

# Rusmiddelmisbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv

**HELSETILSYNET**

tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 2/2005

FEBRUAR  
2005

Rapport fra Helsetilsynet 2/2005  
Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud  
i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder.  
Februar 2005

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert februar 2005 og finnes bare på  
Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Elektronisk versjon: Lobo Media

Statens helsetilsyn  
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway  
Telefon: 21 52 99 00  
Faks: 21 52 99 99  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

# Innhold

<b>1 Sammen drag</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Innledning</b> .....	<b>7</b>
2.1 Bakgrunn for rapporten .....	7
2.2 Om overordnet faglig tilsyn – områdeovervåkning .....	8
2.3 Arbeidet med rapporten.....	8
<b>3 Avgrensninger og definisjoner</b> .....	<b>10</b>
3.1 Avhengighet .....	10
3.2 Rusmiddelmissbruk .....	10
3.3 Forebyggende helsetjenester på rusområdet.....	10
3.4 Helsetjenester på rusområdet .....	11
3.5 Legemiddelassistert rehabilitering .....	11
3.6 Ettervern.....	11
<b>4 Nasjonale mål og prioriteringer på rusområdet</b> .....	<b>12</b>
<b>5 Formulering av myndighetskrav for området</b> .....	<b>14</b>
5.1 Vurdering av sentrale myndighetskrav og rettighetsbestemmelser .....	14
5.1.1 Faglig forsvarlighet .....	14
5.1.2 Retten til nødvendig helsehjelp .....	15
5.1.3 Kommunehelsetjenestens ansvar .....	15
5.1.4 Spesialisthelsetjenestens ansvar .....	17
5.1.5 Diverse bestemmelser .....	19
5.1.6 Retten til tannhelsetjenester .....	23
5.2 Sentrale temaer (tilsynsindikatorer) som bør vektlegges ved overvåkingen av rusområdet.....	23
5.2.1 Faglig forsvarlighet .....	23
5.2.2 Tilgjengelighet til helsehjelp .....	25
5.2.3 Rett til medvirkning .....	25
5.2.4 Veiledning fra spesialisthelsetjenesten.....	25
<b>6 Kunnskapskildene</b> .....	<b>27</b>
6.1 Løpende datakilder om helsetilstand og tjenestetilbud .....	27
6.1.1 Datakilder om befolkningen generelt .....	28
6.1.2 Datakilder om den generelle pasientpopulasjonen og de helsetjenester de mottar .....	29
6.1.3 Datakilder om rusmiddelmissbrukerne spesielt og de helsetjenester de mottar..	31
6.1.4 Datakvalitet og -tilfang.....	34
6.2 Situasjonsbestemte data om helsetilstand og tjenestetilbud.....	35
6.2.1 Bakgrunnsdata om alkohol og narkotika og helseproblemer knyttet til bruken	35
6.2.2 Tunge rusmiddelmissbrukeres helsetilstand; SINTEF-rapportens hovedkonklusjoner .....	37

6.2.3 Helsetjenester til tunge rusmiddelmissbrukere; SINTEF-rapportens hovedkonklusjoner .....	39
6.2.4 Tilsynserfaring/annen utdypende informasjon fra rapporter, utredninger etc... 41	41
6.2.5 Helsetilsynets møte med fagmiljøene høsten 2002 .....	41
6.2.6 SIRUS' nytte-kostnadsundersøkelse.....	43
6.2.7 Rapport fra Diakonhjemmets høgskolesenter .....	44
6.2.8 Rapporter om psykisk helsevern .....	44
6.2.9 Rapporter om legemiddelassistert rehabilitering .....	46
6.2.10 Rapporter om akuttmedisinsk behandling .....	46
6.2.11 Rapporter om innsatte i fengsler/fengselshelsetjenesten .....	47
6.2.12 Rapporter om pleie- og omsorgstjenester .....	48
6.2.13 Rapporter om fastlegeordningen .....	49
6.2.14 Rapporter om lavterskel helsetjenestetiltak til rusmiddelmissbrukere .....	49
6.2.15 Rapporter om offentlige tannhelsetjenester .....	50
6.2.16 Diverse tilsynserfaring .....	50
<b>6.3 Pågående undersøkelser/prosjekter .....</b>	<b>55</b>
6.3.1 Fylkesmannen .....	56
6.3.2 Helsetilsynet .....	56
6.3.3 Sosial- og helsedirektoratet .....	56
6.3.4 Folkehelseinstituttet .....	57
6.3.5 SIRUS .....	57
6.3.6 Instituttgruppe for psykiatri, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO ..	58
6.3.7 Andre .....	58
<b>7 Helsetilsynets vurderinger .....</b>	<b>59</b>
7.1 Datagrunnlaget: kvalitet/omfang/tilfang. Er tilsynsmyndighetens behov dekket? ...	59
7.2 Datagrunnlaget: vurderinger knyttet til rusmiddelmissbrukernes helsetilstand og tjenestetilbud .....	60
7.3 Hva er viktigste mangler for tilsynsmessig overvåkning av rusfeltet? .....	61
7.3.1 Oppdatert "baseline" kunnskap .....	61
7.3.2 Oppgraderte dokumentasjonssystem og registre .....	62
7.3.3 Oppdaterte faglige retningslinjer .....	63
<b>8 Arbeidsgruppens tilrådninger.....</b>	<b>64</b>
8.1 Behov for tilsynsmessig oppfølging .....	64
8.2 Behov for regelverksendringer/avklaringer.....	66
<b>9 Vedlegg: Oversikt over dokumenter og kunnskapskilder .....</b>	<b>68</b>
9.1 Nasjonale mål og prioriteringer - sentrale dokumenter .....	68
9.1.1 Stortingsforhandlinger .....	68
9.1.2 Handlingsplaner, utredninger, offentlig informasjon o.a.....	68
9.2 Data om helsetilstand og helsetjenester - tilsynsmyndighetene .....	69
9.2.1 Løpende data .....	69
9.2.2 Situasjonsbestemte data .....	69
9.3 Data om helsetilstand og helsetjenester til rusmiddelmissbrukere .....	69
9.3.1 Offentlig statistikk og registre .....	69
9.3.2 Kunnskapsoversikter, rapporter, publikasjoner, etc. ....	70
9.4 Helsetjenester til rusmiddelmissbrukere – veiledninger, rundskriv og retningslinjer..	71
9.4.1 Departementene .....	71
9.4.2 Helsetilsynet, Sosial- og helsedirektoratet, Statens legemiddelverk.....	71
9.4.3 Retningslinjer og veiledere fra fagmiljøene.....	72
<b>English summary:</b>	
<b>Norwegian Alcohol and Drug Abusers – Health Problems and Health Services in Relation to General Supervision. An assessment of central references.....</b>	<b>73</b>

# 1 Sammendrag

I rapporten presenteres en oversikt over sentrale datakilder om rusmiddelmissbrukeres helsetilstand, det helsetjenestetilbudet disse pasientene mottar fra primær- og spesialisthelsetjenesten og tilgjengeligheten av tjenestetilbudet. Hovedvekten har vært lagt på tunge alkohol- og narkotikamisbrukere.

Ansvar for avrusning av rusmiddelmissbrukere samt utredning og behandling av rusmiddelmissbruk på spesialisert nivå ble lagt inn under spesialisthelsetjenesten i januar 2004. Tjenestene fikk betegnelsen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk og inkluderer ulike fagdisipliner som sosialfag, psykologi og medisin. Disse tjenestene reguleres nå av den generelle helselovgivningen. Med rusreformen har rusmiddelmissbrukere som henvises til slik behandling derved fått pasientrettigheter på linje med andre brukere av spesialisthelsetjenesten. Svært viktig i denne sammenheng er retten til nødvendig helsehjelp og hvordan tjenestene vurderer slik hjelp. Kommunene skal fortsatt ha det koordinerende og overordnede ansvaret for rusmiddelmissbrukere utenfor institusjon. Samtidig har kommunehelsetjenesten og fastlegene fått større ansvar, bl.a. ved å kunne henvise til tverrfaglig spesialisert behandling.

Ikke uventet blir det knyttet store forventninger til rusreformen. Blant annet forventes at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer heretter får bedre og mer samordnede tjenester, og at behandlingsresultatene blir bedre. Det er lagt til rette for at de enklere enn tidligere skal få spesialisthelsetjenester som er nødvendige for å redusere somatiske og psykiske lidelser. For tilsynsmyndigheten er det en viktig oppgave fremover å følge med på at intensjonene i rusreformen oppfylles og at regelverket etterlevs.

Det innhentede kunnskapsgrunnlaget omfatter så vel løpende datakilder (kartleggingsystem, statistikk, registre, osv), som situasjonsbestemte data (utredninger, rapporter, publikasjoner etc., herunder tilsynserfaring). Informasjonen er også gransket med henblikk på myndighetskrav og rettighetsbestemmelser som er blitt formulert for denne pasientgruppen. Denne beskrivelsen er også ment å danne grunnlag for helserettslige betraktninger for tilsynsmyndigheten i andre sammenhenger, for eksempel ved planlegging og gjennomføring av tilsyn med systemrevisjonsmetodikk.

Arbeidet er en del av Helsetilsynets områdeovervåking og har blant annet som mål å vurdere om det er områder hvor det er stor risiko for svikt, sett på bakgrunn av helsepolitiske målsetninger og myndighetskrav på området. For å kunne følge opp særlig sentrale tema i tilsynsmessig sammenheng er derfor noen ”indikatorer” valgt ut og beskrevet nærmere. Disse tilsynsindikatorerne omfatter *faglig forsvarlige tjenester, tilgjengelighet til helsehjelp, rett til medvirkning og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.*

Kunnskapsinnhenting ble avsluttet i september 2004, og rapporten viser at kartleggingsystem, registre og annen tilgjengelig statistikk er mangelfulle for å kunne gjennomføre en løpende tilsynsmessig overvåking av rusfeltet. Slik de generelle databasene som omfatter kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er utformet, er det vanskelig å identifisere og avgrense rusmiddelmissbrukere som gruppe. Også de nasjonale dokumentasjonssystemene på rusfeltet har lite tilgjengelige data om klient- eller pasientstrøm. Det finnes videre lite data om de behandlingsmetoder som gis gruppen, og hvilke behandlingsresultater man får.

Heller ikke det materialet som er blitt utledet fra tilsynsarbeid sentralt og regionalt, fra ulike forskningsrapporter, publikasjoner, utredninger, etc. kan sies å være tilfredsstillende for vurderinger av rusmiddelmissbrukeres helsetilstand og det tjenestetilbudet de mottar, selv om situasjonsbeskrivelsen på noen områder til dels er omfattende.

Selv om kunnskapsgrunnet som er innhentet må sies å være mangelfullt, er det etter Helsetilsynets vurdering et hovedinntrykk at mange rusmiddelmissbrukere ikke får de tjenestene de har behov for. Særlig bekymringsfullt er de tunge rusmiddelmissbrukernes helseproblemer, de dels alvorlige psykiske og somatiske lidelsene og den høye mortaliteten som preger denne gruppen. Likevel er terskelen for å bli henvist til eller få hjelp i spesialisthelsetjenesten ofte høy, og spesialisthelsetjenestens tilbud, både når det gjelder det akuttmedisinske og det langsiktige behandlingsopplegget, ofte mangelfullt. Men det synes også å være problemer med å få de generelle helsetjenesteordningene som fastlege, tannhelsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og helsetjenesten i fengslene, til å bli velfungerende for rusmiddelmissbrukerne. Kapasitetsproblemene og ventetidene i flere regioner for utredning og behandling for rusmiddelmissbruket gir grunn til bekymring, ikke minst for dobbeltdiagnosepasientene (alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk), og for de som er aktuelle for legemiddelassistert rehabilitering. Det er videre grunnlag for å tro at tjenestene fortolker pasientrettighetsreglene ulikt, særlig når det gjelder vurderinger av hvilke pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp. Manglende samordning innen og mellom nivåene, inkludert mellom helsetjenesten og sosialtjenesten, er ofte til hinder for at intensjonene i behandlingsoppleggene nås.

Rapporten peker på behovet for oppgraderte nasjonale registreringssystem som kan levere pålitelige data for å følge med på forholdene innen rusfeltet fremover. Det er også behov for oppdaterte og kunnskapsbaserte faglige retningslinjer på flere områder; særlig gjelder dette for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Slike retningslinjer er viktige for at fagmiljøet kan gi en rimelig ensartet behandling, og for å sikre det faglige skjønn. Men de er også viktige verktøy for at tilsynsmyndigheten skal kunne vurdere om tjenestetilbudet er faglig forsvarlig.

Når det gjelder behovet for regelverksendringer peker rapporten på at sosialtjenestelovens bestemmelser som regulerer rusmiddelmiss-

brukernes rettigheter, bør tydeliggjøres og styrkes. Hensynet er at det skal være en klarere plikt for kommunene til samhandling med andre nivåer, bl.a. for å yte materielle tjenester på det tidspunktet rusmiddelmissbrukeren har behov for dem. Når det gjelder helselovgivningen bør det i loven i større grad presiseres og tydeliggjøres en plikt for helsetjenesten til å tilrettelegge tjenestetilbudet, slik at det blir tilgjengelig uten for store krav til tilpasning og struktur fra pasientens side.

På bakgrunn av den kunnskapen som er innhentet, konkluderes at det er klare indikasjoner på at mange rusmiddelmissbrukere ikke får innfridd retten til nødvendig helsehjelp. Helsetilsynet vil ved planleggingen av sitt landsomfattende tilsyn med rusområdet i 2006 ta hensyn til de risikoområder for svikt som er identifisert i denne rapporten. I vår videre tilsynsmessige overvåkning av rusområdet vil vi særlig ha fokus på tilgjengeligheten til tjenestene, forsvarligheten i behandlingstilbudene, samhandlingen innen og mellom behandlingsnivåene, og hvordan tjenestene tilrettelegger for medvirkning, informasjon og samtykke.

## 2 Innledning

### 2.1 Bakgrunn for rapporten

For tilsynsmyndigheten er det viktig å følge med på hvilke helseproblemer rusmiddelmissbrukerne har og vurdere om helsetjenestetilbudet de får tilfredsstillende sentrale myndighetskrav. Dette er del av det overordnede faglige tilsyn på området.

I denne rapporten gjennomgås sentrale datakilder om rusmiddelmissbrukernes helsetilstand, helsetjenestetilbudet de mottar og tilgjengeligheten av dette tjenestetilbudet. Formålet med arbeidet har vært å bidra til en avklaring av hva tilsynsetaten har tilgang til og hva som trengs av løpende data og annet faktagrunnlag for å kunne vurdere tjenestene opp mot sentrale lovkrav og helsepolitiske målsetninger. I tillegg har det tilgjengelige datagrunnlaget blitt vurdert med sikte på om det foreligger særskilte risikoområder for svikt. Bruk av risikoinformasjon har som formål å øke tilsynets treffsikkerhet når det gjelder å avdekke og påpeke svikt, og slik bidra til forbedring<sup>1</sup>.

Fra 2003 fikk Helsetilsynet også ansvaret for det overordnede faglige tilsynet for sosialtjenestene. I lys av dette kunne det synes aktuelt å fremskaffe et samlet kunnskapsgrunnlag både på helsetjeneste- og på sosialtjenesteområdet. Likevel er det i denne rapporten primært fokusert på helselovgivningen og rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud. Grunnen er at det ble ansett nødvendig å foreta en kunnskapsinnhenting og analyse for hele rusområdet i flere trinn. Helsetilsynet redegjør derfor i egen rapport for myndighetskrav og datakilder for å følge med i et overordnet tilsynsperspektiv på sosialtjenesteområdet<sup>2</sup>. Målsetningen om helhetlige løsninger og god samhandling mellom forvaltningsnivåene medfører

imidlertid ofte problemer med å foreta klare avgrensninger mellom helse- og sosialfaglige tjenester på rusområdet. I rapporten er derfor også sosialtjenesteområdet omtalt når samhandling mellom nivåene er særlig relevant for å oppnå behandlingsmålsetningene, for eksempel når det gjelder rehabilitering, pleie og omsorg, bruk av tvang osv.

Kravet om samhandling er blitt særlig tydelig etter at rusreformen trådte i kraft januar 2004. Fylkeskommunens tidligere ansvar for spesialiserte tiltak for rusmiddelmissbrukere er blitt overført til staten, ved de regionale helseforetakene. Målet er at behandlingstilbudet skal utvikles til en tverrfaglig spesialisttjeneste som fokuserer på helhetlige og individuelt baserte tilnæringer, der både sosialfaglige og helsefaglige perspektiver vektlegges. Rusmiddelmissbrukere med behov for slike tjenester er blitt pasienter med rettigheter etter pasientrettighetsloven. Samtidig er det en forutsetning at den kommunale sosialtjenestens helhetlige og koordinerende ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukerne skal fortsette, og at fastlegene skal yte kommunale helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven som tidligere.

I rapporten er det foretatt en vurdering av det gjeldende rettsgrunnlaget for rusmiddelmissbrukerne på helsetjenesteområdet med sikte på å formulere krav og målsetninger som er relevante i tilsynssammenheng. Regelverket er også gjennomgått for å identifisere mulige uklarheter eller svakheter av betydning som kan hemme eller hindre at fastsatte mål oppfylles.

1) Strategiplan 2004-2006 for tilsyn med sosial- og helsetjenestene. Fastsatt av Statens helsetilsyn oktober 2003.  
2) Helsetilsynet. Kunnskapskilder om sosialtjenesten – oversikt over tilgjengelige kunnskapskilder med relevans for tilsynsmyndigheten. Verktøy i områdeovervåking i sosialtjenesten. Internt arbeidsdokument, 2005.

## 2.2 Om overordnet faglig tilsyn – områdeovervåkning

Helsetilsynet har det overordnede faglige tilsyn med helse- og sosialtjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter<sup>3</sup>.

Helsetilsynet definerte innholdet i begrepet overordnet faglig tilsyn i 1999<sup>4</sup>:

*”Overordnet faglig tilsyn består i å overvåke helsetjenestens ytelser og å følge med i helsetilstanden i befolkningen, og ut fra dette vurdere behovsdekning og tilbudsutforming i forhold til befolkningens behov og nasjonale mål og prioriteringer”.*

I Helsetilsynets strategiplan for tilsyn med sosial- og helsetjenestene 2004-2006 heter det:

*”Betegnelsen ”overordnet faglig tilsyn” dekker både helsetilsynets styringsrolle, og innhenting, vurdering og formidling av kunnskap i et overordnet tilsynsperspektiv (områdeovervåkning)”.*

*”Områdeovervåkning er tilsyn med et overordnet perspektiv og omfatter å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetjenesten i et tilsynsperspektiv”.*

Det legges til grunn at tilsynsmyndighetene skal ha en generell oversikt over tilstanden i sosial- og helsetjenesten på lands- og fylkesbasis. Videre at det kan forventes at tilsynsmyndighetene kan vurdere tjenestetilbudet i forhold til befolkningens behov og nasjonale mål og prioriteringer. Det innebærer altså å ha oversikt over, følge med på og gripe inn (jf Ot.prp.nr.105(2001-2002)). Områdeovervåkning blir således en av tilsynsmyndighetenes tilsynsformer på linje med tilsyn med helsepersonell og tilsyn med helse- og sosialtjenester.

Metodikken kan omfatte kunnskapsoppsamlinger, utredninger, kartlegginger, etc. Problemstillingen og hva en ønsker å rette oppmerksomheten mot er avgjørende for metodevalg. Områdeovervåkingen kan for eksempel dreie seg om å finne ut noe om omfanget av et fenomen innen et nærmere definert område, for eksempel en geografisk enhet, landet som helhet, et avgrenset fagområde eller en pasientgruppe. Metoden vil imidlertid være lite egnet til å avdekke forsvarlighetsbrudd direkte. Derimot kan områdeovervåking være egnet til (løpende eller mer situasjonsbestemt) å finne ut av hvor det

er risikoområder for svikt, og hvor tilsynsmyndigheten eventuelt bør gå inn med grundigere undersøkelse og kunnskapsinnhenting, for eksempel i form av virksomhetstilsyn med systemrevisjonsmetodikk.

## 2.3 Arbeidet med rapporten

*Arbeidsgruppe:* Arbeidet med denne rapporten ble startet opp høsten 2002 av en intern arbeidsgruppe i Helsetilsynet, supplert med ekstern bistand fra fylkeslege Arne Johannesen, Telemark. Fra 2004 har Helsetilsynet i fylkene vært representert med fylkeslege Marit Dypdal Kverkild, Nord-Trøndelag. Arbeidsgruppen har vært ledet av seniorrådgiver Liv H. Rygh i Helsetilsynet. Andre medarbeidere fra Helsetilsynet har vært seniorrådgiverne Elizabeth Loe Tollefsen, Merete Steen, Sidsel Platou Aarseth, Arne Johannesen og Jan Fredrik Andresen.

Arbeidsgruppen har vært forankret i Avdeling for planlagt tilsyn i Helsetilsynet. Gruppen har hatt god bistand fra Helsetilsynets bibliotek og arkiv.

*Mandat for arbeidet:*

- Det skal lages en systematisk oversikt over de viktigste datakilder om rusmisbrukeres helsetilstand, helsetjenestetilbudet til denne gruppen fra primær- og spesialisthelsetjenesten, samt tilgjengeligheten av dette helsetjenestetilbudet.
- Med helsetjenester forstås somatiske og psykiatriske helsetjenester på alle nivåer, men ikke den direkte behandlingen av rusmisbruket. Forebyggende helsetjenester skal ikke tas med i denne omgang.
- Med rusmisbrukere forstås både alkohol- og narkotikamisbrukere. De sosiale tjenestene omfattes ikke, men det skal sjekkes med gruppen som arbeider med overordnet faglig tilsyn med sosialtjenester, at de dekker dette i sitt arbeid.
- Datagrunnlaget skal omfatte:
  - løpende statistikk som virksomhetene leverer og
  - publikasjoner og rapporter som belyser helsetilstand, tjenester og behovsdekning i norsk sammenheng.
- I arbeidet med kunnskapsinnhenting skal det etableres kontakt med relevante

3) Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 1 og lov om sosiale tjenester § 2-7.

4) Overordnet faglig tilsyn. Rapport fra arbeidsgruppe ledet av fylkeslege Kristian Hagestad. Statens helsetilsyn, 2000.



kunnskapsprodusenter, bl.a. for å sikre en mest mulig fullstendig innhenting av relevante datakilder og kunnskapsmateriale, og for å få en vurdering av materialets kvalitet og relevans. På bakgrunn av kunnskapsinnhenting skal faktagrunnlaget vurderes. Gruppen skal drøfte hva slags kunnskap den løpende statistikken og publikasjonene gir om helsetilstand, helse-tjeneste og behovsdekning, og om det er spesielle kunnskapsmangler. Det skal også vurderes om det er behov for særskilte kartlegginger eller virksomhetstilsyn på dette området.

- Arbeidet skal resultere i en rapport av lignende art som ”Helseforhold og helse-tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser”, rapport av 10. juni 2002<sup>5</sup>.

*Arbeidsprosess:* Prosessen for det arbeidet som har vært gjort kan skisseres slik:

- Formulering av de krav og målsettinger som data skal vurderes opp imot
- Formulering av ønskelige indikatorer for en løpende evaluering av om sentrale målsettinger er innfridd
- Utarbeiding av en systematisk oversikt over de viktigste datakilder og kunnskapsgrunnlag om helseforhold og helsetjenestetilbud til rusmiddelmissbrukere. Det er lagt størst vekt på de tunge rusmiddelmissbrukerne.
- Vurdering av om det eksisterende data-grunnlaget er egnet til å besvare om definer-te krav og mål er innfridd
- Vurdering av behovet for særskilte kart-legginger eller annen tilsynsvirksomhet

Høsten 2002 ble det avholdt et møte i Helse-tilsynet hvor en rekke deltagere fra fagmiljø-ene var invitert<sup>6</sup>. Formålet med møtet var å få fagmiljøenes synspunkter på sentrale problemområder innen rusfeltet. Videre var møtedeltagerne invitert til en diskusjon om hvor tilsynsmyndighetenes oppmerksomhet bør rettes.

Ukast til rapport har høsten 2004 også vært på en begrenset høring i Sosial- og helsedirekto-ratet, Statens institutt for rusmiddelforskning og Seksjon for rusmiddelforskning ved Uni-versitetet i Oslo. Disse instansene ble primært forespurt om å gi tilbakemelding på om det man anser som de mest relevante registre, publikasjoner og rapporter er tatt med og kor-

rekt beskrevet. Dessuten har Arnhild Taksdal, Rokkansenteret, som medlem av Helsetil-synets Fagråd for kvinne- og kjønnsspørsmål i tilsyn gitt innspill i tilsyn til rapporten og den videre tilsynsmessige oppfølging på rus-området.

5) Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 9/2002.

6) Referat fra møte i Helsetilsynet 19. november 2002 med representanter fra fagmiljøene innen rusomsorgen.

## 3 Avgrensninger og definisjoner

Nedenfor redegjøres for en del avgrensninger og definisjoner som arbeidsgruppen har valgt å legge til grunn i arbeidet med rapporten.

### 3.1 Avhengighet

*Avhengighet*<sup>7</sup> av vanedannende stoffer som vanedannende legemidler, alkohol og narkotika kan beskrives som en tilstand med fysiologiske, adferdsmessige og psykologiske fenomener som kan oppstå som følge av jevnlig bruk av disse midlene over tid. Avhengigheten karakteriseres ved en sterk følelse av behov for inntak av rusmiddelet.

*Toleranseutvikling*<sup>8</sup> (tilvenning) innebærer at personen får redusert effekt av den dosen som innledningsvis ga rusvirkning. Toleranseutvikling kan også innebære en motsatt effekt av den som opprinnelig var tilstede, med ulyst i stedet for velvære, angst i stedet for ro, søvnvansker i stedet for søvntendens, smerteømfintlighet isteden for smertedemping. Toleranseutvikling kan derfor føre til at dosen økes og at risikoen for avhengighet dermed øker.

*Abstinens*<sup>9</sup> er et fenomen som kan oppstå ved reduksjon eller seponering av rusmiddelet. Symptomene kan oppleves om svært ubehagelige og skremmende, og de kan vedvare over tid. Abstinenssymptomer er noe avhengig av rusmiddeltype. Vanlige symptomer for de mest brukte rusmidler er angst, uro og søvnforstyrrelser, samt diaré, kvalme og brekninger. Kramper og alvorlige psykiske forstyrrelser kan også opptre.

### 3.2 Rusmiddelmisbruk

Med *rusmiddelmisbruk*<sup>10</sup> forstås varig eller periodevis bruk av et rusmiddel uten medi-

sinsk indikasjon, der hensikten er å oppnå ruseffekt, regulere bivirkning eller forsterke virkning av annet misbruk. Misbruksbegrepet assosieres ofte med sosiale vansker og adferdsendringer.

Med rusmiddelmisbrukere forstås i denne rapporten både alkohol- og narkotikamisbrukere. Tunge rusmiddelmisbrukere er definert ved følgende tre dimensjoner som vanligvis er tilstede<sup>11</sup>:

- alvorlig intensivt og langvarig rusmiddelmisbruk
- alvorlige fysiske og/eller psykiske lidelser og helseproblemer
- alvorlig funksjonssvikt innen arbeidsmessig og sosial fungering

### 3.3 Forebyggende helsetjenester på rusområdet

Forebyggende arbeid kan defineres som tiltak som forebygger sykdommer. Helsetjenestens arena spenner fra primærforebyggende (forhindre at sykdom oppstår, først og fremst problemorientert med sikte på å redusere risiko), via sekundærforebyggende tiltak (tidlig identifisering) til tertiærforebyggende tiltak (behandling, pleie og omsorg, rehabilitering)<sup>12</sup>. I mandatet heter det at forebyggende helsetjenester ikke skal tas med. Det er derfor lagt til grunn at primærforebyggende og sekundærforebyggende tjenester ikke beskrives, men at det fokuseres på tertiærforebyggende tiltak, slik de ytes fra helsetjenesten. Som nevnt tidligere har det vært lagt mest vekt på de tunge rusmiddelmisbrukerne.

7) Tilpasset fra: Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet. Helsetilsynet 2001, IK-2755.

8) Ibid.

9) Ibid.

10) Ibid.

11) Definisjon fra: Ruud T, Reas, D. Helse-tjenester for tunge rusmiddelmisbrukere. SINTEF Unimed, 2003.

12) Definisjon fra: Primærhelsetjenestens oppgaver i rusmiddelbehandling og forebyggende rusmiddelarbeid – en vurdering på oppdrag fra Rusmiddeldirektoratet og Sosial- og helsedepartementet. Borgestad-klinikken 2001.

### 3.4 Helsetjenester på rusområdet

I mandatet for arbeidsgruppen er helsetjenester forstått som somatiske og psykiatriske helse-tjenester på alle nivåer. Den direkte behandlingen av rusmisbruket skulle ikke inkluderes.

Arbeidsgruppen er innforstått med at det i det virkelige liv kan være vanskelig å lage slike skiller. En helsefaglig tilnærming til rusmiddel-misbrukeren har gjerne målsetninger som både går på behandling av helseproblemene som kan være mer eller mindre relatert til rus-middelmisbruket, så vel som tiltak rettet mot selve misbruket. Tjenestene som tar sikte på å behandle selve rusmiddelproblemet inneholder også både helsefaglige og sosialpedagogiske elementer, så vel som sosiale tiltak, som bolig, arbeidstrening osv. Målsetningen for slik behandling er nettopp en helhetlig tilnærming.

I arbeidet med rusreformen er denne målsetningen understreket, jf kap 4. Etter rusreformen kalles den helsefaglige og sosialfaglige tilnærmingen på spesialisert nivå *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddel-misbruk*, og dette er nå definert som spesialist-helsetjeneste. Ved overføringen til spesialisthelsetjenesten er det lagt til grunn at det skal bli lettere å få den somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenesten til å yte tjenester til rusmiddel-misbrukere. Men reformen gir også føringer i retning av at den helsefaglige profilen i de tiltakene som gir tverrfaglig spesialisert behandling skal styrkes.

Siden mandatet for arbeidsgruppen ble utformet før implementeringen av rusreformen, ble det funnet nødvendig å tilpasse helsetjenestebegrepet til reformens intensjoner. Med helsetjenester forstås derfor i denne rapporten somatiske og psykiatriske helsetjenester på alle nivåer. Det omfatter også helsetjenester som ledd i skadereduksjon ved langvarig rusmiddel-misbruk og helsefaglige og sosialpedagogiske tjenester ved behandling av rusmiddelavhengigheten, men ikke øvrige sosiale tiltak rettet mot misbrukernes rus- og sosiale problemer.

Det å foreta en grenseoppgang mellom helse-tjeneste- og sosialtjenesteområdet er likevel ikke uproblematisk. I denne rapporten er hovedfokus lagt på helsetjenesteområdet slik det er definert ovenfor. Men også sosialtjenesteområdet blir berørt i en viss utstrekning. Dette gjelder særlig når god samhandling mellom forvaltningsnivåene er viktig for å oppnå gitte behandlingsmålsetninger (for eksempel når det gjelder rehabilitering, pleie og omsorg, bruk av tvang, osv).

### 3.5 Legemiddellassistert rehabilitering

Begrepet legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er definert i Helsetilsynets veileder IK-2755<sup>13</sup> til å omfatte:

*”bredt anlagte rehabiliteringstiltak overfor opioidmisbrukere der det som et deltiltak under tett oppfølging inngår en for-skrivning av egnede legemidler, dette vanligvis i et livslangt opplegg”.*

Legemiddellassistert rehabilitering innebærer altså langvarig behandling av rus-middel-misbrukere med opiattdominert misbruk og omfatter substitusjon med morfin-stoffer som metadon eller buprenorfin, tett psykososial oppfølging og ulike støttetiltak. Målet er en rusfri tilværelse med mest mulig ordnet liv utenfor rusmiljøene, akseptabel livskvalitet og hjelp eller behandling for sosiale, psykiske og somatiske problemer, eventuelt også yrkesmessig rehabilitering.

### 3.6 Ettervern

Begrepet ettervern brukes ikke i sosialtjenesteloven, og synes å ha ulik betydning i behandlingsmiljøet. Det er heller ikke et sentralt begrep i helseovgivningen eller et tiltak innen kriminalomsorgen som reguleres i straffegjennomføringsloven. Ut fra ordlyden synes det å omfatte tjenester rettet mot rusmiddel-misbrukere som har gjennomgått en behandling uten at begrepet sier noe om rusmiddel-misbrukerens avhengighetstatus. Begrepet kan ha sitt historiske opphav fra den tiden da den nasjonale rusomsorgsmodellen la opp til at rusmisbrukere skulle behandles på store statlige institusjoner langt fra nærmiljø og hjemkommune.

Begrepet synes lite funksjonelt, både fordi det er uklart og fordi det kan bidra til å utvikle kommunale tiltaksmodeller som forutsetter et bestemt forløp av behandlingen som tar lite høyde for ”sprekk”. Begrepet skaper heller ikke klarhet i om etterverntiltak er tiltak som skal rettes mot misbrukere som er kommet ut av sitt rusmiddel-misbruk, og derved må innrettes som rehabiliteringstiltak, eller om det har karakter av omsorgstilbud rettet mot personer som fortsatt har et misbruk.

Begrepet ettervern kan bidra til å innskrenke forståelsen av kommunens forpliktelser overfor rusmiddel-misbrukere, og til at de rettigheter som følger av lovverket ikke etter-spørres. Fordi det heller ikke synes å være en klar forståelse av begrepet i fagmiljøene, er det lite hensiktsmessig for tilsynsmyndighe-ten å benytte det ved områdeovervåking.

13) Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet. Helsetilsynet 2001, IK-2755.

## 4 Nasjonale mål og prioriteringer på rusområdet

Sentrale dokumenter som omhandler nasjonale mål og prioriteringer på rusområdet er oppført i kap. 9.1.

Regjeringen la i oktober 2002 fram en handlingsplan mot rusmiddelproblemer, som gjelder for perioden 2003-2005. Her formuleres bl.a. viktige helsepolitiske mål og prioriteringer og det varsles om reformer på rusområdet som har til hensikt å bidra til:

- at rusmiddelmisbrukere skal få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre
- at tiltaksapparatet danner en helhetlig kjede
- at tiltakene organiseres slik at rusmiddelmisbrukernes individuelle behov fanges opp, og slik at mangfoldet og bredden i tilbudet sikres
- at ansvaret til enhver tid er klart, og at det samarbeides mellom og innenfor de ansvarlige forvaltningsnivåer.

Det understrekes at organisering og ansvarsplassering skal hindre gråsoner og potensial for ansvarsfraskrivelse som gjør rusmiddelmisbrukerne og deres pårørende til kasseballer i systemet. Rusmiddelmisbrukere skal ha samme tilgang til helsetjenester som befolkningen for øvrig. Det skal være lett å få behandling og nødvendig hjelp når behovet er tilstede. Det skal være gode helsetilbud som også gjelder oppfølgingsapparat utenfor institusjon. Det varsles om utvidede og styrkede lavterskel helsetilbud. Hjelpetilbudet skal være basert på frivillighet. Det fremheves at bruk av tvang krever kompetanse i hjelpeapparatet og helhetlige tilbud.

Fylkeskommunene hadde inntil 1. januar 2004 ansvaret for å sikre rusmiddelmisbrukere plass i spesialiserte tiltak/omsorgsinstitusjoner. Disse var hjemlet i sosialtjenesteloven. Stortingets behandling av rusreformene har foregått i to trinn. Ved behandlingen av Rusreform I vedtok Stortinget at fylkeskommunenes spesialiserte tiltak som i sitt innhold var spesialisthelsetjenester ble en del av spesialisthelsetjenesten.

Stortingsbehandlingen av Rusreform II førte til at de regionale helseforetakene også overtok fylkeskommunens resterende institusjonstilbud og tiltaksapparat for spesialiserte tjenester. Kommunenes ansvar for tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere ble tydeliggjort og viser at alle elementer i det kommunale tjenestetilbudet inngår i kommunenes ansvar for tjenester til rusmiddelmisbrukere. Begge reformene ble iverksatt fra 1. januar 2004 og omtales nå under ett som rusreformen. Som følge av rusreformen er derfor hele det tidligere fylkeskommunale ansvaret etter sosialtjenesteloven § 7-1 for spesialisttjenester for omsorg og behandling av rusmiddelmisbrukere overført til staten ved de regionale helseforetakene. Dette vil si ansvar for avrusning, utredning og spesialisert behandling. Tjenestetilbudet skal som nevnt ovenfor inneholde både helsefaglig og sosialfaglig behandling. Tjenestene heter nå *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk* og er heretter regulert av spesialisthelsetjenesteloven på samme måte som den øvrige spesialisthelsetjenesten. De er således omfattet av den generelle helselovgivningen, som for eksempel pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og pasientskadeloven. Ansvaret innebærer også at tilbudet skal omfatte et tilstrekkelig antall plasser for akutt behandling. Rusreformen innebærer dessuten at både sosialtjeneste og lege har fått

henvisningsadgang, og at den enkelte etter sosialtjenesteloven – på samme måte som etter helselovgivningen – skal ha rett til individuell plan når det er behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Målsetningen med reformen er at rusmiddelmissbrukerne med sammensatte problemer skal få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre. Ansvaret for tjenesten skal bli mer klargjort og gråsonene mellom rusbehandling, psykiatri og somatikk skal bli redusert. Man skal kunne stille de samme krav til behandlingsapparatet overfor rusmiddelmissbrukere som man stiller overfor spesialisthelsetjenesten for øvrig.

Kommunene skal fortsatt ha det koordinerende og overordnede ansvaret for rusmiddelmissbrukerne utenfor institusjon, herunder det langsiktige oppfølgingsansvaret etter institusjonsopphold. Kommunehelsetjenesten og fastlegene har fått et større ansvar, bl.a. ved å kunne henvise til tverrfaglig spesialisert behandling. Det uttrykkes at de medisinske aspekter bør vektlegges mer ved henvisninger.

Den kommunale sosialtjenestes ansvar for hjelpetiltak for rusmiddelmissbrukerne er ikke endret med rusreformen. Sosialtjenesten skal fortsatt ha det helhetlige ansvaret for rusmiddelmissbrukere, herunder iverksette tiltak utenfor institusjon ved behov, og eventuelt henvise rusmiddelmissbrukeren til helsetjenesten. Sosialtjenestelovens system er at sosialtjenesten primært skal tilby hjelp i nærmiljøet til rusmiddelmissbrukerne og deres familier. Dersom hjelp utenfor institusjon ikke er hensiktsmessig eller tilstrekkelig, skal sosialtjenesten henvise rusmiddelmissbrukeren til spesialisthelsetjenesten eller sørge for plass i annen institusjon. Når det er behov for det, vil sosialtjenesten ha ansvar for å sette inn midlertidige tiltak i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette kan bety at sosialtjenesten om nødvendig må sikre rusmiddelmissbrukeren plass i en omsorgsinstitusjon i ventetiden.

Rusreformen innebærer også at tilsynsansvaret for Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene er blitt utvidet mht tilsynsobjekter.

I Styringsdokument for 2004 fra Helsedepartementet heter det under ”Tilbudet til Rusmiddelmissbrukere” at det i forbindelse med RHF’enes ”sørge-for”-ansvar særlig skal fokuseres på ”dobbeltdiagnosepasienter” (rus/psykiatri), unge misbrukere og rusmiddelmissbrukere med langvarig rusmiddelmiss-

bruk. Det pekes bl.a. på utfordringer knyttet til forbedring av spesialisthelsetjenestens tilbud for rusmiddelmissbrukere med helse-relaterte lidelser/tilstander, styrking av kvaliteten på tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere og kompetansehevende og holdningsskapende arbeid vedrørende rusmiddelproblematikk og -behandling i tjenesteapparatet. Videre vises det til behovet for styrking av samarbeidet mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten for å sikre den enkelte et helhetlig behandlingssopplegg, jfr. individuell plan.

I Strateginotat fra Helsedepartementet<sup>14</sup> er nasjonale strategier og perspektiver ved rusreformen trukket opp. I dokumentet beskrives oppgaver, mål og utfordringer med basis i de mål og rammer som er satt gjennom lovvedtak, forskrifter, rundskriv, budsjettvedtak osv. Det trekkes fram ulike områder som RHFene bør gi ekstra oppmerksomhet og hva som i den forbindelse bør vektlegges. Dette gjelder bl.a. akuttbehandling/avrusning, tilbakeholdelse i institusjon med og uten eget samtykke, legemiddelassistert rehabilitering, fritt valg av behandlingssted, kompetansehevende tiltak og rapportering og dokumentasjon av behandlingsintervensjoner. Det varsles at Regjeringen vil komme tilbake til spørsmål knyttet til kapasitetsmessige forhold.

14) Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet, 2004 (I-1103B).

## 5 Formulering av myndighetskrav for området

### 5.1 Vurdering av sentrale myndighetskrav og rettighetsbestemmelser

Gjennomgangen nedenfor er avgrenset mot myndighetskrav og rettighetsbestemmelser som gjelder for helsetjenester til rusmisbrukere, sett fra et tilsynsperspektiv.

Rusreformen har som nevnt i kap. 4 som intensjon bl.a. å bedre rusmiddelmissbrukernes tilgang til nødvendige helsetjenester. Tilsynsmyndighetens oppgave fremover vil etter arbeidsgruppens syn bl.a. være å følge med på at intensjonene i rusreformen oppfylles og om det er uklarheter eller svakheter i lovgivningen som hemmer eller hindrer måloppnåelsen. Her vil det være nødvendig å se helse- og sosiallovgivningen i sammenheng, jf kap. 8.2.

For å få en mest mulig helhetlig framstilling og vurdering av det rettslige bildet er det nødvendig ikke bare å vurdere pasientenes rettigheter, men også myndighetskravene som er lagt til dem som har ansvar for å yte helsetjenesten, nemlig pliktsubjektene. Bakgrunnen for dette er at det er liten hjelp i en rett til helsetjenester med mindre andre har en plikt til å yte dem. I framstillingen nedenfor vurderes også hvilken rettslig plikt helsetjenesten har til å utforme behandlingstilbudet slik at rusmiddelmissbrukere med sykdom, skade eller lyte får tilgang til og kan nyttiggjøre seg behandlingen.

#### 5.1.1 Faglig forsvarlighet

Kravet til faglig forsvarlighet følger av en rekke myndighetskrav. I kommunehelsetjenesteloven fremgår kravet indirekte av § 6-3. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 slår fast at helsetjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige. I psykisk helsevernloven

§ 1 heter det at formålet med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte. Helsepersonelloven § 4 pålegger det enkelte helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. I helsepersonelloven § 16 fremgår det at virksomheter som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lov-pålagte plikter.

Faglig forsvarlighet er en rettslig standard med kvalitative og kvantitative dimensjoner. Det samme gjelder kjernen i faglig forsvarlighet – den gode praksis. Faglig forsvarlighet kan både knyttes til virksomheter og de systemer og rutiner som er etablert, og til håndteringen av den enkelte pasient.

På områder hvor faglige retningslinjer eller faglig konsensus finnes kan man, med disse som utgangspunkt, definere kriterier som kan anvendes for å avdekke om behandlingspraksis avviker fra definisjonene for god praksis; eventuelt om avviket er så alvorlig at det på generell basis må anses som faglig uforsvarlig.

God behandlingspraksis for det som omfatter somatiske og psykiatriske helsetjenester til rusmiddelmissbrukere og tverrfaglig spesialisert behandling er til en viss grad definert i ulike retningslinjer og veiledere. I kap. 9.4 er listet opp en del relevante retningslinjer på rusområdet og beslektede områder. Disse er dels utarbeidet av helsemyndighetene, dels av fagmiljøene, og omfatter rundskriv, veiledere, retningslinjer, osv. Lista er ikke uttømmende. Det er også viktig at den revurderes kontinuerlig, siden det har vært en

dynamisk utvikling på dette fagområdet de senere årene.

Det som imidlertid kjennetegner rusfeltet, og særlig det som etter rusreformen kan anses som tverrfaglig spesialisert behandling, er at mange behandlingsformer i stor grad er preget av mangel på faglig konsensus eller god vitenskapelig dokumentasjon. Dette kan gjøre det vanskelig å operasjonalisere forsvarlighetsbegrepet og gi det innhold på det enkelte område.

#### 5.1.2 Retten til nødvendig helsehjelp

Plikten til å sørge for nødvendig helsetjenester etter pasientrettighetsloven er delt mellom staten ved de regionale helseforetakene, og kommunene, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 første og annet ledd.

Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, dvs. at denne gir helsegevinst, og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Det er også en forutsetning for helsehjelpen at pasienten samtykker til helsehjelpen og i de fleste tilfeller selv oppsøker og melder sitt behov. Det foreligger unntaksbestemmelser fra krav til samtykke i de tilfellene der pasienten har mental svikt slik at hun/han ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Det kan også være grunnlag for å avvike fra kravet til samtykke i nødrettstilfelle.

#### 5.1.3 Kommunehelsetjenestens ansvar

Befolkningen har rett til nødvendig helsehjelp etter § 2-1 i kommunehelsetjenesteloven som fastslår at enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.

Hvilke oppgaver under helsetjenesten som kommunen har ansvar for å løse er fastsatt i kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Når det gjelder rusmiddelmissbrukeres behov for helsehjelp er det mest aktuelt å ta utgangspunkt i bestemmelsens første ledd punkt 2 som omfatter ”diagnose og behandling av sykdom skade eller lyte”.

*Kommunens plikt til tilrettelegging:* Kommunens plikt avgrenses mot den bistandsplikten som staten har lagt inn under spesialisthelsetjenesten og som følger som premiss for spesialisthelsetjenesteloven. Prinsippet følger også indirekte for øyeblikkelig hjelp bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 tredje ledd.

Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 1-3a har kommunen en selvstendig plikt til å planlegge/organisere og legge til rette for at kommunehelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. I dette må en også kunne forstå det slik at kommunen har en plikt til å sørge for tilrettelegging av helsetjenester til rusmiddelmissbrukere slik at de får tilgang til nødvendige og forsvarlige helsetjenester med de begrensninger som for øvrig følger av lovverket. Aktivitetsplikten knyttet til ”sørge-for-ansvaret” presiseres også i internkontrollplikten, som er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 1-3a. Kommunens plikt til å sørge for påkrevet videre- og etterutdanning, jf. § 6-1, tilsier at helsepersonell som ikke finner det faglig forsvarlig å behandle rusmiddelmissbrukere pga. manglende fagkunnskap, kan ha rett til å få tilført denne kunnskapen fra kommunen med mindre annet følger av avtale og helsepersonellet driver privat praksis.

*Retten til legetjenester – fastlegeordningen:* Kommunen skal ivareta sitt ansvar for legetjenesten gjennom fastlegeordningen. Dette følger indirekte av kommunehelsetjenesteloven § 2-1a. Loven gir alle som er bosatt i en norsk kommune rett til å stå på liste hos en fastlege. I den grad den det gjelder ikke fremmer ønske om å få fastlege, blir vedkommende plassert hos en fastlege med ledig listeplass. Denne retten omfatter også rusmiddelmissbrukere. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 7 presiserer fastlegens plikter overfor personer som er tilknyttet listen:

- dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid innen rimelig tid og etter lovpålagt øyeblikkelig hjelp henvendelser
- planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling
- ansvar for pasientens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler
- henvisning til andre helsetjenester ved behov
- legeopplysninger ved søknad om helse, trygde- og sosialtjenester

Fastlegens forpliktelser reguleres delvis av kommunehelsetjenesteloven og forskrift om fastlegeordningen, helsepersonelloven, sentralavtale med legeföreningen samt individuelle avtaler mellom kommunen og fastlegen.

Hvis en rusmiddelmissbruker, evt. andre på vegne av denne, henvender seg til sin fastlege for å få vurdert og behandlet sykdom, skade eller lyte, har rusmiddelmissbrukeren rett til å få en timeavtale. Det samme gjelder ved behov for medisinsk bistand ved søknad om sosiale eller andre tjenester.

Når det gjelder legemiddelassistert rehabilitering anses i henhold til departementets rundskriv I-33/2001<sup>16</sup> medisinsk bistand til oppfølging av vedtak om LAR som ”nødvendig helsehjelp”, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1, jf. § 1-3. Kommunens plikt etter denne bestemmelsen korresponderer med den rett pasienten har til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. Rekvirering og utlevering av legemidler som ledd i LAR er regulert i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-1 tredje ledd, jf. § 8-4 andre ledd. Retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere er hjemlet i rundskriv I-35/2000<sup>17</sup>. Det fremgår av rundskriv I-33/2001 at departementet mener at LAR-pasienter bør følges opp av vedkommendes fastlege. Fastlegens ansvar knyttet til legemiddelassistert rehabilitering består i medisinske undersøkelser som grunnlag for forskrivning av legemiddel, og for kontroll av helsetilstand og dosering underveis i behandlingen, samt forskrivning av selv legemidlet. Fastlegen må også delta i arbeidet rundt pasienten om et helhetlig rehabiliteringsopplegg, herunder delta i ansvarsgrupper.

Organiseringen av legetjenester krever en ryddighet og evne til struktur i daglige gjøremål som mange tunge rusmiddelmissbrukere kan ha store vanskeligheter med å gjennomføre. Legen kan imidlertid ikke avvise rusmiddelmissbrukeren, verken for vurdering eller behandling fordi denne er rusmiddelmissbruker. I så fall må det være en saklig grunn, for eksempel at legen finner det faglig uforsvarlig eller at rusmiddelmissbrukeren har opptrådt truende mot andre pasienter eller personale på legekontoret. I det sistnevnte eksemplet må fastlegen, i samarbeid med kommunen, finne ut av hvordan rusmiddelmissbrukeren kan tilbys den behandling og oppfølging som er nødvendig og faglig forsvarlig, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a. Hvilke krav som eventuelt kan settes til pasienten i slike tilfeller følger av vanlig, offentligrettslig vilkårlære. Forholdet må vurderes konkret, ikke stride mot lov og forskifter, ha tilknytning til formålet med helselovgivningen og ikke være urimelig tyngende overfor den som har rett til helsehjelpen.

*Retten til øyeblikkelig hjelp fra kommunehelsetjenesten:* Kommunehelsetjenesteloven § 1-5 første ledd punkt 5 gir kommunen en plikt til å sørge for hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, såkalt øyeblikkelig hjelp. Den kan gis ved enten å pålegge fastlegen en slik akuttberedskap på dagtid og ha en legevaktordning som er tilgjengelig på kveld og natt, eller ved å etablere en fast legevaktjeneste hele døgnet.

Dette er et tilbud som omfattes og benyttes av rusmiddelmissbrukere. For mange tunge rusmiddelmissbrukere kan ”øyeblikkelig hjelp” retten være illusorisk i kommuner der denne tjenesten ivaretas av fastlegen på dagtid og kun et generelt legevakttilbud på kveld og natt. I større kommuner eller byer vil trolig spesialisthelsetjenestes ambulansetjeneste i noen grad fange opp deres behov for øyeblikkelig hjelp.

*Retten til sykepleietjenester, herunder hjemmesykepleie:* Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd punkt 4 skal kommunen sørge for sykepleietjeneste, også hjemmesykepleie. Dette er en type tjeneste som kan egne seg godt for hjemmeboende rusmiddelmissbrukere med pleiebehov, beboere i hospits etc., f.eks. i forbindelse med sårbehandling og medisinerings med store krav til oppfølging. Reformene innen pleie- og omsorgstjenestene er imidlertid stort sett innrettet mot eldre, alvorlig syke og funksjonshemmede. Dette kan ha bidratt til at hjelpeapparatet ikke er utbygget og innrettet slik at rusmiddelmissbrukere mottar sykepleietjenester de har krav på.

*Retten til sykehjemsplass:* Rusmiddelmissbrukere med behov for pleie og omsorg har den samme rett til plass i institusjon som andre. Mange rusmiddelmissbrukeres atferdsproblematikk og hensynet til andre beboere tilsier imidlertid at sykehjem da må være adekvat utformet for å ta i mot denne gruppen. I den grad dette ikke blir gjennomført, kan det medføre at utskrivning mot brukeres vilje i større grad blir brukt overfor rusmiddelmissbrukere, alternativt at det ikke søkes om plass fordi de kommunalt ansatte som bidrar i søknadsprosessen ikke ser institusjonsplass som er reelt alternativ. Noen kommuner benytter ennå plasser på vernehjem der behovet for pleie og omsorg kan ivaretas med en forholdsvis stor grad av toleranse for rusmiddelbruk og atferdsavvik, men disse tilbudene blir stadig færre.

16) Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. Rundskriv I-33/2001. Sosial- og helsedepartementet.:

17) Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. Rundskriv I-35/2000. Sosial- og helsedepartementet.



#### 5.1.4 Spesialisthelsetjenestens ansvar

*Retten til vurdering:* Pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt, jf. pasientrettighetsloven § 2-2. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Etter 1. september 2004 skal vurderingen også gi en individuell frist for når aktuell behandling skal gis.

*Sørge for plikten:* Spesialisthelsetjenestens plikt til å sørge for tjenester følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a:

*”De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder*

- 1. sykehustjenester,*
- 2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,*
- 3. akuttmedisinsk beredskap,*
- 4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt og*
- 5. tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3.”*

Hva som defineres som tverrfaglig behandling for rusmiddelmissbruk er foreløpig ikke gitt i nasjonale retningslinjer eller veiledere. Helsedepartementets strateginotat<sup>18</sup> gir heller ingen klare definisjoner. Det tas utgangspunkt i at sosialfaglige tilnærminger i mange år har dominert behandlingen av rusmiddelmissbrukere i Norge. Likevel er tverrfaglighet i behandlingen ikke noe nytt. Flere behandlingstiltak har også tradisjon for å yte medisinske tjenester, og også mange tiltak som i utgangspunktet har hatt en rendyrket sosialfaglig profil har etter hvert i stadig større utstrekning lagt vekt på den helsefaglige profilen. Det legges imidlertid vekt på at det skal bli lettere å få den somatiske og psykiatriske

spesialisthelsetjenesten til å yte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Det gis også føringer i retning av at den helsefaglige profilen skal styrkes i tiltakene som gir tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen. Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a gjelder internkontrollforskriften for spesialisthelsetjenestelovens virksomheter og helseforetak. Også før rusreformen har vedtektene til de regionale helseforetakene slått fast at en hovedoppgave i foretakenes sørge-for ansvar er ansvaret for tiltak for rusmiddelmissbrukere innen spesialisthelsetjenesten. I dette ligger også en tydeliggjøring av rusmiddelmissbrukerens rett til behandling på sykehus.

Straffedømte har samme rett til spesialisthelsetjenester som andre. Straffegjennomføringsloven § 12 gir hjemmel for at straffen i særlige tilfelle helt eller delvis kan gjennomføres ved opphold i døgninstitusjon dersom oppholdet er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig, eller andre tungtveiende grunner taler for det. RHFene har plikt til å sikre at det finnes et institusjonstilbud som er i stand til og egnet til å motta domfelte etter straffegjennomføringsloven § 12. Retten til valg av fritt behandlingssted for straffedømte er begrenset til de behandlingssteder som RHFene har pekt ut til å ta imot slike pasienter.

*Sykehusenes utforming og kompetanse:* Svært mange tunge rusmiddelmissbrukere har i perioder somatiske og psykiske lidelser av alvorlige karakter som krever opphold på sykehus. Slik lovgivningen er utformet er dette en rettighet som også omfatter rusmiddelmissbrukere. Imidlertid vil tunge rusmiddelmissbrukeres problemer som abstinens og rustrang kunne føre til at de avbryter behandlingen, og/eller kan også utgjøre en belastning for andre pasienter med fare for deres sikkerhet. Behandling av disse pasientene i sykehus krever derfor særlig kunnskap om deres behov, herunder abstinensforebyggende og kompenserende behandling. Tilføring av denne type kompetanse ligger innenfor virksomhetenes opplæringsplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-10, i den grad det vurderes nødvendig ut fra faglig forsvarlighetsbegrepet. Behandlingen vil

18) Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet, 2004 (I-1103B).

også kunne kreve særlig fysisk utforming av avdelingene for eventuelt å sikre andre pasienter mot problemfylt atferd blant enkelte av rusmiddelmissbrukere.

*Retten til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten:* Spesialisthelsetjenestens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp er forankret i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 som lyder:

*”Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling.”*

Regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helse-regionen med tilsvarende plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreffer ikke dersom institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

Arbeidsgiver kan pålegge helsepersonell ansatt i institusjoner nevnt i første og annet ledd, å rykke ut til person som trenger øyeblikkelig hjelp.

Behovet for øyeblikkelig hjelp ivaretas for mange tunge rusmiddelmissbrukere gjennom spesialisthelsetjenestens ambulansetjeneste, akuttmottak, akuttmedisinske eller akuttpsykiatriske avdelinger som bistår ved avrusning, abstinensbehandling, forgiftningstilfeller, akutte skader, etc.

Når det gjelder omfang og innhold av plikten til å yte øyeblikkelig hjelp innen psykiatrien, er denne presisert i forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet av 21.12.2000, der § 2 lyder:

*”Pasient som henvises til institusjon eller avdeling som nevnt i § 1, skal uten opphold mottas for nærmere undersøkelse dersom henvisende instans oppfatter pasientens tilstand som livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre.*

*Unntaksvis kan pasienten selv, eventuelt med bistand fra pårørende, offentlig myndighet eller andre, henvende seg direkte til institusjonen uten forutgående henvisning.*

*Tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp omfatter i hovedsak:*

- a) psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse*
- b) psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre*
- c) deliriose tilstander hvor avrusning ikke er en hovedsak*
- d) psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.”*

Når det gjelder rusmiddelmissbrukers tilgang til øyeblikkelig hjelp innen psykiatrien er utgangspunktet at de har samme rett som andre. Også innen psykiatrien kan kompetansesmessige og bygningsmessige forhold medvirke til at akutt psykisk syke og rusede misbrukere ikke får et tilrettelagt tilbud.

Retten til øyeblikkelig hjelp begrenses likevel av forskriftens § 2 c, der retten til øyeblikkelig hjelp for deliriose tilstander kun utløses når avrusning ikke er hovedsak (se over). I slike tilfeller må derfor andre deler av spesialisthelsetjenesten (oftest den somatiske spesialisthelsetjeneste) sørge for forsvarlig og nødvendig bistand når rusmiddelmissbrukere er innlagt til avrusning.

*Spesialisthelsetjenestens plikt til å opprette plasser for akutt behandling av rusmiddelmissbruk:* Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1a gir hjemmel for å lage forskrifter at de regionale helseforetakene skal ha plasser for akutt behandling av rusmiddelmissbruk. Dette er en videreføring av tilsvarende bestemmelse i sosialtjenesteloven. Det har tidligere ikke vært laget forskrifter, og så vidt vi kjenner til er det heller ikke nå planer om å utarbeide forskrifter om dette. Hva som ligger i definisjonen akutt behandling av rusmiddelmissbruk og hvem som skal definere behovet for slik behandling, er etter vårt syn ikke helt klart.

I Helsedepartementets rundskriv nr. 1-8/2004 punkt 2.2<sup>19</sup> heter det at behov for akutt behandling vil kunne foreligge dersom en rusmiddelmissbruker har behov for hjelp i en presset livssituasjon uten at det nødvendigvis foreligger en helsemessig livs- eller helsetruende tilstand. Dersom rusmiddelmissbrukeren har en medisinsk tilstand der det er akutt fare for vedkommendes liv eller helse (for eksempel intoksikasjon, overdoser eller delir), vil vedkommende ha rett til øyeblikkelig hjelp etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

I Helsedepartementets strateginotat<sup>20</sup> pekes det på at RHF'ene har spesielt ansvar for å sikre at det finnes tilstrekkelig akutt/avrusningskapasitet. Siden avrusning og avgiftning ofte vil innebære medisinske komplikasjoner som krever somatisk og/eller psykiatrisk overvåking, må akutttiltakene ha nødvendig kompetanse for å ta seg av tilstander som kan være livstruende. Henvisning vil være påkrevd ved avrusning/avgiftning som ledd i et behandlingsopplegg. Henvisning vil imidlertid ikke være nødvendig ved avrusning som vurderes å komme inn under akutfunksjonen "øyeblikkelig hjelp" begrepet (jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-1). Akutt-/avrusningstiltak bør ivareta:

- Medisinsk vurdering av pasientens tilstand i forhold til aktuell bruk av rusmidler, som misbrukets varighet og omfang av rusmiddelbruk.
- Vurdering av fare for forgiftning/overdose, forventede abstinensplager og evt. fare for komplikasjoner.
- Kunne sette i gang tiltak for å forhindre alvorlige komplikasjoner i avrusningsfasen, som for eksempel forebygging av delirtilstander, hallusinasjoner og kramper.
- Vurdering av psykisk tilstand, og mulighet for igangsetting av adekvate behandlingstiltak knyttet til somatiske og psykiske lidelser.
- Døgnkontinuerlig sykepleiefaglig oppfølging og tilsyn.
- Tilgang på lege gjennom nødvendige beredskapssystemer.

*Spesialisthelsetjenestens varslingsplikt til sosialtjenesten:* Dersom utskrivning fra spesialisthelsetjenesten etter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk tilsier tiltak fra sosialtjenesten, og pasienten sam-

tykker, skal denne ha varsel om utskrivningen i god tid på forhånd, jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-15. Utskrivningen skal da planlegges og forberedes i samarbeid mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf sosialtjenesteloven § 7-6a. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-2 og 6-2a (tvang) skal alltid sosialtjenesten varsles.

#### 5.1.5 Diverse bestemmelser

*Oppfølging etter akutt hjelp:* Oppfølgingen etter akutt hjelp vil variere ut fra brukerens behov. Dersom pasienten har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har foretakene plikt til sikre at pasienten får tilbud om en individuell plan, jf spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 (se nedenfor).

Det fremgår av departementets kommentarer til forskrift om individuell plan at hvem som har ansvar for å ta initiativet til å få satt i gang planprosessen vil kunne variere. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 forutsetter at helseinstitusjoner som omfattes av loven må sikre at pasienter som mottar helsetjenester gis tilstrekkelig informasjon for å kunne ivareta sine rettigheter etter pasientrettighetsloven (se også nedenfor). Det samme gjelder for kommunale helsetjenester, jf kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a, jf § 6-2 a. Det må derfor kunne forventes at helsepersonell har en praksis som innebærer at pasienter med omfattende behov for helsehjelp henvises videre i helsetjenesten for å sikre at pasienten kan få oppfylt sin rett til å få utarbeidet en slik plan. Dette betyr i praksis at også helsepersonell i ambulansetjenesten og i legevaksordninger har en viktig informasjons- og videreformidlingsoppgave for å sikre at retten til andre nødvendige helsetjenester kan realiseres for rusmiddelmissbrukere.

*Retten til individuell plan:* Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har som nevnt ovenfor rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og sosialtjenesteloven.

En individuell plan skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder også sikre at det til enhver tid er én tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten. Det er også utarbeidet forskrifter om individuelle planer. Innholdet i planen må også sees i sammenheng med helsepersonells plikt til å samarbeide med sosialtjenesten i klientsaker

19) Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rundskriv 1-8/2004. Helsedepartementet.  
20) Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet, 2004 (1-1103B).

der dette er nødvendig. Dette forplikter de ulike aktører som samarbeider om pasienten til å strukturere innsatsen i oppfølgingsarbeidet.

For mange innen denne pasientgruppen er det viktig å huske at også andre tiltaksplaner kan være aktuelle, for eksempel framdriftsplan innen kriminalomsorgen etter straffegjennomføringsloven, planer for gjennomføring av arbeidsmarkedstiltak osv. Det kan derfor være et koordineringsbehov knyttet til utarbeidelsen av ulike oppfølgings- og tiltaksplaner, både når det gjelder å sikre tilgang til relevant informasjon, og om innhold og ansvar for utførelsen.

Utarbeidelse av individuell plan etter helselovgivningen krever som hovedregel samtykke av pasienten og bygger på en forutsetning at pasienten trekkes med og deltar i samarbeidet. For å nå behandlingens formål er pasientens medvirkning av stor betydning. Dette gjelder særlig for rusmiddelmissbrukere som mottar behandling for rusmiddelmissbruk, fordi behandlingen krever betydelig egeninnsats for å lykkes. For rusmiddelmissbrukere med et aktivt rusmiddelmissbruk vil det kreves stor grad av tilrettelegging av planarbeidet fra tjenestenes side for at individuell plan blir et virksomt middel for å sikre samordede og koordinerte helse- og sosialtjenester.

*Pasientens rett til medvirkning – samtykkekompetanse:* Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig.

Pasientrettighetsloven § 4-1 første ledd slår fast det generelle kravet til informert samtykke som rettsgrunnlag for å gi helsehjelp. Samtykkekravet gjelder alle sider ved helsemessig virksomhet som pasienten undergis eller medvirker i, dvs. pleie, omsorg, undersøkelse, innleggelse og behandling. I bestemmelsen må også innfortolkes retten for den enkelte til å trekke samtykke tilbake under behandlingen. Helsepersonell har da har plikt til å informere om handlingen.

Kap. 4 i pasientrettighetsloven omfatter også rusmiddelmissbrukere som søker helsehjelp. Et dilemma i forhold til hovedregelen er informert samtykke oppstår for helsepersonell når personer i sterk rus søker eller bringes inn til behandling og er i en slik tilstand at det er usikkert om de forstår hva samtykke innebærer. Kap. 4 har flere bestemmelser som bidrar til opplysning av helsepersonellets handlingsfrihet i denne situasjonen:

- *Helsehjelpen kan bygge på stilltiende samtykke* (pasientrettighetsloven § 4-2): I den grad personen ut fra sin handlemåte og omstendighetene for øvrig sannsynliggjør at hun/han godtar helsehjelpen, må dette gi et tilstrekkelig grunnlag for helsehjelp. Momenter som vil tale for at det foreligger et stilltiende samtykke, vil være om rusmiddelmissbrukeren selv oppsøker helsepersonellet, om behandlingen har lav risiko for skade, ikke er for inngripende og om pasienten har mottatt tilsvarende behandling tidligere. I den grad det dreier seg om øyeblikkelig hjelp er dette et viktig moment, der hensyn til det *informerte* samtykke i praksis har mindre vekt. I den grad pasienten motsetter seg behandlingen, vil nødrettsbetraktninger avgjøre inngrepets legitimitet.
- *Vurdere om samtykkekompetansen er til stede etter at pasienten er rusfri:* § 4-2 annet ledd åpner for å unnta krav til informert samtykke fra pasienter som pga. fysiske eller psykiske forhold åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt. Når det gjelder pasienter i sterk rus oppfylder de ofte dette vilkåret, men bestemmelsen slik den er utformet, tilsier at den ikke er ment å regulere disse situasjonene. Et informert samtykke til behandling bør primært utsettes til pasienten er rusfri eller edru, og da må samtykkekompetansen undersøkes. Hvis personen da ikke oppfylder kravet til samtykkekompetanse, vil bestemmelsene som regulerer helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse komme til anvendelse, jf. §§ 4-3 til 4-8.

*Bruk av tvang og makt:* Bruk av tvang og makt er inngripende virkemidler fra samfunnets side. Tunge samfunnshensyn eller hensynet til personers liv og helse gjør at lovgiver har åpnet for bruk av tvang eller makt i noen tilfelle. For rusmiddelmissbrukere er følgende lovbestemmelser mest aktuelle:

- Sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3
- Psykisk helsevernloven §§ 3-3 og 3-4
- Smittevernloven §§ 5-2 og 5-3

*Tvang og makt etter sosialtjenesteloven:* Sosialtjenesteloven § 6-2 hjemler at rusmiddelbrukere som utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom frivillig hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak uten eget samtykke og holdes tilbake i institusjonen inntil 3 måneder. Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av sosialtjenesten dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. Lederen i fylkesnemnda skal snarest, og om mulig innen 48 timer, treffe vedtak om foreløpig godkjenning av det midlertidige vedtaket. Det endelige vedtaket skal behandles av fylkesnemnda.

Kravet om omfattende og vedvedvarende misbruk er ikke entydig, men kjennetegnes ved en kombinasjon av langvarig og aktivt misbruk, manglende evne til egen omsorg, manglende sosialt nettverk, mangel på bolig og arbeid, underernæring, hyppige overdoser og akutte forgiftninger og redusert psykisk funksjonsnivå. Tvangsplassering/tilbakehold uten eget samtykke er ikke en behandlingsmetode, men skal tilrettelegges for at pasienten skal kunne ta stilling til egen situasjon og bistå med tiltak som kan virke helsemessig og sosialt stabiliserende. Det er også et mål at oppholdet utvikler en relasjon til behandlingsapparatet som kan være en viktig motiveringsfaktor for å ta fatt på en behandling mot rusmiddelmisbruket.

Sosialtjenesteloven § 6-2a hjemler at det kan vedtas at en gravid rusmiddelbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig. Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av sosialtjenesten dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesent-

lig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks.

Sosialtjenesteloven § 6-3 åpner for at en rusmiddelbruker på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon under den forutsetning at institusjonen kan sette som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket. Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold.

Det er sosialtjenesten i kommunen som har ansvar og myndighet til å vurdere bruk av tvang og evt. foreberede saken for fylkesnemnda ut fra den kunnskap de har om den enkelte rusmiddelbruker. De har en plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende, jf, sosialtjenesteloven § 6-1a.

*Tvang og makt etter psykisk helsevernloven:* Rettsgrunnlaget for bruk av tvang eller makt innen psykisk helsevern er hjemlet i kapittel 3 i lov om psykisk helsevern. § 3-3 regulerer hvilke forhold som tilsier at det kan være grunnlag for å behandle en sinnslidende person med tvang. Bestemmelsen er generell og gjør ingen unntak for personer med rusmiddelmisbruk. Et absolutt vilkår er at personen har en alvorlig sinnslidelse. Videre må helsevernet være nødvendig for at den sinnslidende uten vern får sin mulighet til helbredelse eller bedring i betydelig grad redusert, eller at det er stor grad av sannsynlighet for at vedkommende i nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret.

Alternativt kan det psykiske helsevernet ha et rettslig grunnlag for bruk av tvang eller makt dersom personen har alvorlig sinnslidelse og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse.

I situasjoner der vedkommende ikke utgjør en fare må det alltid vurderes om det kan være hensiktsmessig å forsøke frivillig behandling, og det må foretas en helhetlig vurdering av om psykisk helsevern er den beste løsning for vedkommende. Særlig må det legges stor vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Det er et krav i loven at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår er oppfylt, før tvangstiltak i det psykisk helsevern kan iverksettes.

Når det gjelder personer med rusproblematikk kan det være problematisk å foreta utredning og diagnostisering så lenge de er under påvirkning av rusmidler. Lovens § 3-6 og 3-8 gir imidlertid hjemmel for at vedkommende kan tas inn til videre observasjon og diagnostisering i 10 dager uten eget samtykke. Tvangsmidler som kan brukes under oppholdet reguleres nærmere i kapittel 4.

*Tvang og makt etter smittevernloven:* Lovens formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke til at de overføres til befolkningen, samt å sikre at myndighetene setter i verk nødvendige smitteverntiltak.

Rusmiddelmissbrukere kan oppholde seg i miljøer der de utsettes for stor smittefare, for eksempel ved bruk av felles sprøyter. De kan også, der de selv er smittet, utgjøre en særlig smittefare for andre i rusmiljøet.

Paragraf 3-5 i smittevernloven pålegger legen en særlig plikt til å være oppmerksom på om pasienten kan ha en allmennfarlig smittsom sykdom og skal ved mistanke sette i verk de undersøkelser som er nødvendig for å avklare om det foreligger en smittsom sykdom. Utgangspunktet er at det kreves samtykke fra pasienten. Motsetter pasienten seg de nødvendige undersøkelser kan smittevernnemnda på nærmere vilkår fatte vedtak om tvungen legeundersøkelse og kortvarig isolering, opptil 7 dager, se § 5-2.

Paragraf 5-3 gir rettslig grunnlag for tvungen isolering og medikamentell behandling for smittet person der frivillig tiltak har vært forsøkt, eller der det er overveiende sannsynlig at slike tiltak ikke fører frem. Loven setter grenser for vedtakenes lengde og fastsetter nærmere krav til gjennomføringen av behandlingen, bl.a. at det må gjennomføres i en egnet sykehusavdeling eller sengepost jf § 5-4.

*Pasientens rett til informasjon:* Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf pasientrettighetsloven § 3-2. Pasienten skal også informeres om mulig risiko og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov. Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv.

Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon. Det kan for eksempel dreie seg om opplysninger om pasientens mentale helsetilstand som helsepersonell har mottatt fra pårørende, når disse ikke ønsker å identifiseres som kilde av frykt for represalier fra pasienten.

Dersom pasienten blir påført å skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning. Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

*Retten til innsyn i journal:* Pasienten har ifølge pasientrettighetsloven § 5-1 rett til innsyn i sin journal, inkludert bilag, og har etter særskilt forespørsel rett til kopi. Pasienten har etter forespørsel også rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende.

Pasienten kan nektes innsyn i opplysninger i journalen, dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær (se nærmere ovenfor).

En representant for pasienten har rett til innsyn i opplysningene som pasienten nektes innsyn i, med mindre representanten anses uskikket for dette. En lege eller advokat kan ikke nektes innsyn, med mindre særlige grunner taler for dette.

Reglene i pasientrettighetsloven § 3-3 og § 3-4 om andres rett til informasjon gjelder tilsvarende for innsyn i journal.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasients død, om ikke særlige grunner taler mot dette.

*Plikten til egenbetaling:* Kommunehelsetjenesteloven § 2-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 gir begge hjemler for å kreve egenbetaling av pasientene. Det er innført krav om egenbetaling tilknyttet helsetjenester fra fastlege og fysioterapeut. Behandling i tiltak som omfattes av rusreformen følger samme regelverk. Plikten til egenbetaling kan forverre de tyngste rusmiddelmissbrukernes tilgang til helsetjenestene over tid. Mange har dårlig økonomi pga. et kostbart rusmiddelbruk. Det er derfor sannsynlig

at de oftere er i en slik situasjon at de ikke kan betale for konsultasjonen eller behandling i helsetjenesten enn andre pasienter.

Dette kan i noen grad løses med et godt samarbeid mellom helsetjenesten, sosialkontor og trygdekontor i den grad rusmiddelmissbrukeren har rett til sosialstønad eller trygdeytelser, jf, sosialtjenesteloven § 5-4 fjerde ledd og folketrygdloven § 22-6. Dette vil imidlertid skape merarbeid for helsetjenesten, ofte mer enn det de får kompensert gjennom egenbetalingskravet. Uoppgjorte pengekrav kan på den annen side også medføre at rusmiddelmissbrukeren kvier seg for å oppsøke helsetjenesten, med den følge at smerter og sykdom forverres og rusbruken øker.

For å holde terskelen lav i forhold til mulighet for kontakt med spesialisthelsetjenesten har departementet varslet at en vil sikre at rusmiddelmissbrukere ikke skal betale egenandeler ved akuttkontakt med poliklinikker<sup>21</sup>.

#### 5.1.6 Retten til tannhelsetjenester

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-1 at fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Denne plikten omfatter også rusmiddelmissbrukere.

Den offentlige tannhelsetjenesten skal ifølge § 1-3 gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til visse prioriterte grupper av befolkningen (bl.a. barn, ungdom, psykisk utviklingshemmede, etc.). Rusmiddelmissbrukere hører ikke med blant disse prioriterte gruppene. Fylkeskommunen kan imidlertid vedta å tilby offentlige tannhelsetjenester også til andre grupper enn de obligatoriske.

Manglende struktur og egenstyring kan bidra til at rusmiddelmissbrukere ikke klarer å bestille time og følge opp behandlingen i tannhelsetjenesten. Dette kan således bidra til deres dårlige tannhelsestatus. Pasientene må videre selv vanligvis dekke utgifter til tannlegebehandling. Det er mulighet for rusmiddelmissbrukere uten betalingsevne å få dekket utgifter til nødvendig konserverende og kurativ tannbehandling fra kommunens sosialtjeneste, jf, sosialtjenesteloven § 5-1. Kosmetisk behandling anses i utgangspunktet ikke som nødvendig for livsoppholdet og er derved ikke en lovpålagt ytelse etter sosialtjenesteloven. Det kan likevel være åpenbart urimelig å anse en behandling som rent kos-

metisk, for eksempel i forhold til rusmiddelmissbrukere som er i en rehabiliteringsfase der bedret kosmetisk tannstatus vil være av stor betydning både sosialt og helsemessig.

## 5.2 Sentrale temaer (tilsynsindikatorer) som bør vektlegges ved overvåkingen av rusområdet

Med bakgrunn i de sentrale helsepolitiske målsettingene som er beskrevet ovenfor - og myndighetskravene som er formulert i helselovgivningen – er det valgt ut noen sentrale temaer som tilsynsmyndigheten bør ha særlig fokus på i den tilsynsmessige overvåkingen av rusområdet:

1. Faglig forsvarlige tjenester
2. Tilgjengeligheten til helsehjelp
3. Retten til medvirkning
4. Veiledning fra spesialisthelsetjenesten

Nedenfor beskrives disse temaene nærmere. Ut fra virksomhets- og pasientstatistikk som tjenestene leverer, skulle det være mulig å definere særskilte indikatorer under hvert av temaene. Slike indikatorer burde kunne fungere som en form for ”verktøy” for tilsynsmyndigheten i forbindelse med deres løpende overvåking på rusområdet og derved bidra til å synliggjøre eventuelle risikoområder for svikt. I diskusjonen nedenfor er visse indikatorer som kan være aktuelle i en slik sammenheng omtalt.

### 5.2.1 Faglig forsvarlighet

Indikatorer som kan si noe om systemets forsvarlighet er:

- Ventetid på vurdering og på behandling
- Etterlevelse av øyeblikkelig hjelp-plikten
- Tilgang på kvalifisert personell
- Diagnostikk (diagnosesetting og diagnosefordeling)
- Behandling (behandlingsform og behandlingsomfang)
- Oppfølging av definerte tilstander
- Forekomst av reinnleggelse
- Bruk av tvang

21) Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet, 2004 (I-1103B).

Retten til nødvendig helsehjelp innebærer at helsehjelpen gis innenfor en forsvarlig tidsramme, og lang ventetid på behandling kan indikere et faglig uforsvarlig tilbud.

I henhold til forskrift om prioritering av helse-tjenester og rett til helsehjelp, og forskriften om øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern, skal øyeblikkelig hjelp-tilstander alltid ha høyeste prioritet.

Alle pasienter skal undersøkes og utredes, og diagnose eller annen konklusjon på utredning skal legges til grunn for valg av behandlingsform. Manglende eller utsatt diagnosesetting kan indikere mangelfull undersøkelse, eventuelt at tiltak iverksettes uten at nødvendig utredning ligger til grunn, og dermed indikere uforsvarlig behandling.

I kravet om forsvarlig behandling ligger at undersøkelse, diagnostisering og behandling skal gjennomføres av personell som har de nødvendige kvalifikasjoner for oppgaven. Med unntak av institusjoner som skal godkjennes for bruk av tvang, foreligger ingen bemanningskrav for virksomhetene, og det finnes dermed ingen generell standard å måle opp mot. Virksomhetene er imidlertid forpliktet til å sørge for en bemanning som gjør at de oppgaver som utføres, kan ivaretas på en forsvarlig måte.

Det ligger en del føringer i departementets rundskriv om tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddel-misbruk<sup>22</sup>. Her fremgår at alle distriktspsykiatriske sentra (DPS) bør ha grunnkompetanse i utredning og behandling av personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddel-misbruk. Videre heter det at alle fylker bør ha poliklinisk virksomhet med oppsøkende team som kan oppsøke og følge opp pasientene hjemme ved behov, og gi konsultasjon og veiledning til kommunale helse- og sosialtjenester og til øvrig spesialisthelsetjeneste.

I Helsedepartementets strateginotat<sup>23</sup> om behandlingstilbudet til rusmiddel-misbrukere heter det at kvalifisert utredning av personer med omfattende rusmiddelproblemer eller sammensatte problemer i mange tilfelle vil kreve tilgang på helsepersonell med spesialkompetanse i spesialisthelsetjenesten. Det listes også opp kompetansekrav til enheter som skal foreta utredning med sikte på å vurdere behov for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddel-misbruk. Dette omfatter bl.a. kompetanse i forhold til kartlegging og vurdering av pasientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og

situasjon, samt hans/hennes generelle psykiske og fysiske tilstand. Det gjelder videre vurderinger av pasientens kognitive funksjonsnivå og motivasjon, samt hans/hennes relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon. Det inngår også krav til medisinsk kompetanse, som vurdering av pasientens fysiske allmenntilstand og eventuelle tilleggslidelser, differensialdiagnostiske vurderinger og diagnosesetting. Det skal foreligge kompetanse i forhold til å anbefale adekvat(e) behandlingstilbud, herunder kunnskap om de behandlingsfaglige tilnærmingene i de eksisterende behandlingstiltak.

Diagnosefordeling er et parameter for virksomhetenes pasientprofil, og kan gi et bilde av hvorvidt inntak står i et rimelig forhold til hva som kan forventes ut fra kjennskap til sykdomsforekomst og eventuelle retningslinjer for prioritering mellom ulike pasientgrupper. Diagnosefordeling kan også indikere om det er pasientgrupper som urettmessig nedprioriteres ved inntak. Dersom det er stor faglig enighet om diagnostiske prosedyrer i relasjon til definerte problemstillinger, vil bruk eller ikke bruk av disse prosedyrene si noe om den faglige forsvarligheten. En nærmere vurdering av dette egner seg nok likevel best ved virksomhetstilsyn.

For noen tilstander finnes det faglige standarder for behandlingsform og behandlingssomfang som kan være aktuelle å vurdere opp mot (jf myndighetenes og fagmiljøenes veiledere, retningslinjer osv, kap. 9.4). Etterlevelse av faglige standarder kan si noe om faglig forsvarlighet og kan undersøkes både gjennom statistiske data og funn gjort ved systemrevisjoner, men det må tas høyde for mulige variasjoner i diagnosepraksis eller manglende konsensus for hvordan ulike tilstander skal behandles. Ikke minst gjelder dette på området tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddel-misbruk, der det på grunn av manglende faglig konsensus/retningslinjer til dels vil være betydelige problemer knyttet til vurderingene av hva som er faglig forsvarlige behandling, se også kap. 5.1.1 og 5.1.4.

Oppfølging av pasienter med rusproblematikk er viktig både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Sammenligninger av data som omfatter pasientkontakter, konsultasjonshyppighet og tidsbruk kan være indikatorer på hvordan oppfølgingen fungerer.

Mange reinleggelse er planlagte og inngår i strukturerte og forsvarlige behandlings-

22) Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddel-misbruk. Rundskriv I-36/2001. Sosial- og helsedepartementet.

23) Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddel-misbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet, 2004 (I-1103B).



opplegg for pasienter med rusmiddelproblemer. Imidlertid kan hyppige reinnleggelser, særlig som øyeblikkelig hjelp og med derpå følgende korte institusjonsopphold, være en indikator på mangelfull kontinuitet i tiltaks-kjeden for rusmiddelmisbrukere, og gi grunn for nærmere analyse både av tilbudet ved institusjonen og av oppfølging etter utskrivning.

Forsvarlig bruk av tvang omhandler flere ulike aspekter inklusive krav til institusjon og personelltilgang, krav til hvordan gjennomføringen skal skje, kravet til løpende vurdering av vedtaket og de vilkår som må være tilstede for etablering. Vi oppfatter at det er en overordnet intensjon ved regelverket å bidra til minst mulig bruk av tvang, se kap. 5.1.5.

Relevante data for vurdering av omfanget på tvangsbruk vil være sammenlikningstall, eventuelt også tidsserier, for å vurdere utvikling. Det finnes ingen norm for hva som er akseptabelt.

#### 5.2.2 Tilgjengelighet til helsehjelp

Tradisjonelt har tilgjengelighet til helsetjenester vært vurdert på grunnlag av informasjon om produksjonstall og ventelister. Men det er et komplekst samspill mellom tilbud og etterspørsel, og det reelle behovet for behandling kan derfor være større enn hva ventelistedata indikerer. Tilgjengelighet og mangel på tilgjengelighet til tjenester kan illustreres gjennom tilstedeværelse av terskler av fysisk, geografisk, sosial eller kulturell art. Kravet om tilgjengelighet til tjenester innebærer at befolkningen har lik tilgang til helsetjenester og at tjenestetilbudet er tilpasset pasientenes behov.

Mål på lik tilgang til tjenester kan være at tilbud er tilgjengelige uavhengig av bosted, og videre at de samme vurderingskriteriene ved tildeling gjelder for alle deler av befolkningen og ingen grupper favoriseres eller nedprioriteres pga for eksempel alder, kjønn, sosial status, etc.

Et indirekte bilde av "lik tilgang" kan man danne seg gjennom en kombinasjon av opplysninger om dem som faktisk bruker tjenestene, og av omfanget av bruken.

Et parameter på om tjenestetilbud er tilpasset pasientgruppens behov, kan være om det er lidelser og tilstander for populasjonen der det er et lite tilfredsstillende tilbud eller udekket/manglende tilbud. For rusmiddelmisbrukere kan dette være relevant for eksempel i forhold

til tilgjengelighet til lavterskel helsetjenestetilbud, offentlige tannhelsetjenester, og særskilt tilpassede tjenestetilbud for både kvinnelige og mannlige rusmiddelmisbrukere, herunder behandling av akutte forgiftninger/abstinensproblematikk, somatiske og psykiske lidelser, behandling for rusmisbruket, osv.

Variasjon i ventetid på utredning og vurdering for pasienter henvist til spesialisthelsetjenesten er et mulig mål for tilgjengelighet, riktignok ikke på tilgjengelighet til behandling. En kjernevurdering for tilgjengelighet vil være hvorvidt befolkningen får innfridd retten til nødvendig helsehjelp, og muligheten for å få øyeblikkelig hjelp for akutte rus- og helseproblemer.

For kommunene kan sammenlikning av kommunal personellinnsats og driftsmidler relatert til befolkningssammensetning og data om forekomst av rusrelaterte helseproblemer gi en indikasjon på tilgjengelighet til tjenester.

#### 5.2.3 Rett til medvirkning

I ethvert behandlingsopplegg ved rusmiddelmisbruk vil medvirkning være helt avgjørende, da motivasjon i forhold til behandling, også for somatiske og psykiske helseplager, vil være en avgjørende drivkraft.

Det finnes sannsynligvis ingen løpende data om pasienters medvirkning til behandling. Det nye registeret for rettighetsklager hos fylkeslegene vil trolig kunne gi noe informasjon av verdi. Øvrig vurdering av hvordan retten til medvirkning ivaretas, må sannsynligvis baseres på egne kartlegginger eller virksomhetstilsyn. Det samme vil trolig gjelde pasienters medvirkning ved utarbeidelse av individuelle behandlingsplaner.

#### 5.2.4 Veiledning fra spesialisthelsetjenesten

Intensjonen i de nye helselovene er at helsetjenesten fremstår som helhetlig, og at samhandlingen og informasjonsutvekslingen mellom de ulike nivåene er god. Veiledningsplikten som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven er sentral i denne sammenheng, bl.a. for å sikre kompetanseoverføring og for å oppnå helhetlige og samordnede helsetjenester. Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har videre rett til å få utarbeidet individuell plan, og han/hun har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, jf. også ovenfor om retten til medvirkning. Tjenestene skal legge

til rette for dette, eventuelt skal pårørende trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og pasientens pårørende ønsker det.

Det er trolig vanskelig å få data på dette på systemnivå. Indirekte kan man kanskje få et inntrykk, dersom det innhentes data om organisering av tjenestene. For øvrig må dette kartlegges enten gjennom særskilte undersøkelser eller gjennom systemrevisjoner.

## 6 Kunnskapskildene

### 6.1 Løpende datakilder om helsetilstand og tjenestetilbud

Datagrunnlaget som det refereres til nedenfor omfatter sentrale datakilder som tilsynsmyndigheten regelmessig kan basere sin løpende områdeovervåkning på, dvs løpende statistikk, registre, kartleggingssystem, rapporter, etc. som særlig virksomhetene, forskningsinstitusjonene og offentlige registre leverer.

Referanser til sentrale registre og rapporter på rusområdet er angitt i kap. 9.2 og 9.3.

Det er valgt en tilnærming til problemstillingen som innebærer at rusmiddelmisbrukere utgjør en (ikke klart avgrenset) andel av den generelle befolkningen<sup>24</sup>. I utgangspunktet har rusmiddelmisbrukerne samme forekomst av helseplager og sykdommer som ”vanlige folk”. Imidlertid kan rusmiddelmisbrukere dessuten ha helseproblemer som er indirekte eller direkte forårsaket av

- selve rusmiddelmisbruket
- lite helsefremmende levekår og livsførsel
- utilstrekkelig egenomsorgsevne
- underforbruk av helsetjenester i forhold til behovet

Siden rusmiddelmisbrukere har de samme rettigheter til helsetjenester som befolkningen for øvrig, er denne gruppen potensielle og faktiske brukere av alle helsetjenester som er rettet mot befolkningen. Rusmiddelmisbrukere vil derfor inngå i de ulike pasientpopulasjonene som de nasjonale dataregistrene er rettet mot (for eksempel Norsk Pasientregister, herunder MBDS og BUP). Rusmiddelmisbrukere utgjør også en del av pasient-

grunnlaget for de kommunale tjenestene som KOSTRA-registreringen og -rapporteringen omhandler (se kap. 6.1.2).

Oversikten over mulige datakilder om rusmiddelmisbrukeres helse og bruk av helsetjenester må dermed ta utgangspunkt i at rusmiddelmisbrukere utgjør en

- del av befolkningen generelt
- del av pasientpopulasjonen generelt
- egen subpopulasjon qua pasienter i tiltak rettet mot rusmiddelmisbrukere spesielt

Dersom en forutsetter at nasjonale dokumentasjonssystemer om pasienter i helsevesenet kan gi informasjon om rusmiddelmisbrukeres helsetilstand og deres bruk av helsetjenester, så er utfordringen i denne sammenheng å identifisere og avgrense rusmiddelmisbrukere som gruppe eller subpopulasjon i de generelle databasene.

I arbeidet med å identifisere og beskrive de løpende datakilder er det primært tatt utgangspunkt i SINTEFs rapporter<sup>25 26</sup> om helsetilstand og helsetjenester hos tunge rusmiddelmisbrukere fra januar 2003 og Helse-tilsynets rapport fra 2002 om helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser<sup>27</sup>. Videre er det sett hen til opplysninger og anbefalinger som er gitt i NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelområdet<sup>28</sup> når det gjelder statistikk og monitorering på rusområdet.

SINTEFs rapporter ble utarbeidet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratets som ledd i deres arbeid med en samlet strategi for helsetjenestens arbeid med rusmiddelmisbrukere. Prosjektet ble utført som et samarbeidspro-

24) Noen demografiske og epidemiologiske data om utbredelse av illegale stoffer og bruksmønstre finnes i årsrapporter fra SIRUS.

25) Kurtze N, Eide AH. Helsetilstand for tunge rusmiddelmisbrukere. SINTEF Unimed, 2003.

26) Ruud T, Reas D. Helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere. SINTEF Unimed, 2003.

27) Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 9/2002.

28) NOU 2003:4. Forskning på rusmiddelområdet: en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.

sjeikt mellom SINTEF, SIRUS, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer UiO, Forskningsavdelingen Bergensklinikkene, og Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål Sanderud sykehus. Prosjektet var avgrenset til kunnskap som gjelder tunge rusmiddelmissbrukere (narkotika og/eller alkohol). En annen avgrensning var at arbeidet ble begrenset til hva som kunne sies ut fra eksisterende data. Det innebærer at rapporten primært må betegnes som en statusbeskrivelse, selv om også løpende data omtales.

SINTEFs rapporter dekker således noen viktige deler av de oppgaver som er presisert i arbeidsgruppens mandat. Også i arbeidet med denne rapporten har de tunge rusmiddelmissbrukerne vært en primær målgruppe. Imidlertid har en viktig målsetning med vår kunnskapsinnhenting vært å avklare hva som finnes av *løpende* data som tilsynsetaten kan basere sin områdeovervåkning på over tid (basert på myndighetskrav), mens direktoratets rapport i første rekke er en statusbeskrivelse, utarbeidet som ledd i organiseringen og tilretteleggingen av tjenestene.

Når det gjelder Helsetilsynets rapport om datakilder på psykiatriområdet, er det derimot lagt hovedvekt på kilder til rutinemessig innsamlede statistiske data, og en samlet vurdering av disse i forhold til kriterier utledet av myndighetskrav. Rapportens vurderinger og konklusjoner mht de løpende nasjonale datakildenes egnethet, er derfor også gyldige for rusmiddelmissbrukere i den grad denne pasientpopulasjonen omfattes av helsetjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det henvises til denne rapporten når det gjelder en nærmere beskrivelse av de ulike datakildenes anvendelighet og kvalitet.

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet har primært hatt som mandat å oppsummere kunnskapsstatus vedrørende effekter av tiltak som iverksettes på rusmiddelfeltet. Det redegjøres imidlertid også for omfanget av bruken av rusmidler i Norge og skadeeffekter av bruken.

For å få en nærmere avklaring av hva som finnes av tilgjengelige løpende datakilder foretok konsulentfirmaet AIMResearchBasedConsulting på oppdrag fra Helsetilsynet sommeren 2003 en gjennomgang og oppdatering av informasjonen i SINTEF rapportene, samt en evaluering av hvorvidt dette datatilfanget utgjør et godt nok informasjons- og kunnskapsgrunnlag i forhold til Helsetil-

synets oppgaver. Denne gjennomgangen har dannet et nærmere grunnlag for redegjørelsen nedenfor.

I løpet av 2004 er det (frem til september 2004) innhentet ytterligere opplysninger for å oppdatere status for de løpende datakildene på området.

**6.1.1 Datakilder om befolkningen generelt**  
Det er svært usikre anslag om utbredelsen av rusmiddelmissbruk og forekomsten av rusmiddelmissbrukere i befolkningen. Anslagene er delvis basert på indirekte data om rusmiddelbruk (omsetningstall for lovlig omsatte alkoholholdige drikkevarer, politibeslag av rusmidler og ulike undersøkelser basert på selvrapportering eller rapportering fra for eksempel sosialtjenesten). En av de viktigste grunnene til problemet med å kartlegge forekomsten av rusmiddelmissbruk og rusmiddelmissbrukere, er at rusmidlene for en stor grad er illegale, og rusmiddelmissbruk er lite legitimt<sup>29</sup>.

*Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)* har ansvaret for bearbeiding og publisering av rusmiddelstatistikken i Norge. Statistikkfeltet er inndelt i tre hovedområder; alkohol, narkotika og behandling. SIRUS gir ut årsrapporter "Rusmidler i Norge" og "Narkotikasituasjonen i Norge". SIRUS har også ansvar for rapportering til Europeisk overvåkningssenter for narkotika og narkotikamisbruk.

*Statistisk Sentralbyrå (SSB)* gjennomfører levekårsundersøkelser rettet mot hele befolkningen hvert 5. år. Fra 1998 er "helse" inkludert i undersøkelsen. Datagrunnlaget gir i liten grad mulighet for å koble "rusmisbruk/-ere" og "helseproblemer".

*Rikstrygdeverket (RTV)* utgir trygdestatistikk. Dette gir imidlertid få holdepunkter for å identifisere rusmiddelmissbrukere generelt og rusmiddelmissbrukere og helse spesielt. Statistikk for uførepensjon og for sykepenger har opplysninger om diagnose, men gir i liten grad mulighet for å etterspore rusmiddelmissbruk/-ere, da fenomenet som oftest vil dekkes av eller inngå i annen diagnose.

*Statistisk Sentralbyrå (SSB)* utarbeider Dødsårsaksregisteret som for narkotikadødsfall er basert på legenes dødsmeldinger og rettsmedisinske obduksjoner. Diagnoseopplysninger kan være usikre. Dette gjelder også for dødsfall som skyldes alkohol (se kap. 6.2.1).

29) Se for øvrig kap. 6.2.1 om situasjonsbestemte data om alkohol- og narkotika- bruk.

Registeret gir informasjon om dødsårsak/ alder/kjønn/kommune. Egen statistikk om såkalte overdosedødsfall kan eventuelt bestilles. Statistikk foreligger ca 1,5 år etter registreringsår.

*Kriminalpolitisen (KRIPOS)* utarbeider også statistikk over narkotikarelaterte dødsfall (overdosestatistikk) og bygger sine data på innrapporterte dødsfall fra landets politistasjoner, se også kap. 6.2.1. Dette omfatter ”alle dødsfall hos narkotikamisbrukere der dødsårsaken er forgiftning, og narkotikadødsfall der det kan sies å være en sammenheng mellom dødsfallet og avdødes narkotikamisbruk”. Hva som ligger i betegnelsen narkotikadødsfall er ikke alltid entydig, ikke minst fordi blandingsmisbruk, hvor også alkohol spiller en viktig rolle, er svært vanlig ved overdosedødsfall. Disse data foreligger noe tidligere etter registrering enn data fra SSB.

#### 6.1.2 Datakilder om den generelle pasientpopulasjonen og de helsetjenester de mottar

Rusmiddelmissbrukere vil inngå i de ulike pasientpopulasjonene som de nasjonale dataregistrene er rettet mot. Mange av de nasjonale datasystemene i spesialisthelsetjenesten gir både pasientinformasjon (egenskaper ved pasient, jf opphold) og tiltaksinformasjon (egenskaper ved tiltak/institusjon), samt aktivitetsinformasjon (innhold og omfang av gitte tilbud). Også kommunehelsetjenesten, som omfatter tjenester fra fastlegene, eventuell egen legevaktjeneste, samt pleie- og omsorgstjenestene, rapporterer data til ulike registre.

Utfordringen er å identifisere og avgrense rusmiddelmissbrukere som en gruppe eller subpopulasjon i de generelle databasene, og å anvende det statiske datamaterialet for å si noe om denne gruppens helsetilstand, samt bruk av og tilgjengelighet til helsetjenestene mm.

De ulike datakildene omfatter:

*Norsk Pasientregister (NPR)* ble formelt etablert i 1996 som del av forberedelsene til ordningen med innsattsstyrt finansiering av somatiske sykehus. NPR drives av SINTEF Helse og gir bl.a. grunnlag for *Samdata- og SSB-rapporter og fylkesKOSTRA*. Helseforetakene er pålagt å rapportere virkosmhetsdata til NPR. Det innhentes data i tilknytning til innleggelser, og polikliniske konsultasjoner i sykehus og øvrige institusjoner i

offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste, herunder periodedata (ventelistedata) og episodedata (pasientdata om innleggelser, dagbehandling og konsultasjoner) samlet hver måned.

Implementering av felles datamodell og rapporteringsformat for tidligere fire atskilte datasett, ble igangsatt i 2003. Systemet benevnes *Pasientdata fra spesialisthelsetjenesten*, og omfatter pasientdata fra

- Somatikk (NPR-somatiske sykehus, utvides etter hvert med praktiserende legespesialister)
- Psykisk helsevern for voksne (NPR-MinsteBasisDatasett el MBDS)
- Barne- og ungdomspsykiatri (NPR-BUP-data)
- Ventelistedata (NPR-VENTESYS)

Det er viktig å være klar over at registreringsenheten i NPR er ”opphold” ikke ”individ” (enkelt pasient). Datagrunnlaget er med andre ord basert på ”opphold” – ikke på de personene som står for disse oppholdene. Innad i den enkelte institusjon kan opphold og person kobles, men på aggregert nivå er dette fortsatt problematisk. Det arbeides med å utvikle sikker personidentifisering, som ikke går på bekostning av personvernet. Forslag om etablering av et personentydig NPR har vært ute til høring, med høringsfrist 20. august 2004.

ICD-10 – Internasjonal statistisk klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer anvendes i all NPR-registrering og statistikk. Pasientens tilstand/diagnose kan uttrykkes ved flere koder. Det skal registreres hoveddiagnose og eventuell(e) bi-diagnose(r). Diagnose-registrering har vært særlig mangelfull i psykiatrien, og bi-diagnose anvendes for sjelden i somatikken.

ICD-10 kap V Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser (F00-F99) referer kodene F10-F19 *Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer* (10 koder for 10 stoffkategorier<sup>30</sup>).

Rusmiddelmissbrukere innlagt i sykehus for en psykiatrisk eller somatisk hoveddiagnose, vil bli registrert med bi-diagnose relatert til rusmiddelmissbruket i de tilfeller der rusmiddelmissbruket er øyensynlig, kjent fra tidligere eller blir kjent som følge av syke-

30) Alkohol, opiater, cannabinoider, sedativa&hypnotika, kokain, hallusinogener, andre stimulanter: inkl. kaffein, tobakk, flyktige løsningsmidler, flere stoffer.

husets diagnostisering og behandling. Jo mer misbruksrelatert hoveddiagnosen er, jo mer sannsynlig er det at rusmiddelmissbruk registreres som diagnose. Hoveddiagnosen kan også være direkte knyttet til inntak av et rusmiddel, for eksempel *V Psykiatrisk lidelse som følge av inntak ...* osv eller forgiftninger og såkalte overdoser i somatikken.

Det forventes at NPR fortløpende vil forbedres som følge av generelt bedre koding, mer ensartet praksis og bedre respons fra institusjonene. Data i somatikken har imidlertid gjennomgående vært av bedre kvalitet og mer komplette enn i psykiatren, bl.a. som følge av at NPR-data for somatikken har vært koblet til innsatsstyrt finansiering av sykehusene. Tilsyn med kodepraksis i somatiske foretak har imidlertid påvist et betydelig omfang av feilkoding som kan medføre misvisende helsestatistikk fra NPR, noe som tyder på at det er store forbedringspotensialer også i somatikken<sup>31</sup>.

Data fra NPR kan trolig med fordel brukes som grunnlag for generelle og tematiske screenings – framfor mer løpende innrapporteringer om tunge rusmiddelmissbrukeres helsetilstand og tjenestebruk.

Denne typen relevante undersøkelser/analyser basert på NPR-data kan for eksempel være:

- Rusmiddelmissbrukere i psykiatren (Torild Heggstad: Hvem får døgntilrettelagt behandling i det spesialiserte psykiske helsevernet? - artikkel i Samdata sykehus rapport 2001)
- Innleggelse ved alkohol- og stoffmisbruk (Torild Heggstad: Hvem får døgntilrettelagt behandling i det spesialiserte psykiske helsevernet? – artikkel i Samdata sykehus rapport 2002).

*SINTEF-Unimed:* Tverrsnittundersøkelser hvert 5. år i psykiatren. SINTEF Unimed har flere ganger med fem års interval gjennomført pasientkartlegginger innen psykisk helsevern (behandlingsinstitusjoner og poliklinikker). Kartleggingene gjennomføres nå på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. I disse undersøkelsene har man ikke integrert spørsmålsstillinger om rus i særlig grad. Dette er nå gjort i tverrsnittundersøkelsen som gjennomføres i løpet av 2004, henholdsvis i barne- og ungdomspsykiatren og i voksenpsykiatren (se kap. 6.3).

*KOSTRA* leverer primært aktivitets-, drifts- og regnskapsdata i kommunehelsetjenesten. Dokumentasjon om kommunenes totale helsetjenesteinnsats til rusmiddelmissbrukere eller deres tjenestebehov er vanskelig tilgjengelig fra dette registeret.

*IPLOS* er betegnelsen på et nasjonalt system for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, som skal knyttes opp til *KOSTRA*. *IPLOS* var inntil august 2003 drevet som et prøveprosjekt i 34 kommuner i regi av Sosial- og helsedirektoratet. *IPLOS* er nå tilrettelagt for bruk, og 30 kommuner er brukere og testere av systemet. *IPLOS*-systemet vil, når det blir landsdekkende fra 2006, gi informasjon på årsbasis til kommunene og til statlige myndigheter om funksjonsnivå, tjenestebehov og mottatte tjenester for alle brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Det vil også gi informasjon om hele den saksbehandlingsprosessen som fører fra til at søknader om tjenester blir innvilget eller avslått, slik at det blir mulig å si noe om de terskler som fører inn i tjenesteapparatet.

*Fastlegeregisteret* drives av Rikstrykdeverket. Det inneholder informasjon om leger og innbyggere og deres tilknytningsforhold til fastlegeordningen. Med basis i registeret presenterer Rikstrykdeverket kvartalsvise rapporter med styringsdata som gir informasjon om fastlegene, listene og innbyggerne i fastlegeordningen, bl.a. geografisk fordeling, informasjon om kjønn og alder, antall lister uten lege, osv. Registeret kan ikke gi data om rusmiddelmissbrukerne spesielt, for eksempel i hvilken grad de benytter/ikke benytter fastlegeordningen eller bytter mellom fastleger.

*SEDA* – Sentrale data fra allmennlegetjenesten - er et pilotprosjekt igangsatt for å undersøke muligheten av å innhente data fra allmennlegetjenesten. Det er gjennomført i regi av SSB på oppdrag fra Helsedepartementet. Man har undersøkt muligheten av å etablere felles statistikk for allmennlegetjenesten basert på informasjon om pasientkontakter lagret i elektronisk pasientjournal. Aktuelle data omfatter bl.a. konsultasjoner/pasientgrupper/sykdommer, symptomer/tiltak. Prosjektet var metodeorientert og ble gjennomført som en prøvedatainnsamling basert på en måneds journaldata fra 49 allmennleger ved årsskiftet 2001/2002. Man konkluderte med at løpende datainnsamling fra elektronisk pasientjournal kan gi grunnlag for felles statistikk om allmennlegetjenestens aktiviteter og pasientgrupper, noe som vil gi et verdifullt informasjonsgrunnlag både for helsemyndigheter og allmennlegene selv. Det ble bl.a.

31) Tilsyn med kodepraksis. Rapport fra Helsetilsynet 10/2004.

identifisert behov for noe tilrettelegging av journalsystemene mht angivelse av pasientkontakter, samt implementering av enhetlig klassifisering og kodeverk. Fullskaladrift er ikke realistisk på kort sikt, men videreføring av prosjektet synes å være aktuelt. Sluttrapport fra prosjektet foreligger fra SSB<sup>32</sup>.

*Folkehelseinstituttet utarbeider Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister.* Registeret ble startet 1. januar 2004. Innsamlingen foregår ved registrering av reseptdata fra apotek. Registeret er personentydig og det er derfor mulig å følge forskrivningen til enkeltpasienter (pseudonymt). Det inngår ikke diagnoseopplysninger (bortsett fra opplysninger om refusjonspunkter i blåreseptordningen). Det er derfor liten mulighet til å følge med på misbruksproblematikk når det gjelder legemiddelbruk eller med den medikamentelle behandlingen av rusmiddelmissbrukere.

*Helsetilsynets register for rettighetsklager og tilsynssaker (RegRoT):* Alle tilsynssaker som behandles av Helsetilsynet i fylkene skal fortløpende registreres i Register for rettighetsklager og tilsynssaker. Sakene som kommer inn, kategoriseres etter *klagegrunn*, dvs. kildens (eventuelt klagerens) subjektive grunner for å reise sak. En av klagegrunn-kategoriene er: Adferd: rusmisbruk (dvs helsepersonellens adferd). Helsepersonellens rusproblematikk kan altså fanges opp av disse kategoriene, men kategoriene er ikke ment å dekke pasientenes forhold til rus. I noen sammenhenger kan muligens noen opplysninger trekkes via kategorien ”Uforsvarlig eller manglende legemiddelrekvirering”.

Til hver rettighetsklage og tilsynssak som registreres i RegRoT, knyttes det én eller flere vurderinger. Vurderingenes kategorier er vinklet fra tilsynsmyndighetens ståsted og saksbehandling. Det er heller ikke her egne kategorier som kan si noe om pasienten eventuelt har et rusmiddelmissbruk, og om dette er del av bakgrunnen for tilsynssaken. Det nærmeste man kan komme er hvilke bestemmelser i helselovgivningen som er benyttet som grunn for vurderingen i den enkelte sak.

Neste versjon av RegRoT, som vil bli tatt i bruk i 2004, vil kategorisere vurderingene i rettighetsklagene etter *tenesteområde*. Her blir kategoriene:

- Sykehjem/boform for heldøgns PLO
- Hjemmesykepleie
- Annen kommunehelsetjeneste
- Somatikk
- Psykiatri
- Rus
- Tannhelsetjeneste
- Legetjeneste
- Annen helsetjeneste

Den nye versjonen innebærer at rettighetsklager på rusområdet vil havne i en entydig kategori, men RegRoT vil fortsatt ikke gi svar på i hvilken grad rusmiddelmissbrukere får/ikke får helsehjelp for andre helseproblemer enn rus. For å kunne systematisere tilsynsferingen vil det derfor fortsatt være nødvendig å gå inn i enkeltsaker for å finne informasjon, noe som er svært tidkrevende.

6.1.3 Datakilder om rusmiddelmissbrukerne spesielt og de helsetjenester de mottar  
Som nevnt ovenfor har de tidligere fylkeskommunale rusinstitusjonene i forbindelse med rusreformen blitt overført til sine respektive helseregioner og virksomhetene er blitt hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven. Trolig får dette også betydning for dataregistrering og datarapportering og for hvilke datakilder som speiler virksomheten.

En stor og variert gruppe av landets rusmiddelmissbrukere vil til enhver tid befinne seg i dette institusjonsapparatet. Pasientene i disse institusjonene utgjør mulige utvalg for undersøkelser, screeninger og eventuelle overvåkinger mht helsetilstand og bruk av helsetjenester. I tillegg vil mange av rusmiddelmissbrukere motta tjenester utenfor institusjon, for eksempel fra lavterskel helsetiltak, osv.

De ulike datakildene omfatter:

*Nasjonalt dokumentasjonssystem innen behandling og omsorg for rusmiddelmissbrukere.* Dokumentasjonssystemet skal gi oversikt og kunnskap om klientpopulasjon innen rusmiddelbehandling og –omsorg, samt gi kunnskap om tiltakstyper og behandlingstilbud.

32) Sundvoll A, Kvalstad I. SEDA: sentrale data fra allmennelegetjenesten: sluttrapport fra pilotprosjektet. Rapport 2002/13. Statistisk Sentralbyrå, 2002.

Det består av:

- Kartleggingssystem og database klienter (Klientkartleggingssystemet – KKS)
- Kartleggingssystem og database tiltak/institusjoner

Oppdragsgiver for dokumentasjonssystemet er Sosial- og helsedirektoratet.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) er driftsansvarlig. Driften av Klientkartleggingssystemet (KKS) er lagt til Bergensklinikkene/Forskningsavdelingen.

Systemene var inntil 2001 drevet av Rusmid-deldirektoratet. Begge systemene har (siden oppstarten i første halvdel av 90-tallet) vært belemt med problemer og kvalitetsfeil, og har fortsatt visse forbedringspotensialer:

- manglende oppslutning fra institusjonene har gitt ufullstendige databaser
- institusjonene har ikke vært pålagt av statlige myndigheter å benytte systemene; dvs registrere og levere data
- tidligere har manglende dataprogrammer/infrastruktur/kompetanse gjort at mange institusjoner ikke har fulgt opp
- kartleggingssystemene innhenter generelt mer informasjon enn det som brukes/inngår i den nasjonale datafilen, noe som bl.a. skyldes dårlig datakvalitet

Helsedepartementet har etter at rusreformen trådte i kraft bedt virksomhetene om å rapportere som før til klientkartleggingssystemet og institusjonskartleggingssystemet. I departementets strateginotat<sup>33</sup> heter det at departementet forutsetter at RHFene tar i bruk de etablerte kartleggingsverktøy som er utviklet spesielt for behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere, alternativt at de etablerte kartleggingsverktøy inkorporeres i rapporteringssystemer helseforetakene ellers måtte benytte. Det opplyses at Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med aktuelle instanser, er gitt i oppdrag å utrede og komme med tilrådning til departementet om tilpassing av datarapportering om rusmiddelmissbrukere i behandling, tilpasset rapporteringssystemene i den øvrige spesialisthelsetjenesten.

*Klientkartleggingssystemet (KKS)* er basert på et skjema som "rus-institusjonene" skal fylle ut for hver henvendelse/søknad til insti-

tusjonen. Vanligste enhet for registreringen er opphold, men individ (ref rubrikk for fødsels- og personnummer i skjema og i dataprogram) er mulig enhet på sikt. Formålet med klientkartleggingen er bl.a. å sammenligne klientgrupper, behandlingsopplegg, tiltakstyper, regioner med mer. Samlet statistikk fra systemet skal avgis fra tiltaket til samlet regional og nasjonal statistikk. Det er i hovedsak statistikk over antall henvendelser, behandlinger og avslutninger innen behandling og omsorg for rusmiddelmissbrukere fordelt på kjønn, region og type tiltak.

Skjemaet dekker parametre om:

- Avdeling, tiltak, kommune
- Henvendelsen/søknaden – omstendighet/ resultat av
- Innleggelses- og utskrivningsinformasjon
- Klientegenskaper (i hovedtrekk)
  - sosiale forhold – 12 variable
  - rusmisbruk / -karriere – 8 variable
  - helse – 5 variable
    - kroppslige skader, sykdommer
    - blodsmittestatus
    - psykiske problemer
    - selvmordsforsøk
    - psykiatrisk behandling

Spørsmålene om helseforhold er utarbeidet etter grunnforståelsen i ICD-10, men er formulert og har svarverdier slik at de skal kunne brukes av "ikke-medisinsk personale" og fungere som "sjekkliste" for inntakssamtalen. Siden systemet på aggregert nivå/utenfor institusjon ikke er individ-, men innleggelses- eller oppholdsbasert, er det lite meningsfullt å utarbeide for eksempel statistikk om helsetilstand. Det arbeides med å utvikle systemet slik at det også kan fungere individbasert på en måte som ikke er i strid med personvernhen-syn. Dette vil bl.a. kunne gi grunnlag for informasjon om klient- eller pasientstrøm.

Man er i ferd med å forbedre registreringen mht detaljering av behandlings- eller tiltakstype. En såkalt avdelingskode, er under implementering. Hittil har det ikke vært mulig å skille mellom for eksempel kort- og langtidsbe-

33) Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet, 2004 (1-1103B).



handling i en og sammen institusjon. KKS-skjemaet ivaretar heller ikke informasjon om hvorvidt klienten er i LAR.

En av utfordringene med KKS har vært å få alle institusjoner til å bruke det. Noen fylkeskommuner/helseregioner har hatt nokså helhetlig dekning (dvs. at alle institusjoner deltar). Mange institusjoner har benyttet KKS som grunnlag for egen institusjons-/klientstatistikk. Institusjonene rapporterer aggregerte data til den nasjonale datafilen, som for eksempel viser summen av innleggelser/opphold per institusjon. Den nasjonale datafilen gir ikke oversikt over helserelaterede forhold for klienter i rusomsorgen nasjonalt, og bare delvis regionalt.

I *institusjonskartleggingsystemet* inngår en årlig datainnsamling fra institusjoner for rusmiddelmissbrukere i Norge. Innsamlingen er basert på et spørreskjema og har vært gjennomført siden midt på 90-tallet. Bl.a. som følge av lav svarprosent, har databasen hatt begrenset verdi. I 2000 og 2001 ble det ikke foretatt datainnsamling. [www.rustiltak.no](http://www.rustiltak.no) er en søkbar database med for tiden 213 institusjoner - primært beregnet på ansatte i helse- og sosialsektoren.

Parametere som ligger til grunn for den søkbare databasen er:

- tiltakets adresser med mer, eier
- lovhjemmel for drift
- døgnpris
- evt. driftsavtaler
- evt. plasser for tvang etter LOST
- tiltakets tilbud og verdigrunnlag
- tiltakets målgruppe (ref kjønn, alder, rusmiddelprofil)
- verdigrunnlag, behandlingssideologi, etc.

Andre parametere som dekkes gjennom årlig datainnsamling – men som foreløpig ikke legges inn i databasen:

- ansatte: antall, fagbakgrunn, kjønn
- driftsbudsjett
- kapasitet: antall plasser ("mulige kurdøgn")/type plasser

- antall klienter pr type plasser
- belegg: "benyttede kurdøgn" per type plasser
- klientkjennetegn: kjønn, alder, evt. tvangsparagraf for innleggelse

*Folkehelseinstituttet og Oslo kommune:* Det foretas årlige prevalensundersøkelser på smittsomme sykdommer blant stoffmisbrukere i Oslo. I forbindelse med tiltaket tilbys vaksinasjon for hepatitt A og B, skjermbildeundersøkelse og undersøkelse for hepatitt A, B, C og HIV. Sammen med overvåkning av innsidens (nysmitte) gjennom MSIS gir slike prevalensundersøkelser data med tanke på å følge utviklingen av smittsomme sykdommer blant stoffmisbrukere.

*Legemiddelassistert rehabilitering (LAR):* MAR-ØST (nasjonalt kompetansesenter for de regionale LAR tiltakene) produserer tertial- og årsrapporter som viser situasjonen regionalt og nasjonalt. Dette omfatter løpende produksjonsstatistikk om bl.a. antall i behandling, inntak, avsluttet behandling, ventelister med mer.

Som ledd i dokumentasjonen av LAR-tiltakene er det i løpet av de siste årene utviklet og tatt i bruk et registreringsskjema for årlig rapportering om den enkelte pasients behandlingssopplegg og utvikling. Opplysninger om bl.a. pasientens aktuelle situasjon, behandlingen og pasientens tilstand de siste fire ukene før registreringsdato registreres gjennom et eget evalueringsskjema. Aggregerte data fra hvert av sentrene behandles i MAR-ØST i samarbeid med Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO, og danner grunnlag for bl.a. årsrapporter, statusrapporter og faglige artikler.

*Lavterskel helsetjenestetiltak for rusmiddelmissbrukere* ble først etablert i Oslo i 1998, under betegnelsen "Feltpleien". Denne typen tilbud etableres nå i stadig flere byer/kommuner; i 2004 har 34 kommuner fått tilskudd til ulike lavterskeltiltak.

Direktoratet har utviklet en enkel mal for årsrapportering for 2003 og har pålagt tilskuddsmottakerne å rapportere etter denne innen 1. kvartal påfølgende år. Det skal rapporteres på følgende punkter:

- hvordan tilskuddet er benyttet, og om målene for bruken av tilskuddet er oppnådd

- anslag for hvor mange brukere i målgruppen som omfattes av tiltaket
- hvordan tiltaket er organisert
- arbeidets status og framdrift
- metode/virkemidler som har vært benyttet
- eventuelle avvik fra budsjett i søknad

Det er lite sannsynlig at tiltakene/kommunene i denne forbindelse vil levere løpende data som gir opplysninger om rusmiddelmissbrukeres helse og bruk av helsetjenester. Imidlertid vil det trolig være relevant for tilsynsmyndigheten å følge denne typen tiltak nøye, både mht utvikling av tilbudene, pasientegenskaper og tjenester. Dette på bakgrunn av at lavterskel helsetiltakene er opprettet for å kompensere for rusmiddelmissbrukeres tilgjengelighetsproblemer i forhold til det generelle helsetjenestetilbudet.

#### 6.1.4 Datakvalitet og -tilfang

Funn og konklusjoner i Helsetilsynets rapport om datakilder om helsetilstand og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser (se kap. 6.1) ansees å ha direkte overføringsverdi for denne rapporten når det gjelder tilgjengelige datakilder om rusmiddelmissbrukeres helsetilstand og tjenestetilbud. For det første har konklusjonene gyldighet for rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser, for det andre finnes det ingen holdepunkter for å anta at den situasjonen som beskrives, skulle være annerledes for rusmiddelmissbrukere som subpopulasjon. Rapporten omhandler primært kilder til regelmessig innsamlede, dvs. løpende data, herunder en grundig gjennomgang av NPR's del om psykisk helsevern, MBDS og BUP data.

Rapporten har følgende hovedkonklusjoner:

- Ett hovedfunn er mangelen på tilgjengelige løpende data om kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser.
- Det finnes lite data om behandlingsmetoder og behandlingsresultater.
- Det finnes ikke tilgjengelige løpende data om oppfølging av behandling eller om forekomst av reinnleggelser, som er to av aspektene ved faglig forsvarlighet som var valgt ut.

- Data for personellinnsats i kommunene gir ingen holdepunkter for hvor stor andel som brukes på psykisk helsearbeid.
- Heller ikke for andre aspekter ved faglig forsvarlighet, som ventetid på vurdering og behandling, diagnostisering, behandlingsform, omfang (og resultater), finnes det løpende data om forholdene i kommunene.
- Et sentralt aspekt ved tilgjengelighet til tjenester er retten til nødvendig helsehjelp. Det finnes ikke gode, løpende data om innfrielse av denne retten.
- På grunnlag av tilgjengelige data er det svært begrensede muligheter for å kunne vurdere hvorvidt øyeblikkelig hjelp-plikten ivaretas på en forsvarlig måte.
- Det finnes heller ingen løpende data om pasienters medvirkning i behandlingen.

Også SINTEF's rapporter fra 2003 omtaler til en viss grad kilder til løpende registerdata og statistikk som kan gi informasjon om rusmiddelmissbrukeres helsetilstand og tjenestetilbud, bl.a. klient- og institusjonskartleggingssystemet.

Rapportenes hovedkonklusjoner i forhold til det løpende datatilfanget er:

- Det finnes lite systematisert dokumentasjon om den somatiske og psykiske helsetilstanden blant tunge rusmiddelmissbrukere, og endringer over tid.
- Det er med få unntak ikke tilgjengelig pålitelige data om hvor mye tunge rusmiddelmissbrukere bruker av ulike tjenester, og det er heller ikke tilgjengelige data om deres behov for ulike tjenester. Det er derfor ikke mulig å beregne gapet mellom nåværende tilbud og behov. Det tydeligste gapet er altså mangelen på den informasjon som er nødvendig for slike beregninger.

Også NOU 2003:4 Forskning på rusmiddel-feltet konkluderer at det generelt er store mangler i kunnskap om omfanget av rusrelaterte sykdommer og skader. Det er behov for å få statistikk om rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte problemer/skader ut fra flere hensyn:

- Det er viktig å ha gode mål på omfanget av problemene, både fordi omfangsstørrelsen i seg selv er viktig for å avgjøre om det er

behov for å sette i verk tiltak og hvor tiltakene eventuelt skal iverksettes.

- Det er viktig å kunne følge utviklingen av skader/problemer over tid for å kunne vurdere om det skjer vesentlige endringer i problemomfanget.
- Det er avgjørende å ha gode systematiske og periodiske mål på rusmiddelrelaterte skader/problemer for å kunne evaluere mulig effekt av tiltak

Det vises til at for eksempel helsestatistikk fra sykehus/poliklinikk på omfang av rusmiddelrelaterte skade/innleggelse er viktig for å kunne få et bedre bilde av omfanget av rusrelaterte problemer. Periodiske målinger vil også kunne gi et grunnlag for å vurdere utvikling av virkemidler som iverksettes.

I NOUen tas også opp forskrivning av vane-dannende legemidler og behovet for kunnskap om omfanget av problematisk bruk og avhengighet av legemidler i den generelle befolkningen. Det etterlyses tilgjengelig statistikk som dekker forskrivningen av denne type preparater fordelt på lege og pasient<sup>34</sup>.

Videre etterlyses innhenting/forbedring av statistikk på følgende områder:

- Trafikkstatistikk med registrering av trafikulykker med personskafe/dødsfall hvor rusmidler er involvert
- Kriminalstatistikk med registrering av anmeldte/etterforskete lovbrudd hvor rusmiddelbruk er involvert
- Ulike typer sosialstatistikk med anslag på saker hvor rusmiddelbruk er involvert (f eks fra sosialkontor, trygdekontor, BUP og PP-tjeneste)

Helsetilsynets samlede vurdering av det som er beskrevet om datakvalitet og -tilfang er gitt i kap. 7.

## 6.2 Situasjonsbestemte data om helsetilstand og tjenestetilbud

Nedenfor redegjøres for en del viktige forhold knyttet til rusmiddelbrukeres helseproblemer og helsetjenestetilbud, hentet fra tilgjengelige rapporter, publikasjoner, kunnskapsoversikter osv fram til september 2004. Til dette hører også tilsynsmyndighetenes erfaringsmateriale i form av kartlegginger, tilsynsrapporter og meldinger fra Helsetilsy-

net lokalt og sentralt. Også når det gjelder situasjonsbestemte data er det til en stor grad tatt utgangspunkt i konklusjonene fra SINTEF's rapporter<sup>35</sup>.

SINTEF's rapporter om helsetilstand og helsetjenester for tungerusmiddelbrukere gir en oversikt over kunnskapsgrunnlaget per årsskiftet 2003 og omhandler:

- ulike typer internasjonale og norske undersøkelser og forskningsbaserte funn om rusmiddelbrukeres helse/helsetjenester
- kunnskapsstatus på feltet

Det er ikke foretatt noe systematisk litteratursøk for å supplere statusbeskrivelsen i disse, men vi har, der vi har hatt tilgang til relevante undersøkelser og prosjekter, valgt å beskrive en del resultater også fra slike publikasjoner. Når det gjelder tilsynsmyndighetenes erfaringsmateriale er det søkt i Helsetilsynets nettsider og arkiv for årene 2002-september 2004. Tilsynserfaring fra før 2002 er i hovedsak ikke tatt med, pga. endringene i organiseringen av spesialisthelsetjenesten.

De oppsummeringer som er gjengitt nedenfor representerer således hovedsakelig data om rusmiddelbrukernes helsetilstand og tjenestetilbud slik erfaringen har vært før implementeringen av rusreformen fra januar 2004. Det er imidlertid viktig å være klar over at det i løpet av 2004 ble gjennomført og ferdigstilt en rekke undersøkelser som tar sikte på å få kunnskap om situasjonen også etter rusreformen. En oversikt over pågående studier, undersøkelser og tilsyn som anses relevante i den forbindelse, er omtalt i kap. 6.3.

6.2.1 Bakgrunnsdata om alkohol og narkotika og helseproblemer knyttet til bruken  
Som bakteppe for beskrivelsen av det situasjonsbestemte kunnskapsgrunnlaget gjengis nedenfor en del fakta om alkohol og narkotika og helseproblemer knyttet til bruken, hentet fra følgende årsmeldinger fra SIRUS: Rusmidler i Norge, Statistikk'03 og Narkotikasituasjonen i Norge i 2003. I tillegg er noen supplerende opplysninger hentet fra NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet. I juli 2004 har også Sosialdepartementet publisert sin årlige redegjørelse "Rusmiddelsituasjonen i Norge"<sup>36</sup>. Her det redegjøres bl.a. for rusmidlers utbredelse og bruksmønster, dessuten for rusmiddelpolitiske virkemidler

34) Data fra Nasjonalt reseptregister som startet registrering i januar 2004, vil fremover kunne gi slike opplysninger.

35) Kurtze N, Eide AH. Helsetilstand for tunge rusmiddelbrukere. SINTEF Unimed, 2003.

Ruud T, Reas D. Helsetjenester for tunge rusmiddelbrukere. SINTEF Unimed, 2003.

36) Rusmiddelsituasjonen i Norge: redegjørelse. Sosialdepartementet, 2004. (U-0012 B).

og rusmiddelpolitikken. Rapporten er ikke nærmere omtalt her.

*SIRUS, Rusmidler i Norge, Statistikk '03/Narkotikasituasjonen i Norge 2003:* Årlig omsetning av alkohol viste en svakt synkende tendens fra 1987-1993, men økte deretter igjen fra ca. 4.5 (liter ren alkohol/per innbygger 15 år og over) i 1993 til i underkant av 6.0 i 2002. I europeisk sammenheng ligger Norge lavt i alkoholomsetning. SIRUS' årlige spørreundersøkelse blant 15-20 åringer viser en markant økning i alkoholforbruket i de senere år, men ingen store endringer når det gjelder bruk og holdning til illegale stoffer. Amfetaminbruken har økt noe og holder stand som det mest brukte illegale stoffet utenom cannabis. Det er de siste år ikke foretatt tilsvarende undersøkelser i den voksne befolkningen. Det at det stadig er flere bilførere som tas for kjøring i narkotika- og medikamentrus er imidlertid en indikasjon på utbredelsen blant voksne. I 2002 var økningen nesten 20 %. Mens forekomsten av påvist flunitrazepam i blodet var meget høy i 2002, var det i 2003 en markant nedgang. Ulike datakilder og undersøkelser indikerer at narkotika i stadig større omfang brukes og omsettes utenfor Oslo.

*HIV-insidensen* blant sprøytebrukere har holdt seg stabilt lav gjennom de siste 10 år, mens Hepatitt B utbruddene forsetter. Hepatitt C overvåkes ikke i samme grad som hepatitt A og B. Nysmitte med hepatitt C blant misbrukere er derfor ukjent, men det antas at mørketallene er betydelige<sup>37</sup>.

*Fengselssamfunnet* gjenspeiler og konsentrerer de problemer som finnes i samfunnet utenfor. Andelen innsatte som sitter i fengslene for brudd på narkotikalovgivning har vært økende; i 2001 var det i underkant av 30 % innsatte som til enhver tid satt i norske fengsler dømt for ulike narkotikalovbrudd. Fengselsmyndighetene anslår at 40-60% av de innsatte i norske fengsler bruker narkotika en eller flere ganger under soning.

*Dødsfall som skyldes alkohol:* Informasjon fra SSB's statistikk over dødsårsaker har visse svakheter, idet den er basert på diagnoseopplysninger som kan være usikre. Ved drap, selvmord, og dødsfall ved ulykker, osv, vil også påvirkning av alkohol kunne være den utløsende faktor, men uten at dødsfallet rubriseres som alkoholrelatert. Tallene i statistikken gir derfor ikke noe fullstendig bilde av alle dødsfall som skyldes bruk av alkohol. I perioden 1998-2001 er tallene for dødsfall hvor alkohol og

alkoholskader antas å være underliggende årsak nokså stabile (ca. 400 per år). Slike dødsfall er omtrent fire ganger så utbredt blant menn som hos kvinner, og hovedtyngden skjer etter fylte 45 år.

*Narkotikadødsfall:* Tall fra SSB bygger på rettsmedisinske obduksjonsrapporter og legenes dødsmeldinger. KRIPOS bygger sine data på innrapporterte dødsfall fra landets politikamre. Politiet har tradisjonelt hatt en noe videre definisjon av narkotikadødsfall enn SSB. Ingen av statistikkene gir et fullstendig bilde av alle dødsfall som skyldes narkotika. Tall fra KRIPOS har vist en sterk økning i antall rapporterte narkotikadødsfall, spesielt fra siste halvdel av 1990-tallet med en topp i 2002 med 338 dødsfall. Fra 2002 har det imidlertid vært en klar nedgang, og i 2003 var det rapportert 172 dødsfall. Det antas at nedgangen skyldes flere forhold, som svært lav styrkeprosent i heroinet, at stadig flere opiatmisbrukere får substitusjonsbehandling (LAR), og at lavterskel helsetiltak finnes i flere kommuner. Det har også vært en stor nedgang i antall beslag; særlig gjaldt dette Rohypnol (flunitrazepam)<sup>38</sup>.

Statistikken viser en bekymringsfull økning i de yngste aldersgruppene. Som for alkoholrelaterte dødsfall, rammes flere menn enn kvinner. Det er også en økning av andelen narkotikadødsfall utenfor Oslo. I 1996 hadde Oslo 42 % av alle narkotikadødsfallene, mens andelen i 2001 var 26 %.

*Tunge narkotikamisbrukere:* Det mangler fortsatt gode indikatorer for å kunne estimere det tyngre misbruket, som inntak av heroin, amfetamin, kokain, regelmessig bruk av ecstasy og langvarig cannabisbruk. Når det gjelder omfanget av aktive sprøytebrukere, hvorav de fleste inntar heroin, tyder beregninger på at antallet var svakt økende fram til 2003. Det etterhvert betydelige antallet opiatmisbrukere som er under legemiddelassistert rehabilitering, har trolig bremset en enda større utvikling.

*Problembruk av narkotika:* Beregninger av omfang av problembruk av narkotika i Norge bygger på antall overdosedødsfall. Beregningene gir kun anslag for omfanget av sprøytemisbruk. Estimeringen er gjort ved bruk av en multiplikator metode med utgangspunkt i registre over antall narkotikadødsfall. På bakgrunn av denne metoden ble antall sprøytemisbrukere på landsbasis anslått i 1989 til 4-5000, 2001 til 10 500-14 000, og i 2002 til 11-15 000. Heroin er det dominerende stoff ved injeksjon. Amfeta-

37) I MSIS rapport nr 2, 2004 angis et estimat av hepatitt C smitte blant sprøytemisbrukere i Oslo. Etter 3-4 års sprøytebruk er ca. halvparten av de undersøkte hepatitt C smittet, noe som indikerer en årlig HCV-insidens på 10 % eller mer. [www.fhi.no](http://www.fhi.no)  
38) I 2004 er det igjen rapportert om økning i narkotikadødsfallene i Oslo. Noe av årsaken er trolig at heroinet på markedet har hatt svært høy styrkegrad, og at det igjen er blitt rikelig tilgjengelig på illegalt flunitrazepam.

min og kokain kan også injiseres, men det er sjelden at personer som gjør dette dør av overdose. Slik injisering vil være under-rapportert i tallene. Langvarig eller jevn bruk av opiat, amfetamin eller kokain uten injisering av stoffet vil heller ikke være inkludert i estimatet av sprøytemisbrukere. Det faktiske omfanget av problembruk av narkotiske stoffer antas derfor å være flere enn 11-15 000 personer. Ca. en tredjedel av sprøytemisbrukerne er kvinner, og dette har holdt seg stabilt over tid.

Misbrukerpopulasjonen ser ut til å bli eldre. Dette kan skyldes at få kommer seg ut av misbruket og at sprøytebrukere dermed eldes. Økt gjennomsnittsalder kan også skyldes at rekruttering skjer i høyere aldersgrupper enn før.

*NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet* bygger sin beskrivelse av rusmidlenes utbredelse og de negative konsekvensene av bruken i stor grad på de samme kildene som de SIRUS benytter.

Når det gjelder problembruk av rusmidler pekes det på at bruken av rusmidler er relativt liten i Norge i forhold til en del europeiske land vi gjerne sammenligner oss med. Dette gjelder imidlertid ikke for antallet sprøytemisbrukere. Av 10 europeiske land er bare Danmark og Luxembourg som oppgir å ha flere sprøytemisbrukere per 1000 innbyggere og år enn Norge. I gjennomsnitt for årene 1995-1997 var det i Norge 4,3 sprøytemisbrukere per 1000 innbygger mellom 15-64 år. Det er imidlertid grunn til å understreke at tallene er usikre, og at ulik bruk av metoder vanskeliggjør sammenligning mellom landene.

Det pekes også på at en vet lite om gruppene legemiddelmisbrukere og blandingsmisbrukere. At blandingsmisbruk er utbredt, er dokumentert bl.a. ved de analyser som gjøres av stoffpåvirkete motorførere ved Folkehelseinstituttet. I de veitrafikksaker hvor en påviste stoff, fant en i gjennomsnitt 2,6 stoff (alkohol ikke medregnet). Videre er det funn som viser at det bare i 10 % av de heroinrelaterte dødsfallene ble påvist heroin alene.

#### 6.2.2 Tunge rusmiddelmisbrukeres helsetilstand; SINTEF-rapportens hovedkonklusjoner

*Mortalitet:* Man regner at mellom 40-60% av alle dødsfall som skyldes tilsiktet og utilsiktet skade, kan føres tilbake til alkoholbruk (europeiske data). I Norge finnes imidlertid ikke

noe fullstendig bilde av dødsfall som skyldes bruk av alkohol. Rapporterte alkoholrelaterte dødsfall viste en svak nedadgående tendens i perioden 1996-98, mens perioden 98-2001 viste nokså stabile tall på ca. 400 dødsfall pr år. Når det gjelder alkoholmisbruk regnes sosiale skadevirkninger, familieproblemer og trafikkulykker som alvorligere enn helseproblemene. Det antas imidlertid at dødsfall som skyldes alkoholavhengighet eller langvarig alkoholmisbruk er sju ganger høyere enn antallet dødsfall som skyldes narkotikamisbruk. Fire av ti alkoholmisbrukere dør før fylte 60 år.

Også når det gjelder narkotikadødsfall regner man med store mørketall. Ofte dør stoffmisbrukere av blandingsforgiftninger og i mange tilfeller er det vanskelig å avgjøre hvilket stoff som er hovedårsaken til forgiftningsdødsfallet. I hovedsak er narkotikadødsfall i Norge knyttet til heroin, der stoffet er inntatt gjennom injisering. Menn er i større grad rammet enn kvinner.

Som nevnt ovenfor var det i løpet av 1990-årene var det en kraftig økning i overdose-dødsfall i Norge, med en topp i 2001 på 338 døde. Fra 2001 til 2003 fikk vi en fallende tendens, og i 2003 var antallet 172. Studier av stoffmisbrukere i behandling tyder på at mellom 49 og 59% har opplevd en eller flere livstruende overdoser.

Drap, selvmord og ulykker, som skjer i narkotikarus, blir ikke regnet med blant de registrerte narkotikadødsfallene. Ulike studier av narkotikamisbrukere i behandling viser at 33-47% hadde begått et eller flere selvmordsforsøk. Selvmordsforsøk er også blitt rapportert oftere blant de som hadde tatt overdoser. Klienter med slik atferd er ofte blandingmisbrukere og er dårlig sosialt fungerende.

Mye tyder på at mange dør av sykdommer og skader som følge av narkotikamisbruk over lang tid. Mortaliteten synes å være økende; årlig mortalitet blant injiserende opiatmisbrukere har vært stipulert til mellom 3 og 4 %. Somatiske og psykiske helseproblem er videre en medvirkende årsak til økt mortalitet blant tunge rusmiddelmisbrukere.

*Somatiske sykdommer og helseproblemer:* Studier viser at rusmiddelmisbrukere har mange og sammensatte somatiske helseproblemer. I populasjonsstudier oppgir mellom en tredjedel og halvparten av tunge rusmiddelmisbrukere i behandling at de har

kroniske skader eller sykdommer som påvirker livsførselen. Hyppige lidelser er bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner, kroniske luftveislidelser, hjerte/karsykdommer, hjerne-skader, ernæringsproblemer, tannhelseproblemer og underlivsproblemer.

Infeksjoner i hud og bløtdeler er vanlig komplikasjon ved injeksjonsmisbruk. Ofte ses abscesser og årebetennelser, kronisk venøs insuffisiens og kroniske sår. Injeksjon av narkotika i lysken eller halsen medfører fare for en rekke komplikasjoner, bl.a. tromboser. Infeksjoner forårsaket av bakterier og sopp er også vanlige komplikasjoner til intravenøst stoffmisbruk. En rekke vitale organer og organstrukturer som hjerteklaffer, store arterier, skjelett, ledd og sentralnervesystemet kan rammes. Når det gjelder virusinfeksjoner er særlig hepatitt A, B, C og HIV aktuelle. Hepatitt A forekommer nå regelmessig blant norske stoffmisbrukere. 3-5 % er kroniske bærere av hepatitt B. Når det gjelder hepatitt C viser norske undersøkelser at 60-86% av de intravenøse narkotikamisbrukerne er smittet. I de siste årene har andelen HIV-smittede blant sprøytebrukere ligget stabilt på rundt 5%.

Høyt alkoholinntak er knyttet til risiko for ulike typer av leverlidelser og kreft i munnhule, svelg, spiserør og strupe. Siden alkoholkonsumet i Norge har vært lavere enn i de fleste vestlige land har imidlertid alkoholrelaterte kreftformer vært relativt sjeldne. Høyt forbruk av alkohol over lang tid vil også øke blodtrykket, og kunne føre til hjerte-kar-lidelser som atherosklerose, endokarditt, hjertesvikt, etc.

Tunge alkohol- og narkotikamisbrukere har også høy frekvens av hjerne-skader, som oftest knyttet til traumer, oksygenmangel, overdoseepisoder, hjerneinfeksjoner, blødninger, etc. Videre er alvorlige ernæringsproblemer et hyppig problem. En norsk undersøkelse blant brukere av lavterskel helsetiltak viste at situasjonen var særlig dårlig blant kvinnene hvor hele 28 % lå under grensen for underernæring. Blant kvinnelige misbrukere regner man også at det eksisterer mye ubehandlede underlivsproblemer, selv om få undersøkelser tar opp dette temaet på en metodisk god måte. Fra nasjonale undersøkelser vet man også at tannhelsen er meget dårlig.

*Psykiske lidelser og helseproblemer:* De vanligste psykiske lidelsene som rapporteres blant tunge rusmiddelbrukere er affektive lidelser (depresjoner, bipolare lidelser), angstlidelser, personlighetsforstyrrelser, og

psykoser. Depresjon og angst er trolig de mest utbredte affektive lidelsene blant rusmiddelbrukere. Den høyeste forekomsten av bipolare lidelser finnes blant alkoholmisbrukere. Norske undersøkelser av narkotikamisbrukere i behandling viser en høy (ca. 60 %) forekomst av symptomidelser, målt med ulike måleinstrumenter. Forekomsten av psykoser er svært varierende blant rusmiddelbrukere; ulike internasjonale studier viser en variasjon mellom 0-20 %. De mest aktuelle psykosene er: schizofrene psykoser, paranoide psykoser, reaktive psykoser og vrangforestillinger.

Personlighetsforstyrrelser synes å være like fremtredende blant tunge rusmiddelbrukere som blant psykiatriske pasienter, dvs. fire ganger høyere enn i normalbefolkningen. Personlighetsforstyrrelser er hyppigere hos narkotikamisbrukere enn hos alkoholmisbrukere. Antisocial/dyssosial personlighetsforstyrrelse, hvor utagerende atferd er typisk, forekommer hyppigst hos tunge narkotikamisbrukere. For øvrig forekommer ofte flere personlighetsforstyrrelser samtidig, og jo flere personlighetsforstyrrelser, jo større er ofte omfanget av symptomidelser. Samtidig forekomst av rusmiddelbruk og alvorlig affektiv lidelse og/eller alvorlig personlighetsforstyrrelse betegnes ofte dobbeltdiagnose.

Internasjonale undersøkelser de senere årene om rusmiddelbruk blant psykiatriske pasienter varierer en del, men de fleste studiene finner at psykiatriske pasienter misbruker rusmidler i større grad enn andre.

Mange undersøkelser påpeker at det har vært en økning i psykiske lidelser blant rusmiddelbrukere generelt. Det er imidlertid vanskelig å si sikkert om det har funnet sted en reel økning i denne gruppen, eller om en påvist økning har sin bakgrunn i en større oppmerksomhet angående psykiske lidelser generelt. Alle undersøkelser viser at psykiske lidelser hos de tunge rusmiddelbrukere er et stort problem og at hjelpetiltakene bør tilpasses denne gruppens reelle funksjonsevne.

*Datakvalitet og -tilfang:* Rapporten peker på at det er stor mangel på informasjon om rusmiddelbrukernes somatiske og psykiske helsetilstand. Ut fra foreliggende data kan man ikke gi noe fullstendig bilde om helsestatus hos tunge rusmiddelbrukere generelt sett er verre eller bedre enn for eksempel for 10-15 år siden.

### 6.2.3 Helsetjenester til tunge rusmiddel- misbrukere; SINTEF-rapportens hovedkon- klusjoner

*Generelle og spesielle kommunale helsetje-  
nester:* Fastlegeordningen har skapt mer  
orden i ansvarsforhold for rusmiddel-  
brukerne, men ordningen fungerer dårligere  
jo dårligere pasienten er. Modellen forutset-  
ter at pasienten kan holde avtaler og møte opp  
på legekantoret. Det er også problemer knyt-  
tet til egenandeler og betaling.

Legevakten er også en viktig aktør når det  
gjelder helsetjenester til rusmiddel-  
brukere, særlig i Oslo og andre større byer.  
Vurdering av hva som er rus og hva som er  
sykdom eller skade hos akutt rusede personer  
er vanskelig, og det er derfor viktig å identifisere  
rusmiddelmisbruk for å kunne bidra til  
adekvate tiltak under og etter den akutte  
situasjon.

Også pleie- og omsorgstjenesten har en viktig  
rolle. Den står i større grad enn fastlegen for  
den oppsøkende del av primærhelsetjenesten.  
Den kan, som fastlegen, også delta i LAR  
behandling.

Det er ingen egen tannhelsetjeneste for rus-  
middelmisbrukere. Behovet for slike  
tjenester antas å være stort, og mange vegrer  
seg for å oppsøke tannlege. Muligheten for  
offentlig betaling av tannhelsetjenester  
er et problem. Sosialtjenesten skal dekke  
slike utgifter ved behov, men det er en del  
erfaring for at dette ikke alltid er så lett å få  
til.

Med statlig støtte har en rekke kommuner  
siden 1998 etablert lavterskel helsetilbud  
som et tiltak for å nå tunge rusmiddel-  
brukere med helsetjenester. Dette er syke-  
pleiebaserte tjenester som i tillegg til helse-  
sjekk, sårstell, vaksinasjoner, osv., også  
deler ut sprøyter og i varierende grad gir  
tilbud som varmestue og/eller overnatting.  
Disse tiltakene ser ut til å være et nødvendig  
tilbud.

Videre er helsetjenestene i fengslene en  
viktig del av helsetjenestene som rusmid-  
delmisbrukerne mottar, siden en stor del av  
de innsatte har rusmiddelproblemer. Helse-  
tjenesten i fengslene er også viktig fordi  
fengselsopphold er en situasjon der rusmid-  
delmisbrukeren kan bli stabilisert og moti-  
vert for behandling. Helsetjenestene i  
fengslene ytes prinsipielt av de ordinære  
helsetjenestene. Det er erfaring for at til-  
gangen til psykiatriske spesialisthelset-  
jenester i fengslene ofte er for dårlig. Det er

også ofte for dårlig samarbeid mellom feng-  
selet og helsetjenesten i fengselet på den ene  
side, og sosial- og helsetjenestene utenfor på  
den andre side. Videre er det ofte mangel på  
langsiktig behandling og oppfølging etter  
soning, med start under soning.

Rapporten viser til at det ikke er funnet noen  
publisert forskning om det arbeidet fastlegene  
gjør for tunge rusmiddelmisbrukere. Det er  
heller ikke funnet noen undersøkelser om  
hvordan pleie- og omsorgstjenesten eller  
tannhelsetjenesten fungerer for tunge rus-  
middelbrukere. Når det gjelder lavterskel  
helsetjenester foreligger en rekke lokale rap-  
porter som er skrevet på ulike tidspunkt, men  
deter ikke funnet noensystematisk evaluering  
av disse tilbudene på tvers av kommunene,  
og i hvilken grad de dekker behovene og lyk-  
kes med å engasjere og motivere rusmiddel-  
misbrukerne i kontakt med de ordinære  
helsetjenestene som i liten grad kan gis som  
lavterskeltilbud.

*Somatiske og psykiatriske spesialisthelsetje-  
nester:* Somatiske sykehusavdelinger og  
poliklinikker tar imot tunge rusmiddel-  
brukere i de ulike typer avdelinger som er  
aktuelle for de somatiske helseproblemer  
de har. Tidligere ble det ofte stilt krav om  
rusfrihet, nå aksepteres det mer at de kan  
innlegges selv om de ikke er rusfrie. Det kan  
likevel være vanskelig for tunge rusmiddel-  
misbrukere å få akutt innleggelse ved soma-  
tiske sykehus. Et problem er også at rus-  
middelmisbrukere som er innlagt ved syke-  
hus, ikke får adekvat medikamentering under  
oppholdet, slik at det oppstår alvorlig absti-  
nens. Et annet beslektet problem er at en del  
får abstinens etter utskrivningen dersom de  
har vært stabilisert med medikamenter under  
oppholdet, men så skrives ut uten medika-  
menter eller oppfølging videre.

Det er ikke funnet noen undersøkelser om  
hvordan tilbudene i somatiske sykehus er  
for tunge rusmiddelmisbrukere. Rapporten  
konkluderer likevel at inntrykket er at de  
rusmiddelmisbrukere som kommer til  
utredning eller behandling ved sykehus får  
fullverdige tilbud. Den somatiske spesia-  
listhelsetjenesten har også en viktig funk-  
sjon når det gjelder samarbeid og veiledning  
om somatisk sykdom og behandling overfor  
primærhelsetjenesten. Det er ikke kjent om  
denne type veiledning er tilgjengelig i til-  
strekkelig grad.

Når det gjelder psykiske lidelser mottar rus-  
middelmisbrukere behandling innen det  
psykiske helsevern, som omfatter døgnavde-

linger, akuttavdelinger, voksenpsykiatriske poliklinikker, psykiatriske ungdomsteam (PUT) og psykiatriske legevaksordninger.

PUT'ene arbeider primært med pasienter med rusmiddelproblem, eventuelt kombinert med psykiatrisk lidelse. De skal særlig gi tilbud til pasienter i alderen 15-30 år. Ved slike poliklinikker er det både kompetanse og tilbud for pasienter med rusmiddelproblem. Det er imidlertid stor variasjon i bemanning, og mange av teamene har ikke lege eller psykiater tilknyttet. Dette medfører at kompetansen innen behandling av psykiske lidelser er varierende eller mangelfull, og da særlig når det gjelder alvorlige psykiske lidelser som psykoser.

Ved mange andre poliklinikker innen det psykiske helsevern er det på den andre siden i liten grad tilgjengelig rusfaglig kompetanse. Disse poliklinikkene fungerer derfor ofte dårlig for tunge rusmiddelmissbrukere, de er generelt lite åpne for å ta i mot dem til behandling og har ofte lang ventetid.

Psykiatrisk legevakt er en form for lavterskeltilbud med spesialister i psykiatri. Pasienten får bare en konsultasjon, men henvises ofte videre i systemet.

Undersøkelser av pasienter i psykiatriske døgnavdelinger viser at en stor andel (ca. 10-30 %) hadde et rusproblem som var så stort at de fikk en ruslidelse som hoveddiagnose. Andelen av pasienter med rusmiddelproblem synes å ha vært økende de senere år i psykiatriske akuttavdelinger.

Rapporten viser til at det er lite forskning på hvordan rusmiddelmissbrukere ivaretas innen det psykiske helsevern. Men det generelle inntrykket er at det gis lite eller dårlige tilbud. Rusmiddelmissbrukerne blir ofte avvist under henvisning til at de først bør få hjelp med sitt rusmiddelproblem, fordi deres atferd eller rusproblem skaper problemer i avdelingen, eller fordi deres problemer med å følge opp blir oppfattet som sviktende motivasjon, og at det dermed er liten mulighet til å gjennomføre og få et godt utbytte av behandlingen. Det har de senere årene blitt økende interesse innen psykisk helsevern for voksne for å ta ansvar for en mer helhetlig behandling, men det er varierende kompetanse for dette.

*Avrusning:* Avrusning har primært to formål: enten som starten på et mer langsiktig behandlings- eller rehabiliteringsforløp, eller for å unngå en livstruende tilstand. Det kan

også være del av et lavterskeltilbud som er mer preget av omsorg og hjelp til misbrukere som i perioder er svært nedkjørt og trenger en pause i bruken av rusmidler ("sosial avrusning"). Avrusningstiltak som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging, er nå overtatt av helseforetakene. Dette gjelder også avrusning hvor det oppstår komplikasjoner som faller inn under "øyeblikkelig hjelp" begrepet, og akutte forgiftninger som skyldes bruk av rusmidler og medikamenter. Pasienter med alvorlig abstinensproblematikk, og/eller psykoseutvikling, samt andre medisinske tilstander hører også inn under helseforetakenes ansvar.

Det er nå utviklet metoder for gjennomføring av mindre smertefull avrusning ved hjelp av medikamenter og eventuelt narkose, og slike opplegg krever også medisinsk kompetanse og oppfølging. Spesialisthelsetjenesten skal også gi råd og veiledning til kommunen når denne tar hånd om enklere avrusning.

Det er ikke funnet undersøkelser som kan kvantifisere behovet for avrusning, men det antas at kapasiteten på avrusning som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging er for lav.

*Behandling for rusmiddelmissbruk:* Rapporten går gjennom de tidligere institusjoner innen rusvernet. Disse representerer et mangfold både når det gjelder målgrupper, behandlingsformer, størrelse og kompetanse. Mange steder gir både polikliniske tilbud og tilbud i døgninstitusjoner. De fylkeskommunale tiltakene som nå hører inn under spesialisthelsetjenesten, skilte seg først og fremst fra de kommunale tiltakene ved at de hadde fokus på behandling og rehabilitering, mens de kommunale tiltakene ga tjenester i forhold til kommunenes ansvar for å stille opp med omsorgstiltak for langtkomne rusmiddelmissbrukere. Det understrekes imidlertid at det har vært flytende grenser mellom disse formålene, og at det særlig i Oslo, som både er kommune og fylkeskommune, har vært vanskelig å skille mellom tiltak for behandling og rehabilitering og omsorgstiltak. Det konkluderes også at disse tjenestene på mange måter har utviklet seg i ulike retninger i de ulike fylkeskommuner, og at det er bygget opp et nettverk av institusjoner som helseforetakene nå kan videreutvikle for å ivareta de oppgaver som de er pålagt etter rusreformen. Det finnes imidlertid ingen systematisk evaluering av alle disse institusjonene/tiltakene. Det er derfor heller ikke noen landsomfattende systematiske opplysninger om hvordan institu-



sjonene har vært brukt av tunge rusmiddel-  
misbrukere. Dette innebærer at det ikke er  
mulig å vurdere deres kapasitet i forhold til  
de behov de tunge rusmiddelbrukeren  
har.

Når det gjelder *legemiddelassistert rehabi-  
ltering* konkluderes at disse stort sett ser ut til  
å fungere etter intensjonen. Det er imidlertid  
ulike syn på hvilke krav som skal stilles til de  
pasientene som ønsker å få LAR og hvor  
restriktivt eller liberalt et slikt tilbud skal  
være. Det er også til dels ulik praksis i ulike  
deler av landet når det gjelder dette. Når det  
gjelder forholdet mellom nåværende tilbud  
og behov, ser det ut til at behovet er klart  
større enn nåværende tilbud. Siden det vil  
være mulig å kvantifisere dette, er det også  
mulig å beregne hva som kreves av ressurser  
for de utvidelser som trolig er ønskelige. Hit-  
til har ventetid på behandling representert et  
problem, og rapporten konkluderer at på  
landsbasis er antall pasienter på venting 12  
per 100 000 innbyggere, og omtrent likt for-  
delt mellom regionene.

*Behandling av medikamentavhengighet:* Det  
er gjort lite forskning på behandling av medi-  
kamentavhengighet, og det er lite kjent hvor  
mange pasienter som behandles for slike  
problemer i psykiatriske institusjoner og  
rusmiddeltiltak. Nedtrappingsregimer ser ut  
til å være foretrukket behandlingsmetode  
fremfor bråseponering. Selv om alvorlig  
medikamentavhengighet uten misbruk av  
andre rusmidler synes å være et mindre om-  
fattende problem en alvorlig misbruk av al-  
kohol eller narkotika, er det mulig at det her  
er skjulte behov for behandling og hjelp.

*Datakvalitet og -tilfang:* Rapporten oppsum-  
merer sine vurderinger med at tunge rusmid-  
delmisbrukere ikke får de tjenestene de tren-  
ger, verken i kvantitet eller kvalitet. Det er  
behov for mer integrerte modeller for samar-  
beidet mellom sosialtjenester og helsetjenes-  
ter, eventuelt kombinert med kortidsopphold  
i institusjoner. Likeledes er det behov for økt  
kapasitet og nye tilbud (integrerte tjenester)  
innen psykisk helsevern for pasienter med  
alvorlige rusmiddelproblemer og psykisk  
helse, særlig på poliklinisk nivå. Det er også  
trolig behov for større kapasitet for avrus-  
ning, og da særlig den avrusning som bør skje  
innen spesialisthelsetjenesten. Det er behov  
for større kapasitet innen legemiddelassistert  
rehabilitering. Døgnplasser innen rusinstitus-  
joner må sikres opprettholdt.

Disse vurderingene er som nevnt bygget på  
det en kjenner fra enkelte undersøkelser og

fra vurderinger fra fagfolk som kjenner feltet  
godt. Rapporten påpeker imidlertid at det er  
mangel på pålitelige data om dette. Mangelen  
på informasjon og oversikt når det gjelder  
omfang av de tjenestene som faktisk brukes,  
karakteriseres i seg selv som et stort kvantita-  
tivt gap. Det er derfor ikke mulig å kvantifi-  
sere gapet mellom nåværende tilbud og  
behov i form av konkrete tall. Det er dermed  
heller ikke mulig å spesifisere om det er kapa-  
sitätsproblemer, manglende tilgjengelighet,  
og/eller inadekvat innhold/kvalitet i tjenes-  
tene så lenge en ikke har etablert registrer-  
inger og målemetoder som trengs for å ha en  
oversikt over hva som faktisk gjøres.

6.2.4 Tilsynserfaring/annen utdypende  
informasjon fra rapporter, utredninger etc.  
Som nevnt er oppsummeringen nedenfor ba-  
sert på en del tilsynserfaringer og rapporter/  
publikasjoner. Det er ikke foretatt systema-  
tiske søk i nasjonale databaser for å få en  
fullstendig oversikt over alt tilgjengelig ma-  
teriale på området. Gjennom bl.a. Sosial- og  
helseledelse og SIRUS' hjemmesider  
har vi imidlertid blitt kjent med diverse rele-  
vante publikasjoner/rapporter som ikke er  
inkludert i SINTEFs kunnskapsoppsummer-  
inger. Når det gjelder tilsynsmyndighetenes  
erfaringsmateriale er det som nevnt over vært  
foretatt søk i Helsetilsynets arkiv og hjem-  
mesider i perioden 2002- september 2004.

#### 6.2.5 Helsetilsynets møte med fagmiljøene høsten 2002

Det var invitert representanter fra Østnorsk  
kompetansesenter for russpørsmål/Sanderud  
sykehus, MARIO/Universitetet i Oslo, Insti-  
tutt for samfunnsmedisin/Universitetet i  
Tromsø, Psykiatrisk ungdomsteam/Ullevål  
sykehus, Rusmideletaten i Oslo, Kirkens  
Bymisjon, Legeforeningens forskningsinsti-  
tutt, Norsk Selskap for allmennmedisin, So-  
sial- og helseledelse og Helsetilsynet i  
Telemark. Formålet med møtet var å få fag-  
miljøenes kunnskaper om rusmiddelmisbru-  
kernes helseproblemer og tjenestetilbudet til  
gruppen. Nedenfor følger en oppsummering  
av synspunkter som kom frem på møtet.

En rekke *helseproblemer* hos tunge rusmid-  
delmisbrukere ble fremhevet:

- Det forekommer et vidt spekter av alvorlige  
somatiske lidelser: i hud og mykdelar (bl.a.  
abscesser, impetigo, skabb, dyp venetrom-  
bose, sepsis, endokarditt, osteitter); seksuelt  
overførte sykdommer (bl.a. trichomonas  
chlamydia, gonorrhé, syfilis); luftveier (bl.a.

bronkitt, pneumoni, KOLS, sinusitt); mage/tarm (bl.a. forstoppelse, abstinensdiareer, gastritt, colon irritabile); infeksjonssykdommer bl.a hepatitt A,B og C, HIV) .

- Ca 80 % av misbrukerne har store psykiske lidelser: Angst og depresjon foruten mange med personlighetsforstyrrelser (vanskelig å utrede). En økende andel har store atferdsproblemer
- Ernæring/tannstatus er elendig; de har ofte manglende tenner og ensidig kosthold. Dårlig ernæring, lavkaloriinntak, høyt sukkerinntak, etc. øker faren for mangelsykdommer. Diarétilstander reduserer biotilgjengelighet av matinntak. Kvinnene kommer ofte i anoreksilignende tilstander. Dårlig tannstatus er videre mulig årsak til infeksjoner som kan forårsake endokarditter.
- Sprøytedeling, dosedeling og dottedeling er fortsatt et problem.

Det ble påpekt følgende problemer/utfordringer i forbindelse med helsetjenestetilbudet.

*Somatisk spesialisthelsetjeneste og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste:*

- Somatiske sykehusavdelinger mangler tilbud til HIV- smittede.
- Mange kvinnelige rusmiddelmissbrukere har stor angst for å oppsøke gynekolog.
- For å sikre at rusmiddelmissbrukere innlagt i sykehus fullfører helt nødvendig behandling av alvorlige somatiske lidelser er det behov for medikamentstøtte under behandlingen. Opiat-støtten skal avvikles før utskrivning, men dette svikter en del.
- Alle med HCV bør vaksineres mot HAV og HBV og få mulighet for behandling; men dette forutsetter ofte et LAR tilbud.
- Behovet for å sikre individuell oppfølging. Det er store problemer mht hvem som har mottaksansvar etter utskrivning fra sykehus.
- Det er et stort problem at psykiatrien ikke tar imot tunge rusmiddelmissbrukere, grunnet manglende tilbud for målgruppen.
- Dobbeltdiagnoser hos unge er et økende problem, spesielt i forhold til de nye rus-

midlene (angst, depresjon, førstegangspsykoser). Nødvendig helsehjelp er ikke alltid tilgjengelig.

- Mange rusmiddelmissbrukere har hatt et tilbud på DPS; disse klarer ikke alltid å følge opp, og rusmiddelmissbrukerne blir ikke utredet tilstrekkelig.
- Det er mangel på leger og psykologer innen psykisk helsevern.
- Det er et stort trykk på tjenester for tilstander med akuttpsykiatri og rus.
- Helseforetakene har ikke definert hvilke kompetansekrav som bør stilles til "russpesialitet". Behovet for "rus" som spesialitet ble understreket.
- Fylker som har en oppegående 2.linjetjeneste har ofte etablert gode samarbeidsrelasjoner med tverrfaglige team i kommunene.
- Det ble referert til svenske erfaringer mht. hvordan ambulante, lokalbaserte og samordnede tiltak kan redusere behovet for innleggelsestid betydelig.

*Allmennlegetjenesten, kommunehelsetjenesten, og lavterskel helsetiltak:*

- Etterspørselen etter helsetjenester fra vanlige "friske" pasienter har økt betydelig hos fastlegene; dette har medført redusert tilgjengelighet for rusmiddelmissbrukerne.
- Myten om den voldelige misbruker som forstyrrer rutinen på fastlegekontor bør avlives. Det som kjennetegner disse pasientene er at de oftest kommer uten avtale, sitter lenge og venter, og at de ikke er til bry for andre pasienter.
- Konsultasjonen er ofte preget av lange diskusjoner om behovet for mer legemidler, men med lite fokus på andre somatiske lidelser. Vanskelig å få gehør for denne gruppens spesielle behov, og at de er så vidt tidkrevende. Det oppleves som en stor utfordring å skape rom for dem.
- Kvinner med prostitusjonserfaring har ofte store terskler i forhold til å oppsøke fastlege.
- Mange fastleger kjenner ikke nok til følgetilstander av omfattende rusmiddelmissbruk. Oppfølgingen av kroniske tilstander

- må bedres i betydelig grad. Betydningen av å arbeide med holdninger.
- Egenandelskravet er et problem.
  - Fastlegeordningen strekker ikke til for koordinering av tiltak, bl.a. fordi rusmiddelmissbrukerne beveger seg fra lege til lege i stor grad. Særlig er gruppen som vandrer mellom systemene og miljøer/kommuner en utfordring.
  - Fra spesialisthelsetjenesten ble det påpekt at allmenlegene bør være mer ”pågående” i sine undersøkelser enn hva som er vanlig og nødvendig overfor andre pasienter når det gjelder psykiatriske problemstillinger. Det synes å være en underdiagnostisering av angst og depresjoner. Det synes også å være manglende oppfølging av sykdommer pga rusbruken.
  - Fra fastlegehold ble det fremholdt at er det en stor utfordring å få til samarbeid mellom tjenestene – særlig i forhold til psykiatritilbudet ved DPS. Det er altfor lang venting ved behov for overgang fra 1.linje til 2.linje tilbud.
  - Det bør iverksettes en handlingsplan mot hepatitt C (med tilbud om interferonbehandling av hepatitt). Likeledes en kartlegging av tbc.
  - Hjemmesykepleien har for dårlig kapasitet i forhold til rusmiddelmissbrukere i hospitser og lignende.
  - Reduksjonen av skolehelsetjenesten som tilbud setter mulighetene for tidlig intervensjon i fare.
  - Tannhelsetjenestens tilbud til denne gruppen er utilstrekkelig.
  - Sosialkontorenes portvaktfunksjon for rusomsorgen er utilstrekkelig. De best fungerende sosialkontorene har egne ruskonsulenter. Svært mange har imidlertid ikke dette; i tillegg har de ofte en høy turnover som svekker tilbudet i vesentlig grad.
  - Lavterskel helsetiltak (som feltpleien) skal være et supplement til øvrig helsetjeneste og åpne dører til denne. Usikkerhet om nødvendigheten av en slik særomsorg. Forslag om å knytte fastleger til feltpleien som allmenmedisinsk offentlig legeopp-gave.
  - Behov for klarere myndighetskrav/overordnede kvalitetskrav til lavterskel helse-tjenestetilbudene – dvs. en utdypning av det faglige innholdet og en sikring av at dette gjennomføres på en faglig forsvarlig måte.

#### 6.2.6 SIRUS’ nytte-kostnadsundersøkelse

Prosjektet dreier seg om ulike behandlingstiltak for misbrukere av illegale rusmidler og er finansiert av Norges Forskningsråd og SIRUS, med bidrag fra Rådet for psykisk helse<sup>39</sup>. Det er samlet inn informasjon om 482 pasienter i 20 ulike behandlingstiltak i Oslo-området. Pasientene ble intervjuet tre ganger med ett års mellomrom, første gang ved inntak i behandling i perioden januar 1998 til juli 2000. Informasjonen som er fremkommet som grunnlagsdata om pasientene er i en stor grad tatt med i årsrapport fra SIRUS/SINTEF rapportene; her gjengis derfor bare noen supplerende data.

33 % i utvalget var kvinner; dette gjenspeiler de fleste undersøkelser av stoffmisbrukere i Norge og Norden. Kvinnene hadde begynt å bruke regelmessig alkohol, hallusinogener, dempende og smertestillende medikamenter og heroin signifikant tidligere enn mennene. 59 % av utvalget rapporterte at de hadde tatt overdoser. Halvparten av utvalget hadde foreldre hvor en eller begge hadde alkoholproblemer, mens 43 % rapporterte at en eller begge foreldre hadde psykiske problemer. Bare 4 % var gift ved intervjuet; 44 % hadde ett eller flere barn. 64 % oppga at de hadde hatt lære- og/eller atferdsvansker i grunnskolen. Halvparten hadde vært arbeidsledige de siste tre år før inntak til behandling. De viktigste inntektskildene de siste halvår før inntak var sosialstønad, stoffsalg, vinningskriminalitet og eget arbeid. 33 % oppga at de hadde kroniske fysiske skader som påvirket livsførselen deres. 65 % var smittet av hepatitt ved inntak til behandling, særlig hepatitt C. Depresjon, angst og alvorlige tanker om å ta sitt eget liv ble oppgitt hos rundt 60 % av utvalget; 49 % av kvinnene og 39 % av mennene hadde gjort ett eller flere selvmordsforsøk. 75 % hadde en eller flere personlighetsforstyrrelser definert etter strenge kriterier. 58 % hadde vært fengslet før de begynte i tiltaket. 28 % av kvinnene oppga at de hadde prostituert seg i løpet av siste halvåret før behandlingen.

Rapporten inneholder de første hovedinntrykk og analyser som er gjort ut fra et nytte-kostnadsperspektiv. Disse resultatene gjengis ikke her. Undersøkelsen representerer et

39) Melberg HO, Lauritzen G, Ravndal E. Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? SIRUS-rapport 4/2003.  
40) Døhlie E, Kristoffersen AS. ”Det verste er å skrive dem ut til gata”. Utredning om et utvidet helsetilbud for tunge rusmiddelmissbrukere. Rapport 7/2002. Diakonhjemmets høgskolesenter, 2003.

svært omfattende datamateriale som vil bli presentert i mer detaljerte analyser og sammenligninger i artikler om spesifikke emner. Det planlegges en tredje oppfølging i 2005.

#### 6.2.7 Rapport fra Diakonhjemmets høgskolesenter

Rapporten omhandler behovet for et utvidet helsetilbud for tunge rusmiddelmissbrukere<sup>40</sup>

Rapporten er laget på oppdrag fra Frelsesarmeen. Bakgrunnen har vært å utrede behovet for et utvidet helsetilbud for tunge rusmiddelmissbrukere, basert på misbrukernes og fagfeltets kunnskap. Følgende spørsmål er stilt:

- Hvordan er helsetilstanden til tunge rusmisbrukere i Oslo?
- Hvilke utfordringer og problemer opplever rusmisbrukere i møte med det eksisterende helseapparat?
- Hvilke utfordringer/problemer møter helseapparatet i behandlingen av disse klientene?
- Hvilke mangler og barrierer finnes i det eksisterende helseapparat i forhold til denne gruppen av klienter?
- Hvor er det behov for nye tiltak?

Det er foretatt kvalitative intervju med helsepersonell og tunge rusmisbrukere. Hensikten har vært å få frem dybde i forhold til erfaring med feltet, snarere enn å få et representativt utvalg. Utvalget av rusmisbrukere har vært hentet fra brukere av Feltpleien avd. Urtegata. Utredningen har tatt for seg de ulike delene av det somatiske helseapparatet; feltpleien, fastlegene, legevakten, sykehusavdelingene og MARIO.

Rapportens beskrivelse av de tunge rusmiddelmissbrukernes helseplager stemmer godt overens med det som er beskrevet ovenfor i SINTEF's rapport, Helsetilsynets møte med fagmiljøene og SIRUS' nytte-kostnadsundersøkelse. Det heter at de somatiske plagene blir forsterket av at rusmisbrukerne underforbruker legetjenester i forhold til å få hjelp, og at behandlingen av helseplagene ikke blir fulgt opp av pasienten. Alle instanser som er intervjuet i hjelpeapparatet uttrykker behovet for helhetlig omsorg og differensierte tilbud i innsatsen for å bedre helsen til denne gruppen, selv om de i varierende grad har ressurser til å dekke behovet.

Følgende barrierer i helseapparatet beskrives:

- Feltpleien behandler mange pasienter, men mangler et poliklinisk tilbud som svarer til de utfordringene de møter.
- Fastlegene føler maktesløshet i forhold til de massive behovene som rusmisbrukerne representerer og når bare en liten gruppe med sitt tilbud. De som får hjelp, er de som er motiverte for behandling også for sitt rusmisbruk.
- Legevakten behandler mange rusmisbrukere for akutte medisinske plager, men har ikke kontroll med den nødvendige oppfølgingen.
- Sykehuset tar inn de rusmisbrukerne som er sykehustrengende, men terskelen for å komme inn på sykehus er høy. For de pasientene som gjennomfører behandling på sykehus er problemet utskrivning til gata.
- MARIOS<sup>41</sup> behandlingstilbud har hatt god helseeffekt for de pasientene som er del av programmet. Behandlingen har også styrket fastlegenes og sykehuset mulighet til å behandle denne gruppen, både for sitt rusmisbruk og for sine somatiske plager.

Det foreslås å opprette et nytt helsetilbud som ivaretar behovet for medisinsk "forvern" og "ettervern". Tilbudet tenkes i form av et hospice hvor rusmisbrukerne kan få omsorg og medisinsk døgnpålegg etter utskrivning fra sykehus, ved langvarig sykdom som ikke trenger sykehusinnleggelse, ved underernæring, fysisk utmattelse og helsemessig kollaps.

#### 6.2.8 Rapporter om psykisk helsevern

*Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002*<sup>42</sup>: Tilsynet omfattet helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i spesialisthelsetjenesten. I kommunene ble tilsynet avgrenset til identifisering og oppfølging av barn og unge med psykiske problemer med vekt på helsestasjonenes og skolehelsetjenestens samarbeid med fastlegene, andre kommunale etater og poliklinikkene. I tilsynet med poliklinikkene så man særlig på ivaretagelsen av sentrale pasientrettigheter som retten til vurdering og prioritering. Tilsynet viste bl.a. at en fjerdedel av kommunene henviste til pedagogisk-psykologisk tjeneste eller til poliklinikk uten

41) Nå: MAR-ØST

42) Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003.

43) Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport fra Helsetilsynet 4/2004.

at legeundersøkelse ble foretatt, og mer enn halvparten av kommunene sikret ikke at det ble gitt informasjon til fastlegen. Omtrent en fjerdedel av kommunene hadde små eller ingen legeressurser i skolehelsetjenesten. Samarbeidet særlig mellom skolehelsetjenesten og andre kommunale etater og poliklinikkene var mangelfullt. Nesten ingen av kommunene eller poliklinikkene sørget for at barn og unge med psykiske problemer fikk utarbeidet individuell plan.

Ungdom med psykiske problemer kan ha et samtidig rusmiddelproblem. Funn i dette tilsynet er derfor trolig også relevante for en slik subpopulasjon pasienter som møter virksomheter omfattet av dette tilsynet.

*Landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer i 2003*<sup>43</sup>: Tilsynet var avgrenset til de alvorligst syke som har lidelser med psykotiske symptomer og pasienter som har forsøkt å begå selvmord. Rusmiddelbrukerne som gruppe var ikke gjenstand for særskilt fokus. Noen av virksomhetene som var omfattet av tilsynet hadde imidlertid tilbud for pasienter med dobbeltdiagnoser. Det er ikke grunn til å tro at de funn som ble gjort ved dette tilsynet ikke også er representative for rusmiddelmisbrukerne med psykotiske symptomer eller selvmordsproblematikk, i den grad de søkes til eller får tilbud i det psykiske helsevernet for voksne. Tema og resultater fra tilsynet beskrives derfor summarisk.

Viktige spørsmål ved tilsynet var samarbeidet mellom akuttavdelinger og DPS, ivaretagelse av retten til vurdering og prioritering, retten til individuell plan, veiledningsplikten til kommunehelsetjenesten og om nødvendig kompetanse ved utredning og behandling av pasientgruppen var sikret. Dessuten ble det ettersett om virksomhetene hadde internkontrollsystem som sikrer at erfaringer og kunnskap tas i bruk til evaluering og forbedring av egen praksis.

Det ble avdekket alvorlige mangler knyttet til oppgavefordelingen og samhandlingen mellom akuttavdelinger og DPS. Mange steder var det usikkerhet om ansvar og plikter knyttet til ansvar og plikt til å utarbeide individuell plan. Det ble også avdekket at mange virksomheter ikke etterlever de krav som retten til vurdering stiller. Det var eksempler på at pasientens helsetilstand ikke ble vurdert, at det ikke ble gitt tilbakemelding om pasienten var funnet å ha rett til nødvendig helsehjelp eller prioritet, at vurderingsfristen ble oversittet, osv. Videre ble det funnet at mange

virksomheter innen det psykiske helsevernet ikke hadde forsvarlige systemer for internkontroll.

Erfaringen fra det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenester til voksne må således langt på vei kunne sies å bekrefte de opplysningene Helsetilsynet har fått i forbindelse med sitt møte med fagmiljøene i november 2002, og de funn som er referert i SINTEFs rapporter om helsetjenester til tunge rusmiddelmisbrukere.

*Legeforeningens statusrapport om psykiske lidelser*<sup>44</sup>: I rapporten påpeker Legeforeningen viktige problemområder som begrenser mulighetene for å ivareta fagligheten og tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Tilbudet til spesielt utsatte grupper er også omtalt, herunder pasienter med både rusproblemer og psykisk lidelse.

Legeforeningen mener at kombinasjonen av rusproblemer og psykiske lidelser hører med til problemområder i psykiatrien som er så store eller er i en slik faretruende utvikling, at de krever særlig oppmerksomhet og innsats. Tunge rusmiddelmisbrukere har vanligvis både somatiske og psykiatriske helseproblemer i tillegg. Det uttales:

*”For å lykkes med behandlingen, er det nødvendig å sikre at disse pasientene får behandling for rusproblemene og psykisk lidelse samtidig. Pasienter med dobbeltdiagnose rus og psykiatri må gis et helhetlig tilbud. Det er nødvendig med bedre samordning/koordinering av ulike tjenester, der bruk av individuell plan og ansvarsgrupper kan være viktige virkemidler. Bedre kvalitet på utredning og behandling av rusproblemer innen psykisk helsevern er også viktige mål, som må fastsettes bedre og kvalitetssikres.”*

Legeforeningen mener også at ungdom med sammensatte alvorlige psykiatriske og psykososiale lidelser, rusmiddelmisbruk og voldelig atferd representerer en betydelig utfordring. Det dreier seg om en liten, men svært belastet gruppe ungdom, som det må utvikles et egnet behandlingstilbud til.

Når det gjelder behandlingstilbudet til fengselsinnsatte heter det:

*”Svært mange tunge rusmiddelmisbrukere soner straff for kriminelle handlinger, og man bør benytte fengselsoppholdet til å etablere behandlingsopplegg som kan følges opp etter soningen.”*

44) Den norske legeforening. Psykiske lidelser – faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Lægeforeningen, 2004.

### 6.2.9 Rapporter om legemiddelasistert rehabilitering

Legemiddelasistert rehabilitering er et behandlingstilbud som forutsetter et samarbeid på tvers av fagfelt og forvaltningsnivåer. LAR-tilbudet har forankring i den enkelte helseregion, men har ellers svært ulik organisering og innretning innad i den enkelte region. Den desentraliserte modellen stiller krav til sosial- og helsetjenestens ressurser og kompetanse.

Siden tilbudet om LAR ble landsdekkende i 1998, har antall klienter økt raskt i alle regioner. Opprinnelig ble tilbudet i Norge planlagt med en kapasitet på 600 pasienter, ut fra en antagelse at det var 5-8000 misbrukere med tunge rusmiddelproblemer. Det ble imidlertid antatt at mange av disse hadde et blandingsmisbruk uten tydelig opioid dominans, eller at de av andre grunner ikke ville være aktuelle for LAR<sup>45</sup>. Siden har det anslåtte antallet personer med tungt sprøyte-dominert rusbruk økt til 11 000-15 000 i 2003<sup>46</sup>. I dette bruksmønsteret er heroinbruket blitt stadig mer dominerende. Ved utgangen av 2003 var vel 2400 pasienter i tiltakene på landsbasis. Vel 3500 pasienter hadde inntil januar 2004 vært inkludert i LAR-tiltak.

LAR-tiltakene har offentliggjort årsrapporter og noen andre rapporter og publikasjoner som bl.a. omhandler behandlingsopplegg og utviklingen på området<sup>47 48 49 50 51</sup>. Generelt kan det sies at det er to forhold som skiller den norske behandlingsmodellen fra det som skjer i mange andre land: det er for det første vektleggingen av rehabiliteringsmålet, og for det andre, graden av kontroll og oppfølging. Norske behandlingsresultater<sup>52</sup> viser som hovedtendens at metadondoseringen i Norge er høy sammenlignet med mange EU-land, og at det oppnås høy retensjon (tid i behandling), noe som er vurdert som viktig for et vellykket behandlingsresultat innen rusfeltet. Det ser også ut til å være en relativt lav andel av pasientene i behandling som har opioidpositive urinprøver, sett i et internasjonalt perspektiv. Dette skyldes ifølge MAR-ØST trolig det høye doseringsnivået og den lange behandlingsvarigheten. En helhetlig, nasjonal evaluering av legemiddelasistert rehabilitering i Norge vil foreligge vinteren 2004, se kap. 6.3.3 og 6.3.6.

Opplysninger gitt i nasjonale møter for LAR tiltakene (hvor Helsetilsynet har deltatt og/eller fått referater) viser - at på tross av kapasitetsutvidelsene - har ventelistene i landet som helhet holdt seg høye i hele perioden

etter oppstarten i 1998. Ved årsskiftet 2003/2004 hadde man ca. 550 pasienter på søker/venteliste. Ventetiden før inntak har vært svært varierende i regionene; noen steder har den vært oppe i ca 3 år. På henvendelse fra Helsetilsynet i mai 2004 opplyses det fra LAR-tiltakene at ventetiden før rusreformen ble redusert i noen regioner, men at den igjen er økende flere steder, slik at noen pasienter fremdeles må vente inntil 2 år før inntak. I Oslo har fordelingen av ressurser mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste i forbindelse med rusreformen ført til at man har fått mindre ressurser til godkjenning og oppstart av behandling, og dermed økende ventetider. I tillegg rapporteres det at man er kjent med at det foreligger "uoffisielle ventelister" i mange kommuner og bydeler, som av ulike grunner ikke saksbehandler søknader slik at de blir innsendt til LAR tiltakene. Det nasjonale kompetansesenteret MAR-ØST opplyser at en annen viktig grunn til ventelisteproblematikken er at det mange steder er vanskelig å skrive ut pasientene til videre behandling i bydeler/kommuner, fordi disse mangler kompetanse/kapasitet til å overta behandlingsansvaret. Bortsett fra MAR-tiltakene i Vest-Agder og Rogaland, har de øvrige tiltakene betydelige ventelister og ventetider. Trefylkesamarbeidet Buskerud, Vestfold og Telemark rapporterer videre om inntaksstopp pga. pengemangel (utgifter knyttet til metadon/Subutex).

I det nasjonale kontaktmøtene høsten 2004 rapporteres det også om problemer etter rusreformen med fortolkningen av begrepet "nødvendig helsehjelp", noe som har medført regionale ulikheter knyttet til regelverksfestede pasientrettigheter.

Folkehelseinstituttet opplyser at det har vært en sterk økning i metadonrelaterte dødsfall de senere årene<sup>53</sup>. Ifølge Folkehelseinstituttet ser det ut til at bare et mindretall av de døde har vært med i LAR. Det er derfor sannsynlig at noen av de som går på metadon, selger videre til andre. Dødsfallene indikerer svakheter i kontrollopplegg rundt forskrivning og pasientenes inntak av legemidlet; noe som igjen kan være en indikasjon på manglende kapasitet og ressurser i LAR-tiltakene.

### 6.2.10 Rapporter om akuttmedisinsk behandling

I en undersøkelse som er gjennomført ved *Legevakten i Oslo*<sup>54</sup>, er det foretatt en systematisk registrering av 429 nye pasienter inn-

45) MAR i Norge - utvikling, utfordringer og perspektiver. Notat vedtatt som grunnlag for planarbeid av nasjonalt kontaktmøte for MAR-regionene, Bergen 2002.  
46) SIRUS. Narkotikasituasjonen i Norge 2003.  
47) Medikamentassistert rehabilitering i Norge 1998-2000. MARIO, 2001.  
48) MAR i Norge - utvikling, utfordringer og perspektiver. Notat vedtatt som grunnlag for planarbeid av nasjonalt kontaktmøte for MAR-regionene, Bergen 2002.  
49) MARIO. Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo. Årsmelding 2002.  
50) Krook, A.L et. al. A placebo-controlled study of high dose buprenorphine in opiate dependents waiting for medication assisted rehabilitation in Oslo, Norway. *Addiction* 2002; 97: 533-42.  
51) Espegren, O et. al. Twelve Step programme and Methadone Maintenance Treatment. In: Waal H, Haga E. Maintenance treatment of heroin addiction. 2003.  
52) Kornør H, Waal H. Metadon-dose, behandlingsvarighet og heroinbruk i medikamentassistert rehabilitering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 332-4.  
53) Metadon - et tveegget sverd. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003. www.fhi.no  
54) Nore AK et al. Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1055-8.

lagt til observasjon pga. akutt rus over en 12-måneders periode i 1998-99. 11% hadde kun tatt heroin og 19% en kombinasjonen heroin og andre rusmidler. 45% hadde kun inntatt alkohol. 11% hadde tatt alkohol og andre rusmidler enn heroin. Hver tiende pasient hadde ved tidligere kontakt med Legevakten fått registrert en alvorlig psykiatrisk lidelse (alvorlig depresjon, psykose eller schizofreni) ved siden av sitt rusmisbruk. 57 av pasientene ble innlagt fra Legevaktens observasjonsrom direkte til sykehusavdelinger. Forfatterne konkluderer at hovedmålet med den systematiske observasjonen av pasienter i akutt rus er å oppdage skader og sykdom, med sikte på finne ut om rusen er så dyp at videre observasjon og behandling må skje i sykehus, eller om pasienten har bakenforliggende sykdom eller skade som krever innleggelse i sykehus. Legevakten har utarbeidet retningslinjer for dette.

I en undersøkelse fra *Ullevål sykehus, ambulansetjenesten*, er det registrert bivirkninger av naloxonbehandling i forbindelse med mistenkte opiat-overdoser<sup>55</sup>. I tidsrommet februar 1998 til februar 1999 var det totalt 2172 utrykninger av ambulanspersonell til mistenkte overdosetilfeller; dvs i gjennomsnitt ca. 6 per dag. I ca. halvparten av tilfellene ble det gitt naloxon. Gjennomsnittsalder på rusmiddelbrukerne var 32 år (17-88). I 87 % av tilfellene ble overdosene karakterisert som alvorlige. Ambulansene i Oslo er betjent med personell som er opplært i å gi førstehjelp (sikre frie luftveier/respirasjonsassistanse/hjertekompresjon) og sette naloxon etter standard prosedyrer. Ambulanspersonellet observerer pasienten til vedkommende er tilstrekkelig bevisste, har adekvat respirasjon og puls og er i stand til å stå. Pasienten tas med til sykehus for videre observasjon dersom vedkommende fortsatt er intoksikert eller på annen måte er syk. I undersøkelsen rapporterte ambulanspersonell bivirkninger på et eget standard skjema umiddelbart etter at pasienten hadde kommet seg. Det ble observert at 45 % av pasientene hadde bivirkninger som trolig var naloxon relaterte, men hovedparten av disse var lite alvorlige.

Lungeødem som komplikasjon til heroinbruk. Denne problematikken tas opp av medarbeidere ved *Anestesiavdelingen ved Ullevål universitetssykehus*<sup>56</sup>. Patogenese, diagnostikk og behandling diskuteres på grunnlag av søk i Medline og egne erfaringer. Ifølge forfatterne er lungeødem en lite kjent komplikasjon til heroinbruk. Symptomdebut er vanligst innen 1-2 timer etter inntak av heroin. Patofysiologi og behandling er for-

skjellig ved kardiogent og heroinindusert lungeødem. Pasienter som dør av overdoser, har ofte "våte" lunger ved obduksjon. Dette kan være uttrykk for at mange som dør av overdose har hatt et lungeødem, og at lungeødemet, i tillegg til respirasjonsdepresjonen, bidrar til dødsfallet. Forfatterne mener at den korte observasjonstiden etter akuttbehandling, manglende kunnskap om tilstanden og funn post mortem hos pasienter med heroinoverdose gir holdepunkter for at heroinindusert lungeødem underdiagnostiseres i Norge.

*Tilsyn med Bergen legevakt 2003*<sup>57</sup>. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon og omfatter fordeling av ansvar og myndighet, samt mottak, undersøkelse og behandling av pasienter, i hovedsak ved Medisinsk avdeling/Allmennlegevakten. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten var også tema for tilsynet. I rapporten beskrives Bergen legevakt som et lavterskeltilbud til kommunens befolkning som søker øyeblikkelig hjelp i forbindelse med sykdom og skade. Ved tilsynet kom det frem at Legevakten yter mer enn strengt tatt medisinsk nødvendige tjenester til rusmiddelbrukere, spesielt alkoholmisbrukere, i mangel av alternative tilbud til disse i forbindelse med akutt rus. Det ble ikke påpekt avvik eller gitt merknader innen de områder tilsynet var avgrenset til.

#### 6.2.11 Rapporter om innsatte i fengsler/fengselshelsetjenesten

*IFafo-rapporten Levekår i norske fengsler*<sup>58</sup> har Statistisk sentralbyrå og Fafo gjennomført en levekårsundersøkelse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Undersøkelsen er gjennomført blant et representativt utvalg innsatte i norske fengsler i juni 2003. Den er basert på empirisk dokumentasjon, sett i sammenheng med rusmisbruk og psykiske plager. Informasjonen ble samlet inn gjennom strukturerte personlige intervjuer med til sammen 260 fengslede menn og kvinner.

Resultatene viser at andelen psykiske plager blant mannlige innsatte er tre ganger så høy som i befolkningen generelt. Blant kvinnelige innsatte er andelen fire ganger så høy. Seks av ti innsatte er rusmiddelbrukere. For majoriteten dreier dette seg om blandingsmisbruk. Kvinnene er mer rusbelastet enn mennene. Ca en tredjedel karakteriserte seg som jevnlig brukere eller storforbrukere av alkohol før fengslingen. Halvparten av dem som drakk alkohol oftere enn én gang i måneden, oppga et alkoholforbruk som

55) Buajordet I et al. Adverse events after naloxone treatment of episodes of suspected acute opioid overdose. *European Journal of Emergency Medicine* 2004; 11:19-23.

56) Landsverk SA et al. Heroinindusert lungeødem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1767-8.

57) Rapport fra tilsyn med Bergen legevakt, Bergen kommune. Helsetilsynet i Hordaland (2003).

58) Friestad C, Skog Hansen IL. Levekår blant innsatte. Fafo-rapport 429/2004.

innebar at de var beruset ukentlig eller oftere. Av de som definerte seg som brukere av narkotika med ulikt bruksomfang oppga halvparten at de var jevnlig brukere eller storforbrukere. Cannabis, amfetamin og benzodiazepiner var de stoffene som flest oppga å ha brukt før fengslingen, mens 35 % av de som brukte narkotika oppga å ha brukt heroin siste måned før fengsling. Et oppsiktvekkende funn gjelder debutalder hos de som hadde brukt narkotika daglig før fengsling. Alderen varierte fra 8 til 29 år, med 16 år som gjennomsnittlig debutalder for menn og 14 år for kvinner. For nær ni av ti var hasj/cannabis debutstoffet. Jo tyngre misbruket er, desto større er følgeskader knyttet til dårlig helse, manglende familietilknytning og dårlig økonomi. Mange av de innsatte sliter med så sammensatte problemer at behovet for samhandling mellom helse, kriminalomsorg, sosialtjenesten og rusomsorgen er av avgjørende betydning.

*Landsomfattende tilsyn med fengselshelsetjenesten i 2001*<sup>59</sup>: I dette tilsynet var det heller ikke rettet spesiell oppmerksomhet mot rusmiddelmisbrukernes situasjon eller behov. Det ble spesielt fokusert på:

- hvorvidt fengselshelsetjenesten er en integrert del av kommunenes helsetjeneste
- hvilke rutiner er etablert for:
  - å sikre innsatte nødvendig helsehjelp
  - legemiddelhåndtering
  - ivaretagelse av taushetsplikten
  - hvordan feil og uønskede hendelser håndteres

Det ble funnet at tilgjengeligheten på helse-tjenester generelt var god. Selv om tjenestetilbudet til innsatte med psykiske lidelser ikke var primært tema for tilsynet, inngikk spørsmål om rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten, herunder henvisningsrutiner ved alvorlig psykisk sykdom. I oppsummeringsrapporten fremgår at det ved flere virksomheter var behov for et bedre samarbeid med og bedre tilgang til psykiatriske spesialisthelsetjenester. Ut fra det vi vet om rusproblematikk blant innsatte, må vi regne med at en stor andel av de som hadde behov for psykiatriske spesialisthelsetjenester også er rusmiddelmisbrukere, slik at dette funnet derfor også er relevant for denne pasientgruppen.

*Oppfølging av tilsynet med fengselshelsetjenesten*: Som del av oppfølgingen av tilsynet ble Helsetilsynet i fylkene i 2002 bedt om å gi ” en vurdering av ventetid for behandling av psykotiske fanger og det forhold at mennesker med alvorlige psykiske lidelser fortsatt blir sittende for lenge i fengsler”. I brev av 21. november 2003 til Helsedepartementet oppsummerer Helsetilsynet hva Helsetilsynet i fylkene rapporterte om disse forholdene og Helsetilsynets vurdering av situasjonen.

Fra de fleste Helsetilsyn i fylkene gis det tilbakemelding at innsatte med psykoser som hovedregel blir innlagt i psykiatrisk avdeling uten unødig eller uforsvarlig forsinkelse. Etter Helsetilsynets vurdering synes øyeblikkelig hjelp-plikten overfor denne pasientgruppen derfor å være ivarettatt.

Et flertall av Helsetilsynet i fylkene vurderer imidlertid spesialisthelsetjenestens tilbud til innsatte med psykiske lidelser som generelt utilstrekkelig i forhold til behovet. Et problem som nevnes i flere av rapportene er for korte opphold i psykiatrisk institusjon. Ved for hurtig utskrivning får den innsatte ofte raskt tilbakefall. Sikkerhetscelle brukes for å hindre selvbeskadigelse, og man erfarer at de innsatte ofte er sykere ved løslatelse. Et annet forhold som synes å karakterisere situasjonen, er at terskelen for innleggelse er for høy for pasienter som ikke er psykotiske, og at det er for lang ventetid på vurdering og innleggelse. Alvorlig psykisk lidelse utenpsykotiskesyntomer, somrus/dobbelt-diagnoseproblematikk, alvorlig personlighetsforstyrrelser og paranoid schizofreni er nevnt som eksempler på tilstander som må behandles i fengslet, fordi man ikke får innlagt pasientene. Etter Helsetilsynet vurdering kan pasienter med alvorlig psykisk lidelse bli sittende lenge i fengsler uten et tilfredsstillende tjenestetilbud. De overlates til kommunehelsetjenesten som ikke har kompetanse og plikt til å yte spesialisthelsetjeneste.

#### 6.2.12 Rapporter om pleie- og omsorgstjenester

Generelle pleie- og omsorgstjenester i hjem eller institusjon blir stadig mer aktuelt for en eldre og sykere populasjon av rusmiddelmisbrukere. Mange såkalte rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner innen rusomsorgen gir generelle pleie- og omsorgstjenester til klientene.

59) Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenesten i fengsler 2001. Oppsummeringsrapport. Rapport fra Helsetilsynet 4/2002.



En rapport fra *Rusmildeletaten, Oslo kommune, 2002*<sup>60</sup>, adresserer problemstillinger på dette området. Rapporten er basert på en gjennomgang av 26 rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner i Oslo, og viser at det er store forskjeller mellom relativt oppgavelike institusjoner mht hvordan klientenes behov for helsehjelp fokuseres og håndteres.

*Helsetilsynets tilsynserfaringer fra perioden 1998-2003 av kommunale tjenester i pleie- og omsorgssektoren* er oppsummert i rapport fra 2003<sup>61</sup>. Den viser at kommunene ofte mangler system for internkontroll i pleie- og omsorgssektoren, og at det ofte ikke er rutiner som sikrer at grunnleggende behov dekkes. Mange kommuner oppfyller ikke lovkrav ved saksbehandling, noe som svekker brukernes rettssikkerhet og kan føre til at mange ikke får de tjenestene de har krav på. I denne rapporten finnes imidlertid ikke spesielle opplysninger om rusmiddelmissbrukeres behov eller tilbud.

*Helsetilsynets kartleggingsundersøkelse av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene*<sup>62</sup> Undersøkelsen er gjennomført som en større nasjonal kartlegging av tjenestemottagere og deres hjelpebehov og tilbud i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Analysene baserer seg på et representativt utvalg på 73 ulike kommuner og til sammen 13 240 tjenestemottakere i sykehjem, aldershjem, omsorgsboliger, andre kommunale boliger og egne hjem.

Et hovedfunn i undersøkelsen er at det synes å være en systematisk sammenheng mellom hjelpebehov og tilbud: de som er skjøpeligst får mest hjelp, mens de sprekkeste får minst. Det er også funn som viser at de fleste tjenestemottakere i all hovedsak synes å få tilstrekkelig hjelp i forhold til det behovet de har. Undersøkelsen om hvem som er tjenestemottakere viser at vel 20 % har aldersdemens, 14 % hjerte- og lungelidelser og 12 % psykiske lidelser. Kun 0.7 % har rusmiddelmissbruk som viktigste helsemessige årsak til hjelpebehovet. Det uttales at dette er en gruppe som har andre typer hjelpebehov enn de mer tradisjonelle tjenestemottakerne i pleie og omsorgstjenesten. Dersom det tas utgangspunkt i grunn for hjelpebehov, er det et gjennomgående trekk i undersøkelsen at mennesker med psykiske lidelser får mindre hjelp på alle områder enn andre tjenestemottakere. Årsaken til dette er ikke klarlagt, men kan skyldes at de prioriteres lavere. Når det gjelder mennesker med rusmiddelproblem har man i rapporten ingen opplysninger om tilbudet eller i hvilken grad tjenestene dekker

det behov rusmiddelmissbrukerne har for pleie- og omsorgstjenester.

Det er under gjennomføring en oppfølging av undersøkelsen, der man skal gjennomføre mer detaljerte statistiske analyser av det grunnlagsmaterialet som ble samlet inn (se kap. 6.3.2).

#### 6.2.13 Rapporter om fastlegeordningen

*I Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen 2003*<sup>63</sup> finnes i noen utstrekning opplysninger om legetjenester til utsatte grupper, herunder rusmisbrukere. Rapporten var basert på ulike rapporter m.v. fra Helsetilsynet i fylkene. Behandling av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering er tatt opp som et særskilt problemområde. Det vises til at fastleger i varierende grad er eller ønsker å være involvert i eller ha oppgaver knyttet til LAR, og at dette kan være et hinder for å starte behandling av rusmisbrukere. Det stilles spørsmål ved om fastlegeordningen som en generell ordning fungerer godt nok for grupper av befolkningen med ulike sammensatte eller spesielle behov.

#### 6.2.14 Rapporter om lavterskel helsetjenestetiltak til rusmiddelmissbrukere

*Rusmildeletaten* har gjennomført en intervjuundersøkelse for å *kartlegge brukertilfredshet med Feltpleien i Oslo*<sup>64</sup>. Også resultatene herfra viser at de har dårlig helse. Mange er uten fast bopel og bor hovedsakelig på hospits eller hybelhus. Respondentene kan ifølge forfatteren klart betegnes som tunge rusmiddelmissbrukere. Det som gjør pasientene mest fornøyd med Feltpleien er at de opplever å bli møtt på en fin måte av helsepersonellet, og at de erfarer at personellet på Feltpleien tar seg nok tid til å prate med dem. Foruten dette er pasientene fornøyd med at Feltpleien er tilgjengelig og at de får hjelp til sårbehandling.

*Sosial- og helsedirektoratet* har i et notat sammenfattet rapporter basert på tilbakemeldinger fra de kommunene som har mottatt øremerkede midler til lavterskel helsetilbud til rusmiddelmissbrukere i 2002<sup>65</sup>. Rapporten konkluderer at helsetiltak til de mest belastede rusmiddelmissbrukerne er godt ivaretatt. Gjennomgang av notatet kan tyde på at flere kommuner har valgt en mer tverrfaglig modell enn for eksempel Oslos sterkt helseorienterte. Grunnen kan være at en del kommuner har benyttet anledningen til å etablere lavterskeltilbud rettet mot både sosiale, miljømessige, og helsemessige behov hos tunge

60) Gjennomgang av rehabiliterings- og omsorgsinstitusjonene. Rusmildeletaten, Oslo kommune, 2002.

61) Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren. Tilsynserfaringer 1998-2002. Rapport fra Helsetilsynet 9/2003.

62) Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003.

63) Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen. Rapport fra Helsetilsynet 8/2003.

64) Feltpleien i Oslo. En undersøkelse om brukertilfredshet. Rusmildeletaten. Oslo: Kommunen 2002.

65) Lavterskel helsetilbud for rusmiddelmissbrukere. Sosial- og helsedirektoratet, 2003.

rusmiddelmissbrukere. Oslo på sin side har lenge hatt mange forskjellige lavterskeltilbud av ulik art (sosial/miljø) til tunge rusmiddelmissbrukere.

#### 6.2.15 Rapporter om offentlige tannhelsetjenester

*Helsetilsynets rapport om tannhelsetjenesten i Norge*<sup>66</sup> omfatter vurderinger av omfang av offentlige tannhelsetjenester for prioriterte grupper (jf kap. 5.1.6), bemanningssituasjon og bruk av ressurser, særlig i forhold til geografiske forskjeller. Det ble funnet at andelen personer under tilsyn av den offentlige tannhelsetjenesten i 2002 var svært forskjellig for de ulike prioriterte gruppene på landsbasis, og videre at det var store fylkesvise forskjeller. I ti fylker tilbyr den offentlige tannhelsetjenesten tjenester til andre grupper (enn de obligatoriske) som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere, for eksempel innsatte i fengsel, innlagte i psykiatrisk institusjon og personer innen rusomsorgen. Et tilbud til rusmiddelmissbrukere var imidlertid bare gitt i Rogaland og Finnmark.

*I årsmelding 2003 for den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland* går det frem at det er inngått en samarbeidsavtale mellom den offentlige tannhelsetjenesten og Bergen kommune om tannbehandling av pasienter med rusproblem (brukere av lavterskel helsetiltak (Strax-huset) i Bergen). Ordningen kom i gang fra høsten 2003.

*Sosial- og helsedirektoratets rapport om forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001-2004*<sup>67</sup> inneholder en oppsummering og bearbeiding av data som er innsamlet gjennom forsøksordningen med utvidet tannhelsetilbud til nye grupper av eldre og uføre. Hensikten med prosjektet er å gi dokumentasjon for en eventuell endring av tannhelsesloven. I 2002 fikk den største andelen av målgruppene i prosjektet kartlagt sin munn- og tannhelse, før de mottok tannhelsetjenester gjennom prosjektet. Det konkluderes at personer innen rusomsorgen og personer under psykisk helsevern har stort behov for utvidet tannhelsetjeneste. Det samme gjelder personer med hjemmebaserte tjenester og personer som pleies av pårørende. Det slås fast at behovet for behandling er størst blant rusmiddelmissbrukerne. Her hadde nær 100 % av de undersøkte behov for tannbehandling. Det heter videre at behandlingsbehovet er størst blant de yngste brukerne i alle kategorier – trolig fordi de har egne tenner.

#### 6.2.16 Diverse tilsynserfaring

Nedenfor omtales tilsynserfaring i perioden 2002- september 2004, hentet fra tilsynssaker behandlet i Helsetilsynet sentralt, Helsetilsynets tilsynsmeldinger og Helsetilsynet i fylkenes medisinalmeldinger<sup>68</sup> ”verdt å vite meldinger”.

*Tilsynssaker* omfatter saker som tilsynsmyndighetene ut fra tilsynsplikten eller tilsynsloven reiser overfor helsepersonell og/eller virksomheter som følge av henvendelser fra pasienter og deres pårørende, informasjon fra andre, lovpålagte meldinger om betydelige skader mv, eller diverse opplysninger i rapporter og lignende som rutinemessig mottas. Tilsynsmyndigheten vil i disse sakene vurdere om det er avvik fra lovkrav, herunder kravet til forsvarlig behandling. De tilsynssakene som behandles i Helsetilsynet sentralt omfatter saker der Helsetilsynet i fylkene avdekker forhold av en art som tilsier grunnlag for oversendelse og behandling hos Statens helsetilsyn for vurdering av eventuell reaksjon mot helsepersonell eller virksomhet.

*Tilsynsmeldingen* er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

*Medisinalmeldingene* er fylkeslegenes årsmeldinger. I flere av disse er det de siste år beskrivelser av aktuelle tema på rusområdet, herunder også en del tilsyn som har vært initiert av Helsetilsynet i fylket (dvs. ikke omfattet av de landsdekkende tilsyn).

I ”*Verdt å vite meldingene*” rapporteres hva fylkene selv mener er viktig at Helsetilsynet bør ha kjennskap til i sine respektive fylker.

*Søk i arkiv i Helsetilsynet for perioden 2002-september 2004* omfatter et antall tilsynssaker som berører problemforskrivning av legemidler i reseptgruppe A og B til rusmiddelmissbrukere. Selv om denne problemstillingen er svært aktuell i forbindelse med rusmiddelmissbrukernes kontakt med helsetjenesten, har vi valgt ikke å omtale disse sakene nærmere her. Noen av disse sakene fører til at leger mister forskrivningsretten for A og B preparater.

Ved søk på problemstillinger som dreier seg om andre alvorlige konsekvenser av behandling av rusmiddelmissbrukere, er det kun funnet 3 tilsynssaker i den aktuelle perioden. Alle dreier seg om alvorlig dobbeltdose-

66) Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 5/2004.

67) Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001-2004. Futt-prosjektet. Rapport basert på kvantitative data – baseline data. Sosial og helsedirektoratet, 2004.

problematikk. I to av sakene var utgangen selvmord/unaturlig dødsfall; i én hadde pasienten begått drap etter utskrivning fra psykiatrisk avdeling. I en av sakene har Helsetilsynet gitt systemkritikk av virksomheten.

Det understrekes igjen at tilsyns- eller klagesaker behandlet og avsluttet i Helsetilsynet i fylkene ikke er tatt med her.

*I Helsetilsynet tilsynsmelding for 2001* har Kari Lossius, som invitert ekstern forfatter, skrevet om problemer knyttet til rusmiddelmissbruk. Selv om ikke dette strengt tatt kan defineres under tilsynserfaringer, refereres kort til noen av de opplysninger og vurderinger hun gir i sin artikkel<sup>68</sup>. Hun viser til at alkoholrelaterte dødsfall har et omfang på ca. 1500 per år i Norge. Ifølge Lossius skjuler disse dødsfallene et økende antall selvmord som er foretatt under påvirkning av ulike rusmidler. 20-35 % av alle som tar sitt eget liv har også et rusproblem. Hun omtaler også overdoseproblematikken knyttet til heroinbruk, og understreker at dødsrisiko er også avhengig av heroinets renhetsgrad, som varierer betydelig mellom ulike land. I Norge har heroinrenheten vært relativt høy. Når det gjelder tiltak mot overdoser peker hun bl.a. på at de land som har greid å redusere antallet, er kjennetegnet av lett tilgjengelige behandlingsplasser, at rusmisbrukerne får behandling i fengslene og at den medikamentelle behandling er godt integrert i resten av behandlingsapparatet. Videre har mange av disse landene gode tiltak for kvinner med og uten sine barn. Rusmisbrukerne har lett tilgang på helse-tjenester, og noen av landene har sprøyterom. Veldig forenklet kan det sies at dette er land med gode differensierte tiltak mot rusproblemer, samtidig som helse- og sosialtjenester er integrert i hverandre.

*I Helsetilsynet tilsynsmelding for 2002* beskrives en undersøkelse gjennomført av Helsetilsynet i 2002 for å få kunnskap om forskrivning av flunitrazepam som ender på det illegale markedet, inklusive indikasjoner på omfanget<sup>69</sup>. Bakgrunnen var at misbruket av flunitrazepam var sterkt økende og at politiets beslagstall viste en dramatisk stigning. Det forelå ingen opplysninger over hvor mange av beslagene som totalt sett stammet fra legers forskrivning. Via Helsetilsynet i fylkene ble det derfor innhentet informasjon om politiet hadde data som viste slik lekkasje. Fra Kriminalpolitisen ble det innhentet ytterligere informasjon om situasjonen på landsbasis. Opplysningene fra politiet viste at det ikke var tilgjengelig noen oversikt over

hvor mange av beslagene som stammet fra legers forskrivning. Fra KRIPOS ble det opplyst at det i 2002 ble beslaglagt over en million Rohypnol-tabletter i Norge, fordelt på 6000 beslag. Langt den største andelen av tablettene stammet fra illegal import av store kvanta fra Øst-Europa. I samme tidsrom ble det foretatt 600 beslag av norskprodusert Flunipam. Det er grunn til å anta at alle disse tablettene var forskrevet av leger på legalt vis. Omfanget av tabletter på det illegale markedet med innhold av flunitrazepam som er legalt forskrevet av leger i Norge, utgjør derfor trolig bare en brøkdel av den totale mengde beslaglagt virkestoff. Likevel ser Helsetilsynet alvorlig på at legalt forskrevne legemidler havner på det illegale markedet, og tilrådte overfor Statens legemiddelverk at flunitrazepam ble overført fra reseptgruppe B til A. Dette ble gjennomført i 2003.

*I Helsetilsynets Tilsynsmelding for 2003* uttrykkes bekymring for de alvorlige manglene i behandlingsskapasiteten for LAR tiltakene, samt de regionale ulikhetene når det gjelder ventetid og kapasitet, behandlingsopplegg og prioritering<sup>70</sup>. Kommunene prioriterer ulikt når det gjelder hvem som skal få behandling og har flere steder ”uoffisielle ventelister”. Det uttrykkes også sterk bekymring for den sterke økningen i metadonrelaterte forgiftningsdødsfall.

*Medisinalmeldinger fra Helsetilsynet i fylkene:* Flere fylker tar opp rusproblematikk i sine årlige meldinger. Noen, som *Helsetilsynet i Nord-Trøndelag*, har tatt problemstillingene opp i stor bredde. I medisinalmeldingen for 2002<sup>71</sup> lar fylkeslegen samarbeidspartnere på rusfeltet presentere sine erfaringer og synspunkter knyttet til sine respektive fag- og ansvarsområder. Psykolog Claes Brisendal ved voksenrusteamet ved Sykehuset i Levanger skriver at pasienter med rusproblematikk fortsatt på mange vis er helsevesenets stebarn. Fremdeles kan man oppleve at det blir reist spørsmål om rusbehandlingens eksistensberettigelse innen det offentlige helsevesen<sup>72</sup>. Politimester Prytz skriver at det offentlige manipuleres av rusmisbrukere. Vi merker oss også politiets erfaring med at enkelte foreldre med rusproblemer og deres barn driver ”forretning” sammen. Foreldre bruker barn i tenårene til distribusjon av narkotiske stoffer, ulovlig sprit og tyvegods. Ifølge politiet tilsier størrelsen på denne kategori barn at misbruket vil øke drastisk i årene som kommer. Politiet har også erfaring med at barn vanskjøttes, og at det tar mange år før barnevernet griper inn. Fra politiets ståsted ser det ut til at hjel-

68) Lossius K. Rus og bakrus – stimuli og stigma. I: Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2001.

69) Rohypnol og Flunipam – sovemedisiner på avveie. I: Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2002.

70) Legemiddelassistert rehabilitering – tilbud med urovekkjande skilnader. I: Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2003.

71) Det angår oss alle. I: Fylkeslegen i Nord-Trøndelag. Medisinalmelding 2002.

72) Brisendal C. Utfordringer i arbeidet med rusproblemer. I: Fylkeslegen i Nord-Trøndelag. Medisinalmelding 2002.

peapparatet ofte er mange år forsinket, og at barna ”arver” foreldrenes atferdsproblemer. Det heter også at det er utstrakt illegal omsetning av legemidler, for eksempel Rohypnol og Valium, skaffet til veie gjennom resepter utskrevet på trønderske legekantor<sup>73</sup>.

Også i *Helsetilsynet i Aust-Agders* medisinalmeldinger for 2002 og 2003 er rusproblematikken viet stor plass. I 2002 påpekes bl.a. at man ser en vedvarende tendens til at brukere med vedvarende psykiske problemer og/eller rusproblemer ikke får det tjenestetilbudet de har krav på, og at dette ikke fremstår som en sammenhengende behandlingsskjede<sup>74</sup>.

I medisinalmeldingen for 2003<sup>75</sup> uttrykkes bekymring for manglende behandlingsskapasitet i de fylkeskommunale rusinstitusjonene. Kapasitetsproblemenes skyldes flere forhold, bl.a. underbudsjettering, økt etterspørsel etter langtids behandlingssplasser, at institusjonstiltak ofte varer lengre enn tidligere (færre faller ut av behandlingen), samt økende pågang av unge klienter med psykiatrisk tilleggssproblematikk/ADHD problematikk. Behov målt som etterspørsel er trolig for lavt, fordi kommunenes erfaringer med kapasitetsmangel og ventelister har medført at man unnlater å fremme søknader. I tillegg til kapasitetsproblemenes er man bekymret for at rusomsorgen ikke har hatt noen øyeblikkelig-hjelp beredskap.

Ved Helsetilsynet i Aust-Agder ble det gjennomført egeninitierte tilsyn ved to rusinstitusjoner i 2003: Aust-Agder-klinikken og Lundevann Senter (privat stiftelse). Det ble ikke anført forhold som avstedkom merknader eller begrunnede meldinger etter disse tilsynene.

Når det gjelder legemiddelasistert rehabilitering anføres det at samarbeidet mellom primærlegene om pasienter i LAR-tiltak noen steder har vært haltende, men at fastlegereformen har bidratt til å bedre på dette. Samarbeidet med apotekene har vært godt. I denne medisinalmeldingen gir leder for Aust-Agder klinikken, Arne Bie, en nærmere presentasjon av arbeidet ved klinikken og de utfordringer man møter i fylkets LAR-tiltak<sup>76</sup>.

Helsetilsynet i Aust-Agder oppsummerer sine inntrykk fra LAR-tjenestene med at problemområdene i første rekke dreier seg om:

- Akutt hjelp til rusmiddelmissbrukere der

hjelpebehovet er utløst av rusmisbruket.

- Å få etablert en relasjon mellom de brukerne som kom inn i metadonprosjektet på et tidlig stadium, og fastlegen.
- Overholdelse av kravet om opphør av side-misbruk ved samtidig bruk av metadon.

Når det gjelder klagesaker pekes det på rus/psykiatri som en særlig stor utfordring. Det har imidlertid kun vært én konkret klagesak knyttet til denne problematikken. Det opplyses at det har vært en stor økning i antall saker på avslag på behandlingssplass i fylkeskommunal rusinstitusjon. Fylkeskommunenes avslag har i all hovedsak vært begrunnet i økonomiske hensyn og manglende ressurser til kjøp av gjesteplasser. Fylkesmannen har måttet stadfeste alle avslag, fordi fylkesmannen ikke kan omgjøre vedtak dersom det ikke eksisterer ledige plasser, eller dersom fylkeskommunens avslag er begrunnet ut fra økonomiske hensyn.

I *Helsetilsynet i Vest-Agders* medisinalmelding for 2002 og 2002 (-03) blir bl.a. behovet for oppfølging av pasienter med kronisk psykiatrisk sykdom og rusproblematikk etter utredning og behandling på sykehus tatt opp. Det heter at disse pasientene kan ha et fortsatt stort omsorgsbehov og manglende evne til å mestre hverdagslivet etter utskrivning<sup>77</sup>. Behandlingstilbudet til psykotiske fanger blir også tatt opp<sup>78</sup>. Vi merker oss særlig at fengselslegen uttrykker bekymring når det gjelder innsatte med vedvarende vrangforestillinger, slik som paranoid schizofreni. Disse blir ofte ikke diagnostisert på sykehuset etter innleggelse, fordi man ikke tilbyr så lange sykehusopphold til de innsatte at deres symptomer tydeliggjøres eller fordi de profiterer på de rammer og den grensesetting som sykehuset representerer. Det kan reises spørsmål om hvorvidt sykehuset har tilstrekkelig respekt for fengselslegens vurdering som innleggende lege. Etter hans erfaring har klientellet i fengslet forandret seg radikalt. Han ser behov for en sterkere dobbelt-diagnose avdeling for personer med kombinert rus-psykiatri-problematikk. Mange av pasientene er selvdestruktive uten å være sinnssyke i lovens forstand. Moderne motedop (som ecstasy) kan gi svære personlighetsforstyrrelser, som trenger innleggelse. Fengslet kan da oppleve dem som for dårlig for fengselsopphold, mens psykiatrien er så selektive i sitt inntak av pasienter at denne gruppen ikke får nødvendig helse-tjeneste.

73) Prytz T. Rus i et politiperspektiv. I: Fylkeslegen i Nord-Trøndelag. Medisinalmelding 2002.

74) "Ikke mitt bord". I: Fylkeslegen i Aust-Agder. Medisinalmelding 2002.

75) Rusomsorgen. I: Helsetilsynet i Aust-Agder, Sosial- og helseavdelingen, Fylkesmannen i Aust-Agder. Medisinalmelding 2003.

76) Bie A. Medikament Assistert Rehabilitering i Aust-Agder pr. 31.12.03. I: Medisinalmelding fra Aust-Agder 2003.

77) Psykisk helsevern. I: Helsetilsynet i Vest-Agder Helseavdelingen, Fylkesmannen i Vest-Agder. Medisinalmelding 2003.

78) Behandlingstilbud til psykotiske fanger. I: Fylkeslegen i Vest-Agder. Medisinalmelding 2002 (-03).

I meldingen diskuteres også trafikksikkerhetsmessige problemstillinger knyttet til rusmiddelmissbrukere som ikke fyller helsekravene til førerkort. Ofte får Fylkesmannen melding om rusmiddelproblemet først når pasienten påbegynner LAR, selv om de da har hatt et omfattende rusmiddelmissbruk i mange år<sup>79</sup>.

I april 2002 gjennomførte fylkeslegen et egeninitiert tilsyn med spesialisthelsetjenesten i Vest-Agder. Tema for tilsynet var spesialisthelsetjenestens tilbud til pasienter med tung rusproblematikk og psykisk sykdom<sup>80</sup>. Områdene som ble vurdert var tjenestens internkontrollsystem, sammenheng i behandlingsskjeden, forsvarlighet i behandlingen, samt brukermedvirkning, samtykke og rettighetsbegrensninger. For pasienter med dobbeltdiagnose rus-psykiatri var det på det tidspunktet to separate behandlingstilbud i fylket, det ene ved Vest-Agder sykehus HF, og det andre som en frittstående poliklinikk kalt "Ruspoliklinikken". Den siste var lokalisert til Vest-Agder klinikkene, fylkets senter for rusomsorg. Spesialisthelsetjenesten i fylket hadde altså to behandlingstilbud til den aktuelle pasientgruppen organisert i to forskjellige virksomheter, men institusjonene hadde ikke systematisert samhandling om ansvar og kriterier for behandling. Fylkeslegen etterlyste en tilrettelegging av fylkets samlede behandlingstilbud til pasienter med dobbeltdiagnose rus-psykiatri. Ved Ruspoliklinikken ved enheten for legemiddelassistert rehabilitering, MARIA, gis det substitusjonsbehandling av narkomane. Ruspoliklinikken er beskrevet i tilsynsrapporten med et miljø som er dynamisk og faglig utviklingspreget, og den har ansatte med høy faglig kompetanse. Det drives opplæring og veiledning overfor kommunene både i forhold til generelle problemstillinger og i forbindelse med enkeltpasienter. Det ble funnet visse avvik fra gjeldende lover og forskrifter bl.a. i forhold til kravene som gjelder internkontrollsystem, avviksovervåkning og et koordinert og samlet behandlingstilbud. Det ble funnet forbedringsområdene når det gjaldt håndteringen av pasientenes samtykke, sammenhengen i behandlingstilbudet og ordningen med individuelle planer.

*Helsetilsynet i Vestfold* påpeker i sin medisinalmelding for 2002 at tilbudet til personer med et langvarig rusproblem svikter av flere årsaker, selv om denne gruppen har størst helsesvikt. Den største utfordringen er å sikre midler til sosial oppfølging og psykisk behandling, mens medikament- og legespør-

målet sjelden er den knappe faktoren<sup>81</sup>. Helsetilsynet i Vestfold gjennomførte i forbindelse med de forestående rusreformene en kartlegging av rusmiddelomsorgen i primærhelsetjenesten. Til tross for sparsom oppslutning om kartleggingen, presenteres en del konklusjoner i medisinalmeldingen<sup>82</sup>. Vi merker oss særlig:

- Det er økende problemer med håndteringen av rusmiddelomsorgen i helsetjenesten i kommunene.
- Fastlegene er i meget varierende grad involvert i problemet og ønsker i meget varierende grad å håndtere problemer knyttet til rusmiddelomsorg.
- Det er manglete kapasitet og lang ventetid i annenlinjetjenesten for polikliniske tiltak, avrusing, utredningsopphold og behandlingstiltak.
- Rusomsorgen er i økende grad også et spørsmål om å behandle personer med psykisk sykdom i kombinasjon med rusproblemer. Dette er en økende og krevende gruppe i kommunal omsorg fordi den stiller store krav til bemanning og sosial oppfølging.

Senhøstes 2001 undersøkte Helsetilsynet i Vestfold også hvorledes ventetiden var for søkere som ønsket LAR<sup>83</sup>. Her kom det frem at ventetiden var lengst for vurdering i kommunenes rusomsorg, og atskillig kortere i de fleste, men ikke alle kommunene, for opptak i aktiv behandling etter at man var vurdert som behandlingstrengende og motivert. Det antas at dette i stor utstrekning skyldtes at økte ressurser til LAR har vært begrenset til tilskudd til annenlinjetjenesten, mens de økte kommunale utgiftene til personell og psykososiale tiltak (inklusive botiltak/botrening) ikke har vært tatt tilstrekkelig hensyn til av bevilgende myndigheter sentralt.

Det ble også gjort et forsøk på å kartlegge omfanget av lekkasje av legalt forskrevne vane-dannende legemidler fra pasienter til det illegale markedet. I henhold til de opplysninger som Helsetilsynet i Vestfold fikk fra politiet, var det sannsynligvis et stort marked for slik omsetning. Imidlertid er det store problemer med å dokumentere (og bevise) problemets omfang, ikke minst å påvise om det særlig er enkelte leger som står for forskrivningen til pasienter som driver med videresalg.

I medisinalmeldingen for 2003 omtales også arbeid med russpørsmål som har vært foretatt

79) Førerkortsaker. I: Helsetilsynet i Vest-Agder Helseavdelingen, Fylkesmannen i Vest-Agder. Medisinalmelding 2003.

80) Spesialisthelsetjenester til pasienter med "dobeltdiagnoser" (rus og psykiatri). I: Fylkeslegen i Vest-Agder. Medisinalmelding 2002 (-03).

81) Forord. I: Fylkeslegen i Vestfold. Helsemelding 2002.

82) Rusomsorgen. I: Fylkeslegen i Vestfold. Helsemelding 2002.

83) Rusomsorgen. I: Fylkeslegen i Vestfold. Helsemelding 2002.

av tilsynsmyndigheten<sup>84</sup>. Gjennom samlinger og møter, delvis i opplæringsøyemed, er det bl.a. erfaringer for at:

- Allmennlegene kommer på utsiden av resten av behandlingsapparatet
- Det er varierende kunnskapsmengde hos legene
- Det er mangel på metodikk i legers behandling av rusmiddelmisbrukere
- Det er behov for en oppegående annenlinjetjeneste med medisinsk kunnskap

Også i medisinalmeldingen fra *Helsetilsynet i Hordaland* for 2002 pekes det på at en del fastleger vegrer seg mot å ta på seg ansvaret for utlevering av legemidler og for å ta urinprøver i forbindelse med LAR. Mangel på slike avtaler kan bli et hinder for å starte behandling av rusmiddelmisbrukere som er godkjent for LAR. Det er behov for en ansvarsavklaring og for at fastlegene får en mer strukturert veiledning og kompetanseoppbygging. Det er også behov for å bygge ut et tilpasset helsetilbud for tunge rusmiddelmisbrukere slik Bergen kommune har satt i gang<sup>85</sup>.

I medisinalmeldingen for 2003 tar Helsetilsynet i Hordaland opp at de har fått mange meldinger om at pasienter med rusproblem har fått resept på legemiddel det ikke er indikasjon for å bruke til rusavhengige, for eksempel store mengder Temgesic. De har også brakt i erfaring at mange leger rekvirerte legemiddel som blir brukt i LAR uten at pasientene var godkjent for slik behandling. Fra Helsetilsynet i Hordalands side ble det derfor sendt ut et informasjonsskriv til alle allmennlegene i fylket om hva som anses for forsvarlig forskrivning. I tillegg ble det ført tilsyn med praksis for forskrivning hos noen av de legene man hadde fått melding om<sup>86</sup>.

Også *Helsetilsynet i Telemark* gir i sin medisinalmelding for 2002 uttrykk for at det er behov for økt kompetanse i behandling og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk<sup>87</sup>. Videre er man også i denne medisinalmeldingen oppattatt av trafiksikkerhet i forhold til rusmiddelmisbruk. Ut fra deres kjennskap til bruken av vanedannende medikamenter og rusmidler er det grunn til å tro at mange misbrukere ferdes fritt i trafikken, og at alt for mange pasienter kjører påvirket av medikamenter som er forskrevet av lege<sup>88</sup>.

*Helsetilsynet i Finnmark* påpeker i sin medisinalmelding for 2002 at kombinasjonen rus/psykiatri er et økende problem. Det er spesielt to grupper som peker seg ut: den ene er ungdommer som ruser seg på både narkotika og alkohol, og som får akutte psykiatriske problemer på grunn av misbruket. Den andre er de såkalte tunge misbrukerne som har ruset seg over lang tid og etter hvert også har pådratt seg en psykisk lidelse<sup>89</sup>.

Utfordringene knyttet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rus er også tema i *Helsetilsynet i Østfolds* medisinalmeldinger for 2002 og 2003. Tilbakemeldinger fra kommunene går på at de ikke har nødvendig kompetanse og samarbeidslinjer til å arbeide helhetlig med disse pasientene. Det har derfor vært gjennomført et opplæringsprogram rettet mot den kommunale helse- og sosialtjenestens arbeid overfor langtids rusmiddelmisbrukere<sup>90</sup>. Det uttrykkes også bekymring for kapasitetsproblemer knyttet til LAR. Etter fylkeslegens vurdering har ikke kommuner fått tilført økonomiske midler eller kompetanse til å imøtekomme disse oppgavene. Rehabiliteringen av den enkelte krever involvering og kapasitet fra mange virksomheter i kommunen, og fra andre instanser som aetat og trygdekontor. Erfaring viser at det i helse-, omsorgs-, og sosialtjenesten i kommunene er vilje til å tilrettelegge tilbud for målgruppen, men det er bare noen få kommuner som har inkludert gruppen i sine planer for psykisk helsearbeid<sup>91</sup>.

*Helsetilsynet i Rogaland* omtaler i sin medisinalmelding for 2003 opplæringstiltak på rusområdet som de har initiert eller hatt samarbeid med andre etater om. Det dreier seg bl.a. om arbeidet med tunge rusmiddelmisbrukere i kommunene, herunder LAR, og om rus og psykiske lidelser. Deres generelle inntrykk er at det er stor interesse for arbeidet med kompetanse- og kvalitetsutvikling i kommunene<sup>92</sup>.

*Verdt å vite meldinger. Rapportering juni 2004*: Seks av Helsetilsynet i fylkene tar opp tema under "Rusreformen". Selv om rusreformen er ny og det er for tidlig å trekke bastante konklusjoner, rapporteres om ulike erfaringer.

Fra *Sogn og Fjordane* rapporteres at behandlingsskapet ikke ser ut til å tilfredsstille behovet. Fylket har ikke hatt egen rusinstitusjon og har måttet kjøpe plasser utenfor fylket. Nå er situasjonen at det er vanskelig å få plass og at ønske om dekning av spesielle behandlingsbehov er vanskelig å etter-

84) Arbeid med russpørsmål i 2003. I: Helsetilsynet i Vestfold, Sosial- og helseavdelingen, Fylkesmannen i Vestfold. Årsrapport Medisinalmelding 2003.

85) Fastlegeordninga. I: Fylkeslegen i Hordaland. Medisinalmelding 2002.

86) Klage- og tilsynssaker. Utskriving av vanedannende legemiddel. I: Helsetilsynet og Fylkesmannen i Hordaland. Medisinalmelding 2003.

87) Opptreppingsplan for psykisk helse 1999-2006. Kompetanse i tjenestene. I: Fylkeslegen i Telemark. Medisinalmelding 2002.

88) Førere som er påvirket av medikamenter og/eller andre rusmidler. I: Fylkeslegen i Telemark. Medisinalmelding 2002.

89) Opptreppingsplan for psykisk helse 1999-2006. Rus/psykiatri. I: Fylkeslegen i Finnmark. Medisinalmelding for 2002.

90) Opptreppingsplan for psykisk helse. Fylkeslegen i Østfold. I: Medisinalmelding 2002.

91) Opptreppingsplan for psykisk helse. Fylkeslegen i Østfold. I: Medisinalmelding 2003.

92) Kompetanseutvikling og formidlingstiltak i sosialtjeneste og det kommunale rusmiddelarbeidet. I: Fylkesmannen i Rogaland. Årsmelding 2003.

komme. Så lenge kapasiteten ikke dekker behovet blir en del av rusmiddelmissbrukerne skadelidende.

*Vest-Agder* opplyser at selv om formålet med rusreformen har vært å styrke behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukerne, opplever de nå i kontakten med kommunene at noen kommuner ikke lenger har budsjett for rusmiddelmissbrukeres ”opphold på institusjon”. Disse kommunene legger til grunn at rusbehandling skal skje i regi av Helseforetakene slik at kommunene av den grunn kan ”spare penger”. Det er en utfordring å få etablert et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen på dette feltet. Det tas også opp at den nye bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven som omhandler sosialtjenestens adgang til å henvise til behandling for rusmiddelmissbruk, stiller krav til at sosialtjenesten har nødvendig ”bestillerkompetanse”. Det vises også til at det er uklarerheter mht hva kommunen selv bør forventes å ha utredet før henvisning. Videre opplyses at det er usikkerhet omkring bruk av private rustiltak og kommunens internkontrollplikt i forhold til bruk av slike rustiltak.

*Helsetilsynet i Aust-Agder* viser til at staten overtok en fylkeskommunal russektor som var underbudsjettet. Konsekvensen for rusmiddelmissbrukerne var at det var lang ventetid på rusbehandlingsplass. Etter statlig overtagelse har ventetiden fortsatt å øke. Det kan nå være tale om opp til ett års ventetid på enkelte institusjoner. En konsekvens av dette er økt påtrykk fra misbrukere/pårørende om institusjonstiltak/omsorgstiltak, som kommunene under gitte forutsetninger har plikt til å iverksette og dekke utgifter til. Rusreformen har videre forsterket behovet for tiltak etter ferdig utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette har kommunene i liten grad budsjettet for. LAR representerer en særlig utfordring. Det kan være ventetid på et år fra søknad er innvilget til pasienten kan starte rehabilitering. Dette medfører press på primærlegene til å skrive ut A-preparater i påvente av LAR behandling. Da dette i tillegg ikke er legemidler som dekkes av folketrygden, øker søknadene i sosialkontoret. Sosialkontoret dekker disse utgiftene bare etter konkret individuell vurdering, og sidemisbruk og illegal omsetning av preparater blir mulig konsekvens.

*Helsetilsynet i Telemark* er sterkt bekymret for ventelistene for utredning og tiltak i rusbehandling, inkludert behandling i spesialisthelsetjenesten. Man registrerer også med sterk bekymring at Sykehuset i Telemark har

varslet om inntakstopp for nye pasienter til LAR behandling. Mangelen på plasser i spesialisthelsetjenesten fører til at kommunene får et økt press for å tilby midlertidige tiltak i påvente av behandling. Ikke alle kommuner har iverksatt slike tiltak, noe som medfører at pasienter ikke får oppfylt kravet om midlertidige tiltak i ventetiden.

*Helsetilsynet i Buskerud* registrerer også at det er en sterk økning i ventetiden for LAR. Ventetiden er nå ett år, og selv om det lokale LAR teamet vil få tildelt ekstra midler i revurdert nasjonalbudsjett er det sterk grunn til bekymring. Ventetiden på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk øker også vesentlig og forventes å få store økonomiske konsekvenser for helseforetakene når endringene i pasientrettighetsloven trer i kraft 1. september 2004. Også fra dette fylket påpekes at kommunene har liten økonomisk mulighet til å betale for midlertidige tiltak i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten. Videre registrerer Helsetilsynet i Telemark at det i de 5 helseregionene, og også innad i regionen, er ulikhet med hensyn til hvilke rusmiddelmissbrukere som skal defineres ”å ha rett til nødvendig helsehjelp”. Det anbefales at det utarbeides sentrale retningslinjer, evt. kommer tydelig fram av prioriteringsforskriften, når det gjelder denne pasientgruppen.

Også fra *Helsetilsynet i Oppland* meldes det om at kapasiteten i LAR ikke er tilstrekkelig. Det savnes også en vitenskapelig fundert evaluering av dette tilbudet slik det i dagens situasjon blir gitt i kommunene. Det anses bl.a. viktig å få undersøkt hvordan oppfølgingen av disse pasientene er og om oppleggene er gode nok.

*Helsetilsynet i Østfold* melder om en økning i hepatitt-B akutt tilfeller. Ved kontakt med de aktuelle kommunene fremkommer at de ikke har lavterskel helsetilbud for sprøytemisbrukere. Tilbud til sprøytemisbrukere ved vaksinasjonskontor og helsestasjon for ungdom i kommunen blir ikke benyttet.

### 6.3 Pågående undersøkelser/prosjekter

Nedenfor er beskrevet en del pågående undersøkelser og prosjekter som anses relevante med sikte på å få en forbedret kunnskapsstatus på rusfeltet. Listen er oppdatert per september 2004. Den er ikke ment å være uttømmende. Det er særlig lagt vekt på prosjekter initiert av myndighetene. En del relevante prosjekter i regi av SIRUS omtales også.

En del av prosjektene omhandler primært sosiale tjenester, men er tatt med i denne oversikten fordi de anses å kunne bli verdifulle informasjonskilder for tilsynsmyndighetene ut fra et helhetsperspektiv.

### 6.3.1 Fylkesmannen

*Landsomfattende tilsyn 2004 med tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven kapittel 4 og 6<sup>93</sup>:* Hensikten med tilsynet er å avklare om og i tilfelle hvordan kommunene sikrer at rusmiddelmisbrukere får tilgang til tjenester regulert i sosialtjenesteloven kapittel 4 (herunder opplysning, råd og veiledning, sosiale tjenester direkte rettet mot rusmiddelmisbrukere som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i institusjon, midlertidig husvære, oppfølging i behandlingssopplegg, og nødvendige tiltak ved avslutningen av institusjonsopphold). Det skal undersøkes om sosialtjenestelovens formål fremmes og aktuelle myndighetskrav etterleves. Tilsynet omfatter både rusmiddelmisbrukere i en rehabiliteringsfase og andre rusmiddelmisbrukere med behov for sosiale tjenester.

### 6.3.2 Helsetilsynet

*Tilsyn med laboratorier<sup>94</sup> – Kvalitet i laboratorier som utfører rusmiddelanalyser 2004:* Tilsynet ble initiert fordi Folkehelseinstituttets årlige kvalitetskontroller gjennom flere år har vist at kvaliteten på rusmiddeltestingen ved mange laboratorier ikke var i tråd med helsemyndighetenes kvalitetskrav. Det er derfor stilt spørsmål om prøvegivers rettsikkerhet er godt nok ivaretatt. Usikkerheten har rettet seg mot rusmiddeltesting der prøveresultatet kan danne grunnlag for alvorlige sanksjoner i form av tapte rettigheter for prøvegiver, for eksempel når det gjelder botilbud, medisinsk behandling, osv.

*Oppfølgingen av kartleggingen av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i 2003:* Som nevnt under kap. 6.2.12 er det er under gjennomføring en oppfølging av undersøkelsen, der man skal gjennomføre mer detaljerte statistiske analyser av det grunnlagsmaterialet som ble samlet inn. Når det gjelder undergruppen tjenestemottakere med rusmisbruk, tas det sikte på å få mer informasjon om hvem de er, hvor de bor, hvilket tjenestetilbud de har og om tilstrekkelighetsvurderinger knyttet til tjenestetilbudet. Analysen skal være ferdig i 2005.

*Kartleggingsundersøkelse av spesialisthelsetjenester i fengslene i 2005:* Helsetil-

synet skal i 2005 gjennomføre en kartlegging av hvordan helseforetakene organiserer nødvendig spesialisthelsetjeneste i fengslene til innsatte med psykiske lidelser. Som nevnt ovenfor har innsatte med psykiske lidelser ofte et rusproblem i tillegg.

### 6.3.3 Sosial- og helsedirektoratet

*Tverrsnittsundersøkelse av tiltakskjeden for rusmiddelmisbrukere:* SINTEF Unimed har fått i oppdrag å gjennomføre en tverrsnittsundersøkelse med sikte på sikre data om den situasjonen en vil gjøre noe med ved rusreformen og derved få en slags "baseline" av situasjonen. Dette dreier seg om en større kartlegging for å finne ut hvordan behandling, rehabilitering og omsorgstilbud til rusmiddelmisbrukere fungerer i praksis. Undersøkelsen retter seg mot tjenesteapparatet ved sosialkontor og fastlegen i ca. 200 utvalgte kommuner og institusjoner og omfatter bl.a. omfanget av bruk av ulike typer kommunale helse- og sosialtjenester og tjenester ved relevante institusjoner innen spesialisthelsetjenesten, dessuten informasjon om brukerne og deres behov. Undersøkelsen blir ferdigstilt i løpet av annen halvdel av 2004 og vil kunne gi betydelig informasjon om hvor mange som er i kontakt med tjenestene, og om udekkede behov (gap) i tjenestene.

*Kartlegging av pasienter i psykisk helsevern:* SINTEF Unimed gjennomfører også to andre tverrsnittsundersøkelser, henholdsvis i barne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien. Resultater fra disse vil foreligge i løpet av 2004. I disse undersøkelsene har man integrert spørsmålsstillinger om rus i større grad enn hva man har gjort tidligere i de femårige pasientkartlegginger innen psykisk helsevern fra SINTEF Unimed. Deler av dette datamaterialet vil derfor bli benyttet i tverrsnittsundersøkelsen om tiltakskjeden for rusmiddelmisbrukere (se ovenfor).

*Evaluering av LAR i Norge:* Det gjennomføres en omfattende evaluering av LAR-tiltaket. Deler av evalueringen er satt ut til et eksternt konsulentteam ledet av AIM ResearchBased Consulting. Undersøkelsen tar utgangspunkt i rehabiliteringsarbeidet i kommunene og fokuserer bl.a. på samarbeidet mellom kommuner og de regionale sentra/team. Evalueringstemaer er bl.a. strategi, (hovedmål, ambisjonsnivå, målgruppe virkemidler), ressursinnsats (finansiering, volum, merkostnader), innholdet i tjenestene (inntakskriterier, innsatsmidler, innhold i tiltaksplaner, krav, kontroll), organisering (tjenesteytere,

93) Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere i 2004. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005.

94) Oppsummering etter tilsyn med rusmiddeltesting ved to sykehuslaboratorier og fire behandlingssinstitusjoner for rusmiddelmisbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 12/2004.



oppgavefordeling, samhandling, samarbeid med andre), omdømme (brukertilfredshet, utøvertilfredshet, interessenttilfredshet), effekt (utfall, måloppnåelse, kostnadseffektivitet). Evalueringen skal være slutført høsten/vinteren 2004.

Også Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO, medvirker til evalueringen gjennom egne delprosjekter, se nedenfor.

*Kvalitetsforbedring på rusfeltet:* Direktoratet har etablert et prosjekt for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenestene til rusmiddelmisbrukere. Arbeidet inngår en samlet og helhetlig status- og problembeskrivelse av behandlings, rehabiliterings- og omsorgstiltakene som grunnlag bl.a. for å vurdere behov virkemidler. Det skal utarbeides forslag til en nasjonal strategi som omfatter virkemidler for kvalitetsforbedring, herunder kvalitetsindikatorer for rusfeltet, områder for utvikling av faglige retningslinjer og en plan for evaluering av virkemiddelbruken. Prosjektet skal slutføres i vinteren 2004.

*Kartlegging av omfanget av bostedsløse:* Norges Byggeforskningsinstitutt har fått i oppdrag å kartlegge omfanget av bostedsløse og hvem som er bostedsløse i et utvalg på ca. 100 kommuner og bydeler. Undersøkelsen er del av tiltaksplanen mot fattigdom, spesielt knyttet til bostedsløse i storbykommunene, og må sees i sammenheng med rusomsorg og opptrappingsplanen for psykisk lidelse. Kartleggingen retter seg mot alle offentlige instanser og er en gjentakelse av en undersøkelse i 1996. Formålet er å følge utviklingen av bostedsløshet i Norge.

*Oppfølgingstjenester for bostedsløse i bolig:* Forskningsstiftelsen Fafo har fått i oppdrag å gjennomføre en undersøkelse av hva oppfølgingstjenester for bostedsløse i bolig innebærer og hvilke behov for oppfølging bostedsløse har i alle landets kommuner og bydeler. Formålet er å få en oversikt over tjenestetilbudet og hvordan det fungerer for å hindre bostedsløshet. Kartleggingen retter seg mot boligkontor, sosialkontor og ansvarlige for opptrappingsplanen for psykisk helse.

*Database for innleggelse etter sosialtjenesteloven § 6-2a:* Borgestadklinikken har fått i oppdrag å utvikle en database med opplysninger om institusjoner utpekt av regionale helseforetak som tar imot tvangsinnleggelser av gravide rusmiddelmisbrukere og hvor mange som innlegges.

*Datarapportering om rusmiddelmisbrukere i behandling:* Helsedepartementet har gitt direktoratet i oppdrag i samarbeid med aktuelle instanser å utrede og gi tilrådning om datarapportering om rusmiddelmisbrukere i behandling tilpasset rapporteringssystemene i den øvrige spesialisthelsetjenesten.

#### 6.3.4 Folkehelseinstituttet

*Nasjonalt register for narkotikadødsfall:* Helsedepartementet har gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å etablere et register basert på enhetlig registrering av narkotikadødsfall. Prosjektarbeidet vil bl.a. omfatte utarbeidelse av definisjoner av narkotikadødsfall og kriterier for inndeling i underkategorier. Det er bl.a. viktig å finne kriterier som skiller reelle overdosedødsfall fra andre dødsårsaker, for eksempel trafikkulykker, og selvmord. Foruten konklusjoner fra rettslige obduksjoner og rettstoksikologiske analysefunn, vil rapportering fra enkelte politidistrikt til KRIPOS være viktige informasjonskilder. Registeret forventes å være på plass i løpet av 2004.

*Metadonrelaterte dødsfall:* Ut fra tilgjengelig data antar politi og fagmiljø at hovedparten av metadonet som er tilgjengelig illegalt i misbrukermiljøene stammer fra pasienter som er med i de godkjente tiltakene. På grunn av den bekymringsfulle økningen i metadonrelaterte dødsfall er det startet et samarbeidsprosjekt mellom Folkehelseinstituttet, Divisjon for rettstoksikologi og rusmiddelforskning, og Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO. Det skal bl.a. undersøkes om det finnes en relasjon mellom slike dødsfall og LAR-forskrivning, ved kobling mellom pasientdata i LAR-tiltakenes pasientregistre, dødsfallsregistre og rettsmedisinske/rettstoksikologiske registre. Det skal bedømmes om dødsfall har skjedd før, under eller etter eventuell LAR-behandling. Sentrale forhold ved LAR-behandlingen skal undersøkes. Ferdigstilling forventes i 2004.

#### 6.3.5 SIRUS

Under forskningsprosjekter igangsatt av SIRUS finnes ifølge deres hjemmesider bl.a. undersøkelser med sikte på å få data om endringer i misbruksprofiler over tid, epidemiologiske data om høyrisiko opiatavhengige personer og det eksisterende behandlings- og omsorgstilbudet til disse, samt etterspørselen etter behandling. Videre er det prosjekter på ulike skadevirkninger forbundet med rusmiddelmisbruk (herunder drik-

kekultur og drikkemønster med hensyn på ulike typer av skaderisiko, samt skadevirkninger av stoffmisbruk knyttet til dødelighet og livstruende atferd som selvpåførte skader og overdoser, ulykker, voldsbruk og sykefravær). Det er også prosjekter på bruken av narkotika i norske fengsler og soningens virkning på narkotikamisbruk og misbrukerkarriere, og om dødelighet og dødsårsaker hos rusmiddelmisbrukere (herunder overdoser etter fengsels- og institusjonsopphold).

Prosjektet *"Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?"* (se kap. 6.2.6) fortsetter med ny oppfølging som skal gjennomføres i 2005.

#### 6.3.6 Instituttgruppe for psykiatri, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO

##### *Undersøkelser av praksis knyttet til LAR:*

Det er en rekke prosjekter knyttet til legemiddelassistert rehabilitering, bl.a. på kartlegging av praksis knyttet til avvenning før inntak i LAR, undersøkelse av praksis for søknadsbehandling, retensjon i behandling (hvor lenge pasienten er i behandling, hvorfor de slutter og hva som skjer med de som slutter), samt praksis knyttet til utskrivning. Det er også igangsatt en undersøkelse som dreier seg om mortalitet ved legemiddelassistert rehabilitering, herunder vurdering av dødsfall hos pasienter på venteliste, under behandling og hos de som blir utskrevet. Resultatet av undersøkelsene vil inngå som ledd i evalueringen av LAR i Norge som gjennomføres i regi av Sosial- og helsedirektoratet (se kap 6.3.3).

Det vises også til prosjektet vedrørende metadonrelaterte dødsfall og den pågående statusundersøkelsen for 2003 (se kap. 6.1.3) for pasienter i LAR. Undersøkelsen dreier seg om årlig rapportering om den enkelte pasients behandlingsopplegg og utvikling.

#### 6.3.7 Andre

*Kommunenes saksbehandling og tjenester overfor rusmiddelmisbrukere:* Riksrevisjonen arbeider med en undersøkelse der formålet er å kartlegge i hvilken grad Stortingets beslutninger om tjenestetilbudet overfor rusmiddelmisbrukere blir virkeliggjort. I den forbindelse har Riksrevisjonen i 2004 foretatt en undersøkelse i ca. 20 kommuner.

*Fastlegeordningen:* I regi av Forskningsrådet evalueres fastlegeordningen i perioden 2000-2005. Det er igangsatt en rekke pro-

sjekter, herunder også enkelte såkalte småskalaprojekter som gjelder fastlegeordningen og marginaliserte og svake pasientgrupper. Bare et par av disse omhandler rusmiddelmisbrukere. Aktuelle problemstillinger her er "Nøkkelfaktorer for å opprette og vedlikeholde et stabilt og tillitsfullt lege-pasient forhold med narkomane pasienter", og "Hvilken plass har og bør fastlegen ha i det tverrfaglige samarbeidet omkring slike pasienter".

## 7 Helsetilsynets vurderinger

I mandatet for dette arbeidet skulle det i forbindelse med kunnskapsinnhenting etableres kontakt med relevante kunnskapsprodusenter, bl.a. for å sikre en mest mulig fullstendig innhenting av relevante datakilder og kunnskapsmateriale, og for å få en vurdering av materialets kvalitet og relevans. Videre skulle faktagrunnlaget som var innhentet vurderes med sikte på hva slags kunnskap den løpende statistikken og publikasjonene gir om helsetilstand, helsetjeneste og behovsdekning, og om det er spesielle kunnskapsmangler.

### 7.1 Datagrunnlaget: kvalitet/omfang/tilfang. Er tilsynsmyndighetens behov dekket?

Som nevnt i kap. 2.3 har det i forbindelse med utarbeidelse av rapporten vært avholdt to møter med representanter fra fagmiljøene og Sosial- og helsedirektoratet. En problemstilling som har vært drøftet er hvilke kunnskapskilder som særlig bør vektlegges når tilsynsmyndigheten skal vurdere om det foreligger områder med stor risiko for svikt.

I arbeidet med rapporten har det vært et bevisst valg å ha en bred tilnærming til hva som kan være relevante kunnskapskilder, og gi en relativt grundig gjengivelse av innholdet for å få et mest mulig nyansert bilde. Det er imidlertid viktig å understreke at det ikke har vært foretatt en systematisk vurdering av kvaliteten på de kunnskapskildene som presenteres. Heller ikke i SINTEFs rapporter om helsetilstand og helsetjenester til rusmiddelmissbrukere (se kap. 6.2) har det vært gjort en omfattende vurdering av kvaliteten på kunnskapskildene som har vært benyttet som grunnlagsmateriale.

Når det gjelder de løpende statistiske data er det imidlertid, som nevnt i kap. 6.1, i en viss utstrekning tatt utgangspunkt i Helsetilsynets rapport om datakilder på psykiatriområdet<sup>95</sup>. Det henvises derfor til denne rapporten når det gjelder en nærmere beskrivelse av de nasjonale dokumentasjonssystemenes anvendelighet og kvalitet.

Selv om det innhentede materialet som omfatter kartleggingssystem, registre og annen statistikk til dels er omfattende, er det likevel vår vurdering at materialet er mangelfullt som grunnlag for en *løpende tilsynsmessig overvåkning* av helsestatus, behov og behovsdekning på rusområdet. En hovedårsak til dette er at det er vanskelig å identifisere og avgrense rusmiddelmissbrukerne som gruppe i de generelle nasjonale databasene (som NPR, KOSTRA). Andre årsaker er at registrene til dels er ufullstendige og har kvalitetsmangler. Dette gjelder ikke bare de generelle registrene, men også de nasjonale dokumentasjonssystemene på rusfeltet (som Klientkartleggingssystemet og Institusjonskartleggingssystemet).

Siden rusmiddelmissbrukerpopulasjonen altså er lite ”synlig” i de generelle nasjonale dokumentasjonssystemene, har kunnskapen om dem og de tjenestene de mottar hovedsakelig vært tilgjengelig fra prosjekter som ulike fag- og forskningsmiljøer og interessegrupper har initiert (eks. Rusmiddelstaten, Frelsesarmeen, Feltpleien, Bymisjonen osv). Slike undersøkelser gir ikke nødvendigvis et helhetlig bilde av virkeligheten; de kan ha utspring i ulike motiver, og dette kan naturlig nok også påvirke valg av tema og metode. For eksempel kan det synes som om mange av rapportene mest fokuserer på beskrivelser av problemene rundt de mest elendige narkotikamisbrukerne. Forskning på tunge alko-

95) Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 9/2002.

holmisbrukeres problemer har imidlertid vært nedprioritert de seneste årene.

Heller ikke det *situasjonsbestemte* materialet som kan utledes fra utredninger, forskningsrapporter, publikasjoner, osv kan derfor sies å være fullt ut tilfredsstillende når det gjelder tilsynsmyndighetenes behov for en tilstandsvurdering av rusfeltet, selv om også situasjonsbeskrivelsene på noen områder til dels er omfattende. Det er særlig status før rusreformens ikrafttredelse i 2004 som beskrives i de rapportene vi har hatt tilgang til. Det har i analysen av dette materialet vært lagt særlig vekt på resultater der ulike rapporter viser samme tendens eller gir samsvarende beskrivelser.

Også det materialet som er tilgjengelig fra tilsynsmyndighetene i form av tilsynssaker, klagesaker og systemrevisjoner, må sies å være vanskelig tilgjengelig eller svært sparsomt som grunnlag for både en *løpende* og mer *situasjonsbetings* tilstandsvurdering av rusområdet. Selv om det de senere årene har vært gjennomført en rekke landsdekkende tilsyn med somatiske og psykiatriske helse-tjenester, inkludert fengselshelsetjenesten, er virksomheter eller tjenester som spesielt retter seg mot rusmiddelmisbrukerne som gruppe ikke blitt nærmere undersøkt. Mye tyder på at heller ikke Helsetilsynet i fylkene i særlig grad har gjennomført egeninitierte tilsyn rettet inn mot virksomheter som behandler denne målgruppen. Det er kun funnet opplysninger om to slike tilsyn de siste par årene (se kap. 6.2.16). Hittil har heller ikke det registrert som omfatter tilsyns- og klagesaker i tilsynsetaten (RegRoT) vært tilrettelagt slik at det er mulig å sortere direkte på saker som angår denne pasientgruppen. Selv om det i denne rapporten er gjennomgått en del tilgjengelig tilsynsmateriale, ville en fullstendig systematisk gjennomgang kreve et omfattende arbeid med innhenting av meldinger/rapporter og enkeltsaker både i Helsetilsynet sentralt og i fylkene. Det har ikke vært innenfor arbeidsgruppens mandat å gjennomføre et slikt prosjekt. I sine medisinalmeldinger og ”verdt å vite meldinger” gir imidlertid fylkeslegene opplysninger og uttrykk for bekymring om forhold som til dels også er beskrevet i publiserte rapporter og utredninger fra fag- og forskningsmiljøene og andre instanser.

På bakgrunn av funnene i SINTEF rapportene (j f kap. 6.2.2, 6.2.3) uttaler Sosial- og helsedirektoratet at mangelfulle data om tunge rusmiddelmisbrukeres helsetilstand i stor grad kan tilskrives at denne gruppen er vanskelig tilgjengelig for systematiske under-

søkelser. Datagrunnlaget blir derfor vesentlig dårligere enn for andre grupper som inngår i de større befolkningsundersøkelsene. Det foreligger lite og spredt kunnskap om tjenesteapparatets innhold, kapasitet og funksjon, og det er vanskelig å dokumentere tjenestebehovet og et eventuelt ”gap” mellom eksisterende tjenester og antatt behov<sup>96</sup>. Helsetilsynet er enig i disse vurderingene.

Ut fra det samlede kunnskapsmaterialet som er innhentet er det således vår konklusjon at dette er mangelfullt for en tilsynsmessig overordnet vurdering av rusfeltet. Med dagens kartleggingssystem og registre vil det heller ikke være mulig å gjennomføre en løpende områdeovervåkning på rusområdet ut fra kriterier utledet av rettighetsbestemmelser og myndighetskrav, slik de er skissert i kap 5.2. Siden databasene som leverer virksomhets- og pasientstatistikk er beheftet med såpass store kvalitetsproblemer og mangler, vil det være vanskelig å benytte data fra disse som tilsynsindikatorer eller for å belyse nærmere de prioriterte områdene/temaene som er beskrevet.

## 7.2 Datagrunnlaget: vurderinger knyttet til rusmiddelmisbrukernes helsetilstand og tjenestetilbud

Selv om det kunnskapsmaterialet som er innhentet må sies å være mangelfullt, er det likevel grunnlag for å kunne trekke visse konklusjoner.

Som nevnt ovenfor har det innhentede materialet ikke vært systematisk analysert mht. kvalitet. I vurderingen nedenfor er det derfor vært lagt særlig vekt på beskrivelser og resultater som samsvarer, eller synes å gå i samme retning, i de ulike rapportene. Når materialet vurderes med dette for øyet, er det imidlertid slående hvor mye de ulike situasjonsbeskrivelsene gir av overensstemmende resultater.

Ved rusreformens ikrafttredelse er det følgende problemområder som særlig gir grunn til bekymring:

- De tunge rusmiddelmisbrukernes sammensatte og ofte svært alvorlige helseproblemer og sykdommer og den høye mortaliteten som skyldes sykdom og skader av et langvarig misbruk.
- Den høye terskelen for å bli henvist til eller få hjelp i spesialisthelsetjenesten for samtidig somatisk eller psykiatrisk lidelse.

96) Brev av 03.02.03 fra Sosial- og helsedirektoratet til Helsedepartementet. Oppdrag vedrørende utarbeidelse av samlet strategi for helsetjenestens arbeid med rusmiddelmisbrukere som ledd i arbeidet med handlingsplan mot rusmiddelproblemer.

- Manglene i øyeblikkelig hjelp-beredskapen og i den akuttmedisinske behandlingen av rusmiddelmissbrukere, særlig ved avgiftning og avrusning og i forbindelse overdoseproblematikk og selvmordsproblematikk. Underdiagnostiseres selvmordsforsøk blant tunge rusmiddelmissbrukere? Er oppfølgingen forsvarlig mht å avdekke sykdom eller skade?
  - Kapasitetsproblemene og ventetidene mange steder for utredning og behandling ved rusinstitusjoner og i spesialisthelsetjenesten, herunder LAR tiltakene og avrusningstiltakene.
  - Manglene i tjenestetilbudet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk, herunder mangelen på helhetlige og koordinerte tiltak.
  - Den manglende ruskompetansen blant mange fastleger og personell i somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Uklarheter knyttet til fastlegenes ansvar i forbindelse med behandling for rusproblematikk, herunder LAR.
  - Den illegale omsetningen av legemidler som forskrives til rusmiddelmissbrukere og overdosedødsfallene som kan relateres til metadon.
  - De trafiksikkerhetsmessige problemstillingene knyttet til rusmiddelmissbrukere som ikke får inndratt sitt førerkort.
  - De tunge rusmiddelmissbrukernes problemer med å nyttiggjøre seg det ordinære helsetjenestetilbudet og følge opp behandlingen slik at intensjonene i behandlingssoppleggene nås. Problemene med å få generelle helsetjenester som fastlegeordning, tannhelsetjeneste, pleie- og omsorgstjenester og helsetjenester i fengslene til å bli velfungerende for rusmiddelmissbrukerne.
  - Manglene i samordning innen og mellom nivåene, inkludert mellom helsetjenesten og sosialtjenesten. Ivaretas behovet for godt koordinerte og helhetlige helsetjenester, og er disse samkjørt med andre tiltak? Blir forutsetningen om at sosialtjenester (som omsorg, bolig og annen nødvendig hjelp fra sosialtjenesten) ”må ligge i bunn” for å oppnå helsetjenestens mål, ivaretatt?
- ser ut til å være forverret, snarere enn forbedret.
- Dette gjelder bl.a.:
- Forverring av problemene knyttet til behandlingsskapiteten ved rusinstitusjonene og i spesialisthelsetjenesten, med til dels sterk økning i ventetidene for utredning og inntak i behandling, herunder LAR.
  - Økning i presset på midlertidige tiltak, noe kommunene ikke har budsjettet eller har ordninger for.
  - Økning i problemforskrivning av A-preparater til pasienter som venter på inntak i LAR, med konsekvenser som press på sosialkontorene for dekning av utgifter til disse/illegal omsetning/sidemisbruk.
  - Geografiske ulikheter knyttet til definisjonen av hvilke rusmiddelmissbrukere som har rett til nødvendig helsehjelp.
- Ut fra en samlet vurdering av kunnskapsmaterialet som er presentert i denne rapporten er det Helsetilsynets vurdering at det foreligger klare indikasjoner på at mange rusmiddelmissbrukere ikke får de tjenestene de har behov for, verken i kvantitet eller kvalitet. Dette til tross for de til dels alvorlige helseproblemene og den høye mortaliteten som preger mange av pasientene i denne gruppen. For mange rusmiddelmissbrukere kan dette tyde på at tjeneste de mottar ikke er forsvarlige, eller at de ikke får innfridd retten til nødvendig helsehjelp.
- I kap. 8.1 redegjør arbeidsgruppen for særlige risikoområder for svikt der det kan være grunn til videre tilsynsmessig oppfølging. Helsetilsynet vil legge til grunn arbeidsgruppens tilrådninger og det som er beskrevet ovenfor om områder med stor risiko for svikt i sitt videre arbeid med planlegging og gjennomføring av et landsomfattende tilsyn med spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere i 2006, og i forbindelse med annen tilsynsaktivitet på rusområdet.

### 7.3 Hva er viktigste mangler for tilsynsmessig overvåking av rusfeltet?

#### 7.3.1 Oppdatert "baseline" kunnskap

Vel et halvt år etter rusreformens ikrafttreden merker vi oss at Helsetilsynet i fylkene er bekymret for at tilstanden på visse områder Det gjennomføres i løpet av 2003-2005 en rekke større myndighetsinitierte og forskningsbaserte prosjekter på aktuelle pro-

blemstillinger innen rusområdet. Også tilsynsmyndigheten gjennomfører i 2004 en større aktivitet på rusfeltet, nemlig i form av et landsdekkende tilsyn med tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven kapittel 4 og 6.

Disse tiltakene kan ses på som et ”løft” for å få bedre og oppdatert informasjon om denne pasientgruppen, deres rusmiddelrelaterede skader og problemer og kvaliteten og omfanget det tjenestetilbudet de får fra helse- og sosialtjenesten. Disse undersøkelsene vil derfor trolig gi sentrale myndigheter en form for ”baseline” kunnskap, som er viktig mht. å kunne evaluere om rusreformen vil nå de mål som er satt. Også for oss som tilsynsmyndighet vil disse prosjektene sannsynligvis bidra til å fremskaffe viktig informasjon om i hvilken grad helse- og sosialtjenesten ivaretar rusmiddelmissbrukernes behov og rettigheter, og de vil trolig også bidra til å avklare områder der det er særlig risiko for svikt.

### 7.3.2 Oppgraderte dokumentasjonssystem og registre

Det er imidlertid svært viktig at det ikke bare satses på prosjekter og undersøkelser som gir periodisk eller situasjonsbestemt kunnskap, men at det fremover også etableres nasjonale kartleggingssystem og registreringer som i større utstrekning enn hva situasjonen er i dag kan gi tilgang til løpende informasjon om rusmiddelmissbrukernes somatiske og psykiske helsestatus, om deres behov for tjenester, samt om tjenestenes kapasitet, tilgjengelighet, innhold og kvalitet.

Det er også av stor betydning å få videreutviklet dokumentasjonssystemene for virksomhets- og pasientstatistikken som gjelder rusbehandling, og få disse integrert eller samordnet med de ordinære registrene i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ikke minst som følge av rusreformen er det behov for en gjennomgang av eksisterende registre. Det er viktig at institusjonene som nå er blitt spesialisthelsetjeneste, forpliktes til å levere pålitelige data, og fortrinnsvis til samme system som de øvrige tjenestene. Det vil derfor være naturlig at RHF'ene sørger for at virksomhetene rapporterer løpende til Norsk Pasientregister på relevante pasientvirksomhetsdata knyttet til behandlingen av denne pasientgruppen. Tilsvarende er det behov for gode data på kommunenivå ut over det som i dag finnes på økonomi og personell.

I Sosial- og helsedirektoratets arbeid med kvalitetsforbedring på rusfeltet inngår utarbeidelse av kvalitetsindikatorer (se kap. 6.3.3). På sikt vil sannsynligvis disse kvalitetsindikatorene legges til grunn for virksomhetenes rapporteringsplikt. Trolig vil direktoratets kvalitetsindikatorer ligge nært opp til de tilsynsindikatorene som er beskrevet i denne rapporten (se kap. 5.2). Slike kvalitetsindikatorer kan derfor bli en viktig kilde til kunnskap for å følge med i et overordnet tilsynsperspektiv.

For tilsynsmyndigheten vil det likevel være viktig fremover å ha særlig fokus på de problemområder/tema som er beskrevet i Kap. 5.2 når det gjelder vår løpende overvåking på rusområdet. Dette omfatter faglig forsvarlige tjenester, tilgjengeligheten til helsehjelp, retten til medvirkning og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Etter Helsetilsynets vurdering er det behov for å få oppgradert de nasjonale registreringssystemene slik at de kan levere pålitelige data for å følge med på disse områdene.

Det er behov for forbedret registrering særlig på følgende områder:

- utrednings- og behandlingskompetansen innen rusområdet
- bruken av tvang
- tilgjengelighet til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk
- tilgjengeligheten til psykiatrisk og somatisk spesialisthelsetjeneste
- tilgjengeligheten til akuttmedisinske tjenester
- tilgjengeligheten til avrusningsplasser
- tilgjengeligheten til allmennlegetjenester
- tilgjengeligheten til tannhelsetjenester
- tilgjengeligheten til pleie- og omsorgstjenester
- samhandlingen i tjenestetilbudet innen helsetjenesten og mellom helse- og sosialtjenesten

Bedre og mer pålitelige virksomhets- og pasientdata vil gi et bedre bilde av forholdene innen rusfeltet, men vi vil likevel understreke at denne type løpende data trolig aldri vil kunne utgjøre et tilstrekkelig datagrunnlag

for at tilsynsmyndighetene skal kunne følge med i et overordnet tilsynsperspektiv og kunne gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser som ledd i planleggingen av egen tilsynsaktivitet. Statusundersøkelser i form av kartlegginger, forskningsrapporter og utredninger vil i så måte være viktig og nødvendig tilleggskunnskap.

### 7.3.3 Oppdaterte faglige retningslinjer

Det er også et stort behov for oppdaterte og kunnskapsbaserte faglige retningslinjer på flere områder når det gjelder behandlingsformer og behandlingssomfang på rusområdet. Slike retningslinjer er viktige for at fagmiljøet kan gi en rimelig ensartet behandling og for å kvalitetssikre det faglige skjønnet, men de er også viktige verktøy for at tilsynsmyndighetene skal kunne vurdere om tjenestetilbudet er faglig forsvarlig.

Slike retningslinjer bør primært ta utgangspunkt i fagmiljøenes synspunkter om hva som er allment akseptert som best egnet innen de ulike behandlingsformer. Det bør også legges vekt på kunnskapskilder som NOU 2003:4<sup>97</sup>, som er utarbeidet av departementets oppnevnte ”forskningskommisjon” for å styrke det vitenskapelige beslutningsunderlaget for tiltakene innenfor rusmiddelfeltet. Videre vil eventuelle kunnskapsoppsamlinger fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten være viktig grunnlag.

Det er imidlertid bekymringsfullt at det på mange områder i rusbehandlingen ikke er faglig konsensus eller kunnskapsbasert behandlingspraksis som kan gi et egnet grunnlag for forsvarlighetsvurderinger, særlig gjelder dette for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Som nevnt over har Sosial- og helsedirektoratet igangsatt arbeid for å vurdere behovet for nye faglige retningslinjer på rusområdet.

97) NOU 2003:4. Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.

## 8 Arbeidsgruppens tilrådninger

I mandatet for arbeidsgruppen inngår at det på bakgrunn av kunnskapsinnhenting skal vurderes om det er behov for særskilte kartlegginger eller virksomhetstilsyn. Nedenfor følger arbeidsgruppens tilrådninger til Helse-tilsynet.

Den innhentede informasjonen har også vært benyttet som grunnlag for vurdering av om det er uklarheter eller svakheter i lovgivningen som hemmer eller hindrer Stortingets overordnede mål med rusreformen. Dette diskuteres i kap. 8.2.

### 8.1 Behov for tilsynsmessig oppfølging

Ut fra opplysningene i de ulike statusrapportene og publikasjonene, samt fra Helsetilsynet i fylkenes meldinger, er det som nevnt (kap. 7.2) et hovedinntrykk at mange rusmiddelbrukere ikke får de tjenestene de har behov for, verken i kvalitet eller kvantitet, og at dette kan tyde på at forsvarlighetskrav brytes eller at pasientrettigheter ikke innfris. På denne bakgrunn kan det være aktuelt for tilsynsmyndigheten å følge opp flere områder nærmere.

Nedenfor omtales summarisk noen problemområder som arbeidsgruppen ser som særlig aktuelle for tilsynsmessig oppfølging ut fra den informasjonen som er innhentet.

Det understrekes at vi i denne forbindelse ikke har vurdert hvilke tilsynsmetoder (eks. tilsyn med systemrevisjonsmetodikk, utredninger, kartlegginger, etc.) som kan være mest aktuelle. Arbeidsgruppen er i denne forbindelse enig i vurderinger foretatt av den interne gruppen som har ansvar for å utarbeide forslag til tilsynsområder<sup>98</sup>. Her gis det uttrykk for at man i denne prosessen i større grad bør vektlegge prioritering av områder,

for så å vurdere metode for hvordan tilsynet skal gjennomføres. Det anbefales også at risiko- og sårbarhetsanalyser bør ha en sentral plass i prosessen, og at dette bør videreutvikles.

I utvelgelsen av de foreslåtte områdene nedenfor har arbeidsgruppen heller ikke foretatt en nærmere prioritering av de ulike områdene som omtales. Etter vår oppfatning er flere av kriteriene som Helsetilsynet benytter ved risiko- og sårbarhetsanalyser i forbindelse med valg av tilsynsområder<sup>99</sup> (f.eks. ”områder der det er mange klager”, ”områder der det er mange lovpålagte meldinger om feil eller uhell”) lite relevante for denne pasientpopulasjonen. Trolig har rusmiddelbrukerne i svært liten grad formidlet sine behov og klager via formelle kanaler, og derved kan gruppen lett bli ”usynliggjort” dersom slike data tillegges særlig vekt i prioriteringsprosessen. Etter vår oppfatning er det derfor nødvendig å utvikle relevante kriterier som bedre ivaretar denne pasientgruppen. Vi har imidlertid ikke sett det som del av vårt mandat å videreutvikle metodene for risiko- og sårbarhetsanalyser på dette området.

På bakgrunn av diskusjonen i kap. 7.2 om identifiserte risikoområder for svikt, vil arbeidsgruppen likevel tilrå at følgende tema følges særlig nøye ved oppfølgingen av rusområdet i tiden fremover:

- tilgjengeligheten til tjenestene
- forsvarligheten i behandlingstilbudene
- samhandlingen innen og mellom behandlingsnivåene
- tjenestenes tilrettelegging for medvirkning, informasjon og samtykke

98) Notat av 7. mai 2004 til avdelingsledelsen avd II: Evaluering av prosessen med prioritering av tilsynsområder i 2005.

99) Ot.prp. nr.105(2001-2002) om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med heletjenesten



Nedenfor utdypes disse temaene nærmere. I tillegg omtales noe mer utfyllende også et tema som gruppen anbefaler gjennomført som en kartlegging. Etter vårt syn er det behov for å undersøke nærmere hvordan akutte prehospitaltjenester til rusmiddelmissbrukere med livstruende overdoser/forgiftninger er organisert, for å vurdere nærmere om det er geografiske variasjoner og ulikheter i rutiner, som kan indikere manglende rettighetsoppfyllelse/svikt i forhold til forsvarlighetskrav.

*Tilgjengelighetsperspektivet:* Aktuelle problemstillinger her er om det er et likeverdig tilbud i og mellom helseregionene, om rusmiddelmissbrukerne har lik/likeverdig tilgang til helsetjenester som den øvrige befolkning, samt om tjenestene er tilpasset deres særlige behov. Et viktig aspekt i så måte er om det finnes tilfredsstillende tilbud for de som trenger særskilt tilpassete tjenester pga. sin atferd og sitt rusmiddelmissbruk. Det er også viktig at kjønnspektivet vektlegges i rusbehandlingen, slik at tilbudene tilrettelegges både kvinnelige og mannlige rusmiddelmissbrukeres spesielle behov, og at utfordringene i forbindelse med behandlingen av ulike aldersgrupper blir ivaretatt.

Et kjernepunkt i forbindelse med dette temaet er om rusmiddelmissbrukerne, uavhengig av graden av sitt rusproblem, får innfridd retten til nødvendig helsehjelp, dvs både muligheten til å få behandling for sitt rusproblem eller sine helseplager på lang sikt, og til å få øyeblikkelig hjelp for sine akutte rus- eller helseproblemer. For svært mange rusmiddelmissbrukere vil godt tilrettede tjenester innebære at de er organisert slik at det er tilgjengelig kompetanse i utredningen og behandlingen både av somatisk eller psykiatrisk sykdom og samtidig rusmiddelmissbruk.

Tilstrekkelig kapasitet i tilbudene er et annet kjernepunkt. For mange rusmiddelmissbrukere er det avgjørende at ventetidene for behandling er lav, fordi rask intervensjon, tidlig utredning og målrettet behandling kan være avgjørende for å motivere rusmiddelmissbrukerne til å la seg behandle, eller for å unngå kronisk sykdom og livstruende situasjoner som følger av misbruket. Innen spesialisthelsetjenesten er vurderingsgarantien som skal sikre forsvarlig diagnostisk vurdering og utredning en viktig problemstilling.

*Innholdet/forsvarligheten i behandlingstilbudene:* En problemstilling er om tjenestene er organisert for å imøtekomme kravene til faglighet og kvalitet i tjenestetilbudet, om

pasientene følges opp på forsvarlig måte og om tjenestene er tilrettelagt slik at målene for behandlingen kan nås. Geografiske variasjoner mht innhold og faglig nivå er også sentrale punkt, ikke minst når det gjelder vurderinger av retten til nødvendig helsehjelp.

*Samhandlingsperspektivet:* Aktuell problemstilling er om de ulike deler av behandlingstilbudet er tilpasset rusmiddelmissbrukernes spesielle behov, og at hver enkelt får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Oppgavefordeling, samarbeid og prioritering innen og mellom nivåene er derfor kjernespørsmål. Det samme gjelder veiledning og kompetanseoverføring fra annenlinjetjenesten til samarbeidsparter i kommunene.

Fordi denne pasientgruppen ofte går ut og inn av ulike tilbud, eller fordi det er ofte behov for hjelp fra flere deler av helsetjenesten og fra sosialtjenesten samtidig, er det nødvendig å bygge tjenestene med stor grad av fleksibilitet. De må derfor ofte være basert på behandlingsnettverk, snarere enn behandlingsskjeder. Et kjernepunkt er derfor hvordan organiseringen av tjenestene er tilrettelagt, slik at samhandlingen mellom personellgrupper, mellom nivåene innen helsetjenesten, og mellom helse- og sosialtjenesten fungerer tilfredsstillende. Et annet sentralt punkt er om plikten til å utarbeide individuell plan gjennomføres.

*Medvirknings-, informasjons- og samtykkeperspektivet:* Aktuell problemstilling her er hvorvidt tjenestene har organisert sin virksomhet for å kunne ivareta rusmiddelmissbrukernes autonomi og rett til medbestemmelse ved iverksetting og gjennomføring av egen behandling. Dessuten om de får innfridd sin rett til å medvirke til utformingen av individuelle planer.

Tungt rusmiddelmissbruk kan medføre manglende sykdomsinnsikt og forståelse av egen situasjon, noe som kan tilsi at særskilte tiltak må iverksettes. Bruk av tvang og vurdering av samtykkekompetanse i forbindelse med et pågående rusmisbruk, er derfor sentrale tema, idet dette krever særskilt tilrettelegging og kompetanse i tjenestetilbudet.

*Særskilt kartlegging av akutte prehospitaltjenester til rusmiddelmissbrukere:* Bakgrunnen for arbeidsgruppens forslag om en kartlegging på dette området (se ovenfor) har bakgrunn i bekymringsmeldinger til tilsynsmyndigheten om at det noen steder er et mangelfullt og uverdigg akuttmedisinsk be-

handlingstilbud til rusmiddelmissbrukere i forbindelse med livstruende tilstander som kan skyldes overdoser eller forgiftninger. Informasjonen indikerer at narkotikamisbrukere i mange slike tilfeller ikke får oppfølging av (utover resucitering). Dette kan innebære at mange ikke får en grundig medisinsk undersøkelse og psykiatrisk vurdering etter en alvorlig overdose eller forgiftning. Potensiell sykdom, skader og suicidalproblematikk er viktige vurderingstema ved oppfølgingen av slike livstruende tilstander (jf. også kap. 5.1.4 om spesialisthelsetjenestenes ansvar for å sikre tilstrekkelig akutt/avrusningskapasitet).

Arbeidsgruppen har foretatt litteratursøk og tatt kontakt med en del personer i fagmiljøene for å få nærmere informasjon om problemstillingen. Ifølge den informasjonen som er innhentet (jf også kap. 6.2.10), har vi fått bekreftet inntrykket av at det er relativt store geografiske ulikheter mht. rutiner og praksis knyttet til ivaretagelsen og oppfølgingen av overdoseutsatte/intoksikerte rusmiddelmissbrukere. Det synes som om ulikhetene dels er knyttet opp mot variasjoner som storby, småby, kommunestørrelse og nærhet til sykehus, herunder ulik erfaringsbakgrunn hos personell som møter disse problemstillingene. Men det kan også være ulikheter i faglige holdninger mht. hvilken oppfølging rusmiddelmissbrukerne bør ha i disse situasjonene. Arbeidsgruppen finner det også urovekkende hvis lavterskelhelsetiltak forventes å overta funksjoner som kanskje er spesialisthelsetjenestens oppgaver i forbindelse med oppfølgingen av intokser og overdosetilfeller (eks. vurdering og oppfølging av sykdom, skader og suicidalfare). På bakgrunn av dette mener vi at det er behov for en nærmere kunnskapsinnhenting.

## **8.2 Behov for regelverksendringer/avklaringer**

Nedenfor beskrives områder der arbeidsgruppen, ut fra det kunnskapsmaterialet som er innhentet, mener det er behov for regelverksendringer og/eller -presiseringer.

Slik tjenestene til rusmiddelmissbrukere nå er organisert, styres de delvis av lov og forskrifter og delvis av sentrale føringer fra departementet til de statlige regionale helseforetakene. Hensynet til det lokale selvstyre tilsier at all sentral styring av kommunens tjenestutøvelse og prioritering må skje gjennom lovverket. Rusmiddelmissbrukernes lovbestemte rettigheter til ytelse fra kommunen og hva som utløser dem, vil derfor være av-

gjørende for om tjenesteyterne i de ulike styringssystemer får til en samhandling på det tidspunkt rusmiddelmissbrukeren har behov for disse tjenestene. I den forbindelse er det nødvendig å ha tydelige lovbestemmelser som gir rusmiddelmissbrukere et rettskrav på tjenester på det tidspunkt vedkommende har behov for dem, og ikke bare bestemmelser som gir brukerne rett til å komme inn i en kø med uforutsigbare ventetider.

*Sosialtjenesteloven* er et sentralt lovverk for rusmiddelmissbrukere, der kommunens hovedansvar for sosiale tjenester understrekes og utdypes. Imidlertid er loven slik utformet at det i stor grad vil være opp til de lokale politikerne å bestemme omfanget av tjenestene og delen av kommunens samlede ressurser som skal benyttes til tjenester overfor rusmiddelmissbrukere. Rusmiddelmissbrukere må derfor konkurrere med andre tjenestemottakere som eldre og funksjonshemmede om de samme ressursene, og bare få av rusmiddelmissbrukerne vil være dekket av rettighetsbestemmelsene i sosialtjenesteloven § 4-3 som gir de mest hjelpetrengende rett til et minimumstilbud av omsorgs- og sosiale støttetjenester fra kommunen. Rusmiddelmissbrukere som utskrives fra behandlingssituasjon vil ofte ha behov for bistand og oppfølging fra sosialtjenesten. Likevel kan de ikke påberope seg rett til tjenester som kommunen kan pålegges å oppfylle umiddelbart. Dette vil i praksis kunne innebære at de har en rett til å "stå i en kø", men kommunen kan vedta at andre med større behov blir prioritert. Videre er kommunens plikter til å skaffe en varig bolig vag og upresis. Kvaliteten på de midlertidige husvære som kommunene er forpliktet til å tilby, viser seg ofte å være dårlig egnet når rehabilitering av rusmiddelmissbrukeren er siktemålet. Et annet poeng er at selv om kommunene nå har en plikt, både etter helselovgivningen og sosiallovgivningen, til å delta i utformingen av individuell planer, så utløser ikke planen i seg selv større forpliktelser fra kommunen enn det som følger av loven. Tilgangen til de tjenestene som rusmiddelmissbrukere har behov for er således fortsatt underlagt kommunestyrets prioriteringer. Dersom individuell plan ikke realiseres av ressursmessige hensyn, er følgen at planen primært bidrar til å tydeliggjøre udekte behov, men ikke nødvendig oppfyllelse av dem.

For å få til et klarere plikt til samhandling når det gjelder å yte materielle tjenester på det tidspunktet rusmiddelmissbrukere har behov for dem, bør derfor sosialtjenestelovens bestemmelser som regulerer rusmiddelmiss-

brukerens rettigheter, tydeliggjøres og styrkes, for eksempel med en bestemmelse der brukeren sikres en rett å motta de tjenester som defineres som nødvendig i en individuell plan for at brukeren skal lykkes i en rehabilitering. Finansieringsansvaret for staten bør også tydeliggjøres i lovverket i forhold til tjenester som er definert i individuell plan.

Når det gjelder *helselovgivningen* bør det i loven i større grad presiseres og tydeliggjøres en plikt for helsetjenesten og helsepersonell til å tilrettelegge tjenestetilbudet, slik at det blir tilgjengelig uten for store krav til tilpassning og struktur fra pasientenes side. Videre er det viktig at tilbudet om akutt behandling innen spesialisthelsetjenesten, og da særlig avrusningstilbudet, utbygges og blir tilgjengelig når rusmiddelmissbrukere er motivert for behandling. I spesialisthelsetjenesteloven § 3-1a er det en forskrifthjemmel om at Kongen kan gi bestemmelser om at de regionale helseforetakene skal ha plasser for akutt behandling av rusmiddelmissbruk. For å tydeliggjøre hensikt med plassene og sikre at de finnes i alle helseregioner bør det vurderes om plikten bør forskriftsfestes.

## 9 Vedlegg: Oversikt over dokumenter og kunnskapskilder

Dette er en oversikt over et utvalg relevante datakilder, offentlige dokumenter, retningslinjer, kunnskapsoversikter og kartlegginger. Det meste her kan gjenfinnes på Helse-tilsynets nettsider under menyen Lenker og bibliotek: [www.helsetilsynet.no/rusbibliotek](http://www.helsetilsynet.no/rusbibliotek). Aktuelt regelverk kan gjenfinnes på nettsider under menyen Regelverk. Emneoversikt – regelverk.

### 9.1 Nasjonale mål og prioriteringer - sentrale dokumenter

#### 9.1.1 Stortingsforhandlinger

St. meld. nr. 69 (1991-92). Tiltak for rusmiddel- misbrukere. Sosialdepartementet.

St.meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.

St. meld. nr. 16 (1996-97). Narkotikapolitik- ken. Sosial- og helsedepartementet.

Ot.prp. nr. 3 (2002-2003). Om lov om endrin- ger i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddel misbrukere) (Rusreform I). Sosialdepartementet.

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003). Om lov om end- ringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om so- siale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan). Sosialdepartementet.

Innst.O. nr. 51 (2002-2003). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overta- kelse av deler av fylkeskommunens ansvar

for tiltak for rusmiddel misbrukere).

Innst.O. nr. 4 (2003-2004). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialist- helsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan).

#### 9.1.2 Handlingsplaner, utredninger, offent- lig informasjon o.a.

Arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddel misbrukere.

Delrapport 1 til SHD 1. mars 1999. Døgn- behandlingstilbudet.

Delrapport 2 til SHD 15. mai 1999. Tiltak for kvalitetssikring av hjelpe- og behan- lingstilbudet til rusmiddel misbrukere.

Delrapport 3 til SHD 23. juni 1999. Rus- middel misbrukere - ansvarsplassering, finansieringssystem og samarbeidsfor- hold.

Helsetilsynet. Personer med samtidig alvor- lig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Kartlegging av antall og behandlingsbehov. Statens helsetilsyns utredningsserie 2000/10. Oslo: Helsetilsynet, 2000 (IK-2727).

Helsetilsynet. De psykiatriske ungdoms- teamene. Utredning om nåværende og fram- tidig funksjon og organisering. Statens helse- tilsyns utredningsserie 2000/11. Oslo: Helse- tilsynet, 2000 (IK-2728).

Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddel misbruk. Rundskriv I-36/2001. Sosial- og helsedepartementet.

Sosialdepartementet. Regjeringens hand- lingsplan mot rusmiddel problemer 2003- 2005. Oslo: Departementet, 2002.

Sosial- og helsedepartementet. Strategier for regjeringens arbeid mot rusmiddelproblemer 2002-2005. Oslo: Departementet, (udatert). (I-1048 B).

NOU 2003:4. Forskning på rusmiddelfeltet: en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.

Sosialdepartementet. Rusmiddelsituasjonen i Norge: redegjørelse. Oslo: Sosialdepartementet, 2004. (U-0012 B)

Orientering om endringer i sosialtjenesteloven som følge av rusreformen. Rundskriv U-1/2004. Sosialdepartementet

Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rundskriv I-8/2004. Helsedepartementet.

Helsedepartementet. Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Oslo: Helsedepartementet, 2004. (I-1103 B).

## **9.2 Data om helsetilstand og helsetjenester - tilsynsmyndighetene**

### **9.2.1 Løpende data**

Dataregister fra tilsynsmyndighetene - Reg-Rot: register for rettighetsklager og tilsynsaker.

Helsetilsynet. Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 9/2002. Oslo: Helsetilsynet, 2002.

Helsetilsynet. Kunnskapskilder om sosialtjenesten – oversikt over tilgjengelige kunnskapskilder med relevans for tilsynsmyndigheten. Verktøy for områdeovervåking i sosialtjenesten. Internt arbeidsdokument. Oslo: Helsetilsynet, 2005.

### **9.2.2 Situasjonsbestemte data**

Lossius K. Rus og bakrus – stimuli og stigma. I: Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2001. Oslo: Helsetilsynet, 2002: 16-21.

Rohypnol og Flunipam – sovemedisiner på avveie. I: Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2002. Oslo: Helsetilsynet, 2003: 19.

Helsetilsynet. Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenesten i fengsler 2001. Oppsummerings-

rapport. Rapport fra Helsetilsynet 4/2002. Oslo: Helsetilsynet, 2002.

Legemiddellassistert rehabilitering – Tilbud med urovekkjande skilnader. I: Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2003. Oslo: Helsetilsynet, 2004: 29.

Helsetilsynet. Psykisk syke innsatt i fengsler (Oppsummering av fylkeslegenes rapportering om ventetid for behandling av psykotiske fanger i 2002). Brev til Helsedepartementet 21. november 2003.

Helsetilsynet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003. Oslo: Helsetilsynet, 2003.

Helsetilsynet. Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen. Rapport fra Helsetilsynet 8/2003. Oslo: Helsetilsynet, 2003.

Helsetilsynet. Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren. Tilsynserfaringer 1998-2003. Rapport fra Helsetilsynet 9/2003. Oslo: Helsetilsynet, 2003.

Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenester i kommunene: tjenestemottagere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003. Oslo: Helsetilsynet, 2003.

Helsetilsynet. Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport fra Helsetilsynet 4/2004. Oslo: Helsetilsynet, 2004.

Helsetilsynet. Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 5/2004. Oslo: Helsetilsynet, 2004.

## **9.3 Data om helsetilstand og helsetjenester til rusmiddelmissbrukere**

### **9.3.1 Offentlig statistikk og registre**

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Statistikk om hovedområdene alkohol, narkotika og behandling. Tallmateriale fra offentlig statistikk og undersøkelser.

Årsrapporter: "Rusmidler i Norge", "Narkotikasituasjonen i Norge"

Kartleggingssystem og database klienter  
Kartleggingssystem og database tiltak/institusjoner

- Kriminalpolitisenralen  
Oversikt over narkotikabeslag og -dødsfall
- SINTEF Unimed  
Norsk pasientregister  
Tverrsnittundersøkelser hvert femte år i psykiatrien
- Statistisk sentralbyrå  
Levekårsundersøkelsene  
Dødsårsaksregisteret  
KOSTRA/hjulet
- IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk)
- SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten
- Rikstrygdeverket.  
Trygdestatistikk  
Fastlegeregisteret
- 9.3.2 Kunnskapsoversikter, rapporter, publikasjoner, etc.  
MARIO. Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo. Medikamentassistert rehabilitering i Norge 1998-2000. Oslo: MARIO, 2001.
- Statens beredning for medicinsk utvärdering. Behandling av alkohol- og narkotikaproblem: en evidensbasert kunnskapssammenstilling. SBU-rapport 156/I-II 2001. Stockholm: SBU, 2001.
- Borgestadklinikken. Primærhelsetjenestens oppgaver i rusmiddelbehandling og forebyggende rusmiddelarbeid – en vurdering på oppdrag fra Rusmiddeldirektoratet og Sosial- og helsedepartementet. Skien: Borgestadklinikken, 2001.
- Nore AK et al. Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1055-8.
- MARIO. Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo. Årsmeldinger 2001 og 2002.
- MAR i Norge – utvikling, utfordringer og perspektiver. Notat vedtatt som grunnlag for planarbeid av nasjonalt kontaktmøte for MAR-regionene, Bergen 2002.
- Rusmiddeletaten, Oslo kommune. Gjennomgang av rehabiliterings- og omsorgsinstitusjonene. Oslo: Kommunen, 2002.
- Rusmiddeletaten, Oslo kommune. Feltpleien i Oslo. En undersøkelse om brukertilfredshet. Oslo: Kommunen, 2002.
- Sundvoll A, Kvalstad I. SEDA: sentrale data fra allmennlegetjenesten: sluttrapport fra pilotprosjektet. Rapporter 2002/13. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, 2002.
- Krook AL et al. A placebo-controlled study of high dose buprenorphine in opiate dependents waiting for medication-assisted rehabilitation in Oslo, Norway. Addiction 2002; 97:533-42.
- Døhlie E, Kristoffersen AS. ”Det verste er å skrive dem ut til gata”. Utredning om et utvidet helsetilbud for tunge rusmiddelmissbrukere. Rapport 7/2002. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter, 2003.
- Kurtze N, Eide AH. Helsetilstand for tunge rusmisbrukere. Rapport STF78 FO35002. Oslo: SINTEF Unimed, 2003.
- Ruud T, Reas D. Helsetjenester for tunge rusmisbrukere. Rapport STF78 FO35003. Oslo: SINTEF Unimed, 2003.
- Forskning på rusmiddelfeltet – En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. NOU 2003:4.
- Sosial- og helsedirektoratet. Lavterskel helsetilbud for rusmiddelmissbrukere. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
- Melberg HO, Lauritzen G, Ravndal E. Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? SIRUS-rapport 4/2003. Oslo: SIRUS, 2003.
- Waal H, Haga E. Maintenance treatment of heroin addiction. Oslo: Cappelen, 2003.
- Espgren, O et al. Twelve Step programme and Methadone Maintenance Treatment. In: Waal H, Haga E. Maintenance treatment of heroin addiction. Oslo: Cappelen, 2003.
- Evjen R, Øiern T, Kielland KB. Dobbelt opp. Om psykiske lidelse og rusmisbruk. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Metadon – et tveegget sverd. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003. www.fhi.no
- SIRUS. Narkotikasituasjonen i Norge 2003: årsrapport til det Europeiske Overvåknings-senter for Narkotika og Narkotikamisbruk. Oslo: SIRUS, 2004.

SIRUS. Rusmidler i Norge 2004: årsrapport til det Europeiske Overvåkningssenter for Narkotika og Narkotikamisbruk. Oslo: SIRUS, 2004.

Europeisk Overvåkningssenter for Narkotika og Narkotikamisbruk. Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge 2004. Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, 2004.

Friestad C, Skog Hansen IL. Levekår blant innsatte. Fafo-rapport 429/2004. Oslo: Fafo, 2004.

Kornør H, Waal H. Metadon-dose, behandlingsvarighet og heroinbruk i medikamentassistert rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:332-4.

Landsverk SA et al. Heroinindusert lungeødem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004, 124: 1767-8.

Buajordet I et al. Adverse events after naloxone treatment of episodes of suspected acute opioid overdose. European Journal of Emergency Medicine 2004; 11:19-23.

Den norske lægeforening. Psykiske lidelser - faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Oslo: Lægeforeningen, 2004.

Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001-2004, Futt-prosjektet. Rapport basert på kvantitative data - baselinedata. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.

Vaksinasjonskampanje og undersøkelse blant sprøytemisbrukere i Oslo 2003. MSIS rapport nr 2. 2004.

Riiber Linde K. Rus og psykiatri Dobbel opp. En kartleggingsundersøkelse om rus(mis)bruk hos en gruppe pasienter innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling. Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap, 2004.

#### **9.4 Helsetjenester til rusmiddelmissbrukere – veiledninger, rundskriv og retningslinjer**

##### **9.4.1 Departementene**

Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. Rundskriv I-35/2000. Sosial- og helsedepartementet.

Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. Rundskriv I-33/2001. Sosial- og helsedepartementet.

Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk. Rundskriv I-36/2001. Sosial- og helsedepartementet.

Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere – nærmere om inntakskriteriene og unntak fra disse. Rundskriv I-5/2003. Helsedepartementet.

Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Strateginotat. Oslo: Helsedepartementet, 2004. (I-1103 B).

##### **9.4.2 Helsetilsynet, Sosial- og helsedirektoratet, Statens legemiddelverk**

###### *Helsetilsynet*

Angstlidelser. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 4/1999. Oslo: Helsetilsynet, 2000.

Stemmingslidelser. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 3/2000. Oslo: Helsetilsynet, 2000.

Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyns utredningsserie 7/2000. Oslo: Helsetilsynet, 2000.

Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 9/2000. Oslo: Helsetilsynet, 2000.

Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Kartlegging av antall og behandlingsbehov. Statens helsetilsyns utredningsserie 10/2000. Oslo: Helsetilsynet, 2000.

Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. Samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Statens helsetilsyns utredningsserie 3/2001. Oslo: Helsetilsynet, 2001.

Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet. Oslo: Helsetilsynet, 2001. (IK-2755).

- Legemiddellassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk. Rundskriv IK-15/2000. Helsetilsynet.
- Legemiddellassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk – endring i utleveringsforskriften. Rundskriv IK-24/2000. Helsetilsynet.
- Sosial- og helsedirektoratet*
- Kvalitetskrav til rutiner for rusmiddeltest, hvor positivt analysesvar kan danne grunnlag for iverksetting av alvorlige sanksjoner. Rundskriv IS-24/2002. Sosial- og helsedirektoratet.
- Kvalitetsrutiner ved rusmiddeltesting av prøver i medisinsk sammenheng (behandling og diagnostikk). Rundskriv IS-13/2002. Sosial- og helsedirektoratet.
- Legemiddelverket*
- Bruk av opioider ved behandling av langvarige non-maligne smertetilstander. Terapi-anbefaling. Publikasjon 2002:03. Oslo: Statens legemiddelverk, 2002.
- Behandling av søvnvansker. Terapi-anbefaling. SLK-publikasjon 2000:08. Oslo: Statens legemiddelkontroll, 2000.
- 9.4.3 Retningslinjer og veiledere fra fagmiljøene
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Veileder i barne- og ungdomspsykiatri. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetssikring. Lysaker: Den norske lægeforening, 1996.
- MAR ØST: Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo, Nasjonalt kompetansesenter.*
- Det er lenker til veiledere og anbefalinger på Helsetilsynets nettbibliotek.
- Veiledere:
- Veileder for behandling av gravide i medikamentassistert rehabilitering (2001)
- Veileder for helsepersonell i medikamentassistert rehabilitering (2001)
- Veileder for medikamentassistert rehabilitering i Helseregion Øst (2001)
- Veileder for sosialfaglig rehabilitering (2001)
- Veileder for håndtering av hepatitt C hos misbrukere (2002)
- Veileder for samarbeid med kriminalomsorgen (2003)
- Veileder for bydelsbasert medikamentassistert rehabilitering (2003)
- Veileder for apotekansatte i medikamentassistert rehabilitering (2003)
- Veileder for psykiatriske institusjoner – versjon III (2004)
- Veileder for behandling av opioidavhengige i somatisk sykehus (2004)
- Veileder for legemiddellassistert rehabilitering i behandlingstilstander for rusmisbrukere (2004)
- Nasjonale anbefalinger for legemiddellassistert rehabilitering:
- Anbefalinger for smertebehandling ved operasjoner av 5/2000
- Anbefalinger for flytting mellom kommuner og helseregioner av 3/2001
- Anbefalinger for bilkjøring og førerkort av 11/2001
- Anbefalinger for dosering og utlevering av legemiddel av 5/2003
- Anbefalinger for valg av Subutex og Suboxone av 7/2003
- Anbefalinger for bruk av sovemidler og beroligende midler av 8/2003
- Anbefalinger for doseringsskjema for skifte av medikament av 8/2003
- Anbefalinger for pasienter med psykiske lidelser av 8/2003



# Norwegian Alcohol and Drug Abusers – Health Problems and Health Services in Relation to General Supervision. An assessment of central references

## Short summary of Report from the Norwegian Board of Health 2/2005

In this report, a review of central references about the health status of alcohol and drug abusers, the health services received by these people, and the availability of health services for them, is presented. The main emphasis is on alcohol and drug abusers with serious addiction. One aim of the report was to evaluate whether available references give an adequate knowledge base for continuous surveillance of the area by the supervision authorities. Another aim has been to assess whether there are areas with a large risk of deficiency in provision of health services, according to health policy aims or requirements from the authorities in this area.

The Administrative alcohol and drug treatment reform was implemented on 1 January 2004. The reform transferred responsibility for treatment of alcohol and drug abusers from the county councils to the regional health authorities on behalf of the state. The regional health authorities' new responsibility is defined as "interdisciplinary, specialised treatment of alcohol and drug abuse". It forms part of the specialised health services on a par with the somatic and psychiatric services. The overriding objective of the reform is that alcohol and drug abusers with complex problems shall receive improved and more coordinated services, and that the results of treatment should be better. The changes have been made in order to make it easier for alcohol and drug abusers to receive the specialist health services that they need to improve their somatic and mental health. The reform has not entailed any changes in the responsibilities and tasks of the municipal authorities. The social services retain overall responsibility for provision and coordination of measures to help alcohol and drug abusers.

An important future task for the supervision authorities is to monitor whether the intentions of the alcohol and drug treatment reform are fulfilled, and whether the legislation is followed.

The review of available knowledge in this area has shown that statistics from surveys, registers and other sources are inadequate for the purpose of carrying out continuous monitoring of the alcohol and drug field. The general databases on municipal and specialist health services are organised in such a way that it is difficult to identify alcohol and drug abusers as a separate group. In addition, the national documentation systems in the alcohol and drug field have little data on patient flow, treatment methods and treatment results.

The information gained from central and regional supervision, from research reports, publications, studies etc., cannot be regarded as satisfactory to meet the needs of the supervisory authorities for evaluation of alcohol and drug abusers' health status and their use of available health services.

However, the main impression gained from the available data and information is that many alcohol and drug abusers do not receive the services they require. In particular, the health problems, the level of physical and mental illness and the high mortality among alcohol and drug abusers with serious addiction give special cause for concern. However, the threshold for receiving help from the specialist health services is often high. Supply of specialist health services, both acute medical help and long-term treatment, is often inadequate. But in addition, general

health services, such as regular general medical practitioner services, dental services, nursing and care services and health services in prisons, often function inadequately for alcohol and drug abusers. Lack of coordination between different levels, such as between health and social services, often acts as a barrier to achieving the aims of the treatment programme.

Based on the knowledge that has been collected, the conclusion is that there are clear indications that many alcohol and drug abusers do not receive their right to be provided with essential health care. In planning supervision of the alcohol and drug field in 2006 on a country-wide basis, the Norwegian Board of Health will take into account the areas identified in this report where there is a risk that deficiencies in provision of health services can occur. When monitoring the alcohol and drug field in the future, we will particularly focus on availability of services, professional standards, cooperation between and within treatment levels, and how services are organised to ensure adequate patient participation, information and consent.

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2004

- 1/2004** Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars - mai 2003
- 2/2004** Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003
- 3/2004** Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker
- 4/2004** Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer
- 5/2004** Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten
- 6/2004** Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport
- 7/2004** Meldesentralen – årsrapport 2001-2002
- 8/2004** Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge
- 9/2004** Fortsatt press på plassene. Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2003 og utvikling 2002-2003
- 10/2004** Tilsyn med kodepraksis
- 11/2004** Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004
- 12/2004** Oppsummering etter tilsyn med rusmiddeltesting ved to sykehuslaboratorier og fire behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere
- 13/2004** Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten
- 14/2004** Flere ungdom og voksne under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten

## Utgivelser 2005

- 1/2005** Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004
- 2/2005** Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helse-tjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder
- Serien ble etablert i 2002. Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no).

## Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles resultater fra tilsyn med sosial- og helse-tjenestene.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 2/2005

**Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder**

I rapporten presenteres en oversikt over sentrale datakilder om rusmiddelmissbrukeres helse-tilstand, det helsetjenestetilbudet disse pasientene mottar og tilgjengeligheten av tjenestetilbudet. Hovedvekten har vært lagt på tunge alkohol- og narkotikamisbrukere. En målsetning med rapporten har vært å vurdere om tilgjengelige datakilder på rusfeltet gir et tilfredsstillende grunnlag for tilsynsmyndighetens løpende overvåkning av området. Et annet mål med kunnskapsinnhenting har vært å vurdere om det er områder hvor det er stor risiko for svikt, sett på bakgrunn av helsepolitiske målsetninger og myndighetskrav på området.

Kunnskapsgrunnlaget som er innhentet viser at:

- Tilgjengelige kartleggingssystem, registre og annen statistikk er mangelfulle for å kunne gjennomføre en løpende tilsynsmessig overvåkning av rusfeltet.
- Det materialet som er blitt utledet fra tilsynsarbeid sentralt og regionalt, fra ulike forskningsrapporter, publikasjoner, osv, kan ikke sies å være tilfredsstillende når det gjelder tilsynsmessige vurderinger av rusmiddelmissbrukeres helsetilstand og det tjenestetilbudet de mottar.
- Det er et hovedinntrykk at mange rusmiddelmissbrukere ikke får de tjenestene de har behov for. Særlig bekymringsfullt er manglene i tjenestetilbudet til de tunge rusmiddelmissbrukerne, sett på bakgrunn av deres helseproblemer, de til dels alvorlige psykiske og somatiske lidelsene og den høye mortaliteten som preger denne gruppen.

I den videre tilsynsmessige overvåkingen av rusområdet vil Helsetilsynet særlig ha fokus på tilgjengeligheten til tjenestene, forsvarligheten i behandlingstilbudene, samhandlingen innen og mellom behandlingsnivåene, og hvordan tjenestene tilrettelegger for medvirkning, informasjon og samtykke.