

## Hvem og hvor er ruspasienten?

– Det er viktig å finne ruspasientene som ofte er usynlige på de somatiske avdelingene, sier Guri Spilhaug.



BRENNER FOR FAGET: Guri Spilhaug brenner for rus- og avhengighetsmedisinen. Foto: Lisbet T. Kongsvik

Spilhaug som leder Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin, har vært en av drivkreftene innen rusfeltet siden foreningen så dagens lys for ti år siden. Rus- og avhengighetsmedisin ble 30.11. 2014 godkjent som egen hel-spesialitet for leger.

Pasienter med sykdom som er forårsaket av, eller som har fått komplikasjoner ved, bruk av alkohol opptar i dag en av fem sykehussenger på somatiske avdelinger. I tillegg kommer skader som følge av ulykker og vold som er relatert til rusbruk.

Spilhaug mener det er viktig å finne disse pasientene og gi dem et behandlingstilbud som omfatter mer enn de somatiske lidelsene.

– Alkohol koster samfunnet 18 milliarder kroner i året. Store deler av utgiftene er knyttet til fravær i arbeidslivet, men her er det store mørketall. Statistikken teller ikke med alle helsekronene som går med til behandling av de som ligger på sykehus og som har sykdom eller skader som er relatert til alkohol,

Tall fra Verdens helseorganisasjon (WHO) viser at alkohol er den tredje viktigste årsaken til tapte leveår og død i den vestlige verden.

– Dette er svært høye tall og sier noe om hvor viktig det er at vi utdanner legespesialis-

ter innen dette fagfeltet som ser hele pasienten, påpeker hun.

### Sosialfaglig dominert

Det er fremdeles en utfordring for fagfeltet at det har vært sosialfaglig dominert i mange år og at medisinene ikke har kommet på banen.

«Helsetjenesten i kommunene må ha en spesialisthelsetjeneste som er tilgjengelig for konsultasjon, råd og veiledning.»

Behandlingen har vært forankret i kommunenes sosialtjeneste. De få fagpersonene som har arbeidet i mer spesialiserte klinikker har vært psykologer.

– Dette betyr at samfunnets oppfatning av

det å ha et rusproblem har vært knyttet til en svært forkommen pasientgruppe som har hatt behov for velferdstjenester. Men vi vet i dag at dette ikke er den gjengse ruspasient, sier Spilhaug.

Oppfatningen tidligere var at det ruspasienten først og fremst trengte var å komme vekk fra rusmiljøet og at det i seg selv var nok for å komme ut av avhengigheten. Å forstå avhengighet som sykdom var en trussel mot de rådende behandlingssidealene. Det førte til skepsis fra flere aktører og banet vei for at legene fikk en større betydning i rusbehandlingene.

### Mange nye russpesialister

Selv om mange spesialister nå er under utdanning, er utdanningsinstitusjonene ennå ikke formelt sett godkjent fordi regelverket fremdeles ikke er på plass. Det er Helse- og omsorgsdepartementets ansvar å få på plass disse rammene.

Det første utdanningskullet på 25 leger er nå godt i gang med sine siste kursmoduler. I tillegg har 30 leger nylig startet på utdanningen.

– Våren 2018 kan vi derfor ha 55 ferdige russpesialister. Fra før er 52 spesialister godkjent etter overgangsregler. Siste overgangskurs arrangeres i november med over 30 på-

meldte. Dette betyr at det våren 2018 vil være ca. 130 spesialister innen rus- og avhengighetsmedisin, sier en fornøyd Spilhaug.

### Et tilpasset behandlingstilbud

– Det er viktig at vi blir mer synlige i helseforetakene. Ruspasientene er kompliserte og har sammensatte lidelser. Mange har i tillegg en psykisk sykdom. Flere har også somatiske lidelser. Det er viktig at vi som er russpesialister er på tilbudssiden overfor våre kolleger på somatiske avdelinger, slik at vi kommer inn i behandlingen på et tidlig tidspunkt.

– Er vi mange nok kan vi videreutvikle en konsultasjonstjeneste. Vi må jobbe for at våre kolleger i andre avdelinger og klinikker vet at vi er der og har et tilbud til våre felles pasienter.

Det er viktig at denne pasientgruppen får et bredere og riktigere tilbud enn i dag. Det er så mange myter knyttet til behandlingen av ruspasienter. Mange har stor nytte av enkel behandling og kan etablere god ruskontroll.

Feilbehandling kan skade.

– Det er derfor viktig å vite hva vi gjør med pasienten, hvorfor vi gjør det og hva effekten av det vi gjør er, understreker Spilhaug.

I fremtiden må helseforetakene bidra mer for å hjelpe kommunene når de får mer ansvar for sine ruspasienter. KAD-plasser (kommunale akutte døgnplasser) skal snart omfatte både rus- og psykiatripasienter. Disse plassene må derfor utvikles slik at det er til hjelp for disse pasientene.

– Helsetjenesten i kommunene må ha en spesialisthelsetjeneste som er tilgjengelig for konsultasjon, råd og veiledning. Hvis kommunene skal kunne ivareta pasientene på et visst nivå må de ha spesialisthelsetjenesten i ryggen, sier hun.

### Ønsker flere forskerhoder

– Vi etterlyser forskningsmidler til dette viktige fagfeltet. Det er ingen hemmelighet at det forskes veldig mye mer på somatisk sykdom og også innenfor psykisk helsevern enn rus- og avhengighetsmedisin. Den gyldne regel om at helseforetakene skal prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern mer enn somatikken, må også omfatte forskning.

– Vi skal selvsagt heie på den forskningen som foregår og på de forskningsmiljøene som er i god vekst, men det er viktig å støtte opp om dette i praksis og ikke bare i festtalene, sier Spilhaug.

Både i Norge og i Europa går det få midler til rusforskning. Internasjonale fag og forskningsmiljøer prøver nå å sette dette mer på dagsordenen. Det må mer kunnskap til om gode behandlingsmetoder og effekten av

«Jeg ønsker meg trygge og nysgjerrige kolleger som vil satse på fag og ledelse, kolleger som vil ta ansvar å forme et fremdeles ungt fagfelt»

disse hvis vi skal kunne lage kloke pakkeforløp for behandling av rus slik Helsedirektoratet er i gang med. Dette vil sette noen standarder og stille kvalitet til tjenesten, noe som er viktig.

### Fagets vei videre

– Ambisjonene videre er å satse på alle våre nye spesialistkolleger. Vi må sørge for at de blir gode og kloke overleger i helseforetakene og at de får betydning for fagets utvikling og pasientbehandlingen. Mange av disse er våre kliniske forskere.

Spilhaug ønsker seg trygge og nysgjerrige kolleger som vil satse på fag og ledelse, kolleger som vil ta ansvar for å forme et fremdeles ungt fagfelt.

### Lisbet T. Kongsvik

*lisbet.kongsvik@legeforeningen.no*  
Samfunnspolitisk avdeling

### Litteratur

1. Østigaard SR. Verdens første spesialist i rus- og avhengighetsmedisin. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1518.

## Et kraftfullt nei til atomvåpen

Verdens legeorganisasjon (WMA) som representerer mer enn ni millioner leger, sendte nylig ut en sterk appell til alle lands myndigheter om å jobbe for å eliminere alle atomvåpen.

Organisasjonen advarte om at verdenssituasjonen har gjort kjernefysisk nedrustning mer presserende enn noensinne.

Appellen ble sendt ut i forbindelse med markeringen av den internasjonale dagen for total eliminering av atomvåpen, 26 september. WMAs president Sir Michael Marmot, sa i en uttalelse at «Det er viktig at leger rundt om i verden bruker dagen i dag til å understreke vårt budskap om det avskyelige ved atomvåpen. Den medisinske kunnskapen om konsekvensene av å bruke slike våpen er så skremmende at intet mindre enn et totalforbud mot atomvåpen er akseptabelt.

Leger og nasjonale legeforeninger har en plikt til å si fra om de katastrofale konsekvensene ved implementering av disse våpnene og verdens regjeringer har en plikt til å gjøre verden til et tryggere sted.

– Det betyr at utvikling, testing, produksjon, lagring, overføring, distribusjon og trusler om bruk av atomvåpen må fordømmes og snarest stoppes. Myndighetene kan ikke lenger lene seg tilbake og gjøre ingenting, sa Marmot.

## Svakt helsebudsjett for 2017

Statsbudsjettet for 2017 som ble lagt frem 5. oktober, viste at helseminister Bent Høie ikke vil klare å innfri sine løfter om et løft for sykehusene. Helseministeren lovet 12 milliarder i friske midler til sykehusene over fire år i valget i 2013. Med de lave bevilgningene over statsbudsjettet for 2017 ligger Høie nå så langt bak at han ikke vil klare å nå sitt eget løfte.

– Budsjettet gir hverken sykehusene eller kommunene det løftet helseministeren gikk til valg på i 2013. Dette er det svakeste budsjettet han har lagt frem, kommenterte president Marit Hermansen da budsjettet ble lagt frem.

Hun er skuffet over at helsesektoren ikke prioriteres høyere.

Høie ligger nå minst tre milliarder bak egne løfter. Legeforeningen mener at budsjettet bærer bud om videre effektivisering og omstilling. Veksten i antallet eldre pasienter med et stort behov for helsehjelp vil i sum utligne veksten i budsjettet, noe som fører til at det i realiteten ikke tilføres friske midler til sykehusene i det hele tatt.

Statsbudsjettet lovet heller ingen styrking av primærhelsetjenesten.