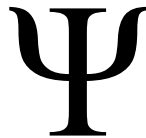




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Behandling av rusmiddelavhengighet  
sett i lys av rusreformen 2004-  
en gjøkunge i helsevesenet?*

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Silje Helén Moen**

Høst 2008

Veileder:  
Jon Christian Laberg

### Sammendrag

Oppgaven tar for seg behandling av rusmiddelavhengighet i Norge, og ser på hva det er som gjør dette så problematisk. Avhengighet er et komplekst fenomen, og oppgaven fokuserer på de utfordringene som rusfeltet møter slik behandlingssystemet ser ut i dag. Oppgaven gir også en kort historikk for rusmidler, rusbehandling og ruspolitikk i Norge. Rusreformen 2004 er benyttet som en referanseramme for dagens rusfelt. Oppgaven ser på hvordan behandling av rusmiddelavhengighet påvirkes av rusreformen, samt hvordan rusreformen belyser utfordringer i behandlingssystemet. Fire leger som arbeider på ulike nivåer innen rusfeltet ble intervjuet for å belyse noen av de utfordringer og problemer som finnes i rusfeltet i dag. Det ble benyttet semistrukturerte kvalitative intervjuer. Meningskondensering ble benyttet som analysemetode, og behandlingen av rusmiddelavhengighet er sett fra et systemperspektiv. Oppgaven konkluderer med at de politiske styringsrammene gir et stort rom for implementering, og at det er behov for et mer samlet og samkjørt behandlingssystem enn det som finnes i dag.

## Abstract

This paper looks at treatment of drug dependency in Norway, focusing on the challenges in the drug dependency treatment field caused by the complexity in addiction. The drug reform of 2004 is used as a frame of reference for the drug field today. The paper looks at how the reform affects the drug treatment system, and how the reform highlights challenges in the treatment system. The paper also gives a brief history of the use of alcohol and drugs in Norway, the treatment of alcohol and drug addiction, and the political decisions leading up to today's treatment system. Four physicians working in different levels and areas of the drug field were interviewed to highlight the problems and challenges that exist in the drug field today. Semistructured qualitative interviews were used. Condensation was used as a method for the analysis of the interviews, and the drug treatment system is seen in a systemic perspective.

Conclusively, the political frames leave much room for implementation, and there is a need for a more unified treatment system than what exists today.

## Innholdsfortegnelse

Innledning.....	6
Historikk For Rusfeltet.....	8
<i>Rusmiddelbrukens Utvikling i Norge</i> .....	8
<i>Alkohol.</i> .....	8
<i>Narkotiske stoffer.</i> .....	9
<i>Synet På Avhengighet</i> .....	10
<i>Fra henfallenhet til sykdom.</i> .....	10
<i>Avhengighet som et sosialt problem.</i> .....	11
<i>Et øket nevrofysiologisk og biologisk fokus.</i> .....	11
<i>Avhengighet i dag: et helhetsfokus.</i> .....	12
Politisk Historikk: Bakgrunn For Rusreformen .....	13
Rusreformen 2004 .....	15
Behandling Av Rusmiddelavhengige.....	16
<i>Ideologi.</i> .....	16
<i>Behandlingstilbudet i Dag.</i> .....	17
Dilemmaer Ved Behandling Av Rus.....	18
<i>Ruspasienter Som En Utfordrende Pasientgruppe</i> .....	18
<i>Sykdom Eller Symptom</i> .....	18
<i>Hva Sier Forskningen?</i> .....	20
<i>Alkohol Og Lovgivning</i> .....	21
<i>Psykatri Kontra Rus</i> .....	22
Helsevesenets Mottagelse av Rusreformen.....	23
<i>Dagens utfordringer</i> .....	23
<i>Rusbehandling I Et Systemperspektiv</i> .....	24
<i>Valg Av Informantgruppe</i> .....	25
Presentasjon Av Intervjuene.....	26
<i>Metode</i> .....	26
<i>Informantene</i> .....	26
<i>Analysen</i> .....	27
<i>Intervjuene/Resultater</i> .....	28
<i>Lege 1.</i> .....	28
<i>Lege 2.</i> .....	31
<i>Lege 3.</i> .....	33
<i>Lege 4.</i> .....	35
Drøfting .....	37
<i>Problemstilling 1</i> .....	37
<i>Hvordan oppfattes rusproblemene av helsevesenet?</i> .....	37
<i>Hvordan påvirker rusreformen helsevesenets oppgaver?</i> .....	38
<i>Problemstilling 2</i> .....	40
.....	40
<i>Rusreformens vellykkethet.</i> .....	40
<i>Rus som problematisk forskningsfelt.</i> .....	41
<i>Alkohol.</i> .....	42
<i>Motsetninger i systemet.</i> .....	42
<i>Paradokser i rusfeltet.</i> .....	43
<i>Rusfeltet Som Et System</i> .....	43
<i>En Symboltilnærming til Rusfeltet</i> .....	44
Konklusjon .....	46
Referanser.....	47

## Innledning

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hva det er som gjør behandlingen av rusmiddelavhengighet så vanskelig. Rus er problematisk fordi det er en tilstand preget av et ønske om å fortsette å ruse seg, på tross av de negative konsekvensene det ofte medfører. Rus gir en behovstilfredsstillelse, og er slik sett et problem man ikke ensidig ønsker å komme seg ut av. Oppgaven vil se på hvordan utfordringene ved behandling av rusproblemer har vært forsøkt løst tidligere, og ta for seg historikken til rusmiddelfeltet. Dette for å forstå bakgrunnen for hvordan rusfeltet ser ut i dag. Oppgaven vil videre se på noen av de utfordringer som finnes i behandlingssystemet i dag, og hvordan helsevesenet ser på og møter disse utfordringene. Behandlingssystemet vil belyses fra et systemisk perspektiv.

Rus og avhengighet er tematikk som er aktuelle innen et bredt psykologisk og samfunnsmessig område, og det er et område av psykologien som fortsatt mangler forskning, kunnskap og forståelse. Rusproblemer og avhengighet er interessante psykologiske temaer fordi de også er samfunnsaktuelle utfordringer. Rusbehandling rommer både politiske avgjørelser og psykologiske fenomener, og er dermed et bredt og tverrfaglig tema. Rus og avhengighet er en stor belastning for enkeltindividene og nettverket rundt den enkelte som har rusproblemer. En økt forståelse for hva som gjør rusbehandling vanskelig vil forhåpentligvis føre til en økt forståelse for hva som skal til for å gi god rusbehandling, og dette vil kunne ha positive ringvirkninger for svært mange.

Rusreformen av 2004 gir mulighet til å belyse mange av de temaer og utfordringer man står ovenfor i rusbehandlingen i Norge i dag. Rusreformen vil kunne berøre både enkeltmennesket bak avhengigheten og de politiske styringene som til enhver tid ligger til grunn for hvilke tilbud og rettigheter rusmisbrukerne i Norge har. Rusreformen henger nært sammen med hvordan rusfeltet er organisert, hvilke lover og styringer som er gjeldende i dag, hvordan vi i samfunnet ser på rusbruk og rusmisbruk, samt hvilke krav og rettigheter de aktuelle pasientene har som følge av reformen. Hensikten med denne oppgaven er å se på hvilke problemer som dukker opp ved at rusbehandling settes inn i et helsetjenesteperspektiv. Rusreformen, og derav også behandlingen av rusmiddelavhengighet i Norge før og etter 2004, ses i lys av hvordan rusmiddelavhengighet defineres i psykologien og i samfunnet generelt. Rusreformen 2004 endret på rusbehandlingens plassering i helsesystemet, og gjorde rusbehandling til spesialisthelsetjeneste. Oppgaven belyser videre dilemmaer som finnes i behandling av rusproblematikk, og hvordan disse oppfattes av helsevesenet. Undersøkelsen omfatter kvalitativt intervju med 4 leger som jobber med rus på ulike måter og nivåer i helsevesenet, for å se på hvordan de møter reformen og hva de opplever som

problematisk. Dette for å få et innblikk i rushelsetjenesten sett ut i fra ulike perspektiver fra en faggruppe som daglig forholder seg til endringene rusreformen førte med seg.

Problemstillingene i oppgaven er følgende:

Hvordan oppfattes rusproblemene av helsevesenet, og hvordan påvirker Rusreformen helsevesenets oppgaver?

Hva slags utfordringer belyser rusreformen når det gjelder behandling av personer med rusmiddelavhengighet?

Denne oppgaven er ikke et forsøk på å presentere en løsning på de problemer som måtte finnes i rusfeltet. Oppgaven søker snarere å belyse utfordringer og problemer på et felt som er i stadig utvikling i søken etter god og riktig behandling for pasientene det gjelder.

Det rettes en spesiell takk til legene som lot seg intervjue. Deres deltakelse, kunnskap, erfaring og synspunkter bidro til å gjøre denne oppgaven mulig.

### Historikk For Rusfeltet

For å forstå hvordan behandlingssystemet er organisert i dag, og for å se på hvilke utfordringer som har vært gjeldende innen rusproblematikk tidligere, vil det bli foretatt en historisk gjennomgang av alkoholbruk, narkotikabruk, samt synet på avhengighet. Dette kan belyse hvordan rusavhengighet og behandlingen av dette har vært vanskelig å håndtere, og gi en øket forståelse for de utfordringer som finnes i dagens behandlingssystem.

#### *Rusmiddelbrukens Utvikling i Norge*

*Alkohol.* Synet på avhengighet har endret seg gjennom tidene. I Norge har alkohol vært en del av konsumtradisjonen i flere tusen år, mens andre rusmidler først har gjort sin inntreden i senere tid. Etter hvert som menneskene som bodde i Norge ble et jordbruksfolk ble det mer og mer vanlig å brygge øl, og i vikingtiden var det lover som innførte straff for den som unnlot å brygge øl to eller tre ganger i året. Øl ble brukt ved spesielle anledninger som jul og dødsfall. Det var likevel liten plass til alkoholen i folks hverdag utover disse anledningene, og dette kan skyldes både begrenset holdbarhet og det at alkoholen ble brygget på korn og råstoffer som var sårt tiltrengt til matlaging (Lunder, 1999). Håvamål advarte også mot overdriking. Situasjonen endret seg da brennevinet ble introdusert i landet. Brennevin nevnes i skrifter fra 1531, og ble vanlig konsumvare blant befolkningen i løpet av 150 år. Det var lite alkoholmisbruk før 1600-tallet, og av økonomiske begrensninger var det kun overklasse og prestskap som hadde mulighet til å ha et daglig alkoholkonsum frem til brennevin ble tilgjengelig for alle. Men etter brennevinets inntog økte befolkningens generelle alkoholkonsum, og derav også alkoholmisbruk. I 1830-årene var brennevinsindustrien en av de viktigste industriene i Norge (Lunder, 1999). På grunn av økt alkoholkonsum i befolkningen generelt, og derav også økt alkoholisme, oppstod på denne tiden også måteholdstanken, og måtehold- og avholdsbevegelser vokste frem i USA, Europa og Norge. Stortinget vedtok i 1842 en lov som forbød brennevin, men denne loven ble aldri sanksjonert. Man var på denne tiden av den oppfatning at brennevinet forårsaket mye samfunnsskade, og etter hvert så man også at øl og vin forårsaket mye skade. Stortinget vedtok derfor i 1845 å avskaffe frie gårdsbrennerier, og disse ble avskaffet i 1848. Landets første totalavholdslag ble stiftet i 1859. Når det gjelder tiltak og behandling av alkoholmisbruk ble det frem til 1909 kun forsøkt regulert ved lover og straffetiltak fra myndighetene. Det var ikke snakk om noen form for behandling av alkoholproblemene. Dette endret seg i 1909, da Det Blå Kors åpnet et kursted på Eina. Dette kurstedet var begynnelsen på behandling av rusmiddelavhengighet i Norge. I begynnelsen var kurstedene som etter hvert åpnet flere steder drevet av private religiøse organisasjoner. Staten kom først inn på banen i 1920, da den overtok



Legeforeningens kursted på Ørje (Lunder, 1999). Avholdsbevegelsen stod lenge sterkt i Norge, og hadde sterke bånd til kirken. Alkoholproblemer ble sett på som moralsk svakhet, og alkohol ble sett på som ukristelig. Det er med utgangspunkt i dette at de religiøse aktørene vokste frem, fordi man mente veien vekk fra alkoholen bestod av frelse og omvendning.

*Narkotiske stoffer.* Narkotiske midler er relativt nye sett i lys av hvor lenge alkoholen har eksistert her i landet. Morfin og andre opiumstoffer har vært brukt i medisinsk øyemed siden 1800-tallet, og det var også på denne tiden at kokain utbredtes i Europa. Kokain var en vanlig bestanddel i styrkedrikker og patentmedisiner rundt århundreskiftet, og var også en ingrediens i Coca-Cola frem til 1903. Amfetamin ble tatt i bruk som medisin rundt 1930, og under 2. verdenskrig benyttet soldater fra både USA, England, Japan og Tyskland seg av dette stoffet. Det var vanlig at amfetaminliknende stoffer ble brukt ved anstrengelser, eksamenslesing, og som slankemiddel etter 2. verdenskrig (Fekjær, 2004). Narkotika ble på 1800-tallet og første halvdel av 1900-tallet ikke kalt rusmidler, i motsetning til alkohol. Grunnen til dette kan være at mye av bruken var i medisinsk øyemed, samt at de som ble avhengige av narkotiske stoffer var velfungerende, yrkesaktive mennesker som ikke skapte problemer for samfunnet. Narkotikabruken ble imidlertid endret på 60-tallet. Bruken av cannabis, amfetamin og LSD startet i USA, og kom til Norge rundt 1965 (Fekjær, 2004). Narkotika ble på denne tiden stort sett brukt av ressurssterk ungdom, men rekrutterte etter kort tid mer ressursvake brukere. Opiater og sprøytebruk fikk innpass i Norge tidlig på 70-tallet, og det var på denne tiden det begynte å skje endringer i rusbildet. De unge menneskene som tidligere var blitt rekruttert til alkoholikermiljøene, ble fra 1970 tallet rekruttert til gatenarkomani (Fekjær, 2004). Kokain ble tatt i bruk som rusmiddel i Norge på 80-tallet. På 90-tallet dukket det opp nyere stoffer som ecstasy og GHB.

Narkotikabruken i Norge økte på slutten av 90-tallet (Kouvonen, Rosenquist og Skretting, 2001). Dette gjaldt både eksperimentell bruk og problematisk bruk av illegale stoffer, og man så en økning i bruken i alle de nordiske landene på denne tiden. Bruk av cannabis ble mest utbredt, og man så en generell tendens til økning i bruk av ecstasy, amfetamin, LSD og kokain i Norden.

Narkotiske stoffer ble først benyttet i medisinsk øyemed, og fikk dermed innpass som positive og nyttige midler, uten at det var noe fokus på stoffenes sterke avhengighetsskapende egenskaper. Slik kan det se ut til at bruken av narkotiske stoffer var noe ufarliggjort, og at dette skapte rom for den kraftige økningen i bruk som oppstod ved narkotikaens store inntog på 60-tallet. Det fantes slik utfordringer både ved alkoholavhengighet og stoffavhengighet. Det fantes lenge ingen behandling for alkoholavhengighet, selv om mange fikk

alkoholproblemer i takt med alkoholens økte utbredelse fra 1600-tallet og oppover. Da de første behandlingsstedene kom, var disse preget av religion og synet på at avhengighet kunne kureres gjennom frelse. utfordringene med alkohol var at man i liten grad hadde faglig belegg for behandlingen man tilbød. utfordringene med narkotika var at det raskt utbredte seg fra å være begrenset medisinsk bruk til å bli et samfunnsproblem, og at man fra å ha et medisinsk og ufarliggjort syn på bruken av disse raskt måtte omdefinere narkotika som farlig, ulovlig og avhengighetsskapende. Behandling av avhengighet hadde frem til 60-tallet kun omhandlet alkoholproblemer, og det måtte derav også gjøres en omdefinering av rusbehandlingen.

### *Synet På Avhengighet*

Avhengighet er et sammensatt og komplekst fenomen, som ikke lar seg beskrive med kun en enkel, ensidig forklaring. Det finnes utallige forsøk på å forklare hva som forårsaker og vedlikeholder avhengighet og rusmisbruk, og det finnes også flere nivåer som årsaksforklaringene retter seg mot. Genetiske, biologiske og sosiologiske årsaksteorier har alle forsøkt å forklare avhengighet, og viser også at teoriene vil avhenge av hvilket nivå man retter seg mot; det være seg individnivå eller samfunnsnivå.

*Fra henfallenhet til sykdom.* På 1800-tallet brukte man begrepet «å være henfallen» om de som i dag kalles rusmiddelavhengige (Fekjær, 2004). Avhengighet ble på denne tiden sett på som en moralsk svakhet. Begrepet «alkoholisme» ble navngitt av den svenske legen Magnus Huss, som gav ut en bok om alkoholisme i 1849 (Huss, 1849). I 1935 ble Anonyme Alkoholikere (AA) stiftet, og Bill Wilson regnes for grunnleggeren av denne organisasjonen. Anonyme alkoholikere ble deretter spredt fra USA til resten av verden. Det var gjennom AA-bevegelsen at synet på alkoholisme som sykdom fikk økende popularitet. Alkoholismeteorien tok utgangspunkt i at alkoholikere er predestinert til å ha et problematisk forhold til alkohol, og at totalavhold er eneste løsning på problemet. AA-bevegelsen bygget mer på ideologi enn vitenskapelige baserte funn, og var en selvhjelpsgruppe som søkte aksept for alkoholisme.

Den første motreaksjonen til rusadferd kom med avholdsbevegelsene. Frem til 2.verdenskrig var det et fokus på måtehold, avhold, og de problemer som drikking påførte samfunnet og nettverket rundt den som drakk. Etter 2. verdenskrig endret fokuset seg, og man kan si at den senere motreaksjonen til rusadferd legger hovedvekten på forskning og behandling. Det var rundt 1950 at pendelen svingte over til behandling og opplysning som tilnæringsmåte mot rusmiddelavhengighet, på denne tiden alkohol. Fokuset ble lagt på de problemer og helseskader rusmidler fikk for individet selv.

Verdens Helseorganisasjon, WHO, erklærte alkoholisme som en sykdom i 1951, og the American Medical Association, AMA, gjorde det samme i 1956. En av de viktige bidragsyterne til anerkjennelsen av avhengighet som en sykdom var E. M Jellinek, som argumenterte for at alkoholisme var en sykdomstilstand (Jellinek, 1960). Anonyme Alkoholikere fremmet som nevnt synet på alkoholisme som sykdom allerede på 30-tallet. Frem til 1970- tallet stod sykdomsmodellen sterkt i Norge, og institusjonene var i stor grad basert på AA's 12-trinns modell.

*Avhengighet som et sosialt problem.* I løpet av 60-tallet skjedde det en endring i synet på avhengighet, og dette skyldes nok først og fremst endring i omfang og type rusmidler. Det skjedde en endring i hvilke stoffer man så på som rusmidler, og det skjedde en endring i hvordan man så på bruken av disse stoffene. Før den kraftige økningen av narkotiske stoffer på 60-tallet ble for eksempel amfetaminliknende stoffer benyttet av mange for å holde seg våken eller øke prestasjonen, uten at dette ble sett på som rusmidler. Synet på bruk av amfetamin endret seg først da rusmiddelbrukere definerte virkningen av dette stoffet som «rus» på 60- og 70-tallet (Fekjær, 2004). Denne omdefineringen førte til en endring i synet på bruken og effekten av amfetamin og andre stoffer, og førte videre til at synet på avhengighet endret seg. Fjær (2004) peker på hvordan ruspolitikken på 70-tallet ble mer innskrenket og mindre liberal, på tross av øket liberalisering innen psykiatri, utdanning og kriminalpolitikk. Det fantes liberale talsmenn også innen ruspolitikken, særlig innen kriminologifeltet. Det var likevel en dominerende oppfatning og enighet om at rus ikke var en privatsak, og at bruk av rusmidler representerte en fare både for individet selv og for miljøet rundt individet. Rus ble slik i løpet av 70- tallet definert som et samfunnsmessig og sosialt problem.

Det ble opprettet en rekke alternative behandlingstiltak på 70 og 80- tallet, i form av kollektiver og terapeutiske samfunn (Fekjær, 2004). Den behandlingsfaglige tankegangen bak disse var knyttet til sosialfaglige perspektiver, med fokus på å bygge opp selvrespekt og sosiale ferdigheter hos de rusmiddelavhengige. De fleste av disse behandlingsstedene ble etter hvert nedlagt, men noen eksisterer fortsatt i form av langtidsbehandling.

*Et øket nevrofysiologisk og biologisk fokus.* På slutten av 1980- tallet gjorde man nevrofysiologiske funn som førte til mer fokus på biologiske forklaringer på avhengighet. Forskere i amerikanske laboratorier fant at rusmidler gav en økning av stoffet dopamin i nucleus accumbens. Det er dette som senere har blitt kalt hjernens belønningssenter, og det forekommer også en økning av dopamin i nucleus accumbens i forbindelse med måltider og sex. Det har likevel aldri vært et ensidig rådende biologisk syn på avhengighet, noe som antagelig kan tilskrives kompleksiteten i fenomenet avhengighet per se. Dyrestudier viser at

dyr som mangler dopamin-reseptorer i sitt nervesystem kan ha samme forhold til rusmidler som andre dyr (eg Rocha et al, 1998).

I Bergen var det et aktivt forskningsfelt innen rus på 80-tallet. Det var et aktivt forskningssamarbeid mellom Hjeltestad-Klinikken (senere Stiftelsen Bergensklinikkene) og det som nå er Det psykologiske fakultet, samt Det medisinske fakultet. Denne forskningen kan sies å særlig ha vært biopsykologisk orientert og omhandlet adferdslaboratoriske studier av rusadferd. Forskningen viste at hjernen tilpasser seg og utvikles ved rusmiddelbruk, og satte slik et fokus på nevropsykologiske mekanismer ved rusbruk og avhengighet (Laberg et al, 2006). Men forskningen fra Bergen pekte også på at avhengighet er noe mer enn biokjemi. Studier viste at alkoholinntak hadde sammenheng med priming-effekter, men at små inntak av alkohol ikke fører til overdriking i seg selv. Kontekstuelle faktorer og forventninger spiller en stor rolle i forhold til overdriking og tap av kontroll. I tillegg kan betingede responser utløse abstinens. Tap av kontroll for alkoholikere avhenger altså av miljøfaktorer og psykologiske prosesser, og er ikke kun et resultat av alkoholens farmakologiske effekt hos personer med alkoholavhengighet (Laberg, 1987). Studier viste også at tap av kontroll i forhold til alkohol avhenger mer av hva man forventer at man drikker, og hvor mye alkohol man tror man drikker, enn hvor mye alkohol det man drikker faktisk inneholder (Berg, Laberg, Skutle & Ohman, 1981).

Robinson og Berridge presenterte i 1993 en psykobiologisk avhengighetsteori som bygget på dyrestudier. Denne teorien sammenfattet biologi og psykologi som gjeldene faktorer bak rusmiddelavhengighet. Teorien understreket hvordan alle potensielle avhengighetsskapende rusmidler har et potensial til å skape varige endringer i hjernens biokjemi ved å endre de strukturene i nervesystemet som er involvert i insentiv (ansporende) motivasjon og belønning. I tillegg vil kontekstuelle faktorer virke inn for å opprettholde rusmiddelbruk, ved å gradvis overta de insentive egenskapene til rusmiddelet og slik opprettholde avhengigheten. Kontekstuelle faktorer eller «cues» vil slik kunne ses på som en type klassisk betingning, hvor kontekstuelle faktorer trigger lysten til å innta rusmidler fordi de assosieres med rusmidler av individet.

*Avhengighet i dag: et helhetsfokus.* I dag er man nokså enige om at rusmiddelavhengighet er et sammensatt multifaktorielt fenomen med individuelle årsakssammenhenger. Det råder enighet i rusfeltet om at genetiske og biologiske faktorer spiller inn, sammen med miljøfaktorer. Mye av fokuset i behandling av rusmiddelavhengige ligger på hvilke konsekvenser rusmidler får for individet selv, og reduksjon av rusmiddelbruk i samfunnet forsøkes gjøres med behandling, opplysning og forebygging. Det at avhengighet

er et multifaktorielt og individuelt sammensatt problem innebærer også at avhengighetsproblemer er vanskelig å behandle adekvat. Kompleksiteten i avhengighet sier noe om at utfordringene ved behandling av dette blir desto større.

#### Politisk Historikk: Bakgrunn For Rusreformen

Rusreformen som kom i 2004 må ses i sammenheng av rusfeltets politiske historikk. Det har siden 60-tallet skjedd mange vesentlige endringer på et politisk nivå, som har ført frem til de styringer som ligger til grunn for behandling av rusmiddelavhengighet i dag.

Statens Edruskapsdirektorat ble etter vedtak av Stortinget opprettet i 1969.

Edruskapsdirektoratet hadde som oppgave å samordne offentlig og privat rusbehandling, og de aller fleste behandlingsinstitusjoner var underlagt dette direktoratet. Edruskapsdirektoratet hørte inn under det daværende Sosialdepartementet. Det var et skille mellom medisinske rusinstitusjoner, som hadde Helsedirektoratet som sentralt administrativt organ, og de øvrige rusinstitusjoner underlagt Edruskapsdirektoratet. Innleggelse til behandling foregikk via lege til de medisinske rusinstitusjonene, og via kommunenes edruskapsnemder til de øvrige institusjoner. Edruskapsdirektoratet ble i 1988 omgjort til Rusmiddeldirektoratet, som igjen ble slått sammen med Sosial- og Helsedirektoratet.

I 1984 kom det en endring i lovverket, hvor fylkeskommunen overtok ansvaret for alkoholistinstitusjonene. Forutfor denne lovendringen var de fleste tiltak regulert av edruskapsloven, mens det nå dreiet mer mot en sosialfaglig tilnærming til rusproblematikk. Hjelpetilbud til rusmiddelbrukere ble omdefinert til kun å være kommunenes ansvar. Kommunene hadde, via sosialtjenesten, hovedansvaret for hjelpetiltak og oppfølging av rusmiddelavhengige. Dette ble understreket i sosialtjenesteloven, Lov 13. desember 1991 nr 81. Sosialtjenesten kunne søke spesialiserte tiltak dersom det var behov for dette. Lov om sosiale tjenester av 1992 fastslo at rusmiddelomsorgen skulle ha en desentralisert oppbygging som delte ansvaret mellom kommunene og fylkeskommunene, med et kommunalt ansvar for all behandling utenfor institusjon som ikke krevde spesialistkompetanse. Det skjedde altså endringer på systemplan, som var et forsøk på å skape mer kompetanse i behandlingssystemet.

Utover 90-tallet ser man tendenser til en dreining i feltet som gikk vekk fra den sosialfaglige tilnærmingen i retning av et mer medisinsk perspektiv på rus.

I 1998 satte det tidligere Sosial- og helsedepartementet ned en arbeidsgruppe som skulle vurdere behandlingstilbudet til rusmiddelbrukere, Nesvåg-gruppen. Gruppen vurderte også tiltak for kvalitetssikring av tilbudet, samt behov for endringer i ansvar og

finansieringssystem innen rusbehandlingen. Gruppen ferdigstilte sin vurdering i 1999, og denne vurderingen var et viktig ledd i det tidligere Sosialdepartementets proposisjoner og høringer som har ledet opp mot den endelige rusreformen.

En viktig bakgrunn for rusreformen er overføringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunen til staten fra 1. januar 2002 (sykehusreformen). Dette innebar at staten overtok ansvar og eierskap for sykehus og spesialisthelsetjeneste. Overføringen omfattet somatikk og psykiatri, men ikke rus. Ifølge Odelstingsproposisjon nr 3 (2002-2003) var hensikten med sykehusreformen å plassere alt ansvar for disse tjenestene hos én aktør; staten. Slik ble det tenkt en redusert mulighet for ansvarsfraskrivelse og gråsoneproblematikk. Det ble også opprettet fem regionale helseforetak (RHF), som fikk et overordnet ansvar for helsetjenestene i de ulike regionene.

Den endelige rusreformen som kom i 2004 består av forslag og endringer forutfor den endelige reformen kalt Rusreform I og Rusreform II. Regjeringen la i Odelstingproposisjonen nevnt ovenfor, Ot.prp. nr. 3 (2002-2003), frem forslag til at de spesialiserte helsetjenestene for rusmiddelbrukere skulle overføres til staten ved de fem regionale helseforetakene. Regjeringen skrev i denne proposisjonen som kalles Rusreform I at de ville komme tilbake til Stortinget i 2003 med forslag til videre organisering av fylkeskommunenes gjenværende ansvar for behandlings- og omsorgstiltak. Denne organiseringen av fylkeskommunenes gjenværende ansvar kalles Rusreform II, og det tidligere Sosialdepartementet la dette frem i Odelstingproposisjon nr. 54 (2002-2003). Det ansvaret fylkeskommunene satt igjen med etter Rusreform I var ansvaret for etablering og drift av institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester for rusmiddelmisbrukere og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere. Etter Rusreform II ble forvaltningsnivåene redusert fra tre til to (Ot. Prp. nr. 54 2002-2003). Når rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004 var det altså kun to ansvarsnivåer for tiltaksapparatet innenfor helse- og sosialtjenesten for rusmiddelmisbrukere; kommunalt og statlig.

Det var i Rusreform I usikkert hva som skulle skje med de mer omsorgspregede institusjonstilbudene. Regjeringen foreslo i Rusreform II å overføre dette ansvaret til kommunene, men Stortinget besluttet å overføre også dette ansvaret til staten ved de regionale helseforetakene i den endelige rusreformen. Rusreform I innebar at alt var lagt til helsetjenesten, og sosialkontorene ville slik ha måttet gå via helsevesenet for å få folk inn i rusbehandling. Rusreform I ble korrigert av det endelige lovforslaget, rusreformen, slik at

sosialkontorene beholdt en del av sin rolle fra den tidligere ordningen, der de også på selvstendig grunnlag kunne henvise til behandling i rustjenesten.

#### Rusreformen 2004

Rusreformen, som trådte i kraft 1. januar 2004, innebar at Stortinget vedtok å overføre fylkeskommunenes tidligere ansvar for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere til staten ved de regionale helseforetakene (Helsedepartementet, 2004). Fylkeskommunenes ansvar for rusmiddelmisbrukere var forutfor rusreformen regulert etter sosialtjenesteloven (lov 13. desember 1991 nr 81). De regionale helseforetakenes ansvar ble som følge av rusreformen definert som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, som vil si at tjenestene ble omdefinert fra å være sosiale tjenester til å bli helsetjenester i form av spesialisthelsetjeneste. Dette betyr at behandling for rusmiddelmisbrukere etter reformen blir regulert av den generelle helselovgivningen, og at rusmiddelmisbrukere kommer inn under pasientrettighetsloven ved anvendelse av denne typen tjenester. Pasientrettighetsloven innebærer blant annet at rusmiddelmisbrukere vil kunne ha:

- Rett til nødvendig helsehjelp, §2-1.
- Rusmiddelmisbrukere som henvises for sitt misbruk vil ha rett til vurdering innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt, §2-2.
- Rett til å få en fornyet vurdering, §2-3.
- Rett til å velge behandlingssted, §2-4.
- Rett til å få utarbeidet Individuell Plan, §2-5.
- Rett til medvirkning og informasjon etter pasientrettighetsloven kapittel 3, regler om samtykke etter kapittel 4 og rett til journalinnsyn etter kapittel 5.

Rusreformen innebar også at institusjoner som tilbyr spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk nå vil være helseinstitusjon etter spesialisthelsetjenesteloven og være omfattet av de rettigheter og lover som gjelder for disse. Endringen til spesialisthelsetjeneste førte til at behandlingsplass ikke lenger ble innvilget ved søknad fra sosialtjenesten, men at behandlingsstedene nå krever henvisning på lik linje med andre spesialisthelsetjenester. Dette førte til en endring for fastleger, som etter rusreformen kan henvise pasienter til behandling for rusmiddelavhengighet. Det førte også til en endring for sosialtjenesten, som fortsatt kan være innsøkende instans til rusbehandling, men nå i form av henvisning istedenfor søknad som forutfor reformen. Det er altså leger eller sosialkontor som kan henvise pasienter til behandling for rusmiddelavhengighet.

Det foreligger en evaluering av rusreformen utført av International Research Institute of Stavanger (IRIS) i 2006 (Rapport IRIS - 2006/227). IRIS fikk som oppdrag av Sosial- og Helsedepartementet å utføre en evaluering av rusreformen etter tre års virketid.

IRIS-rapporten konkluderer med følgende om hvorvidt rusreformen kan sies å ha vært vellykket eller ikke:

Dersom utgangspunktet var en forventning om at rusreformen primært skulle være en forvaltningsreform der behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere skulle innpasses i og underlegges de samme lovkrav som det øvrige spesialiserte helsevesen, er det rimelig å trekke den konklusjon at rusreformen har vært vellykket. [...] Dersom utgangspunktet var en forventning om at rusreformen skulle føre til den samme dekning av behandlingsbehov og den samme bemanningsfaktor i de tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmisbrukere, som i den øvrige spesialisthelsetjenesten, står enda mye igjen (s. 136).

Det har også kommet en oppfølging av rusreformen fra Helsedepartementet, Odelstingproposisjon nr 53 (2006-2007), hvor de la frem forslag til vedtak av endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven ut i fra høringer og erfaringer etter reformen hadde vært gjeldende en tid. Det ser generelt ut som om det gradvis de senere år har blitt et øket fokus og en økt prioritering av rusfeltet fra Regjeringens side. Både rusreformen, oppfølgingen av denne, samt handlingsplaner og bevilgning av økonomiske midler tyder på at rusproblematikk har fått en økt prioritering.

### Behandling Av Rusmiddelavhengige

#### *Ideologi*

Rusbehandlingen i Norge startet som nevnt opp med behandlingstilbud drevet av ulike religiøse aktører. Samfunnet så på avhengighet som moralsk svakhet og dårlig vilje.

Rusmiddelavhengige fikk på denne tiden ingen hjelp av samfunnet, og de falt utenfor både helsevesenet og det som ble ansett som statens ansvar på den tiden. Religiøse behandlingssteder kan slik tenkes å ha vært en reaksjon på at denne gruppen mennesker manglet adekvate behandlingstilbud eller ble behandlet urettferdig, og også en reaksjon på at samfunnet manglet ansvarsfølelse for rusmiddelavhengige. Behandling gjennom frelse og omvending hang sammen med at avholdsbevegelsen og kirken hadde tette bånd på denne tiden, og at kirken stod sterkt i landet. Behandlingen bygget ikke på evidensbaserte teknikker, men hadde derimot nestekjærlighet som motiv. De frivillige organisasjonenes behandlingssteder ble en slags nødhjelp til de som falt utenfor samfunnets helsetjenester og ansvar. Ut ifra denne tankegangen og denne typen behandlingssteder utviklet det seg i Norge



en rusbehandling som var forankret i den samme type ideologi som Blå Kors var bygget på, og som knytter seg til den evangeliske frivillige gjerningen. Denne ideologien ble utviklet videre etter hvert som det ble mer forskning på rus. Men rusbehandling er både sammensatt og komplisert, slik at forskningen ikke har kommet med noen enhetlig løsning eller oppskrift på hva slags behandling som er god og rett behandling. Forskningen har derfor ikke erstattet ideologien som lå til grunn for dagens behandling, men heller bygget på denne.

Rusbehandlingen i Norge har slik gått fra nødhjelp og nestekjærlighet til ideologiske aktører, og videre fra dette til mer forskningsbasert behandling, men fortsatt med en ideologisk grunnmur, frem til i dag hvor rusbehandling har blitt spesialisthelsetjeneste lovmessig sidestilt med somatikk og psykiatri. Fjær (2004) peker på at ruspolitikken i Norge illustrerer hvordan normer og verdier som er gjeldende i en avgrenset tidsperiode fungerer som retningsgiver og sti for diskurser og problemløsningsstrategier lang tid i etterkant.

#### *Behandlingstilbudet i Dag*

I Norge utgjør behandling i institusjon størstedelen av det samlede behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere. Det finnes avrusningstilbud, behandlingstilbud og utredningstilbud. I tillegg til døgnbehandling finnes det også polikliniske tilbud. Det har vært variasjoner i hvorvidt medikamenter brukes i behandling av rusmiddelavhengighet, og dette er særlig aktuelt innen avrusning. Det finnes ingen enhetlig praksis i hvorvidt og i hvilket omfang legemidler brukes som ledd i en avrusning i Norge (NOU, 2003). Det har i de senere år igjen blitt mer utbredt med bruk av legemidler for å dempe abstinens i en avrusningsperiode. Polikliniske tilbud finnes både tilknyttet døgninstitusjoner og som mer eller mindre frittstående poliklinikker. Fastlegen vil også være involvert i mange tilfeller, særlig i forbindelse med henvisning til behandling i rushelsetjenesten. I hvilken grad hver enkelt lege involverer og engasjerer seg i pasientens misbruksproblematikk vil variere. Legemiddelassistert rehabilitering, LAR, har vært et landsdekkende tilbud i Norge fra 1998, og er et behandlingstilbud til langtids opiatavhengige som ikke nyttegjør seg av medikamentfri behandling. LAR-pasienter får metadon eller buprenorfin, som er helsyntetiske opioidagonister, i tillegg til en bred psykososial behandling i samarbeid med sosialtjenesten. Det er med andre ord mulig å behandle noen sider ved avhengighet som abstinenssymptomer med medisinske tiltak, men dette har ikke vært tilstrekkelig til å sikre fremtidig kontroll med rusmisbruk eller å hindre tilbakefall.

Behandlingstilbudene for rusmiddelavhengighet består i dag både av religiøse aktører, offentlige behandlingstilbud, livsnøytrale stiftelser og aksjeselskaper, samt noen private omsorgstilbud, deriblant evangeliesentre.

### Dilemmaer Ved Behandling Av Rus

Det er ikke til å komme utenom at det eksisterer dilemmaer i rusbehandlingen. Rus er et sammensatt problem, som derav byr på mange behandlingsmessige utfordringer. Hva slags dilemmaer og utfordringer som finnes innen rusbehandling vil ha stor betydning for helsevesenet, for hvordan behandlingen ser ut og for hvordan behandlingen fungerer.

#### *Ruspasienter Som En Utfordrende Pasientgruppe*

Rusmiddelavhengige kan oppfattes som en vanskelig behandlingsgruppe av helsepersonellet som jobber innen rusfeltet, og det er ulike ting som kan tenkes å ligge til grunn for dette. En faktor er ambivalensen man gjerne finner hos rusmiddelmissbrukere som oppsøker hjelp til å komme ut av avhengigheten. Ambivalens vil her si at man både ønsker og ikke ønsker å slutte med å ruse seg på en gang (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). Denne ambivalensen kan gjøre det utfordrende for helsepersonell og for personen selv, da den gjerne gir seg utslag i skiftende motiver, meninger og handlinger. Rus er slik prinsipielt vanskelig å behandle fordi det ligger en behovstilfredsstillelse i rusen, og det er en tilstand som er preget av et ønske om å fortsette.

Et annet dilemma som er beslektet med det overnevnte er at det er forholdsvis uproblematisk med akuttbehandling av rus, mens det er vanskelig å få til varig behandling av rusmiddelmissbrukere. Dette kan man finne belegg for i rusbehandlingen. Ruspasienter klarer gjerne å gjennomføre en kort og akutt behandling, enten i form av legevakt eller avrusning. I forhold til antall rusmiddelavhengige som har et behov for hjelp er det derimot få som klarer å gjennomføre langtidsbehandling, og enda færre som ikke får tilbakefall og har behov for flere runder i behandlingsvesenet. Det er slik et dilemma at rusbehandling er noe som tar lang tid, mens det samtidig er vanskelig å få ruspasienter til å stå i rusbehandlingen og gjennomføre langtidsbehandling.

#### *Sykdom Eller Symptom*

Et kjernedilemma innen rusbehandling går tilbake til definisjonen av avhengighet, og om hvorvidt man definerer rusmiddelmissbruk og avhengighet som en sykdom eller som et symptom. Med økende kunnskap og teknologi innen nevropsykologi og biomedisin har det blitt mulig å undersøke biokjemiske prosesser og mekanismer i hjernen. Dette har igjen ført til et øket biokjemisk fokus på avhengighet og forsøk på å forklare dette. Leshner (2005) er en av talsmennene for at avhengighet er en sykdom. Han mener at bruk av narkotiske stoffer over tid fører til en endring av hjernens biokjemi, og at avhengighet slik er en kronisk sykdom på linje med Alzheimer eller Schizofreni. Mekanismene i hjernen endrer seg ved rusmiddelmissbruk, og suget etter stoff eller alkohol blir som følge av disse endringene i

hjernen så sterke at biokjemien overvinner viljestyrken til individet. Bruk av rusmidler fører til endringer i humør, hukommelse, persepsjon og følelsesmessige tilstander, og disse endringene er langvarige. Selv om et individ slutter å bruke rusmidler vil endringene i biokjemien vedvare, i alle fall over en lengre periode. Leshner mener slik at det er vanskelig både å slutte med rusmidlet og å ikke begynne igjen, fordi både hukommelse, emosjoner, persepsjon og andre mekanismer har blitt endret til å fungere aktivert av rusmidlet, og slik vil trigge sug og ønske om å bruke rusmidlet igjen. Leshner påpeker at alt ikke kan tilskrives biokjemi når det gjelder rusmiddelavhengighet, fordi det å begynne å bruke rusmidler er en valgt, frivillig handling individet velger å gjøre av ulike årsaker. Biologiske og adferdsmessige forklaringer trenger ikke være motstridende, derimot kan de være utfyllende og integrerbare. Leshners hovedpoeng er likevel at avhengighet per se er en biokjemisk hjernesykdom, fordi rusmidler endrer hjernens biokjemi. Han mener at det viktige ikke er å se på årsaken til at man valgte å bruke rusmidler i første omgang, men hvorvidt rusmidler forårsaker det vi kjenner som selve kjernen i avhengighetsadferd: ukontrollerbart og tvangsmessig (compulsive) sug etter rusmiddelet, og bruk på tross av negative konsekvenser. Avhengighet kan slik defineres som en hjernesykdom uttrykt i tvangsmessig (compulsive) adferd. Ved å se på avhengighet som en sykdom mener Leshner at vi bedre kan forstå hvorfor det ikke enkelt lar seg gjøre å behandle folk for avhengighet, og hvorfor mange individer ikke klarer å komme seg ut av rusmiddelavhengighet på egen hånd. Sykdomsmodellen kan åpne for mer medikamentell behandling av avhengighet, fordi økt kunnskap om biokjemi vil kunne føre til økt kunnskap om ikke-avhengighetsskapende legemidler som kan brukes for å få et individ ut av abstinens og avhengighet. Noen vil kanskje også hevde at helsevesenet fraskriver seg behandlingsansvaret for rusmiddelmisbrukere hvis man fraskriver avhengighet som en sykdom og heller ser på det som et individuelt valg. Hvis både det å begynne å bruke rusmidler, men også det å fortsette med et langvarig misbruk kan tilskrives viljestyrke, motivasjon og valg, vil jo også alt ansvar for avhengighet, avrusning og behandling falle på det enkelte individ.

Schaler (2005) mener på den annen side at avhengighet er en adferd, ikke en sykdom. Han hevder at det må skilles mellom en handling og dens resultater, og at adferd som kan forårsake sykdom ikke nødvendigvis er en sykdom i seg selv. De endringene som skjer i hjernens biokjemi som følge av rusmiddelbruk er ifølge Schaler kun et mål på rusbruken som skjer eller har skjedd i kroppen, og ikke årsaken til avhengighet i seg selv. Schaler påpeker at vi ofte gjør feil når vi finner paralleller mellom fysiologiske og mentale prosesser, fordi vi da antar at det er den fysiologiske prosessen som ligger til grunn for den mentale, og ikke

omvendt. Det finnes slik ikke noe hinder for en erkjennelse av at tanker, ønsker, motiver, verdier og andre mentale fenomener kan dominere kroppslige funksjoner, her i form av rusmiddelbruk. Det følger også av denne symptomatiske tenkningen at det ikke vil hjelpe å ta tak i rusproblemet hvis man ikke også tar tak i problematikken som ligger til grunn for ønsket om å ruse seg. Schaler mener at rusavhengighet ikke er så enkelt som de biokjemiske endringene rusmiddelbruken forårsaker i hjernen, og at det er det adferdsmessige i rusbruk som veier tyngst. Symptommodellen antar at riktig behandling av de bakenforliggende psykiske problemene vil medføre reduksjon i behovet for rusmidler. Man når avhengighet har oppstått vil det ofte være andre årsaker til å fortsette rusbruken enn det var for å begynne med rusmidler. Et eksempel på dette er hvordan betingede responser kan utløse abstinens. Det ser slik ut til at synet på avhengighet som sykdom eller symptom ikke utelukker hverandre, men kan utfylle hverandre.

#### *Hva Sier Forskningen?*

Det er gjort mange interessante funn som belyser debatten om avhengighet som sykdom, blant annet forsøk utført for å kartlegge de kroppslige virkningene av opiatstoffer. Ved Harvard Medical School ble det på femtitallet utført et studie hvor man undersøkte friske, syke og rusmiddelavhengige, og hvor de ble gitt placebo, morfin, heroin, amfetamin og et sovemiddel/barbiturat. Personene visste ikke hva slags stoffer de fikk. Denne studien fant det som også har blitt funnet i senere studier; de aller fleste av forsøkspersonene syntes virkningen av opiatvar ubehagelige, og de ønsket ikke å få de om igjen. Dette gjaldt ikke de rusmiddelavhengige som var med i forsøket. De fleste forsøkspersonene oppfattet amfetaminets virkning som behagelig, mens placebo og sovemiddel ble vurdert nøytralt (Lasagna, Von Felsinger & Beecher, 1955). Disse resultatene er svært interessante for definisjonen av avhengighet. Hvis virkningen i utgangspunktet er ubehagelig, og forsøkspersoner som får opiatvar ikke ønsker å få de igjen, vil det da si at opiatmisbruk skyldes sosiale faktorer, i alle fall i begynnelsen? Er det som Leshner hevder, at bruk av rusmidler fører til avhengighet på grunn av biokjemiske endringer i hjernen? Hvorfor blir noen avhengige misbrukere av et stoff, mens flertallet som prøver det ikke blir misbrukere? Ifølge Fekjær (2004) viser alle undersøkelser at de fleste «tunge» misbrukere, det vil si daglige brukere av heroin med sprøyter, har hatt store personlige problemer før de ble rusmiddelavhengige. Fekjær påpeker også at det finnes mange måteholdsbrukere av illegale stoffer, som bruker heroin eller amfetamin, men som ikke bruker det daglig. Slik kan det se ut til at rusmisbruk er mer et symptom enn en ren fysiologisk avhengighet til stoffet, og at de som blir rusmiddelavhengige gjerne har bakenforliggende problemer som utløser rusmisbruk.

Ege (2004) mener på den annen side at symptommodellen er utilstrekkelig fordi den ikke legger nok vekt på fysiologisk og psykisk avhengighet. Ege påpeker at fysisk og psykologisk avhengighet vil utvikles når man bruker et stoff over tid, og at dette må tas hensyn til i behandlingen av rusmiddelavhengige. Det er også et poeng at det er vanskelig å komme seg ut av et rusmiddelmisbruk, og at flertallet ikke makter å gjøre dette på egen hånd, mens mange heller ikke klarer det innenfor et behandlingsapparat. Dette peker mot at det er mer en personlige problemer som opprettholder rusmiddelavhengighet.

Hensikten med oppgaven er ikke å slå fast hvorvidt avhengighet skyldes biologiske eller psykososiale faktorer, eller å slå fast hvorvidt avhengighet er en hjernesykdom eller et individuelt valg. Det er likevel interessant og meget relevant for oppgaven å belyse dette definisjonsproblemet, nettopp fordi mekanismene bak avhengighet må ligge til grunn for behandlingen av dette. Hvordan man definerer avhengighet får følger for hvordan behandlingstilbudene skal være og ikke minst hvilke regelverk behandling av rusmiddelavhengige kommer inn under. Slik vil synet på og definisjonen av avhengighet ha betydning for hvor i helsevesenet rusbehandling hører hjemme.

### *Alkohol Og Lovgivning*

Et annet dilemma innen rusbehandling er alkoholens utbredelse og skadeomfang. Behandling av rusmiddelavhengighet omhandler i dag både narkotiske stoffer og alkoholbruk. Alkohol og narkotika har ulike roller i Norge. Alkohol er lovlig, og narkotiske stoffer er ikke lovlige. Oppgaven vil belyse noen av dilemmaene med ruslovgivningen i forhold til skader på samfunn og individ.

Et dilemma med skillet i lovgivning og derav tilgjengelighet og normer er at alkohol er det rusmiddelet som skaper flest problemer på et samfunnsmessig nivå, i form av vold, skader og omfang av bruk (NOU, 2003). Alkohol har en lang tradisjon som rusmiddel i Norge, og dette tenkes også å være grunnen til at alkohol klassifiseres som mest ufarlig ved å være et legalt rusmiddel. Noe av det som gjør lovligheten og derav ufarliggjøringen av alkohol problematisk er at det for alkohol er det påvist nær sammenheng mellom antall storbrukere i en befolkning og det gjennomsnittlige forbruket i samfunnet. Det følger av dette at skader som følge av høyt forbruk over tid vil samvariere med det gjennomsnittlige alkoholkonsumet i samfunnet. Alkohol er det eneste rusmiddelet hvor denne sammenhengen er påvist (NOU, 2003). Det er slik et dilemma innen rusbehandlingen at det rusmiddelet som gjør mest skade og er mest utbredt også er det rusmiddelet som er lovlig å bruke, og som det er stor aksept for i samfunnet generelt.

*Psykatri Kontra Rus*

Et annet aktuelt dilemma innen rusbehandling er hvorvidt rus og psykiatri hører sammen eller ikke. Behandlingsapparatet for rusmiddelavhengighet er et resultat av mange års utvikling. De første behandlingsstedene var som nevnt private, religiøse kursteder. Etter hvert fikk vi i Norge et landsdekkende behandlingsapparat, bestående av ideologiske organisasjoner som var betalt av det offentlige og i økende grad styrt av helseprofesjonelle grupper. Frem til 1960-tallet var behandlingsstedene stort sett ment for behandling av alkoholproblemer. Med den endringen i rusmisbruk som kom i løpet av dette tiåret ble det daværende behandlingsapparatet funnet uegnet (Stortingsmelding 66, 1976). Det ble derfor bygget ut tiltak i psykisk helsevern og i samarbeid med psykisk helsevern, samt andre offentlige etater. Dette resulterte i Psykiatriske Ungdomsteam og spesialavdelinger, bo- og arbeidsfellesskap, samtidig som alkoholistsorgen fortsatte utviklingen av klinikkssystemet med økende vekt på politiske arbeidsformer.

I dag er psykiatri og rus adskilt i behandlingssystemet. Dette var ikke noe som skjedde på et bestemt tidspunkt, men var heller et langsomt resultat av at det hele veien har vært ulike oppfatninger om rusproblemer skal betraktes som et symptom på psykiatriske lidelser eller som et atferdsproblem med primært sosiale årsaker. Det råder også ulike syn på om skillet mellom rus og psykiatri gir riktig behandling eller ikke. Psykiatrien har ofte ikke kompetanse til å ta seg av pasienter med rusavhengighet, og behandlingsinstitusjonene for rusmiddelavhengighet har ikke kapasitet til å ta seg av behandling av psykiske lidelser. Slik blir det en oppdeling av behandling, hvor pasienten gjerne først kommer til behandling for rusmiddelavhengigheten før de kan få behandling i psykisk helsevern. Mange av pasientene som er rusmiddelavhengige sliter med dobbeltdiagnoser, og det kan slik være vanskelig å gi de et helhetlig, samlet tilbud. Rusreformen skaper på en måte et videre skille mellom rus og psykiatri, fordi psykiatri er en spesialisthelsetjeneste. Rus og psykiatri blir med rusreformen intendert sidestilt i helsevesenet, i og med at rusbehandling også har blitt spesialisthelsetjeneste. Slik kan det se ut som at rusreformen legger opp til at rus og psykiatri skal behandle pasienter separat istedenfor parallelt, og det er også slik det gjøres i praksis i dag, men unntak av noen institusjoner som har spesialisert seg på dobbeldiagnostikk (e.g Manifestsenteret, Røyken).

Et viktig tema som problematiserer dagens separering av rus og psykiatri er igjen hvorvidt rusmiddelavhengighet defineres som en sykdom eller som et symptom. Hvis rusmiddelavhengighet er et symptom, som igjen vil si at den rusmiddelavhengige har bakenforliggende, psykiske problemer som ligger til grunn for rusmisbruket, vil

rusbehandling falle inn under psykiatri. Man kan også hevde at rusmiddelavhengighet allerede er definert til å høre inn under psykiatriske helsetjenester, fordi rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet er definert som psykisk lidelse både i ICD-10 og DSM-IV. Dette vil jo si at både Verdens Helseorganisasjon (WHO) og den amerikanske psykologforeningen (APA) har kommet til enighet om at rusproblemer er en del av psykiatrien.

Hvis rusmiddelavhengighet på den annen side defineres som en sykdom, vil dette bety at rusmiddelavhengige bør få behandling innenfor somatikken på lik linje med andre somatiske lidelser med psykogene årsaker. Det bør da ikke være noe forskjell i behandlingstilbud, kvalitet eller ventetid om du for eksempel har ryggproblemer eller rusmiddelavhengighet. En av intensjonene med rusreformen var nettopp å sidestille rushelsetjenester med annen spesialisthelsetjeneste. Men spørsmålet blir da igjen om dette er oppnådd, og hvordan det kan oppnås vil igjen avhenge av hvor i systemet rusbehandling passer inn og hører hjemme.

Vi ser av disse spørsmålene at mange av dilemmaene innen rusbehandling leder tilbake til hvordan vi definerer rusproblemer. Denne definisjonen vil ha avgjørende betydning for hvor i helsesystemet rusbehandling hører hjemme. Men enda viktigere er spørsmålet om hvor i helsesystemet rusbehandling *bør* plasseres. En ting er definisjon og kategorier, en annen ting er hva som faktisk fungerer og hvordan tilbudet bør være for at hvert enkelt individ skal få best mulig hjelp for sitt rusproblem- uavhengig av om problemet defineres som en sykdom eller som et symptom for underliggende problemer.

#### Helsevesenets Mottagelse av Rusreformen

##### *Dagens utfordringer*

Det å sette rusbehandling inn i et helsetjenesteperspektiv skaper mange utfordringer, både faglig og lovmessig. Det skaper utfordringer fordi det fører til store endringer, både i prosedyrer og lover. Men helseperspektivet skaper også utfordringer fordi det belyser hvordan rusbehandling skiller seg fra annen type behandling i helsevesenet.

En stor utfordring innen rusbehandling er at det er vanskelig å forske på og finne klare svar på hva slags behandling som hjelper for de ulike typer avhengighet. Man finner ikke like klare årsaksforhold som innen for eksempel somatikk, og man vet ikke akkurat hva som hjelper mot hva fordi det er mye mer individuelle forskjeller innen rusmiddelavhengighet. Behandling av rusmiddelavhengighet har slik et evidensproblem, i form av at det finnes mange gode behandlingstilbud, men lite evidens fordi det er vanskelig å forske på og slå fast hvordan behandlingen hjelper. Det er rett og slett vanskelig å forske på rusbehandling. En viktig årsak til dette kan være at behandling av rusmiddelavhengighet er noe som tar lang tid,

samt at pasienter gjerne må gå flere runder i behandlingssystemet før behandlingen hjelper. Det er slik vanskelig å måle effekten av behandling.

En annen faktor som skiller rusbehandling fra andre helsetjenester er at det generelt er liten effekt av behandlingen, særlig hvis man ser på behandlingsstatistikk i forhold til somatikk og psykiatri. Det finnes mange kompetente og flinke fagfolk innen rusbehandlingen, men pasienter som kommer til behandling har liten effekt av denne. Med effekt mener jeg at få pasienter som får behandling for rusmiddelavhengighet klarer å holde seg rusfrie over lang tid etter kun noen måneders behandling. Det er slik en forskjell fra for eksempel somatikk, hvor man behandler pasientens problem over noen dager, uker eller måneder, og så ser man direkte bedring som følge av denne ene behandlingen. Her er det viktig å påpeke at effekten av rusbehandling er vanskelig å måle, og at behandling av avhengighet tar lang tid. Men det er et viktig problem, fordi det igjen peker på at man mangler evidens for hva slags rusbehandling som virkelig nytter.

Hvordan vi definerer rusmiddelavhengighet vil ha stor betydning for behandlingsapparatet. Det vil være avgjørende for hvor i behandlingssystemet rus skal komme inn under, eller om det skal være en egen del, slik det er i dag. Det vil også ha stor betydning for hvilke lover, forskrifter og retningslinjer som vil være styrende for rusbehandling. Det er også behandlingsapparatet og fagpersonene som jobber med rusbehandling daglig som best ser hva slags utfordringer som finnes i rusfeltet. Rusreformen har på en måte belyst begge disse temaene, ved å omdefinere hvor i helsevesenet rusbehandling hører inn under, og ved å bringe med seg endringer og utfordringer for både pasienter og helsepersonell.

### *Rusbehandling I Et Systemperspektiv*

Behandlingssystemet består av flere nivåer, og problemene som finnes vil ta seg ulikt ut avhengig av hvilket nivå man ser de på. Øverste nivå i behandlingen av rusmiddelavhengighet vil være et politisk nivå. Dette nivået rommer styringsmessige tiltak for rusbehandlingen, og vil omfatte lovgivning, stortingsvedtak og andre ting som er med på å styre hvilke rammer rusfeltet har å forholde seg til. Nest øverste nivå er organisatorisk nivå. Dette nivået blir et slags implementeringsnivå, og omfatter utføringen av rammene som er lagt av nivået over. Implementeringsnivået vil omfatte de ulike aktørene innen rusbehandlingssystemet, samt organiseringen av disse. Nest nederste nivå er et rolle- eller gruppenivå, som omfattes av hva slags fagområde det er snakk om. I dette tilfelle vil dette nivået omfatte rusbehandling og de ulike faggrupper som jobber innen dette feltet. Nederste nivå av behandling vil være et individnivå. Fagpersoner som jobber med rusbehandling vil ha



sine individuelle holdninger, egenskaper og erfaringer som både preger dem som fagperson men også påvirker hvordan de møter pasienter og systemet de arbeider i. Vanligvis er det dette individnivået man fokuserer på i et psykologisk perspektiv. Når man ønsker å se på behandlingen av rusmiddelavhengige kreves det at man noen skritt opp nivåmessig, og ser på feltet som system fra et slags organisasjonsmessig metaperspektiv. Dette for å belyse det systemet rusbehandling er, og se rusbehandlingen på en måte som rommer både politikk og styringer, implementering og organisering, og et bredt nivå av utfordringer og problemer som finnes i rusfeltet.

#### *Valg Av Informantgruppe*

I denne oppgaven fokuseres det på en spesifikk gruppe helsepersonell; leger. Legene har som nevnt fått omdefinert sitt ansvar etter rusreformen, ved at de nå er den instansen, sammen med sosialtjenesten, som kan henvise pasienter til behandling av rusmiddelavhengighet. Dette vil føre til at legene har mer ansvar enn tidligere, samt at de vil ha en annen rolle enn de hadde før rusreformen for pasienter med rusmiddelproblematikk. Leger møter daglig personer med rusmiddelproblematikk, og de har en rolle innenfor mange ulike nivåer av rusbehandlingsapparatet. Leger har roller i alle faser av rusbehandlingen, i motsetning til psykologer som gjerne kommer inn etter avrusning og når pasienten er mer på plass. Leger er inne også i akutt fase, og har med de somatiske sidene ved rusbehandling i tillegg til de psykologiske faktorene. Derfor tenker jeg at leger er den faggruppen som har et mest helhetlig bilde av rusbehandlingen i sitt møte med pasientene. Leger er også en aktuell gruppe i forhold til rusreformen, fordi de må forholde seg til denne på et direkte nivå i sitt arbeid med rusmiddelavhengige. Legene møter mye ansvar og store krav, og de må løse hvordan de skal forvalte bestemmelsene som kommer ovenfra i form av politiske styringer. Forskningen sier noe om at rusproblematikk ikke kan løses på samme måte som det gjøres i somatikken. Likevel er det nå politiske krav om dette etter rusreformen, og det er legene som sitter med dette dilemmaet i forhold til implementering av de politiske styringene i sitt møte med ruspasienter.

Ved å intervju fire leger ble det innhentet informasjon og erfaring fra en spesifikk gruppe. Brown (2000) peker på at rolle og posisjon styrer holdninger og adferd, og at man også formes av forventninger og status som følger med rollen. Brown peker på hvordan ulike grupper helsepersonell vil ha forskjellige måter å møte pasienter og problemer på, og at dette er preget både av posisjon, status og forventninger til de ulike faggruppene i tråd med de sosialpsykologiske prosesser som foregår i og mellom ulike grupper. Han peker på det viktige

i at hver faggruppe kan bidra med noe unikt og viktig ut i fra sin rolle og sitt perspektiv, og det er nettopp dette jeg ønsker å få frem ved å velge leger som informantgruppe.

### Presentasjon Av Intervjuene

#### *Metode*

Fire leger ble høsten 2007, for å få deres perspektiv på og erfaringer med rusreformen. Formålet var å undersøke hva slags utfordringer rusreformen belyser når det gjelder behandlingen av rusmiddelavhengige. Semistrukturert kvalitativt intervju ble benyttet som metode. Intervjuene var semistrukturerte for å ha rom for hver enkelt leges unike syn og erfaringer, samt åpne opp for temaer og refleksjoner som kunne gå utenfor en fastsatt mal. En intervjuguide ble laget forutfor intervjuene, hvor det var fire hovedtemaer for intervjuet. Disse fire temaene var følgende:

- Legens rolle i møtet med pasienter med rusproblematikk.
- Overgangen til spesialisthelsetjeneste.
- Krav om evidensbasert behandling.
- Hvilken type rusmiddelproblematikk som er mest utfordrende.

Disse temaene ble brukt som et utgangspunkt for å få frem legenes unike syn på de utfordringer de ser og berøres av innen rusfeltet. Alle intervjuene ble i tillegg avsluttet med å spørre legene hvilke tiltak de tenker seg skal til for å gjøre det enklere for leger å jobbe med personer med rusmiddelproblematikk.

En maksimumtid på en time ble satt på intervjuene i forkant av undersøkelsen. Lengden på intervjuene ble mellom 40 og 55 minutter hver.

Legene ble forespurt via telefon, og de fikk deretter en email med kort informasjon om hovedoppgaven og intervjuet. Selve intervjuet ble gjennomført på legenes arbeidsplasser, og tatt opp på minidisc slik at intervjuene kunne transkriberes etterpå.

#### *Informantene*

Det ble valgt fire leger som alle arbeidet i ulike deler av helsevesenet, og som slik møter rusreformen og rusproblematikk på ulike måter og på ulike nivåer i helsesystemet. Legene representerer hver for seg et ståsted i systemet, og formålet med intervjuene var å benytte dette som en måte å belyse rusbehandlingen og hva slags utfordringer som ligger her. Legenes navn blir ikke brukt i analysen av intervjuene, fordi dette kan farge oppfatningen til leserne av oppgaven som kjenner til de ulike legene. Informantene var tenkt å være øyne inn til ulike deler av rusfeltet, og deres ulike syn og erfaringer skal stå som nettopp unike erfaringer legene har, og ikke som konflikter eller motsetningsforhold satt opp mot hverandre ut i fra deres ulike plassering i helsetjenesten. Legene blir derfor kalt Lege 1 til 4.

Lege 1 jobbet da intervjuet fant sted som klinikkssjef ved en behandlingsinstitusjon, og hadde en stilling som særlig gikk på vurderinger av pasienter til behandling i rustjenesten. Denne behandlingsinstitusjonen har en inntaksenhet, en avrusningsenhet, en enhet for langtidsbehandling, samt en poliklinisk enhet. Lege 1 har slik et behandlingsinstitusjonsmessig ståsted i forhold til rusreformen og utfordringer med rusbehandling, og arbeider med pasienter som er søkt inn til behandling.

Lege 2 jobbet som allmennpraktiserende lege, og hadde også stilling ved seksjon for sosialmedisin ved UiB. Han arbeidet i tillegg som tilsynslege for et bo og omsorgsenter for hjemløse. Lege 2 har slik et perspektiv som blir i den andre enden av systemet enn Lege 1, fordi han jobber mer med pasienter som skal søkes inn til rusbehandling.

Lege 3 arbeidet som leder for rusmedisinsk team Helse Bergen. Rusmedisinsk team jobber for å øke kompetansen innen Helse Bergen i forhold til arbeid med rusmiddelmissbrukere, og har slikt et mer teoretisk, systemorientert og somatisk syn på rusreformen og utfordringer innen rusbehandlingen.

Lege 4 arbeidet som allmennpraktiserende lege, og jobbet også som lege ved Legevakten. Han arbeidet i tillegg som skolelege. Lege 4 får slik et syn på rusbehandling ut i fra sin erfaring med pasienter som har behov for behandling av rusmiddelavhengighet, akuttbehandling, og i tillegg ungdom og rusproblemer i skolen.

### *Analysen*

Ved å intervju fire ulike leger som alle møter rusproblematikk i sin yrkeshverdag ønsket jeg å få frem deres unike perspektiv på behandling av rusmiddelavhengighet både som individer og som del av et system. Dette for å få en forståelse både av hva slags utfordringer og problemer som finnes innen rusbehandlingen, samt for å få innblikk og erfaringer fra ulike deler og nivåer av rusbehandlingssystemet.

En kan tenke seg at det finnes fire nivåer som legene representerer i forhold til behandling av rusmiddelavhengighet. Det første nivået vil være individnivå. Her vil legenes egne holdninger og synspunkter komme frem, som lege og fagperson, men også som selvstendig individ. Det neste nivået er en type rolle- eller gruppenivå, hvor legenes synspunkter og holdninger farges av fagområdet de befinner seg innenfor. I denne intervjuanalysen vil fagområdet være rusbehandling. Tredje nivå er organisasjonsnivå, og på dette nivået vil legenes holdninger og synspunkter preges av organisasjonen de hører til i form av arbeidsplass og hvor i behandlingssystemet de befinner seg. Det øverste nivået vil være politisk nivå, hvor avgjørelser tas og styringer legges for utføring og utvikling av rusbehandlingen.

Intervjuanalysen har fokusert på nivå to og tre, rolle/gruppe-nivå og organisasjonsnivå. Transkriberingen av intervjuene ble lest igjennom mange ganger, og det ble forsøkt å fange hva hver enkelt lege sier og mener om rusbehandlingen som et system. Formålet var å fange hva deres erfaringer er ut i fra deres rolle som leger i rusfeltet (nivå to), og det ble vektlagt å få tak på hvordan de møter utfordringer og problemer ut i fra deres posisjon i feltet på et organisasjonsnivå. Selv om analysen har fokusert på disse to nivåene, vil alle nivåer være representert fordi hver lege har sitt individuelle perspektiv, og fordi alle nivåene i rusbehandlingen vil bli styrt og påvirket av det øverste politiske nivået som til enhver tid er gjeldende styringsprinsipper.

Videre ble det viktigste og mest relevante fra hvert intervju valgt ut i forhold til oppgaven og de problemstillingene oppgaven tar utgangspunkt i. Det ble slik forsøkt å fange essensen av det hver lege forteller, med et fokus på hvilke utfordringer de ser fra ulike posisjoner innen rusbehandling. Det bemerkes at det ikke har blitt utelatt særlig mye fra noen av intervjuene, men at legenes erfaringer har blitt gjengitt på en mer konsis og oversiktlig måte. Slik ble en analysemetode kalt «condensation» eller meningskondensering benyttet (Kvale, 1996).

Analysen har fulgt noen hovedaspekter ved kvalitativ metode beskrevet av Kvale (1996). Disse har vært aspekter både ved utformingen av intervjuene, utføringen av intervjuene samt analysen av disse. Analysen har søkt å beskrive og forstå sentrale temaer som legene har erfart og påvirkes av. Videre har analysen søkt å forstå meningen av disse sentrale temaene, og få frem hver leges unike synspunkt. Det har blitt søkt kvalitativ kunnskap gjennom språk og samtale, og videre har det blitt forsøkt å legge til rette for en åpenhet istedenfor å ha lukkede spørsmål og strenge rammer for intervju og tolkning.

### *Intervjuene/Resultater*

*Lege 1.* Lege 1 har behandlingsinstitusjon som ståsted i forhold til å se hvordan rusreformen fungerer og hvilke utfordringer han ser i rusfeltet. Han møter pasienter som er søkt inn til behandling, og som skal vurderes i forhold til behov og rettigheter. I tillegg har han systemerfaring fra behandlingsinstitusjonen, og ser hvordan rusreformen har påvirket behandlingsstedene i forhold til krav, regler og endringer i systemet. Lege 1 har jobbet som fastlege tidligere, og har også med seg erfaringer fra sitt møte med ruspasienter i førstelinjetjenesten.

Lege 1 påpeker at det er nybrottsarbeid å tenke rus inn i et helsetjenesteperspektiv. Det å plassere rus inn i helsetjenesten var hovedmålet med rusreformen, og man håpet slik å kunne oppnå bedret behandlingstilbud og mer likestilte tjenester for ruspasientene. Men ved å

definere rusbehandling som spesialisthelsetjeneste vil det i omleggingen oppstå en del utfordringer. Noen av disse utfordringene er for eksempel endring i lover, kriterier og prosedyrer i forhold til henvisninger, pasientutvelgelse og inntak. Lege 1 peker på noen av disse utfordringene ut ifra sitt ståsted i en behandling sinstitusjon. Rusreformen og det at behandlingstilbudene ble plassert under de regionale helseforetakene førte til en endring i pasientpopulasjonen. Tidligere hadde behandlingsstedene en populasjon fra nærområdet til institusjonen, og de stod friere til å velge pasienter ut i fra skjønn og kjennskap til pasientene fra tidligere. Etter rusreformen kan behandlingssteder få søkere fra hele landet, og kriteriene for inntak er definert av pasientrettighetslovens kriterier for rett til behandling (behov, nytteverdi og akseptabel kostnad). Denne endringen i pasientpopulasjon og inntakskriterier gjør at Lege 1 mener behandling sinstitusjonene har et behov for grundige henvisninger fra sosialtjeneste og fastleger som henviser pasienter til rusbehandling. De har behov for å vite noe om pasientens situasjon og ressurser, og ønsker informasjon om familiære forhold, sosiale forhold, arbeid, skolegang og liknende. Lege 1 peker på at det er nytt etter rusreformen at legene kan henviser til rusbehandling. Det er også nytt at sosialtjenesten kan henviser pasienter til en spesialisthelsetjeneste. Lege 1 mener at det i denne endringen vil være kulturer som møtes og brytes. Han peker på at fastlegene gjerne ikke skriver utfyllende nok henvisninger, og at de beste henvisningene er de som lages i samarbeid mellom fastlege og sosialtjenesten. Han mener det er for lite samarbeid mellom leger og sosialtjeneste i forhold til å vurdere pasienter og henviser de til rusbehandling. Men Lege 1 ser også at det er utfordrende for fastlegene, både å ha tid til å skrive grundige henvisninger, og å arbeide med ruspasienter generelt. Lege 1 påpeker at ruspasienter reiser en lang rekke utfordringer som leger ikke møter på innenfor somatikken. Han mener for eksempel at ruspasienter har mye mer sammensatte problemstillinger og at man slik i større grad må arbeide ut i fra et helhetsperspektiv når man jobber med rusproblematikk. Pasientene er også mer ustabile og uforutsigbare.

Lege 1 peker også på at helsevesenet har et volumproblem og et strukturproblem innen rusbehandling. Behandlingsplasser er en mangelvare, og det er stor ulikhet mellom etterspørsel og tilbud. Rusreformen søkte nettopp det å gjøre det enklere for pasienter å komme til behandling for rusmiddelavhengighet, men reformen må da følges opp av en opprustning av behandling splasser som Lege 1 påpeker. Strukturproblemet mener han ligger i at vi har liten kunnskap om hvilke typer behandling som virker for hvilke typer rusavhengighet, og at det generelt er behov for en større innsikt i effekten av behandling. Lege 1 mener også at det finnes for lite forskning på rusfeltet, og at det er via forskning man

kan øke kunnskapen for å løse strukturproblemet. Lege 1 mener at kvalitetssikringen i rusbehandlingen vil foregå empirisk, i det som skjer i brytningen mellom kommune og stat, helseforetak og kommune, og mellom pasient og fagperson. Han mener og at det er viktig at både pasient og institusjoner reiser spørsmål for å sikre en utvikling av fagfeltet.

Som nevnt tidligere i oppgaven har synet på avhengighet forandret seg opp gjennom tidene. I dag virker det som om det er større aksept for alkoholproblemer enn narkotikaproblemer, men at det uansett oppleves som stigmatiserende og flaut å ha et rusproblem. Lege 1 peker på dette, og mener at få pasienter er åpne om sitt rusproblem til sin fastlege. Det kan være ulike grunner til at pasientene ikke er åpne om sine rusproblemer, men Lege 1 ser generelt at rusproblemet først oppdages når det har gått veldig langt. De pasientene som oppsøker fastlegen med et rusproblem har gjerne brukt opp familie, nettverk og apparat rundt seg. Lege 1 synes det da er ekstra vanskelig med volumproblemet, fordi man ikke kan hjelpe alle som søker seg inn til behandling, og fordi at de som søker seg inn gjerne har gått lenge med rusproblemer som nå har blitt omfattende problematikk.

Det ble nevnt tidligere i oppgaven at alkohol er det eneste rusmiddelet som har en bevist sammenheng mellom det generelle forbruket i samfunnet og antallet storforbrukere av samme rusmiddel. Lege 1 mener at alkohol er et kjempemessig samfunnsproblem, og at alkohol er det rusmiddelet som koster samfunnet mest og skaper mest vold og familieproblemer. Han mener at alkohol er det rusmiddelet som er lettest å få tak i, det er lovlig, akseptert, og det fungerer slik også som et «gateway-drug» til andre rusmidler fordi rusbruk ofte starter med alkoholbruk. På et personlig plan mener han at enhver form for avhengighet er like vanskelig for individet det gjelder, uavhengig av type rusmiddel. Oppgaven har tidligere pekt på hvorvidt rus hører innunder psykiatrien eller ikke. Lege 1 mener at dette er et vanskelig tema, og at det ikke egentlig er mulig å skille mellom rus og psykiatri, men at man må gjøre det likevel. Rusbehandlingens oppgave blir da å få pasienter ut av rusen, slik at de kan nyttegjøre seg av behandling i psykisk helsevern. Han peker på at det er et samhandlingsproblem mellom psykiatri og rusbehandling, og at det er veldig viktig å få til bedre samarbeid her.

Lege 1 har gjort seg opp noen erfaringer og meninger om hvordan rusreformen fungerer i praksis. Han mener at reformen var viktig for ruspasienter som pasientgruppe. Lege 1 mener at rusreformen var et godt grunnlag for utvikling av god pasientbehandling, men at reformen må følges opp på en bedre måte. Han peker på at behandlingstilbudet er for svakt, både faglig og volummessig, og mener at dette må utbedres, ellers vil pasientene få rett til en

behandling som ikke blir realisert. Lege 1 mener at rusreformen var en strukturell reform, og at det nå er behov for en oppfølging på økonomi og fag.

Lege 1 trekker også frem noen positive sider ved reformen. Han mener at institusjonene etter reformen har større ansvar for hver pasient, fordi de nå har strengere kriterier for å følge opp pasienter som får avslag på henvisning til spesialisthelsetjeneste. Tidligere hadde ikke behandlingsstedene noe ansvar for pasienter som ikke fikk behandlingsplass, mens et avslag på spesialisthelsetjenestenivå nå betyr at pasienten har behov for hjelp på et kommunalt nivå isteden. Lege 1 mener også det er positivt at pasientpopulasjonen ble større og inntakskriteriene bedre definert, slik at alle blir vurdert likt ut i fra pasientrettigheter istedenfor skjønn slik det ble gjort tidligere. Han mener også at rusreformen førte til at behandlingsstedene fikk bedre systemer og strengere krav til internkontroll og liknende.

Når det gjelder hva som skal til for å gjøre rusfeltet bedre, og gjøre det enklere for leger å jobbe med ruspasienter, trekker lege 1 frem tre ting han mener er viktig. Det første er at legen har mer tid til hver pasient. Dette tenker han kan gjøres ved at fastlegene har færre pasienter på listene sine, og at det ikke ligger strenge økonomiske styringer bak inntjeningsgrunnlaget til legen slik at de ikke taper penger på å bruke mer tid på hver enkelt pasient, isteden for å få betalt per konsultasjon slik det er i dag. Lege 1 mener også det er viktig at leger har mulighet til å spesialisere seg innen rus. Slik vil man få en økt kompetanse på feltet, og også gjøre det mer lukrativt for leger å bli værende i rusfeltet, fordi det vil være mulig å forbli der under en spesialisering. Det tredje punktet han trekker frem som mulige forbedringer i rusfeltet er mer forskning.

For å oppsummere Lege 1 sine erfaringer og ståsted kan det virke som om han har en slags årsaksforståelse som vektlegger rusmiddelet som hovedproblem som må behandles først. Han ønsker tiltak på et forebyggende nivå, og ser rusbehandlingen fra et institusjonsmessig ståsted.

*Lege 2.* Lege 2 møter rusreformen og rusfeltet fra et perspektiv som allmennlege, tilsynslege og sosialmedisinsk lege. Han møter daglig pasienter som har behov for å bli henvist til behandling i rusmiddeltjenesten, og ser virkningen av reformen i forhold til det å prøve å hjelpe pasienter inn i behandling.

Lege 2 mener at rustjenesten er en slags nedgradert tjeneste i forhold til andre helsetjenester som somatikk og psykiatri. Ruspasienter får ikke behandling på lik linje med andre spesialisthelsetjenester, fordi det er ulikt tilbud med lenger ventetid, færre leger og et større byråkrati. Lege 2 mener at rusreformen på mange måter ikke har begynt enda, fordi

man beholdt rusomsorgen som den var, men satte nye navn på samme system. Han mener at det er behov for en mye mer radikal reform i rusfeltet. Hensikten med rusreformen var jo nettopp det å sidestille rus med andre helsetjenester, og dette søkte man å gjøre ved å legge rus inn under spesialisthelsetjenesten. Noe av det lege 2 peker på her er i tråd med IRIS-rapporten fra 2004 hvor de konkluderer med at rusreformen lyktes i å få rusbehandling til å høre inn under spesialisthelsetjenesten, og bli sidestilt med andre helsetjenester på et lovmessig nivå. Det de derimot ikke har lyktes med, som lege 2 også påpeker, er å sidestille rusbehandling med andre typer behandling på spesialisthelsetjenestenivå. Rusbehandling er altså sidestilt annen behandling på et lovmessig nivå, men ikke på et praktisk nivå. Lege 2 peker på dette når han trekker frem at rusreformen har ført til et misforstått byråkrati som gjør det vanskeligere å få pasienter inn i behandling. Reformen søkte å gi pasientene raskere og bedre behandling, men Lege 2 synes det heller har blitt motsatt på grunn av et øket byråkrati. Han trekker frem henvisningsprosessen som et eksempel på hvordan rusreformen har ført til et misforstått byråkrati. Lege 2 mener at det brukes mye krefter og ressurser på henvisningsprosessen og pasientutvelgelse fra behandlingsstedenes side. Han mener at oppjusteringen av krav til henvisning av pasienter er en misforståelse av hva rusreformen egentlig går i, og han opplever at det er vanskelig å få pasienter inn til behandling. Lege 2 har møtt krav om grundigere henvisninger, men peker på at fastlegene ikke har tid til å skrive lange utfyllende henvisninger. Han mener det er fremmed for helsevesenet å jobbe på denne måten, og tenker at behandlingsstedene ville fått den informasjonen de har behov for den dagen pasienten møter til forberedelsessamtale eller innleggelse. Lege 2 mener at det ikke bør være større krav til henvisning innen rusbehandling enn det er til somatisk eller psykiatrisk behandling, nettopp særlig fordi det nå skal være sidestilte tjenester som går under de samme lover og helsesystem. Han mener det er pasienten som blir taperen slik det er i dag. Hvordan man definerer rus vil ha betydning for hvor i helsesystemet rusbehandling plasseres. Lege 2 peker på at også rusreformen henger sammen med hvordan man definerer rus. Han mener at det hører inn under helsetjenesten hvis man velger å definere rusavhengighet som en sykdom. Lege 2 peker på at man tidligere definerte rusproblematikk mer som et sosialt avvik, nettopp fordi det tidligere var underlagt sosialtjenesteloven. Hvorvidt rusproblematikk defineres som sykdom eller ikke berører også dagens skille mellom rus og psykiatri. Lege 2 mener det er kunstig å operere med en tredje type helsetjeneste slik rusfeltet er i dag. Han trekker frem at vi har somatikk, psykiatri og rus som adskilte helsetjenester, og mener at rus ikke bør skilles fra psykiatrien. Lege 2 peker på at både DSM-IV og ICD-10 definerer rusproblemer som en psykisk lidelse.



Rusfeltet i Norge har vært mye bygget på ideologi. Lege 2 peker også på tyngden av ideologi innen rusfeltet i Norge. Han mener at vi i Norge har vært lite flinke til å hente inn evidens fra den store verden, og at vi slik har endt opp med en del hjemmesnekrede løsninger på behandling. Et eksempel han trekker frem her er LAR-behandlingen. Andre land har drevet forskning og behandling innen LAR siden sekstitallet, mens det i Norge ble akseptert på midten av nittitallet. Denne forskningen og erfaringen fra andre land har i følge Lege 2 ikke blitt lagt til grunn for den norske LAR-behandlingen, og Lege 2 peker slik på at den norske LAR-politikken ikke er evidensbasert. Lege 2 mener også at Norge er for lite til at vi kan hente evidens herfra, men at vi må hente inn evidens fra forskning på verdensbasis, og fra større land enn Norge.

Lege 2 peker også på at alkohol er det rusmiddelet som skaper størst problemer på et samfunnsmessig nivå. Den største gruppen rusmiddelavhengige er alkoholavhengige, og det er også alkohol som lager de største kostnadene for samfunnet. Lege 2 ser at det er mange som har et høyt alkoholforbruk. Likevel er det ikke alle som ønsker å gjøre noe med dette, eller som ikke ser på sitt forbruk som et problem. Lege 2 mener at det ikke er legens ansvar å avdekke rusproblem hos sine pasienter, dersom de ikke kommer med dette problemet selv. Han mener at pasienten selv må få bestemme hva han eller hun ønsker hjelp av fra legen, og at pasienten selv må føle behov for behandling av sine rusproblemer. Lege 2 ønsker slik en større ansvarliggjøring av pasienten, og identifiserer seg ikke med en paternalistisk legerolle. I forhold til hva som skal til for å bedre rusfeltet trekker Lege 2 frem at det generelt må bli et bedre behandlingstilbud innen rus. Han mener at behandlingen på spesialistnivå må bli utbygget, både i omfang og kvalitet. I tillegg må rus integreres i det øvrige systemet, slik at vi ikke fortsetter å ha en særomsorg for rus slik det er i dag. Han peker på at pasienter med rusmiddelproblematikk må få like rask og god behandling som andre pasienter innen helsevesenet.

Oppsummert har Lege 2 et slags idealistisk syn, hvor han etterlyser bedre tilbud, mer radikale forandringer, mindre byråkrati samt at behandling bør være basert på frivillighet fra pasientens side.

*Lege 3.* Lege 3 jobber som leder i rusmedisinsk team. Det er en enhet som skal gi økt kompetanse til helsepersonell i forhold til arbeid med rusmiddelmissbrukere og pasienter med rusrelaterte helseproblemer generelt. Rusmedisinsk team er en satsing som ble gjort som en bevisst del av gjennomføringen av rusreformen. Lege 3 påpeker at han ikke jobber med rusreformen fra et klinisk perspektiv, og at han ikke møter reformen direkte ved å henvise pasienter eller ta imot henvisninger til behandling i rustjenesten. Han har tidligere jobbet flere

år ved en behandling sinstitusjon for rusmiddelavhengige, og har med seg erfaringer derfra. Som leder i rusmedisinsk team ser han rusproblematikken særlig i forhold til somatiske og psykiatriske pasienter som kommer til behandling for andre ting enn rusproblemer, men som likevel kan ha eller er i ferd med å utvikle et rusproblem som gjerne henger nært sammen med eller er årsaken til deres somatiske eller psykiske tilstand.

Lege 3 mener at pasienter med rusproblematikk kan være en utfordring for helsepersonell fordi man er lært opp til å gi pasientene det de ber om. Både som sykepleier, lege og psykolog. Han mener at det i forhold til ruspasienter ofte kreves mer grensesetting enn for andre pasientgrupper, og at behandlere ikke kan gi pasienten det de vil ha fordi det ikke er til pasientens beste. Slik må behandlere ofte si nei, og la pasienten gå misfornøyd ut. Lege 3 peker på at det derfor er behov for bedre grunnutdanning av sykepleiere, leger og psykologer i forhold til rusproblematikk. Han mener at det må bli bedre opplæring i grensesetting, men trekker også frem at det er et stort behov for bedret opplæring også innen kartlegging av rusmiddelbruk. I ICD-10 heter det ikke lenger rusmisbruk, men skadelig bruk. Lege 3 påpeker at når man definerer skadelig bruk av rusmidler vil dette gjelde mellom 9 og 12 prosent av befolkningen i Norge. Dette vil igjen si at mange av de pasientene man møter i andre settinger enn rusbehandling vil ha et skadelig bruk av rusmidler. Lege 3 mener det er vanskelig for helsepersonell å spørre pasienter om rusvaner, og at utdanningen derfor må fokusere mer på dette. Lege 3 kommer også inn på problemet med rus og psykiatri i forhold til kartlegging av rusmiddelbruk. Han påpeker at de fleste diagnoser innen psykiatrien vil være påvirkbare av rusmiddelbruk, og mener derfor det vil være en kunstfeil å la være å spørre om rusmiddelvaner hos folk som kommer til behandling i psykiatrien. Lege 3 peker slik på et motsatt virkningsforhold for rus og psykiske lidelser enn for eksempel Fekjær (2004) gjør, ved at rusmiddelbruk også kan forårsake psykiske lidelser og ikke bare være utløsende årsak til rusmiddelbruk.

Rusreformen betydde som nevnt tidligere at rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten. Lege 3 ser på denne overgangen som positiv, og mener at det blant annet førte til at rusfeltet ble satt på kartet. Det ble økte bevilgninger til feltet, og han håper også dette vil føre til økt status slik at flere ønsker å jobbe med rusproblematikk. Lege 3 mener at intensjonen bak reformen var positiv, fordi den gikk ut på å høyne kvaliteten på behandlingen. Han peker på et dilemma her, fordi det ikke forelå noen undersøkelser på kvaliteten på behandling før rusreformen. Man søkte altså å forbedre behandlingen selv om man ikke visste hvor bra det var i utgangspunktet. Han mener at vi har kommet kort i forhold til å ha et kvalitetssikret tilbud for ruspasienter, og at det er vanskelig å dokumentere at et

behandlingstilbud har god effekt. Lege 3 peker her på noe av det som gjør forskningen på rus problematisk å få til. Det er ikke mulig å benytte seg av vanlige kriterier for evidensbasert behandling innen rus. Det er for eksempel vanskelig å si hva som er endepunktet for god behandling for ruspasienter. Endepunktet vil sjeldent være den dagen pasienten skrives ut fra behandling, og hva som er endepunktet vil variere fra pasient til pasient. Noen vil oppnå totalavhold og fravær av symptomer, mens andre ikke slutter å ruse seg. Det er slik ikke noe enten-eller behandling innen rus. Lege 3 peker også på at rusbehandling gjerne går over flere år, og at mange pasienter må gå flere runder i behandlingsvesenet før de opplever bedring. Når det gjelder å øke forskningen, mener Lege 3 at rusfeltet må bli mer interessant for gode forskere. Det må øremerkes midler til rusforskning, slik at de ikke forsvinner andre steder i helsevesenet. I tillegg må man ha et langtidsperspektiv på forskningen, nettopp fordi rusbehandling tar mange år og korte studier ikke vil måle den egentlige effekten.

Lege 3 mener også at det er viktig å ha et mangfold av tjenester, og at det særlig i Bergen er for stor vekt av institusjonsbehandling. Han mener ruspasientene vil være tjent med å ha et bedret tilbud av dagesheter og polikliniske tjenester, slik at pasienten kan få hjelp og tett oppfølging uten å bli tatt ut av sin daglige kontekst. Lege 3 mener at pasienten må tilbake til denne konteksten likevel, og har erfaring med at denne overgangen fra skjermet institusjonsopphold til det daglige liv blir for vanskelig for mange. De klarer å holde seg rusfrie så lenge de er i institusjon og er skjermet fra omverdenen, men mange klarer ikke å opprettholde denne rusfriheten når institusjonsoppholdet er over. Han mener også at det spesielt i Bergen er behov for et lavterskel avrusningstilbud, slik de som ikke får plass ved avrusningsinstitusjon får et opplegg som ivaretar deres helse på en forsvarlig måte.

For å bedre behandlingen inne rusfeltet mener Lege 3 at det i tillegg til økt opplæring og flere dagesheter må bli en bedret pasientflyt med bedre samarbeid og oppfølging mellom sykehus og rusbehandling. Han peker slik på at det kan være behov for et halvannenlinjetilbud.

Oppsummert har Lege 3 et mer systemrettet perspektiv, hvor han vektlegger en endring i tilgjengelighet og type rusbehandling.

*Lege 4.* Lege 4 møter daglig pasienter med rusproblemer i sin stilling som allmennlege. Han møter også rusreformen fra en posisjon som henviser til rusbehandling, men ser ikke selv så stor endring i sitt arbeid som følge av rusreformen. Lege 4 synes derimot det er viktig at fastlegene anerkjennes som en kompetent behandler, både i forhold til behandling av ruspasienter og andre pasienter. Lege 4 mener det kan gis mye god behandling hos fastlegen fordi mange leger har lang og bred erfaring innenfor psykiatri og derav også terapi og samtaleteknikker. Han påpeker at det ikke har blitt dokumentert at

spesialisthelsetjenestebehandling har en høyere kvalitet enn fastlegebehandling, og føler seg på mange måter tvunget til å viderehenvise pasienter til spesialisthelsetjenesten. Lege 4 blir forundret og fornærmet over at helsevesenet som system ikke har en mer målrettet tankegang om at problemer skal behandles på det laveste effektive omsorgsnivå, og tenker at førstelinjetjenesten er mye viktigere i behandling av både ruspasienter og andre pasienter enn det anerkjennes i dag. Fastlegen er i følge Lege 4 mer enn bare en henvisningsinstans. Han mener at alt må ses i en helhet, og at man ikke kan separere ut pasientens psykiske komponenter og så sende de til spesialisthelsetjenesten for behandling av denne komponenten. Her kommer også Lege 4 inn på problemet med rus kontra psykiatri. Lege 4 mener at det er feil å skille rus og psykiatri, nettopp fordi man må se helheten og ikke separere ut enkelte komponenter som behandlingen skal ta for seg. Han mener det har blitt en bedring i behandlingssystemet de siste 4-5 år, og trekker frem Psykiatrisk Akuttmottak (PAM) som et eksempel på dette. PAM har ifølge Lege 4 blitt bedre fordi de nå i de senere år tar imot rusede pasienter til vurdering i akuttpsykiatrien.

Når det gjelder forskning på rusfeltet mener også Lege 4 at det er vanskelig å finne evidenser for god behandling. Han mener vi har fått en for stor tro på evidenser, og peker på at det meste av det som skjer i behandlingssituasjonen ikke går an å instrumentalisere. Man kan instrumentalisere medikamentell behandling, men annen terapi, relasjon og liknende lar seg vanskelig instrumentalisere. Lege 4 mener slik at det viktigste i behandlingen ikke er evidensen for at det man gjør fungerer, men at man har en god relasjon, at man er støttende og at behandlingen har nytte i praksis. Lege 4 stiller seg kritisk til at evidensbasert eller kunnskapsbasert praksis vektlegges så mye betydning at det nærmest opphøyes til en religion. Oppgaven har sett på hvordan rus som et problem defineres, og da særlig synet på rusproblemer som en sykdom eller et symptom. Lege 4 peker på at det de siste ti år har skjedd en endring i synet på rus, og mener at rus har gått fra å være et moralsk defekt problem til å nå være et medikalisert problem. Han trekker frem LAR som et eksempel på dette, hvor man bruker opioider i behandlingen av pasienter. Lege 4 mener at rusbehandling er et medisinsk problem, men at det ikke er ensidig og unyansert likevel. Ved å definere rusavhengighet som et medisinsk problem mener han medisinen tar på seg et ansvar de ikke kan bære. Det er umulig å bære fordi man ikke kan frita den enkelte pasient for det valget som de gjør. Han mener slik at total medikalisering og liberal likegyldighet blir vrengebilder av den samme holdningen. Lege 4 peker på at det er viktig at hver enkelt pasient står fritt til nettopp å velge og bestemme selv, selv om han som lege synes det er vanskelig å se de forsvinne ut av behandling, ikke møte opp, miste behandlingsplass eller LAR-tilbud fordi de ruser seg. Disse

pasientene har stor risiko for å dø av overdose. Selv om det er vanskelig mener Lege 4 at man må finne en balansegang. Man kan hverken frita den enkelte helt og fullt for de valgene de tar eller definere rus helt og holdent som et medisinsk problem.

I forhold til hva Lege 4 mener skal til for å bedre rusbehandlingen, legger han vekt på viktigheten av et bedret samarbeid innad i behandlingsapparatet. Han mener pasienten blir taperen dersom man ikke får til dette. Lege 4 mener også at kompetansen må økes hos leger i forhold til å arbeide med ruspasienter, og mener dette bør gjøres i form av bedret undervisning til medisinerstudentene. Han mener det bør legges mer vekt på å lære opp leger til motiverende intervju og andre samtaleteknikker. Lege 4 jobber som nevnt også som skolelege, og ser her viktigheten av at man får systemer i skolen som kan fange opp elever som ruser seg på et tidlig stadium. Lege 4 ser at mye av rekrutteringen til problemadferd starter nettopp i skolene.

Lege 4 personifiserer debatten noe, og oppsummert kan det trekkes frem at han synes det er viktig at legenes arbeid og kompetanse anerkjennes mer i forhold til annenlinjetjenester.

#### Drøfting

Oppgaven har sett på behandling av rusmiddelavhengighet i Norge og søkt å belyse problemer og utfordringer som finnes i rusfeltet. Oppgaven har tatt for seg en kort gjennomgang av rusfeltets historie i form av synet på avhengighet og ruspolitikk. Videre har rusfeltet og de utfordringer rusbehandlingen står ovenfor blitt belyst av rusreformen 2004 og intervjuer med fire leger som jobber innen ulike nivå av rusomsorgen. Drøftingen vil ta for seg de utfordringer og problemer som har blitt belyst gjennom intervjuene, og oppsummere og drøfte de funn som er gjort i forhold til oppgavens problemstillinger.

#### *Problemstilling 1*

Den ene problemstillingen i oppgaven var hvordan rusproblemene oppfattes av helsevesenet, og hvordan rusreformen påvirker helsevesenets oppgaver.

*Hvordan oppfattes rusproblemene av helsevesenet?* Hvordan helsevesenet ser på problemene ble belyst av intervjuene med legene. Det er viktig å bemerke at de fire legenes ulike syn ikke kan generaliseres til å stå som gjeldende syn for helsevesenet generelt. Hva det derimot kan gjøre, er å belyse noen av de ulike problemstillinger som finnes i de ulike delene av systemet. Alle legene sa noe om at det trengs mer forskning på rus, og det var en enighet om behovet for bedre evidens. Det kom likevel frem forskjellige fokus her, i forhold til hva slags forskning som trengs og hva som skal til for å bedre evidensbasert behandling av rusmiddelavhengighet. En lege ønsket mer langtidsforskning på utfall og effekt av behandling, slik at man vet mer om hvor godt tilbudet man gir faktisk er. En annen lege

ønsket mer spesifikk forskning på hva slags behandling som er bra for ulike typer rusmidler og avhengighetsproblematikk. En tredje lege mente det finnes mye forskning utenfor Norge, og at vi må bli flinkere til å hente evidens fra utlandet.

En viktig ting som kom frem i intervjuene var dette med ulike problemer i forhold til ulik plassering i systemet. Det virket som om legene møtte problemer og utfordringer som på en måte var noe motstridende, og at det var noen uløselige problemer. Et eksempel på dette var henvisning til behandling i institusjon. En av legene så behov for grundige og innholdsrike henvisninger fra sin posisjon i institusjon, mens en annen lege satt som henviser og følte frustrasjon over dette kravet. De var begge likevel enige om at fastleger har for liten tid i forhold til kravet til henvisningene. Slik blir dette eksempel på et motstridende og vanskelig problem, og det belyser at problemene i rusbehandling tar seg ulikt ut alt etter hvor i systemet man befinner seg.

Jeg vil komme tilbake til legenes synspunkter under drøfting av problemstilling 2.

*Hvordan påvirker rusreformen helsevesenets oppgaver?* Rusreformen brakte med seg en endring i hvor i helsevesenet rus er plassert. Fra 1992 til rusreformen kom i 2004 var rusbehandling plassert under sosialtjenesten, mens rusreformen omdefinerte rusbehandling til å bli en spesialisthelsetjeneste. Dette vil i seg selv indikere at det har blitt et øket medisinsk fokus for rusproblematikk og behandling. Oppgaven har tidligere tatt for seg hvordan definisjonen av rus vil ha betydning for helsevesenet. Hvordan vil så rusbehandlingen påvirkes av hvordan man definerer rus? Vi har sett at dette vil påvirke hvor i systemet rusbehandlingen plasseres. Tidligere var rusbehandling plassert under sosialtjenesten, og da vil man kunne tenke seg at rus ble definert mer som et sosialt avvik enn sykdom. Dette endret seg med rusreformen, som plasserte rusbehandling under spesialisthelsetjenesten. Slik ble rusbehandling intendert sidestilt med somatikk og psykiatri. Dette virker å være en følge av et mer sykdomsorientert syn på rusmiddelavhengighet, selv om man i dag har et mer helhetlig syn på rus. Men definisjonen av rusmiddelavhengighet vil også påvirke ansvaret som ligger på både behandlingsvesenet og pasienten selv i forhold til det å komme seg ut av rusbruken. Hvis man definerer rusmiddelavhengighet som en sykdom vil ansvaret falle mer på behandlingssystemet enn pasienten selv, og særlig på det medisinske feltet. Det vil da også følge at pasienten kan hjelpes med medikamenter for å komme seg ut av avhengigheten, fordi det er biologiske reaksjoner som gjør det vanskelig å slutte å ruse seg. Rus blir som lege 4 pekte på definert mer som et medisinsk problem i dag, og medikamenter benyttes i stor grad i behandling av rusmiddelavhengighet, særlig i avrusning. Man kan tenke seg at avrusning er medikalisert fordi man ikke forventer at pasienten skal klare dette selv, og fordi man mener at

medikamenter vil hjelpe pasienten på vei til å bli frisk, samt ivareta pasientens helse under avrusningen. Hvis avhengighet derimot ikke defineres som sykdom, faller mer ansvar på pasienten selv. Pasienten vil da kanskje kunne forventes å kunne avruse seg uten medisinsk hjelp og bistand, og man vil kanskje helle mer mot at man må gjøre noe med de bakenforliggende faktorene som utløste og muligens opprettholder rusbruken. Det virker å være rom for begge definisjoner i behandlingssystemet i dag, og rusbehandling ser ut til å favne om at rusmiddelavhengighet både er en sykdom i form av biologiske reaksjoner og at det ofte er bakenforliggende faktorer som må bearbeides for å opprettholde rusfrihet. Det ene utelukker ikke det andre, og det virker slik som at man ikke definerer rusmiddelavhengighet som enten det ene eller det andre, men en helhet av begge.

Et tema som gikk igjen i alle intervjuene var rus og psykiatri, og hvordan det i dag er et behandlingsmessig skille mellom disse. Rusreformen definerte ikke direkte hva slags forhold det skal være mellom rusbehandling og psykiatrisk behandling, men har ført til at de begge er definert som sidestilte spesialisthelsetjenester. Alle legene som ble intervjuet sa noe om at de mener rus og psykiatri hører sammen og ikke bør være adskilt. Dette er en viktig erfaring, siden de alle jobber i ulike deler av helsesystemet men likevel ser det samme behovet. Lege 1 mente at rus og psykiatri ikke bør adskilles, men at det likevel må adskilles for at behandling av hver av de skal være mulig å gjennomføre. Han pekte på at man først må få pasientene ut av rusen slik at de er i posisjon til å bli behandlet for psykisk problematikk. Samtidig har vi dilemmaet Lege 2 pekte på, ved at rus er definert som psykisk lidelse av både ICD-10 og DSM- IV. Dette vil jo også si noe om at rusproblematikk har psykologiske komponenter, og at det kan være et årsaksforhold som går i begge retninger mellom rusproblemer og psykiske lidelser. På systemnivå kan det se ut som at det ikke lar seg gjøre å behandle rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser sammen, i alle fall ikke slik behandlingssystemet er lagt opp i dag. Spørsmålet blir i midlertidig om det burde vært gjort store endringer i hvordan rusbehandling og psykiatritjenesten er organisert, slik at denne helhetsbehandlingen ville vært mulig? Er det umulig å sammenslå rus og psykiatri fordi systemet er organisert på en måte som umuliggjør dette i form av kapasitet og kompetanse? Og kan det tenkes at nettopp dette ville bedret effekten av rusbehandling? Lege 2 var inne på nettopp dette da han pekte på at det kreves en mye mer radikal endring i behandlingssystemet enn det som kom med rusreformen.

Rusreformen har påvirket helsevesenets oppgaver først og fremst ved å definere rusbehandling som en spesialisthelsetjeneste. Dette vil si at behandlingsstedene og aktørene i rusfeltet må innrette seg etter de retningslinjer og bestemmelser som styrer

spesialisthelsetjenestene. Intervjuene med legene belyste at institusjoner og behandlere etter reformen har fått strengere krav til metoder, behandling og evidensbaserte tiltak, samt at kriteriene for pasientutvelgelse har blitt mer definert og pasientpopulasjonen blitt større enn før reformen. Det kan slik se ut som at helsevesenet har fått mer konkrete rammer å forholde seg til enn før reformen, og at dette igjen kan føre til at ulike behandlingstilbud opererer på en mer lik linje enn tidligere.

### *Problemstilling 2*

Den andre problemstillingen i oppgaven var hvilke utfordringer rusreformen belyser i forhold til behandling av pasienter med rusmiddelavhengighet. Intervjuene med legene gav mye spennende informasjon om dette, og legene fungerte slik som øyne inn i ulike deler og sider av rusbehandlingssystemet.

*Rusreformens vellykkethet.* Et overordnet spørsmål som dukket opp i alle intervjuene er hvorvidt reformen var vellykket. Flere av legene pekte på at dette var en strukturell reform, med gjennomføring av lovmessige endringer som nå må følges videre opp av handling. Man ser at det er et behov for flere plasser, slik at køene blir borte og alle som har et behov for og ikke minst et ønske om behandling kan få dette innen kort tid. Flere av legene trakk også frem behovet for bedre opplæring av fagpersoner. Det er også et behov for mer penger til behandling og forskning. Lege 3 påpekte viktigheten av øremerkede midler til rusforskningen, slik at forskningspengene ikke forsvant i psykiatri og somatikk.

Noe av det viktigste som kom frem i intervjuene var etterlysningen av faktisk sidestillelse med andre helsetjenester. Rusbehandling var intendert sidestilt med andre spesialisthelsetjenester med rusreformen. Har det blitt sidestilt? Hvis vi sammenlikner rusbehandling med somatiske helsetjenester ser vi for en stor forskjell i tilbud og kvalitet på behandling. Det er færre antall ansatte helsepersonell per pasient i rusbehandlingen, og spesielt for tilgjengeligheten av leger. Det er betydelig færre antall leger i rushelsetjenesten enn i somatiske helsetjenester, og dette i seg selv kan peke på at rusbehandling ikke er sidestilt med andre spesialisthelsetjenester slik intensjonen var med rusreformen. Dette ble også nevnt av Lege 2, som mente at rusreformen på mange måter bare var nye navn på samme system, og at rusbehandling ikke på noen måte har blitt sidestilt somatikk og psykiatri. Lege 2 pekte på at det ikke er det samme tilbudet i forhold til antall ansatte som nevnt over, men også at henvisningsprosessen er annerledes på en måte som ikke gagnar pasientene. Vil en sidestillelse kreve at man også har de samme forhold og kriterier i forhold til ting som henvisninger, ventetid, antall helsepersonell og liknende? Eller er rusfeltet så annerledes i utgangspunktet at man kan nøye seg med en lovmessig sidestilling til andre



spesialisthelsetjenester, og videre organisere rusbehandling på en annen måte enn andre tjenester? Dette vil være vanskelig å svare på uten at man forsøker å gjennomføre endringer over tid for å se om tilbudet bedrer seg eller ikke.

Lege 3 nevnte at han synes det er behov for endringer i hvordan behandlingssystemet er organisert, og mener det er for mye vekt på institusjonsbehandling i dag. Dette er et viktig poeng. Det har lenge vært en tankegang at hvis man får personen ut av og vekk fra rusen over en lengre periode vil man få avstand til denne og klare seg bedre i forhold til å holde seg rusfri. Men ser dette ut til å stemme? Lege 3 poengterte at pasientene gjerne holder seg rusfrie så lenge de er i institusjon, ute av sin vanlige kontekst. Problemene dukker imidlertid opp når behandlingen er ferdig og pasienten reiser hjem til sine vante omgivelser, fordi han eller hun lærte å være rusfri utenfor sin kontekst og daglige liv. Kan det tenkes at det er mer hensiktsmessig å behandle pasientene der de er, og ikke ta de helt ut av sine daglige liv? Kan det tenkes at pasientene trenger mer frihet og mindre døgninnleggelse i behandling for å klare å opprettholde rusfrihet også etter behandlingens slutt? Også dette vil være vanskelig å svare på uten at man gjør langvarige endringer for å se på effekten behandlingen har for pasientene.

*Rus som problematisk forskningsfelt.* Det at rusfeltet er vanskelig å forske på ble nevnt av alle legene. Det virker som om de alle syntes det er problematisk å ikke ha klare beviser for hva slags rusbehandling som har god effekt. Lege 1 nevnte dette som et strukturproblem; at vi har liten kunnskap om hvilke typer behandling som virker for hvilke typer rusavhengighet, og at det generelt er behov for en større innsikt i effekten av behandling. Dette kan tenkes og også være grunnen til at rusfeltet fortsatt er mye preget av ideologi som nevnt tidligere i oppgaven. Man kan ikke bytte ut dagens behandling med noe bedre og mer effektivt, når man ikke vet hva som ville vært bedre og mer effektivt. Rusbehandling risikerer da å bli en slags prøving-og-feiling, ved at det vanskelig lar seg gjøre å forske på hva som er god behandling slik at man kan gjennomføre endringer man har belegg for å vite faktisk fungerer. Her nevnte Lege 2 at vi i Norge må bli flinkere til å gå ut i verden og finne belegg fra internasjonal forskning. Likevel er alle legene enige om at det er et behov for mer forskning på rusbehandling, men at dette er vanskelig å gjennomføre fordi effekten er vanskelig å måle. Lege 3 påpekte også et annet dilemma med dagens behandlingstilbud; det at man ikke vet hvor bra behandlingstilbudet faktisk er. Det kan godt hende at rusbehandlingen som tilbys er god, men det er vanskelig både å fastslå eller avkrefte dette, av samme grunner til at forskning på rusbehandling generelt er problematisk. Han pekte også på at det er et behov for langtidsstudier inne rusbehandling, fordi rusbehandling tar lang tid og det ikke er noe enkelt en-til-en-forhold mellom behandling og bedring hos rusmiddelavhengige. Det

virker å være et behov for å satse på langvarig forskning av behandlingseffekt, samt å utarbeide felles mål og instrumentaliseringer for å kunne forske på dette.

*Alkohol.* Intervjuene belyste også at alkohol oppfattes av flere av legene som et stort samfunnsmessig problem. Alkohol har den største vekten av rusmiddelavhengighet, og alkohol er det rusmiddelet som koster samfunnet mest. Oppgaven viste innledningsvis at alkohol har lange tradisjoner i Norge, og man kan tenke seg at dette henger sammen med lovgivningen og det skillet som gjøres mellom alkohol og narkotiske stoffer. Det er likevel en tankevekker at det rusmiddelet som er lovlig er det rusmiddelet som gjør mest skade, i form av antall alkoholavhengige og hvor mye det koster samfunnet, både i form av penger og i form av helsetjenester, politiressurser og de individuelle problemer som følger av alkoholavhengighet.

*Motsetninger i systemet.* Lege 2 mente at reformen førte med seg et øket byråkrati, som gjorde det vanskeligere å få pasienter inn til rusbehandling. På den andre siden av behandlingssystemet etterlyste Lege 1 grundigere henvisninger fra leger, fordi pasientpopulasjonen og inntakskriteriene har endret seg etter reformen. Dette peker på at det innen behandlingssystemet befinner seg gjensidige utelukkende interesser, og intervjuene belyser også dette. Det virker som at man ikke har lyktes i å organisere rusbehandlingssystemet på en slik måte at det blir til det beste for pasienten, snarere tvert imot. Hvis systemet ikke rommer ulike interesser kan utfallet umulig bli til pasientens beste. Slik det er i dag kan det virke som om de ulike instanser og nivåer av rusbehandlingen spiller svarteper med hverandre, og at pasienten stadig blir sittende igjen med det dårligste kortet på hånden. Det virker å være motsetninger innebygget i behandlingssystemet, som igjen får negative konsekvenser for pasientene i form av økt ventetid og mer byråkrati som gjør det vanskeligere å få behandling. Disse motsetningene kan tenkes å bunne i de ulike aktørenes interesser, samt at de politiske styringene som ligger til grunn for behandling av rusmiddelavhengighet gir stort spillerom for ulik implementering fra aktørenes side. Det kan også tenkes at styringene som ligger til grunn er vanskelig å implementere uten å skape motsetninger, fordi de regler og krav som ligger til grunn vil sette aktører opp mot hverandre. Et eksempel på dette er henvisning til behandling som oppgaven har nevnt tidligere. Det kan se ut som at behandlingssystemet innen rusbehandling ikke er samkjørt, og at de ikke samarbeider om overordnede mål, men at hver aktør har et fokus på hvordan de selv skal forholde seg til utfordringer og styringer i feltet. Dette kan videre tenkes å forsterke motsetningene i systemet, istedenfor å minke de.

*Paradokser i rusfeltet.* Mange problemer i rusfeltet som oppgaven belyser kan igjen peke på generelle problemer ved behandling av rusmiddelavhengighet. Et viktig problem er at det er vanskelig å måle en rekke ting i rusbehandlingen. Det er vanskelig å måle endring, det er vanskelig å måle effekt, og det er vanskelig å måle generelle prosesser og faktorer når det er snakk om individuelle behov og behandlingsforløp. Det finnes også paradokser i rusfeltet, og disse gjør det vanskelig å finne en felles plattform for behandling. Et eksempel på paradoks er studiet fra 50-tallet som viste at forsøkspersoner opplevde det som ubehagelig å få opiater, og at de ikke ønsket å få dette igjen. Samtidig ser vi en stor avhengighet av nettopp opiater i samfunnet og behandlingssystemet, og dette er nokså paradoksalt. Slike ting er vanskelige å forklare, og igjen vanskelige å forske på av flere grunner som oppgaven har pekt på tidligere. Rusbehandling blir slik utfordrende, i og med at man må forholde seg til motstridende funn og uklare evidenser. Det er et innebygget paradoks i rusbehandlingen at man har nettopp motstridende funn om avhengighet, samt at det ikke finnes en universell oppskrift som sier hva slags behandling som hjelper for hvilke typer rusproblemer.

#### *Rusfeltet Som Et System*

Hvis vi tar et skritt tilbake og ser på behandlingsvesenet som et system, kan man tenke seg at rusbehandlingen består av flere nivåer som ligger til grunn for utformingen av systemet. To overordnede nivåer vil være sosialpsykologisk og organisatorisk nivå. På det sosialpsykologiske plan kan en tenke seg at organiseringen av rusbehandlingen begynner på et informasjonelt nivå. Informasjonelt nivå benyttes når det finnes klare fakta, og man ikke trenger komme til en slags enighet fordi det finnes entydige og klare svar. Vi har sett at dette ofte ikke er tilfelle innen rusfeltet. Når man ikke har klare svar og det er mye uklarheter vil man søke å komme til en enighet og slik komme frem til normativer. Rusfeltet består mye av normativer, fordi man må jobbe seg frem til en enighet der det mangler klare og eksakte svar. Når vi beveger oss opp på et organisatorisk nivå vil normativene i rusfeltet ligge til grunn for Stortingsvedtak som fattes. Stortingsvedtak vil og være en type normativer, fordi de er utfallet av å arbeide seg frem til en felles enighet. Etter at Stortinget har fattet vedtak for rusbehandling, vil vedtakene være styringsprinsipper for rusbehandlingen i byråkratisk form. Dette byråkratiet blir på en måte et steg vekk fra normativene igjen. Fordi man i rusfeltet har liten grad av eksakte størrelser vil spillerommet for implementering bli stort. Det er derfor mye opp til hver enkelt instans hvordan de skal organisere behandling ut i fra de styringsprinsipper som gjelder. Det blir da tydelig at dette med liten grad av klare svar og eksakte størrelser blir et problem i rusbehandlingen.

Det blir her relevant å spørre om rusfeltet er så problematisk at man ikke har mulighet til å løse problemene? Og at man derfor skyver problemer over på andre i systemet og slik ender opp med å kaste en varm potet? Eller kan det være ting i rusfeltet som en organisasjon som ligger til grunn for de utfordringene rusfeltet møter?

#### *En Symboltilnærming til Rusfeltet*

Strand (2004) bruker en symboltilnærming til organisasjonsforståelse for å belyse ledelse i postmoderne organisasjoner. Rusbehandlingen kan ses på som en organisasjon, og den kan også ses på som en postmoderne organisasjon definert ut fra tiden vi befinner oss i. Symboltilnærmingen er en mulig tilnærming til å belyse og forklare noen av de prosessene som foregår i rusfeltet. Tilnærmingen kan være nyttig for å belyse rusfeltet fra et systemperspektiv, og gi en mulig forståelse av utfordringene rusbehandlingen står ovenfor som organisasjon. Organisasjonsteori ble i løpet av 80-tallet influert av sosiologi, antropologi og psykologi, og symboltilnærmingen har røtter i den antropologiske forståelsen av organisasjoner.

Strand (2004) peker på at organisasjoner i dagens samfunn er preget av at tjenester har erstattet livsnødvendig produksjon. Organisasjoner produserer ikke lenger konkrete varer i samme grad som tidligere, og vekten ligger derfor mer på levering av tjenester. Når befatningen med konkrete varer minker vil det bli en økende befatning med tegn og symboler. Tegn og symboler brukes i dette perspektivet som fenomener som blir tillagt en mening. Det vesentlige i en symboltilnærming for å forstå en organisasjon blir slik de oppfatninger og tolkninger som oppstår i organisasjonen, ved at organisasjonen leverer tjenester og dermed har lite definerte produkter som gir et rom til og behov for tolkninger. Strand peker på at organisasjoner i dagens postmoderne samfunn har utfordringer i forhold til tap av mening. Under den industrielle epoken måtte man kompensere for tap av motivasjon, mens det i dag må kompenseres for tap av mening ved at konkrete produkter erstattes av abstrakter. Man må slik bli enige om en tolkning og definisjon av tjenestene man leverer, fordi disse ikke er håndfaste og veldefinerte materielle produkter og varer. Symboltilnærmingen vil bety at det foregår tolkningsprosesser, som kan bestå av flere meningslag eller gi ulik mening for ulike aktører. For rusfeltet vil dette si at tjenestene man leverer, rusbehandling, ikke er konkrete produkter som kan måles og veies, og at det derfor er rom for tolkning av hva rusbehandling er og hvordan rusreformen skal implementeres.

Symboltilnærmingen vektlegger også hvordan postmoderne organisasjoner er fragmenterte og abstrakte. En økende befatning med tegn og symboler, samt et stort rom for tolkning som konsekvens av mindre konkrete produkter gir en mangel på objektive sannheter.

Rusfeltet er en organisasjon som har løs kobling til håndfaste realiteter. Oppgaven har vært inne på dette tidligere ved å peke på dilemmaer ved behandling av rusmiddelavhengighet. Rusfeltet har lite håndfaste realiteter ved at man ikke har evidensbasert kunnskap om hva som er god behandling, og ved at man har liten kunnskap om hvor god behandlingen som tilbys faktisk er. Man er slik ikke helt enige om hva som skal gjøres eller hvordan man skal gjøre det. Mangel på objektive sannheter gjør at fortolkning og normativer blir styrende. Man må jobbe seg frem til en enighet fordi det mangler konkrete og eksakte svar og sannheter. Dette ser vi i rusfeltet ved at det er stort rom for implementeringer. De ulike aktører gjør ulike tolkningsprosesser av de styringer som ligger til grunn for behandlingen. Dette betyr at Rusreformen, som er den politiske styringen for behandling, tolkes og slik har flere lag av mening. Dette kan igjen tenkes å ligge til grunn for at de ulike aktørene har et fokus på sine problemer og sine behov, istedenfor å ha et overordnet fokus på feltet som helhet. Slik vil betydningen av Rusreformen konstrueres ulikt av ulike aktører i rusfeltet, og kunne ligge til grunn for en fragmentert organisasjon.

Et spørsmål som er relevant i forhold til rusfeltet og de utfordringer oppgaven har belyst er hvorvidt det er kvaliteter ved rusreformen eller rusfeltet som system som kan tenkes å ligge til grunn for disse utfordringene? Rusfeltet kan oppsummert ses på som en postmoderne organisasjon som er styrt av symboler og tolkningsprosesser. Det er en mangel på objektive sannheter, og dette gir stort rom for tolking. Rusreformen er en styringsramme som kan tolkes ulikt av ulike aktører, og som slik gir et stort rom for implementering. Slik vil rusreformen kunne bidra til økt fragmentering fordi rusfeltet ikke samles rundt en felles tolkning av styringsrammene. Men er det kvaliteter ved reformen i seg selv som ligger til grunn for dette, eller er det kvaliteter i organisasjonen? Rusreformen er en politisk styringsramme som ligger til grunn for hele rusfeltet. Slik skal den gi rom for alle de ulike aktørene og nivåene som finnes i rusfeltet, fra fastlege som henviser til institusjonen som tjenestetilbyder. Det blir derfor nærliggende å tenke at det ikke er rusreformen i seg selv som ligger til grunn for ulik tolkning fra aktørenes side, og at rusreformen ikke kan være mer konkret eller gi mindre rom for tolkning enn den gjør fordi den da ikke ville rommet alle de ulike nivåene den er ment for å gjelde. Problemet kan tenkes å ligge i kvaliteter ved rusfeltet som en symbolstyrt organisasjon. Det kan være aspekter ved den postmoderne organisasjonen som gjør at rusfeltet ikke kommer til enighet om en felles tolkning og implementering av rusreformen, fordi feltet er styrt av symboler og meningstilleggelse som råder i fravær av objektive sannheter. Uten objektive sannheter som navigeringsverktøy for rusfeltet kan det tenkes å bli vanskelig å oppnå et samlet felt med felles implementering av de politiske

styringsrammene. Dette peker tilbake på de tingene intervjuene også belyste: at det er et behov for økt kunnskap og forståelse av rus og avhengighet, og at man trenger mer forskning for å kunne vite mer om hva slags behandling som er god behandling. Rusfeltet har et behov for objektive sannheter slik at feltet ikke styres av tolkninger og ulik implementering av de politiske styringene. Slik kan feltet tenkes å bli mer samkjørt, og gå i retning av å være et helhetlig felt som arbeider mot et felles mål, istedenfor å være et fragmentert felt bestående av mange aktører som tolker styringsrammene ulikt ut i fra egne forståelser, ideologier og interesser.

### Konklusjon

Ved å intervju fire leger kom det frem ulike syn på rusbehandlingen. De hadde alle ulike tanker om hva de opplevde som problematisk, og hva som kunne vært mulige løsninger eller forbedringer. Disse fire legene representerer på en måte fire tilfeldige personer innen rusbehandling. Når fire tilfeldige personer har såpass ulike syn må dette nødvendigvis bety at det finnes mye splittelse, problemer og motsetninger innen rusfeltet. Dette er også noe av det jeg kan konkludere med. Selv om rusreformen førte til strengere krav til behandling, råder det liten enighet innen behandling av rusmiddelavhengighet, og det er generelt en mangel på eksakte svar. Slik blir det også vanskelig å komme til en felles enighet for hvordan systemet bør være for å kunne gi best mulig behandling. Det finnes også en del motstridende svar, og videre er det politisk uenighet om hvilke svar en vil bruke. Konklusjonen i denne oppgaven blir derfor en slags status for behandlingen av rusmiddelavhengighet: det er liten grad av faste holdepunkter i forhold til evidenser og eksakte svar, og det er et stort spillerom for implementering av de politiske styringer som ligger til grunn for organiseringen og utføringen av behandling. Rusfeltet preges av en mangel på objektive sannheter, og blir slik styrt av normativer. Det er derfor mye opp til hver enkelt instans hvordan de skal organisere behandling ut i fra de styringsprinsipper som rusreformen gir.

Behandling av rusmiddelavhengige ser ut til å være gjøkungen i helsevesenet; den som ikke har noe eget reir og som krever mest mat i form av ressurser, tiltak og problemløsninger.

## Referanser

- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berg, G., Laberg, J. C., Skutle, A. & Ohman, A. (1981). Instructed versus pharmacological effects of alcohol in alcoholics and social drinkers. *Behaviour research and therapy*, 19, 55-66.
- Brown, R. (2000). *Group Processes* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Ege, P. (2004). *Stofmisbrug og afhængighet hos unge og voksne*. København: Hans Reitzels Forlag
- Fekjær, H. O. (2004). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fjær, S. (2004). From Social Radicalism to Repression: The Construction of Norwegian Drug Policy in the 1970s. In Andersen, A., Elvebakken, K. T. & Hubbard, W. (Eds). *Public Health and Preventive Medicine 1800-2000: Knowledge, Co-operation and Conflict: Conference Proceedings* (pp 143-157). Report Stein Rokkan Centre for Social Studies 1/2004. Bergen: Master Trykk og Kopi A/S
- Helsedepartementet (2004). *Rusreformen- pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Rundskriv I-8/2004. Hentet 3. september 2007 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2004/I-82004.html?id=445634>
- Helse- og Omsorgsdepartementet (1991). *Lov om sosiale tjenester m.v (sosialtjenesteloven)*. Hentet 26. august 2008 fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19911213-081.html>
- Huss, M. (1849). *Alcoholismus chronicus*. Stockholm: Joh. Bekman
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Brunswick: Hillhouse Press
- Kuvonen, P., Rosenquist, P. & Skretting, A. (2001). *Bruk, Misbruk, Marknad och reaktioner. Narkotika i Norden 1995-2000*, NAD-Publikasjon Nr 41
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. California: SAGE publications, Inc.
- Laberg, J. C. (1987). *Expectancy and classical conditioning in alcoholics craving*. Doktoravhandling, Universitetet i Bergen
- Laberg, J. C., Haver, B., Løberg, T., Gjesdal, S., Nesvåg, S., Horpestad, B. & Kobbeltvedt, T.

- (2006). *Forskningsprogram for russektoren: Programkomiteens innstilling*. Bergen: Det regionale samarbeidsorganet Helse Vest
- Lasagna, L., Von Felsinger, J. M. & Beecher, H.K. (1955). Drug induced mood changes in man. Observations on healthy subjects, chronically ill patients and post addicts. *Journal of the American Medical Association*, 12, 1006-1020.
- Leshner, A. I. (2005). Addiction Is a Brain Disease. In Gerdes, L. I (Ed), *Addiction: opposing viewpoints* (pp. 56-63). San Diego: Greenhaven Press
- Lie, T. & Nesvåg, S.M. (2006). *Evaluering av rusreformen*. Rapport IRIS 2006/227. Tilgjengelig på [www.irisresearch.no](http://www.irisresearch.no)
- Lunder, E. (1999). Norsk alkoholpolitikk blir til. I Høgvold, T., Lindelien, A. & Medhammer, B. S. (Ed) *Håndbok for alkohol og narkotikafeltet*. Oslo: Nordberg Aksidenstrykkeri AS
- Norges Offentlige Utredninger (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekten av tiltak*. (NOU 2003:4) Hentet 22. oktober 2007 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/NOUer/2003/NOU-2003-4.html?id=381330>
- Odelstingproposisjon nr. 3 (2002-2003). *Om lov om endringer 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 rusmiddelmisbrukere)*. Hentet 26. august 2008 fra <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/otprp/20022003/Otprp-nr-3-2002-2003-.html?id=170865>
- Odelstingproposisjon nr. 54 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)*. Hentet 27. august 2008 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/Otprp-nr-54-2002-2003-.html?id=173487>
- Odelstingproposisjon nr. 53 (2006-2007). *Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)*. Hentet 27. august 2008 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/2006-2007/Otprp-nr-53-2006-2007-.html?id=464282>
- Robinson, T.E. & Berridge, K.C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18, 247-291.
- Rocha, B.A., Fumagelli, F., Gainetdihov, R. R., Jones, S.R., Ator, R., Giros, B., Miller, G.W., Caron, M.G. (1998). Cocaine self-administration in dopamine-transporter knockout



mice. *Neuroscience*, 1, 132-137.

Schaler, A. J. (2005). Addiction Is Not a Disease. In Gerdes, L. I (Ed), *Addiction: opposing viewpoints* (pp. 64-70). San Diego: Greenhaven Press

Stortingsmelding nummer 66 (1976). *Om Narkotikaproblemene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Strand, T. (2004). *Ledelse, Organisasjon og Kultur* (4th ed.). Bergen: Fagbokforlaget