

# Når rusbruk hindrer helsehjelp

Øyvind Imenes Sivertsen  
oyvindimenes@hotmail.com

Helsepersonell må skille mellom ulike former for rusbruk og unngå fordomsfulle generaliseringer som bidrar til en diskriminerende praksis.

Den omtalte venninnen har lest og godtatt teksten

Øyvind Imenes Sivertsen

Bilde: privat

I sommer ble en venninne av meg avvist av DPS for ADHD-utredning. Ved inkomstsamtale hadde hun fortalt at hun av og til røykte hasj med kjæresten på kveldstid. Hun opplevde at hasj kunne hjelpe henne med å stresse ned, redusere indre uro og lette innsovning på kvelder når uroen var ekstra sterk.

Psykologene begrunnet avvisningen med at hun måtte på avrusning fordi de mente problemene hennes skyldtes hasjbruken. Hun opplevde avvisningen som en stor tillitsbrist og følte opplysningene hun delte i fortrolighet, ble brukt mot henne. Hun stilte spørsmål ved om dette er vanlig praksis blant helsepersonell? Hennes opplevelse fikk meg til å reflektere over hvorvidt en slik praksis er tillatt og faglig forsvarlig.

## Sammenhengen mellom ADHD og rusbruk

Det er godt dokumentert at personer med ADHD har økt sannsynlighet for rusavhengighet og problematisk rusbruk (Kooij et al., 2010). Alkohol og cannabis er de vanligste rusmidlene, men andre stoffer forekommer også. Internasjonale og norske veiledere for utredning fremhever derfor viktigheten av å kartlegge rusbruk parallelt med utredning og behandling av ADHD (Helsedirektoratet, 2022). Videre anbefales det at rusrelaterte utfordringer og ADHD behandles samtidig ved behov.

Det er etter mitt syn en vanlig misforståelse blant helsepersonell at rusfrihet er en forutsetning for å kunne utrede ADHD. Helsedirektoratets retningslinjer peker imidlertid på at det i noen tilfeller er nødvendig med samtidig behandling av begge problemene (Helsedirektoratet, 2022, s. 42). Å avvise henvisning eller behandling på grunnlag av rusbruk er derfor ikke i tråd med gjeldende faglige anbefalinger.

## Stigmatiserende holdninger i helsevesenet

Min arbeidserfaring som psykologstudent i psykisk helsevern er at helsepersonell ofte kategoriserer all rusbruk som misbruk, til tross for at det i diagnosemanualen ICD-10 er definert viktige forskjeller mellom rusbruk, skadelig bruk og avhengighet. Disse forskjellene er avgjørende for at helsetjenestene

skal kunne gi riktig behandling, men ser ut til å bli oversett i møte med pasienter. Waal og Clausen (2022) ved Senter for rus- og avhengighetsforskning viser til at stigmatiserende holdninger er utbredt blant helsepersonell, noe som trolig kan bidra til at sammenblandingen mellom ulike typer rusbruk misforstås og vedvarer.

Min venninne har nå fått diagnosen ADHD, men dette skjedde etter hun søkte utredning og hjelp hos privatpraktiserende psykolog. I tillegg til å betale for behandlingen måtte hun levere urinprøver for å dokumentere rusfrihet. Denne prosessen opplevde hun som krevende, men hun var motivert nok til å gjennomføre. Samtidig kunne hun fortsette å bruke alkohol, som hun ofte benytter i sosiale settinger, uten at dette fikk tilsvarende oppmerksomhet fra helsepersonell.

## Dagens praksis mangler faglig grunnlag

Den ovennevnte situasjonen belyser slik jeg ser det, flere problematiske aspekter ved dagens praksis. For det første er det diskriminerende å nekte helsehjelp til personer som oppgir å bruke rusmidler. Argumentet om at rusfrihet er nødvendig for å sette en ADHD-diagnose, mangler faglig grunnlag. Enkelte vil kanskje innvende at bruk av for eksempel hasj kan bidra til lavere fungering og dermed forklare ADHD-symptomene, noe som gjør rusfrihet nødvendig for å kunne sette diagnosen. Forskning sier noe annet: Å påstå at hasjbruk skaper ADHD-symptomer, er ikke kunnskapsbasert (Cawkwell et al., 2021), og reflekterer en generalisering som likestiller all bruk med misbruk.

Videre blir denne typen argumentasjon en forenklet tilnærming som ikke skiller mellom ulike bruksmønstre og effekter av rusmidler. En person som kronisk bruker hasj, opptil flere ganger daglig, vil fungere dårligere enn en som bare røyker av og til om kvelden. Akkurat som ved bruk av alkohol.

For det andre undergraver dagens praksis pasienters tillit til helsevesenet. Pasienter som velger å ærlig dele informasjon om eget liv, bør kunne forvente at disse opplysningene blir brukt til å fremme deres helse istedenfor å motarbeide den ved å nekte å gi hjelp.

## Unnlater å fortelle om rusbruk

Jeg mistenker at mange pasienter unnlater å være ærlig om sitt rusbruk av frykt for negative konsekvenser. Et raskt søk på nettet viser at flere anbefaler å skjule rusbruk for leger og psykologer. De frykter tap av omsorgsrettigheter for egne barn, inndragelse av førerkort eller avvisning på henvisning til behandling. Enkelte forteller at de opplever fagpersoner som mer opptatt av rusbruken enn av problemstillingen de søkte hjelp for.

Det er kjent at rusbruk er utbredt i alle samfunnslag. Mitt inntrykk er at ressurssterke personer er flinkere til å skjule bruk av ulovlige rusmidler enn andre, sannsynligvis fordi mange frykter sosiale eller formelle sanksjoner i form av tapte rettigheter. Frykt for konsekvenser kan dermed stå i veien for at pasienter, uavhengig av bakgrunn, tør å være åpne om eget eller for eksempel partners rusbruk.

Som kommende psykolog mener jeg det er avgjørende at pasienter våger å dele informasjon om eget rusbruk uten frykt for å bli møtt med fordømmelse eller avvisning. For å oppnå slik åpenhet må vi som behandlere forvalte tilliten de gir oss, på en profesjonell og empatisk måte.

Helsepersonell må skille mellom ulike former for rusbruk og unngå generaliseringer som kan bidra til diskriminerende praksis. Pasientene våre fortjener bedre.

## Referanser

- Cawkwell, P. B., Hong, D. S. & Leikauf, J. E. (2021). Neurodevelopmental Effects of Cannabis Use in Adolescents and Emerging Adults with ADHD: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(4), 251–261. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000303>
- Helsedirektoratet (2022). ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse – nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., Edvinsson, D., Fayyad, J., Foeken, K., Fitzgerald, M., Gaillac, V., Ginsberg, Y., Henry, C., Krause, J., Lensing, M. B., Manor, I., Niederhofer, H., Nunes-Filipe, C., Ohlmeier, M. D., ... Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-67>
- Waal, H. & Clausen, T. (2022). Stigmatisering som problem i rusdebatten. *Senter for rus- og avhengighetsforskning*. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2022/seraf-notat-nr-1-2022-stigmatisering.html>