



Fagrådet –
Rusfeltets
hovedorganisasjon
rusfeltet.no

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo 30.juni 2022

Skriftlig innspill til forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon er Norges største paraply-, interesse og medlemsorganisasjon på rusfeltet. Vi er en uavhengig organisasjon uten bindinger til offentlige myndigheter eller andre utover det som følger av å være en demokratisk medlemsorganisasjon. Totalt har vi 146 medlemmer pr dags dato og medlemmene kommer fra hele Norge og fra alle deler av rusfeltet.

Vårt formål er å bidra til best mulig rammevilkår for virksomheter og organisasjoner på rusfeltet.

Hver dag arbeider vi med å samle og formidle kunnskap for å bekjempe stigma, utenforskap og urett. Vi jobber for å sikre personer med rusrelaterte utfordringer den mest oppdaterte og kunnskapsbaserte hjelp som finnes. Fagrådet er i en unik situasjon gjennom det å samle bredden i rusfeltet. Det gir oss en enestående kunnskapsbase og samler dermed også bredden i synspunkter. Det fremmer nyansene og sikrer dialog mellom meningsmotstandere. Som organisasjon er et av våre kjennetegn samarbeid og nettverksjobbing. Det har vi systematisk arbeidet med de siste årene.

Våre innspill til reformarbeidet

Fagrådet vil framheve behovet for likeverdige helsetjenester over hele landet. Per i dag er det dessverre store forskjeller på tilbudene avhengig av hvor du bor, både ut fra kommunale tjenester, men også spesialisthelsetjenester. Tilbudene varierer i kvalitet og tilgjengelighet. En «minimums-basispakke» i alle helseforetak, ville i større grad skape presise intervensjoner:

1. Spesialister i rus og avhengighet
2. Tilgjengelige akutt-tilbud
3. Oppsøkende, fleksible tjenester som FACT
4. Tilgjengelige, differensierte og valgbare døgnplasser for alle aldre
5. Tilgjengelige plasser for frivillig tilbakehold

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon

Nedre Slottsgate 7, 0157 Oslo
telefon 22 42 44 77
e-post: fagraadet@rusfeltet.no
www.rusfeltet.no
organisasjonsnummer 975 688 623



6. Gode rutiner for bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven og/eller psykisk helsevernlov
7. Ubyråkratiske rutiner for vurdering og kartlegging
8. Forutsigbar inkludering av familie/venner

Helseforetak har et sørge-for-ansvar, men oppgavene kan utføres offentlige eller ideelle med avtaler. Innen rusfeltet er det en rekke ideelle aktører som bidrar med viktig kunnskapsproduksjon og fagutvikling.

Det krever at de ideelle med avtale blir invitert til bordet for å drøfte utvikling, endring og videre behov av tjenester innenfor de ulike helseforetakene. Her mener Fagrådet det ligger uforløst potensiale.

Vurderingspraksis bør endres. Nær sagt alle som blir henvist til TSB får rett til helsehjelp. Det er et byråkratisk dobbeltarbeid som foregår som myndighetene bør se nærmere på. Vi vil framheve standardisert modell for pasientforløp i TSB utviklet ved Avdeling rus og avhengighet (ARA) Ahus. <https://www.rusfeltet.no/arkiv/prisvinnende-modell-for-opstart-pakkeforlop-tsb-poliklinikker>. Vi håper at flere sykehus kan ta modellen i bruk for å styrke rutinene rundt kartlegging og vurderinger.

Strukturelle hindringer (strukturelt stigma) bidrar til dårligere pasientbehandling.

Her finnes det utallige eksempler og mange av eksemplene er kjent, men det er vist liten vilje til å rydde opp. Fagrådet mener det er nødvendig at departementet vurderer og tar stilling til de strukturelle hindringene. Her er vi neppe uttømmende, men gir noen eksempler.

- Fritt valg av institusjonsplass er for mange pasienter ikke en reell mulighet. Praksis viser at pasienter ofte ikke får informasjon om at de kan velge. Om de får informasjon er problemet i neste omgang at de kan velge mellom svært få tilbydere innen eget helseforetak. Enkelte helseregioner har organisert sine helsetjenester slik at matching til egnet behandling langt på vei er umulig.

- Økonomisk belønning av visse diagnoser. Dette bidrar til overforbruk/feil bruk av diagnoser.

- Jobbspesialister tas ut av helseteam ut fra utfordringer knyttet til journalinnsyn, mens vi samtidig har kunnskap om at de er avgjørende viktig for pasientens tilfriskning. Her kunne mye vært løst med enkel bruk av samtykke.



- Døgnplasser står tomme. Kjernen er at kanskje ikke at antallet plasser er for stort, men at de er innrettet for «feil gruppe». For ideelle aktører kan det være rigide avtaler som ikke gir mulighet til å dekke nye behov. Hvis de ideelle er invitert til videreutvikling av tjenestetilbudet jmf det vi skrev om at de ideelle med avtale blir invitert til bordet for å drøfte utvikling, endring og videre behov av tjenester innenfor de ulike helseforetakene. Vi nevner tre grupper hvor våre medlemmer melder om «hull» i tjenestetilbudet.

- mennesker som ikke får en god nok utredning på grunn av vold, atferd og kriminalitet.
- minoriteter der språk, kultur og religion krever spesifikk kompetanse og tilnærming.
- unge mellom 15-23 år.

Disse gruppene må prioriteres opp slik at vi kan gi dem bedre psykologisk og medisinsk helsehjelp. Den første gruppa med omfattende vold og atferdsproblemer er svært utfordrende å ha innlagt og vi må lære av gode eksempler på samarbeid mellom poliklinikker, lavterskeltiltak, psykisk helsevern og TSB. Konkrete eksempler på vellykkede pasientforløp kan hentes fra Helse Bergen og deres LAR Utvidet Sikkerhet.

- Finansieringen og internfaktureringen mellom sykehusene gjør store utslag for de enkelte rusavdelingene. Det reduserer pasientenes mulighet til fritt sykehusvalg og bidrar til mer generaliserte tilbud i hvert sykehusområde fremfor nødvendig spesialisering der det vil være faglig riktig.
- Utnytte og se til effektiv praksis som er utviklet der spesialistene tar med seg faget ut av sykehusene og bruker tid med pasientene i deres hverdag. Denne praksisen må belønnes i finansieringssystemene. Per i dag er det mer penger å hente ved å ta imot pasienter på kontoret framfor å reise hjem til folk.
- Det må lønne seg for tjenestene å ta ansvar for helheten i et system som mer enn noen gang handler om penger.
- Egenandeler for ruspasienter må fjernes. Nordheimutvalget forslo dette i 2014, Stoltenbergutvalget det samme i 2010. Det er mulig, andre grupper har det i dag. Begrunnelsen er at inntektene er mindre enn det samfunnet vil få igjen i helsegevinst. Egenandel oppgis som et reelt hinder for å oppsøke helsehjelp.

Myndighetene bør også utvikle utredning og behandlingstilbudene i norske fengsler slik at en i større grad kan bruke muligheten av stabilitet overfor mennesker som ellers lever ustabile liv.



Fagrådet –
Rusfeltets
hovedorganisasjon
rusfeltet.no

Implementeringen av den nye LAR- retningslinjen og videreutviklingen av legemiddelassisterte tilbud må prioriteres og effektevalueres.

Integrert behandling i tråd med iddt.no må prioriteres, inkludert rutiner for veiledning mellom tjenester og internt i tjenester.

Fremme digitale behandlingstilbud for mindre kompliserte forløp for rus og avhengighet

Her finnes det ulike løsninger allerede både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten. Med digitale løsninger er det mulig å nå flere og det kan for noen oppleves mindre stigmatiserende. Vi nevner noen eksempler, men er langt fra uttømmende. [trigga.no](https://www.trigga.no).

Tankevirus som er en app.

Se erfaringer fra utlandet <https://www.rusfeltet.no/arkiv/nederland-nar-40-flere-kvinner-med-online-rusbehandling>

Grensesnittet opp mot somatiske avdelinger må styrkes.

En ny studie viser at én av fem intensivpasienter er innlagt på grunn av rus <https://www.rusfeltet.no/arkiv/en-av-fem-pasienter-havnet-pa-intensiv-pa-grunn-av-rus> TSB og LAR må i større grad sjekke ut alvorlige somatiske tilstander og sikre behandling. I LAR er dette spesielt viktig når vi vet at snittalder øker. Forventet levealder for mennesker i LAR er betydelig lavere enn i resten av befolkningen.

Alkoholutløste dødsfall har økt. Samarbeid mellom TSB og somatiske avdelinger må få økt prioritet. 1100 mennesker dør av alkoholrelaterte skader hvert år. I 2021 omkom 87 personer på norske veier. Tiltak er høyt prioritert både politisk og faglig for å nå nullvisjonen for trafikkofre. Rusutløste dødsfall samme år knyttet til narkotiske stoffer var 241 personer. I tillegg kommer 371 dødsfall som skyldes alkohol. 612 personer døde direkte som følge av rusmidler i 2021. I tillegg kommer de som dør av relaterte skader. Vi har en nasjonal overdosestrategi og en politisk vedtatt nullvisjon i antall overdosedødsfall. Strategien er under revidering. Det beste vi kan si, er at antall overdosedødsfall ikke har økt de siste ti årene. Vi forstår ikke at vi fortsatt ikke prioriterer livreddende arbeid høyere. Hvorfor blir vi ikke mer opprørt over antallet personer over antallet med rusutløste dødsfall hvert år. Det er mange familier, venner og lokalsamfunn som blir berørt. For mange av dem preges situasjonen av skyld, skam og fortielse.

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon

Nedre Slottsgate 7, 0157 Oslo
telefon 22 42 44 77
e-post: fagraadet@rusfeltet.no
www.rusfeltet.no
organisasjonsnummer 975 688 623



Tvangsbegrensningsloven er på trappene. Effektevalueringen av gjeldende lovverk om tvang er ikke-eksisterende/særdeles svak. Vi må vite hvor mange og hvordan det går med folk som har blitt utsatt for tvang. Regjeringen må legge til rette for en mer solid kunnskapsstandard for årene som kommer når det gjelder bruk av både frivillig tilbakehold og tvang.

Tett individuell oppfølging over tid vet vi at virker, men dette er i alt for liten grad tatt i bruk. Det er ofte den helhetlige oppfølgingen som svikter, særlig for dem som systemene har «gitt opp». Alt av praktisk art blir nedprioritert, på linje med kartlegging og utredning. Tiltak og oppfølging blir planløst - noe som ofte skaper svingdørsproblematikk og uverdige livssituasjoner. Svingdørspasienter, svingdørsbeboere og svingdørsinnsatte.

Vi oppfatter en for rask nedbygging av omsorgsplasser for mennesker med utvidet omsorgsbehov. Kommunene henger ikke med i utviklingen og settes i stand til å ta folk imot som trenger tett individuell oppfølging. Vi registrerer at dette skaper svingdørsproblematikk, «søvnløse overganger» og uverdige livssituasjoner.

Gjennom FACT og ACT har mange utfordret tradisjonell TSB til å bli mer ambulante, fleksible tjenester. Vi støtter satsingen på flere ACT og FACT-team. Noen velger Samhandlingsteam. Det er metode og strukturert arbeid som er det vesentlige i dette.

Det er en utvikling i helseregionene der poliklinisk utredning alltid er første steg. Flexibilitet ut fra individuelle behov og akutte situasjoner må beholdes. Utredning kan foregå i poliklinikk, men muligheten for direkte inntak til døgnopphold må ivaretas. Kartlegging og utredning er viktig for god matching av egnet behandlingstilbud.

Under kartlegging kan pasientene oppfordres til å inkludere henviser og/eller pårørende. Spesialisthelsetjenesten får raskt et mye mer presist bilde av mennesket de skal hjelpe.

Avhengighet som fag trenger mer oppmerksomhet. Omsorg er viktig, men for å oppnå mer presise intervensjoner og ambisjonen om at flere skal bli gode samfunnsborgere, trenger vi å utfordre helsetjenestene på å implementere ny kunnskap og ansette tverrfaglige spesialister.

Trening som medisin bør inn som obligatorisk del av behandlingstilbudet i TSB og psykisk helsevern. Forskningen på dette området er svært viktig ut fra kunnskapen om at pasientgruppa dør 15-20 år tidligere enn øvrig befolkning. Forkortet levetid har ikke årsak i faktiske psykiske problemer eller rusproblemer, men i dårlig fysisk helse - på grunn av mangelfull utredning og behandling. Det er godt dokumentert at høyintensitetstrening er



Fagrådet –
Rusfeltets
hovedorganisasjon
rusfeltet.no

effektiv medisin ved 26 forskjellige sykdommer, blant annet hjerteinfarkt og angina, hjertesvikt, kols og røykebein. 40 års forskning på høyintensitetstrening viser effektive treningsmetoder. I doktorgradsarbeider ved NTNU og i praksis ved Treningsklinikken på St. Olavs er det vist at treningsmetodene både er effektive og lar seg gjennomføre hos rus- og psykiatrispasienter.

Mange kommuner og prosjekter har utviklet **god recoveryorientert praksis** med presise intervensjoner og sterk brukermedvirkning. Som Mestringsenheten i Sandnes kommune og prosjekt Trygt hjem for hjemløse i Bergen.

Videreutvikle lokalt basert psykisk helse og rus ved å organisere DPS/TSB og kommunale tjenester tettere sammen. Særlig i større kommuner er tjenestetilbudet bredt og kompetansen overlappende. Større kommuner burde få faglig tillit og hatt spesialistfunksjoner i tråd med FACT-modellen.

Konkretisere fastlegens rolle for mennesker med rusproblemer og mennesker i risiko for rusproblemer. Åpne spørsmål knyttet til rusbruk, både legale og illegale, er et minimum.

Medikamenter. Økning av mennesker som bruker sterke smertestillende medikamenter. Fastlege nøkkelen. Statistikk inkluderer eldre med årelang bruk. Skal de inn i TSB? De defineres ikke som avhengige. Vi anbefaler egne grupper og tilbud skjermet fra annen avhengighetsproblematikk. Avhengighet er ulikt innretta.

Styrke utdanningene. Myndighetene må legge til rette for å utdanne flere russpesialister. For barn, unge og voksne er spesialistmangelen alvorlig. I dag er det en stor mangel på spesialister særlig som lege eller psykolog. Med krav om spesialister i virksomhetene samtidig som det er ikke tilstrekkelig antall personer gir en usunn konkurranse. Vi er glad for at det kommer nye masterutdanning for sykepleiere på rusfeltet. Det gir mulighet for å endre arbeidsfordelingen mellom yrkesgruppene.

I arbeidet med forebyggingsreform bør regjeringen og departementene se til kunnskapstunge publikasjoner som Psykisk Oppvekst, Oslostandard for oppsøkende arbeid med utsatt ungdom og tilsynsrapporter fra Ukom og Helsetilsynet, om situasjonen for unge innen psykisk helsevern og barnevernet.

Lovfeste forebyggende arbeid i kommunene. Uten lovfesting nedprioriterer kommunene dette arbeidet. Det er alltid slik at de lovpålagte oppgavene blir prioritert i trangere tider.

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon

Nedre Slottsgate 7, 0157 Oslo
telefon 22 42 44 77
e-post: fagraadet@rusfeltet.no
www.rusfeltet.no
organisasjonsnummer 975 688 623



Selv om vi «alle» vet at forebyggende arbeid er billigere enn behandling. Investering i forebygging gir både økonomisk og sosial avkastning.

Strukturelle hindringer:

- **Vi mener at Regjeringen bør avskaffe henvisninger, avslagsbrev, egenandeler og ventetider for barn og unge med problemer.** Disse strukturene truer rask psykisk helsehjelp for barn og unge og er et «kritisk knekkpunkt» for mange unge når de beslutter å søke hjelp. Det at hele tjue prosent avvises av BUP etter henvisning fra fastlege sier mye om at vi har et feil rigget behandlingsapparat. Alle som ber om hjelp, bør få en vurderingssamtale.

- **Det er press på utskrivninger**, mindre tid per pasient, lengre ventetid, manglende tilgang på rett kompetanse, mindre fleksibilitet og mindre foreldrestøtte. Vi trenger forutsigbare, sammenhengende og integrerte hjelpetjenester som vet godt om hverandre.

- **Vi er kjent med en rekke eksempler av ungdom som er blitt vurdert som for syk for barnevernet, for frisk for psykisk helsevern og for ung for TSB.** Dette mener vi er systemisk omsorgssvikt. Som også er en stor kontrast til hjelpen barn og unge får i somatiske sykehus.

Innenfor psykisk helse er vårt hovedanliggende mennesker med rus og psykiske lidelser. Vi vil peke på samarbeidet med Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) og deres kommende rapport om situasjonen for mennesker med rusproblemer.

Vår erfaring med dagens situasjon er at vi ser tre typer «ROP – grupperinger»:

1. mennesker som får hjelp i ordinære systemer (eksempelvis alvorlig angst, depresjon, tvang)
2. de som får hjelp gjennom FACT (70 team) og ACT (8 team)
3. de udiagnostiserte - de som ikke er utredet eller kartlagt fordi atferd, vold og kriminalitet har satt en stopper for hjelpetjenester. Dette skaper planløse tiltak og uverdige livssituasjoner som igjen fører til at folk blir svingdørspasienter, svingdørsbeboere og svingdørsinnsatte.

Gruppe tre handler ofte om mennesker som systemene «gir opp», er redde for, unnviker eller på annen måte opplever seg maktesløse overfor.

Strukturelle hindringer:

Vi kan ikke sette pasienten i sentrum når systemet og fagfolka står der selv. Systemene spenner bein på folks muligheter til et bedre liv. Vi får strukturelle stigma der rettigheter og økonomiske rammebetingelser blir hindringer framfor døråpnere. Strukturelle hindringer



Fagrådet –
Rusfeltets
hovedorganisasjon
rusfeltet.no

skaper brudd i pasientforløp (se eksemplene skrevet over i innspilletts første del om rusbehandling).

Levekårsproblemene er omfattende for mennesker med samtidige lidelser. Levealderen er 15-25 år lavere enn den øvrige befolkningen.

- Grensesnittet opp mot somatiske avdelinger må styrkes.
- Trening som medisin bør inn som obligatorisk del av behandlingstilbudet i TSB og psykisk helsevern
- Avdelinger må i større grad hjelpe hverandre med å gjennomføre utredninger og vurderinger og behandling for ustabile pasienter

Belastningen av integrerte tjenester må bæres av systemet – ikke pasienten

Integrert behandling i tråd med iddt.no må prioriteres.

Fagrådet takker for muligheten til å gi innspill og samarbeider gjerne videre med departementet ut fra vår nasjonale oversikt og store medlemsmasse.

Med hilsen

Jan Gunnar Skoftedalen
Leder

Torhild Kielland
Rådgiver

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon

Nedre Slottsgate 7, 0157 Oslo
telefon 22 42 44 77
e-post: fagraadet@rusfeltet.no
www.rusfeltet.no
organisasjonsnummer 975 688 623