

# Selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige

Helsetjenesten har organisatoriske og kapasitetsmessige problemer med å gi rusmiddelavhengige nødvendig tilpasset behandling og oppfølging. Selvhjelpsgrupper er brukerbaserte, støttende fellesskap som kan supplere de offentlige tjenestene. Både forskning og helsepolitiske føringer oppfordrer til en større bruk av selvhjelpsgrupper.

**John-Kåre Vederhus**

*john-kare.vederhus@ssshf.no*

**Björg Hjerkin**

**Øistein Kristensen**

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling  
Sørlandet sykehus

Da lov om sosiale tjenester kom i 1992, ble hovedansvaret for koordinering av tiltak for personer med rusmiddelproblemer knyttet til sosialkontoret. Henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten måtte derfor i realiteten gå via sosialtjenesten i kommunen. Etter at tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten i 2004, er det samme henvisningsrutiner for rusmiddelavhengige som for brukere av andre helsetjenester. Det fører til at helsetjenesten i kommunene må ta større ansvar for oppfølging av pasienter i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten og etter spesialistbehandling. Behandlingskapasiteten i spesialisthelsetjenesten er begrenset; eksempelvis er gjennomsnittlig ventetid for døgnbehandling 7–8 måneder både for korttids- og langtidsbehandling per januar 2011 (1). Det blir da naturlig å utforske om det finnes andre tilgjengelige ressurser enn det de offentlige tjenestene kan tilby.

## Helsetjenestens begrensninger og selvhjelpens muligheter

Rusmiddelavhengighet oppfattes nå som en kronisk lidelse (2). Man er ikke nødvendigvis «frisk» selv om man har klart å gjennomføre et behandlingssopplegg og har maktet å holde seg avholdende i en periode. Risikoen for tilbakefall vil være til stede i mange år, og det er behov for tiltak som gir støtte over tid (3). Intensiteten i slike tiltak bør reguleres etter den enkeltes behov (4). Helsetjenesten sliter med å gi langvarig oppfølging med gode overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Samhandling mellom nivåene, for eksempel gjennom arbeid med ansvarsgrupper og individuelle planer er ressurskrevende.

Heller ikke kommunale tjenester er nødvendigvis lett tilgjengelige. Eksempelvis har noen kommuner innført krav om formell søknad for å vurdere om pasienten har rett til å få individuell plan (5).

I motsetning til offentlige tjenester er selvhjelpsgrupper organisert slik at de kan gi et langsiktig og lett tilgjengelig tilbud til rusmiddelavhengige. De har ingen byråkratiske hindringer for deltakelse, man kan få støtte også utenom møtetider gjennom fadderordninger («sponsor»), og man kan delta så lenge man selv mener det er nødvendig. Slike grupper kan være et tilbud både i ventetid og som oppfølging til annen behandling, og alle nivåer i helsetjenesten kan oppfordre pasienten til å ta kontakt med selvhjelpsgrupper.

Det er flere fordeler med at helsetjenesten satser mer på å involvere selvhjelpsgrupper (6). Hjelper vi én pasient i en tradisjonell en-til-en-situasjon, har vi hjulpet kun én pasient. Dersom denne pasienten parallelt starter i en selvhjelpsgruppe, kan det bidra til at han/hun kan hjelpe andre i tilsvarende situasjon. Det å kunne få hjelpe andre, kan også gi positive ringvirkninger for pasientens selvbilde; den sosiale statusen øker, mestringsfølelsen styrkes og engasjementet i egen endringsprosess vokser (7).

## Hvilke selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige finnes i Norge?

Anonyme Alkoholikere (AA) og Anonyme Narkomane (NA) er de eneste gruppene med tilnærmet nasjonal utbredelse. De blir kalt 12-trinnsgrupper fordi de tar utgangspunkt i et 12-trinnsprogram som først ble utarbeidet av AA. Dette programmet har NA tilpasset slik at det gjelder også for annen type rusmiddelavhengighet enn alkohol. De 12 trinnene kan beskrives som en erfaringsbasert endringsstrategi, og består i å innrømme rusproblemet, søke hjelp hos noe/noen utenfor seg selv, foreta en selvransakelse, gjøre opp for seg der man ser at man har påført andre skade, og forsøke å hjelpe andre rusavhengige som fortsatt sliter med rusproblemer. De inneholder altså både kognitive og atferdsmessige endringsforslag og er ment å prakti-

seres som en måte å leve livet på for å klare å holde seg rusfri (ramme 1) (8).

Det finnes over 200 AA- og nærmere 100 NA-grupper i Norge (9). Disse gruppene er

### Ramme 1

#### AAs 12 trinn (8)

1. Vi innrømmet at vi var maktesløse overfor alkohol, og at vi ikke lenger kunne mestre våre liv.
2. Vi kom til å tro at en Makt større enn oss selv kunne bringe oss tilbake til sunn fornuft.
3. Vi bestemte oss til å overlate vår vilje og vårt liv til Guds omsorg, *slik vi selv oppfattet Ham*.<sup>1</sup>
4. Vi foretok en fryktløs og grundig selvransakelse.
5. Vi innrømmet, ærlig og utilslørt, våre feil for Gud, for oss selv og et annet menneske.
6. Vi var helt innstilt på å la Gud fjerne alle disse feilene i vår karakter.
7. Vi ba Ham ydmykt om å fjerne våre feil.
8. Vi satte opp en liste over alle dem vi hadde gjort vondt mot og ble villige til å gjøre alt sammen godt igjen.
9. Vi gjorde opp med disse menneskene når det var mulig å gjøre det uten å skade dem eller andre.
10. Vi fortsatte med selvransakelsen, og når vi hadde feilet, innrømmet vi det uten å nøle.
11. Vi søkte gjennom bønn og meditasjon å styrke vår bevisste kontakt med Gud, *slik vi selv oppfattet Ham*, og ba bare om å få vite Hans vilje med oss og kraft til å utføre den.
12. Når vi hadde hatt en åndelig oppvåkning som følge av disse trinn, prøvde vi å bringe dette budskapet videre til alkoholikere og praktisere disse prinsippene i all vår gjerning.

<sup>1</sup> Vedrørende bruken av «gudsbegrepet» i AA/NA, se artikkelens avsnitt «Kontroversielle aspekter ved 12-trinnsgrupper»



Illustrasjon Stein Løken

selvdrevne og brukerstyrte, og mottar ingen offentlig støtte. Det er i prinsippet gratis å delta, med unntak av at brukerne gjerne legger noen kroner «i hatten» etter hva den enkelte har råd til, for å dekke faktiske kostnader, eksempelvis lokalleie. Tilgjengeligheten er best i de største byene der det gjerne er møter hver ukedag. På mindre steder er det vanlig med ett møte i uken. Oppdaterte møtelister finnes på gruppens websider. AA og NA driver også en kontaktelefon som pasienten kan ringe til, der han/hun kan be om å få treffe noen på forhånd og gjerne gå sammen med til et møte. En nylig utgitt brosjyre fra Helsedirektoratet/Selvhjelp Norge gir oversikt over alle tilgjengelige selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige, også de som har mer begrenset geografisk utbredelse (10). Eksempelvis kan nevnes at Famileklubbene i Norge tilbyr en spennende ny type grupper i norsk sammenheng, der både den rusmiddelavhengige og deres pårørende møter andre familier i tilsvarende situasjon.

### Kontroversielle aspekter ved 12-trinnsgrupper

12-trinnsgrupper er de selvhjelpsgruppene som er mest omtalt i forskningslitteraturen.

Det har vært pekt på enkelte forhold ved disse gruppene som kan være et hinder for at pasienter involverer seg. Det som nok er mest kontroversielt for brukere og helsepersonell, er 12-trinnsprogrammets bruk av begreper som normalt bare brukes i religiøs sammenheng: Gud, høyere makt og bønn (11). Gudsbegrepet i 12-trinnsprogrammet har imidlertid et tillegg: «Gud, slik vi selv oppfattet ham», som betyr at det er enkeltmedlemmet selv som bestemmer innholdet. I praksis definerer mange medlemmer «høyere makt»-begrepet som det å søke støtte i mellommenneskelige relasjoner i gruppen/fellesskapet. For noen kan det også bety at man blir mer bevisst på egen livssynsorientering. Gudsbegrepet brukes altså annerledes enn i religiøse organisasjoner. Selv om helsepersonell forklarer dette til aktuelle deltakere, vil en slik ordbruk kunne oppleves som uvant og problematisk for enkelte.

### Kunnskapsgrunnlag for nytte og helsepolitiske føringer

I en norsk studie der man arbeidet målrettet for å få pasienter etablert i 12-trinnsgrupper i løpet av behandling i spesialisthelsetjenesten, fant man at oppimot halvdel av pasientene fortsatt deltok i slike grupper så

lengre som to år etter behandling (12). Både i denne studien og i en studie fra Nord-Trøndelag, var det en tydelig sammenheng mellom regelmessig deltakelse i selvhjelpsgrupper og bedre rusmestring (12, 13). Disse studiene hadde en naturalistisk eller kvasiexperimentell design, og man kan ikke utelukke at den observerte sammenhengen skyldes seleksjonskjevhet. Imidlertid er det internasjonalt blitt gjort flere randomiserte studier de siste ti årene som viser at behandlingsmetodikk som fremmer og vektlegger deltakelse i 12-trinnsgrupper, øker deltakelsen i AA/NA, og slik deltakelse er assosiert med bedre behandlingsresultater (14, 15). Tilknytning til selvhjelpsgrupper er altså ikke bare avhengig av pasientens egenmotivasjon, men er en atferd behandlere kan påvirke positivt gjennom informasjon og motivasjonsarbeid, og deltakelse bedrer prognosen for pasientene. I tillegg gir kostnad-nyttestudier om bruk av 12-trinnsgrupper entydige konklusjoner: økt deltakelse reduserer bruken av formalisert behandling samtidig som man finner reduksjon i rusbruk (16, 17). På grunnlag av slike forskningsfunn anbefales 12-trinnsgruppene av sentrale fagorganisasjoner (18).

Verdens helseorganisasjon lanserte i 2010 globale strategier for å redusere den skadelige bruken av alkohol, og oppfordrer til at ressurser også utenfor den tradisjonelle helsetjenesten mobiliseres, blant annet ved å støtte og involvere brukerbaserte ressurser (19). Dette er også nedfelt i den norske Opptrappingsplanen for rusfeltet der det slås fast at selvhjelpsperspektivet innen feltet skal styrkes (20). Både helsepersonell, pårørende og brukere skal bli mer klar over de selvhjelpsgrupper som finnes, og de anbefales brukt i større grad.

### Bruk av selvhjelpsgrupper i dag

Selv innen spesialisthelsetjenesten er man lite opptatt av å få pasienter i gang i slike støttende fellesskap. I en norsk studie fra rusfeltet ble bare en tredel av pasientene som ble oppfattet som aktuelle, aktivt motivert til å delta i selvhjelpsgrupper (9). Med primærhelsetjenestens økte ansvar for oppfølging av denne pasientgruppen, er det naturlig at det på alle nivåer arbeides aktivt med å utnytte potensialet som ligger i å knytte pasienter til selvhjelpsgrupper.

En enkel anbefaling fra helsepersonell fører ikke nødvendigvis til at pasienter faktisk oppsøker gruppene. Anbefalinger bør fortrinnsvis også inneholde praktisk rettet informasjon. Eksempelvis kan informasjon om kontakttelefoner, lokale møteadresser og -tider, brosjyrer og annen skriftlig informasjon gjøres tilgjengelig på legekantor. Anbefalinger om deltakelse i selvhjelpsgrupper kan også med fordel følges opp i senere samtaler på samme måte som andre medisinske råd.

### Konklusjon

Selvhjelpsgrupper er brukerbaserte fellesskap som kan være et positivt supplement til behandling i offentlig regi. Leger og annet helsepersonell bør aktivt arbeide for at rusmiddelavhengige pasienter blir involvert i slike grupper. Det finnes noen kontroversielle aspekter som man bør være klar over. En større oppmerksomhet på selvhjelpsgrupper fra helsepersonellens side vil kunne bidra til at flere rusmiddelavhengige får tilknytning til slike støttende fellesskap.

#### John-Kåre Vederhus (f. 1960)

er doktorgradsstipendiat ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Forskningsprosjektet utgår fra Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, og handler om helsetjenestens samarbeid med selvhjelpsgrupper i rusfeltet. Han er også utdannet sykepleier og har arbeidet klinisk i rusfeltet siden 1993.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

#### Björg Hjerkin (f. 1948)

er overlege og forsker ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus. Hun er spesialist i allmenntilleggsmedisin fra Sverige. Hennes pågående doktorgradsarbeid dreier seg om barn som er født av mødre med rusproblemer.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

#### Øistein Kristensen (f. 1945)

er overlege i psykiatri og forskningsleder ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus. Han har arbeidet i 35 år med rusmedisin og psykiatri.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

#### Litteratur

1. Fritt sykehusvalg. Helsedirektoratet. [www.frittisykehusvalg.no/start/](http://www.frittisykehusvalg.no/start/) (7.2.2011).
2. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP et al. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000; 284: 1689–95.
3. McKay JR. Continuing care in the treatment of addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8: 355–62.
4. Humphreys K, Tucker JA. Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction* 2002; 97: 126–32.
5. Individuell Plan. [www.kristiansand.kommune.no/ressurser/TMCORE/emneord/Individuell-plan/](http://www.kristiansand.kommune.no/ressurser/TMCORE/emneord/Individuell-plan/) (7.2.2011).
6. Riessman F, Carroll D. Redefining self-help: policy and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.
7. Zemore SE, Kaskutas LA, Ammon LN. In 12-step groups, helping helps the helper. *Addiction* 2004; 99: 1015–23.
8. Anonyme Alkoholikere. AAs tilfriskningsprogram. [www.anonymealkoholikere.no/info/info\\_12trinn.php](http://www.anonymealkoholikere.no/info/info_12trinn.php) (28.3.2011).
9. Vederhus JK, Kristensen O, Laudet A et al. Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway. *BMC Health Serv Res* 2009;9: 147.
10. Helsedirektoratet, Selvhjelp Norge. Selvorganisert selvhjelp i møte med rusproblemer. Oslo: Helsedirektoratet/Selvhjelp Norge, 2010. [www.selhjelp.no/no/Materiell/Hefte:+Selvorganisert+selvhjelp+i+mÅfÅ,+te+med+rusproblemer.9UFRDIYS.ips](http://www.selhjelp.no/no/Materiell/Hefte:+Selvorganisert+selvhjelp+i+mÅfÅ,+te+med+rusproblemer.9UFRDIYS.ips) (7.2.2011).
11. Vederhus JK, Laudet A, Kristensen Ø et al. Obstacles to 12-step participation as seen by addiction professionals: comparing Norway to the United States. *J Subst Abuse Treat* 2010; 39: 210–7.

12. Kristensen Ø, Vederhus JK. Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2798–801.
13. Sexton H. Alkoholmisbrukere etter klinikkbehandling: en oppfølgingsundersøkelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 2768–72.
14. Parker AJ, Marshall EJ, Ball DM. Diagnosis and management of alcohol use disorders. *BMJ* 2008; 336: 496–501.
15. Vederhus JK. Selvhjelpsgrupper i rusfeltet – en kunnskapsoppsummering. Rapport til H-dir. Oslo: Selvhjelp Norge; 2009. [www.selhjelp.no/filestore/Rapportomselvhjelpirusfeltet\\_301109\\_endelig.pdf](http://www.selhjelp.no/filestore/Rapportomselvhjelpirusfeltet_301109_endelig.pdf) (7.2.2011).
16. Humphreys K, Moos R. Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasi-experimental study. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25: 711–6.
17. Humphreys K, Moos RH. Encouraging posttreatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: two-year clinical and utilization outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 64–8.
18. Kleber HD, Weiss RD, Anton RFJ et al. Treatment of patients with substance use disorders. 2. utg. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (4 suppl): 5–123.
19. World Health Organization. Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy. Genève: WHO, 2010.
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplan for rusfeltet (2008–2010). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2007.

Mottatt 13.1. 2011, første revisjon innsendt 9.2. 2011, godkjent 17.3. 2011. Medisinsk redaktør Lars Frich.