



Hørings svar Landsforbundet Mot Stoffmisbruk

UTTALELSE Nasjonal Helseplan (2007-2010)

Oslo, 23. juni 2006

Innledning

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS) er landets største frivillige organisasjon innen narkotikafeltet med 6000 medlemmer som hovedsakelig består av pårørende til rusmisbrukere. LMS har i dag 70 lokalforeninger spredt over hele landet.

Mange pårørende har kjempet i årevis for å få behandling og hjelp for sitt rusmisbrukende barn i et helsevesen som ofte føles tungvindt og vanskelig for pårørende å finne fram i. Ikke minst når det gjelder ungdom over 18 år står foreldre mer eller mindre hjelpeløse på sidelinjen og ser sine barn forsvinne lengre og lengre ned i rushelvete uten å ha mulighet til å gripe inn fordi man stoppes av taushetsplikten. All behandling i Norsk helsevesen skal være frivillig fra pasientens side, noe som vanskeliggjør forelderrollen som er å hjelpe sine barn i vanskelige situasjoner – noe et rusmisbruk er.

Forord

LMS er en frivillig, ideell organisasjon som skal ta vare på og hjelpe pårørende til rusmisbrukere slik at disse skal kunne fungere i en vanskelig hverdag. Pårørende til rusmisbrukere lever med angst for overdoser, trusler om vold, trusler fra torpedoer på grunn av narkotikagjeld som deres barn har, angst for "hvor er mitt barn", "hva skjer med mitt barn" osv. Dette fører svært ofte til langtidssykemeldinger og uføretrygd.

LMS konsentrerer seg i dette høringssvaret om ruspasientens situasjon i det offentlige helsevesen og om deres pårørende. Det er disse gruppene LMS er bygget opp for og som vi har stor kjennskap om.

- forebyggende arbeid hjem/ barnehage, hjem/ skole
- helsetjenestens utfordringer i rusbehandling
- ruspasienter og rehabilitering i kommunene der ruspasienten og deres familie bor
- fastlegenes rolle etter rusreformen
- helhetlig og integrert helsehjelp
- kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten
- fritt sykehusvalg/ valg av behandlingssted
- faglig og personlig utvikling for "rusmedarbeiderne"
- sosial ulikhet i helse skal bekjempes
- skille mellom rus og psykiatri

1. RAMMER OG SPØRSMÅL TIL HØRINGSINSTANSENE

1.1 Rammer og bakgrunn for høringsnotatet

Kommentarer: Pårørendes rolle

I dagens helsevesen står frivillighet til behandling sterkt. Ofte er det slik at rusmisbruk tar bort både evnen og viljen til behandling for misbruket, derfor er pårørendes rolle "som pådriver" og motivering for å få rusmisbrukeren til å søke behandling særlig viktig i disse tilfellene. Når pasienten søkes inn til behandling i spesialisthelsetjenesten, vil ofte pårørende være helt sentrale for å kunne utvikle god behandling og for å kunne hjelpe til med et rusfritt nettverk i rehabiliteringsperioden etter behandlingen. Ruspasienter trenger tett oppfølging og et rusfritt

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg
S.nr. 200602349 - 120

nettverk for å klare et rusfritt liv. Familiene til ruspasienter er derfor særs viktige for å kunne motivere og styrke ruspasientens lærings- og mestringsevne etter behandling.

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk tilbyr i dag blant annet kurs i "Kunnskap og Mestring", "Å leve med uvissheten", "Søskenkurs", "Når den rusavhengige får barn, og har utviklet "Søsken på nett". I tillegg utdanner LMS selvhjelpsledere til våre selvhjelpsgrupper som LMS lokalforeninger driver flere steder i landet. LMS har i mange år drevet en landsomfattende rustelefon for familier/ pårørende til rusmisbrukere. Alt dette er kurs/ tiltak som er helt nødvendige for at pårørende skal kunne leve et "normalt" liv med en rusmisbruker tett innpå seg. Man kan si at disse kursene for mange er "livreddende" og helt nødvendige.

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk har et sterkt ønske om å videreutvikle sine kurs i tett samarbeid med lærings- og mestringssentrene og kompetansesentrene. LMS har over 25 års erfaring med pårørende til rusmisbrukere og sitter derfor inne med stor kompetanse på dette området.

Det å ta vare på og inkludere familiene til ruspasienter vil kunne spare samfunnet for store utgifter til sykemeldinger og uføretrygd. Dette er god styrking av folkehelsearbeidet og vil kunne forebygge mange lidelser.

Pårørende/ familiene til ruspasienter må mye sterkere inn i arbeidet med Individuell Plan slik at pårørende synliggjøres på en mye klarer måte i behandlingsforløpet til ruspasienten.

LMS legger spesielt merke til at det står i høringsnotatet: *Bruker og brukerorganisasjoner vil få en forsterket og sentral rolle i utformingen av drift av framtidens helsetjeneste. Brukere er spesialister på egne behov og beste mestring av egen helse og vil derfor være en ressurs blant annet for god kvalitet og riktig prioritering.* LMS sitter inne med stor kunnskap på området rusavhengighet og ser fram til å bli tatt med i råd og utvalg i utformingen av framtidens helsetjenester for pårørende og rusmisbrukere. LMS ser også fram til å være en ressurs og en god aktør til å i samarbeid med helsetjenesten og å videreutvikle kurs for pårørende/ familiemedlemmer til rusmisbrukere/ ruspasienter. Ruspasienter er forskjellige fra andre pasienter fordi de ofte ikke er motiverte til å ønske behandling. De klarer ofte ikke rehabiliteringsprosessen fordi de trenger rusfrie nettverk og tett oppfølging med lære-tilbake-til-livet etter et rusmisbruk. Her vil LMS og pårørende til ruspasientene kunne være en ressurs.

Tannhelsetjenesten for rusmisbrukere må utvikles og styrkes. Landsforbundet Mot Stoffmisbruk er glad for at tannhelsetjenesten til rusmisbrukere ble styrket i Nasjonalbudsjettet 2005, men vil påpeke at det er ytterligere behov for å styrke dette området. Tannhelsen til rusmisbrukere er ofte svært dårlig og dette må bli en naturlig del av behandling og rehabilitering for denne pasientgruppen.

1.2 Spørsmål til høringsinstansen

Kommentar:

- *Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?*

LMS ser med stor bekymring på at behandlingstiden i spesialisthelsetjenesten stadig kortes ned. De som jobber innen rusfeltet anbefaler ikke dette og LMS stiller da spørsmål ved at behandlingstiden flere steder likevel kortes ned og at det vektlegges dag-/ poliklinisk behandling.

- *Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?*

LMS mener at en av de aller største utfordringene i framtiden for helsevesenet vil være økt narkotikamisbruk. Undersøkelser gjort ved skoler viser at narkotika finnes i omløp på de fleste skoler i landet. LMS ser at helsevesenet ikke følger med i denne utviklingen og stiller spørsmål ved om dette er en ansvarsfraskrivelse i forhold til at narkotika og rusmisbruk er et felt som er for omfattende for spesialisthelsetjenesten og kommunene i dag og også i framtiden. Rusmisbruk er helt klart en av de sentrale utfordringene til helsevesenet i framtiden og må vektlegges på en annen måte enn i dag. Det gjelder forebyggende i barnehage/ skole i samarbeid med foreldre. Det gjelder behandlingsplasser for ungdom under 18 år og ungdom i en begynnende rusfase. Det gjelder rask saksbehandling og utredning for motiverte rusmisbrukere med en lengre "ruskarriere". Det gjelder behandling og hjelp til pårørende til rusmisbrukere/ pasienter.

- *Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?*

Forebygging og opplysning til foreldre. Forebygging bør bli lovpålagt. I dag er forebygging ofte en salderingspost på kommunenes budsjett på grunn av dårlig økonomi.

Rusavhengighet og psykiatri må skilles. Uten at pasienten har en historikk på psykiske lidelser før rusavhengigheten, vet vi at bruk av narkotika fører til psykiske lidelser, såkalte rusrelaterte psykiske lidelser. Disse går ofte over når pasienten har vært rusfri over en lengre periode. LMS ønsker rusbehandling organisert i eget HF som i Helse Midt Norge.

Rusavhengighet som et eget medisinsk område/ spesialitet. Ruspasienter har nå rettigheter etter Pasientrettighetsloven, men rusavhengighet er ingen medisinsk spesialitet (studie/ universitetsutdannelse). Har man hjertelidelser, magelidelser, kreft, rygglidelser osv osv så blir man henvist til en spesialist på området. Rusavhengighet må få sin spesialist – bli en egen medisinsk spesialitet. Dette vil gi større rom for forskning og større interesse for rusbehandling i det medisinske miljøet innenfor spesialisthelsetjenesten.

Rusavhengighet som egen diagnose. Hvordan behandle rusavhengighet når dette ikke er en egen diagnose? For å komme til behandling i spesialisthelsetjenesten er det i dag viktig å få en diagnose – ikke minst for å få til rett behandling.

Fastleger må ha mye større kunnskap/ utdannelse om rusavhengighet. Mange fastleger i dag ”vegrevr” seg for å behandle ruspasienter da de ikke har kunnskap om rusavhengighet. Flere leger ”feilbehandler” ruspasienter – særlig ungdom i en begynnende rusfase.

Rehabilitering av ruspasienter må under trygdekontoret som rehabilitering av andre pasienter som skal tilbake til arbeid og fungere normalt i samfunnet.

Rehabiliteringsboliger bør være en del av spesialisthelsetjenestens behandling. Ruspasienter må ha tid til å læres opp til å bli integrert i det ”normale” samfunnet etter ofte flere år i tunge rusmiljø. De trenger tid til å skape seg et rusfritt nettverk, gjeldssanering, skole/ arbeid og å komme tilbake til sin familie. Slike ting er ofte helt nødvendige for å kunne klare et rusfritt liv etter behandling.

– *Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttes?*

Rusavhengige er ofte avhengig av familien som ”pådrivere” og motivator for å komme til behandling. Familiene/ pårørende må der dette er mulig, involveres mye sterke i behandlingsprosessen. Familiene/ pårørende bør få større brukermedvirkning enn de har i dag. Ved for eksempel å bruke pårørendeorganisasjoner mye sterkere når strategier og tiltak skal besluttes vil helsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten få stor kunnskap om ”hvor skoen trykker” og få et godt grunnlag for å gi ruspasienter behandling og oppfølging som vil gi resultater. Det er i dag mye uvitenhet og forskjeller rundt om i landet både på kommunenivå og spesialistnivå. Familiene/ pårørende bør for eksempel involveres mye sterkere inn i arbeidet med Individuell Plan.

Der beslutninger tas er det lite kunnskap om rusavhengighet. For eksempel i mange kommune-/ bystyrene, i RHF styrene og i HF styrene. LMS har sett at dette gir seg uheldige utslag når det gjelder rusavhengighet både i kommune Norge og i spesialisthelsetjenesten (ref Retningslinjer for vurdering av henvisning til tverrfaglig behandling av rusmisbrukere).

Forskning på hvordan en rusmisbruker påvirker hele familien vil gi verdifull kunnskap om hvordan familiene/ pårørende kan tas vare på og derved unngå lange sykemeldinger og uføretrygd.

LMS har stor tro på *reel* brukermedvirkning!

Felles utfordringer i helsetjenesten

Når et gjelder utfordringer for ruspasienter ser LMS at her er det nok av utfordringer på alle plan. Det gjelder både 1. og 2. linje tjenesten. Det gjelder fastlegene og det gjelder legene på sykehusene. Begge grupper har i dag for lite kunnskap om rusavhengighet. Samhandling mellom etater og nivåer må bli mye bedre. I dag er det stor forskjell fra kommune til kommune. For eksempel flere steder i landet vet ikke kommunene når ruspasientene er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten slik at pasienten nærmest står uten oppfølging i kommunen når behandlingsperioden er ferdig og rehabilitering skal begynne. Både i behandling og rehabilitering er det store forskjeller i de fem forskjellige helseregionene. Det er stor forskjell også fra store til små kommuner og fra bykommuner og landkommuner. Det ville vært en fordel ”å samle Norge” slik at tilbud om behandling og rehabilitering for ruspasienter kunne bli tilfredsstillende om man bor i Nord eller Sør.

Det å kunne legge ned det som ikke fungerer og bygge opp det som i dag fungerer for ruspasienter ville vært en stor fordel både menneskelig og økonomisk.

Ruspasienter/ rusavhengige vil i framtiden bli en av de store utfordringene i helsetjenesten.

Det er en oppfordring til departementet å se på hvordan holdningsskapende arbeid innen rusavhengighet og bruk av rusmidler kan arbeides med både for barn, ungdom og voksne.

Det er også en utfordring for departementet å involvere pårørende/ familiene/ organisasjoner mye dypere i brukermedvirkningen ved å gi dem reell brukerinnflytelse.

2. UTFORDRINGER FOR FOLKEHELSEN – FOREBYGGING

Når det gjelder forebygging innen rusfeltet har departementet her en stor utfordring. Slik forebygging må inn allerede fra graviditet. Her listes opp noen punkter:

Mors kunnskap om rusbruk ved graviditet

Foreldres kunnskap om bruk av rus med barn tilstede

Ansatte i barnehager må få opplæring til å ta initiativ når man ser at barn lider i et hjem med rusmisbruk (barn som pårørende)

• Holdningsskapende arbeid hjem/ skole

Gode forebyggingsprogrammer inn i skolene allerede fra 1. klasse der ikke bare elever er involvert, men også foreldre

Forebygging inn i skoleplanen. I dag har de fleste skoler en såkalt ANT – uke (Alkohol, narkotika, tobakk). Dette er langt fra nok. Forebygging handler om holdninger og kontinuitet og bør derfor være en del av fagplanen i skolen. Det kan også stilles spørsmålsteget ved begrepet ANT fordi alkohol er lovlig og tobakk er lovlig, mens narkotika stiller helt i en egen klasse fordi narkotika er forbudt ved lov – illegale narkotiske midler.

Kunnskap til ansatte i skolen slik at de vet hvilke signaler de skal se etter ved rusmisbruk og at de skal vite hvordan de tar tak i slike problemer. Når man ikke vet og har kunnskap tør man heller ikke ta tak i problemet.

Et apparat som tar tak i rusproblemer når barnehage eller skole melder fra. I dag er det ofte PP tjenesten eller helsesøstertjenesten som blir ”neste instans” etter at skolen har meldt fra. PP tjenesten og helsesøstertjenesten har ofte ikke nok kunnskap om rusmisbruk. Det er i tillegg ofte ventetid for å komme til PP tjenesten. I dag finnes det svært få behandlingssteder for ungdom med rusavhengighet under 18 år. Det er vanlig å henvise disse til psykiatrien. Dette gjør at ungdom under 18 år med et rusproblem svært ofte videreutvikler sitt rusproblem uten å få den hjelp de trenger i en tidlig rusfase til å komme ut av sitt rusmisbruk. Dette området er en stor utfordring i dagens helse Norge.

5. PSYKISK HELSE

(Siden rusavhengighet er nærmest fraværende i høringsnotatet og unge rusmisbrukere er så vidt nevnt uner pkt 5, tillater LMS seg å komme med en del uttalelser under dette kapitlet.)

Som nevnt før mener Landsforbundet Mot Stoffmisbruk at psykiatri og rusbehandling er to forskjellige medisinske enheter og at HFenes organisering der rus/ psykiatri er lagt innunder et HF er uhelding. LMS ønsker en organisering som i Helse Midt Norge der rus er organisert i eget HF. Her ser man et helt annet fokus på rusbehandling enn andre steder i helseregionene.

Når det er sagt kan man se en del parallelle trekk mellom rusmisbruk og psykiatri. Med det menes for eksempel blant annet:

Psykiske lidelser var lenge ”skambelagt” og skulle ikke snakkes om. I dag sliter rusavhengighet med mye av det samme.

Psykiatrien fikk sin opptrappingsplan. I dag holder helse- og omsorgsdepartementet på med en opptrappingsplan på rusavhengighet. Her må følges øremerkede midler med som det gjorde med psykiatriplanen.

Psykiatriske pasienter trenger ofte lang oppfølging og tett kontakt med spesialisthelsetjenesten etter behandling. Det gjør også ruspasienter.

Psykiatriske pasienter trenger god samhandling mellom etater og 1. og 2. linjetjenesten. Det gjør også ruspasienter.

Psykiatrien trenger kvalitetssikring av behandling og tjenester. Det er noe rusbehandling og rusomsorgen ”skriker etter”.

Psykiske lidelser har vekslende varighet og alvorlighet. Slik er det også med rusavhengighet.

Etablering av ambulante team ved alle DPS er et viktig tiltak for å øke tilgjengeligheten til tjenesten, etablere bedre samarbeid mellom første- og annenlinjen og med politiet, og for å sikre raske og riktige tiltak overfor den enkelte pasient. Rusmisbrukere klarer ofte ikke å møte opp til avtalte timer. Å bruke ambulante team både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten vil være en stor fordel også for ruspasienter.

Noen generelle betraktninger

Altså, som man ser sliter ruspasienter og gruppen rusmisbrukere og deres pårørende med mye som psykiatrien har kjempet med i årevis. Derfor kan det være mye å hente av erfaring ved å se på hvordan psykiatrien har utviklet seg de senere årene.

Når det er sagt vil LMS igjen presisere at rusavhengighet og psykiatri er to forskjellige områder og lidelser.

Signaler som sendes ut fra helseregioner kan nå se ut til å gå i retning av at det skal bli kortere behandlingstid i spesialisthelsetjenesten for ruspasienter, det skal bli vanskeligere å komme inn som rettighetspasient og det kan se ut som om hjelp og behandling først og fremst skal gis gjennom det kommunale tiltaksapparatet. Dette er en trend som LMS mener blir helt feil. Ruspasienter trenger ofte langtidsplasser i spesialisthelsetjenesten og tett oppfølging av både spesialisthelsetjeneste og kommune i rehabiliteringsperioden. Samhandling og kunnskap om rusavhengighet er helt nødvendig for at en ruspasient skal kunne få et rusfritt liv. Spesialisthelsetjenesten kan ikke fraskrive sitt ansvar ved å si at ”dette får kommunene ta hånd om”.

Spesialisthelsetjenesten kan heller ikke legge ansvaret for ruspasienter og behandling av rusavhengighet inn under psykiatrien.

En stor utfordring til utforming av et helhetlig behandlings- og hjelpetilbud ligger i manglende kapasitet og kompetanse på rusavhengighet i spesialisthelsetjenesten – ikke minst i styrene i RHFene som skal gi føringer til HFene. Samhandling og felles forståelse for behandling og oppfølging av ruspasienter må gå fra Storting, departement, RHF og HF og fra de som til daglig arbeider eller lever med rusmisbrukeren tett innpå seg. De som ser hvor skoen trykker må tas på alvor. Det vil aldri finnes rimelige, lettvinne løsninger for behandling av rusmisbruk.

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk ser fram til å bli sterkt involvert i Opptappingsplan for rusavhengighet og at det følger med øremerkede midler med opptappingsplanen.

LMS ser i høringsnotatet at unge rusmisbrukere igjen er nevnt spesielt under avsnittet psykisk helse. Vi ser at dette er uheldig da unge rusmisbrukere svært ofte trenger behandlingsplasser for sin rusavhengighet – ikke poliklinisk behandling innenfor psykiatrien. Igjen – psykiatri og rusavhengighet må ikke integreres, men skal være to atskilte medisinske enheter. Det er en selvfølge at rus/ psykiatri/ somatikk samarbeider der pasienten har behov for dette.

Det står i høringsnotatet: ”Uten bedring i det samlede kommunale tilbudet og fortsatt styrking av det kommunale psykiske helsearbeidet, vil heller ikke spesialisthelsetjenesten kunne gi et tilfredsstillende tilbud”. Dette står i avsnittet der unge rusmisbrukere nevnes spesielt. Hvis dette også gjelder rusavhengighet mener LMS dette er en ansvarsfraskrivelse fra spesialisthelsetjenestens side. Spesialisthelsetjenesten må ta sitt ansvar som behandlende instans og ikke ”velte” ansvaret over på kommunalt nivå. Hvor går skillelinjene mellom behandling og oppfølging?

Det står også under kapittel 5 psykisk helse: Det knytter seg en særskilt utfordring til å finne gode og verdige løsninger for ressurskrevende personer som lever på kant med loven, eventuelt som i perioder kan ha en ha aggressiv eller ubehagelig adferd eller som i verste fall kan begå farlige handlinger overfor seg selv eller andre. Det er etablert et nært samarbeid med justismyndighetene på alle nivåer. Evaluering av særreaksjonene er iverksatt.

Under denne kategorien vil helt klart rusmisbrukere kunne komme. Landsforbundet Mot Stoffmisbruk ønsker lettere tilgang til tvang i Loven om Sosiale Tjenester (LOST) for ungdom mellom 18 og 23 år. LMS ønsker å dømme rusmisbrukere til behandling og ikke til ordinært fengselsopphold. LMS var høringsinstans vedrørende Drug Curt.

I dag finnes det ca 30 plasser i Norge som kan ta tvang etter (LOST). LMS ønsker en evaluering av disse plassene for å se på hvilke ”tvangsbehandling” som er til det beste for ruspasienten og som gir best resultat til et rusfritt liv.

Når det gjelder henvisning fra sosialtjenesten eller fastlegen til behandling i spesialisthelsetjenesten samt utredningen av ruspasienten, bør det her gås igjennom rutineene som i dag brukes. LMS mener at denne prosedyrene tar alt for lang tid og at den må kunne gjøres på en raskere og mye mer effektiv måte. For fra henvisning til inntak til behandling lever ruspasienten ofte på gata i tungt rusmiljø. Dette ser LMS som meget uheldig!

Det står i høringsnotatet 5.3:

Utfordringer for den samlede helsetjenesten

- Det er geografiske forskjeller i kvalitet og innhold
- Det er behov for å tydeliggjøre og styrke det faglige innholdet i tjenestene
- Det er behov for å videreutvikle mål og indikatorer for faglig innhold
- Det er behov for å ha et økt oppmerksomhet på pasientflyt slik at flaskehals kan avvikles
- Det er behov for å styrke brukervedvirkning ytterligere
- Det er behov enhetlig leveranse av integrerte tjenester. Individuell plan er ett av flere virkemidler.
- Det er behov for å klargjøre oppgave og ansvarsfordeling mellom nivåene og innen den enkelte tjeneste. Dette for å bedre samarbeid og sørge for god ressursutnyttelse.
- Det er behov for å utjevne sosiale
- Det er behov for tidlige tiltak

LMS vil sterkt presisere at alle ovennevnte punkter i aller høyeste grad gjelder rusavhengige.

Det står i høringsnotatet 5.3:

Videre utvikling av kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser må det samkjøres med utvikling av tilbudet til rusmiddelavhengige. Det er i stor grad de samme tjenester og type kompetanse som trengs for å dekke behovene for disse brukergruppene.

Det blir feil med samkjøring av psykiatri og rusavhengighet. Rusavhengighet trenger i høy grad andre tjenester en psykiatriske pasienter gjør. Rusavhengighet krever en helt annen type kompetanse for å dekke disse pasientenes behov enn psykiatrien i dag har.

Igjen ser vi at man tenker seg rusavhengighet og psykiatri som en ”enhet”. LMS kan ikke ofte nok presisere at dette må være to atskilte behandlingsområder – psykiatri som en medisinsk enhet og rusavhengighet som en medisinsk enhet. Psykiatrien bruker i dag mye medisinerer.

Rusavhengighet skal ofte ikke behandles med medisinerer, men med rusfrihet!!

7. FORSKNING FOR BEDRE HELSE

7.3 Særskilt kompetanseoppbygging

For Landsforbundet Mot Stoffmisbruk vil det være av avgjørende betydning for ruspasienter at det nå kommer mer forskning på området. LMS ser i dag ”store sorte hull” innenfor behandling av rus, rus/ psykiatri og ikke minst oppfølging/ rehabilitering etter behandling. I dag finnes det nesten ingen rehabilitering for ruspasienter etter endt behandling – noe som de fleste andre med alvorlige sykdommer får tilbud om.

Familiene til rusmisbrukere er i dag en gruppe som er lite i fokus. Det er behov for forskning rundt hva det å ha en rusmisbruker i familien gjør med familien når det gjelder sykemeldinger, uføretrygd, lidelser som angst og depresjoner og søskenproblematikk. LMS har i dag en landsomfattende støttetelefon for pårørende til rusmisbrukere samt kurs for pårørende slik de kan

være i stand til å takle en meget vanskelig hverdag. LMS har et meget omfattende kurstilbud som også gir tilbud til søsken av rusmisbrukere som i dag er en nesten usynlig gruppe.

Hva skjer i ventetiden før behandling, prioriteres køen i behandling riktig når det er flere års ventetid for en ”vanlig” ruspasient å komme inn til behandling? Hva gjør at ruspasienten faller tilbake til sitt tidligere narkomiljø etter behandling? Hvilke rehabiliteringstilbud finnes og hvordan virker disse? Hva gjør det med familien å ha en rusmisbruker i familien? Vil tvang være et godt tilbud mellom 18 og 23 år? Det finnes mange områder som bør sees nærmere på når det gjelder ruspasienter – også andre en de nevnte.

Det er i dag et stort behov for å styrke forskning og kompetanse på rusavhengighets-området. Både med fokus på ungdom, langt kommende rusmisbrukere og familier/ pårørende.

8. TVERRFAGLIGE SATSINGER, HANDLINGSPLANER OG STRATEGIER

8.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å sikre rehabiliteringstjenester til alle som trenger det uavhengig av alder, diagnose og funksjon. Departementet arbeider med en strategi for å styrke helse- og sosialtjenestens rolle i habilitering og rehabilitering. I tråd med Soria Moria-erklæringen arbeider flere departement om en forpliktende opptrappingsplan på rusfeltet. Høringsinstansene inviteres til å komme med innspill på disse områdene.

I dag er det store både geografiske og kommunale ulikheter når det gjelder rehabilitering av ruspasienter. LMS mener at ingen kommuner i Norge i dag har et godt nok rehabiliteringsopplegg for ruspasienter. Dette er en av de største årsakene til at ruspasienter ofte faller tilbake til sitt tidligere rusmisbruk og tilbake i rusmiljøer.

LMS ser fram til å involveres sterkt som brukerorganisasjon i arbeidet med Opptrappingsplanen for rus!! Vi oppfordrer departementet til å ta kontakt med oss slik at vi kan aktivt være med i det arbeidet som nå pågår med opptrappingsplanen!

9. DEN KOMMUNALE HELSE- OG SOSIALTJENESTEN

9.1 Dagens tjenestetilbud

Sosiale tjenester rettet mot enkeltindivider omfatter ”Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse (BPA)”. Dette omfatter blant annet hjemmehjelp, og det er her en glidende overgang til hjemmesykepleietjenester som hører under kommunehelsetjenesteloven. Sosiale tjenester rettet mot enkeltindivider omfatter videre avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester og omsorgslønn. ”Bolig med heldøgns omsorgstjenester” er avgrenset til å omfatte a) aldershjem, b) bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsboliger og c) privat forpleining.

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk ser at mange familier til rusmisbrukere bør komme inn under LOST når det gjelder avlastningstiltak og omsorgslønn. I mange år har familiene til rusmisbrukere vært rusmisbrukerens støttekontakt, brukt sitt hjem som avlastningstiltak, rehabilitering, oppfølging osv.

LMS stiller et stort spørsmål ved at ikke rusmisbrukere/ ruspasienter er nevnt under kategorien ”Bolig med heldøgns omsorgstjenester”. Denne gruppen brukere kan ofte ikke bo alene og trenger omsorgstjenester i bolig både når de er rusmisbrukere med et omfattende rusmisbruk og når de kommer ut fra behandling og skal rehabiliteres. Det er derfor spesielt uheldig for denne gruppen brukere at ”Bolig med heldøgns omsorgstjenester” er avgrenset til å omfatte a) aldershjem, b) bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsboliger og c) privat forpleining.

LMS ber departementet se på tiltak i kommuner der det drives boliger med omsorgstiltak 24 timer i døgnet for rusmisbrukere som f.eks. i Tønsberg kommune i Stoltenberggt 24 og der det bygges eller er bygget rehabiliteringsboliger for ruspasienter som kommer ferdig behandlet fra spesialisthelsetjenesten.

9.2 Helse og lokaldemokrati

Det står i høringsnotatet under dette kapitlet:

Omsorgsarbeid utført av familie og frivillige er i omfang fortsatt nesten like omfattende som den offentlige omsorgen, og familieomsorgen og den offentlige omsorgen utfyller og forsterker hverandre. Det ligger et stort potensial i å utvikle bedre rammevilkår og legge forholdene bedre til rette for de som står i frivillig omsorgsarbeid.

LMS vil bemerke at dette i aller høyeste grad også gjelder familier/ pårørende til rusmisbrukere/ ruspasienter.

9.3 Framtidas omsorgsutfordringer

Her står i høringsnotatet:

Nye brukergrupper

Her bør inne:

Sterk vekst brukere med rusavhengighet og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer, krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet og rehabiliteringstilbudet fra kommunenes side.

9.4 En sammenhengende behandlingsskjede

Her bør komme inn:

For at kommunene skal være i stand til å møte utfordringene innen rusfeltet, vil det være av avgjørende betydning at spesialisthelsetjenesten bidrar med medisinsk og ikke minst faglig veiledning, bistand og oppfølging både for kommunalt ansatte, for ruspasienten og denne familie/ pårørende.

Spesielt vil hjemmesykepleiens og sykehjemmenes pasienter være avhengige av at den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede, og i mange tilfeller kan samarbeide om å gi pasienten et tilbud lokalt. Dette gjelder spesielt for ruspasienter under medisinsk behandling og for såkalte dobbeltdiagnosepasienter (rus/ psykiatri).

En sammenhengende behandlingsskjede både mellom etater og mellom 1. og 2. linjetjeneste er ”et must” for en behandling der pasienten vil kunne leve et liv uten illegale rusmidler.

9.5 Fastlegeordningen

Under dette kapitel står:

Fastlegens rolle og betydning i samhandlingen med andre tjenesteutøvere er også omtalt i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste (Wisløffutredningen). Det rettes spesiell oppmerksomhet mot fastlegens rolle i forhold til pasienter med behov for sammensatte tjenester, og det foreslås flere tiltak både av organisatorisk, finansiell og juridisk karakter.

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk var her høringsinstans og henviser til vårt hørings svar vedrørende NOU 2005:3.

Videre står det å lese i høringsnotatet:

Fastlegene er en naturlig samarbeidspartner for spesialisthelsetjenesten ikke bare etter behandling er avsluttet men også mens pasienten er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette er særlig viktig for pasientgrupper som har behov for koordinering av tjenester inn mot spesialisthelsetjenesten. Praksiskonsulentordningen er et viktig grep for å styrke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det behov for å utvikle flere strategier som styrker fastlegens rolle.

Etter rusreformen henviser også fastlegen ruspasienter inn til behandling i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen har i dag alt for lite kunnskap om rusavhengighet. Fastleger å ta initiativet til Individuell Plan. Fastlegen bør helt klart ha praksis innfor de i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten som arbeider med rusomsorg/ rusbehandling.

10. SPESIALISTHELSETJENESTEN

10 Organisering og styring

Under innledningen 10.1 står:

Det er nå ikke lagt opp til store organisatoriske reformer i helsetjenesten. Dette har sin bakgrunn i at det nylig er gjennomført store og gjennomgripende reformer, blant annet sykehusreformen, fastlegereformen samt omorganisering av den sentrale helse- og sosialforvaltningen.

LMS vil bemerke at rusreformen må nevnes under dette punkt samt at Opptrappingsplan for rus nå kommer og er under utarbeidelse. LMS stiller spørsmålstegn ved at dette ikke her er nevnt og hvorfor det ikke er nevnt.

10. 3 Dagens status og utfordringer

Under dette punkt står:

Helseforetakene står overfor store utfordringer og krevende omstillinger med hensyn til å innfri krav om økonomisk balanse i driften. Gjennomgående er det behov for økt kostnadskontroll, bedre ressursutnyttelse og god kostnadseffektivitet i tjenestetilbudet. Skal dette lykkes, forutsettes det en stor grad av kombinasjon av fag- og ressursstyring. Det er avgjørende for foretaksmodellens virkemåte at alle de regionale helseforetakene har systemer som sikrer ressursforvaltning i samsvar med de økonomiske rammene som overordnede politiske organer trekker opp.

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk vil her bemerke at vi er bekymret for den utvikling som behandling av ruspasienter nå ser ut til å ha: Kortere døgntilbud, mer poliklinisk behandling innefor psykiatri og høyere terskel for å bli rettighetspasient.

LMS er bekymret når det kan se ut som om kravet til å innfri økonomisk balanse i driften for HFene vil gå ut over en av de nyeste og svakeste gruppene innefor Pasientrettighetsloven – ruspasientene.

Vi gjentar: Det finnes ingen lettvinne, kortvarige rimelige løsninger på behandling av ruspasienter.

11. KAPASITET OG STRUKTUR

11.1 Hva forestår vi med kapasitet?

Når det gjelder rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, er det store forskjeller på hvem som blir "kvalifisert" som rettighetspasient (rett til nødvendig helsehjelp) i de forskjellige helseregionene og helseforetakene. Får å få behandling som rettighetspasient som vil gi pasienten kortest ventetid i behandlingsapparatet gir ikke "kun" rusavhengighet status som rettighetspasient. Man bør i tillegg ha flere "tunge" diagnoser innefor psykiatri og somatikk. Som fare for eget liv og helse gjelder for eksempel ikke om en rusmisbruker har tatt flere overdoser på en uke. Når det gjelder å vurdere fare for eget liv og helse når det gjelder langt kommet rusmisbruk tør LMS påstå at det finnes svært

mangelfull kunnskap blant fastleger og utredningspersonell på dette området. Vi stiller et stort spørsmålstegn ved hvem som vurderer dette når det ikke finnes noen spesialist på området. I dag er det ventetider for å komme inn til rusavhengighetsbehandling på opp til flere år. Det er også opp til flere uker for å komme inn på såkalt "akuttparagraf". Dette finner LMS meget uheldig og vil sterkt be om at kapasitet, rutiner og kunnskap på området rusbehandling/ rusavhengighet gjennomgås og oppgraderes.

Fritt sykehusvalg er en rettighet også for ruspasienter. Dette fungerer overhodet ikke for denne pasientgruppen i dag.

Nettsidene til RHFene og HFene må oppgraderes på rusbehandling slik at man får lett tilgang til å se hvor mange behandlingsplasser finnes i de forskjellige RHFene? Hvor lang ventetid er det for rettighetspasienter og andre pasientgrupper? Hvor lang ventetid er det for å komme til avrusning? Hvor mange plasser finnes det innenfor hvert enkelt RHF på avrusningsplasser? Hvor mange behandlingsplasser finnes det for ungdom under 18 år? Hvor mange "tvangsplasser" finnes? osv osv. I dag er nettsidene altfor lite oppdatert på området rusavhengighet/ behandling!!

Det står under 11.1:

Det er et overordnet mål at syke mennesker får tilbud om nødvendig behandling og pleie med kort ventetid, og umiddelbart ved behov for øyeblikkelig hjelp.

Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal til sammen dekke befolkningens helsetjenestebehov. Om kapasiteten er tilstrekkelig er avhengig av om det samlede tilbud dekker samlet behov. Lovforankrede prioriteringskriterier setter visse begrensinger for hvilke oppgaver helsetjenesten har ansvar for. Det kan derfor være forskjell mellom de tjenester pasientene opplever å ha behov for og medisinsk vurdert behov.

LMS stiller spørsmål ved at syke mennesker får tilbud om nødvendig behandling og pleie med kort ventetid når det gjelder rusmisbrukere/ ruspasienter. Vi viser til ovennevnte der ventetid, kriterier osv er nevnt.

11.3 Kapasitetsbehov for helseplanperioden

Det står under dette punkt:

Kapasitet kan reguleres gjennom samarbeid mellom enhetene. Ved overgang fra døgntilbud til dag-/ poliklinisk behandling vil betydelige kapasitetsreserver kunne frigjøres og brukes til behandling av pasienter på ventelister. Likeledes vil døgntilbud omgjort til kombinasjonen dag- og hotelltilbud frigjøre kapasitet.

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk vil sterkt advare mot å korte ned langtidsbehandling eller erstatte slik behandling med dag-/ poliklinisk behandling. Dette vil føre til mange menneskelige tragedier og få store økonomiske konsekvenser for samfunnet.

13. LOKALSYKEHUS

13.1 Overordnede rammer og innhold

Følgende står å lese under dette punkt i høringsnotatet:

Vi står overfor en økning i antall kronisk syke mennesker, blant annet som følge av demografiske endringer, der antall mennesker over 65 år vil dobles fra 2010 til 2040.

Videre forventes det en økning i antall mennesker med kroniske sykdomstilstander.

Det er ventet økning i kreft, diabetes, psykisk syke, KOLS-pasienter,

rusmiddelavhengige, og syke eldre. Det er en stor utfordring framover for

spesialisthelsetjenesten å gi pasienter med kroniske sykdomstilstander og syke eldre med sammensatte lidelser en tjeneste med god tilgjengelighet/kapasitet og kvalitet.

Lokalsykehusenes fortrinn med nærhet til pasientene og til primærhelsetjenesten tilsier at lokalsykehusenes tilbud i større grad må rettes inn mot behovene i disse gruppene.

LMS mener at ruspasienter ikke er kronisk syke mennesker, men vil etter endt og rett behandling i spesialisthelsetjenesten være friske, fungerende mennesker som vil kunne delta i samfunnet med familie og arbeid.

Å definere alle ruspasienter som kronisk syke mennesker er helt feil.

Videre står det under 13.1:

Lokalsykehusene skal også kunne tilby pasientene utredning og diagnostisering, og sende videre de som trenger mer spesialiserte undersøkelser og behandling.

LMS mener at det må egne russpesialister til å vurdere og utredet ruspasienter. Om disse skal være tilknyttet et lokalsykehus er antagelig av mindre betydning. Det som blir helt avgjørende for om dette skal fungere er spesialkunnskap eller utdanning innen rusavhengighet.

13.4 Akuttfunksjoner

I dag har de aller aller fleste kommuner i landet ikke akuttfunksjoner for rusmisbrukere. Det finnes ingen akuttfunksjoner for familiene/ pårørende til rusmisbrukere som ofte både lever tett innpå vold og trusler samt en evig angst for at deres rusmisbruker skal skade seg eller dø av en overdose.

Oslo kommune er den kommunen som kanskje er kommet lengst med akuttinntak for rusmisbrukere. LMS kjenner ikke til at Oslo kommune har et akuttinntak for familier/ pårørende til rusmisbrukere.

KORT TIL SLUTT

- Rusavhengighet er nesten fraværende i Nasjonal helseplan
- Rusavhengighet nevnes i forbindelse med psykisk helse, noe som klart må skilles. LMS ser med stor bekymring på at det ser mer og mer ut som rus og psykiatri tenkes å integreres.
- Det forslås kortere døgnbehandling og mer dag-/ poliklinisk behandling. LMS mener det er uheldig hvis dette også gjelder ruspasienter
- LMS ser fram til å bli sterkt involvert som brukerorganisasjon videre i prosessen med Opptrappingsplan for rus og i andre endringer/ evalueringer på rusfeltet.
- Rusavhengighet må kvalifisere til egen diagnose med og bli en egen medisinsk spesialitet
- Rehabilitering av ruspasienter må fokuseres og evalueres
- Forskning på alle sider av rusavhengighet, forebygging, behandling, rehabilitering samt familie/ pårørende er påkrevd.
- Lettere tilgang til tvang
- Fastleger mye tyngre inn i ansvarsgrupper.
- Familier/ pårørende mye tyngre inn i arbeidet med Individuell Plan
- Bemannede boliger (med omsorgstjenester) for rusmisbrukere/ ruspasienter inn i Loven om Sosiale Tjenester.
- Rusavhengighet vil bli en av de største utfordringene for helse i framtiden.

Som nevnt før i dette høringssvaret er Landsforbundet Mot Stoffmisbruk forundret over at rusmisbruk/ rusavhengighet tas så lite med i høringsnotatet for Nasjonal helseplan (2007 -2010). I Norge i dag er tallet for sprøytenarkomane 18000, bare i Oslo er det 6000 sprøytenarkomane. Dette er de som injiserer illegal narkotika. I tillegg har vi alle de som bruker Amfetamin, Kokain, Cannabis, piller og som har et blandingsmisbruk uten å injisere stoffene. Derfor er tallet mye høyere enn de 18000. LMS vil antyde at minst 140.000 mennesker i dag bruker regelmessig eller uregelmessig illegale narkotiske stoffer. Da tar vi nok ganske forsiktig i. Hvis man regner at rundt hver av den som bruker narkotika står det en familie på syv personer (mor, far, søsken, besteforeldre) vil rundt 1 million mennesker være berørt av et narkotikamisbruk. LMS mener derfor rusavhengighet burde hatt et mye større fokus i høringsnotatet for Nasjonal helseplan (2007-2010).

Med vennlig hilsen

Anne-May Hogsnes
sentralstyreleder Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
www.motstoff.no
Mobiltlf 924 31391