



# Høringssvar Landsforbundet Mot Stoffmisbruk

**HØRINGSSVAR - NOU 2005:3 - Fra stykkevis til helt  
En sammenhengende helsetjeneste**

## Innledning

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS) er landets største frivillige organisasjon innen narkotikafeltet og har 70 lokalforeninger og 6000 medlemmer som hovedsakelig består av pårørende til rusmiddelmissbrukere. Mange pårørende har kjempet i årevis for å få behandling og hjelp for sitt rusmisbrukende barn som svært ofte trenger lange og sammensatte helsetjenester, både på 1. og 2. linje nivå og likeledes mellom etater og virksomheter innenfor de to nivåene.

Det er helt klart at LMS hilser velkommen den tankegang som Fra stykkevis til helt er bygget på - en sammenhengene helsetjeneste - pasienten først.

Våre rusmisbrukende barn klarer sjelden å kjempe seg ut av sitt rusmisbruk uten familiens hjelp. Vi mener derfor vi vet godt hvor skoen trykker og hva som det kanskje bør sees nærmere på.

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk er helt klar i sin tale på at vi ønsker rus som en egen spesialitet slik at vi får russpesialister på lik linje med andre spesialiteter innen både somatikk og psykiatri. Vi er ikke i tvil om at uten at dette blir en realitet, vil vi aldri få et tilfredstillende behandlingstilbud til ruspasienter.

Skal man gå inn på det organisatoriske er LMS klare på at det må være egne HF på rus - slik som modellen Midt-Norge. Vi ser helt klart at i den modellen settes fokus på - nettopp ruspasientene!

LMS kommenterer ellers en del videre i dette høringssvaret.

Oslo, 31. mai 2005

Med vennlig hilsen

Anne-May Hogsnes  
sentralstyreleder  
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk

## Kommentarer til høringsnotatet, NOU 2005:3

### Fra stykkevis til helt

#### Generelle kommentarer til innstillingen

I forhold til mange andre pasienter med lange og sammensatte lidelser ønsker LMS å påpeke at ruspasienter ikke passer inne i det system som helsevesenet i dag er bygget opp av. Noen eksempler: De klarer ofte ikke å møte til timeavtaler, det er ofte meget vanskelig å ha ruspasienter sammen med andre pasienter på sykehus når rusuget kommer klarer ofte ikke spesialisthelsetjenesten å holde på ruspasienten, det er vanskelig å få ruspasienter til å komme til timer ved kontroll/ skifting av bandasjer osv, ruspasienter som fremdeles er avhengig av rusing på illegale narkotiske midler har ofte ikke penger til å betale egenandeler. I tillegg ser ruspasienten ofte ikke sin egen situasjon slik at det er familiene som tar kontakt med helsetjenesten både i 1. og 2. linjetjenesten.

Dette vanskeliggjør behandlingen av denne pasientgruppen og krystalliserer nok en gang behovet for rus som en egen spesialitet slik at helsetjenestene mer kan tilrettelegges deres behov.

*Slik vi leser hele NOU 2005:3 ser jeg store forskjeller på "vanlige pasienter" og ruspasienter. Dette viser nok engang at denne nye pasientgruppen har en lang vei å gå for å få et verdig behandlingstilbud i dagens helsetjeneste på alle nivåer. Vi vil spesielt kommentere kapittel 7.6 og en del andre området.*

#### Kommentarer direkte til kapitler i NOU 2005:3

##### Kapittel 7 Samhandling mellom tjenesteutøverne

###### 7.6 Nærmere om rus og psykisk helsevern

LMS merker seg at rus og psykisk helsevern, rus og psykiatri ofte blir nevnt sammen i hele NOU 2005:3. Dette mener vi er uheldig da rus er spesiell (som nevnt innledningsvis) og bør skilles fra psykiatrien i utgangspunktet. Det er trist å se at mange som i dag har vært rusfrie i flere år enda går rundt med tunge psykiatriske diagnoser som kun var rusrelaterte. Dette mener vi må tas tak i slik at det finnes fagpersoner i spesialisthelsetjenesten som kan skille mellom de som hadde psykiske problemer før de begynte å ruse seg på illegale narkotiske midler og de som er direkte rusrelatert. Her er det store mangler i dag.

Vi vil også gi et eksempel på hvor vanskelig dette skille mellom rus og psykiatri i ved en mors hverdag da hun besøker sin sønn i en kommunal korttidsleilighet. Jeg vil tro at om gutten hadde oppsøkt spesialisthelsetjenesten ville det fort kunne ført til psykiatrisk diagnose. Dette er ikke en enkelt-historie. Dette er noe familier med rusmisbrukende barn opplever daglig og denne historien er "snill" i forhold til mange andre.

---

*Med pulsen dunkende i tinningen av redsel gikk moren videre over stuegulvet mellom skruer, muttere og 1000vis av andre smådeler, til en sovealkove helt innest i stuen. Der i mørket mellom skitne laken i et lite avlukke med like mye rot og matrester og skitne klær som i resten av leiligheten, lå gutten hennes. I mørket kunne ikke moren se om han var død eller levende. Forsiktig tok hun på hånden til gutten. Den var varm. Og etter å ha sett nøyere etter - han pustet. Hvor lenge hadde han lagt sånn? Moren rusket gutten i skulderen. Hardere og hardere. Med et rykk satte gutten seg opp. Vill og sanseløs i øynene. Den ene hånden kom fram under det skitne putevaret med fingrene hard klemt rundt en lang kniv. Moren snakket til gutten med rolig og trøstende stemme. Og gutten roet seg ned. Moren gitt trist ut på kjøkkenet for å rydde og vaske.*

*Til morens forundring gjorde ikke gutten motstand, men så ned i gulvet. Hun snudde ryggen til ham og begynte å skrubbe løs på oppvasken. - Vet du, sier gutten. Jeg har hatt besøk av farmor. Hun har kommet til meg flere ganger. Vi snakker sammen.*

*- Farmor døde for flere år siden, sier moren.*

*- Jeg snakker med Gud og djevelen også, sier gutten. - Når jeg dør kan jeg velge hvor jeg vil. Jeg kan forhandle med dem som jeg vil. Jeg har makt over liv og død. Det er noe det.*

*Det går et grøss gjennom moren. Gutten hennes er hinsides og virker psykotisk. Han snakker om at han tar reiser til himmel og helvete. At han har kontroll over døden og prater koselig med døde mennesker som kommer inn til ham gjennom veggene. Han snakker om at han kan reise i tid og rom og at han har full kontroll over hjernen sin. Dessuten utvider han hjernekapasiteten ved å bruke Amfetamin. Slikt gjør at han husker mer og klarer mer enn andre som ikke går på speed.*

*- Det er helt fantastisk å ha en sånn kontroll. Jeg vet nøyaktig hvor hver eneste skrue og mutter har sin plass og kan sette alt sammen på kort tid.*

*Når det går i en dør eller et vindu lukkes igjen skvetter gutten til.*

*- Du skjønner, de er ute etter meg. Derfor kan jeg ikke gå ute om dagen og jeg kan ikke åpne vinduene og må ha noe foran dem. Og så må jeg ha kniv til å forvare meg med.*

*Hele tiden mens moren rolig rydder og hører på gutten, snakker han om de som skal ta ham, kontroll over liv og død og samtaler med himmel og helvete. Usammenhengende - vekslende mellom angst, nedstemthet og høy selvsikkerhet.*

*Moren lukker stille døren til guttens leilighet bak seg. Gutten, tynn og bleik, kledd i svart, bor i mørket, tror noen kommer og tar ham og har kontroll over liv og død. Slik har de siste måneden vært. Men i dag var det riktig ille. Tårene renner stille ned over kinnene til moren der hun går ut i solskinet. Håpet om å få gutten tilbake til et liv uten rus svinner langsomt hen. Han er psykisk ødelagt. Om han noen gang slutter å ruse må han sikkert sitte inne på lukket avdeling i psykiatrien resten av sitt liv. Gutten hadde kommet dit hen at han levde totalt i sin egen verden. Moren hadde lite håp om at han noen gang ville komme ut av den.*

Historien over ligger 6 år tilbake i tid. I dag har gutten familie, jobb og hus. De som ser ham i dag kan ikke forstå at det er den samme gutten. Det har vært mange tunge tak for moren. Gutten ble ikke "normal" sånn med det samme. Det tok minst 3 år før gutten kom fullt og helt tilbake til "morens normale verden".

- sosialklienter til konsultasjon i kommunal sosialtjeneste hadde i nesten halvdelen av tilfellene en psykiatrisk diagnose, og om lag en tredjedel av tilfellene rusproblemer

Kommentar: En stor del av sosialklientene er rusmisbrukere og har rusrelaterte psykiske problemer og også psykiatrisk diagnose som er diagnostisert før rusmisbruket er borte - altså kan godt diagnosen være rusrelatert.

### 7.6.1 Rus og psykisk helsevern på det kommunale nivå

- Regjeringen har gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse gjennomført en større handlingsplan for psykisk helsevern. Handlingsplanen og opptrappingen er ikke avsluttet.

Kommentar: Her burde også Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 vært nevnt og det bør utfra denne lages en opptrappingsplan for ruspasienter.

I dag står ruspasientene nærmest på gata uten oppfølging etter behandling fordi kommunene ikke har kapasitet til å gi denne pasientgruppen et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud. Et rehabiliteringstilbud der samhandlingen med spesialisthelsetjenesten må komme tungt inn.

### 7.6.2 Rus og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten

- Fra og med 1. september 2004 fikk pasienter i rushelsetjenesten samme rettigheter som pasienter innen somatisk spesialisthelsetjeneste, og innen psykisk helsevern. Det medfører blant annet rett til vurdering av helsetilstand, rett til vurdering av behandlingsnivå, rett til vurdering av status for prioritering, og rett til individuell frist for behandling for rettighetspasienter.

Kommentar: LMS er glad for at rusmisbrukere nå har samme rettigheter som andre pasienter. Det er trist å se at dette mange ganger ikke fungerer og vi etterspør en tilrettelegging som vil sørge for at ruspasienter klarer å ivareta sine lovbestemte rettigheter.

- Pasienter med et langvarig rusmiddelmisbruk kan utvikle psykiatrisk sykdom som en følge av rusmiddelmisbruket. Det kan være tilstander som depresjon, angst og psykoser.

Kommentar: LMS ser at mye utviklet psykiatrisk sykdom er rusrelatert og vil i stor grad falle tilbake "til det normale" etter at pasienten har vært rusfri over en lengre periode.

### 7.6.3 Samhandling mellom tjenestenivåene

- For å ivareta pasientens interesser, er det avgjørende viktig at utskrivelsen fra spesialisthelsetjenesten foregår strukturert. Spesialisthelsetjenesten skal ha gjort kommunene oppmerksomme på et eventuelt behov for arbeid med individuell plan, eller startet dette arbeidet under oppholdet. For kommunene er det viktig at det foreligger en ferdig epikrise.

Kommentar: LMS er helt enig i dette, men ser også her at dette ikke fungerer. For en ruspasient er det helt avgjørende for et fortsatt rusfritt liv at rehabiliteringstilbudet i kommunene fungerer etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Vi påstår at et slikt tilbud ikke forefinnes i kommunene i dag.

Vi stiller også spørsmål ved at andre pasientgrupper kan få dekket rehabilitering via trygdekontoret, mens rehabilitering av ruspasienter dekkes av kommunene. Mange menneskelige tragedier og mange mye samfunnsøkonomi kunne vært spart her ved at mange ruspasienter med et tilfredsstillende rehabiliteringsopplegg etter behandling ville forblitt rusfrie og "betalt sin skatt".

*Spesialisthelsetjenesten burde i samarbeid med kommunen se på rehabiliteringsboliger/ overgangsboliger hvor ruspasienter etter institusjonsopphold vil få for eksempel hjelp med økonomi, lære å bo, arbeidstrening, skolegang osv osv. Hvis ikke vil man ikke få disse pasientene ut og inn av behandlingssystemet og i den kommunale sosialtjenesten.*

- Inntil Rusreform II trådte i kraft 01.01.04, var ansvaret for å sikre en vurdering av rusmiddelmissbrukeres hjelpebehov og foreta en vurdering av aktuelle tiltak for rusmiddelmissbrukere primært lagt til sosialtjenesten, med unntak av dem med dobbeltdiagnose rus og psykiatri. Det var lagt inn et økonomisk insitament for sosialtjenesten til å vurdere tiltak utenfor institusjon som alternativ til innleggelse i fylkeskommunal institusjon. Dette var gjort ved at kommunen måtte betale en egen -andel for de personene som ble innvilget opphold i institusjon. Tanken var at egenandelen skulle være såpass høy (kr. 12.500 per måned i 20 03), at kommunene vurderte om tiltak uten for institusjon var bedre for pasienten og mer kostnadseffektive for kommunen. Formålet var å stimulere til tiltak på lavest effektive kostnadsnivå og unngå kostnadsoverveltning til fylkeskommunene.

Kommentar: Rusmisbrukere og deres familier har alltid følt seg stigmatisert og "bakerst i køen" i forhold til andre hjelpetrengende grupper. Dette gjelder både på det kommunale og det statlige nivå. Og det gjeldt ikke minst da det rusinstitusjonene var på fylkeskommunalt nivå.

LMS vil si det ovennevnte så sterkt at dette var ren diskriminering i forhold til andre grupper som trengte behandling for sin lidelse. *Dette vil bli drøftet i LMS styre og vi håper at rusreform I og II ikke viderefører denne tankegangen om at det "skal stimuleres til tiltak på lavest effektive kostnadsnivå for å unngå kostnadsoverveltning til (nå) spesialisthelsetjenesten."*

#### **7.6.4 Samhandling mellom psykisk helsevern og rushelsetjenesten**

- Inntil rusreformene og endringene i lovverket ble gjennomført (blant annet lov om pasientrettigheter), var det vanlig med ansvar fraskriveiser. Pasienter i psykisk helsevern ble avvist dersom det samtidig var rusmidler involvert, og pasienter med rusmiddelproblemer ble avvist i rushelsetjenesten dersom det samtidig forelå alvorligpsykiatrisk sykdom.

Kommentar: Dessverre skjer dette ofte den dag i dag. Det er mulig dette er bedre nå enn før Rusreformen, men det mangler mye på at det fungerer tilfredstillende.

#### **7.6.5 Evaluering av rusreformen**

- Rusreformen er 1 år gammel , og utvalget ser det ikke som h ensiktsmessig å for eta en evaluering av reformen etter så kort tid. Utvalget vil dog påpeke at reformen har gitt noen tilleggsutfordringer når det gjelder samhandling, og vil anbefale at man legger stor vekt på disse elementene i en framtidig evaluering.

Kommentar: Landsforbundet Mot Stoffmisbruk er enig i at det er for tidlig å evaluere Rusreformen etter ett år. Derfor ser vi med bekymring på at det i Regions Helse Foretakene allerede nå sees på en omorganisering på rus/ psykiatri (ref rapport som utarbeide i Helse Sør). Man bør her se på hvordan ruspasientene kan bedre ivaretas i systemet.

I dag er det i for eksempel Vestfold flere ukers ventetid for avrusing og ett år eller mer ventetid for å komme inn til behandling! Dette er ikke akseptabelt, men det behøver ikke å ha med organiseringen å gjøre!

## Sluttord

Som det vises av teksten i dette høringsvaret så merker familiene til rusmisbrukerne at Rusreformen dessverre ikke fungerer tilfredstillende.

Det er mangler på de aller fleste punkter når det gjelder behandling til ruspasientene. Der er også enkelte steder der loven ikke er lik for ruspasienter og andre pasientgrupper. Her kan for eksempel nevnes fritt sykehusvalg - ruspasienter får ikke velge fritt behandlingssted i dag. Rehabilitering der andre pasientgrupper for dekket dette via trygdekontoret, mens kommunene har all oppfølging av ruspasienter etter behandling. Vi merker oss spesielt at det står på side 101 under 7.6.5 3dje avsnitt": ..... og det forutsettes at sosialtjenesten samarbeider med helsetjenesten i arbeide med oppfølging av rusmiddelmisbrukere etter behandlingsopphold" Ruspasienter er ikke rusmisbrukere etter behandlingsopphold! Slike ting gjør at det nok er langt igjen før våre barn som ruser seg på illegale narkotiske stoffer, vil få samme "status" som andre pasienter og ikke fortsatt bli stigmatisert og sett på som en "verstinggruppe" eller en pasientgruppe som koster for mye økonomisk!

### Fastleger

Når det gjelder fastlegers oppfølgingsplikt av ruspasienter er dette en stor mangelvarer i dag. LMS mener fastleger må få mer ruskunnskap i sin utdanning. Det finnes mange eksempler på at ungdom har fått resepter med beroligende osv av sin fastlege, der årsaken til angst og for eksempel søvnproblemer ligger i et begynnende rusmisbruk.

### Akuttmottak

Det finnes i dag kun akuttmottak for ruspasienter i Oslo. Dette er et skrikende behov i hele landet da ruspasienter ofte blir avvist på legevakten pga oppførsel og fordi de ikke kan innordne seg det system som i dag forefinnes der.

Det er dessverre mange svake ledd i en sammenhengende helsetjeneste lenke til de nye ruspasientene. Landsforbundet Mot Stoffmisbruk ser på dette med bekymring, men har håp og tiltro til at vi blir hørt og tatt med på råd og vi ser klart at det fra politisk side finnes vilje til å gjøre noe med dette.

### Økonomi

Når det nevnes under økonomi at det vil koste 1 mrd å kunne gjennomføre alle foreslåtte tiltak på samhandling i dokumentet, kan det virke som om slike kostnader vil være med på å bremse utvalgets forslag sterkt. LMS ser klart at hvis det økonomiske ikke følger med både for 1. og 2. linjetjenesten slik at man kan igangsette tiltak for å få til en sammenhengende helsetjeneste, vil dette gå utover særlig svake pasientgrupper som trenger omfattende og vedvarende helsetjenester. Vi anbefaler sterkt utvalgets forslag om et øremerket tilskudd på 1 mrd til samhandlingstiltak mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. *Denne mrd må være friske midler og ikke tas fra det tilskuddet og de øremerkede midler som finnes i dag.*

### Omorganisering

LMS ser at det kan virke noe "rotete" hvis nesten hver kommune og hvert helseforetak selv skal tilpasse helsetjenestene slik de måtte ønske det. Det kan også virke som "bortkastede penger" med stadig omorganiseringer - når helseforetak ved hvert budsjett har store underskudd. Sett fra pasienter og pårørendes side er det svært viktig å ha en organisering som man kan finne fram i.

LMS hilser ellers velkommen Individuell plan, at ansvaret foreslås legges til kommunene, men at spesialisthelsetjenesten og fastlegene plikter å delta. For ruspasienter er det særlig viktig med faste og trygge personer å forholde seg til både før og under behandling og under rehabilitering i kommunene.