

Brekke, E. (2025). Overdødelighet blant mennesker med rusmiddelproblemer: Mekanismer og løsninger på samfunnsnivå. I B. Olsvik, R. Sørly, B. E. Karlsson & T. Ghaye (Red.), *Nye perspektiver på menneskerettigheter, sosial ulikhet og sosial rettferdighet* (s. 149–167). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa520107>

7

## Overdødelighet blant mennesker med rusmiddelproblemer

*Mekanismer og løsninger på samfunnsnivå*

Eva Brekke<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Forskningscenter for rus- og psykiske lidelser – ROPforsk, Sykehuset Innlandet

## Innledning

Mennesker med rusmiddelproblemer har lavere forventet levealder enn den generelle befolkningen, og forskjellen er enda større ved samtidig psykisk lidelse (ROP-lidelse) (Heiberg et al., 2018; Hjorthøj et al., 2015). Selv om forskjellene skyldes somatisk sykdom, er det mye som tyder på at sosiale mekanismer spiller inn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). I dette kapittelet vil jeg se nærmere på sosiale og samfunnsmessige mekanismer som kan forklare forskjeller i levealder mellom personer med rusmiddelproblemer og den generelle befolkningen.

Siden jeg begynte å jobbe som psykolog på rusfeltet for 20 år siden, har jeg undret meg over hvorfor samfunnet og helsevesenet behandler mennesker med rusmiddelproblemer annerledes enn andre innbyggere, og hvorfor ikke flere reagerer på denne urettferdigheten. Jeg har dessverre hørt mange historier fra mennesker som har blitt avvist eller misforstått av de som skal hjelpe dem – politiet, psykologer, leger eller andre – fordi de har rusmiddelproblemer. Etter å ha spesialisert meg i samfunnspsykologi fikk jeg økt forståelse for systematikken i denne forskjellsbehandlingen, som blant annet resulterer i tapte leveår. Det finnes eksempler på at mennesker med rusmiddelproblemer blir bevisst dårlig behandlet eller utnyttet, fordi noen satser på at de ikke melder fra eller ikke kommer til å bli trodd. Men de færreste ønsker vel å trække på andre, aller minst en som trenger hjelp til å komme seg på beina. Mange fastleger, psykologer, helsesykepleiere, jordmødre og annet helsepersonell gjør sitt aller beste hver eneste dag. Så hvordan kan denne forskjellsbehandlingen skje? Og hva gjør det med folk å bli mistrodd når man oppsøker hjelp?

Rett til helse gjelder for alle, uten diskriminering. Helsetjenester skal tilpasses grupper som er utsatt for diskriminering, er særlig utsatte eller har spesielle helsebehov (UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), 2008). Retten til helsehjelp består, selv om man bruker rusmidler (United Nations, 2019). Allikevel blir personer som bruker illegale rusmidler forskjellsbehandlet på ulike samfunnsområder, inkludert i helsevesenet, og diskrimineringsvernet er ikke godt nok (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2022, 2024). Somatisk sykdom oppdages senere, og behandlingen er ikke optimal (Legeforeningen, 2023).

I dette kapittelet vil jeg se på hvordan samfunnsmessige mekanismer kan forklare forskjeller i forventet levealder, med særlig vekt på sosial rettferdig-

het og menneskerettigheter, ut fra et samfunnspsykologisk perspektiv. Jeg vil komme inn på hvordan tiltak på samfunnsnivå kan bidra til å redusere forskjellene i forventet levealder for mennesker med rusmiddelproblemer. Jeg vil bygge kapittelet på oppdatert forskning om dødelighet, rusmiddelproblemer og sosiale mekanismer. I tillegg vil jeg trekke inn resultater fra kvalitativ forskning og egne kliniske erfaringer. Kapittelet er ment å utfylle publikasjoner som har hatt fokus på overdødelighet blant personer med rusmiddelproblemer fra et medisinsk og sykepleiefaglig perspektiv, og disse perspektivene henger selvsagt sammen (Bech & Toft, 2023; Legeforeningen, 2023; Skeie, 2024).

Aller først vil jeg definere noen sentrale begreper knyttet til rusmiddelproblemer, levealder og dødelighet.

## Rusmiddelproblemer

De fleste som bruker rusmidler, har ikke et rusmiddelproblem, men kan allikevel bli utsatt for diskriminering (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2022). Dette kapittelet handler imidlertid om personer som har et rusmiddelproblem. Rusmiddelproblemer kan forstås og defineres ulikt i ulike sammenhenger. Når jeg snakker om rusmiddelproblemer, mener jeg skadelig bruk og avhengighet, men også risikofyllt og problematisk bruk av rusmidler (Biong & Ytrehus, 2012; Folkehelseinstituttet, 2022).

I diagnosesystemet som brukes i Norge, ICD-10, forstås «skadelig bruk» som at rusmidler brukes på en måte som gir fysisk eller psykisk helseskade. «Avhengighet» er definert som en tilstand hvor minst tre av følgende symptomer har vist seg samtidig i minst én måned i løpet av det siste året: vansker med å kontrollere rusmiddelbruken, trang eller tvang til å innta rusmidler, neglisjering av andre interesser og oppgaver til fordel for rusmiddelbruk, fortsatt rusmiddelbruk til tross for negative konsekvenser, toleranseutvikling og fysiologisk abstinenssyndrom (World Health Organization, 1993).

ROP-lidelse forstås i dette kapittelet som å leve med rusmiddelproblemer og psykisk lidelse samtidig, hvor problemene påvirker hverdagen i stor grad. Det vil ofte være snakk om alvorlige rusmiddelproblemer og alvorlig psykisk lidelse.

## Levealder og dødelighet

Forventet levealder kan defineres som antall år en person kan forvente å leve ved fødsel, gitt at dagens dødelighetsmønster består (Barstad, 2014). I 2020 var forventet levealder i Norge 84,9 år for kvinner og 81,5 år for menn (Folkehelseinstituttet, 2022). Forskjeller i levealder kan kanskje virke fjernt fra hverdagen til enkeltpersoner, men tallene forteller oss noe om folkehelsen i en befolkning – altså hvordan folk har det. Lav forventet levealder er et signal på at mange dør tidlig, mens høy forventet levealder forteller at mange lever lenge. Hvis levealderen endrer seg i en befolkning, forteller dette oss at forholdene har endret seg til det verre eller det bedre.

I Norge er dødeligheten blant personer med rusmiddelproblemer anslått å være ti ganger høyere enn i den generelle befolkningen (Amundsen, 2015; Gjersing & Bretteville-Jensen, 2018). For personer med rusmiddelproblemer og alvorlig psykisk lidelse er dødeligheten enda høyere, og forskjellen er størst i de yngre aldersgruppene (Heiberg et al., 2018). Overdødeligheten ser ut til å skyldes både dødsårsaker som er direkte eller indirekte forårsaket av rusmiddelbruk, og somatisk sykdom (Bech et al., 2019; Skeie et al., 2022).

I 2022 var det 321 narkotikautløste dødsfall i Norge, og gjennomsnittsalderen for de som døde var 45 år (Folkehelseinstituttet, 2023). De fleste narkotikautløste dødsfall er forgiftningsulykker (overdoser), men tallet omfatter også overdoser med intensjon (selvmord) og dødsfall knyttet til psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk. I tillegg vil en del dødsfall være indirekte knyttet til rusmiddelbruk, som for eksempel ulykker og drap, samt dødsfall grunnet infeksjonssykdommer som HIV/AIDS og hepatitt C (Amundsen, 2015). I 2022 var det 395 alkoholutløste dødsfall i Norge, som omfatter leversykdom, avhengighet og akutt alkoholforgiftning (Folkehelseinstituttet, 2022). I tillegg gir alkoholbruk risiko for ulykker og en rekke andre sykdommer. Selv om alkoholinntaket er høyest i grupper med høy inntekt, forekommer alkoholrelaterte dødsfall oftere blant grupper med lav sosioøkonomisk status (Østhus et al., 2016).

Forskjellene i levealder forklares ikke ved suicid, overdoser og ulykker alene. Den viktigste årsaken til forskjellen i levealder er somatisk sykdom, som hjerte-karsykdom, luftveissykdom og kreft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Manglende behandling av somatiske sykdommer og usunne levevaner bidrar sannsynligvis til ulikhetene i somatisk helse, og begge disse mekanismene blir påvirket av samfunnsmessige forhold.

## Sosiale mekanismer for overdødelighet på ulike nivåer

Vi har altså sett at somatisk sykdom, mangelfull behandling og usunne levevaner er viktige årsaker til overdødeligheten. Men hva har dette med samfunnet å gjøre? I dette avsnittet skal vi se nærmere på ulike samfunnsmessige mekanismer som kan påvirke somatisk helse og dødelighet.

Stigma og diskriminering i helsetjenestene kan føre til mangelfull behandling for somatisk sykdom. Norges institusjon for menneskerettigheter har undersøkt opplevelser med stigma og diskriminering blant mennesker med rusmiddelproblemer, blant annet i møte med helsevesenet (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2024). Resultatene var ikke oppløftende. I rapporten dokumenteres opplevelser av å bli møtt med negative fordommer, avvising, negativ forskjellsbehandling og mangelfull medikamentell behandling fordi man har rusmiddelproblemer. For mange førte dette til forverret psykisk og somatisk helse, vegring mot å oppsøke helsehjelp, forverring av rusmiddelproblemer og utenforskap.

Rapporten dokumenterer opplevelser som har vært kjent lenge. Allikevel har det ikke blitt slutt på denne uforholdsmessige diskrimineringen. I en intervjustudie med personer som benyttet seg av et gatenært lavterskeltilbud i Oslo undersøkte forskerne hvilke terskler som fantes for å benytte seg av ordinære helsetjenester. De fant at «tillitsterskelen» var nødvendig å overkomme før helsetjenester ble opplevd som relevante og trygge (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). I en kvalitativ studie av hvordan personer med ROP-lidelse opplever at profesjonelle hjelpere kan bidra til bedring, fant vi at tillit gikk som en rød tråd gjennom beskrivelsene (Brekke et al., 2018). Fragmenterte tjenester og moralisme blant helsepersonell, manglende kunnskap om rusmiddelproblemer og manglende forståelse for levekårsutfordringer gir lav tillit til tjenestene og hever terskelen for å oppsøke hjelp for personer med ROP-lidelse. Opplevd mindreverd og selvstigma etter gjentatte opplevelser av sosial eksklusjon kan øke terskelen ytterligere (Brekke et al., 2021).

Negative holdninger og fordommer blant helsepersonell kan være en årsak til diskriminering. Mange har sterke meninger om rusmiddelproblemer, og det er ikke uvanlig at politikere og «folk flest» uttaler seg om hvilken behandling som er den riktige – gjerne med moralske begrunnelser (Lossius, 2017). Dette er uvanlig når det gjelder andre helsetilstander, for eksempel kreft eller hjerte-karsykdommer. I en norsk studie av stereotyper mot ulike grupper

ble gruppen «rusmisbrukere» rangert av deltagerne som en av de tre gruppene som man trodde at folk flest anså som lite varme og lite kompetente, sammen med gruppene «tiggere» og «romfolk» (Bye et al., 2014). Slike stereotypiske forventninger til en gruppe har vært knyttet til foraktende fordommer (Fiske et al., 2002).

Forakt regnes som en av de syv universelle følelsene og kjennetegnes ved en opplevelse av at «jeg er bedre enn deg og du er mindre verdt enn meg». Forakt trigges gjerne av det som oppfattes som umoralsk oppførsel, og henger ofte sammen med sinne og irritasjon. Forakt motiverer til å vise overlegenhet, distanse og makt. Man kan anta at mennesker med rusmiddelproblemer i større grad utsettes for foraktende fordommer enn andre. Slike tegn på at man ikke blir anerkjent som en likeverdig borger, også kalt «mikroaggresjoner», kan gi helserisiko når det oppleves over tid. Derfor er redusert diskriminering og marginalisering av personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer anbefalt av myndighetene for å redusere ulikheter i helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2023).

Negative holdninger til mennesker med rusmiddelproblemer finnes dessverre også blant helsepersonell (Avery et al., 2013). Rusmiddelproblemer er gjerne det første man ser – og noen ganger det eneste. Rusmiddelproblemer har en tendens til å komme i forgrunnen. Mange kan oppleve at ressurser og egenskaper blir oversett av profesjonelle hjelpere, og at man ikke blir møtt som en person, men satt i bås som «rusavhengig». Denne tendensen kan føre til at helsepersonell overser somatiske helseplager og tolker symptomer på for eksempel diabetes som symptomer på rusmiddelproblemer eller psykiske vansker. God og riktig behandling kan være vanskelig ved samtidige rusmiddelproblemer og somatiske eller psykiske lidelser. Dette kan føre til at helsepersonell godtar at behandlingen ikke er optimal, noe som har vært kalt «negativ pragmatisme» (Legeforeningen, 2023; Skeie, 2024).

En myte om rusmiddelproblemer er at alt kommer til å ende galt til slutt. Dette stemmer heldigvis ikke. Det er gode muligheter for å komme seg, og livskvaliteten og helsa kan bedres dramatisk ved riktig behandling (Klingemann & Sobell, 2007; Lossius, 2017). Helsepersonell må i større grad være klar over dette, formidle håp og mestringstro og tilby riktig behandling.

Vern mot vold og overgrep er sentrale rettigheter i samfunnet, men har mennesker med rusmiddelproblemer samme vern som andre? Det å være utsatt for overgrep eller omsorgssvikt i oppveksten regnes som en risikofaktor

for avhengighet. I en befolkningsstudie av ulike helsefaktorer i USA konkluderte forskerne med at traumeerfaringer i oppveksten – særlig gjentatte opplevelser – må regnes som den viktigste risikofaktoren for avhengighet (Felitti et al., 1998). Blant mennesker med rusmiddelavhengighet er det flere som har opplevd omsorgssvikt eller overgrep i oppveksten, og sammenhengen er særlig tydelig hos de med opiatavhengighet (Dovran et al., 2019).

Det er altså støtte for at traumeerfaringer kan være en bakenforliggende faktor for rusmiddelproblemer. Ruslidelser øker også sårbarheten for nye traumatiske hendelser, både gjennom sexarbeid og vold – som offer, vitne eller utøver.

Norges institusjon for menneskerettigheter har satt søkelyset på at voldsutsatte i aktiv rus mangler tilgang til krisesenter mange steder (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2022). Etter dette påla myndighetene å sikre tilgang til krisesenter for alle, men man kan spørre seg hvorfor en slik instruks i det hele tatt er nødvendig. Barn på krisesenter skal selvsagt ikke bo sammen med voksne som er rusmiddelpåvirket, og dette må ivaretas. Men hvordan kan de ansvarlige i enkelte kommuner tenke at det er greit at noen innbyggere ekskluderes fra krisesenteret? Bunner det i en moralsk antagelse om at mennesker med rusmiddelproblemer kan takke seg selv for situasjonen de har havnet i? Det finnes også eksempler på at mennesker ikke har fått hjelp av politiet etter å ha vært utsatt for vold og overgrep, fordi de hadde rusmiddelproblemer. Slike erfaringer skaper mistillit til myndighetene og hever terskelen for å oppsøke hjelp. I tillegg kan det oppleves som nye overgrep.

Vi må ikke innbille oss at det er lettere å takle krenkelser hvis man har vært utsatt for urett før – snarere tvert imot. Mange med rusmiddelproblemer har aldri opplevd overgrep, men det er flere enn ellers i befolkningen. Det er dobbelt urettferdig at overgrep gir risiko for rusmiddelbruk, og rusmiddelbruk øker sjansen for overgrep (Belfrage et al., 2023). Da er det ekstra viktig å sikre tilgang til vern og beskyttelse, og unngå at helsetjenestene, politiet eller rettsvesenet bidrar til nye overgrep og krenkelser.

Noen har opplevd ting som er vanskelig å ta inn over seg – også for den det gjelder. En naturlig menneskelig reaksjon i møte med det uforståelige er å lete etter sammenhenger: «Han ble jo slått hjemme», «Hun var jo i barnevernet», «Han var jo et mobbeoffer». Som om det da skulle være greit at vedkommende fratras grunnleggende rettigheter. I forlengelsen av dette kan det oppstå antagelser om at rusmiddelproblemer eller voldsutsatthet er selvforskyldt.

Innenfor sosialpsykologien kalles dette «blaming the victim», fordi man legger skylden og ansvaret på den eller de som er utsatt for diskriminering, vold eller overgrep (Ryan, 1971). Moralske og religiøse antagelser om at «gode ting skjer med gode mennesker» ble tidligere brukt som forklaring på dette fenomenet. I vår tid er kanskje økt individorientering en vel så nærliggende forklaring.

Fattigdom kan også feilaktig forstås som et individuelt problem, mens strukturelle årsaker overses. Fattigdom og levekår påvirker både helsetilstand og forventet levealder. «Sosiale helseforskjeller» er systematiske forskjeller i helsetilstand som følge av forskjeller i sosiale og økonomiske kategorier slik som yrke, utdanning og inntekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Fattige i Norge har høyere risiko for tidlig død enn andre grupper, og denne forskjellen ser ut til å øke. Dette har delvis blitt forklart med forskjeller i utdanningsnivå og levevaner, spesielt røyking (Barstad, 2014).

Alkoholrelatert dødelighet og sykkelighet er som nevnt større i grupper med lav sosioøkonomisk status, selv om alkoholkonsumet og drikkemønsteret er det samme (Østhus et al., 2016). Mulige forklaringer på dette kan være livsstilsfaktorer som kosthold og røyking, sosial isolasjon og dårligere tilgang til helsetjenester. Dårlig helse i barndommen og en jobbsituasjon hvor man opplever lite kontroll ser også ut til å påvirke dødeligheten. Dessuten kan marginalisering og stigmatisering knyttet til alkoholproblemer være tydeligere for personer med lav inntekt, noe som kan føre til dårligere tilgang til helsehjelp. Hvis man først skal ha rusmiddelproblemer, er det best å være rik, med andre ord.

Risiko er ikke rettferdig fordelt, og psykiske vansker og rusmiddelproblemer utvikler seg ikke i et sosialt vakuum. Mennesker med ROP-lidelse har økt risiko for en rekke levekårsutfordringer, som fattigdom, mangel på trygg bolig, domfellelser og ensomhet (Lie & Nesvåg, 2017). Det er behov for en særlig innsats for å bedre levekår, rusmestring og helse blant personer med rusmiddelproblemer eller ROP-lidelse (Hansen et al., 2020). I min forskning fant jeg at levekårsutfordringer var en hindring for å leve et godt liv blant mennesker med ROP-lidelser, og deltagerne beskrev alvorlige levekårsutfordringer som er uvanlige i en norsk sammenheng (Brekke et al., 2017).

Personer med alvorlige rusmiddelproblemer blir rangert som en av de ti gruppene i Norge som har størst humanitære behov (Hammersland & Barstad, 2022; Røde Kors, 2022). Blant de andre gruppene er innsatte i fengsler, personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med både helseproblemer og



små økonomiske ressurser, og sosialhjelpsmottagere. Som vi har sett, er det stor grad av overlapp mellom disse gruppene. Humanitære behov handler om nød og lidelse, og behov for hjelp og støtte knyttet til dette. Når mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer anses å ha størst humanitære behov, er det fordi denne gruppen har lav overlevelse og høy risiko for fattigdom og fysisk nød, fysisk lidelse, psykiske plager, mellommenneskelig lidelse og sosial lidelse. Man kan spørre seg hvorfor vi som samfunn ikke gjør mer for å unngå at noen innbyggere lever under slike forhold. Ville vi ha akseptert det om dette gjaldt en annen gruppe? Slik jeg ser det, handler dette om sosial urettferdighet: Flertallet godtar at noen grupper har livsbetingelser som man selv ikke ville akseptert.

Relativ fattigdom er en risikofaktor for uhelse. Opplevd mindreverd sammenlignet med andre grupper i samfunnet kan føre til skam, mistillit og stress, som i seg selv kan påvirke helsa og øke dødeligheten (Wilkinson & Pickett, 2010).

Dårlige levekår og diskriminering skaper utenforskap og sosial ekskludering. Som vi har sett, kan mennesker med rusmiddelproblemer være særlig utsatt for mikro-aggresjoner, små tegn på at man ikke er en del av fellesskapet. Dette skjer også i helsevesenet (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2024). Det er ikke uvanlig med naboklager og protestaksjoner mot boliger for personer med rusmiddelproblemer. Ved ett tilfelle plantet naboene høye tujahekker inn mot boligene. Slike handlinger bidrar til å forsterke utenforskap og ekskludering.

Ensomhet og isolasjon er risikofaktorer for dødelighet (Holt-Lunstad et al., 2015). Sosial eksklusjon kan medføre dårligere tilgang til offentlige tjenester, helsetjenester, utdanning, bolig og matkvalitet. I Norge har aleneboende høyere overdødelighet enn mennesker som bor sammen med andre, noe som delvis kan forklares med helserisikoene knyttet til ensomhet (Barstad, 2014). Mennesker med rusmiddelproblemer er særlig utsatt for ensomhet. En norsk studie som fulgte mennesker i ti år etter rusbehandling fant at mange hadde fått kontroll over rusmiddelbruken, stabil boligsituasjon og bedre økonomi. Mange savnet imidlertid tilhørighet og fellesskap. Forskerne spurte seg om deltagerne hadde blitt «behandlet til ensomhet» (Lauritzen et al., 2012).

Tilhørighet og sosialt nettverk er grunnleggende menneskelige behov, og er psykisk helsefremmende over tid. Man har snakket om «de syv psykiske helserettighetene»: identitet og selvrespekt, mening i livet, mestring, tilhørig-

het, trygghet, deltakelse og fellesskap (Holte, 2016). I doktorgradsarbeidet mitt fant jeg at mennesker med ROP-lidelse beskrev et godt liv på samme måte som befolkningen generelt, med like store individuelle forskjeller – ikke overraskende. Deltagerne la særlig vekt på verdien av å bety noe for andre og bli satt pris på i lokalsamfunnet (Brekke et al., 2017).

Den kanadiske psykologen Bruce Alexander er kjent for sin teori om at fremmedgjøring, ensomhet, tap av mening og oppløste lokalsamfunn er de viktigste risikofaktorene for avhengighet (Alexander, 2008). Teorien finner blant annet støtte i historiske eksempler på at avhengighet er mer utbredt i situasjoner hvor mennesker mister opplevelsen av mening, tilhørighet og lokalsamfunn. Eksempler på dette kan være industrisamfunn hvor hjørnesteinsbedriften stenger, eller urbefolkningsgrupper som blir fratatt landet og livsgrunnlaget sitt. Denne teorien har gjerne blitt satt opp mot teorien om at rusmidler i seg selv skaper avhengighet, under slagordet: «Det motsatte av avhengighet er ikke totalavhold, det motsatte av avhengighet er tilknytning» (Alexander, 2008).

Det finnes mange polariserte debatter rundt avhengighet, og noen ganger blir ting som egentlig ikke er motsetninger allikevel satt opp mot hverandre. Når vi snakker om sosiale helseforskjeller og rusmiddelbruk, er det vanskelig å komme utenom det faktum at mennesker som bruker illegale rusmidler risikerer straffeforfølgelse. Rusmidler er regulert i Straffeloven, Narkotikaforskriften og Legemiddeloven, og det er forbud mot innføring, salg og besittelse av illegale rusmidler i Norge. Tilgjengelighet av illegale rusmidler har økt de siste 30 årene, og illegale rusmidler er verdens tredje største illegale handelsvare, etter våpen- og menneskehandel.

Forbudet mot narkotiske stoffer er blant annet fundert på solidaritet, men straffeforfølgelse har uønskede konsekvenser som ekskludering, utenforskap og marginalisering, og den rammer ulikt. Ungdom med høy inntekt har lavere risiko for å bli pågrepet og straffeforfulgt for rusmiddelbruk og omsetning enn ungdom med lav inntekt (Berger et al., 2022). Bostedsløse med alvorlige rusmiddelproblemer har høy risiko for hyppige fengselsopphold, som igjen øker dødeligheten, blant annet fordi risikoen for overdose øker etter en periode med lavere rusmiddelinntak (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2021). Forbudet mot besittelse av illegale rusmidler til egen bruk strider i økende grad mot den allmenne rettsfølelsen, og straffeforfølgelse på grunnlag av hel-

seproblemer kan være i strid med menneskerettighetene (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2022).

Rusreformutvalget (2020) utredet grunnlaget for endringer i gjeldende lovverk, og anbefalte avkriminalisering og en dreining fra straff til hjelp. Avkriminalisering kan gi økt bruk, men de negative konsekvensene av straff er så sterke at de overgår dette. Daværende regjering fikk ikke flertall i Stortinget for sitt forslag til rusreform i 2020. I kjølvannet av avstemmingen fulgte en krass offentlig debatt, blant annet om politiets rolle. Høyesterett har flere ganger dømt i retning av avkriminalisering, og man har sett en tydeliggjøring av politiets fullmakter, blant annet når det gjelder ransaking.

Det er politisk enighet om et skifte fra straff til hjelp for mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer. Men det er ikke gitt at alle som bruker rusmidler trenger hjelp. En slik tilnærming kan til og med være paternalistisk og nedsettende. En rettighetsbasert tilnærming kan nyansere den ruspolitiske debatten ytterligere og motvirke marginalisering (Kammersgaard, 2023).

## **Sosiale tiltak som kan utjevne forskjellene i levealder**

Vi har sett på ulike samfunnsmessige mekanismer som kan påvirke forskjeller i somatisk helse og forventet levealder mellom mennesker med rusmiddelproblemer og den generelle befolkningen. Jeg skal nå komme inn på noen mulige løsninger på disse utfordringene.

Norske myndigheter har som mål å utjevne sosiale forskjeller i helse og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Folkehelsa påvirkes av forhold utenfor helsesektoren, som frihet og trygghet, hverdagsliv, oppvekst og utdanning, inntekt, arbeid, bolig og lokalmiljø. Folkehelsearbeid er helsefremmende og forebyggende tiltak på systemnivå. Helsefremmende arbeid handler om å utvikle levekår som minimerer risiko for sykdom og fremmer livskvalitet og helse, mens forebygging er tiltak som minimerer risikoen for at sykdom skal utvikle seg. God helse avhenger av forhold utenfor helsevesenet: fred, bolig, utdanning, mat, inntekt, et stabilt økosystem, bærekraftige ressurser og sosial rettferdighet (World Health Organization, 2012).

Folkehelseiltak som gjelder for hele befolkningen (universelle tiltak) vil også ha effekt for mennesker med rusmiddelproblemer. Generelt vet vi at universelle folkehelseiltak som virker best for de som trenger det mest, har størst effekt. Dette kalles «proporsjonal universalisme». Utjevning av økonomiske forskjeller, velferdsordninger, gratis skolehelsetjeneste og offentlig helsevesen er eksempler på dette. Andre tiltak bidrar mer direkte til bedre helse for mennesker med rusmiddelproblemer, for eksempel fjerning av egenandelen for polikliniske konsultasjoner i LAR-behandling. Flere har tatt til orde for å fjerne alle egenandeler innenfor rusbehandling, for å øke tilgjengeligheten for personer med dårlig råd.

Boligsosialt arbeid og likeverdig hjelp til vanskeligstilte på boligmarkedet vil gi bedre levekår og medborgerskap for mennesker med rusmiddelproblemer hvis de får reell tilgang til disse tilbudene. Psykoedukasjon om levevaner er vel og bra, men man må sikre at folk har en livssituasjon hvor de faktisk har mulighet til å ta gode helsevalg.

Personer med funksjonsnedsettelse har rett til deltakelse i samfunnet på lik linje med andre (United Nations, 2006). Retten til helse handler om rett til helsefremmende omgivelser, frihet fra tvang, straff og systematiske overgrep, lik tilgang til helsetjenester uten diskriminering, og rett til nødvendig helsehjelp (UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), 2008). Allikevel vet vi at folk med rusmiddelproblemer ofte møter store utfordringer når det gjelder medborgerskap, levekår og reell tilgang til helse- og velferdstjenester. I Folkehelsemeldinga fremmes forebygging av rasisme og diskriminering som et folkehelseiltak. Dette må også omfatte mennesker med rusmiddelproblemer. Norges institusjon for menneskerettigheter har pekt på behovet for et særskilt diskrimineringsvern for personer med rusmiddelproblemer, som sikrer et rettslig vern mot diskriminering (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2024).

Medborgerskap, altså det å være en borger på lik linje med alle andre, er svært relevant når vi snakker om rusmiddelproblemer. Vektlegging av medborgerskap kan fort innebære at folk med psykiske vansker og rusproblemer skal ta seg sammen og selv ta ansvar for å bli en uavhengig, «ideell» borger, mens de som ikke klarer det – eller ønsker det – faller utenfor. Når jeg snakker om medborgerskap i denne sammenhengen, handler det også om at medborgerskap ikke er mulig uten at man både har et samfunn som legger til rette for inkludering og skikkelige levekår.

Michael Rowe er professor ved Yale og har utviklet et rammeverk for medborgerskap som kalles «de 5 R'ene»: *Rights* (rettigheter), *roles* (roller), *resources* (ressurser), *responsibilities* (forpliktelser) og *relationships* (relasjoner) (Ponce & Rowe, 2018). Rammeverket bygger på sosiologisk teori og erfaringer fra oppsøkende arbeid blant hjemløse i USA med alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer. Det handler om hvordan personer med alvorlig psykisk lidelse sammensatte behov – som hjemløshet, rusproblemer og fattigdom – kan gjenvinne medborgerskap. I dette rammeverket defineres medborgerskap som en sterk tilknytning til rettigheter, forpliktelser, roller, ressurser og relasjoner i et samfunn, i tillegg til en følelse av tilhørighet til dette samfunnet, som også blir bekreftet av andre borgere.

Det betyr at gjenvinning av medborgerskap både avhenger av personen selv og av samfunnets evne og vilje til å se på denne personen som en likeverdig borger. For å styrke medborgerskap må tjenester derfor både støtte personen i sin prosess og jobbe ut mot lokalsamfunn, nabolag og samfunnet generelt (Brekke et al., 2021; Pettersen, 2022).

Man kan også snakke om en «omvendt revirkamp» mellom ulike deler av tjenestene når det gjelder rusmiddelproblemer (Skeie, 2024). I stedet for å kjempe om hvem som skal ha hovedansvaret, skyver ulike aktører ansvaret fra seg, noe som fører til at mange mennesker opplever å bli kasteballer i systemet. Den som er i posisjon, bør gi integrert behandling for både rusmiddelproblemer og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012b). Dette bør også inkludere somatiske undersøkelser og behandling.

Tjenestene må bli mindre fragmenterte, og det må i større grad legges vekt på å se sammenhenger mellom somatisk helse, psykisk helse, traumeerfaringer og rusmiddelproblemer. Andre har påpekt behovet for bedre integrering av somatisk helse i tjenester for psykisk helse og rus, både i spesialisthelsetjenesten og kommunen, noe som også understrekes i nasjonale pasientforløp og faglige retningslinjer (Legeforeningen, 2023). Dette er selvsagt viktig, men i tillegg bør somatisk helse, psykisk helse og rusmiddelproblemer sees i sammenheng med sosiale og samfunnsmessige forhold. Har personen et trygt sted å bo? Har vedkommende råd til mat? Kommer hen seg til fastlegen – og hvis ikke, hvorfor ikke?

Samfunnet kan ikke leve med at mennesker med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser blir mistrodd og diskriminert av politi eller helsevesen. Det er behov for holdningskampanjer, opplæring og økt brukermedvirkning

blant ansatte i offentlige tjenester (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2024). Vi trenger økt kunnskap om rusmiddelproblemer i befolkningen generelt og blant de som jobber i tjenestene spesielt (Hansen et al., 2020). Økt kunnskap kan føre til holdningsendring og motivere helsepersonell til å tilby god behandling. Denne kunnskapen må omfatte betydningen av tilhørighet, levekår, medborgerskap og tilknytning for utvikling og behandling av avhengighet.

Rusmiddelproblemer burde i større grad være en del av grunnutdanningen for helsepersonell, som leger og sykepleiere (Bech & Toft, 2023; Legeföreningen, 2023). I møte med diskriminering er det også nødvendig med aktivisme. Flere må stå opp mot urett og diskriminering. Her har brukerbevegelsen en sentral rolle, men også helsepersonell, naboer og andre bør reagere og handle når de møter diskriminering.

## Avsluttende refleksjoner

Vi trenger mer kunnskap om rusmiddelproblemer, holdningsarbeid blant ansatte og helhetlige, integrerte og recoveryorienterte tjenester (Helsedirektoratet, 2012a). Skadereduserende tiltak må videreføres og styrkes, men det trengs også endringer av sosial og politisk art. Rusforebygging bør omfatte primærforebyggende og helsefremmende tiltak som bidrar til skikkelige levekår, trygghet, medborgerskap, sosial tilhørighet og meningsfull tilknytning i lokalsamfunnet – uavhengig av om man bruker rusmidler eller ikke (Alexander, 2008; Rowe et al., 2001).

Menneskerettigheter er ikke et separat anliggende, men må være integrert i tjenestene og inkluderes i politiske beslutninger. Vi må slå fast en gang for alle at mennesker med rusmiddelproblemer har samme rett til helsehjelp og sosiale tjenester som alle andre innbyggere. Man kan ikke stille krav om rusfrihet for å få tilgang til somatisk eller psykisk helsehjelp.

Diskriminering og marginalisering må bekjempes for at mennesker med rusmiddelproblemer skal ha reell tilgang til helse og livskvalitet på lik linje med alle andre.

## Refleksjonsspørsmål

1. Mennesker med rusmiddelproblemer har lavere forventet levealder enn resten av befolkningen.
2. Hvilken rolle spiller samfunnmessige og sosiale forhold?
3. Hvordan kan sosiale og politiske tiltak bidra til å redusere forskjellene i forventet levealder?
4. Mennesker med rusmiddelproblemer har dårligere tilgang til helsehjelp enn andre. Hva kan gjøres for å få slutt på dette?

## Referanser

- Alexander, B. (2008). *The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit*. Oxford University Press.
- Amundsen, E. (2015). *Narkotikautløste dødsfall*. SIRUS. <https://www.fhi.no/publ/2015/narkotikautloste-dodsfall/>
- Avery, J., Dixon, L., Adler, D. A., Oslin, D. W., Hackman, A., First, M. B., Goldman, B., Koh, S., Nossel, I. R. & Siris, S. (2013). Psychiatrists' attitudes toward individuals with substance use disorders and serious mental illness. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(4), 322–326.
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet: Vitenskapen om hvordan vi har det*. Cappelen Damm Akademisk.
- Bech, A. B. & Toft, H. (2023). Psykisk helse og rus: Slik kan sykepleiere ivareta pasienters somatiske helse. *Sykepleien*, 111, Artikkel e-93125. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.93125>
- Bech, A. B., Clausen, T., Waal, H., Šaltyté Benth, J. & Skeie, I. (2019). Mortality and causes of death among patients with opioid use disorder receiving opioid agonist treatment: A national register study. *BMC Health Services Research*, 19(1), Artikkel 440. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4282-z>
- Belfrage, A., Mjølhus Njå, A. L., Lunde, S., Årstad, J., Fodstad, E. C., Lid, T. G. & Erga, A. H. (2023). Traumatic experiences and PTSD symptoms in substance use disorder: A comparison of recovered versus current users. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 40(1), 61–75. <https://doi.org/10.1177/14550725221122222>
- Berger, E. J., Pedersen, W. & Sandberg, S. (2022). Pathways to drug dealing in the middle and upper classes: Early marginalization, relative disadvantage and countercultural opposition. *The British Journal of Criminology*, 63(4), 889–905. <https://doi.org/10.1093/bjc/azac063>
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Akribe.
- Brekke, E., Clausen, H., Brodahl, M., Lexén, A., Keet, R., Mulder, C. & Landheim, A. (2021). Service user experiences of how flexible assertive community treatment may support or inhibit citizenship: A qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 12, Artikkel 727013. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727013>
- Brekke, E., Lien, L. & Biong, S. (2018). Experiences of professional helping relations by persons with co-occurring mental health and substance use disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(1), 53–65. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>
- Brekke, E., Lien, L., Davidson, L. & Biong, S. (2017). First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Advances in Dual Diagnosis*, 10(1), 13–24. <https://doi.org/10.1108/ADD-07-2016-0015>
- Bye, H. H., Herrebrøden, H., Hjetland, G. J., Røyset, G. Ø. & Westby, L. L. (2014). Stereotypes of Norwegian social groups. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(5), 469–476.
- Dovran, A., Winje, D., Arefjord, K., Tobiassen, S., Stokke, K., Skogen, J. C. & Øverland, S. (2019). Associations between adverse childhood experiences and adversities later in life. Survey data from a high-risk Norwegian sample. *Child Abuse & Neglect*, 98, Artikkel 104234. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104234>



- Edland-Gryt, M. & Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 257–264. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fiske, S., Cuddy, A., Glick, P. & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878–902.
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Folkehelse rapporten 2021–2022*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/om-rapporten/om-folkehelse rapporten/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Narkotika i Norge*. <https://www.fhi.no/le/rus-midler-og-avhengighet/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautlose-dodsfall/?term=#tall-for-20182022>
- Gjersing, L. & Bretteville-Jensen, A. L. (2018). Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of ‘hard-to-reach’ polysubstance users. *Addiction*, 113(4), 729–739. <https://doi.org/10.1111/add.14053>
- Gjersing, L. & Bretteville-Jensen, A. L. (2021). Characteristics and risk of incarceration among «hard-to-reach» people who use drugs: A five-year prospective cohort study combining self-reports and registry data. *International Journal of Drug Policy*, 95, Artikkel 103288. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103288>
- Hammersland, R. & Barstad, A. (2022). Humanitære behov i Norge. *Status 2022* [Tall som forteller, Issue].
- Hansen, I., Tofteng, M., Flatval, V. & Holst, L. (2020). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Fjerde statusrapport* (Fafo-rapport). Fafo.
- Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Naess, O., Ystrom, E., Hultman, C. M. & Høye, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLOS One*, 13(8), e0202028. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202028>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*.
- Helsedirektoratet. (2012a). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Helsedirektoratet. <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>
- Helsedirektoratet. (2012b). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: sammensatte tjenester – samtidig behandling* (IS-1948).
- Helsedirektoratet. (2023). *Kunnskapsoppsummering om ulikheter i helse og livskvalitet i Norge siden 2014 – sammendrag*. Helsedirektoratet.
- Hjorthøj, C., Ostergaard, M. L., Benros, M. E., Toftdahl, N. G., Erlangsen, A., Andersen, J. T. & Nordentoft, M. (2015). Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar

- depression: A nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry*, 2(9), 801–808. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00207-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00207-2)
- Holte, A. (2016). *De syv psykiske helserettighetene*. <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-livsutfordringer/de-syv-psykiske-helserettighetene>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Kammersgaard, T. (2023). From punishment to help? Continuity and change in the Norwegian decriminalization reform proposal. *International Journal of Drug Policy*, 113, Artikkel 103963. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.103963>
- Klingemann, H. & Sobell, L. C. (2007). *Promoting self-change from addictive behaviors*. Springer.
- Lauritzen, G., Ravndal, E. & Larsson, J. (2012). *Gjennom 10 år: En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling*.
- Legeforeningen. (2023). *Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/415f122144e24a9e9bc86ecda6c89aff/bedre-helse-lengre-liv-2023.pdf>
- Lie, T. & Nesvåg, S. M. (2017). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelse. Forekomst og analyse av tjenestemottakere med ROP-lidelse i kommunene*. Helse Stavanger. <https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/BRUKERPLAN-ROP-dig2017.pdf>
- Lossus, K. (2017). *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddel-avhengighet (Vol. 2)*. Gyldendal Akademisk.
- Norges institusjon for menneskerettigheter. (2022). *Rus og menneskerettigheter*.
- Norges institusjon for menneskerettigheter. (2024). «Du har ikke noe her å gjøre». *En undersøkelse om rusavhengiges opplevelser av diskriminering og stigmatisering*.
- Pettersen, H. (2022). Psykisk helse, medborgerskap og menneskerettigheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 19(1), 29–39. <https://doi.org/10.18261/tph.19.1.3>
- Ponce, A. N. & Rowe, M. (2018). Citizenship and community mental health care. *American Journal of Community Psychology*, 61(1–2), 22–31. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12218>
- Rowe, M., Kloos, B., Chinman, M., Davidson, L. & Cross, A. B. (2001). Homelessness, mental illness and citizenship. *Social Policy & Administration*, 35(1), 14–31. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00217>
- Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. Vintage Books.
- Røde Kors. (2022). *Sosial puls 2022 – En rapport om de største humanitære behovene i Norge*.
- Skeie, I. (2024). Helsa til folk med psykiske lidelser og rusmiddellidelser må bedres. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 144(1). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0650>
- Skeie, I., Clausen, T., Hjemseter, A. J., Landheim, A. S., Monsbakken, B., Thoresen, M. & Waal, H. (2022). Mortality, causes of death, and predictors of death among patients on and off opioid agonist treatment: Results from a 19-year cohort study. *European Addiction Research*, 28(5), 358–367. <https://doi.org/10.1159/000525694>
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2008). *Fact sheet No. 31, the right to health*. Geneva: United Nations.

- United Nations. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol (A/RES/61/106)*. Geneva: United Nations. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- United Nations. (2019). *International guidelines on human rights and drug policy*. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html>
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The spirit level: Why egalitarian cultures always do better*. Penguin Books.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. WHO.
- World Health Organization. (2012). *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*.
- Østhus, S., Mäkelä, P., Nordström, T. & Rossow, I. (2016). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet (IS-2474)*. Helsedirektoratet.

