

Høringsuttalelse Nasjonal helseplan

For Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon, Eric Johanssen

Det er skammelig at en nasjonal helseplan bare inneholder ordet rus i to bisetninger. Rus vil være en av de største utfordringer i det nasjonale helsevesen i årene framover. Derfor har vi i RIO valgt å rette hovedfokus mot rus i vår høringsuttalelse.

Tall fra WHO viser at alkohol står for 10% av alle skader og sykdommer i den vestlige verden. Narkotika står for ca 1%. Det er til sammen 11% av alle sykehusinnleggelseser.

Pasientenes forhold til rusmidler må kartlegges ved enhver sykehusinnleggelse, på den måten kan man avdekke et skadelig forbruksmønster på et så tidlig stadium som mulig. Og dermed sette inn ressurser på å snu utviklingen før alvorlig avhengighet utvikles. Videre kan det ved denne type innsats også redusere antallet sykehusinnleggelseser som direkte skyldes rusmidler.

En nasjonal helseplan kan ikke eksistere i et vakuum, men må sees i sammenheng med all annen politikk. Nasjonale helsestrategier må bli en viktig del av næringspolitikken, spesielt når det gjelder alkoholpolitikk. Departementet må øve press på kommunene slik at de også fører en restriktiv alkohol/sjenkepolitikk. All den tid vi vet at 10% av alle innleggelseser skyldes alkoholbruk. WHO har ingen oversikt over hvor mye pleie og omsorgstjenester som direkte skyldes bruk av rusmidler, men det er god grunn til å anta at det er et stort tall.

Rusfeltet

For rusfeltet generelt er den største faren for god rusbehandling de foreslåtte retningslinjene for hvem som har rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Dette er retningslinjer som stenger ute de tyngste fra behandling der målsettingen er rusfrihet. Det er i dag spesialisthelsetjenesten og kun spesialisthelsetjenesten som sitter på behandling der målsettingen er rusfrihet, da blir det galt å så til de grader avgrense spesialisthelsetjenesten sitt ansvar.

Vi stiller oss meget tvilende til om innholdet i de nye retningslinjene er i tråd med intensjonene i rusreformen. Og ivaretar rusavhengige som selvstendig pasientgruppe.

Retningslinjene sier blant annet at rusmisbrukere med kognitive utfall ikke hører hjemme i spesialisthelsetjenesten, men i kommunene.

Retningslinjene legger til grunn at pasientene for å få RTHN (Rett til nødvendig helsehjelp) må oppfylle diagnosekriteriene etter ICD10-19 dermed omdefineres rusfeltet til å bli et psykiatrisk problemområde. Det er ikke lenger individets opplevelse av egne rusproblemer som skal være inngangsbilletten til hjelp, men at vedkommende oppfyller kravene til en psykiatrisk diagnose. Dette har aldri vært lovgivers intensjon med reformen.

Rusfeltet har lang erfaring med å gi pårørende hjelp. De nye retningslinjene sier klart at disse ikke har RTNH dersom de selv ikke oppfyller kriteriene for en ICD10-19 diagnose.

Det er god grunn til å stille spørsmål ved om disse diagnosene er fornuftige å bruke. Her skilles det klart mellom alkoholavhengig, opiatavhengig osv. Det stemmer ikke overens med misbrukerbildet i dag. Eksempelvis hvilken diagnose setter man på en pasient som bruker

amfetamin, valium, rohypnol, alkohol, hasj og heroin på en daglig basis? De fleste misbrukere i dag har et slikt misbruk.

Det sies klart at rusmisbrukere som ikke har fysiske eller psykiske følgetilstander, men sosiale følgetilstander ikke vil ha RTNH. Dette er alvorlig i forhold til at feltet er definert som tverrfaglig spesialiserte tjenester.

Det er krav om at poliklinisk behandling skal prøves før døgntilstand velges vil føre mange inn i en runddans av dårlige behandlingserfaringer. Erfaringer fra rusbehandling i dag er at svært mange har prøvd både poliklinisk og korttidsbehandling som de avbryter, før de omsider lykkes med langtidsbehandling.

I følge SIRUS er personer med lange opphold bak seg i en bedre situasjon enn personer med svært mange og korte opphold.

Betingelser for nytte

RHF ene vil utrede den enkeltes motivasjon grundig før han eller hun gis pasientstatus. Det samme gjelder hans eller hennes relasjonelle, familieorienterte og nettverksmessige situasjon og muligheten for at han eller hun har kognitiv svikt. **Pasienten må være motivert for behandling, likeledes må han ha sosiale rammer som støtter opp under et endringsarbeid, som sysselsetting bolig og økonomi.** Dette i seg selv stenger ute de tyngste.

Den som har lite hensiktsmessig bolig lite oppfølging fra den kommunale helse og sosialtjeneste forventes å ha lav nytte av spesialisthjelp. Her stenger de også ute de tyngste.

Om pasienten har gjentatte behandlingssekvenser bak seg, uten dokumenterbar effekt, indikerer det lav nytte også denne gangen. Vi vet i dag at de fleste trenger gjentatte behandlingsopplegg for å lykkes. Hvor mange forsøk får man i spesialisthelsetjenesten?

Dette viser svart på hvitt at spesialisthelsetjenesten bare har tenkt å gi et tilbud til ressurssterke "alkoholikere" som bor i egen bolig og har familie/ nettverk og jobb.

Retningslinjene vil bidra til at utvelgelsen av de som får behandling blir langt strengere, mange som kunne profitert på langtidsbehandling vil etter dette ikke bli henvist.

Vi leser mellom linjene at i framtiden vil de som blir henvist til langtidsbehandling være: Godt motiverte personer, under 25 år som ikke har tidligere langtidsopphold bak seg, men som har prøvd poliklinisk behandling og korttidsbehandling uten hell. Og som enten har selvmordstanker, er gravide, har familiestøtte og sosialt potensiale og kognitiv funksjon i behold. Og som klarer å ivareta sin ene sjanse – for de får bare en sjanse.

For langkomne opiatavhengige som har tidligere behandlingsforsøk bak seg blir tilbudet metadon, særlig dersom de ikke har ressurspersoner som står på for seg og krever et medikamentfritt tilbud.

Det heter at fokus skal rettes mot mulige bortfall eller fare for tap av bærende sosiale forhold eller betydelig nedsatt livskvalitet. Hvordan kan man etisk begrunne bet slikt utsagn? Hvor går grensene for betydelig nedsatt livskvalitet, dersom livskvaliteten i utgangspunktet er på et minimum?

Disse retningslinjene er et eksempel på det vi i RIO hele tiden har hevdet, vi får situasjoner som stenger ute folk fra behandling. Dette vil særlig gjelde de tyngste. Er tro på endring datostemplet? Vi ser at jo eldre en pasient er jo lavere blir han prioritert. Hvor gammel er man får det ikke lønner seg å satse på deg lenger? Hvor gammel er man før man mister pasientrettigheter?

Får disse retningslinjene stå får vi en situasjon som skaper A og B lag. Feltet vil igjen bli delt opp slik det var etter rusreform I med en kommunal og en statlig del. Rusreform II ga imidlertid staten ansvaret for hele rusfeltet. Begrunnelsen var å unngå å skape et A og B lag, der bare de mest ressurssterke får pasientstatus.

Dersom disse retningslinjene følges opp brytes intensjonene med rusreformen.

De nye retningslinjene kan bare forstås ut fra et perspektiv slik de nå foreligger: Meningen er å redusere antall pasienter med RTNH for på den måten å redusere utgiftene. Det er en billig måte å redusere de altfor lange ventelistene på, gjennom å sortere ut et A og et B lag.

Etter Rios mening er alle i utgangspunktet rettighetspasienter. Det må holde at en pasient kommer og ber om hjelp for sitt rusproblem for å utløse disse rettighetene. Da skal pasienten gis et tilbud utfra eget ønske og behov. Uavhengig av kost/nytte. Dette tilbudet må forankres i en individuell plan.

Individuell plan som et verktøy for samhandling

Livskvalitet, mestring og medvirkning er sentrale punkter i Individuell plan. Individuell plan er et genialt verktøy som fagfolk vegrer seg for å bruke. Et genialt verktøy fordi alle inkludert brukeren kan utvikle seg i samhandling med andre. Individuell plan er beskrivelsen av hvordan man bruker et samhandlingsverktøy.

Individuell plan er et verktøy der brukeren eller pasienten er likestilt med profesjonsutøvere og andre personer som er en del av en samhandlingsgruppe med bakgrunn i pasientens sammensatte problem, behov og utfordringer.

Med enklere ord så samler man en gruppe mennesker med bakgrunn i en person sitt sammensatte problem. Man skal i fellesskap løse disse problemene skråstrek utfordringene.

Alle personene som har sin plass i dette midlertidige profesjonsnettverket har en begrenset men viktig kunnskap med inn i gruppen.

Alle representerer et eller annet offentlig og eller frivillig system. Brukeren er et system i seg selv. Man er i en situasjon der man skal dele kunnskap og bygge relasjoner. Brukeren eller pasienten er selvfølgelig i sentrum. Det er han eller hun dette dreier seg om.

Noen kaller det brukerens plan, er enig i dette, men det kan misforståes. Brukeren/pasienten er likestilt med de andre i gruppen uansett brukers/pasients ståsted. Det er ikke slik at gruppa skal gjøre alt brukeren ønsker at den skal gjøre.

Her kommer også koordinatoren inn. Koordinatoren skal lede arbeidet og være brukerens/pasientens støttespiller gjennom hele behandlingsprosessen eller rehabiliteringsprosessen.

Koordinator må også som utgangspunkt ha en god relasjon til pasienten. Eneste grunn til at mann i det hele tatt har en koordinator er at man ikke kan forvente av pasienten at man skal kunne alt om sine rettigheter, muligheter og hvilke krav som stilles til deg som pasient, eller ha andre begrensninger som krever en nær støttespiller.

Vi har hatt mange reformer i helsevesenet og i andre deler av offentlig sektor de siste årene. Det beste ved reformene er at de belyser problemene eller utfordringene vi står ovenfor. Samhandling eller mangel på samhandling er på alles lepper. Ikke noe nytt for de fleste, men reformene gjør at vi blir enda flinkere til å snakke om de samme utfordringene gang på gang. I praksis skjer dessverre lite.

Derfor har jeg laget en case, der jeg har en pasient ved navn Ole. Han er en psykisk syk, funksjonshemmet noe eldre rusmisbruker, dårlig rygg og nylig utsatt for en bilulykke. Han ligger på Universitetssykehuset i Tromsø med hodeskader, men med gode utsikter i forhold til hodeskaden.

Han blir etter noen dager tilbudt en individuell plan av en av 10 sosionomer på sykehuset. Ole har fortalt mye om seg selv. De skjønner at Ole trenger mye hjelp.

Sosionomen på avdeling for brudd og hodeskader setter her i gang en prosess. Hun innkaller aktuelle profesjonelle fra kommunehelsetjenesten og sosialkontoret. Hun trekker inn folk som har jobbet sammen med Ole og hans problematikk. Hun trekker inn en tidligere støttekontakt og hun innkaller et nært familiemedlem.

Alt dette i samhandling med Ole. Sosionomen på sykehuset som ligger under spesialhelsetjenesten helse nord er en midlertidig koordinator. Ole vil bli frisk av hodeskaden med litt oppfølging av fysioterapeut. Med andre ord er Sosionomen på dette sykehuset eller denne avdelingen overflødig i den kommende individuelle planen. Vi må allerede nå ha en ny koordinator.

Ole vil ha behandling for sine psykiske problemer og sine påfølgende rusproblemer. Han regner også med å få bedre hjelp til å mestre sin funksjonshemming. Ole lider av MS.

Ole må søkes inn i behandling av Sosialtjenesten eller fast legen sin som han ikke helt vet om han har. Da Ole har sin inntekt gjennom grunnstønad fra trygdeetaten pluss sosialtjenesten er det naturlig at sosialtjenesten er innsøkende instans og tar på seg koordinatorrollen. Ole har god relasjon til dama på sosialkontoret. Hun har alltid tilrettelagt for at Ole kan få utløp for noen av sine interesser. Ole er ekstremt fotinteressert. Oles tidligere støttekontakt har fremdeles også de samme interessene.

Ole fikk plass på en døgnbasert behandlingsinstitusjon på tross av at han har mislykkes før og med det ikke var rettighetspasient. Et felles påtrykk fra I P gruppa gjorde dette mulig da de rakk opp henda og sa: At forrige gang Ole var i behandling hadde samhandlingen vært dårlig. Ole trengte og fortjente en ny sjanse.

Gjennom å jobbe seg frem til et felles minimum verdisystem i gruppa der Ole var meget sentral, og der Ole viste at han var et menneske bak ulike diagnoser og et rusmisbruk fikk han plass etter en ventetid på seks måneder. Stedet var en plass på vestlandet da helseregion Nord Norge ikke hadde et bar nok tilbud til Oles sammensatte problem. Tiden imellom ble brukt godt i kommunen Ole bodde i. Det ble ordnet med en helt normal bolig med oppfølging i venteperioden, Ambulerende Tverrfaglig Team kalte dem det.

Den lokale DPS hadde fått egen ruspoliklinikk for de som også hadde psykiske lidelser. Ole fikk et begrenset tilbud der i ventetiden. Han slapp å dra hele veien opp til poliklinikken.

Poliklinikkemenneskene dro hjem til Ole sammen med støttekontakt og andre viktige I P aktører, blant dem A – etat og en dame fra trygdeetaten som hadde med grunnstønader å gjøre. I P møtene var faktisk flere ganger hos Ole. Som likestilt i et system kunne han ikke forvente at alle møtene var hjemme hos han.

Ole klarte å få til en positiv endring i disse seks månedene. Han var fremdeles full av angst og hadde et dårlig syn på seg selv, han opprettholdt også kontakt med rusmiljøene og drev noe kriminalitet for å finansiere sitt nå reduserte rusmisbruk.

Ole klarte å holde seg rusfri dagen før han skulle på fotokurs med støttekontakten sin og dagen da han var på fotokurs. Han holdt mer orden hjemme og var flinkere med egen hygiene. Han var blidere enn før.

Tiden var kommet da han skulle reise til en institusjon på vestlandet et sted.

Ole var nå langt bedre rustet for behandling. Han trengte fremdeles skjerming fra seg selv og sine omgivelser, men ikke fra omverden. Ole var kommet til et sted der man måtte lære seg å forholde seg til andre mennesker samtidig som man hadde fokus på den enkeltes interesser og ressurser.

Ole tok kontakt med en fotobutikk som lå lokalt ved behandlingsinstitusjonen. Han meldte seg også på et fotokurs der han riktignok måtte reise noen mil en gang i uka for å komme frem og tilbake. Disse initiativene kostet Ole mye krefter. Han hadde også fått et 3 ukers opphold på et MS rehabiliteringssenter midt inne i døgnbehandlingen sin, der han også skulle være sammen med såkalte normale.

Han hadde klart og overvinne angsten, tatt utfordringen og gjort det han ønsker mer enn noe annet. Han delte disse voldsomme påkjenningene med støttekontakten sin over telefon. Han delte disse påkjenningene med Behandleren sin på institusjonen og han delte det med manngruppa LOTTAR på institusjonen. Han delte også disse påkjenningene når hele I P gruppa var samlet.

Ole reiste ofte hjem til leiligheten sin. Han etablerte også kontakt med et fotosenter hjemme. Han begynte gradevis å jobbe der og var mer og mer hjemme, med god støtte fra A - etat. Han tok flere kurs. Han var i ferd med å få noen få gode sentrale venner som delte hans interesser. Han utviklet seg sammen med dem. A etat var nå en sentral del av I P gruppa. Behandlingsinstitusjonen kunne gradvis trekke seg ut av gruppa. I P gruppa til Ole besto totalt av 10 personer, noen ut og noen inn. Alle var nødvendig med utgangspunkt i alle utfordringene Ole sto ovenfor, eller som det heter i lovverket Oles sammensatte problem. Sjansen for at I P gruppa eller det midlertidige profesjonsnettverket nå

kunne skiftes ut med et helt normalt sosialt nettverk var nå tilstede. Ole hadde fått innhold i livet sitt.

Innehold i livet er ofte det det handler om når man av en eller annen grunn er satt ut av arbeidslivet og har eller får et sammensatt problem, enten det er på grunn av rusmisbruk, psykiske lidelser, trafikkulykke eller funksjonshemming i ulike varianter eller alt sammen på likt. Alle de andre systemene rundt Ole hadde også utviklet seg. De hadde satt eget system inn i et større perspektiv

Individuell plan er et samhandlingsverktøy alle kan få glede av, ikke minst brukeren. Grunnen til at vi i det hele tatt har denne loven er at man skal kunne samle en visst antall mennesker med ulik profesjonsbakgrunn og fra ulike systemer rundt brukeren med bakgrunn i brukerens sammensatte problem, behov og utfordringer.

Brukeren er et system i seg selv. En individuell plan skal også ha en koordinator, kun av den enkle grunn at brukeren av systemet ikke er i stand til å ta den rollen på daværende tidspunkt. På sikt må det være et mål om at brukeren selv er koordinator.

Det aller viktigste med individuell plan som verktøy er at alle systemer er likestilt inkludert brukeren som system. Alle som er en del av en individuell plan kan sette eget system inn i et større perspektiv, og med det utvikle seg. De ulike systemene bygger relasjoner til hverandre som igjen fører til at man kan sette krav til hverandre. Brukeren setter krav til systemene og systemene setter krav til brukeren.

Det er viktig at individuell plan menneskene ikke bare består av ulike profesjonelle, men også av andre med god relasjon til brukeren, og av folk som administrerer ulike aktiviteter. Målet med individuell plan må være å gå fra et midlertidig stigmatiserende nødvendig profesjonsnettverk til et mer ordinært sosialt nettverk. En annen måte å si det på er å gå fra profesjonelle tilretteleggere til tilretteleggere som består av et normalt sosialt nettverk.

Mennesker som klarer å innpasse seg samfunnet har et normalt sosialt nettverk som sine tilretteleggere. Vi er alle avhengig av andre mennesker for å fungere. Alle er avhengig av å gjøre ulike aktiviteter sammen med andre for å fungere. Alene blir vi syke.

Hvis Kommunehelsetjenesten klarer å samhandle gjennom individuell plan med de nødvendige døgninstitusjonene på spesialisthelsetjenestenivå samt A- etat og omvendt blir overgangen til den kommunen man skal bo i langt bedre enn nå, og vi kan vi nå lang. Samhandling er også eneste muligheten å effektivisere helsevesenet og andre offentlige innstanser på.

Vi er spent på om de ulike profesjonene ønsker en slik samhandling eller vil fortsette som nå å forsvare sine systemer med nebb og klør. Konkurransen mellom de offentlige systemene styrker ikke samhandlingsmulighetene.

Alle er redd for å blottlegge eget system for å synliggjøre sin begrensning. Vi er bare mennesker. Som individer forsvarer våre liv. Vi gjør også dette på systemnivå.

Det er mange forhold som skal sikres i forhold til I P. Samtykke om helsehjelp, rett til å medvirke i valg av behandling og ikke minst valg av nødvendige profesjonsaktører og andre med bakgrunn i pasientens problem, behov og utfordringer.

Forvern skal ikke erstattes men være en del av samhandlingsgrunnlaget og prioriteringsgrunnlaget. At man skal arbeide parallelt ut fra hva som er gjort på kommunalt nivå eller hva som er kartlagt på kommunalt nivå er ikke å erstatte. Individuell plan er et samhandlingsverktøy mellom ulike systemer med brukeren som et av flere nødvendige samhandlingssystemer.

Ettervernet eller integreringsprosessen erstattes heller ikke, men kommer som en naturlig del av den samhandlingen som er pågått i forkant. Først integreres man så verner man om det, som andre godfolk.

Et nært samarbeid mellom alle mulige tenkelige systemer uansett forvaltningsnivå, der alle kan sette eget system inn i et bredere perspektiv er hva dette handler om. Bonusen er at alle systemene inkludert brukeren som system utvikler seg. Menneskene i systemene utvikler seg fremfor å stagnere. Det hele handler om å tilrettelegge for å bli et helt menneske

Planen må kunne justeres ved behandlingsbrudd uansett årsak.

Det kan fort misforstås at planen er brukerens plan. I P er et verktøy der brukeren er likestilt med de øvrige profesjonene med brukeren i sentrum, ganske naturlig når det er brukerens liv dette gjelder, men likevel viktig for at de nødvendige systemene rundt skal utvikle seg som nevnt ovenfor.

Det aller viktigste med individuell plan innenfor rusfeltet er å tilrettelegge for aktivitet under behandling, etter behandling, slik at det enkelte menneske kan oppleve mestringssituasjoner som igjen gjør at angsten slipper taket og selvbildet blir normalt. Det er hva individuell plan handler om og hva behandling bør dreie seg om.

Koordinatorer er viktig og bør ha en god relasjon til den det gjelder. Ideelt sett bør denne funksjonen ligge på kommunalt nivå, men kan også være på institusjonsnivå i den perioden pasienten er på døgninstitusjon når det er nødvendig og når en eventuell god relasjon er etablert for så å overføre koordinatoransvaret til en kommunal tjeneste når dette er naturlig. Alt dette krever god samhandling.

Konfliktområdene er en utfordring. Alle utfordringer er en positiv greie i seg selv. Troen på det enkelte individ er til god hjelp.

Motivasjon kommer underveis og krever god samhandling. Uten god samhandling skader vi dessverre veldig mange fremfor å rehabilitere. Helse er å være en del av noe med og uten funksjonshemming.

Tror også vi må se på finansieringsordningene som også er et hinder for samhandling, helt sikkert også taushetspliktreglene som fagfolkene av en eller merkelig grunn er mer opptatt av enn pasientene, antagelig for å ikke blottlegge egen begrensning.

Vi i RIO er lei av stakkarsliggjøringen av en gruppe mennesker som bli større og større. Hvis dere går inn i dere selv og tenker på hva dere trenger for å leve en greit liv og tilrettelegger deretter, er mulighetene for bedre resultater store i dette resultatorienterte samfunnet. Min påstand er at rusmisbrukere flest er resurssterke mennesker. Dette med bakgrunn i at dette livet også må organiseres. Det er ingen 8 –4 jobb. Faktisk også mye nattarbeid.

Se menneske bak rusmisbrukerfasaden og de ulike diagnosene. Livet handler om å få utløp for egne ressurser og interesser.

Dere er midlertidige tilretteleggere i mangel på et mer naturlig sosialt nettverk som faktisk er deres tilretteleggere. Dere er som individer avhengig av andre for å fungere. Systemene er avhengig av andre systemer for å fungere. Individuell plan er et genialt verktøy.

IKT i helsetjenesten

RIO støtter at det etableres et felles IKT nett for sentrale helse og trygdeaktører. Slik som det er beskrevet i planen.

RIO ønsker å påpeke at målet når det gjelder epikriser er at disse skal følge pasienten.

Forskning

RIO støtter forskning både på folkehelsenivå og mer spesialisert.

RIO ønsker at departementet skal arbeide for at rusmedisin blir eget spesialistfelt så fort som overhodet mulig.

Eric Johansen
Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon