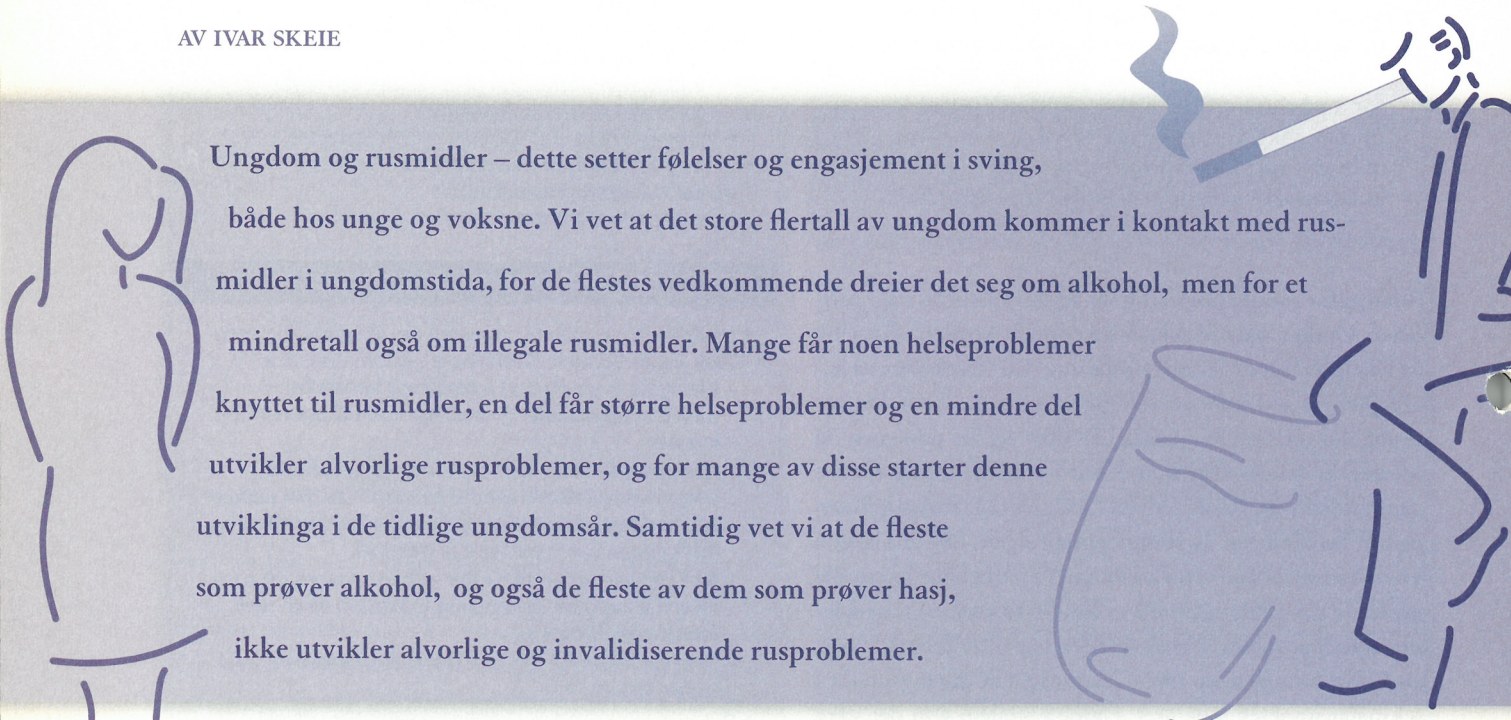


Når ungdom ruser seg – hva kan fastlegen gjøre?

AV IVAR SKEIE



Ungdom og rusmidler – dette setter følelser og engasjement i sving, både hos unge og voksne. Vi vet at det store flertall av ungdom kommer i kontakt med rusmidler i ungdomstida, for de flestes vedkommende dreier det seg om alkohol, men for et mindretall også om illegale rusmidler. Mange får noen helseproblemer knyttet til rusmidler, en del får større helseproblemer og en mindre del utvikler alvorlige rusproblemer, og for mange av disse starter denne utviklinga i de tidlige ungdomsårene. Samtidig vet vi at de fleste som prøver alkohol, og også de fleste av dem som prøver hasj, ikke utvikler alvorlige og invalidiserende rusproblemer.

Kan helsevesenet og fastlegen spille en aktiv rolle på dette feltet, og hva er fastlegens muligheter til å gripe inn overfor dem som er i ferd med eller allerede har utviklet alvorlige rusproblemer?

Hvor mange, hvor mye og med hva?

Vi vet mye om rusvaner blant norsk ungdom. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har siden 1968 foretatt spørreskjemaundersøkelser om bruk av rusmidler blant ungdom i alderen 15–20 år, og fra 1990 er slike undersøkelser gjort hvert år både i Oslo og for hele landet. Omfattende data fra disse undersøkelsene publiseres jevnlig og er tilgjengelige på nettet^{1,2}. Ut fra disse undersøkelsene vet vi at alkohol er det store rusmiddel blant de unge, i 2003 oppga 84 prosent av 15–16-åringene at de «noen gang hadde drukket alkohol» og 76 prosent hadde drukket i løpet av de siste 12 måneder og 51 prosent i løpet av de siste 30 dager³. Til sammenligning oppga 60 prosent at de noen gang hadde røykt tobakk. Vi vet videre at det har vært en **dramatisk økning i forbruket av alkohol** i denne gruppa de siste årene. Mens den årlige mengden rein alkohol blant ungdom 15–20

år i første halvdel av 1990-årene var om lag tre liter, har den økt til nesten det dobbelte i 2003. Tidligere drakk guttene om lag dobbelt så mye som jentene, nå er forskjellen 30–40 prosent, den relative økningen har altså vært størst blant jentene. Den gjennomsnittlige debutalderen har vært ganske stabil, om lag 14,5 år for øl og 15 år for vin og brennevin.

Når det gjelder de illegale narkotiske stoffene, er det cannabis som er klart mest utbredt blant unge. Det er en trend i bruken av illegale stoffer at forskjellen mellom Oslo og resten av landet blir mindre. På landsbasis har andelen 15–20-åringene som i de siste tre år oppgir å ha brukt cannabis hhv. noen gang og siste seks måneder, vært om lag 15–17 prosent og 8–10 prosent, mens de tilsvarende tall for bare Osoulungdom er hhv. 25–28 prosent og 7–12 prosent.

Når det gjelder de tyngre narkotiske stoffene, som amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD og GHB, var det en økning for de fleste, bortsett fra heroin, i andre halvdel av 90-tallet, mens det de siste år har vært et visst fall etter en topp i 1998–2000. Kokain avviker fra denne trenden, og har vist økning også de siste år. Tall for henholdsvis hele landet og Oslo går fram av figur 2 og 3 på side 18 og 19.

¹ Astrid Skretting, Sirus, 2000: Ungdom og rusmidler, finnes på www.forebygging.no

² Sirus: Rusmidler i Norge og www.sirus.no

³ Sirus-rapport nr 5, 2003 – Bruk av rusmidler blant norske 15–16-åringene (www.sirus.no)

«Risikoungdom»

Hva blir så konklusjonen på denne raske rus-epidemiologiske gjennomgangen? Alkohol er det store rusmiddelet blant unge, og har større utbredelse enn røyking. Av de illegale stoffene har cannabis klart størst utbredelse, mens det bare er en liten andel av ungdommen, fra en til tre-fire prosent, som har prøvd de tyngre illegale stoffene. Andelen som har brukt «piller» som rusmiddel – det dreier seg i all hovedsak om benzodiazepiner – er også svært lav⁴. Om dette er det to ting å si: For det første er det en liten del av ungdommene som eksperimenterer med disse tyngre stoffene, til forskjell fra alkohol som de aller fleste prøver, og cannabis som betydelig flere eksperimenterer med. For det andre, og like viktig: De få prosent av ungdommene som prøver seg med disse stoffene, utgjør en høyrisikogruppe for utvikling av alvorlig rusmiddelmisbruk.

Hvem er «i risiko»?

De unge som eksperimenterer med tunge narkotiske stoffer, er altså en høyrisikogruppe for å utvikle alvorlig rusmisbruk. Men er det slik at det er tilfeldig hvem det er som havner i denne risikosonen? Og hva er det som utgjør helserisikoen ved rusbruk blant unge? Her mener jeg det er fruktbart å skille mellom den akutte helserisikoen knyttet til ungdomsrusing, og risikoen for å utvikle alvorlige rusproblemer på lengre sikt.

Mange av de akutte helseskadene som skyldes ungdomsrus, er ikke nødvendigvis knyttet til den type rusmisbruk som er forløper for utvikling av en kronisk ruskarriere. Dette er grundigere belyst i en annen artikkel i dette nummeret av *Utposten*⁵. Den uerfarne alkoholdebutant eller den utagerende «festdrikker» som blir liggende ute og forfryser seg eller fryser i hjel, som aspirer i koma, som ramler utfor trapper og eller i vannet, som kjører i fylla eller er passasjer eller blir påkjørt, som rammes av «tilfeldig» alkoholrelatert vold osv. – dette er kjent

og forekommer ikke så sjelden. Dette er skader og ulykker som oftest direkte eller indirekte skyldes alkoholrus, men også i noen grad bruk av andre rusmidler. Man skal ikke undervurdere den «vanlige ungdomsfylla» som helserisiko, slike ulykker forekommer faktisk i betydelig omfang og er en av de aller største helserisikoer for ungdom. Og den rammer ikke bare dem med «belastet bakgrunn». I tillegg til arbeid for å redusere tilgjengelighet og totalt alkoholkonsum blant unge,



⁴ www.rusdir.no/fakta_om/narkotika/stoffene/legemid.htm

⁵ Arve Strandheim: Rus og rusrelaterte problem blant ungdom, *Utposten* 4/2004

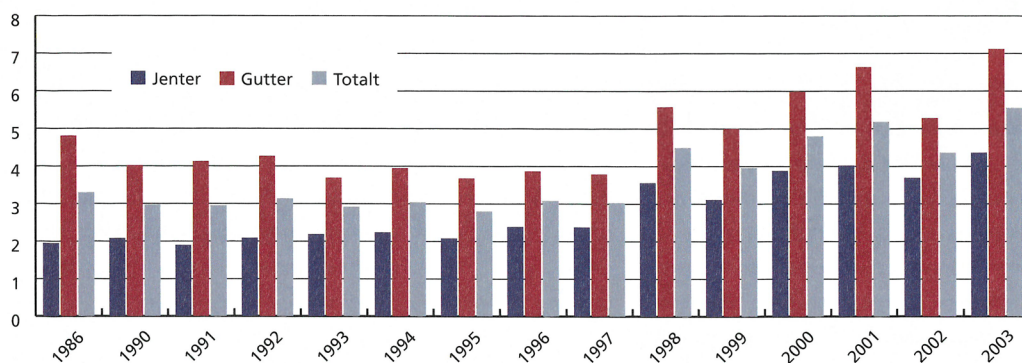


FIG. 1
Beregnet gjennomsnittlig alkoholkonsum målt i liter ren alkohol blant gutter og jenter i alderen 15-20 år i Norge, 1986-2003.

KILDE: UNGDOMSUNDERSØKELSEN SIRUS 2003; WWW.SIRUS.NO. GRAF: PDC TANGEN

er det å «lære» unge til å ta ansvar for hverandre når det brukes alkohol, sannsynligvis noe av det mer viktige vi kan gjøre for å forebygge slike alkoholrelaterte skader. Selv hørte jeg for noe år siden om en tiendeklassing i ungdomsskolen som fikk et ublidt første møte med «fylla» natt til 17. mai på Mjøsstranda i Gjøvik, der siste års ungdomsskoleelever tradisjonelt møtes. Han kunne blitt liggende igjen i tre varmegrader på stranda, ingen veit hvordan det ville endt. Men i stedet dro to gode kamerater den mer eller mindre sanseløse 15-åringen gjennom byen, og hjem, og bestekameraten banket forsiktig på soveromsdøra til foreldrene klokka ett og sa at junior «ikke var helt bra» og nok trengte hjelp og tilsyn. Dette syns jeg var ekte kameratskap!

Når det gjelder fare for utvikling av kroniske rusproblemer med alkohol eller illegale narkotika, er det sannsynligvis mindre tilfeldigheter og mer underliggende disponerende faktorer som gjør seg gjeldende. Det er gjerne slik at det er større sannsynlighet for at det går deg vel i livet hvis du er sunn og frisk og kommer fra et raust og inkluderende miljø, enn hvis du er fattig, redd og forknytt og kommer fra et følelseskaldt eller gjennomruset miljø. De disponerende faktorene kan både være «individuelle», «samfunnsmessige», «biologiske» og «miljøbettinget». Jeg tror det er lite fruktbart å sette slike bakgrunnsfaktorer opp mot hverandre, bakgrunnen for «sammensatte og komplekse» problemer er nettopp sammensatte og komplekse. Det er spillet mellom individuelle biologiske/genetiske disposisjoner og miljømessige/samfunnsmessige påvirkninger tidlig i livet som gjør at en del ungdommer utvikler alvorlige, kroniske rusproblemer, ofte som et ledd i en sammensatt psykososial problematikk.

Ruskulturer

Vi vet at ungdom fra familier med stort alkoholkonsum selv drikker mer. Og vi vet at rusmiddelmissbruk går i «sosial arv» (kanskje også «genetisk arv»). En svært stor andel av de voksne «tunge» stoffmisbrukerne kommer fra familier med rusproblemer i flere generasjoner. Og mange unge som utvikler rusproblem kommer fra familier der det er stort forbruk av «piller», særlig benzodiazepiner, som oftest legalt forskrevet. «Piller» de unge får tak i hjemme kan være et farlig bidrag i en eskalerende ruskarriere. Det kan dreie seg om pillenasking, men trolig like ofte at de voksne gir de unge piller når de har «vondt i sjela», fordi dette er den måten de voksne selv døyver «sjelelig smerte» på. Slik føres en del unge inn i et uheldig pillebruksmønster, uten at det er tilsiktet fra den forskrivende legen. Dette dreier seg mest om en «piller-som-løsning»-kultur. Dette bør leger være bevisste på, og det kan være en særskilt grunn til å begrense forskrivning av benzodiazepiner.

Underliggende psykiatri

Ofte er det også underliggende «individuell» psykiatri hos de unge stoffmisbrukerne. Det kan dreie seg om alvorlig personlighetspatologi, om tidligere overgrepserfaringer eller omsorgssvikt, om ADHD, om alvorlig depresjon, om schizofreniutvikling for å nevne noe. En interessert fastlege kan være en viktig aktør i slike saker, men man bør ofte tenke tverrfaglig og samarbeide med andre faginstanser, kanskje særlig barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet.

Ærlighet varer lengst

Alle, også alle unge, har en fastlege, og mange unge bruker fastlegen. Og fastlege-pasientrelasjonen er langvarig. Dette er et meget godt utgangspunkt, dersom «problemungdom-

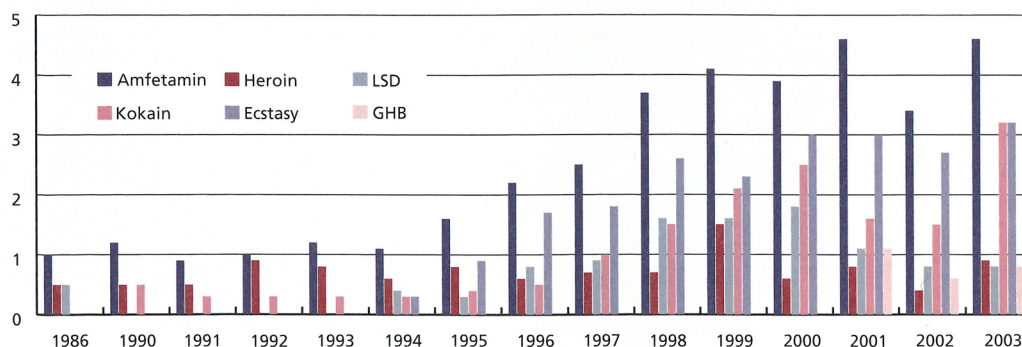


FIG. 2
Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer, 1986-2003..

KILDE: UNGDOMSUNDERSØKELSEN SIRUS 2003; WWW.SIRUS.NO. GRAF: PDC TANGEN

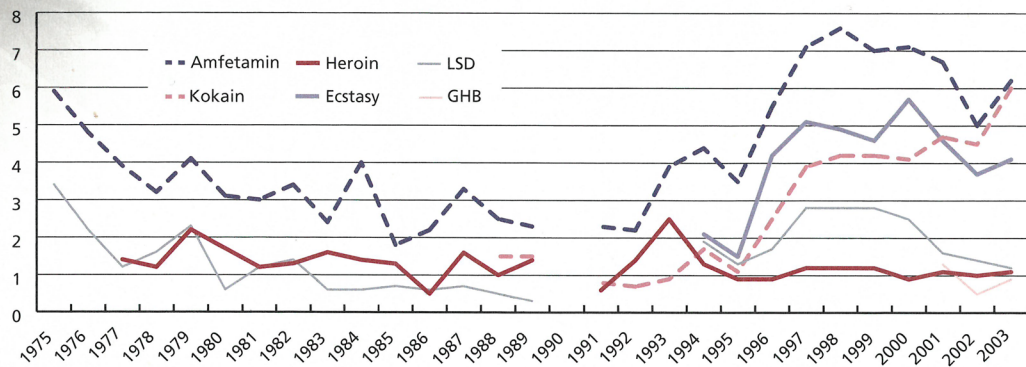


FIG. 3 Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer 1970-2003 (treårig glidende gjennomsnitt). KILDE: UNGDOMSUNDERSØKELSEN SIRUS 2003. WWW.SIRUS.NO. GRAF: FDC TANGEN

men» har tillit til fastlegen. Det kan være et problem at fastlegen svært ofte også vil være mors og fars fastlege, og den unge kan da være redd for at diskresjonen ikke blir varetatt. Dette stiller spesielle krav til legen, og hun må være tydelig på dette punktet. Og man må tilnærme seg problemet på en ikke-moralistisk måte, slik det beskrives i en annen artikkel i dette nummeret av *Utposten*⁶.

Noen ganger kommer ungdommen selv til legen fordi hun føler at hun har et problem, det gir et godt utgangspunkt for å komme videre. Men kanskje oftere er det andre som tar kontakt pga. bekymring, det kan være foreldre, skole, ungdomsarbeidere m.fl. Etter hvert dukker det da kanskje opp en ungdom som er sentrum for problemet, som blir «dratt til» legen, mer eller mindre motvillig. Hva gjør fastlegen da? Da må man ta de ulike aktørene på alvor, som regel må man snakke med de forskjellige partene. Og man må snakke med den unge alene, slik Strandheim beskriver. Ofte vil unge som «trekkes» til legen benekte og bagatellisere. Jeg tror det da er viktig at legen ikke uten videre er med på det, men gir uttrykk for en bekymring for den unges forhold til rusmidler hvis legen mener at det faktisk er grunnlag for slik bekymring. Legen bør ikke moralisere eller skremme, men gi saklig informasjon og begrunne sin bekymring. I slike situasjoner – som ellers i livet – kommer man som regel lengst hvis man styrer etter prinsippet «ærlighet varer lengst»! Ofte kommer man som lege kanskje ikke videre i første omgang hvis den unge ikke ønsker hjelp, men det er viktig å signalisere at man er interessert og empatisk engasjert, og at «døra er åpen» hvis de ønsker å komme tilbake. Og ikke så sjelden kommer de faktisk tilbake, og da kanskje på eget initiativ.

Dette er kompliserte spørsmål, og ofte må flere faginstanser samarbeide med og rundt pasienten. Men ofte må man jobbe en stund i «tosomhet» med en slik pasient, før man

får motivert hovedpersonen slik at man kan trekke inn andre. Og i en del tilfelle kan det faktisk skje viktige terapeutiske framsteg i en slik allmennlege-pasient-relasjon, og det er viktig å ta vare på denne relasjonen.

Hva gjør legen når ungdom spør etter «piller»?

Når unge direkte etterspør benzo eller annen vanedannende/rusgivende medikasjon, bør legen være ekstra lydhør. Det er da «noe» som gjør at spørsmålet kommer på bane. Har hun erfaring med slike stoffer fra før? Evt. i hvilken sammenheng? Er hun ute etter rus og «dop»? Kommer hun fra en «ruskultur»? Er det hun selv som skal ha pillene? Har hun et «personlighetsavvik», er hun personlighetsmessig «ustabil»? Er hun ute etter å manipulere legen? Dette er spørsmål legen bør stille seg. Men samtidig må legen også være var for å fange opp den unge pasientens egentlige lidelse, evt. fange opp den truende depresjonen og suicidaliteten, eller det eskalerende rusproblemet. Man må ikke gå i den fella at man bare avviser pasienten for ikke å begå «feilforskrivning». Man må møte med empati, og tilbud om reell hjelp. Men benzodiazepiner vil svært sjelden være den rette hjelp, og det er ikke alltid den beste hjelp å gi «kunden det kunden vil ha»! Spesielt hvis legen «værer» «personlighetsforstyrrelse», bør benzoforskrivning i størst mulig grad unngås.

Konklusjon

I løpet av de siste ti årene har ungdoms bruk av alkohol og illegale rusmidler økt kraftig, og de medfølgende sosiale og helsemessige problemene likeså. Allmennlegene møter i økende grad disse problemene, og det vil vi fortsette å gjøre. Det er viktig å utvikle kompetanse på dette feltet, og tverrfaglig samarbeid. Og skal vi komme noen vei, må vi tenke rasjonelt medisinsk og fagetisk, både i møtet med den enkelte pasient og familie, og på det samfunnsmessige planet.

⁶ Arve Strandheim: Samtale om rusproblem med ungdom, *Utposten* 4/2004

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no