med metadon. Etter loven har de krav på en vurdering i løpet av 30 dager, og deretter henvisning til behandling i løpet av kort tid.
- Men i praksis står de i kø uforsvarlig lenge, og nå er jeg nødt til å sette foten ned. Helsetilsynet burde egentlig få et ras av klager fra misbrukerne, sier Hanssen.

(Aftenposten 4. september 2005)

frist gjelder både når en rusmiddelavhengig er vurdert til å ha rett til medisinsk behandling og når en rusmiddelavhengig er vurdert til å ha rett til tverrfaglig spesialisert behandling

for sin ruslidelse. Fristen skal fastsettes på grunnlag av en skjønnsmessig tverrfaglig vurdering.

Dersom pasienten ikke får tilbud om behandling innen den individuelle fristen, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter i utlandet. Pasienten kan også få oppfylt retten til nødvendig helsehjelp i utlandet dersom det ikke finnes dekkende medisinsk behandlingstilbud i Norge. Retten til nødvendig helsehjelp i utlan-

det inntreffer også hvis det ikke finnes et adekvat tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud for rusmiddelbruk i Norge.

Håndhevelse av pasientrettigheter for rusmiddelavhengige støter på en rekke utfordringer. For eksempel kan man sette spørsmålstegn ved om spesialisthelsetjenesten har den kompetansen som skal til for å foreta en helhetlig vurdering og utredning av behandlingsbehovet. Hittil er det rapportert store forskjeller i antall henvisninger som konkluderer med rett til nødvendig helsehjelp⁴⁹. De regionale helseforetakene arbeider med å komme frem til mest mulig felles kriterier for hva som skal gi rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, slik at de regionale forskjellene av behandlingsbehovet skal bli minst mulig.

Pasientrettighetsloven gir også rett til fritt sykehusvalg. Dette omfatter kun henvisning til offentlige sykehus og distriktpsykiatriske sentre. Retten er ikke begrenset til den helseregionen hvor pasienten hører hjemme. De regionale helseforetakene skal ifølge Helsedepartementets retningslinjer imidlertid praktisere en ordning der rusmiddelavhengige får rett til å velge hvor de skal motta behandling uavhengig av om behandlingen skjer ved sykehus eller en annen type spesialisthelsetjeneste. Retten til å velge behandlingssted skal tilsvare retten til valg av sykehus.

Legeforeningen frykter at pasienter med behov for et sammensatt tjenestetilbud verken kan nyttiggjøre seg fritt sykehusvalg eller retten til å motta nødvendig helsehjelp fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter i utlandet. Et privat eller utenlandsk behandlingstilbud er generelt lite aktuelt for pasienter med kroniske sammensatte lidelser og pasienter med behov for krevende habilitering og rehabilitering. Legeforeningen frykter at en svak gruppe som rusmiddelavhengige vil bli nedprioritert og skadelidende som følge av dette. Det er heller ikke gitt at rusmiddelavhengiges situasjon blir bedre av

en rettighet som fritt sykehusvalg. Disse pasientene trenger langvarig behandling og sammensatte tjenester over tid. De er best tjent med behandling og rehabilitering som er lokalbasert.

Pasientrettigheter er avgrenset til helsetjeneste, og styrkede pasientrettigheter er dermed ikke tilstrekkelig for å sikre et helhetlig tilbud. Nesten alle rusmiddelavhengige har behov for ulike kommunale hjelpetiltak i tillegg til helse-tjenester, både mens de får poliklinisk behandling så vel som under og etter døgnbehandling. Sosialtjenestelovens bestemmelser skal være et sikkerhetsnett for at alle som trenger hjelp skal få nødvendige tiltak, og sosiale tjenester til rusmiddelavhengige er ment å sikre rusmiddelavhengige sosial trygghet og gode levekår. Men Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med sosiale tjenester til rusmiddelavhengige⁵⁰ avdekket at de sosiale tjenestene i liten grad blir tatt i bruk for rusmiddelavhengige. Der sosialtjenestene er tilgjengelige blir de mange steder ikke benyttet fordi de er mer tilpasset eldre og funksjonshemmede enn rusmiddelavhengige. Situasjonen er bedre når det gjelder innretningen av rådgivning- og veiledningstjenesten, midlertidig husvære og oppfølgingen for de som er under behandling, men også her viser tilsynet at mange kommuner har mangelfull tjeneste.

Et eksempel på svikt er at muntlige søknader ikke blir nedtegnet og behandlet, men avslå muntlig. Det ble også funnet eksempler på at innvilgede tjenester ikke blir iverksatt. Nesten halvparten av kommunene mislyktes i å skaffe midlertidige boliger av forsvarlig kvalitet. Det er flere eksempler på at kommuner har gjort seg avhengige av campingplasser, pensjonater og hoteller som tidvis ikke har ledige rom, eller hvor rusmiddelavhengige nektes adgang.

4.4 Individuell plan fortsatt en papirtiger

Etter pasientrettighetsloven har pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan i samsvar med bestemmelsene i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Det skal utarbeides én individuell plan for hver enkelt pasient, som skal omfatte behov for tjenester fra primær- og spesialisthelsetjenesten samt fra sosialtjenesten. Den delen av behandlingsskjeden som pasienten henvender seg til, plikter å sørge for at arbeidet settes i gang. Pasienten må samtykke i at planen utarbeides og har rett til å delta i arbeidet med sin plan. Utarbeidelse av individuell plan krever at de ulike instansene samarbeider, slik at tilbudet til pasienten blir planlagt med utgangspunkt i koordinerte behandlings- og omsorgstiltak basert på en helhetlig tenkning. Planen skal opplyse om hva slags behandling pasienten kan forvente, når behandlingen skal gis, hvem som har ansvar for de ulike tiltakene og hvem som har ansvar for å koordinere arbeidet med den individuelle planen. Planen skal synliggjøre pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, og er ment å være et verktøy for å bedre koordineringen mellom bl.a. kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten.

Individuell plan er et godt hjelpemiddel for å sikre en behovsvurdering av situasjonen til personer med langvarige, store og/eller sammensatte behandlings- og omsorgsbehov. Retten til individuell plan er et viktig og egnet virkemiddel for rusmiddelavhengige, spesielt sett i lys av at både helsetjenestene og sosialtjenesten skal bidra i utarbeidelsen av planen.

Helsetilsynet har funnet avvik ved kommunenes oppfyllelse av retten til individuell plan for rusmiddelavhengige⁵¹. Her ble det påvist at rusmiddelavhengige ikke har fått individuell plan, og heller ikke blitt tilbudt individuell plan.

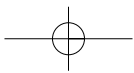
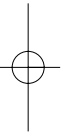
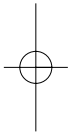
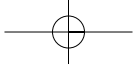
Det er et krav i kommunen om at klienten skal undertegne på at slikt tilbud er gitt, men dette ble det ikke funnet dokumentasjon på.

Legeforeningen har ved flere anledninger fremholdt at den lovpålagte ordningen med individuell plan må etableres på bred basis i helse- og sosialtjenestene. Det er behov for mer informasjon om ordningen. Ansvar for ordningen må bli tydelig plassert i kommunen. Legeforeningen vil arbeide for at ordningen med individuell plan blir brukt i henhold til lovbestemmelsenes intensjon, og at det legges til rette for at leger kan bidra til slike planer.

Referanser

- ¹ www.who.int/entity/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- ² www.who.int/entity/quantifying_ehimpacts/publications/en/9241546204chap3.pdf
- ³ www.who.int/entity/quantifying_ehimpacts/methods/en/murray.pdf
- ⁴ Babor T, Caetano R, Casswell S. Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy, Oxford: Oxford University Press, 2003
- ⁵ Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. www.thelancet.com Vol 365, Feb, 2005.
- ⁶ Christophersen AS, Skurtveit S, Mørland J. Rusede sjåfører. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1841-3.
- ⁷ Brevig T, Arnestad M, Mørland J, Skullerud K, Rognum TO. Hvilken betydning har sykdom, ruspåvirkning og selvmord ved dødsfall blant bilførere? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 916-9.
- ⁸ Fekjær HO. Rus; bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk. Gyldendal Norsk Forlag AS 2004.
- ⁹ Iversen E, Lauritzen G, Skretting A, Skutle A. Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata, Rapport for 2004, SIRUS, Oslo 2004.
- ¹⁰ Rusmidler i Norge Statistikk '04, Statens institutt for rusmiddelforskning 2004
- ¹¹ Pedersen M. Alkoholrelaterte diagnoser og kostnader i spesialisthelsetjenesten. SINTEF Helse, oktober 2004.
- ¹² www.sirus.no/fhp/d_emneside/cf/hPKey_8605/hParent_75/hDKey_8
- ¹³ Mot i brystet ...stål i ben og armer? Legeforeningens statusrapport om helsetjenester for ungdom, Den norske lægeforening, Oslo 2002.
- ¹⁴ Johnsen J. Hasj kan gi psykoser. Tidsskr Nor Lægeforen
- ¹⁵ Rusmidler i Norge. Statistikk '04. SIRUS, Oslo 2004.
- ¹⁶ Smith-Solbakken M, Lie T. Piller på avveier. RF-1999/09. Stavanger: Rogalandsforskning, 1999.
- ¹⁷ Torper J, Steine S. Seponering av B-preparater – hvordan opplever brukerne det? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2342-4.
- ¹⁸ Krogsæter D, Straand J. Benzodiazepiner– kvalitetssikring av egen forskrivning i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3121-5.
- ¹⁹ Sievewright N. Community treatment of drug misuse: more than methadone. Cambridge University Press, 2001: 135-8.
- ²⁰ Torper J, Steine S. Seponering av B-preparater – hvordan opplever brukerne det? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2342-4.
- ²¹ ibid
- ²² Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. www.thelancet.com Vol 365, Feb, 2005.
- ²³ Room R. Preventing alcohol problems: Popular Approaches are ineffektive, Effective Approaches are politically impossible. Foredrag på forebyggingsseminar, Lillehammer 2000.
- ²⁴ Ulstein A. Selvregulering svekkes i EU. Rus og avhengighet 2005; nr. 4: 26-7
- ²⁵ Edwards, Griffithah et al. Alcohol Policy and the Public Good, Oxford University Press, UK 1994.
- ²⁶ Hagestad K. Legen som medisinsk-faglig rådgiver i lokale alkoholpolitiske spørsmål, i Riise et al: Alkohol og Helse – det bagatelliserte alvor, Universitetsforslaget 1995.
- ²⁷ Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? Rapport fra en ekspertgruppe, Sosial- og helsedirektoratet 06/2005, Oslo 2005.
- ²⁸ ibid.
- ²⁹ Brief interventions and alcohol use (1993). Effective health care, University of Leeds.
- ³⁰ Andréasson S, Ekland AB. Alkoholprevention i sjukvården. Metodikk för screening och motiverande samtal. Läkartidningen 1999; 96: 1594-8.
- ³¹ Nesvåg S. Alkoholkultur i norsk arbeidsliv _"You could be yourself, but where's the Comfort in that». Rapport RF-2004/255, Rogalandsforskning, Stavanger 2005
- ³² Frøyland K, Grimsmo A, Sørensen BA. Evaluering av AKAN. Rusmiddelforebygging i norsk arbeidsliv. Rapport nr. 5/2005. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet 2005.
- ³³ www.rustiltak.no/Tiltak/static.asp?ID=17
- ³⁴ Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005. Oslo: Statens helsetilsyn 2005.
- ³⁵ Norges offentlige utredninger. Forskning på rusfeltet. Vedlegg 1. NOU 2003: 4. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning, Oslo 2003.

- ³⁶ Mot i brystet – stål i ben og armer? En statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helsetjenester for ungdom. Den norske lægeforening 2002.
- ³⁷ Personer mer samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Helsetilsynets utredningsserie 10-2000, Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
- ³⁸ St.meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- ³⁹ Kurtze N, Eide AH. Helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere. SINTEF-rapport STF78 A035002. Oslo: SINTEF Unimed 2003.
- ⁴⁰ *ibid.*
- ⁴¹ Ruud T, Reas D. Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere. SINTEF-rapport STF78 A035003. Oslo: SINTEF Unimed 2003.
- ⁴² Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmiddelmissbrukere til behandling i russektoren. Norsk Epidemiologi 12 (3), 1-10, 2002.
- ⁴³ Rossow I. Rus og avhengighet – et forsømt tema i undervisningen i helsefagene. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 54-5.
- ⁴⁴ Norges offentlige utredninger. Forskning på rusmiddelområdet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. NOU 2003:4. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning Oslo 2003.
- ⁴⁵ Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008. Arbeids- og sosialdepartementet, Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning, Oslo 2005.
- ⁴⁶ Ot.prp. nr 3 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester i m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere).
- ⁴⁷ Psykiske lidelser – faglighet og verdighet. Den norske lægeforening, Oslo 2004.
- ⁴⁸ Jf. høringsbrev fra Arbeids- og sosialdepartementet av 8. august 2005
- ⁴⁹ Skretting A. Fra klient til pasient. Vil den norske rusreformen gi rusmiddelmissbrukere et bedre behandlingstilbud? Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift 2005; nr.2: 125-40.
- ⁵⁰ Landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere, Statens helsetilsyn 2004.
- ⁵¹ Se blant annet Rapport fra tilsyn med Modum kommunes tjenestetilbud til rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenestelovens kapittel 4 (2005), Statens helsetilsyn 2005.



Den norske lægeforening har tidligere gitt ut følgende statusrapporter:

2005: Rom for faglighet - til pasientens beste

2004: Psykiske lidelser - faglighet og verdighet

2002: Mot i brystet ...stål i ben og armer?

2001: Når du blir gammel og ingen vil ha deg...

2000: En sammenhengende helsetjeneste - fra stykkevis og delt til fullt og helt

Se flere helsepolitiske dokumenter på www.legeforeningen.no

Den norske lægeforening

Legenes hus, Akersgata 2

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Telefon 23 10 90 00

Telefaks 23 10 90 10

www.legeforeningen.no



Februar 2006

ISBN 82-8070-038-2

