

Falne engler – fanges de opp ?

*Misbruk av rusmidler blant sykepleiere og arbeidsgivers
håndtering*

Aud Nordal



Spesialoppgave ved senter for helseadministrasjon

UNIVERSITETET I OSLO

1.oktober 2006

Forord

”Men en dag utpå høsten, da jeg ba om en ny resept på butalgin, sa han mens han gikk frem og tilbake på gulvet med sine forsiktige engstelige skritt:- La oss vente noen dager, jeg er redd for at du tar litt for mange av dem.

Ut på dagen ble jeg meget syk. Jeg hadde opplevd det samme et par ganger før. Dessuten var jeg forferdelig redd og hjertet mitt hamret voldsomt. Jeg ble klar over at jeg måtte ha de tablettene, og jeg fant fort på en utvei. Av en eller annen grunn hadde jeg gjemt en av Carls gamle resepter, og den skrev jeg omhyggelig av. Jeg sendte den uvitende Jabbe på apoteket, og hun kom tilbake med tablettene som om det dreide seg om en eske magnyl. Da jeg hadde tatt fem-seks av dem – så mye skulle det til nå for at jeg skulle oppnå den samme virkningen som to ga meg i begynnelsen – tenkte jeg med en slags fjern forferdelse på at jeg for første gang i mitt liv hadde gjort meg skyldig i noe kriminelt. Jeg bestemte meg for aldri å gjøre det mer. Men det holdt jeg ikke.”

((Gift, Tove Ditlevsen)

Misbruk av rusmidler er hovedårsaken til at sykepleiere mister sin autorisasjon. Arbeidsgivere i helsetjenesten har ansvar både overfor sine ansatte, og for pasientene. Misbruk av rusmidler går ut over kvaliteten på tjenesten og utgjør en sikkerhetsrisiko for pasientene. Dette stiller store krav til at arbeidsgiver tar det rusmiddelforebyggende arbeid på alvor, og at det etableres systemer som gjør det mulig å fange opp rusmiddelmisbruk på et tidlig tidspunkt. Der sviktes det i dag. Det er å håpe at denne oppgaven kan være med på å sette fokus på dette temaet.

Det er Marit Nygaards fortjeneste at denne oppgaven kunne gjennomføres.

Takk til Marit.

Sammendrag

Grunnlaget til denne oppgaven består av to forskjellige materialer. Det ene materialet er en systematisering og analyse av tilsynssaker om misbruk av rusmidler blant sykepleiere som har kommet inn til Statens helsetilsyn i 1998, 1999 og 2000, - totalt 58 saker. Det andre er resultatene fra en spørreundersøkelse til landets sykehus - og 100 tilfeldig utvalgte kommuner høsten 2001. To hypoteser vil bli vurdert;

1. Arbeidsgiver har i liten grad utarbeidet retningslinjer for håndtering av misbruk blant helsepersonell.
2. Arbeidsgiver avdekker i liten grad misbruk av rusmidler blant sykepleiere

Det legges til grunn at misbruk av rusmidler er like stort blant sykepleiere som i den øvrige befolkningen. Det innebærer det at ca 10 % har et forbruk i faresonen, og at 3 - 4 % har et så høyt forbruk at det bør etableres kontakt med hjelpeapparatet.

Antallet sykepleiere i materialet fra Statens helsetilsyn utgjorde mindre enn 1 promille av sysselsatte sykepleiere i Norge. Antallet er ikke representativt for omfanget av rusmiddelmisbruk blant sykepleiere. Mange sykepleiere hadde stjålet rusmidler og/eller vært ruset i tjenesten på ulike arbeidsteder uten at dette var ikke blitt rapportert til tilsynsmyndighetene tidligere. Misbruk av vanedannende legemidler alene var det vanligste (78 %). En forklaring er knyttet til tilgjengelighet. Forklaring om at sykepleiere utvikler medikamentavhengighet som følge av stress i yrkessituasjonen, bekreftes ikke i dette materialet. Hele 90 % av disse sykepleierne hadde stjålet legemidler fra arbeidsgiver, og i de fleste tilfellene var dette en sterkt medvirkende årsak til at misbruket ble avdekket. De stjal ikke bare medikamenter fra medisinskap/ lager, men også fra pasienter. Ni sykepleiere (15 %) hadde manipulert med legemidler, for eksempel byttet ut det virksomme stoffet med vann, og/eller forfalsket resepter og sykepleiedokumentasjon for å skaffe seg /dekke over tyveri av legemidler. Det er en adferd som kan tyde på stor avhengighet av rusmidler, og en

vilje til å gå langt for å skaffe seg dem. Arbeidsgivers håndtering av rusmiddelmissbruk og tyveri av legemidler i tilsynssakene varierte mye. Det var bekymringsfullt at en rekke arbeidsgivere som avdekket rusmisbruk verken tilbød AKAN opplegg eller varslet tilsynsmyndighetene, men sa sykepleierne opp med øyeblikkelig virkning. En slik håndtering kunne vitne om arbeidsgivere som fortrinnsvis vil løse sitt eget lokale problem uten tanker for den sikkerhetsrisiko en slik sykepleier utgjør på andre arbeidsplasser og for andre pasienter. De store forskjellene i arbeidsgivers håndtering av sakene var den direkte foranledningen til at det ble sett nærmere på arbeidsgivers rutiner på dette området gjennom spørreundersøkelsen.

Spørreundersøkelsen viste at det store flertallet av både sykehus og kommuner hadde bedriftshelsetjeneste, AKAN-opplegg og skriftlige prosedyrer for håndtering av misbruk av rusmidler blant ansatte. Dette er høyere enn det som er vanlig innen andre virksomheter, og kan tolkes som et uttrykk for at arbeidsgivere innen helsetjenesten tar det rusmiddelforbyggende arbeidet på alvor. Forutsetningen i AKAN-modellen er imidlertid at den enkelte virksomhet må vurdere hvilke utfordringer den står overfor når det gjelder misbruk av rusmidler blant sine ansatte, og utarbeide en rusmiddelpolitikk som er tilpasset dette. I helsetjenesten og særlig blant sykepleiere er det vel kjent at tilgang på og bruk/ misbruk av vanedannende legemidler er en særskilt utfordring. Det var derfor overraskende at kun 3 av 10 sykehus og <1 av 10 kommuner opplyste at de hadde utarbeidet egne AKAN opplegg for helsepersonell/sykepleiere. Selv om nesten alle sykehus og kommuner har utarbeidet rutiner og prosedyrer for det rusmiddelforebyggende arbeidet, så kan det stilles spørsmål ved om disse var implementert i virksomheten.

Spørreundersøkelsen viste at den ulike praksis fra arbeidsgiver som ble registrert i tilsynssakene når det gjaldt å melde sykepleiere som misbruker rusmidler til Helsetilsynet i fylket, kan forklares med at det er forskjellige rutiner mellom sykehusene. Det må vurderes om man av hensyn til pasientsikkerheten burde innføre

en plikt til å melde til tilsynsmyndighetene når det blir avdekket rusmisbruk blant helsepersonell.

AKAN sentralt har utformet et detaljert AKAN-opplegg som virksomhetene kan følge. Det sentralt utviklede AKAN-opplegg/-prosedyrer har hovedfokus på alkoholmisbruk, og tar lite hensyn til problemer knyttet til lett tilgjengelighet til legemidler og utvikling av legemiddelavhengighet. Hovedårsaken til at sykepleiere blir fratatt autorisasjonen er misbruk av B-preparater. Legemiddelmisbruk er langt lettere å skjule enn annet rusmiddelmisbruk. Når arbeidsgiver har mistanke om at en sykepleier misbruker legemidler, kan det reises spørsmål ved hensiktmessigheten av et system som er basert på gjentatte advarsler ved mistanke om misbruk.

Arbeidstakers rettigheter ikke må gå på bekostning av pasientenes sikkerhet.

Det var store variasjoner i rutinene for rusmiddeltesting. Statens helsetilsyn stiller alltid krav om at rusfrihet bl.a. må dokumenteres med rusmiddeltester dersom en sykepleier som er fratatt autorisasjonen søker om å få den tilbake. Det kan stilles spørsmål ved om et individuelt AKAN opplegg som ikke inneholder bestemmelser om rusmiddeltesting er tilpasset de utfordringene man står overfor i helsetjenesten. En rusmiddeltest kan være det hjelpemiddelet en leder kan benytte ved konfrontasjon, og som gir vedkommende anledning til å avdekke misbruket på et langt tidligere tidspunkt enn det som ofte er tilfellet i dag. Det kan også stilles spørsmål ved om AKAN modellen med sitt fokus på alkohol har vært en medvirkende årsak til at det er rettet så liten oppmerksomhet mot misbruk av vanedannende legemidler på sykehus og i kommuner.

40 av 65 sykehus hadde avdekket rusmiddelmisbruk blant totalt 71 sykepleiere. Dette utgjør 2,4 ‰ av ansatte sykepleier ved de 65 sykehusene som inngår i materialet. Av disse ble 60 % meldt til Helsetilsynet. I kommunene hadde 9 av 67 kommuner avdekket misbruk av til sammen 12 sykepleiere. 35 % av disse ble meldt til Helsetilsynet. Det ble avdekket et svært lite antall rusmisbrukere sammenlignet med hvor omfattende misbruket antas å være. Det er et lederansvar å etablere systemer og å skape en kultur som tidlig avdekker rusmiddelmisbruk blant ansatte. Dette er en

krevede oppgave, og det er nødvendig med både opplæring og et støtteapparat rundt lederne for å sette dem bedre i stand til å mestre slike utfordringer. Det var ingen forskjeller i om rusmisbruk avdekkes i forhold til om sykehuset hadde utarbeidet et eget AKAN-opplegg for helsepersonell/ sykepleiere. Selv om dette kunne se ut til å være en hensiktsmessig indikator for om AKAN-modellen var implementert i virksomheten, har det tilsynelatende ingen betydning for om rusmisbruk blant sykepleiere avdekkes. Det må vurderes om AKAN modellen gir ledere i helsetjenesten de nødvendige verktøy som kan hjelpe dem til å håndtere problematikken på et tidlig tidspunkt.

Bare ca. 6 av 10 sykepleiere i spesialisthelsetjenesten fikk tilbud om AKAN-kontrakt og enda færre i kommunehelsetjenesten. Både at det kun avdekkes en liten andel av sykepleiere som misbruker rusmidler og at flere av disse ikke inngår en AKAN-kontrakt, representerer en sikkerhetsrisiko som både arbeidsgivere, sentrale helsemyndighetene og AKAN må diskutere. Det må rettes langt større oppmerksomhet mot problematikken og de utfordringene som særlig helsetjenesten står ovenfor må synliggjøres.

To hypoteser var utarbeidet for denne oppgaven. Begge disse hypotesene er bekreftet. Det overraskende er imidlertid at det ikke er sammenheng mellom disse to hypotesene. Selv om flere funn kunne tyde på at det at sykehuset har utarbeidet et eget AKAN-opplegg for sykepleiere/ helsepersonell kunne være en indikator for om AKAN-modellen er implementert i virksomheten, er det ikke slik at det er disse sykehusene / kommunene som har avdekket sykepleiere som misbruker rusmidler. Hovedproblemet synes å være at den tradisjonelle AKAN-modellen har fokus på misbruk av alkohol. Det må rettes langt større oppmerksomhet mot misbruk av vanedannende legemidler. Det er nødvendig å lage en ny og tydelig strategi og et handlingsprogram som kan gjøre ledere innen helsetjenesten bedre rustet til å avdekke og håndtere misbruk av vanedannende legemidler blant sykepleiere/ helsepersonell.

Innhold

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
INNHold	7
1. INNLEDNING	9
1.1 RUSMIDLER - RUSMIDDELMISBRUK	11
1.1.1 <i>Misbruk av rusmidler blant sykepleiere</i>	13
1.2 ARBEIDSGIVERS ANSVAR	14
2. MATERIALE OG METODE	17
2.1 TILSYNSSAKER OM RUSMIDDELMISBRUK I STATENS HELSETILSYN	17
2.2 SPØRREUNDERSØKELSEN	19
2.3 DEFINISJONER	19
3. RESULTATER	21
3.1 TILSYNSSAKER – OM “FALNE ENGLER”	21
3.1.1 <i>Demografi</i>	21
3.1.2 <i>Type rusmiddel</i>	23
3.1.3 <i>Oppgitte årsaker til misbruk av rusmidler</i>	23
3.1.4 <i>Rusadferd</i>	24
3.1.5 <i>Reaksjoner fra arbeidsgiver i tilsynssaker</i>	25
3.2 SPØRREUNDERSØKELSE - ARBEIDSGIVERS RUTINER	26
3.2.1 <i>Arbeidsgivers rutiner på sykehus</i>	26
3.2.2 <i>Sykehusenes erfaring med sykepleiere som misbruker rusmidler</i>	32
3.2.3 <i>Arbeidsgiveres rutiner i kommunene</i>	35

3.2.4	<i>Kommunenes erfaring med sykepleiere som misbruker rusmidler</i>	37
4.	DISKUSJON	39
4.1	OM DE “FALNE ENGLENE” I TILSYNSSAKENE.....	39
4.1.1	<i>Demografi</i>	40
4.1.2	<i>Anvendte rusmidler</i>	41
4.1.3	<i>Oppgitte årsaker til rusmiddelmisbruk</i>	42
4.1.4	<i>Rusadferd</i>	44
4.1.5	<i>Arbeidsgivers reaksjon på rusmiddelmisbruk i tilsynssakene</i>	45
4.2	SPØRREUNDERSØKELSEN - OM RUTINER PÅ SYKEHUS OG I KOMMUNENE.....	46
4.2.1	<i>Bedriftshelsetjeneste, AKAN-opplegg og skriftlige prosedyrer for rusmiddelmisbruk</i>	47
4.2.2	<i>EGNE AKAN-opplegg for helsepersonell og rutiner for melding til politi / Helsetilsyn</i>	48
4.2.3	<i>Innholdet i AKAN-opplegg – advarsler og rusmiddeltesting</i>	51
4.2.4	<i>Behov for endring</i>	57
4.2.5	<i>Sykehus og kommuners erfaring med sykepleiere som misbruker rusmidler</i>	58
4.2.6	<i>Behovet for sentrale retningslinjer fra helsemyndighetene</i>	63
5.	AVSLUTNING	65
	KILDELISTE	69

1. Innledning

I henhold til lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsyn med at helsetjenesten ikke drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte som er uheldig eller uforsvarlig.

Lov om helsepersonell m.v. nr. 64 2. juli 1999 regulerer virksomheten til helsepersonell. Formålet med loven er å bidra til sikkerhet for pasienten og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjenesten. I henhold til helsepersonelloven § 48 har helsepersonell rett til autorisasjon dersom de har bestått eksamen. Helsepersonellovens § 57 gir imidlertid Statens helsetilsyn myndighet til å tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom helsepersonellet er uskikket til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av bruk av alkohol, narkotika, eller midler med lignende effekt.

Statens helsetilsyn mottar hvert år saker hvor det rapporteres om misbruk av alkohol, narkotika eller vanedannende legemidler blant helsepersonell.

Tabell 1 Antall autorisasjonstap for 2002 - 2004.

	Tap av autorisasjon - alle grupper	Tap pga misbruk av rusmidler – alle grupper	Tap pga misbruk av rusmidler - sykepleiere
2002	40	26	19
2003	56	29	21
2004	60	26	15

Misbruk av rusmidler er den største enkeltårsaken til at helsepersonell mister autorisasjonen, og hovedårsaken til at sykepleiere mister sin autorisasjon. Også i Sverige og USA har dette vært hovedårsaken til at sykepleierautorisasjonen inndras. (Forslind 1992, Sullivan 1990) Rusmiddelmisbruk representerer et alvorlig problem både for helsetjenesten og dem det gjelder. Som ansatt i Statens helsetilsyn har jeg i flere år vurdert enkeltsaker mot helsepersonell som misbruker rusmidler. Gjennom dette har jeg sett at det er ulikt misbruksmønster blant helsepersonell, og at arbeidsgiver håndterer slike saker svært forskjellig. For at Statens helsetilsyn skal oppfylle sitt tilsynsansvar er det viktig å ikke bare behandle den enkelte sak, men også vurdere om det er fellestrekk ved sakene som det kan være viktig å formidle tilbake til helsetjenesten slik at bevisstheten om problemstillingene kan bli bedre. For å få større kunnskaper om helsepersonell som misbruker rusmidler foretok vi en gjennomgang av tilsynssaker mot helsepersonell som gjaldt misbruk av rusmidler i en tre års periode. Hensikten med en slik gjennomgang var å gi en systematisk beskrivelse av helsepersonell som mister autorisasjonen pga misbruk av rusmidler, og gi en tilbakemelding til helsetjenesten og arbeidsgiver slik at arbeidsgiver i større grad både kan forbygge og avdekke misbruk av rusmidler.

Siden sykepleiergruppen er den største gruppen har jeg i denne sammenheng valgt å konsentrere meg om denne gruppen.

Selv om misbruk av rusmidler er hovedårsaken til at sykepleiere mister autorisasjonen, er dette allikevel en svært liten andel av det totale antall sykepleiere i Norge. Det kan være grunn til å tro at rusmiddelmisbruk blant helsepersonell/sykepleiere er betydelig underrapportert til Helsetilsynet, og at det representerer et større kvalitetsproblem enn hva volumet tilsynssaker tilsier. Spørsmålet er om underrapporteringen skyldes at arbeidsgiver ikke melder misbrukssaker til Helsetilsynet, eller om arbeidsgiver ikke avdekker flere saker enn de som meldes til tilsynsmyndighetene. Gjennomgangen av sakene i Statens helsetilsyn viste stor ulikhet i håndteringen mellom ulike arbeidsgivere. I flere saker har sykepleiere hatt en lang misbrukshistorie og fått mange muligheter til forbedring, ofte av flere arbeidsgivere,

før de ble rapportert til tilsynsmyndighetene. I andre saker ble sykepleiere rapportert til tilsynsmyndighetene umiddelbart etter at arbeidsgiver hadde fått mistanke om rusmiddelmisbruk. Det var ikke tilstrekkelig opplysninger i tilsynssakene til å konkludere i forhold til hva årsaken til disse forskjellene kunne være. Det var derfor nødvendig å kartlegge dette nærmere gjennom en spørreundersøkelse til arbeidsgivere.

I denne oppgaven skal jeg beskrive nærmere de sykepleierne som mister autorisasjonen sin pga misbruk av rusmidler, og beskrive hvilke rutiner arbeidsgivere har for håndtering av sykepleiere som misbruker rusmidler. Videre vil jeg se nærmere på omfanget av misbruk av rusmidler blant sykepleiere som arbeidsgiver opplyser at de har avdekket, og hvordan de har håndtert disse. To hypoteser vil bli vurdert,

1. Arbeidsgiver har i liten grad utarbeidet retningslinjer for håndtering av misbruk blant helsepersonell.
2. Arbeidsgiver avdekker i liten grad misbruk av rusmidler blant sykepleiere

1.1 Rusmidler - rusmiddelmisbruk

Med rusmidler forstås i denne sammenheng en rekke forskjellige stoffer som kan beskrives samlet ut fra de virkningene de har i menneskekroppen. Her inngår bl.a. alkohol, beroligende medikamenter, sovemidler, cannabisprodukter, opiater og andre medikamenter med ruspotensiale. Det er vanlig å skille mellom alkohol, narkotika og vanedannende legemidler. Narkotika og vanedannende legemidler inndeles i A- og B-preparater. Generelt kategoriseres potente narkotiske stoffer som morfin og andre opioder som A-preparater, mens beroligende og smertestillende midler, som for eksempel Valium og Paralgin forte, regnes som B-preparater.

Rusmidler påvirker særlig hjernen. Hvert rusmiddel har sin karakteristiske virkning, men visse funksjoner i hjernen vil alltid påvirkes og gi virkninger som endring av stemningsleie, konsentrasjonssvekkelse, hukommelse- og innlæringssvikt,

kritikkløshet og nedsatt vurderingsevne. (Den norske Lægeforening 2006) Legemidler med beroligende og søvngivende virkning nedsetter aktivitetene i sentralnervesystemet med den følge at man blir roligere og mer avslappet. Funksjoner som hukommelse, konsentrasjonsevne, kritisk sans og problemløsende evne svekkes. Lignende effekt har alkohol. Daglig eller ukentlig rusmiddelbruk i en viss mengde gjennom lengre tid vil som regel føre til varige endringer i organismen. Virkningen av dette vil være avhengighet, fysisk og psykiske abstinensplager og økt risiko for psykisk sykdom.

Noen former for rusmiddelbruk blir et handikap i forhold til oppgaveløsning og yrkesutøvelse både for den enkelte og for arbeidsmiljøet samlet sett. Hva skiller rusmiddelbruk fra rusmiddelmisbruk ? Og når har man et rusmiddelproblem?

Rusmiddelmisbruk kan defineres ut fra medisinske, psykiatriske, og sosiale kriterier. Den internasjonale medisinske definisjonen (ICD-10) av skadelig rusmiddelbruk er:

”Bruk av rusmidler i et mønster som gir helseskader. Skadene kan være fysiske eller psykiske”.

AKAN definerer rusmiddelproblem i arbeidslivet slik(AKAN-sekretariatet, 1997):

”Det eksisterer et rusmiddelproblem når bruken av rusmidler virker forstyrrende inn på de funksjoner og oppgaver som skal ivaretas på jobben, og de følelsesmessige båndene mellom mennesker belastes og forstyrres av rusmiddelbruken”.

Nordlie (2005) differensierer i noen grad mellom avhengighet av vanedannende legemidler som beroligende og smertestillende medikamenter, og rusmiddelmisbruk. Han skriver at mange legemiddelavhengige identifiserer seg verken som klienter med rusmiddelmisbruk problemer eller psykiske problemer.

Hafseng (1997) påpeker at legemiddelavhengighet ikke alltid er et rusproblem. Hun hevder at de som søker behandling for legemiddelavhengighet har en del felles kjennetegn som:

-
- De har sjelden tilknytning til rusmiljøer.
 - Tablettbruken har startet i behandlingssammenheng.
 - Avhengigheten har utviklet seg gradvis over år.
 - Avhengigheten er et skjult problem. Få eller ingen i familien eller omgangskretsen kjenner til problemet.

Hun skriver videre at legemiddelavhengige ofte er pliktoppfyllende og samvittighetsfulle mennesker. For mange handler tablettbruken om en måte å overleve på.

Verdens helseorganisasjon (WHO) kategoriserer imidlertid all bruk av vanedannende legemidler som ikke er forskrevet av lege som misbruk (Lorvik 1996), og Statens helsetilsyn anser også dette som misbruk av rusmidler.

1.1.1 Misbruk av rusmidler blant sykepleiere

Arbeid som sykepleier innen helsetjenesten krever stor grad av årvåkenhet, handlingsdyktighet og evne til empati og omsorg. Dette kravet er spesielt stort for sykepleiere i klinisk virksomhet. Et høyt forbruk av rusmidler vil ha konsekvenser for sykepleierens evne til å utføre yrket på en forsvarlig måte.

Rusmiddelmisbruk i tjenesten vil blant annet redusere sykepleierens situasjonsforståelse, konsekvensinnsikt og evnen til å ta raske og adekvate beslutninger. Evnen til samarbeid med andre, og å gi omsorg vil også bli svekket. En hjelpetrengende som oppsøker helsetjenesten må være trygg på at sykepleiere de kommer i kontakt med fungerer adekvat og ikke er påvirket av rusmidler.

Rusmiddelmisbruk blant sykepleiere har et stort skadepotensial og kan sette pasientens liv og helse i fare, og det anses som uakseptabelt og uforenlig med yrkesutøvelsen.

Sykepleiere er på mange måter i en særstilling når det gjelder faren for misbruk av rusmidler fordi de har ansvar for å administrere legemiddelbehandlingen i helsetjenesten etter forordning av lege. Dette innebærer også administrering av narkotiske stoffer. Administrering av legemidler er en tillit som samfunnet har gitt autoriserte sykepleiere. Sykepleiere har ”fått” nøkler til medisinskapet og dermed lett tilgang på legemidler. Det er en utbredt selvmedisineringskultur i helsetjenesten (Sjømoen 2002). Bruk av virksomhetens materiell herunder legemidler til eget bruk er utbredt og bredt akseptert, og betraktes av mange som et frynsegode. Blant sykepleiere har det i flere år vært ansett som en del av frynsegodene å «spise» av medisinskapet. (Halvorsen 1994) Både tilsynsmyndighetene og domstolene anser imidlertid tyveri av vanedannende legemidler som et alvorlig brudd på denne tillitten. (Norges høyesterett 1992)

Rusmiddelmisbruk er et alvorlig problem både for de sykepleiere det gjelder, for pasientene de skal ta hånd om, for arbeidsstedet og for samfunnet. Tidlig intervensjon og behandling er helt avgjørende både for å hindre skade på pasientene og for å øke mulighetene for rehabilitering. Desto lengre misbruket pågår jo vanskeligere er det å slutte. Behandling av personer som misbruker rusmidler er krevende. Behandling av helsepersonell med misbrukerproblemer krever et tilbud som er innrettet mot disse.

1.2 Arbeidsgivers ansvar

Arbeidsgivere i helsetjenesten har både ansvar overfor sine ansatte, og for pasientene. Rusmiddelmisbruk blant helsepersonell vil kunne gå ut over både kvaliteten i tjenesten og sikkerheten til pasientene. Dette stiller store krav til at arbeidsgiver tar det rusmiddelforebyggende arbeid på alvor, og at det etableres systemer som gjør det mulig å fange opp rusmiddelmisbruk på et tidlig tidspunkt. I et rundskriv (Rundskriv IK-48/92) til landets sykehus og landets fylkeskommuner utga det daværende Helsedirektoratet retningslinjer for hvordan rusmiddelmisbruk på sykehus burde håndteres. I dette rundskrivet ba Helsedirektoratet sykehusene om at spørsmål om

rusmiddelbruk ble tatt opp i forbindelse med utarbeidelse av egenkontrollsystem og kvalitetssikringstiltak ved de enkelte avdelinger.

Det følger videre av tilsynsloven § 3 og forskrift om internkontroll at virksomheten gjennom systematiske tiltak skal sikre at aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med helselovgivningen. Systemansvar er et lederansvar som påhviler helseforetakets øverste leder. Den praktiske gjennomføringen vil imidlertid være delegert til den enkelte leder ved den aktuelle klinikk/ avdeling.

Arbeidsplassen er godt egnet som arena for forebygging av misbruk av rusmidler. Størst utbredelse i norsk arbeidsliv har AKAN (Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani) et trepartssamarbeid mellom LO, NHO og staten som siden 1963 har drevet rusforbygging på arbeidsplasser. Innsatsen er rettet mot hele Norges arbeidsliv, i privat og offentlig sektor, både små og store bedrifter. AKAN er tilgjengelig for alle og er ikke en medlemsorganisasjon. AKANs formål er å forebygge rusmiddelproblemer i norsk arbeidsliv, gjøre ledere og ansatte i stand til tidlig å gripe fatt i risikofylt rusmiddelbruk, samt å bidra til at ansatte med rusmiddelproblemer får et tilbud om hjelp. Ca ½ million arbeidstakere er i dag omfattet av AKAN.

(www.AKAN.no)

På en arbeidsplass er arbeidsmiljøutvalget (AMU) hovedansvarlig for virksomhetens arbeid med rusmiddelspørsmål. I virksomheter som vil drive rusforebyggende arbeid etter AKAN- modellen velger AMU medlemmer til et AKAN-utvalg. AKAN-utvalget skal være et partssammensatt underutvalg av AMU, og behandler ikke personsaker. Utvalget skal identifisere utfordringene i virksomheten og utarbeide en lokalt tilpasset rusmiddelpolitikk. Det skal planlegge og organisere AKAN-arbeidet i bedriften, og drive informasjons- og holdningsskapende arbeid.

Det legges opp til at de individuelle AKAN-sakene skal følges opp av AKAN-kontakt og bedriftshelsetjeneste i nært samarbeid med nærmeste leder. AKAN-kontakten[e] oppnevnes av AMU etter forslag fra arbeidstakerorganisasjonene. Et AKAN-opplegg er et individuelt tilbud fra bedriften om støtte til en arbeidstaker med

rusmiddelproblemer. Når et slikt opplegg opprettes, stilles det krav til begge parter om å følge betingelsene de blir enige om. Opplegget skal tilpasses den det gjelder. Det skal ha en fast struktur og kan omfatte tiltak både internt i bedriften og eksternt, for eksempel i samarbeid med en behandlingsinstitusjon eller poliklinikk. Et AKAN-opplegg vil ha bakgrunn i et brudd på gjeldende regelverk i bedriften. Bruddet har resultert i en formell advarsel og innebærer at arbeidsforholdet i utgangspunktet står på spill. Arbeidstakeren får valget mellom å gå inn i et samarbeid om et AKAN-opplegg, eller at saken blir håndtert som en ordinær personalsak.

Bedriftshelsetjenesten har en sentral og viktig rolle både i det rusforebyggende arbeidet, og i arbeid med å følge opp og hjelpe ansatte med rusmiddelproblemer.

2. Materiale og metode

Grunnlaget til denne oppgaven består av to forskjellige materialer. Det ene materialet består av en systematisering og analyse av tilsynssaker om misbruk av rusmidler blant sykepleiere som har kommet inn til Statens helsetilsyn. Det andre er resultatene fra en spørreundersøkelse som ble foretatt høsten 2001. Systematiseringen og analysen av tilsynssakene i Statens helsetilsyn ble foretatt først.

2.1 Tilsynssaker om rusmiddelmissbruk i Statens helsetilsyn

Som et ledd i systematisering og analyse av erfaringer relatert til tilsynssaker mot helsepersonell på bakgrunn av misbruk av rusmidler, analyserte vi alle tilsynssaker knyttet til rusmisbruk i 1998, 1999 og 2000, - totalt 118 saker. Av disse gjaldt 58 sykepleiere, 36 leger, 19 hjelpepleiere, tre tannleger og to jordmødre. Saker mot sykepleiere representerer 49 % av sakene. I denne oppgaven vil jeg som nevnt konsentrere meg om denne gruppen.

Alle sakene ble gjennomgått og registret i Norsk samfunnsvitenskapelig statistikkprogram etter ulike forhåndsdefinerte variabler relatert til demografi, rusadferd, tjenestenivå og reaksjoner fra arbeidsgiver og fra Helsetilsynet. Enkelte variabler er ikke vurdert pga. høy frekvens av manglende opplysninger som gjør at de har liten informasjonsverdi. All informasjon bygger på saksdokumentene. Det er ikke foretatt intervjuer eller gjort andre forsøk på å innhente mer informasjon enn det som fremkom av saksdokumentene.

Det ble gjort søk i databasene Pubmed og SveMed+, februar 2002.

Følgende søkestrategi ble benyttet i PubMed:

1. For å dekke begrepet helsepersonell, er det søkt på følgende termer: nurse, dentist, physician og health personell. Disse er kombinert på en måte som gjør at

minst én av termene må forekomme i hvert treff. MESH-terminen "health personell" eksploderes, slik at søket utvides til å gjelde alle mulige personellgrupper. Det vil samtidig bli søkt på de angitte termene som tekstord, dvs. at de kan forekomme i tittel eller sammendrag.

2. MESH-terminen "substance related disorders" er brukt for å dekke rusmisbruk. Den defineres slik: "Disorders related to substance abuse, the side effects of a medication, toxin exposure, and alcohol-related disorders." Fordi termen "eksploderes", vil søket også fange opp alle underordnede termer som dekker misbruk av alkohol, narkotiske stoffer og legemidler.

3. Søket er avgrenset til å gjelde norske forhold ved å kombinere termene: "norway" og "norwegian" på en måte som gjør at minst én av termene må forekomme i hvert treff.

4. Til slutt er disse søkene kombinert på en måte som gjør at alle tre må forekomme i treffene.

Følgende søkestrategi ble benyttet i SveMed+:

1. For å dekke begrepet helsepersonell, er det søkt på følgende termer: läkar or sjuksköterska or tandläkar. Disse er kombinert med ordet misbruk på en måte som gjør at dette ordet må forekomme i alle treffene sammen med minst ett av de tre andre ordene.

2. Her er det søkt på en kombinasjon av termene sjukvårdspersonal og missbruk, på en måte som krever at begge disse ordene må forekomme. Dette er igjen kombinert med begrepet missbrukande läkare slik at én av disse må forekomme.

3. Til slutt er 1 og 2 kombinert slik at minst ett av disse søkene må forekomme i treffene.

Litteratursøket ga 39 relevante treff: 28 gjaldt leger, 7 sykepleiere, 1 tannlege og resten helsepersonell generelt.

2.2 Spørreundersøkelsen

For å få et bredest mulig bilde av arbeidsgivers håndtering av rusmiddelmisbruk blant sykepleiere ble det sendt et spørreskjema til alle landets sykehus - til sammen 82- og 100 tilfeldig utvalgte kommuner høsten 2001.

I første del av skjema var det bedt om generelle opplysninger om hvilke rutiner som var etablert. Det er særlig spurt om forhold hvor det ved gjennomgangen av tilsynssaker var fremkommet opplysninger om forskjeller i arbeidsgivers håndtering.

Andre delen av spørreskjemaet var for arbeidsgivere som hadde avdekket misbruk av rusmidler blant sykepleiere, og hensikten var å få opplysninger om omfanget og kartlegge hvordan sykepleiere som misbrukte rusmidler ble håndtert. Avslutningsvis var det et felt med fritekst hvor det var åpnet for at de kunne komme med egne kommentarer.

Det er mottatt svar fra 65 sykehus og 67 kommuner. Dette gir en svarprosent på henholdsvis 80 % og 67 %. Det er ikke purret for å få inn de resterende svarene.

Svarene blir gjennomgått og registrert i Norsk samfunnsvitenskapelig statistikkprogram. Flere har benyttet muligheten for å komme med kommentarer. Disse vil bli referert der dette er relevant.

2.3 Definisjoner

Samlebenevnelsen rusmidler blir brukt om alkohol, narkotika og vanedannende legemidler.

Inndeling av narkotika og vanedannende legemidler i A- og B-preparater følger felleskatalogens kategorisering av reseptpliktige legemidler i henholdsvis gruppe A og gruppe B. Generelt kategoriseres potente narkotiske stoffer som morfin og andre opioder som A-preparater, mens beroligende og smertestillende midler, som for eksempel Vival og Paralgin forte, regnes som B-preparater. Med blandingsmisbruk

menes bruk av alkohol i kombinasjon med legemidler i gruppe A eller B, eller begge deler.

Det er ikke differensiert mellom legemiddelavhengighet og rusmiddelmissbruk (Nordlie 2002) selv om det er grunn til å tro at legemiddelavhengighet er langt mer vanlig blant helsepersonell enn blant andre yrkesgrupper (Fekjær 2004)

3. Resultater

3.1 Tilsynssaker – om “Falne engler”

Florence Nightingale ble regnet som en myte og en legendarisk skikkelse. Myten ble skapt under Krimkrigen da hun som en mild engel med lampe i hånden vandret gjennom de dystre sykehusstuene og hvisket trøstende ord til sårede og syke engelske soldater. I dag blir sykepleiere sett på som sterke, kunnskapsrike og profesjonelle. Nesten ingen yrkesgrupper har så stor tillit i befolkningen som sykepleiere. Fortsatt bruker pasienter benevnelsen engel når de snakker om sykepleiere de har møtt. ”*En hånd stryker meg forsiktig på armen. Jeg klarer å kvekke frem en liten lyd. En engel i hvitt står bøyd over meg. Hun forteller at jeg er på sykehuset. Det vil ta litt tid før jeg er i stand til å snakke. Er intubert.*”

Men det finnes noen som ikke lever opp til idealet. Det er de ”falne englene”.

3.1.1 Demografi

Materialet består av 58 saker, 43 kvinner og 15 menn. Frekvensen av tilsynssaker pga. misbruk av rusmidler vurdert i forhold til antall sysselsatte sykepleiere er 0,8 ‰

Korrigert for kjønnsfordeling blant sysselsatte sykepleiere (Statistisk sentralbyrå 2001), var det en overvekt av menn i materialet (tab.2). De fleste sykepleiere var mellom 40-50 år, arbeidet i spesialisthelsetjenesten og hadde hatt autorisasjon som sykepleier i mer enn ti år. Ti sykepleiere var ledere på ulike nivåer. Et flertall, både blant menn og kvinner, arbeidet i spesialisthelsetjenesten, men relativt flere menn arbeidet i primærhelsetjenesten.

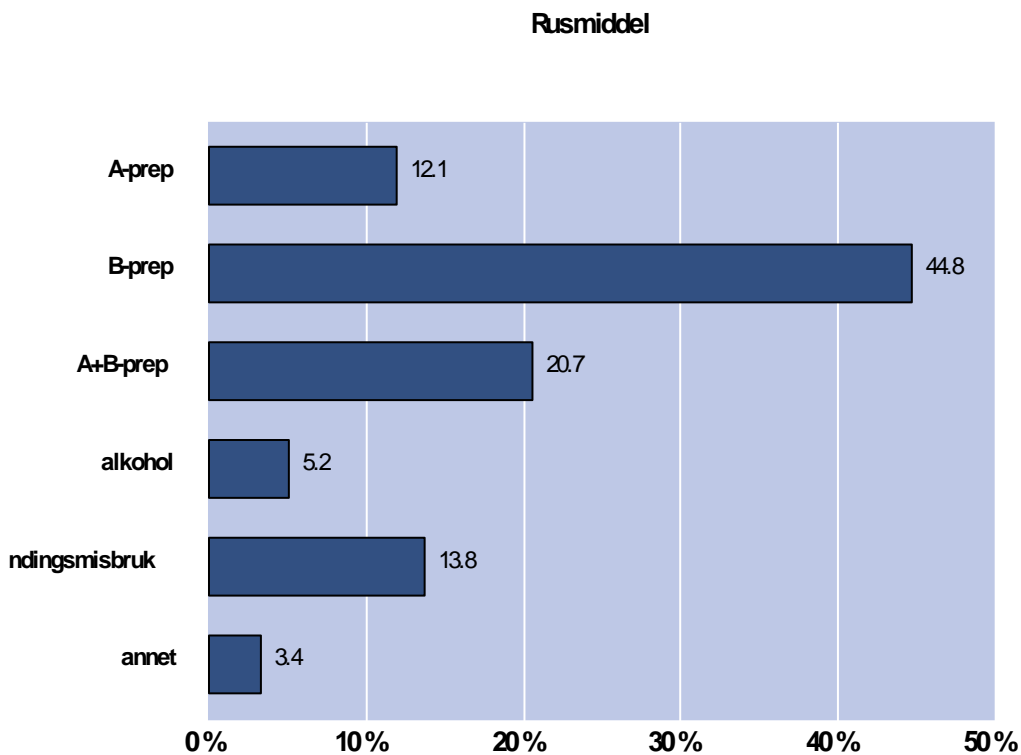
Tabell 2 Demografiske variabler

	Alle	Kvinner	Menn
Kjønn:			
• Materialet	58	43 (74 %)	15 (26 %)
• blant sysselsatte sykepleiere		90 %	10 %
Alder:			
24 – 31	4	4	0
32 – 39	15	9	5
40 - 47	23	18	6
48 – 56	15	11	4
Gjennomsnittsverdi	43 år	43 år	43 år
Verdi mangler	1		
Autorisert i antall år:			
1 - 9	28	21	5
10 – 18	8	4	3
19 – 27	13	10	4
28 – 37	4	4	2
Gjennomsnittsverdi	13 år	11 år	16 år
Verdi mangler	5	4	1
Type tjeneste:			
• spesialisthelsetjenesten	35	28	7
• primærhelsetjenesten	20	14	6
• annet	3	1	1

3.1.2 Type rusmiddel

Misbruk av B-preparater alene forekom hyppigst både blant menn og kvinner. Se figur 1.

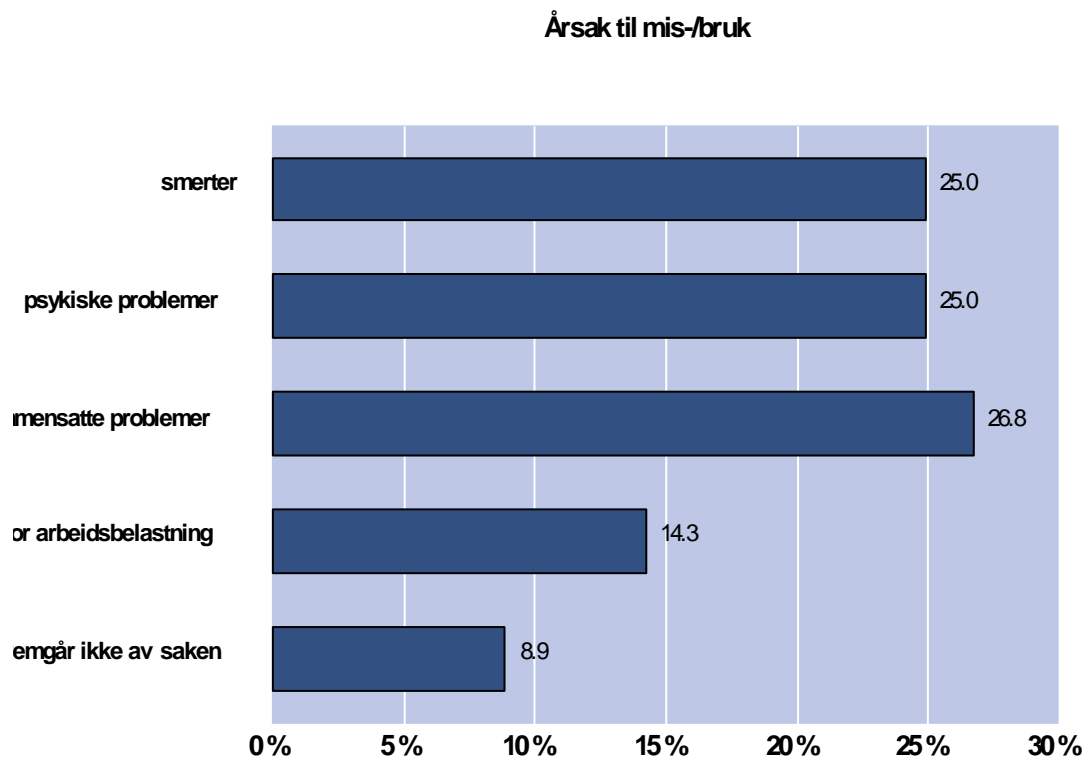
Figur 1 Type rusmiddel



3.1.3 Oppgitte årsaker til misbruk av rusmidler

Smerter og psykiske problemer alene og i tillegg sammensatte problemer ble hyppigst oppgitt som årsak til bruk av rusmidler (fig. 2). Sammensatte problemer inkluderer også sosiale og økonomiske problemer. Stor arbeidsbelastning ble nevnt av 8 sykepleiere (14 %).

Psykiske problemer alene ble oppgitt relativt oftere av menn, og smerter alene oftere av kvinner. Sammensatte problemer nevnes oftere av kvinner.

Figur 2 Oppgitte årsaker til misbruk

3.1.4 Rusadferd

I 29 (50 %) av sakene fremkommer det opplysninger om at sykepleier enten hadde opptrådt ruset i tjenesten, eller at det hadde vært sterk mistanke om dette. I 16 (28 %) av sakene hadde ikke sykepleier vært synlig ruset. Opplysninger om dette manglet i resten av sakene. 51 sykepleiere (88 %) innrømte tyveri og/eller misbruk av rusmidler ved konfrontasjon, enten med en gang eller etter hvert.

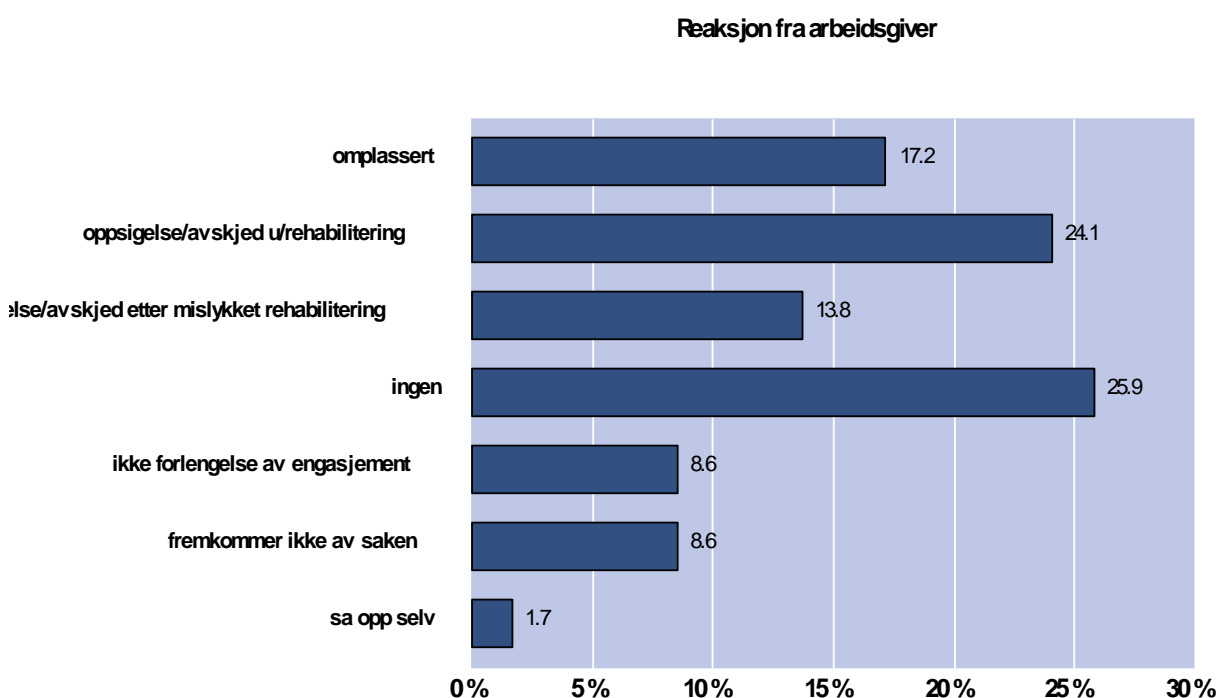
44 sykepleiere (76 %) hadde stjålet vanedannende legemidler fra medisinskap/-lager og 13 (22 %) enten bare fra pasienter eller fra både pasient og lager. Ni sykepleiere (15 %) hadde manipulert med legemidler og/eller forfalsket resepter og sykepleiedokumentasjon for å skaffe seg /dekke over tyveri av legemidler.

3.1.5 Reaksjoner fra arbeidsgiver i tilsynssaker

Det fremkom store forskjeller i hvordan arbeidsgivere håndterte spørsmål om misbruk blant helsepersonell/sykepleiere. Dette gjaldt bl.a. hvor raskt misbruket ble avdekket, den interne håndtering, og om og når sakene ble meldt til Helsetilsynet.

Etter at tyveri og/eller rusmisbruk var avdekket ble 14 sykepleiere (24 %) oppsagt uten tilbud om rehabilitering og ytterlig åtte (14 %) etter mislykket rehabilitering. 15 sykepleiere (26 %) fikk ingen reaksjon fra arbeidsgiver (Fig. 3).

Figur 3 Arbeidsgiver reaksjon – andel sykepleiere



På det tidspunktet tilsynssak ble opprettet, var 13 sykepleiere (22 %) i eller hadde fått tilbud om AKAN-opplegg, 11 (19 %) hadde ikke fått tilbud, mens syv (12 %) hadde brutt avtalen. Det mangler opplysning om ev. AKAN-opplegg i resten av sakene.

3.2 Spørreundersøkelse - arbeidsgivers rutiner

3.2.1 Arbeidsgivers rutiner på sykehus

Det er mottatt svar fra 65 av 82 sykehus (tabell 3). Dette er som nevnt en svarprosent på 80. I presentasjonen av resultatene benyttes betegnelser som gjaldt før statlig overtakelse av sykehusene, fordi materialet ble samlet inn like før omorganiseringen

Tabell 3 Sykehus som har besvart spørreskjemaet

	Antall	%Alle

Lokalsykehus	28	43.1
Sentralsykehus	19	29.2
Spesialsykehus	13	20.0
Regionsykehus	4	6.2
Ikke oppgitt navn	1	1.5

Sum	65	100.0

Spørreskjema ble besvart av personer knyttet til: Personalavdelingen (37 %), ledere på ulike nivåer (35 %), bedriftshelsetjenesten/HMS (12 %), AKAN (12 %). Det fremkom ikke hvem som hadde besvart de resterende spørreskjemaene. Kvaliteten på besvarelsene er varierende.

Bedriftshelsetjeneste, AKAN opplegg og skriftlige prosedyrer

Etablering av bedriftshelsetjeneste og AKAN opplegg vil være en metode for arbeidsgiver å ta det rusmiddelforebyggende arbeid på alvor. I helsetjenesten er det i tillegg spesielt viktig å ha fokus på legemiddelmisbruk fordi helsepersonell, og da

spesielt sykepleiere, til forskjell for de fleste andre arbeidstakere, har lett tilgang på vanedannende legemidler. I spørreundersøkelsen til arbeidsgiver hvor vi ønsket å kartlegge hvilke rutiner som var etablert var det derfor naturlig å spørre om det var etablert bedriftshelsetjeneste og AKAN- opplegg, og å kartlegge nærmere hva dette inneholdt.

Ca 8 av 10 sykehus hadde bedriftshelsetjeneste og 9 av 10 sykehus hadde AKAN- opplegg. Alle region- og sentralsykehus hadde både bedriftshelsetjeneste og AKAN- opplegg med unntak av ett sentralsykehus som manglet bedriftshelsetjeneste. Ca. 9 av 10 sykehus opplyste at de hadde skriftlige prosedyrer for håndtering av rusmiddelmisbruk. Alle region- og sentralsykehus hadde skriftelige prosedyrer, mens dette manglet hos ca. 1 av 10 lokalsykehus og 7 av 10 spesialsykehus.

Hvordan sykehusene sikret seg at prosedyrene ble fulgt fremkommer av tabell 4.

Noen sykehus hadde krysset av for alle alternativene, andre bare for ett eller noen få.

Tabell 4 Hvordan sykehuset sikrer seg at prosedyrene blir fulgt – antall sykehus

	Region- sykehus	Sentral- sykehus	Lokal- sykehus	Spesial- sykehus	Totalt - alle sykehus
God tilgjengelighet	2	17	25	11	55 (83 %)
Opplæring av ledere	3	15	22	8	48 (73 %)
Opplæring av tillitsvalgte	2	10	20	8	40 (61 %)
Informasjon til nyansatte	2	14	19	9	44 (67%)
Annet	2	7	3	2	14 (21%)
N=	4	19	28	13	64

Egne AKAN-opplegg for helsepersonell og rutiner for melding til politi/fylkeslege

Det ble videre spurt om sykehusene hadde utarbeidet egne AKAN-prosedyrere for helsepersonell /sykepleiere. Bakgrunnen for dette spørsmålet var tanken om at dette kunne være en indikator på om det var utarbeidet en lokal rusmiddelpolitikk med utgangspunkt i de utfordringene virksomheter i helsetjenesten står ovenfor. Både tilgjengelig litteratur og resultatene fra tilsynssakene hadde vist at misbruk av vanedannende legemidler blant sykepleiere sannsynligvis var et like stort om ikke større problem, enn misbruk av alkohol. Om virksomheten hadde slike prosedyrer kan også være en indikator for om AKAN-modellen var implementert. 3 av 10 sykehus opplyste at de hadde egne AKAN-prosedyrer for helsepersonell. Flere skriver i kommentarfeltet til dette spørsmålet at de følger et opplegg anbefalt av AKAN sentralt eller at AKAN-reglementet gjelder alle ansatte i fylkeskommunen. Noen få skriver at de i tillegg til det generelle AKAN-opplegget, har prosedyre for håndtering av tyveri av legemidler og oppfølging av dette. Tabell 5 viser at utarbeiding av egne AKAN-prosedyrer for helsepersonell ikke har sammenheng med størrelsen på sykehuset.

Tabell 5 Oversikt over type sykehus som hadde egne AKAN-prosedyrer for helsepersonell

	Region	Sentral	Lokal	Spesial	Ikke besvart	Sum
har egne prosedyrer	1	6	9	4	0	20
har ikke egne prosedyrer	3	13	17	9	1	43
ikke besvart	0	0	2	0	0	2
Sum	4	19	28	13	1	65

Litt over halvparten av sykehusene opplyste at prosedyrene inneholdt bestemmelser om at tyveri av legemidler skulle politianmeldes, og at misbruk av rusmidler blant helsepersonell skulle meldes til Fylkeslegen, nå Helsetilsynet i fylket. Dette var også et område hvor det var registret store forskjeller mellom sykehus i tilsynssaker. Det er derfor interessant å kunne vurdere om de sykehusene som har utarbeidet egne AKAN-opplegg for helsepersonell også har utarbeidet rutiner om politianmeldelse og rapportering til Helsetilsynet.

Tabell 6 Oversikt over om sykehus har rutiner om at rusmisbruk skal meldes fylkeslegen og om de har eget AKAN-opplegg for helsepersonell

	eget opplegg	ikke eget opplegg	ikke besvart	Sum

har rutiner	15	21	0	36
har ikke rutiner	5	21	0	26
ikke besvart	0	1	2	3

Sum	20	43	2	65

Tabellen viser at det er sammenheng mellom det å ha egne AKAN-opplegg for helsepersonell og å ha rutiner om politianmeldelse og rapportering til Helsetilsynet. $\frac{3}{4}$ deler av sykehusene som har utarbeidet eget opplegg, har også rutiner om at rusmisbruk skal meldes Helsetilsyn og politi.

Innholdet i AKAN-opplegg

For å få et bilde av om AKAN-opplegget inneholdt bestemmelser om at evt. rusmisbrukere ble henvist til behandlingsapparatet, ble det spurt om AKAN-opplegget inneholdt somatisk og/eller psykologisk oppfølging.

6 av 10 sykehus svarte bekreftende på dette.

Et annet område hvor det er registrert forskjeller mellom arbeidsgivere er i hvilken grad rusmiddeltesting inngår som en del av AKAN-opplegget. I tabell 7 er en oversikt over dette.

Tabell 7 Bruk av rusmiddeltesting som en del av AKAN-opplegget

	Antall	%Alle
aldri	19	29
av og til	22	34
ofte	7	11
alltid	12	18
ikke besvart	5	8
Sum	65	100

For å kunne vurdere nærmere årsakene til denne forskjellen har jeg sett på om også dette kan ha sammenheng med om sykehuset har egne AKAN-prosedyrer for helsepersonell /sykepleiere.

Tabell 8 Rusmiddeltesting på sykehus med og uten egne AKAN-opplegg for helsepersonell/sykepleiere

Inngår testing	egne opplegg	ikke egne	ikke besvart	Sum
aldri	4	15	0	19
av og til	9	13	0	22
ofte	0	7	0	7
alltid	6	6	0	12
ikke besvart	1	2	2	5
Sum	20	43	2	65

Kolonne en loddrett viser hvilke sykehus som har AKAN opplegg for helsepersonell og om de benyttet seg av rusmiddeltesting, og tabellen viser at bruk av rusmiddeltesting er vanligere på sykehus som har utarbeidet slike prosedyrer.

Konsekvenser ved brudd på AKAN-avtalen fremkommer av tabell 9. Konsekvensene referer seg til bestemmelser i AKAN-opplegget, ikke til konkrete saker.

Tabell 9 Konsekvenser ved brudd på AKAN-avtalen

	Antall	%Alle
ingen	1	2
skriftlig advarsel og ny sjanse	24	37
oppsigelse	4	6
flere konsekvenser	32	49
ikke besvart	4	6
Sum	65	100

Behovet for endring

8 av 10 sykehus har svart at de mener at det AKAN- opplegget de har er bra eller svært bra.

3 av 10 sykehus mente at det var behov for å gjøre endringer i AKAN-opplegget.

3.2.2 Sykehusenes erfaring med sykepleiere som misbruker rusmidler

I 40 av 65 sykehus var det i denne perioden (nesten 3 år) avdekket rusmiddelmisbruk hos til sammen 71 sykepleiere.

Et utgangspunkt har vært at utarbeiding av eget AKAN-opplegg for sykepleiere kan være en indikator på om AKAN-modellen var lokalt tilpasset og implementert i virksomheten. I tabell 10 er det sett nærmere på om det er forskjeller i om sykehus

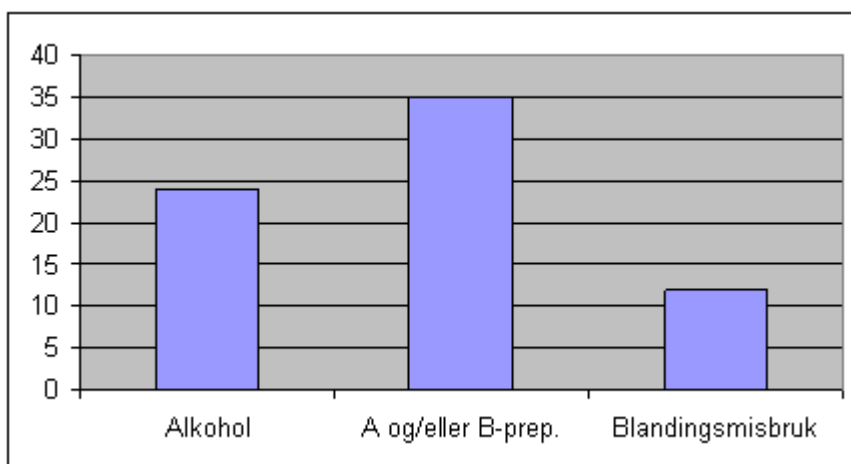
avdekker misbruk avhengig av om de har etablert egen AKAN opplegg for sykepleiere, eller om de ikke har gjort det.

Tabell 10 Oversikt over sykehus som har avdekket rusmisbruk blant sykepleiere og om de har egne AKAN-opplegg for helsepersonell

	egne opplegg	ikke egne opplegg	ikke besvart	Sum
avdekket	12	27	1	40
ikke avdekke	8	16	1	25
Sum	20	43	2	65

Tabellen viser at det å avdekke rusmisbruk blant sykepleiere ikke har sammenheng med at det er utarbeidet eget AKAN-opplegg for sykepleiere.

Figur 4 Oversikt over hvilke rusmidler som ble misbrukt – antall sykepleiere



Det fremgår av denne at alkohol alene eller som en del av et blandingsmisbruk misbrukes i ca halvparten av tilfellene.

Hovedårsakene til at misbruk av rusmidler ble avdekket fremkommer av tabell 11.

Flere årsaker kan være knyttet til ett og samme tilfellet.

Tabell 11 Årsak til at rusmiddelmisbruket ble avdekket

	Antall sykehus
Ureglementert fravær	12
Dårlig kvalitet på arbeidet	10
Påfallende adferd	29
Ruspåvirket i tjenesten	24
Tyveri av legemidler	29
Annet	1

43 av de 71 sykepleierne fikk tilbud om AKAN-opplegg. 20 ble oppsagt eller sa opp selv og 8 sykepleiere fikk ikke tilbud fordi de var vikarer og dermed ikke fast ansatt.

Tabell 12 viser hvilke tiltak som vanligvis ble iverksatt overfor sykepleiere i AKAN-opplegg. De fleste sykehus hadde krysset av for flere tiltak.

Tabell 12 Tiltak overfor sykepleiere i Akan-opplegg

	Antall sykehus	%Alle sykehus
Fratas nøkler til medisinskapet	46	70
Andre restriksjoner ift. Legemiddelhåndtering	40	61
Omplassering til annen avdeling	24	36
Tas ut av ordinær turnus	27	41
Ingen spesielle tiltak	2	3
Annet	9	14

28 av de 40 sykehusene, dvs. 70 %, som svarte bekreftende på at de hadde avdekket misbruk av rusmidler blant sykepleiere, hadde meldt fra til Helsetilsynet i fylket om til sammen 42 sykepleiere.

Behov for retningslinjer fra sentrale helsemyndigheter

3 av 10 sykehus svarte at det var behov for retningslinjer om håndtering av rusmiddelproblemer blant helsepersonell fra sentrale helsemyndigheter, like mange mente at det ikke var det, eller svarte ”vet ikke”.

3.2.3 Arbeidsgiveres rutiner i kommunene

Det er mottatt svar fra 67 av 100 kommuner av ulik størrelse (tabell 13).

Tabell 13 Antall kommuner etter antall innbygger

Innbyggere	Antall kommuner	%Alle
< 5000	14	21
5000 – 20 000	30	44
20 000 – 60 000	22	33
> 60 000	1	2
Sum	67	100

Ca. 7 av 10 spørreskjema var fylt ut av ledere og andre med personalfunksjoner, ca. 1 av 10 av personer knyttet til HMS/AKAN, og resten av andre. Svarene fra en del kommuner kan tyde på at skjemaet er besvart av en deltjeneste, eksempelvis hjemmetjenesten slik at dataene ikke er representative for hele kommunen. I tillegg har mange kommuner ikke besvart alle spørsmål. Jeg har derfor ikke funnet grunnlag for å presentere resultatene fra spørreundersøkelsen like detaljert som resultatene fra sykehusene fordi det er knyttet langt større usikkerhet til dem.

Bedriftshelsetjeneste, AKAN opplegg , og skriftlige prosedyrer

Det er ingen signifikante forskjeller mellom kommuner og sykehus, som gruppe, mht. om de hadde bedriftshelsetjeneste, AKAN-utvalg og skriftlige prosedyrer for håndtering av rusmidler generelt. Dette innebærer at det store flertallet av kommuner opplyser at de har bedriftshelsetjeneste, AKAN-utvalg og skriftlige prosedyrer.

Egne AKAN-opplegg for sykepleiere og melding til politi og fylkeslege

Når det gjelder spørsmålet om det var etablert egne AKAN-prosedyrer for helsepersonell/ sykepleiere er det imidlertid stor forskjell. Svært få kommuner har opplyst at de hadde slike rutiner, kun til sammen 4 kommuner): under 1 av 10 kommuner mot 3 av 10 sykehus.

Det er også forskjeller mellom sykehus og kommuner når det gjelder bestemmelser om rapportering til helse- og politimyndighetene. Ca. 2 av 10 kommuner svarte at AKAN-prosedyren inneholdt bestemmelse om at misbruk av rusmidler skal meldes til Helsetilsynet i fylket, og at tyveri av legemidler skal politianmeldes. Til sammenligning inneholdt som tidligere nevnt AKAN-prosedyrene ved ca. 5 av 10 sykehus bestemmelser om dette.

Innholdet i AKAN-opplegg

Det er ingen signifikante forskjeller mellom kommuner og sykehus i spørsmålet om det inngår somatisk-/psykisk oppfølging som ledd i AKAN-opplegget. Det er heller ingen signifikante forskjeller i variasjonene i bruk av rusmiddeltesting.

Også når det gjelder konsekvenser av brudd på AKAN-avtalen og hvordan arbeidsgiver sikret at AKAN-prosedyrene ble fulgt er det liten forskjell mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, med unntak av opplæring av tillitsvalgte. 4 av 10 kommuner svarte at opplæring av tillitsvalgte var et virkemiddel for å sikre at prosedyrene ble fulgt mot 7 av 10 sykehus.

Behovet for endring

Ca. 6 av 10 kommuner vurderte sine AKAN-opplegg som bra eller svært bra mot 8 av 10 sykehus.

3.2.4 Kommunenes erfaring med sykepleiere som misbruker rusmidler

Totalt 9 av de 67 kommunene som har besvart spørreskjemaet svarte bekreftende på at det var avdekket misbruk av rusmidler blant til sammen 12 sykepleiere i den aktuelle perioden. Et stort antall kommuner har ikke besvart spørsmålet om totalt antall ansatte sykepleiere i kommunen og det er derfor ikke mulig å fastslå hvor stor andel disse 12 utgjør av totalt antall sysselsatte sykepleiere i kommunene.

Ingen av disse kommunene opplyste at de hadde eget AKAN-opplegg for helsepersonell /sykepleiere.

4 av sykepleierne hadde misbrukt alkohol, en hadde blandingsmisbruk, 6 hadde misbrukt A/ B-preparater og en hadde misbrukt andre rusmidler.

Fire av sykepleierne ble meldt til fylkeslegen, nå Helsetilsynet i fylket, og alle disse hadde misbrukt A/B – preparater.

Tre av de tolv aktuelle sykepleierne fikk tilbud om AKAN-opplegg, én ble oppsagt og seks sa opp selv eller var vikarer. Alle som ble tilbudt AKAN-opplegg hadde misbrukt alkohol, en i kombinasjon med B-preparater.

Over 30 % av kommunene har ikke besvart spørsmålet om hvilke tiltak som vanligvis iverksettes overfor sykepleiere i AKAN-opplegg, og om hva som var hovedårsakene til at rusmiddelmisbruket ble oppdaget. Dataene er svært mangelfulle og jeg finner derfor ikke grunn til å gå nærmere inn på dem.

Behov for retningslinjer fra sentrale helsemyndigheter

Av de 9 kommunene som har erfaring med sykepleiere som har misbrukt rusmidler svarte 3 av dem at det er behov for retningslinjer fra sentrale helsemyndigheter mens de resterende har svart "vet ikke".

4. Diskusjon

4.1 Om de “falne englene” i tilsynssakene

Misbruk av rusmidler blant sykepleiere er et stort problem som utfordrer alle sider ved sykepleierprofesjonen, og det har vært en problemstilling helt siden 1858 da Florence Nightingale avskjediget ruspåvirkede sykepleiere under Krimkrigen.(Abbott 1987) Det har imidlertid vært lite oppmerksomhet rundt dette problemet. Det er ikke foretatt noen generelle undersøkelser av omfanget av rusmiddelmisbruk blant sykepleiere verken i Norge eller i resten av Norden. Ved en prevalensstudie utført ved Universitetet i Bergen og Høgskolen i Nord-Trøndelag blant sykepleier-, vernepleier- og lærerstudenter svarer 5,2 % av sykepleierstudentene bekreftende på at de noen gang hadde brukt narkotiske stoffer.(Mylketun, Stamnes 2001) Det er fortrinnsvis amerikanske studier som har behandlet denne problematikken. Trinkoff og Storr (1998) skriver at ifølge Greens estimat er 2-3 % av alle sykepleiere avhengig av rusmidler, mens The American Nurses Association mener at 6-8 % av sykepleierne kan ha et rusmiddelproblem. Tidligere amerikanske studier har vist at rusmiddelavhengighet var 30 til 100 ganger hyppigere blant sykepleiere enn i befolkningen generelt. For mange startet avhengigheten under sykepleierstudiet (Sullivan, Bisell, Leffler1990). Medikamentmisbruk regnes som en yrkesrisiko for helsearbeidere (Sullivan, 1988, Zierau, 1987). Hingley (1989) hevder at sykepleiere har dobbelt så høy risiko for å utvikle medikamentavhengighet som befolkningen for øvrig. Han årsaksforklarer dette med høyt stressnivå i yrkessituasjonen. Andre undersøkelser viser imidlertid at rusmiddelmisbruk ikke er mer utbredt blant sykepleiere enn blant kvinner i andre yrker.(Zierau 2002)

Verdens helseorganisasjons anslag er at 10 % av den voksne befolkning i den vestlige verden har et alvorlig rusproblem. AKAN (Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani) anslår at opptil 5 % av arbeidstakere har et så stort forbruk av rusmidler at det vil kunne gå utover jobben. Disse beregningene er i første rekke gjort i forhold til

misbruk av alkohol. For sykepleierne må faren for misbruk av vanedannende legemidler ansees som en større risiko pga tilgangen.

Dersom man legger til grunn at misbruk av rusmidler er like stort blant sykepleiere som i den øvrige befolkningen, innebærer det at ca 10 % har et forbruk i faresonen, og at 3 - 4 % har et så høyt forbruk at det bør etableres kontakt med hjelpeapparatet.

Antall sykepleiere i materialet i Statens helsetilsyn utgjør i underkant av 1 promille av totalt antall sysselsatte sykepleiere i Norge (Statistisk sentralbyrå 2001). Antallet er ikke representativt for omfanget av rusmiddelmissbruk blant sykepleiere. I flere av sakene fremgår det at sykepleierne var blitt oppsagt eller hadde sagt opp selv i ett eller flere tidligere arbeidsforhold pga. rusmiddelproblematikk, uten at dette var meldt til tilsynsmyndighetene. Dette viser at mange sykepleiere som har stjålet rusmidler og/eller vært ruset i tjenesten, ikke har blitt rapportert til tilsynsmyndighetene.

4.1.1 Demografi

Gjennomsnittsalderen i materialet er relativt høy, men med stor spredning, jf. tabell 2. Dette kan tyde på at misbruksmønsteret og årsakene til rusmiddelmissbruk blant sykepleiere er forskjellige fra rusmiddelmissbrukere generelt, der gjennomsnittsalderen er vesentlig lavere (Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift, 2002). Den gjennomsnittlige tiden de hadde vært autorisert er også relativt lang. Den høye alderen og den tiden de har vært autorisert kan også tyde på at flere har misbrukt rusmidler i mange år før det har blitt avdekket, og meldt til Helsetilsynet.

Det er en relativ overvekt av menn i materialet. Dette samsvarer med lignende studier fra USA. Noen av disse viser til dels enda større relativ overvekt av menn (Bugle 1996; Mynatt 1996; Finke, 1996). Helsetilsynet har også i saker som gjelder misbruk av rusmidler hos andre typer helsepersonell funnet en relativ overvekt av menn. Flere rapporter viser at menn er overrepresentert når det gjelder rusmiddelmissbruk (Nord-Trøndelagsforskning 1998, Rusmidler i Norge statistikk 2001). Noreik (1999) fant videre i en studie av legers tap av forskrivningsrett, som omfattet 32 leger, kun én

kvinne. Kjønnfordeling blant helsepersonell som misbruker rusmidler, avspeiler i stor grad kjønnforskjeller i befolkningen når det gjelder misbruk av rusmidler. (Ødegård 2002, Rusmidler i Norge 2001)

Et flertall av sykepleierne i materialet arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Dette avspeiler i stor grad den normale fordelingen av antall sysselsatte sykepleiere på de to tjenestenivåene (Statistisk sentralbyrå 1. oktober 2001).

4.1.2 Anvendte rusmidler

Som det fremgår av figur 1 har disse sykepleierne i første rekke misbrukt B-preparater. Misbruk av vanedannende legemidler alene var mye vanligere (78 %) enn blandingsmisbruk (alkohol + legemidler) (14 %) og alkohol alene (5 %). 45 % av sykepleierne misbrakte B-preparater alene. Årsaken til at sykepleiere relativt oftere misbrakte B-preparater enn alkohol og A preparater fremkommer ikke eksplisitt av materialet. Ulikheten kan være knyttet til kjønn. I yrkesgruppen sykepleier er et stort flertall kvinner. Menn bruker tradisjonelt oftere alkohol som problemløser enn kvinner, mens kvinner oftere bruker benzodiazepiner enn menn. Gulbrandsen og Gjerløw Aasland (2002) fant i en studie over endringer i norske legers alkoholvaner 1985 - 2000 på grunnlag av legekårsundersøkelsen, at kvinnelige leger hadde mye lavere alkoholkonsum enn mannlige leger. Dette er også i tråd med hva som ble funnet for legegruppen ved gjennomgangen av materialet i Statens helsetilsyn. (Hoddevik 2004) Data fra Norsk reseptstatistikk viser at kvinner bruker 70 % av totalforbruket av benzodiazepiner (Norsk forskningsråd 1996). Andre undersøkelser viser lignende forbruk (Straand, Rokstad,. 1997).

En annen forklaring kan være knyttet til tilgjengelighet. Dette gjelder i forhold til at vanedannende legemidler er mer tilgjengelig enn alkohol, og at B-preparater er mer tilgjengelig enn A-preparater. For sykepleiere er det knyttet betydelig større risiko for å bli avslørt ved tyveri av A-preparater enn B-preparater pga. forskriftmessig pålegg om nøye regnskap over forbruk av A-preparater. Flere studier har fokusert på hvilken rolle tilgjengeligheten på alkohol på arbeidsplassen har i forhold til alkoholforbruk

blant ansatte. Gjennom en litteraturgjennomgang av flere studier viste McDonald (1997) til en klar sammenheng mellom høy fysisk tilgjengelighet til alkohol og forekomst av høyt alkoholforbruk. Det er grunn til å tro at tilsvarende gjelder tilgangen til andre rusmidler som særlig B- preparater i dette tilfellet. Det at sykepleierne har misbrukt B-preparater som rusmiddel kan også være noe av forklaring på at det kan gå mange år før misbruket avdekkes.

Amerikanske studier har imidlertid vist at forholdsvis flere sykepleiere misbrakte alkohol, opiater og illegale stoffer enn hva som har vært tilfellet i dette materialet (Mynatt 1996, Finke 1996, Trinkoff 2000)

4.1.3 Oppgitte årsaker til rusmiddelmissbruk

Oppgitte årsaker til rusmisbruk fremkommer av figur 2.

Det har vært en tradisjonell oppfatning at stor arbeidsbelastning og lange vakter kan føre til bruk av stimulerende midler for å kunne fungere (Rutke 1998). Risikoen er blitt vurdert som særlig høy i "blålysmedisinen" for både leger og sykepleiere (Seeley 1996) Flere studier har vist at risikoen for rusmiddelmissbruk var særlig høy i akuttmedisinen (Collins 1998, Hingley 1989, Sullivan 1992). Imidlertid viste Bugle (1996) at sannsynligheten for rusmiddelmissbruk var høyest i hjemmebaserte tjenester. Flere studier har vist at stress i yrkessituasjonen er en viktig årsaksfaktor ved utvikling av rusmiddelavhengighet blant sykepleiere (Collins 1998, Sullivan 1992, Hingley 1989). Hingleys (1989) årsaksforklaring om at sykepleiere utvikler medikamentavhengighet som følge av stress i yrkessituasjonen, bekreftes ikke i samme grad i dette materialet. Blant sykepleierne i dette materialet var det lite misbruk av stimulerende midler, og årsaken til misbruket som oftest ble oppgitt var kroppslig og sjelelig smerte. Bare syv sykepleiere i dette materialet oppga stor arbeidsbelastning som årsak til rusmiddelmissbruk (fig 2). Det er imidlertid sannsynlig at denne komponenten inngår i kategorien "sammensatte problemer".

Kvinner oppga smerter alene relativt oftere og flere menn psykiske årsaker alene, som årsak til rusmiddelbruk. Flere studier indikerer at kvinner og menn har både kvantitative og kvalitative forskjeller når det gjelder smerteterskel, persepsjon og reaksjon på smerter. Kvinner har lavere smerteterskel og toleranse for enkelte typer smerter, og klager oftere over smerter (Rutke 1998, Seeley 1996, Sullivan 1992). Det er relativt mange menn som ikke har oppgitt årsakene til rusmiddelmisbruk, slik at funnet må tolkes med forsiktighet. Internasjonal forskning har fokusert mye på alkoholbruken blant ansatte, og flere forhold er trukket frem som relevante forklaringsfaktorer. Det finnes mye mindre forskning om hva som kan forklare bruk av illegale rusmidler og vanedannende legemidler blant ansatte (Frøyland 2005).

Et vanlig rusmisbruksmønster i dette materialet særlig blant kvinner, var at sykepleierne fikk forskrevet smertestillende og/eller beroligende legemidler av lege pga. søvnproblemer, fysiske og/eller psykiske plager. På et tidspunkt startet de å medisinerer seg selv ved tyveri av legemidler fra arbeidsgiver. Hva som var årsaken til dette fremgår ikke eksplisitt av materialet, men større behov enn hva de fikk forskrevet fra lege og/eller lett tilgjengelighet er sannsynlige forklaringer. Andre studier viser lignende funn (Trinkoff 1998). Sykepleiere administrer som nevnt legemiddelbehandlingen både i spesialist- og primærhelsetjenesten, noe som gir lett tilgjengelighet til smertestillende og/eller beroligende legemidler.

Selvmedisineringskulturen i helsetjenesten som er relativt utbredt og akseptert, kan også være en medvirkende forklaring. Sjømoen (2002) viser at det kan være glidende overgang mellom bruk og misbruk, og at mange sykepleiere ikke kunne identifisere når bruk av legemidler gikk over i misbruk. Erfaringer fra et flertall av disse tilsynssakene er i tråd med dette og med Hafsengs (1997) beskrivelse av personer som søker behandling for legemiddelavhengighet. Det har vært hevdet at rusmisbrukere søker seg til sykepleierutdanningen pga av lett tilgang til rusmidler. I dette materialet har det i enkelte av sakene fremkommet opplysninger om at sykepleieren har hatt problemer med misbruk av rusmidler før de har startet utdanningen, men det er ikke holdepunkter for å kunne bekrefte en slik påstand. På den annen side er dette materialet for lite til å kunne utelukke at dette kan være et problem.

4.1.4 Rusadferd

Karakteristika ved personer som er avhengige av legemidler passer godt på flere av sykepleierne i dette materialet: De identifiserer seg verken som klienter med rusmiddelmisbruk eller med psykiske problemer, tablettbruken har utviklet seg gradvis over år, avhengigheten er et skjult problem som få i familien eller omgangskretsen kjenner til, tablettbruken startet i behandlingssammenheng og det forekommer sjelden tilknytning til tradisjonelle rusmiljøer. Legemiddelavhengige er ofte pliktoppfyllende og samvittighetsfulle mennesker. For mange handler tablettbruken om en måte å takle hverdagens utfordringer på (Nordlie 2002, Hafseng 1997).

Hele 90 % av disse sykepleierne stjal imidlertid legemidler fra arbeidsgiver, og i de fleste tilfellene var dette en sterkt medvirkende årsak til at misbruket ble avdekket. De stjal ikke bare medikamenter fra medisinskap/ lager, men også fra pasienter. Ni sykepleiere (15 %) hadde manipulert med legemidler, for eksempel byttet ut det virksomme stoffet med vann, og/eller forfalsket resepter og sykepleiedokumentasjon for å skaffe seg /dekke over tyveri av legemidler. Mangelfulle rutiner for håndtering og kontroll av vanedannende legemidler, spesielt B-preparater, er trolig medvirkende årsak. Men dette er også adferd som kan tyde på stor avhengighet av rusmidler, og en vilje til å gå langt for å skaffe seg dem. Det kan også ha sammenheng med at de har misbrukt rusmidler i mange år uten å bli oppdaget, og at de derfor tar større sjanser. Amerikanske studier (Asthon 1994) viser at tegn på misbruk av legemidler blant sykepleiere bl.a. er: forfalskning av adgangskort, mangel på dobbelsignatur, uvanlig mye kassasjon av narkotiske legemidler, ekstrem interesse for å gi egne og andre sykepleiers pasienter narkotiske legemidler, tendens til å gi pasienten mer smertestillende enn vanlig, rapporterer ofte at pasienten klager over manglende effekt av smertestillende. Dette er i tråd med funnene ved behandling av tilsynssaker mot sykepleiere på bakgrunn av rusmiddelmisbruk.

I halvparten av sakene hadde sykepleier enten opptrådt tydelig ruset i tjenesten eller det hadde vært skjellig grunn til mistanke. Alvorlig skade på enkelt pasient som følge

av bruk av rusmidler, er ikke registrert i dette materialet. Opplysninger om mangelfull omsorg, dårlig kvalitet på utført arbeid, blant annet mangelfull sykepleiedokumentasjon og ureglementert adferd forekom relativt ofte. Dette er i tråd med det som inngår som et av elementene i AKAN's definisjon av rusmiddelmisbruk i arbeidslivet (AKAN-sekretariatet 1997). Dette er også et funn i Sjømoens mastergradsarbeid (2002) og i samsvar med funn i andre studier (Mynatt 1996, Shewey 1997, Griffith 1999).

4.1.5 Arbeidsgivers reaksjon på rusmiddelmisbruk i tilsynssakene

Arbeidsgivers håndtering av rusmiddelmisbruk og tyveri av legemidler i dette materialet varierte svært, fra øyeblikkelig oppsigelse uten tilbud om rehabilitering, oppsigelse etter ett eller flere rehabiliteringsforsøk og omplassering - til ingen reaksjon (figur 3). Også når det gjaldt rapportering til tilsynsmyndighetene og politianmeldelse av tyveri, var det svært ulik praksis med hensyn til om og når saken ble meldt. Arbeidsgivers reaksjon var ikke alltid i tråd med sakens alvorlighetsgrad. Det lave antallet som hadde fått tilbud om AKAN- kontrakt og at det manglet opplysninger om dette i mange saker, var grunn til å mistenke at flere arbeidsgivere i helsetjenesten ikke hadde utarbeidet en rusmiddelforebyggende politikk som for eksempel AKAN. Det var også bekymringsfullt at flere arbeidsgivere som avdekket rusmisbruk verken tilbød AKAN opplegg eller varslet tilsynsmyndighetene, men sa sykepleierne opp med øyeblikkelig virkning. En slik håndtering kunne vitne om arbeidsgivere som fortrinnsvis vil løse sitt eget lokale problem uten tanker for den sikkerhetsrisiko en slik sykepleier utgjør på andre arbeidsplasser og for andre pasienter.

De store forskjellene i arbeidsgivers håndtering av sakene var den direkte foranledningen til at vi fant det nødvendig å se nærmere på arbeidsgivers rutiner på dette området gjennom en spørreundersøkelse.

4.2 Spørreundersøkelsen - om rutiner på sykehus og i kommunene

Spørreskjemaene ble utfylt av svært forskjellige nivåer i organisasjonen.

Spørreskjemaene til kommunene var kun adressert til ”kommune x”, og ikke til en spesiell person eller tjeneste. Da kommuneadministrasjonen mottok skjemaet måtte den finne ut hvem som kunne besvare det. Det er overraskende at såpass mange kommuner har sendt spørreskjemaet til en deltjeneste, som for eksempel helsesøstertjenesten, og antagelig ikke oppfattet at dette gjelder alle sykepleierne i kommunen. Det kan være et uttrykk for misforståelser, men også et uttrykk for manglende oversikt i kommuneadministrasjonen. Tilsvarende så vi i Statens helsetilsyn da vi kartla kommunenes rutiner ved ansettelse av utenlandske leger (IK-2753). Det kan være grunn til å stille spørsmål ved kvaliteten ved personaladministrative arbeidet i kommunene, og om disse viktige arbeidsgiverfunksjonene i kommunene har tilstrekkelig oppmerksomhet og/eller ressurser. Svarene fra kommunene er derfor mangelfulle på flere områder.

På sykehus ble kun 1/3 del av skjemaene utfylt av ledere. Et av vilkårene for at det rusmiddelforbyggende arbeidet skal kunne lykkes i bedriften er at det har en solid lederforankring. Det kan sees som et bilde på hvordan AKAN arbeidet er organisert og muligens prioritert.

I den videre vurderingen har jeg fortrinnsvis vurdert resultatene fra sykehusene fordi det som nevnt hefter større usikkerhet til resultatene fra spørreundersøkelsen i kommunene.

4.2.1 Bedriftshelsetjeneste, AKAN-opplegg og skriftlige prosedyrer for rusmiddelmissbruk

Som det fremgår av resultatene har det store flertallet av både sykehus og kommuner bedriftshelsetjeneste, AKAN-opplegg og skriftlige prosedyrer for håndtering av misbruk av rusmidler. Dette kan tolkes som et uttrykk for at arbeidsgivere innen helsetjenesten tar det rusmiddelforbyggende arbeidet på alvor. I AFI's evaluering (Frøyland, Grimsmo Sørensen 2005) av AKAN fremkommer det at flertallet av norske bedrifter ikke har organisert det rusforebyggende arbeidet. Evalueringen viste at AKAN-modellen ser ut til å passe bedre inn i store virksomheter enn i små. Omtrent 9 av 10 bedrifter som ikke har organisert et rusmiddelforbyggende arbeid, har under 20 ansatte. Selv om det er store forskjeller i størrelsene på sykehusene/kommunene, er det ingen som har så få ansatte som 20. Allikevel kan det se ut som størrelsen kan være en forklaring på at ikke alle har dette på plass. Det er fortrinnsvis de minste sykehusene og kommunene som ikke har etablert bedriftshelsetjeneste/AKAN opplegg, eller hadde nedfelt disse i skriftlige prosedyrer. I lys av funnene fra sakene i Statens helsetilsyn hvor det var grunn til å stille spørsmål ved om arbeidsgivere i helsetjenesten tar det rusmiddelforebyggende arbeid på alvor, må et slikt resultat i utgangspunktet ansees som positivt. Det kan på den annen side hevdes at nettopp innen helsetjenesten bør det forventes stor bevissthet rundt denne problemstillingen fordi de har kunnskapene om skadevirkningene av rusmiddelmissbruk for helsepersonellet, og den sikkerhetsrisiko dette utgjør i forhold til pasientene.

Det er imidlertid en utfordring at det rusmiddelforebyggende arbeidet må forankres lokalt i virksomheter, at prosedyrer implementeres og ikke bare blir dokumenter i et internkontrollsystem. Det var store variasjon i hvordan sykehusene sikret at prosedyrene ble fulgt, selv om flere sykehus oppga flere av de samme metodene. En undersøkelse om arbeidet med internkontroll ved et representativt utvalg norske sykehusenheter viste at de fleste svarer at de har formidlet informasjon, sørget for tilgang på internkontrollhåndboken og skaffet oversikt over rutiner, opplæring og

verneutstyr mv. Andelen som svarer bekreftende synker når de nærmet seg spørsmål som kartlegging av problemområder, fastsetting av tidsfrister og ansvarlige for oppfølgingen. (Sørensen 2000, 2001). Ulikheten i svarene på hvordan man sikrer at prosedyrene er kjent i denne undersøkelsen, kan avspeile innsats innen flere områder, men også en lite gjennomtenkt strategi for hvordan arbeidet skal drives. Et eksempel er ulikheten både mellom sykehus, og mellom sykehus og kommuner når det gjelder opplæring av tillitsvalgte. Tillitsmannsapparatet har en sentral rolle i AKAN-modellen og ulikheter på dette området kan være et uttrykk for manglende bevissthet om hvordan AKAN arbeidet skal drives. Det samme kan opplysningene om at nesten 30 % av sykehusene ikke har opplyst at opplæring av ledere er et av tiltakene de iverksette for å sikre at prosedyrene blir fulgt.

4.2.2 Egne AKAN-opplegg for helsepersonell og rutiner for melding til politi / Helsetilsyn

Forutsetningen i AKAN-modellen at den enkelte virksomhet må vurdere hvilke utfordringer den står overfor når det gjelder misbruk av rusmidler blant sine ansatte, og utarbeide en rusmiddelpolitikk som er tilpasset dette. I helsetjenesten og særlig blant sykepleiere er det vel kjent at tilgang på og bruk/ misbruk av vanedannende legemidler er en særskilt utfordring. Det kan derfor være grunn til å anta at arbeidsgivere i helsetjenesten som har tatt AKAN arbeidet på alvor, har utarbeidet et AKAN-opplegg særlig tilpasset helsepersonell/sykepleiere, og at dette kunne være en indikator på om AKAN-modellen var implementert i virksomheten. På denne bakgrunn var det overraskende at kun 3 av 10 sykehus og <1 av 10 kommuner opplyste at de hadde utarbeidet slike prosedyrer. AKAN-modellen er krevende, og som nevnt fant AFI i sin evaluering at den passet bedre i store virksomheter enn i små. En grunn til dette, er at det er et relativt stort apparat som skal organiseres, og at den ansees som ganske ressurskrevende. For å vurdere i hvilken grad størrelsen på virksomheten kunne være en forklaring på dette, er det i tabell 5 sett nærmere på hvilke sykehus som hadde etablert egne AKAN opplegg for sykepleiere. Som det fremgår av denne er det ingen sammenheng med størrelsen på sykehuset. Tvert imot

var det overraskende at kun et av de store regionssykehusene hadde utarbeidet slike prosedyrer. Hva som er årsaken til dette gir ikke spørreundersøkelsen svar på. En mulig forklaring kan finnes i kommentarene til spørsmålet hvor flere viser til at de har samme rutinene som resten av fylkeskommunene, og at de mener at dette er tilstrekkelig. Dette kan innebære at selv om nesten alle sykehus og kommuner har utarbeidet rutiner og prosedyrer for det rusmiddelforebyggende arbeidet, så kan det stilles spørsmål ved om disse var implementert i virksomheten.

Et annet område hvor også gjennomgangen av tilsynssakene har avdekket store ulikheter i praksis mellom arbeidsgivere er i hvilken grad rusmiddelmisbruk blir rapportert til fylkeslegen, nå Helsetilsynet i fylket, og tyveri blir meldt til politiet.

Eksempel på en historie fra en tilsynssak;

Sykepleier A er født i 1950 og autorisert som sykepleier i 1975. Hun har arbeidet som sykepleier siden, og i perioden 1988 – 94 jobbet hun på H sykehus, cardiologisk avdeling. I denne perioden fikk hun stadig forskrevet Paralgin Forte av forskjellige leger på avdelingen. Etter hvert begynte hun også å stjele Paralgin Forte fra medisinskapet. Hun ble oppfattet som euforisk flere ganger, men tyveri av medikamenter ble først avdekket i 1994. Hun oppga selv at hun brukte 6 tabletter om dagen. Begrunnelsen for å bruke og stjele Paralgin Forte var ryggsmarter. Hun ble henvist til bedriftshelsetjenesten som inngikk avtale om at hun skulle rusmiddeltestes med jevne mellomrom. I ettertid har sykehuset opplyst at hun også hadde hatt et alkoholproblem. Kort tid etter sa hun på eget initiativ opp stillingen. Hun ble ikke meldt til fylkeslegen og tyveriet ble ikke politianmeldt. Hun ble ikke fulgt opp videre av bedriftshelsetjenesten.

Hun søkte og fikk ny jobb høsten 1994 på spesialsykehjem Y. Våren 1996 mistenkte ledelsen ved Y sykehjem henne for å ha stjålet tabletter fra medisinskapet. Mistanken kom frem i forbindelse med at hun var ruset på jobb. I møte med fylkeslegen fortalte hun at hun i mange uker før dette hadde stjålet 6 tabletter Paralgin Forte daglig. Den dagen hun var ruset på jobb hadde hun tatt 6 Paralgin Forte over noen timer. I

tillegg hadde hun tatt "noe annet" fra medisinskapet. Hun forklarte at etter at hun hadde tatt disse medikamentene fikk hun "black out". Hun husket lite, men mente hun bare hadde sittet stille på vaktrommet. De ansatte opplevde henne som "merkelig". Hun ble sykemeldt noen måneder, men fikk ikke tilbud om oppfølging fra arbeidsgiver. Da hun kom tilbake på jobb etter ca 2 måneder ble hun fratatt nøklene til medisinskapet, og retten til å administrere legemidler i 2 år. Disse fikk hun tilbake påsken 1998. I mars 1999 oppdages nye tyverier av Paralgin Forte. På nytt er sykepleier A ruset på jobb og opptrer på fallende. Dette utspiller seg ved at hun absolutt vil veie en pasient midt i kantina. Hun benekter først at hun har stjålet medikamenter, men innrømmer dette senere. Hun sier hun har tatt 6 tabletter hver dag i flere dager. Den aktuelle dagen hadde hun i tillegg tatt "noe annet" fra medisinskapet som hun ikke vil si hva var. Også denne gangen fikk hun "black out" og husket ingenting fra den aktuelle episoden. Hun begrunner tyveriene med hodepine. Institusjonene fører ikke regnskap over disse medikamentene, men antar at det er stjålet flere hundre tabletter. Denne gangen blir forholdet meldt til fylkeslegen."

Resultatet av spørreundersøkelsen viser at ulik praksis på dette området antagelig kan forklares med at det er forskjellige rutiner mellom sykehusene. Som nevnt har litt over halvparten av sykehusene opplyst at melding til Helsetilsynet i fylket/ melding til politiet inngår i deres rutiner. Uansett årsak er det imidlertid bekymringsfullt at litt under halvparten av sykehusene og 80 % av kommunene ikke har utarbeidet rutiner om at rusmisbruk blant sykepleiere skal rapporteres til Helsetilsynet.

Rusmiddelmisbruk blant helsepersonell/ sykepleiere er uforenlig med et forsvarlig behandlingstilbud, og utsetter pasientene for en uakseptabel høy risiko. Sykehusene har riktignok ikke noen lovbestemt plikt til å rapportere til Helsetilsynet, og spørsmålet om når rusmiddelmisbruk hos sykepleiere er av en slik art og av et slikt omfang at det bør rapporteres til Helsetilsynet har vært ansett som et skjønnsspørsmål som må vurderes konkret i det enkelte tilfellet. Det bør imidlertid forutsettes at sykehusene har utarbeidet rutiner innen dette området. Sykehusene har ansvaret for at driften er faglig forsvarlig, og må vurdere det enkelte tilfellet ut i fra den risiko

pasientene utsettes for. I lys av dette bør det forventes at sykehusene rapporterer til Helsetilsynet om sykepleiere/helsepersonell som blir oppsagt eller slutter frivillig etter at det er avdekket rusmiddelmissbruk.

Når det nå er avdekket manglende rutine på dette området kan det reises spørsmål ved om man av hensyn til pasientsikkerheten burde innføre en plikt for arbeidsgiver til å melde til tilsynsmyndighetene når det avdekkes rusmisbruk blant helsepersonell. Det kan diskuteres når en slik plikt skal innføres: om det skal meldes når misbruket avdekkes eller kun dersom vedkommende slutter i stillingen. I en slik vurdering må man på den ene siden ta hensyn til pasientenes sikkerhet og på den andre siden hensynet til det enkelte helsepersonell. Det kan stilles spørsmål ved om en slik plikt kan tolkes inn under spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 første ledd som lyder:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Dette bør utredes videre og det bør vurderes om denne bestemmelsen kan gi hjemmel for å pålegge sykehusene en meldeplikt.

Hele 75 % av sykehusene som hadde rutiner for å melde rusmisbruk til Helsetilsynet hadde utarbeidet egne AKAN-opplegg for helsepersonell. Dette er et funn som kan tilsi at opplysningen om et eget AKAN-opplegg for helsepersonell også kan tyde på at det kan være en indikator for at AKAN-modellen er implementert i sykehuset.

4.2.3 Innholdet i AKAN-opplegg – advarsler og rusmiddeltesting

Når det gjelder konsekvenser av brudd på AKAN-avtalen viser spørreundersøkelsen større likheter enn forskjeller. Selv om det er variasjoner i svarene fremgår det at nesten 90 % av sykehusene benytter seg av et advarselsystem. Her er det ingen forskjeller mellom sykehus som har egne AKAN-opplegg for helsepersonell, og de som ikke har det.

Selv om utgangspunktet er at den enkelte virksomhet/ AKAN utvalg skal utforme sin egen lokale rusmiddelforbyggende politikk, og at de individuelle AKAN- oppleggene skal tilpasses den enkeltes problemer, har AKAN sentralt utformet et detaljert opplegg som virksomhetene kan følge. På AKAN`s hjemmesider er det bl.a. skissert flg. formelle prosedyre.

”Advarsler gis av nærmeste overordnede

Muntlig advarsel følges opp med en personlig samtale. Tilby hjelp og støtte. Å ta imot tilbudet på dette stadiet er frivillig. Vedkommende får en mulighet til å ordne opp sjøl.

Ved gjentakelse følges det opp med å gi en skriftlig advarsel. Vedkommende stilles overfor et valg: AKAN-opplegg eller vurdering av ansettelsesforholdet i en ordinær personalsak.

Ytterligere brudd følges opp med ny skriftlig advarsel. Opplegget vurderes. Dersom AKAN-opplegget vurderes som positivt kan det fortsette med ev. endringer/justeringer. I motsatt fall avsluttes AKAN-saken og det blir en ordinær personalsak videre.”

Det sentralt utviklede AKAN-opplegget har hovedfokus på alkoholmisbruk, og tar lite hensyn til problemer knyttet til lett tilgjengelighet til legemidler og utvikling av legemiddelavhengighet. Som det fremgår av gjennomgangen av tilsynssakene er hovedårsaken til at sykepleiere blir fratatt autorisasjonen misbruk av B-preparater. Legemiddelavhengighet er en skjult og stillferdig lidelse. Ifølge Fekjær (2004) er legemiddelavhengige en annen gruppe enn vanlige rusmiddelmisbrukere. Mange er sosialt velfungerende. De er ikke knyttet til noe rusmiljø og bruker oftest tabletter for å kunne opptre normalt i daglige gjøremål og sosiale sammenhenger. De fleste er middelaldrende kvinner. Det samsvarer med beskrivelsen av de falne ”englene” fra tilsynssakene i Statens helsetilsyn. Dessuten er legemiddelmisbruk langt lettere å skjule enn annet rusmiddelmisbruk. Tabletter lukter ikke, tar liten plass, kan tas med og brukes over alt. Misbruk av vanedannende legemidler er derfor langt vanskeligere å avdekke enn misbruk av alkohol. Av tilsynssakene fremgikk det at slikt misbruk

utvikles over tid, og at det antagelig hadde pågått i mange år. Det var tyveri av legemidler som var hovedårsaken til at misbruket ble avdekket. Når arbeidsgiver har mistanke om at en sykepleier misbruker legemidler, kan det derfor reises spørsmål ved hensiktmessigheten av et system som er basert på gjentatte advarsler ved mistanke om misbruk. Det at sykehusene på denne måten kopierer det sentrale opplegget kan gi grunnlag for å stille spørsmål ved hensiktsmessigheten av sentrale retningslinjer. I AFI evalueringen fremkommer det imidlertid at retningslinjene fra AKAN sentralt i individsakene oppfattes som noe positivt, og at flere arbeidsgivere etterlyser konkrete retningslinjer på flere områder. Problemet for arbeidsgiver innen helsetjenesten er at de sentrale retningslinjene har fokus på misbruk av alkohol, og at de fortrinnsvis er ment å ivareta arbeidstakeres rettigheter. utfordringene for helsetjenesten er å fange opp misbruk av vanedannende legemidler på et tidlig tidspunkt slik at pasientene ikke utsettes for unødvendig risiko. Arbeidstakers rettigheter ikke må gå på bekostning av pasientenes sikkerhet.

Denne problemstillingen kan illustreres med flg. redegjørelse fra arbeidsgiver i en tilsynssak mot en sykepleier:

”Sykepleier B født i 1947 fikk i august et vikariat v G sykehus. Den første tiden ble hun oppfattet som samvittighetsfull og interessert i arbeidet. Av og til virket hun trett, sløv og fjern. Hun forklarte dette med at hun hadde problemer med ryggen slik at hun sov dårlig, og av og til hadde tatt en smertestillende tablett.

7.februar kom hun ”indisponibel” på kveldsvakt. Hun var veldig sløv, var vanskelig å kommunisere med, og ble av kollegaer oppfattet som påvirket og/eller syk. En av legene ble kontaktet, og han foretok en klinisk undersøkelse. Hun luktet ikke alkohol, men var ikke i stand til å utføre sitt arbeid som vaktansvarlig sykepleier. Hennes mann kom og hentet henne. I etterkant forklarte hun episoden med at hun hadde drukket noe juleøl som hadde stått og gjæret. Som avholdsperson var hun etter eget utsagn ikke kjent med hvordan alkohol virket. Denne episoden førte til en samtale med seksjonsleder.

6.april fikk hun en muntlig advarsel. Advarselen ble gitt etter at hun gjentatte ganger hadde virket sløv og trett på arbeidet. Hun hadde bl.a. sovnet under et vaktmøte, og opptrådt ustødig og med utydelig tale.

20.april fikk en skriftlig advarsel. Bakgrunnen for dette var at hun på nattevakter 13. og 14. april hadde hatt ustødig gange, utydelig tale og problemer med å utføre oppgaver som for eksempel å helle hostesaft i et medisinsbeger. Hun klarte heller ikke å hjelpe en pasient med å fylle en forstøver, men måtte få en kollega til å utføre oppgaven. Hun hadde sovnet i en hvilestol, og sov tungt i to timer. Da hadde hun mistet en flaske i gulvet uten å reagere. Hun ble etter dette innkalt til et møte hvor det ble formidlet at hun hadde en uakseptabel adferd, og at en pasient hadde klaget til avdelingen over at hun ikke hadde tillit til henne fordi hun virket påvirket ved flere anledninger. I møte ga ledelsen uttrykk for at de mente hun måtte ha inntatt medikamenter etter at hun hadde kommet på arbeid, og at dette var i strid med sykehusets rusmiddelpolitikk. Hun hadde heller ikke opplyst overordede om at hun evt. hadde behov for medikamenter som kunne påvirke arbeidskvaliteten. I møtet ga hun ingen erkjennelse av at det som ble påpekt i samtalen var et problem for henne. Hun ble tatt ut av ansvarlig vaktturnus, og fratatt nøklene til medisinskapet. Hun ble videre tilbudt en individuelle AKAN-avtale.

Et annet område som kan være sentralt i et AKAN-opplegg for sykepleiere er bruk av rusmiddeltesting. Når det først er avdekket misbruk av vanedannende legemidler er det viktig at AKAN-opplegget som etableres raskt fanger opp om misbruket starter igjen. Det var store variasjoner i rutinene som gjaldt rusmiddeltesting. Nesten 30 % av sykehusene svarte at rusmiddeltesting aldri inngikk i rutinene, mens nesten 30 svarte at de alltid eller ofte gjorde det. Andelen som opplyser at AKAN-oppleggene alltid eller ofte inneholder bestemmelser om rusmiddeltesting er langt høyere for sykehus som har egne AKAN- opplegg for helsepersonell, enn for de som ikke har det. Dette er nok et argument for at et eget AKAN-opplegg for helsepersonell kan være en hensiktsmessig indikator for å vurdere om AKAN-modellen er tilpasset

helsetjenestens utfordringer. Allikevel opplyste 20 % av disse sykehusene at rusmiddeltesting aldri inngår som en del av et individuelt AKAN-opplegg.

Statens helsetilsyn stiller alltid krav om at rusfrihet bl.a. må dokumenteres med rusmiddeltester. Dette er aktuelt hvis en sykepleier som er fratatt autorisasjonen pga misbruk av rusmidler søker om å få den tilbake. Det vanlige er å stille krav om minimum 2 års dokumentert rusfrihet. I enkelte tilsynssyns saker hvor vilkårene for tilbakekall er til stede, kan det være aktuelt å gi en begrenset autorisasjon. I slike saker stilles det alltid krav om at rusmiddeltesting må inngå som er del av AKAN-opplegget. Dette gjelder uansett hvilket rusmiddel som er misbruk. Begrenset autorisasjon blir vanligvis gitt i saker hvor sykepleieren allerede er i et AKAN-opplegg, og kan dokumenter rusfrihet bl.a. gjennom resultater fra rusmiddeltester over en viss periode.

Et eksempel på tilsagn om en slik begrenset autorisasjon i en sak hvor bakgrunnen for tilsynssaken var alkoholmisbruk er denne:

”Statens helsetilsyn har ved vurderingen av denne saken lagt vekt på at De har erkjent at De har et rusproblem, og at De selv har tatt initiativ til å få kontroll over dette. På Deres initiativ ble AKAN-avtalen 9.september 2004 forlenget til 31.desember 2005. Videre har De gjennomgått et behandlingstilbud ved S sykehus og deltar i ettervern. Vi legger vekt på at De har en arbeidsavtale som innebærer oppfølging og kontroll.....

Begrenset autorisasjon gis på flg. vilkår:

- *Autorisasjonen begrenses til virksomhet i T kommune*
- *T kommune må forplikte seg til å etablere en ny AKAN-avtale med Dem som bl.a. innebærer uanmeldt og uforutsigbar kontroll med om De bruker alkohol ved eksempelvis alkometertest. Slik kontroll må utføres minimum to ganger per måned. Kopi av AKAN-avtalen må sendes Statens helsetilsyn.*

- *T kommune må rapportere om Deres virksomhet til Helsetilsynet i X fylke hver 6.måned. Ved positiv alkotest eller andre brudd på AKAN-avtalen må Helsetilsynet i x fylke varsles umiddelbart.*
- *T kommune må som arbeidsgiver varsle Helsetilsynet i x fylke dersom arbeidsforholdet avsluttes.*
- *De må dokumentere at De har mottatt behandling ved S sykehus og at De har vært rusfri siden den aktuelle hendelsen, eksempelvis ved kopi av journal eller uttalelse fra sykehus og fra arbeidsgiver.”*

Det kan stilles spørsmål ved om et individuelt AKAN opplegg som ikke inneholder bestemmelser om rusmiddeltesting, er tilpasset de utfordringene man står ovenfor i helsetjenesten. Det er svært vanskelig å avdekke misbruk av vanedannende legemidler dersom det ikke følges opp av rutiner for rusmiddeltesting. Det kan også diskuteres om rusmiddeltesten burde innføres i langt større grad enn i dag når det er mistanke om misbruk av rusmidler i arbeidstiden. Helsepersonelloven § 8 inneholder bestemmelser om at helsepersonell skal informere arbeidsgiver dersom de må bruke legemidler som kan påvirke deres yrkesutøvelse. I tilsynssakene fremkommer det opplysninger om at sykepleiere flere ganger har hatt en adferd som har gitt ledere mistanke om rusmiddelmisbruk. Det kan være trøtthet, uopplagthet og feil i legemiddelhåndtering. Ved konfrontasjon har sykepleieren benektet dette, og oppgitt årsaker som f.eks. søvnløshet eller hodepine som årsak. I ettertid har det kommet frem at vedkommende har misbrukt vanedannende legemidler i lang tid. Sykepleiere med misbruksproblemer vil ofte fornekte omfanget og konsekvensene av misbruket (Lippman 1992). Manglende kunnskap og innsikt gjør det vanskelig både for den enkelte og for omgivelsene å vite når bruk går over til misbruk, og når en vane har gått over i avhengighet.

Rusmiddeltesting i arbeidslivet er et kontroversielt og omdiskutert tema. AKAN sentralt argumenterer mot rusmiddeltesting og mener at en ansvarsfull leder som konfronterer en medarbeider og våger å ta den nødvendige samtalen trolig vil oppnå

mer enn hva en tilfeldig test vil avsløre. Tidligere leder i AKAN, spør polemisk på AKAN`s hjemmesider om bedrifter som ønsker å rusmiddelteste ikke lenger stoler på den sosiale kontrollen på arbeidsplassen. Det hevdes videre at rusmiddeltesting ikke avdekker forhold som ikke allerede er kjent. Alle disse argumentene kan selvfølgelig være riktig, men en rusmiddeltest kan være det hjelpemiddelet en leder kan benytte ved konfrontasjon, og som gir vedkommende anledning til å avdekke misbruket på et langt tidligere tidspunkt enn det som ofte er tilfellet i dag. Først og fremst av hensyn til pasientsikkerheten, men også av hensyn til den enkelte sykepleier er det viktig å avdekke misbruket på et tidlig tidspunkt. Tidlig avdekking gir også sykepleieren en bedre mulighet til å komme ut av misbruket. Kommentarer som særlig sykehus har gitt i tilslutning til spørsmål om AKAN og lignende avspeiler at generelle AKAN-opplegg ikke er tilpasset misbruk av legemidler. Også Legeforeningen i sin rapport På helsa løs, peker på at det er grunn til å tro at det rettes altfor lite oppmerksomhet mot illegale rusmidler og vanedannende legemidler i AKAN (Den norske Lægeforening 2006). Det kan også stilles spørsmål ved om AKAN med sitt fokus på alkohol har vært en medvirkende årsak til at det er rettet så liten oppmerksomhet mot misbruk av vanedannende legemidler på sykehus og i kommuner.

4.2.4 Behov for endring

Til tross for at 8 av 10 sykehus og 6 av 10 kommuner mente at deres AKAN-opplegg var bra eller svært bra har flere gitt kommentarer som:

”AKAN-reglementet blir for generelt”

”For sterkt relatert til alkoholproblematikk. Må i sterkere grad inkludere medikamenter”.

”At medikamentmisbruk i større grad blir skriftlig presisert. Vårt opplegg retter seg i første rekke mot alkoholmisbrukere”.

”Bedriften har ikke en klar ruspolitikk, kan være ruset over tid før det gripes inn”.

4.2.5 Sykehus og kommuners erfaring med sykepleiere som misbruker rusmidler

Omfanget

40 av 65 sykehus hadde avdekket rusmiddelmissbruk blant totalt 71 sykepleiere. Dette utgjør 2,4 ‰ av ansatte sykepleier ved de 65 sykehusene som inngår i materialet. Av disse ble 60 % meldt til Helsetilsynet. I kommunene hadde 9 av 67 kommuner avdekket missbruk av til sammen 12 sykepleiere. Ca 35 % av disse ble meldt til Helsetilsynet. Tallene fra kommunehelsetjenesten er imidlertid så små og mangelfulle at de bare blir kommentert i den grad det er naturlig.

Det avdekket et svært lite antall rusmisbrukere sammenlignet med hvor omfattende missbruket antas å være. Omfanget av avdekket missbruk er imidlertid omtalt i det samme omfanget av Sverre Nesvåg ved Rogalandsforskningen. Han angir at det for en til tre promille av arbeidsstokken blir missbruket tatt opp av ledelsen og blir en sak, dvs. i beste fall er det en av 17 ansatte med rusproblemer som får hjelp gjennom arbeidsgiver (Grimsmo 2004). I en oversiktsartikkel vedr. helsepersonell som missbruker rusmidler fremgår det at rusmiddelmissbruk blant helsepersonell er som bakgrunnsbefolkningen (Blazer 1995). Avhengighet av vanedannende legemidler synes også å være den hyppigst invalidiserende lidelse for helsepersonell, og er derfor et problem for profesjonene (Zierau 2002). Det må kunne legges til grunn at missbruk av rusmidler blant sykepleiere i alle fall er som i befolkningen generelt. Det er derfor grunn til å tro at rusmiddelmissbruk blant sykepleiere i helsetjenesten er mye større enn hva denne undersøkelsen avdekker. Følgende kommentarer gitt i tilslutning til spørsmål vedr. dette støtter også en slik antagelse:

”Få AKAN-tilfeller meldes. Skjult problematikk. Informasjon og motivasjon viktig”

”Vi har grunn til å tro at det er en betydelig underrapportering av missbruksproblematikk blant ansatte, uten at vi har en entydig forklaring”

”Helsepersonell er svært lojale kolleger. Vanskelig å få nokon til å ”angi”. Ofte vanskelig å oppdage rusmiddelmisbruk”.

”Den enkeltes ansvar for å ta opp rusrelaterte spørsmål må tydeliggjøre. Også når det gjelder venner/kolleger. Å skjule problemene er ikke å hjelpe... Sakene er ofte 6-8 år når de kommer opp til overflaten. Ville vi satt oss i et fly dersom vi hadde den minste mistanke om at piloten hadde et snev av promille? Er det ikke like viktig at helsepersonell er total avholdene i arbeidet, der de har andres liv og helse i sine hender”.

Å avdekke rusmisbruk forutsetter at det er oppmerksomhet om problemstillingen og at det er utviklet en lokal rusmiddelpolitikk som er tilpasset utfordringene virksomheten står ovenfor. Noen forutsetninger som må være tilstede er at det er:

- etablerer klare rutiner for håndtering av mistanke om misbruk av rusmidler
- etablert klare rutiner for håndtering av misbrukeren
- en bedriftskultur som er preget av åpenhet,
- trygge ledere som tør å ta tak i problemet

I AFI's evaluering av AKAN fremgår det at de bedriftene de var i kontakt med generelt oppfattet slike saker som vanskelige og krevende å arbeide med. Erfaringen var bl.a. at det gikk lang tid før problemene ble avslørt. Kollegaer er gjerne tause og beskytter vedkommende ved å bytte vakter etc. Lederne synes slike saker er vanskelige. De vegrer seg for å gå inn i dem, og venter i lengste laget med å ta fatt i sakene. Den ”første samtalen ” oppleves som vanskelig (Frøyland, Grimsmo, Sørensen 2005). Dette er også i tråd med erfaringer fra tilsynssaker hvor det fremgår at kollegaene vegrer seg for å melde ifra til overordnede når de ser at en kollega har rusmiddelproblemer. Det er et lederansvar å etablere systemer og å skape en kultur som tidlig avdekker rusmiddelmisbruk blant ansatte. Ledere må ta tak i atferd som gir grunn til bekymring, og mistanke om et mulig rusmiddelproblem. Det handler om å

kjenne til de første tegnene på misbruk, og være oppmerksom på endringer i adferd allerede når de første signalene melder seg. Ved å snakke med en medarbeider på et tidlig tidspunkt, stille krav om endring og tilby hjelp og støtte, kan man også gi medarbeideren en mulighet til å gjøre noe med et problem mens det er lite, og forhindre at det utvikler seg. Ledere venter ofte med å konfrontere en sykepleier med mistanken om rusmisbruk til deres adferd er så påfallende og avvikende at alle vet om vedkommendes problemer (Lippman 1992). Undersøkelser fra USA viser at sykepleierledere følte seg lite trent i å takle rusmiddelmisbruk (Hyman, Haughey 1991). Når nesten 30 % av sykehusene ikke har opplyst at lederopplæring inngikk som et tiltak for å sikre at AKAN-prosedyrer ble kjent i avdelingen, kan det tyde på at dette også er tilfelle i Norge. Det samme er disse kommentarene fra spørreundersøkelsen:

”Generelt har vi behov for en opplæring av våre ledere med personalansvar på dette området”.

”Det er viktigere å drive god opplæring og unngå at det blir et ”ikke-tema”

”AKAN-opplegget ved sykehuset fungerer bra, men ledere bør skoleres bedre til å tørre å ta ansvar ved ev. mistanke om misbruk”.

”har ikke rutiner og ikke fått opplæring eller informasjon”

Andelen virksomheter som opplyser at de har avdekket misbruk blant sykepleiere er imidlertid relativt høy. Hele 60 % av sykehusene, og 14 % av kommunene. I AFI's evaluering av AKAN har 5% av bedriftene som har besvart spørreskjemaet opplyst at en eller flere ansatte hadde rusmiddelproblemer og at 92% av tilfellene dreide seg om alkoholmisbruk. (Frøyland 2005). I tillegg opplyste 11 % at de hadde hatt ansatte med rusmiddelproblemer. I evalueringen er det ikke opplysninger som gjør det mulig å sammenligne hvorfor andelen virksomheter som avdekker rusmisbruk innen sykehus/kommuner er høyere enn for virksomheter innen andre områder. En mulig forklaring kan være at pasientene varsler om uregelmessigheter og dermed gi ledere

en grunn til å ta opp spørsmålet med den ansatte. Dette har det vært eksempel på i enkelte tilsynssaker.

Som det fremgår av tabell 10 var det ingen forskjeller i om rusmisbruk avdekkes i forhold til om sykehuset har utarbeidet et eget AKAN-opplegg for helsepersonell/sykepleiere. Selv om dette kunne se ut til å være en hensiktsmessig indikator for om AKAN-modellen var implementert i virksomheten, har det tilsynelatende ingen betydning for om rusmisbruk blant sykepleiere avdekkes. Dette var overraskende. Heller ingen av de kommunene som hadde avdekket rusmisbruk blant sykepleiere hadde egne AKAN-opplegg for helsepersonell/sykepleiere. Det er ingen opplysninger i spørreundersøkelsen som direkte belyser hvorfor noen sykehus/kommuner avdekker rusmisbruk, og andre ikke. En forklaring er selvfølgelig det er vanskelig og krevende å avdekke rusmisbruk, og at dette avhenger mer av personlig engasjement eller tilfeldigheter enn av AKAN-opplegget. Men det må også vurderes om AKAN modellen gir ledere i helsetjenesten de nødvendige verktøy som kan hjelpe dem til å håndtere problematikken på et tidlig tidspunkt.

I denne undersøkelsen har arbeidsgiver på sykehus oppgitt at årsaken til at rusmiddelmisbruk blant sykepleiere ble avdekket like ofte var påfallende adferd som tyveri av legemidler, til forskjell fra funnene i analysen av de 58 tilsynssaker mot sykepleier i Statens helsetilsyn. En forklaring kan være at arbeidsgivere oftere melder fra til tilsynsmyndighetene om sykepleiere som har stjålet legemidler, enn om de bare har vært ruset i tjenesten. Selv om tallene er små var dette helt tydelig i kommunehelsetjenesten hvor det kun var sykepleiere som hadde stjålet legemidler, som ble meldt til Helsetilsynet.

I spørreundersøkelsen oppga sykehusene at ca 50 % av sykepleierne som ble avdekket som rusmisbrukere hadde misbrukt alkohol enten alene eller i kombinasjon med narkotiske legemidler. I kommunehelsetjenesten hadde 5 av de 12 sykepleierne misbrukt alkohol. Dette er høyere antall enn hva som fremkom av tilsynssakene fra Statens helsetilsyn der kun 22 % av sykepleierne hadde misbrukt alkohol. Forklaringen kan være at arbeidsgiver sjeldnere rapporter alkoholmisbruk til

tilsynsmyndighetene enn misbruk av legemidler slik som var tilfellet for kommunehelsetjenesten i denne undersøkelsen. Dette kan også ha sammenheng med at sykepleiere som misbruker legemidler ofte også stjeler fra arbeidsgiver.

Tilbud om AKAN

Bare ca. 6 av 10 sykepleiere i spesialisthelsetjenesten fikk tilbud om AKAN-kontrakt og enda færre i kommunehelsetjenesten. Årsakene som oppgis til at de øvrige ikke tilbys er i hovedsak at de har sagt opp selv, blir oppsagt eller at de er vikarer. At såpass få får tilbud om AKAN-opplegg er i tråd med det som fremkom i tilsynssakene fra Statenes helsetilsyn hvor kun 4 av 10 fikk et slikt tilbud, selv om tallene der var noe usikre. Flere av sykepleierne hadde ”vandret” fra arbeidsgiver til arbeidsgiver fordi de enten sa opp selv, eller ble oppsagt når misbruket ble avdekket. I en av tilsynssakene skriver arbeidsgiver flg.: *”Jeg har i ettertid fått kjenneskap til at dette ikke er første gangen HS har fått problemer i sitt arbeidsforhold grunnet det vi mener må være uakseptabelt inntak av medikamenter. Dessverre foretok ikke vårt sykehus tilstrekkelig sjekking av referanser ved tilsetting, men i etterkant har vi bl.a. konferert med oversykepleier EH ved I sykehus som kan bekrefte at dette var et kjent problem under hennes flerårige virke ved sykehuset. Hennes problemer i arbeidsforholdet ble imidlertid løst ved at hun sluttet frivillig, og uten at et tydelig medikamentmisbruk ble meldt til tilsynsmyndighetene.”*

Det er fortrinnsvis sykepleiere med alkoholmisbruk eller et blandingsmisbruk som har inngått AKAN – kontrakt. De vanligste tiltakene overfor sykepleiere på AKAN-kontrakt er ulike restriksjoner i forhold til legemiddelhåndtering. Av kommentaren til det aktuelle spørsmålet fremkommer det at tiltakene til en viss grad tilpasses individuelt avhengig av type rusproblematikk, sykepleiers ansvarsområde og type avdeling vedkommende er ansatt ved. Videre at sykepleiere på AKAN-kontrakt blir fulgt opp av impliserte parter i kontrakten eksempelvis leder, AKAN-hovedkontakt, personkontakt og bedriftshelsetjeneste. De kommentarene som er gitt kan tyde på at når det først inngås en AKAN-kontrakt er denne til en viss grad individuelt tilpasset.

Ulikhet i adferd mellom personer som misbruker alkohol, evt. blandingsmisbrukere og personer som misbruker vanedannende legemidler eller har narkotikaproblemer er belyst i AFI evalueringen (Frøyland 2005). I deres gjennomgang av bedrifter som et ledd i evalueringen av AKAN, har de sett et visst mønster avtegnet seg. Den førstnevnte gruppen sier oftere opp jobben "frivillig". Ansatte med narkotikaproblemer eller medikamentmisbruk ser ut til å følge et annet mønster. Det kan se ut som de ikke "enser" det som skjer rundt dem på jobben; først ser de ikke at misbruket kan bli brukt mot dem i en oppsigelse, deretter bruker de ikke muligheten til eller tar imot tilbud om å slutte frivillig før oppsigelse foreligger. Dette kan også være noe av forklaringen på hvorfor så mange ikke inngår AKAN-kontrakter. Å inngå en slik kontrakt innebærer som regel både en erkjennelse av problemet, og et ønske om å gjøre noe med det. Funnene i AFI evalueringen kan gi grunn til å tro at personer som misbruker vanedannende legemidler eller har narkotikaproblemer har mindre selvinnsikt, enn den førstnevnte gruppen. Mange av sykepleierne som blir avdekket har misbrukt rusmidler i mange år før det blir avdekket. Når nesten halvparten av disse bare "vandrer" videre til neste arbeidssted i helsetjenesten gir dette grunn til alvorlig bekymring. Både at det kun avdekkes en liten andel av sykepleiere som misbruker rusmidler og at flere av disse ikke inngår en AKAN-kontrakt, representerer en sikkerhetsrisiko som både arbeidsgivere, sentrale helsemyndighetene og AKAN må diskuteres. Det må rettes langt større oppmerksomhet mot problematikken, og de utfordringene som særlig helsetjenesten står ovenfor må synliggjøres. Det må brukes langt større ressurser på skoling og lederopplæring og støttetiltak innen dette området slik at lederne på avdelingsnivå blir bedre rustet til å møte denne utfordringen. Uansett modeller vil nærmeste leder være nøkkelpersonen for å kunne gripe inn på et tidlig tidspunkt.

4.2.6 Behovet for sentrale retningslinjer fra helsemyndighetene

20 sykehus eller 30 % av de som har besvart spørreundersøkelsen, mener det er behov for retningslinjer fra sentrale helsemyndigheter. Når hele 15 av disse sykehusene har avdekket misbruk blant sykepleiere kan det tyde på at de som har hatt praktisk

erfaring med å avdekke misbruk opplever at de trenger nærmere retningslinjer for hvordan problemstilling kan håndteres. Når like mange svarte vet ikke eller ikke besvart spørsmålet kan dette oppfattes som stor usikkerhet om problemstillingen. Kommentarer til spørsmål relatert til bruk av rusmidler blant sykepleiere kan tyde på at enkelte kommuner har liten oppmerksomhet på rusmiddelproblematikk blant sykepleiere med lett tilgjengelighet til legemidler.

Kommentarer som:

”har svært gjennomiktig miljø, slike problemer vil ganske raskt komme frem”

”liten kommune – gjennomiktige forhold.”

”Bare 17 stillingshjemler – ikke noe problem”

”Vi har bare 26 sykepleiere ansatt. Vi har til nå vært forskånet for saker ...”

”har ingen erfaring/ingen praksis”

Det er bekymringsfullt at enkelte kommuner mener at misbruk av rusmidler blant sykepleiere er lite sannsynlig på grunn av at de har små og gjennomiktige forhold. Gjennomgangen av tilsynssakene fra Statens helsetilsyn har vist at misbruk av rusmidler forekommer både i små virksomheter/kommuner og i store sykehus. I de 58 tilsynssaker mot sykepleiere på bakgrunn av rusmiddelmisbruk var relativt flere av dem ansatt i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, > 3 av 10, mot 2 av 10 i denne undersøkelsen.

Det kan alltid stilles spørsmål ved hensiktsmessigheten av å sende ut sentrale retningslinjer. Det sentrale i det rusmiddelforbyggende arbeidet er nettopp at det får en lokal forankring. Det er imidlertid viktig å få større oppmerksomhet rundt denne problemstillingen, og retningslinjer fra helsemyndighetene om hva de forventer av helsetjenesten på dette området kan være et bidrag til å sette temaet på dagsorden. Funnene i denne spørreundersøkelsen og tilsynserfaringene gir Statens helsetilsyn et grunnlag for å komme med anbefalinger for hvordan slike saker bør håndteres.

5. Avslutning

Gjennomgangen av materialet fra tilsynssaker i Statens helsetilsyn har vist at den gjennomsnittlige ”falne” engelen som blir rapportert til tilsynsmyndighetene er en middelaldrene kvinnelig sykepleier som misbruker B-preparater. Årsaken til misbruket er sammensatt, og det har ofte pågått over lang tid. Dette er misbrukere som det er vanskelig å avdekke, og de blir som regel avdekket pga av tyveri av legemidler, forfalskning eller lign. Dette utgjorde under 1 promille av sykepleierpopulasjonen. Opplysninger i tilsynssakene om misbruk av rusmidler blant sykepleiere i Statens helsetilsyn viste stor ulikhet i håndteringen av sykepleierne som hadde misbrukt rusmidler. Gjennomgangen avdekket også at en svært liten andel av antatt rusmiddelmissbruk blant sykepleiere ble meldt til tilsynsmyndighetene. Dette var foranledningen til at det ble sendt ut en spørreundersøkelse til landets sykehus og et tilfeldig utvalg kommuner. Spørreundersøkelsen viste at arbeidsgiver kun avdekket misbruk av rusmidler hos 2,4 promille av ansatte sykepleiere. Spørreundersøkelsen viste at 40 % av avdekket rusmisbruk blant sykepleiere ikke ble meldt til Helsetilsynet. Årsaken til at ikke alle ble meldt til Helsetilsynet er antagelig en kombinasjon av ulikhet i rutiner hos arbeidsgiver, og at det fortrinnsvis er sykepleiere som stjeler medikamenter som meldes til politi/ tilsyn.

Det legges til grunn at omfanget av misbruk av rusmidler blant sykepleiere i alle fall er som for befolkningen ellers. Dette innebærer at det kan forutsettes at ca 5 % av sykepleierne har et rusmiddelproblem som går ut over yrkesutøvelsen. Pga av lett tilgang er misbruk av vanedannende legemidler mer utbredt blant sykepleiere enn misbruk av alkohol. Spørsmålet er om det bør kunne forventes at arbeidsgiver avdekker mer enn 2 promille. I Arbeidsforskningsinstituttets kunnskaps gjennomgang av arbeidsliv og rus (Frøyland 2005) er det ingen opplysninger om at det foreligger rapporter eller undersøkelser som har undersøkt i hvilket omfang arbeidsgivere avdekker arbeidstakere med rusmiddelproblemer. Det gjør det vanskelig å sammenligne helsetjenesten med andre virksomheter. Ved en gjennomgang av

sammendragene av årsrapportene fra bedriftene i perioden 2001 – 2005 på AKAN`s hjemmesider (www.AKAN.no) framgår det at av ca 340.- 440.000 ansatte er ca 1000-1200 enkeltpersoner i formelle eller uformelle AKAN-opplegg årlig. Det utgjør også ca 2 promille. Det fremgår videre at en del bedrifter unnlater å besvare spørsmålene om individsaker. Det må uansett fastslås at arbeidsgivere innen helsetjenesten kun avdekker en svært liten andel av antatt rusmisbruk blant sykepleiere.

Spørreundersøkelsen har vist at nesten alle sykehus og kommuner har etablert bedriftshelsetjeneste / AKAN-opplegg. Forutsetningen i AKAN-modellen at den enkelte virksomhet må vurdere hvilke utfordringer den står overfor når det gjelder misbruk av rusmidler blant sine ansatte, og utarbeide en rusmiddelpolitikk som er tilpasset dette. Sykepleiere har i kraft av sin yrkesfunksjon særlig tilgang til vanedannede legemidler og misbruk av alkohol, narkotika og midler med lignende effekt er hovedårsaken til at sykepleiere mister sin autorisasjon. Det vil derfor være rimelig å forvente at AKAN-opplegg innen helsetjenesten må reflektere dette. Det er avdekket forskjellige rutiner på flere områder. Riktignok har omtrent alle virksomhetene etablert AKAN- opplegg, men dette er vanligvis et generelt opplegg i tråd med det AKAN sentralt har utformet. Budskapet om at det rusmiddelforebyggende arbeidet må forankers lokalt og individuelt er ikke i tilstrekkelig grad oppfattet. Det sentrale og generelle AKAN opplegget tar utgangspunkt i og har fokus rettet mot arbeidstakere som misbruker alkohol. Selv om sykehusene og kommunene har AKAN-utvalg og skriftlige prosedyrer, viste spørreundersøkelsen at kun 4 av 10 sykehus og under 1 av 10 kommuner hadde utarbeidet eget AKAN-opplegg for sykepleiere/ helsepersonell. Selv flere av disse sykehusene fulgte de sentrale AKAN anbefalingene som fortrinnsvis har fokus på misbruk av alkohol. Blant sykepleiere er som nevnt misbruk av vanedannende legemidler (B-preparater) et vel så stort problem som misbruk av alkohol.

To hypoteser var utarbeidet for denne oppgaven:

- 1) Arbeidsgiver avdekker i liten grad misbruk av rusmidler blant sykepleiere

2) Arbeidsgiver har i liten grad utarbeidet retningslinjer for håndtering av misbruk blant helsepersonell.

Begge disse hypotesene er bekreftet.

Det overraskende er imidlertid at det ikke er sammenheng mellom disse to hypotesene. Selv om flere funn kunne tyde på at det at sykehuset har utarbeidet et eget AKAN-opplegg for sykepleiere/ helsepersonell kunne være en indikator for om AKAN-modellen var implementert i virksomheten, er det ikke slik at disse sykehusene / kommunene hadde avdekket flere sykepleiere som misbrukte rusmidler.

Det er et lederansvar å etablere systemer og å skape en kultur som tidlig avdekker rusmiddelmissbruk blant ansatte. Dette er imidlertid en krevende oppgave, og det er nødvendig med både opplæring og et støtteapparat rundt lederne for å sette de bedre i stand til å mestre slike utfordringer. Det må vurderes om AKAN modellen gir ledere i helsetjenesten de nødvendige verktøy som kan hjelpe dem til å håndtere problematikken på et tidlig tidspunkt. Det er nødvendig å lage en ny og tydelig strategi og et handlingsprogram som kan gjøre ledere innen helsetjenesten bedre rustet til å avdekke og håndtere misbruk av vanedannende legemidler blant sykepleiere/ helsepersonell.

Det kan være grunn til å stille spørsmål ved om AKAN-modellen for det individrettede arbeidet med sitt advarselsystem og manglende bruk av rusmiddelanalyser, er hensiktsmessig i helsetjenesten. Det ene problemet er fokuset på alkohol. Det andre er fokuset på arbeidstakers rettigheter. Arbeidsgiver i helsetjenesten må også ivareta pasientens sikkerhet. Spørreundersøkelsen viste at kun 60 % av sykepleiere som ble avdekket som rusmiddelmissbrukere, inngikk AKAN-kontrakter. De andre "vandret" bare videre til en annen arbeidsgiver. Flere av kommentarene viser også at arbeidsgiver oppfatter AKAN- opplegget som så ressurskrevende at det var lettere å "kvitte" seg med problemet enn å gå inn i det. Det må derfor også vurderes om arbeidsgiver bør ha en meldeplikt når det avdekkes misbruk av rusmidler blant helsepersonell.

Uansett modell må det rettes langt større oppmerksomhet mot problematikken. Hovedproblemet synes å være at den tradisjonelle AKAN-modellen har fokus på misbruk av alkohol. Det må rettes langt større oppmerksomhet mot misbruk av vanedannende legemidler. Det største problemet er antakelig ikke forskjeller i rutiner, men den manglende oppmerksomheten om hele problemstillingen. Dette gjelder både utfordringen i å utforme den lokale rusmiddelpolitikken og den sikkerhetsrisiko sykepleiere/ helsepersonell med rusmiddelproblemer utgjør for pasientene. Det er nødvendig å lage en ny og tydelig strategi og et handlingsprogram som kan gjøre ledere innen helsetjenesten bedre rustet til å avdekke og håndtere misbruk av vanedannende legemidler blant sykepleiere/ helsepersonell.

Det at kun 1/3 av skjemaene er utfylt av ledere er muligens en indikator på at problemstillingen ikke tas tilstrekkelig på alvor. Dette er også i tråd med det Arbeidsforskningsinstituttet fant i sin undersøkelse. (Frøyland Grimsmo, Sørensen 2005) Arbeidsgivere tar ikke problemstillingen inn over seg. På bakgrunn av funnene i spørreundersøkelsen og tilsynserfaringene bør Statens helsetilsyn sette denne problemstillingen på dagsorden slik at arbeidsgivere og arbeidstakere innen helsetjenesten kan starte arbeidet med en strategi og en handlingsplan.

Kildeliste

- Aasland OG, Amundsen A, Bruusgaard D, Jervell J, Mørland J. Norske legers alkoholvaner. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2553 - 8.
- Abbott C. A. The Impaired nurse, AORN Journal, New York, 1987, Vol:46 nr.5
- AKAN-sekretariatet, 1997, Medisinske konsekvenser av rusmisbruk. Oslo:.
- Asthan, J.T., Bay J. Investigating Narcotic Diversion. Nursing Management, Vol 25:3, March 1994 35-37).
- Bell DM, McDonough C, Ellison JS, Fritzhugh EC. Controlled drug misuse by Certified Registered Nurse Anesthetist. AANA Journal 1999;67:133-140.
- Blazer LK, Mansfield PK. A comparison of substance use rates among female nurses, clerical workers and blue-collar workers. Addictions Nursing 1995;7: 75-83.
- Bradbury J. Why do men and woman feel and react to pain differently? The Lancet 2003;361:2052-2053
- Bugle Walker L. A study of Drug and Alcohol Use Among Missouri RNs. Journal of Psychosocial Nursing 1996;34: 41-44
- Celsing-Frenning, Gerd. Vårdpersonal – särskilt kvinnor – döljer sitt missbruk. Psykisk hälsa 2/92; 95:101
- Collins R, Gollnisch G, Morsheimer ET, Substance use among a regional sample of female nurses. Research Institute on Addictions. 1998
- Collins RL, Gollnisch E, Morsheimer ET. Substance use among a regional sample of female nurses. Drug and Alcohol Dependence 1999;55:145-145
- Den norske Lægeforening 2006, På helsa løs, Statusrapport
- Engøy, Randi Askland. Holdning til rusmiddelbruk blant sykepleierstudenter. Sykepleien . Fag. Nr5/93;59:61
- Fekjær OH. RUS –Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk. Gyldendal Norsk Forlag. 2004
- Finke L, Williams J, Stanley R. Nurses Referred to Peer Assistance Program for Alcohol and Drug Problems. Archives of Psychiatric Nursing 1996;5:319-324
- Fonn, Marit. Vil begrense pilletilgangen. Sykepleien Journalen nr. 7/93; 24
- Forslien E. Missbruk er vanligast då legitimationen dras inn. Vårdfacket 1992, 16, side 3 -5

-
- Frøyland, K Arbeidsliv og rus, Kunnskapsstatus anno 2005, Arbeidsforskningsinstituttet AS, 2005
- Frøyland, K, Grimsmo A, Sørensen B, Evaluering av AKAN, Rusmiddelforebygging i norsk arbeidsliv, Arbeidsforskningsinstituttet, 2005
- Gran, S, Størksen P. Å flykte fra asken til ilden : Kvinnelig stoffmisbruk i et relasjonsperspektiv. Fokus på familien 1990; 18 (3): 149-169.
- Griffith J. Substance Abuse Disorders in Nurses. Nursing Forum 1999;34:19-27
- Grimsmo A. Et arbeidsliv i omstilling, fungerer AKAN i takt med tiden og utviklingen
Foredrag på AKAN konferanse 2004
- Hafseng Kari. Legemiddelavhengighet ikke alltid et rusproblem. Sykepleien 1997;
- Halvorsen A. Rusmiddelmisbruk blant ansatte – et lederansvar. Tidsskr Sykepleien 1994.
- Hansen E, Fouchard JR, Hoffmeyer JH, Rosdahl N. Læger og sygeplejersker under oppsyn.
Ugeskrift for læger 2002;47
- Helsedirektoratet, Rundskriv IK-48/92 Om rusmiddelbruk på sykehus
- Hingley P. Stressad systemer lever farligt! Vardfacket 1989;13:12.
- Hoddevik G.H, Nygaard M. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 955-7
- Hyman, Z., Haughey, S.S., Dittmar, C.L. Cookman, C. McKaig and F. Crosby, "Chemical Impairment in Colleagues: Perceptions of Western New York Nurses," Journal of the N Y State Nurses Association, 1991, 22:4:6-10.
- Keogh E. Gender, coping and perception of pain. Pain 1997 (2002): 195-201
- Lillibridge J, Cox M, Cross W. Uncovering the secret: giving voice to the experience of nurses who misuse substance. Journal of advance Nursing 2002;39(3):220-229
- Lippman Helen, Addicted nurses: Tolerated, tormented or treated?, RN 1992
- Lorvik I.M. Vanedannende legemidler – ingen lykkepille. AKAN-kontakten, 1996;1:11-12
- Lov 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
- Lov 30.mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Lov 2.juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lowinson J, Ruiz P, Milman RB, Langrod JG. Substance Abuse. A comprehensive textbook, 3rd edition. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1997:744
- MacDonald, S (1997).Work-place alcoholand other drug testing: a review of the scientific evidence. Drug and Alcohol review, 16,251-259

-
- Medisinske konsekvenser av rusmisbruk. Oslo: AKAN-sekretariatet, 1997.
- Milkman HB, Shaffer HJ (edit) *The Addictions: Multidisciplinary Perspectives and treatments*, Lexington, Mass 1985
- Mørland J. Biologiske virkningsmekanismer og noen kliniske effekter av alkohol. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 180-4
- Mylketun A, Stamnes, J.H. Estimering av forbruk av narkotika og reseptbelagte medikamenter blant norske sykepleiere, vernepleiere og lærerstudenter (SLV studenter). En prevalensstudie. *Vård i Norden*, 2001; Vol. 21 No. 4 pp 46-50.
- Mynatt S. A Model of Contributing Risk Factors to Chemical Dependency in Nurses. *Journal of Psychosocial Nursing* 1996;34: 12-21
- Mynatt S. Partnership to Prevent Chemical Dependency in Nursing *Journal of Psychosocial Nursing* 1993 Vol 31 nr 4 27-32
- Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift, Vol. 19, 2002 (2) 108-110.
- Nordlie E. Skal ikke medikamentavhengige behandles? *Rus & avhengighet* 2002; 5: 5-7
- Nord-Trøndelagsforskning, Steinkjer, Studenters bruk av alkohol og narkotika. 1998
- Norges høyesterett, dom av 14.februar 1989 lnr 22B/1989, snr 221/1989
- Norges høyesterett, dom av 15. oktober 1992 lnr 159B/1992, snr 144/1992
- Norsk forskningsråd. *Bruk av benzodiazepiner*, Rapport nr. 10 fra Komiteen for medisinsk teknologivurdering. Konsensuskonferanse 1996
- Nygaard M., Nordal A. Straffer sykepleiere hardere. *Sykepleien* 2005, nr. 7
- Ødegård E, Bretteville-Jensen AL, Skretting A. Utviklingen av narkotikamisbruket i Norge på 1990-tallet. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift* 2002;19 (2): 106-122.
- Øiern, Tone. Feier ikke for egen dør. *Rus & avhengighet* nr 4 1999; 28-29
- Robison GA. Addiction Treatment For the Nurses. *Orthopaedic Nursing* 1994;13:33-36.
- Rusmidler i Norge , Statistikk 01. The national Institute for Alcohol and Drug Research.
- Rutke O, Roness A, et al. Den oppbrukte legen. *Tidsskr Nor Lægeforening* 1998; 108: 4281-4.
- Seeley HF. The practice of anaesthesia – a stressor for the middleaged?: *Anesthesia- analgesia* 1996; 51(6):571-4
- Shewey HM. Identification and Assistance for Chemically Dependent Nurses Working in Long-Term Care. *Geriatric Nursing* 1997;18: 115-118.

-
- Sjømoen Lise. Rusmiddelmissbruk i helseprofesjonene – Klagesaker ved et fylkeslegekontor, Master of Public Health, Nordiska Hälsovårdhögskolan 2002
- Sørensen, B.Aa En dag i Helse-Norge? Notat nr 7/2000, Arbeidsforskningsinstituttet
- Sørensen, B.Aa Et nytt Helse-Norge? Rapport 5/2001, Arbeidsforskningsinstituttet
- Statens helsetilsyn, Spørreundersøkelse om ansettelse av utenlandske leger, IK-2753
- Statistisk sentralbyrå 1. oktober 2001 Sysselsatte 16-66 år med helse- og sosialfaglig utdanning, etter fagutdanning og avtalte årsverk.
- Straand J, Rokstad K. A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Scand J Prim Health Care*. 1997 Mar;15(1):3-4.
- Sullivan EJ, Bisell L, Leffler D Drug use and Disciplinary Actions Among 300 nurses *International Journal of the Addictions* N.Y. 1990, Vol 25, år 4
- Sullivan EJ, Handley SM. Alcohol and drug Abuse in nurses. *Annu Rev Nurse Res* 1992; 10: 113-25
- Sykepleien fagnr. 1 –82. årgang 1994 Tema: Misbruk av rusmidler
- Torkelson DJ, Anderson RA, McDaniel RR. Interventions in Response to Chemically Dependent Nurses: Effect of Context and Interpretation. *Research in Nursing & Health* 1996;19:153-160
- Trinkoff AM and Storr CL Substance Use Among Nurses: Differences between Specialities, *American Journal of Public Health* 1998;88: 581-585
- Trinkoff AM, Eaton WW, Anthony J. The prevalence of substance abuse among registered nurses. *Nursing Research* 1991;40:172-175.
- Trinkoff AM, Zhou Q, Storr CL. Workplace Access, Negative Proscriptions, Job Strain, and Substance Use in Registered Nurses. *Nursings Research* 2000;49: 83-89
- Tripliski VM The Characteristics of Recovering Chemically-Dependent nurse Manitoba Nurses. *International Journal of the Addictions* N.Y. 1993 Vol 28 nr 8
- Vallerand AH, Polomano RC. The relationship of gender to pain. *Pain Manag Nurs*. 2000 Sep;1 (3 Suppl1):8-15
- Windle PE, Wintergill CL. The Chemically Impaired Nurse's reentry to Practice. *Aorn Journal* 1994;59(6):1266-1273
- Zierau F. Misbrukende sundhetspersonale . *Ugeskrift for læger*. Tablott GD, Wright C. Chemical dependence in healthcare professionals. *Occp Med* 1987; 2: 581-91
- Zierau F. Misbrukende sundhetspersonale. *Ugeskrift for læger* 2002;47