

# Utfordringsbildet for psykisk helse og rusfeltet

Innspill til Helsedirektoratet – frist 25. april

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon kan ikke fullt ut verifisere utfordringsbildet som Helsedirektoratet har beskrevet i dokumentet sendt til HOD 1. april. Med det mener vi at dokumentet har vesentlige mangler, men ikke nødvendigvis feil ved det som står.

Direktoratet er innom veldig mange gode poeng i dokumentet og tør å gå langt på enkelte viktige tema som rammebetingelser, finansiering som driver av tjenesteutvikling og mangelen på kvalitetsindikatorer for å måle effekt av behandlingen.

Vi strever imidlertid med å forstå hva dere mener med det som skrives i innledningen; *Oppsummeringen er ikke uttømmende, og gir derfor ikke fullstendig bilde av alle utfordringer innen psykisk helse- og rusfeltet.* For leseren er det interessant å vite hva som er valgt bort.

Vi har forståelse for at det var kort frist fra HOD og at det da måtte gjøres noen valg, men dokumentet er krevende å lese når en prøver å lage et felles utfordringsbilde for psykisk helse og rus for både barn og voksne.

Vi opplever at det kun er kap 1 om Bruker og pårørendemedvirkning som beskriver utfordringsbildet godt nok.

Det beskrives ofte økt kompleksitet hos pasientgruppa i rus- og psykiskfeltet. Det er god grunn til å peke på økt kompleksitet også i tjenestene. Slik det beskrives under kapitlet om tverrsektorielt samarbeid er det få incentiver til godt samarbeid.

Våre innspill går i hovedsak på rus og ROP- problematikk.

Her er Fagrådets innspill:

## Overdoser

Vi opplever det urovekkende at overdoser ikke vies oppmerksomhet i dokumentet. For tidlig død er en av våre store utfordringer i rusfeltet og vi mener derfor overdoser hadde fortjent et eget avsnitt. Overdoser burde som et minimum være tatt med i kapitlet om selvmord.

## ROP

Dokumentet som Hdir har sendt til HOD inneholder mangler i omtalen av pasientgruppen med samtidig rus- og psykisk lidelse. Det er godt kjent at ROP-gruppen faller mellom behandlingstilbud og dessverre alt for ofte ikke får hjelp. Slik formuleringen står er det formulert ut fra en ideell verden – at de får behandling både i psykisk helsevern og i TSB – dette medfører ikke riktighet i praksis.

Et annet viktig moment for denne pasientgruppen er overhyppigheten av digitalt utenforskap som heller ikke er nevnt som en problemstilling.

## Boliger

Selv om situasjonen er forbedret mye de siste årene er mangel på egnede boliger fremdeles et problem. Vi er overrasket at heller ikke dette får egen omtale når en skal beskrive utfordringsbildet. Det er flere tusen bostedsløse hvor en stor del er pasienter med rus og/eller psykisk lidelse.

## Rammebetingelser

Rammebetingelser påvirker behandlingsresultater, skriver Hdir. Dette er en svært viktig setning som vi støtter. Når det er sagt definerer kanskje Hdir rammebetingelser noe smalt i dette dokumentet. Vi mener eksempelvis at anbud og finansieringsordninger ikke er problematisert tilstrekkelig ettersom

disse i stor grad påvirker samarbeidet mellom institusjoner og ikke minst mellom offentlige og ideelle virksomheter.

Rammetilskudd og finansiering påvirker intervensjoner ut fra økonomiske hensyn, framfor å belønne samarbeid og behandling som pasienten ønsker og trenger. Vi erfarer at det oftere stilles krav til antall framfor resultater. Vi ønsker større oppmerksomhet på kvalitet og effekt for den enkelte.

### **Urimelig forskjellsbehandling og systematisk diskriminering**

Dette gjelder blant annet praksis knyttet til medisiner, urinprøver, bolig, somatisk utredning og tilgang på behandling. Her er noen eksempler:

#### 1. Levealder.

Mennesker med rus og/eller psykiske lidelser har en levealder som er 15-25 år kortere enn den øvrige befolkningen. Ikke på grunn av sin rus og/eller psykiske lidelse, men på grunn av manglende utredning og behandling av somatiske tilstander. De dør av hjerte- karlidelser og cancer på linje med alle andre, men mange år tidligere. Dette problemet er adressert av flere sentrale fagpersoner i rusfeltet i flere år. Spissformulert har det vært et problem med en holdning i somatikken om at personer med rusproblemer er «manipulerende og bare ute etter medisiner». Det grunnleggende helseutfordringen knyttet til levealder er ikke løftet tilstrekkelig.

#### 2. Bolig.

Det har versert flere saker i media der en kan diskutere hvorvidt plassering i container ved en søppeldyngde er dårlig håndverk eller diskriminering. Antallet saker om boliger vitner uansett om en praksis der verdighet og tilrettelegging ikke gjelder denne pasientgruppa på linje med andre som har funksjonsnedsettelse (om vi kan bruke dette begrepet). Forskjellen på boligtilbud er stor mellom kommuner og vi ser at noen får til mye bra, mens i andre kommuner kan folk bo i «rotteireir» i årevis uten at noen reagerer.

#### 3. LAR.

Innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er det en rekke eksempler. Denne pasientgruppen opplever ofte systematisk forskjellsbehandling med bakgrunn i sin medisiner.

- a. Manglende tilbud om smertelindring ved tannbehandling eller skader/medisinske tilstander
- b. Avslag på behandling innen psykisk helsevern
- c. Avslag på behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling dersom de parallelt bruker benzodiazepiner.
- d. Urimelige krav om urinprøver
- e. Arbeidsliv. Åpenbar forskjellsbehandling når det i stillingsannonser står at en ikke ønsker søkere som er i LAR. Mer «usynlig» er hvordan henteordninger og urinprøver hindrer folk i å komme seg «videre i livet».
- f. I Norge er mellom 50 -60 000 innbyggere medisinert med sterke opioider som smertelindring av ulike årsaker. Disse pasientene slipper det strenge regimet av regler som innbyggere på LAR må forholde seg til med henteordninger, urinprøver og andre restriksjoner. Poenget er at virkestoffet i medisinen er den samme, men pasientgruppene har ulik «status»/historie.

#### 4. Følelser overstyrer det lovpålagte.

Det foregår en diskusjon om det overfor innbyggere med rus og/eller psykiske problemer er «lov/rom for» å tillate seg at ideologisk overbevisning kan overstyre lovpålagte oppgaver. Et

eksempel er ansattes ord og handling knyttet til at de privat er imot å dele ut rent brukerstyr og dermed unnlater å gjøre dette - til tross for at det er en lovpålagt oppgave.

### **Kompetanse**

Kunnskapen er ikke godt nok implementert i tjenestene og det må arbeides systematisk med kvalitetsforbedringen, skriver dere hvilket vi støtter. Dokumentet mangler en beskrivelse av hvilke fagfolk og spesialistkompetanser som trengs for å hjelpe folk best mulig innen rus, psykisk helse og forebygging. Innenfor avhengighet blir de sykeste overlatt til NAV og kommunale tjenester – i våre øyne en omvendt tankegang enn ved andre alvorlige lidelser.

Et sentralt utfordringsbilde slik vi ser det, er manglende kvalitetsbeskrivelse på hva som er godt forebyggende arbeid.

Faglig innhold i grunnutdanninger på helse- og sosialfeltet burde hatt felles kompetansekrav på et høyere nivå enn det Rethos-retningslinjene i dag beskriver.