

Krav til rusmiddelarbeid i helsetenesta

Sammendrag

Helsepersonell kjem regelmessig i kontakt med rusmiddelproblem. Anten dei skal drive førebyggjande eller behandlande arbeid krev helsepersonellova at dei arbeider fagleg forsvarleg. Praktikarane må difor kjenne til kva som er gjeldande regelverk og god praksis innanfor rusmiddelfeltet, som på andre felt innanfor helsetenesta.

Gjennom kunnskapsbasert medisin og medisinsk metodevurdering er det mogeleg å finne fram til normer for effektive tiltak mot alkoholproblem, både i samfunnet og overfor einskildpersonar.

Reglar om import og sal av alkohol finn ein i alkohollova. Kommunane er gjevne stor makt til gjennomføring av tiltaka i denne lova. Lovgjevinga sine krav til spesifikke rusbehandlingstiltak, både frivillige og eventuelle tvangsinngrep, finn ein i sosialtenestelova. Denne lova gjev òg makt og ansvar til kommunane.

Engelsk resymé finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 15

Geir Sverre Braut

geir-sverre.braut@helsetilsynet.dep.no

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep

0032 Oslo

og

Høgskolen Stord/Haugesund

Føremålet med denne artikkelen er å gje eit kort oversyn over korleis dei norske styremaktene har vald å organisere tiltak for å redusere skadeverknadene av rusmiddelbruk. Utgangspunktet er tiltak i forhold til alkohol, men der ikkje anna er nemnt, vil tilsvarende gjelde for andre rusmiddel òg. Teksten vil vere konsentrert kring det som helsepersonell treng å kjenne til for å innrette praksisen sin i samsvar med krava i lovgjevinga.

Fagleg forsvarleg rusmiddelarbeid

Helsepersonellova stiller i § 4 krav til alt helsepersonell om at dei skal utføre arbeidet sitt i samsvar med dei krava til fagleg forsvarleg verksemd og omsorgsfull hjelp som ein kan vente ut frå kvalifikasjonane til personellet, karakteren av arbeidet og situasjonen elles (1). Kravet til forsvarleg verksemd omfattar også plikta til å søkje fagleg støtte, samarbeide med anna personell eller vise pasienten vidare til andre dersom det er naudsynt (2).

Dette er eit av dei sentrale lovkrava som blir sette til helsepersonell som individuelle yrkesutøvarar. Når helsepersonell arbeider med pasientar med problem som følgje av alkohol eller andre rusmiddel, syner dette lovkravet seg gjerne frå to litt problematiske sider.

For det første: Kravet om forsvarleg verksemd gjeld alltid når autorisert helsepersonell gjev helsehjelp, sjølv om helsehjelpa blir ytt utanfor det som formelt sett er organisert som helseteneste. For helsepersonell som arbeider med rusbehandling innanfor sosialsektoren, er det vesentleg å vere merksam på dette. Dei må leve opp til kravet om fagleg forsvarleg verksemd etter helsepersonellova, sjølv om institusjonen ikkje har same formelle kravet retta mot seg.

Sosialtenestelovgjevinga har såleis ikkje tilsvarende krav til fagleg forsvarleg verksemd som helsetenestelovgjevinga, jf. til dømes § 2-3 i spesialisthelsetenestelova, som seier at tenester ytte etter denne lova skal vere forsvarlege (3).

For sosialtenestepersonell som ikkje er autorisert helsepersonell, til dømes sosionomar, gjeld såleis i utgangspunktet ikkje noko eksplisitt lovkrav om fagleg forsvarleg verksemd. Men dersom sosionomen til dømes arbeider ved ein psykiatrisk poliklinikk og gjev helsehjelp der, vil vedkommande etter § 2-3 i spesialisthelsetenestelova og § 3 i helsepersonellova vere omfatta av kravet til forsvarleg verksemd.

For det andre: Kravet om forsvarleg verksemd gjer at autorisert helsepersonell ikkje kan seie at rusmiddelproblem er noko dei ikkje vil ha med å gjere. I den grad rusmiddelbrukaren treng helsehjelp, har helsepersonellet plikt til å opptre fagleg forsvarleg i forhold til rusmiddelbrukaren som pasient. Dette gjeld både i forhold til direkte rusrelaterte helseproblem og følgetilstandar av rusmiddelbruk.

Dersom helsepersonellet ikkje sjølv kan gje ei forsvarleg teneste, skal dei søkje samarbeid med andre eller sikre at pasienten blir vist vidare til kompetent hjelp. Ikkje berre er dette eit spørsmål om den rettstryggleiken rusmiddelbrukaren skal ha som pasient i helsetenesta ut frå krava i pasientrettslova, men også om helsepersonellens faglege autoritet, sømd og integritet (4, 5).

God praksis i rusmiddelbehandlinga

Kravet om forsvarleg verksemd gjer at helsepersonell i ulike posisjonar må ha ei oppfatning om kor grensene går for god praksis innanfor det aktuelle fagfeltet. Når det gjeld rusmiddelarbeid, rår det stor uvisse om kva som blir sett på som god praksis og kva tiltak som fell utanfor dei akseptable normene. Ein samanhengjande avisdebatt hausten 2001 gjev tydeleg uttrykk for det (5–7).

Likeins tyder utsegnar frå dei medisinske fagmiljøa på at det er behov for å gjere innhaldet i god praksis tydelegare (8–10). Sjølv om debatten for tida mest handlar om narkotikabehandling, er det ikkje grunn til å tru at god praksis er særleg mykje betre definert når det gjeld alkoholbehandling.

Lovkravet om forsvarleg verksemd er knytt opp til dei kunnskapstradisjonane dei ulike yrkesgruppene og tenestegreinene har. I større eller mindre grad er denne kunnskapen etterprøvd på ein vitenskapleg måte. Der ein ikkje har eit godt vitenskapleg grunnlag, har ein likevel sett på tiltak som forsvarlege når dei kan setjast inn i ein klår fagleg tradisjon (11).

Når det gjeld rusbehandling, har det tradisjonelt vore både høgt under taket og breitt på vegen i vurderinga av kva behandlingstilbod det offentlege har sett på som forsvarlege og støtteverdige. Sjølvsaugt har dette sikra eit stort mangfald i tenestetilbodet. Men det er også utan tvil slik at mange behandlingstilbod saknar både vitenskapleg dokumentasjon og trygg fagleg tilknytning.

Dette litt uoversiktlege mangfaldet i tenestetilbodet kan føre til at helsepersonell får ei kjensle av at det er vanskeleg å finne fram til noko som det er verdt å setje sin lit til. Mangelen på truverdige utsegner om kva som er god praksis opnar også for individuell eksperimentering frå helsepersonellet si side. Dei faglege vurderingane bak reguleringane på rusmiddelområdet er også blitt kritiserte (6).

Det kan nok alltid stillast spørsmål ved om det er mogeleg å bli samde om kva som er god praksis innanfor eit fagområde som er så politisert, ideologiavhengig og kulturrelatert som rusmiddelområdet (12). Innanfor samfunnsvitskap er det dessutan dei som stiller seg kritiske til at fagfolk blir gjeve høve til å fastsetje den kollektive sanninga, og om det er mogeleg å byggje ein forvaltningspolitikk på eit vitenskapleg grunnlag (13).

Likevel er det verdt å merke seg at det ut frå tenkinga omkring kunnskapsbasert medisin og medisinsk metodevurdering er mogeleg å gå laus på behandlingsmetodane som blir brukte ved alkohol- og narkotikaproblem. Ein rapport frå Statens beredning for medicinsk utvärdering i Sverige er ganske tydeleg i sine utsegner om at ein har grunnlag for å seie at noko verkar godt og at noko ikkje verkar (14).

Rapporten peikar på at det finst ei rekkje effektive behandlingsmetodar overfor alkohol- og narkotikaproblem. Nokre av desse tilhøyrer oppgåveporteføljen til helsepersonellet, andre ligg utanfor det helsepersonellet sjølv vil kunne ta seg av. Påvising av individuelt risikoforbruk i konsultasjonen med den einskilde pasienten og å leggje den aktuelle situasjonen til grunn for informasjon og rådgjeving ser ut til å ha tydeleg effekt. Den generelle rådgjevinga som ikkje tek utgangspunkt i den einskilde pasienten sin konkrete situasjon, ser derimot ikkje ut til å verke. Det er berre frå lækjemiddel (t.d. acamprosot) som har vist effekt i behandling av alkoholproblem.

God praksis i førebyggingsarbeidet

På same måte som i behandlingsarbeidet er det mogeleg å seie noko om kva som er god praksis når det gjeld førebygging av alkoholproblem (15). Det ligg enno fast i den samfunnsvitskaplege kunnskapen om alkohol at auka i det totale konsumet i ein populasjon aukar mengda av alkoholskadar. Det ligg også fast at prisnivået påverkar inntaket av alkohol (16). Likeins er det framleis grunn til å tru at auka tilgjenge til alkohol aukar

forbruket. Dette tilseier at det av folkehelseomsyn framleis er grunn til å vurdere så strenge kontrolltiltak med alkohol som den aktuelle populasjonen kan akseptere (15).

Etter krava i § 1-4 i kommunehelsetenestelova er det ei oppgåve for samfunnsmedisinaren i kommunen å peike på den mest oppdaterte kunnskapen på alkoholfeltet i sitt innspel til den alkoholpolitiske handlingsplanen til kommunen (17).

Alkohollova – kjernen i det kollektive førebyggingsarbeidet

Lov av 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk mv. med forskrifter inneheld det sentrale regelsettet for innførsle og omsetjing av alkoholholdige drikkevarer (18). Målet med lova er i størst mogeleg grad å avgrense skadane som alkoholbruk kan føre til for samfunnet og for einskildmenesket.

Det ligg til kommunane å følgje opp mange av dei verkemidla som lova heimlar. Kommunane har stort sett full styring med talet på salsstader og skjenkestader. Innanfor ganske vide grenser kan kommunane og fastsetje opningstidene for desse. I § 1-7d er det fastsett at kommunen skal utarbeide ein alkoholpolitisk handlingsplan. Denne planen bør seie noko om kva alkoholpolitiske mål kommunen har, og kva verkemiddel kommunen vil nytte for å nå desse måla. Departementet seier også at planen bør konkretisere dei tiltaka kommunen vil satse på for å nå det nasjonale målet om å redusere alkoholbruken.

Eit forsvarleg innspel til ein kommunal plan eller saksframlegg frå helsetenesta si side må byggje på god teori og empiri. Grunnlagsmaterialet som helsetenesta og kommunelegen kan nytte for å synleggjere følgjene av endringar i tilgang og pris er offentleg tilgjengeleg (16). Ein kan rekne om dei nasjonale talfesta konsekvensane til lokale tilhøve. Sjølv om det estimatet som ein får vil vere fullt av feilkjelder, vil tendensen som då kjem fram, vere mykje meir gyldig enn rein synsing og ønsketenking.

Sosialtenestelova er framleis hovudlova

Trass i at Bondevik II-regjeringa har lova å leggje meir vekt på helsetenestetilbodet til rusmiddelbrukarar, er det framleis slik at hovudtiltaka innanfor behandling av rusmiddelproblem er heimla i lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. (5, 19). Hovudoppgåvene ligg på den kommunale sosialtenesta. Etter § 2-1 er det kommunane som er ansvarlege for alle tiltak som ikkje spesifikt er lagde til fylkeskommunen eller staten.

Staten har etter lova inga plikt til å etablere eit sosialtenestetilbod overfor rusmiddelbrukarar. Fylkeskommunane har etter § 7-1 ansvar for etablering og drift av institusjonar med tilknytte spesialisttenester for omsorg for og behandling av rusmiddelbru-

karar. Dette skal skje med utgangspunkt i ein plan som skal vise korleis ein vil dekkje aktuelle og framtidige behov for slike tenester. Planen skal syne samarbeid med private tenesteytarar, kommunane og spesialisttenester etter anna lovgjeving (til dømes psykiatriske helsetenestetilbod). Regjeringa har signalisert at dei vil gå gjennom ansvarsforholda innanfor rusomsorgen, med sikte på endringar frå og med 2004 (20).

Den kommunale sosialtenesta skal etter §§ 4-1, 4-2 og 6-1 omfatte ei rekkje tiltak og tenester – frå opplysning, råd og rettleiing til den einskilde rusmiddelbrukaren og familien hans til å sørgje for eit behandlingsopplegg utanfor eller innanfor institusjon.

Sjølv om fylkesmannen på vegner av staten fører tilsyn med og er klageorgan for ei rekkje av tiltaka etter sosialtenestelova, er det rettslege grunnlaget for å krevje faglege tiltak etter denne lova ikkje slik som til dømes retten til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetenestelova. Det kan klagast til Fylkesmannen over avgjersler om tildeling av sosiale tenester, jf. § 8-1. I § 8-7 er det fastsett at Fylkesmannen berre kan overprøve kommunen sitt frie skjønn i klagesaker når dette skjønn er openbert urimeleg.

Sosialtenestelova gjev ikkje brukarane eit rettskrav på sosialfaglege tenester på same måten som ein finn det uttrykt i kapittel 2 i pasientrettslova og i § 2-1 i kommunehelsetenestelova. Brukarrettane med tilhøyrande klagerett etter sosialtenestelovgjevinga er såleis formelt sett veikare enn pasientrettane etter helsetenestelovgjevinga og pasientrettslova både når det gjeld rettskrav på eit tenestetilbod og eit forsvarleg fagleg innhald i tilbodet.

Rett til helsehjelp for rusmiddelbrukarar

Korkje spesialisthelsetenestelova eller kommunehelsetenestelova har særlege reglar om utvidingar eller avgrensingar i retten til helsehjelp for rusmiddelbrukarar. Det er heller ikkje gjeve særlege reglar om dette i pasientrettslova. Dette må forståast slik at når rusmiddelbrukarar har *behov for kvalifisert helsehjelp* av somatisk eller psykiatrisk art, på grunn av akutte tilstandar, tilvenjingsproblem eller kroniske sjukdommar, kan dei ikkje avvistast med det som argument at tenestetilbodet skal gjevast av andre med heimel i sosialtenestelova.

Snarare kan det nok ut frå reint medisinske vurderingar vere grunn til å gje rusmiddelbrukarar høgare prioritet i ei rekkje situasjonar, nettopp fordi rusmiddelbruken er med på å gjere helsesituasjonen meir alvorleg enn om vedkommande ikkje hadde vore rusmiddelbrukar. Uavhengig av arbeidsstad må difor alle helsearbeidarar i klinisk praksis vere budde på å ta seg av pasientar med større eller mindre rusmiddelproblem på ein fagleg forsvarleg måte som ein naturleg del av sin totale praksis.

Når det gjeld tiltak overfor personar som nyttar tyngre narkotiske stoff (heroin), er det gjeve særlege retningslinjer om dette (21). Forskriftskrava om rekvirering og utlevering av narkotiske stoff til pasientar er tilpassa desse retningslinjene. Det ligg utanfor føremålet med denne artikkelen å drøfte det faglege grunnlaget for desse.

Tvangstiltak overfor rusmiddelbrukarar

Hovudprinsippet i all yting av helse- og sosialtenester er at ein skal byggje på friviljug medverknad frå brukaren eller pasienten si side. Det må liggje føre heimel i lovgjevinga før ein kan vurdere bruk av tvang i ei eller anna form.

Rusmiddelbruk åleine gjev ikkje grunnlag for undersøking eller innlegging med tvang etter reglane i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (22). Hovudvilkåret her er at tvunge psykisk helsevern berre kan nyttast overfor personar med alvorleg sinnsliding når visse tilleggsvilkår er oppfylte. Sjølv tung rusmiddelbelastning vil i seg sjølv ikkje vere alvorleg sinnsliding. Derimot skal ein ikkje gløyme at rusmiddelbrukarar også kan ha alvorlege sinnslidingar, og at tilleggsvilkåra for bruk av tvang kan vere oppfylte.

I sosialtenestelova er det derimot gjeve reglar om vilkår for bruk av visse former for tvang overfor rusmiddelbrukarar. Sjølv om tvangsreglane i sosialtenestelova ikkje er hyppig brukte, særleg ikkje dersom det berre handlar om alkoholbruk, må klinikaren kjenne til at slike reglar finst.

I § 6-1a er det fastsett at sosialtenesta i kommunen ved melding frå pårørande om omfattande rusmiddelmissbruk skal gjere nødvendige undersøkingar og vurdere om det skal fremjast sak om tvangstiltak. Når saka er ferdig utgreidd, skal den pårørande ha melding tilbake om dette. Lova gjer nærare greie for kven som er å sjå på som pårørande.

Det er to omstende som kan gje grunnlag for tvang i form av inntak og tilbakehald i institusjon. For det første kan dette vere aktuelt når nokon utset seg sjølv fysisk eller psykisk for fare ved omfattande og vedvarande misbruk og andre hjelpetiltak ikkje er tilstrekkelege, jf. § 6-2. Vedkommande kan då haldast tilbake i inntil tre månader. Sosiale problem for personen sjølv eller problem for andre er ikkje grunnlag for slikt tvangstiltak (23).

For det andre kan ein gravid rusmiddelmissbrukar takast inn og haldast i institusjon utan samtykke i heile svangerskapet dersom misbruket er av ein slik art at det er overveigande sannsynleg at barnet vil bli fødd med skade, og dersom andre hjelpetiltak ikkje er tilstrekkelege, jf. § 6-2a.

Desse to formene for tvang skal som hovudregel fastsetjast av fylkesnemnda for sosiale saker etter innstilling frå sosialtenesta i kommunen. Mellombels vedtak kan i særlege tilfelle fattast av sosialtenesta.

Det er same reglane som gjeld på dette området når det gjeld alkoholbruk som narkotikabruk. Ved vurdering av tilbakehald i institusjon for behandling av alkoholproblem er det likevel verd å merke at det knapt finst nokon dokumentasjon som syner at slik behandling har betre effekt enn behandling utan innlegging i institusjon (14).

Sosialtenestelova gjev i § 6-3 dessutan heimel for at ein institusjon kan setje som vilkår for inntak på friviljug grunnlag at ein rusmiddelmissbrukar skal kunne haldast tilbake i opptil tre veker etter inntaket. Samtykke til eit slikt inngrep skal gjevast skriftleg seinast når opphaldet tek til.

Pliktmessig fråhald for helsepersonell

Helsepersonellova stiller i § 8 krav om at helsepersonell ikkje skal bruke alkohol eller andre rusmiddel i arbeidstida. Plikta til ikkje å vere rusa eller sløva i arbeidstida kan dessutan utleiast av kravet til forsvarleg verksemd (1). Dette tyder i praksis at plikta til ikkje å vere rusa også gjeld dersom rusmiddel er teke før arbeidstida tek til. Dersom helsepersonell nyttar rusande lækjemiddel på grunn av sjukdom, fell dette ikkje inn under bruksforbodet. Men helsepersonellet sjølv skal informere arbeidsgjevarer om bruken.

Helsepersonell treng ikkje famle i blinde

Når det gjeld alkoholproblem, kjenner vi effektive strategiar i forebyggingsarbeidet, både på populasjonsnivå og i forhold til ein-skildpersonar (14, 15). Det finst også kliniske behandlingstiltak som har god, dokumentert effekt (14).

Alkoholproblem er ei utfordring i alt klinisk arbeid. For å sikre fagleg forsvarlege tenester til pasientane må helsepersonellet sjå til at dei arbeider ut frå den beste tilgjengelege kunnskapen, og dessutan sørgjer for å etablere samarbeid med andre.

Rettskrava på tenester frå det offentlege er sterkare når det gjeld helsetenester enn sosialtenester. Saman med auka interesse og mediemerksemd kring medisinsk behandling av rusmiddelproblem kan dei ujamne rettskrava føre til urealistisk optimisme for kva rusmiddelbrukarar kan vente seg frå helsetenesta. Mange helsearbeidarar, og sikkert ikkje minst fastlegar, opplever dette som ei knipe, og kjenner mistilliten frå pasientane sine på dette området. Den einaste fornuftige måten å møte dette på er gjennom å skaffe seg oppdatert kunnskap om kva som er det moglege rommet for den profesjonelle innsatsen.

Litteratur

1. Lov om helsepersonell mv. Rundskriv I-20/2001. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
2. Braut GS, Rognum TO. Legers rettigheter og plikter. I: Rognum TO, red. Lærebok i rettsmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
3. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Rundskriv I-59/2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.

4. Lov om pasientrettigheter. Rundskriv I-60/2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
5. Kleppe IL. Jævelskapens sår. VG 11.11.2001.
6. Christie N, Syse A. Rusmiddelbruk og nødvendig helsehjelp. Aftenposten (morgenutgave) 13.11.2001.
7. Henmo O. Vil stoppe dansk narkohjelp til nordmenn. Aftenposten (morgenutgave) 27.11.2001.
8. Gundersen R. Redd, med all mulig grunn. Utposten 2002; nr. 2: 6–11.
9. Waal H, Dahl IV. Fra «kvoteforskrivning» til legemiddelassistert rehabilitering – erfaringer med overgangsbestemmelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1228–31.
10. Harr D. Behandling av rusmiddelbrukere. Utposten 2002; nr. 3: 36–7.
11. St.meld. nr. 26 (1999–2000). Om verdier for den norske helsetenesta.
12. Qviller B. Rusens historie. Oslo: Det Norske Samlaget, 1996.
13. Eriksen EO. Demokratiets sorte hull. Om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten. Oslo: Abstrakt forlag, 2001.
14. Behandling av alkohol- og narkotikaproblem. En evidensbasert kunnskapssammenstilling. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2001 www.sbu.se (9.6.2002).
15. Norström T. Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Stockholm: Folkhälsainstitutet, 2001. www.fhi.se/pdf/ECAS_2.pdf (9.6.2002).
16. Horverak Ø, Nordlund S, Rossow I. Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk. SIRUS-rapport nr. 1. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2001. www.sirus.no (9.6.2002).
17. Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.
18. Lov om omsetning av alkoholholdig drikk mv. Rundskriv I-6/98. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.
19. Lov om sosiale tjenester mv. Rundskriv I-1/93. Oslo: Sosialdepartementet, 1993.
20. Stortingsproposisjon nr. 63 (2001–2002). Om prioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 2002.
21. Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. Rundskriv I-33/2001. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
22. Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
23. Kjønsstad A, Syse A. Velferdsrett I. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.