

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200247

Dato: 31-08-2022

Innspill til forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet

Legeforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til regjeringens forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet. Reformen skal inkludere alle typer rusmidler (alkohol, narkotika, vanedannende legemidler og dopingpreparater), samt spillavhengighet. Det bes om beskrivelse av en fremtidig ønsket tilstand for forebygging- og behandlingsfeltet, samt hvorvidt dagens organisering av rusfeltet kan være til hinder for å realisere formålet med reformen.

Vi viser til Legeforeningens tidligere høringssvar og innspill:

- Innspill til Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025
- Innspill til representantforslag 130S (2019-2020) og 49S (2020-2021) om alvorlig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) samt representantforslag om bedre behandlingstilbud for rusavhengige [Høringsinnspill - stortinget.no](https://www.stortinget.no/horingsinnspill)
- Høringsinnspill til Prop. L92: Rusreformen: Fra straff til hjelp, og representantforslag 111S (2020-2021) og 119S (2020-2021) [Høringsinnspill - stortinget.no](https://www.stortinget.no/horingsinnspill)
- Innspill til representantforslag 46L (2021-2022) om å gjennomføre rusreformen [Høringsinnspill - stortinget.no](https://www.stortinget.no/horingsinnspill)
- Innspill til opptrappingsplanen for psykisk helsevern

Legeforeningen har tidligere støttet forslaget om en forebyggings- og behandlingsreform, da dette ble foreslått av Senterpartiet i representantforslag Dokument 8:119S. En eventuell reform må ledsages av reelle ressurser til hele behandlingsskjeden, og gjennomføres i tråd med nasjonale faglige veiledere og andre normerende produkter. Viktige momenter:

- Et av de aller viktigste forebyggende tiltakene er å utjevne sosial ulikhet.
- Det er behov for en betydelig opptrapping av tiltak for barn og unge.
- Basistjenestene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) må bygges ut med tilgjengelig akuttilbud og spesialistkompetanse 24/7.
- God behandling av ruslidelser og sammensatte lidelser krever en helhetlig tilnærming med individuelt tilpasset kommunal oppfølging, økt satsing på bo- og aktivitetstilbud, fleksibel samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten og økt fokus på å sikre utredning og behandling av somatisk helse.

1. Forebyggende tiltak og helsefremmede innsatser

En trygg og god barndom er det aller viktigste tiltaket for å forebygge sykdom og fremme god helse. Barn som har opplevd ulike former for traumer og omsorgssvikt har økt risiko for psykisk sykdom og ruslidelser når de blir voksne. Utjevning av sosial ulikhet er sentralt – inntekt er den viktigste enkeltgradient som gir sosial ulikhet i helse [1]. Andre viktige virkemidler er en god sosial boligpolitikk og tiltak som bygger gode levevaner, inkludert satsing på tilrettelagte tilbud for fysisk aktivitet.

Utjevne forskjeller: Et av de viktigste virkemidlene for at alle skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester, uavhengig av personlig økonomi, alder og bosted, vil være å skjerme utsatte grupper mot egenandeler. For utsatte grupper kan egenandelene føre til at terskelen for å søke legehjelp blir for høy. Støtte til frikort og bedre og enklere tilgang til tannbehandling vil være gode tiltak.

Alkohol: Alkoholforbruk er en påvist risikofaktor for mange sykdommer. Overforbruk eller misbruk av alkohol er et omfattende samfunnsproblem som ikke kun rammer den enkelte, men også nære relasjoner og omgivelsene. I innspill til Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025 foreslo Legeforeningen følgende tiltak for å redusere helseskader av alkoholforbruk i befolkningen:

1. Identifisering av problematisk høyt alkoholbruk ved "pragmatisk case-finding" heller enn screening, da screening har vist seg å ha marginal effekt på å redusere overforbruk og kan ha negativ effekt på pasient/lege-forholdet [2].
2. Øke alkoholavgiften med 10 prosent.
3. Fjerne taxfree-ordningen for alkohol, sekundært overføre taxfree-salget til Vinmonopolet.
4. Fjerne muligheten til å bytte tobakskvoten i alkohol (nå innført).
5. Styrke det forebyggende arbeidet blant eldre, i arbeidslivet og blant ungdom. Forebygging kan skje på mange arenaer: i skolen, gjennom organiserte fritidsaktiviteter og på arbeidsplassen. Dette gjelder ikke bare problematisk bruk av alkohol, men også narkotika, medikamenter, spill og dopingmidler. Arbeidstilknytning er for mange en sterk motivasjon til endring. Bedriftshelsetjenesten jobber forebyggende og er en fagkyndig ressurs i rusfeltet rettet mot arbeidslivet og støtter modellen som Akan (Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk) står for. Det er viktig å sikre gode retningslinjer for alkoholforbruk på arbeidsplasser.
6. Innføre tydeligere merking av skadepotensialet på alkoholholdig drikke. Legeforeningen er glad for at Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025 inneholder en plan om å foreslå å innføre krav til advarselmerking på alkoholholdig drikk i Norge, og å starte en prosess for å foreslå nasjonale krav til innholdsmerking i Norge.
7. Innskrenke makstider for skjenking av alkohol.
8. Utrede alkohol som et mulig alternativ til tap av førerrett for personer som er dømt for promillekjøring eller har høyt alkoholforbruk, etter en individuell vurdering av egnethet og nytte. I dag er leger som behandler pasienter med rusproblemer pliktige å melde fra slik at førerkortet blir inndratt. Dette kan gjøre at pasienter vegrer seg for å ta opp problemer med rusbruk med sin fastlege, og også at leger kan ha høy terskel for å melde fra om pasienters alkoholbruk [3]. Både Sverige og Finland har tatt i bruk alkohol på denne måten, og bruken er økende.

2. Behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten og kommunene, herunder lavterskeltilbud, bolig, aktiviteter, frivillig sektor, lokale tilbud og tiltak

Behandle pasienter som hele mennesker: God behandling handler ikke bare om helsehjelp, men hjelp til å leve et fullverdig liv, med bolig, meningsfullt arbeid eller annen aktivitet, og sosial kontakt. Ruslidelser rammer hele familier, og oppfølging og behandling må ta hensyn til dette.

De kommunale botilbudene er mange steder ikke gode nok, og det er behov for et stort løft for å få flere boliger med et individuelt tilpasset omsorgsnivå.

Det er behov for økt satsing på tiltak i kommunene. Det er i dag stor variasjon mellom hva kommunene kan tilby pasienter med rusproblemer, både når det gjelder oppfølging og behandling, og også lavterskeltilbud, jobboppfølging og sosiale aktiviteter.

Stortinget har vedtatt at det skal opprettes rådgivende rusenheter i alle kommuner. For at disse skal bli en reell styrking av tilbudet til personer med rusproblemer, må enhetene integreres godt med kommunenes øvrige rustilbud, og det må sikres tilstrekkelig finansiering slik at de kan bemannes med nødvendig kompetanse.

Redd fastlegeordningen: En velfungerende fastlegeordning er navet i helsevesenet vårt. Uten en fastlege som kjenner pasientene blir presset på spesialisthelsetjenesten større. Fastlegeordningen har vist seg å være en garantist for å sikre alle lik tilgang på like god helsehjelp [4]. Å skjerme ruspasienter mot egenandel hos fastlegen vil kunne bidra ytterligere til dette. En behandlingsreform for ruspasientene er lite verdt hvis ikke fastlegeordningen reddes.

Barn og unge: Opptapping av tiltak bør særlig rettes mot barn og unge. Barn og unge med begynnende rusproblemer møtes først i kommunene, og der må behandlingsapparatet rustes opp for å kunne tilby god og sammenhengende behandling. Legeforeningen har tidligere støttet forslaget i Dok 8:119 om å satse på forebyggende modeller med tett oppfølging av unge med begynnende rusproblemer. I dag er det i hovedsak psykisk helsevern for barn og unge som utreder og behandler rusproblemer hos barn og unge i spesialisthelsetjenesten, men opplæring og erfaring med slikt arbeid er utilstrekkelig i psykisk helsevern [5], og det bør tilføres midler for kompetanseheving. Legeforeningen støtter planene i Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025 om å utrede tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge, TSB Ung, som vil kreve et tettere samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og TSB.

Spesialisthelsetjenesten: Det er i dag ikke fullstendig utbygde basistjenester for ruspasienter i spesialisthelsetjenesten. En økning av ressurser til og kapasitet i TSB må fokusere på å bygge ut basistjenestene, inkludert et tilgjengelig akutttilbud og spesialistkompetanse døgnet rundt alle dager, slik også Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025 beskriver planer om. Til tross for pålegg til de regionale helseforetakene er det i praksis bare to døgnåpne rusakuttmottak i landet (Bergen og Oslo). Hele den akuttmedisinske kjede må fungere også for ruspasienter, og rusakuttmottak må etableres i alle helseforetak. Det er for få spesialister i rus- og avhengighetsmedisin (RAM), og mange helseforetak

dekker denne mangelen ved å ansette leger som ikke er spesialister. Det må tilrettelegges for spesialisttilgang i TSB døgnet rundt ved å lage gode vaktordninger.

Somatisk helse: Pasienter med alvorlig psykisk sykdom eller ruslidelse dør flere tiår tidligere enn gjennomsnittsbefolkning og ofte av sykdommer vi kunne ha forhindret: hjerte-kar sykdom, kreft, lungesykdommer osv. [6]. Det kreves ulik innsats for å skape et likeverdig helsetilbud. Vi trenger økt oppmerksomhet på somatisk helsevurdering hos pasienter med ruslidelse og vi trenger bedre samhandling mellom fastleger, psykisk helsevern, tverrfaglig rusbehandling og somatisk spesialisthelsetjeneste. Fritak for egenandeler vil kunne bidra til å senke terskelen for kontakt med lege. Munnhelse må få mer oppmerksomhet hos denne pasientgruppen.

3. Samhandling – overganger mellom tjenestenivåer og løslatelse fra fengsel mv.

Bedre samhandling krever mer helhetlig tenkning og individuelt tilpasset behandling. Overgangene fra langtidsopphold på institusjon til livet utenfor er krevende. Overgangen kan bli for brå, særlig ved stor geografisk avstand. Pasienter som har mottatt langvarig behandling i spesialisthelsetjenesten trenger tett og tilrettelagt oppfølging i kommunene, med egnede botilbud og fokus på rusfritt sosialt nettverk. Tidlig involvering av NAV i hjemkommune er viktig under innleggelser.

Individuell plan er tenkt som et viktig virkemiddel for å sikre god samhandling for den enkelte pasient med behov for sammensatte tjenester. I dag er erfaringen at mange pasienter som har rett på individuell plan ikke får dette, og at det ofte skyldes at det i liten grad er avsatt personell til eller er et system for finansiering av oppgaven som koordinator. Individuell plan kan være et nyttig samhandlingsverktøy og bør brukes mer systematisk.

I dag kan mange ulike aktører henvise til TSB, og det er kommunen som fremmer og iverksetter tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2 og §10-3. Legeforeningen mener regjeringen bør gjennomgå dagens regler for henvisning til TSB, og at det er viktig at lege i TSB eller fastlege kobles inn i henvisningsprosessen for å sikre en vurdering av diagnose og aktuell behandling. Dette gjelder særlig når bruk av tvang vurderes.

4. Trender og utviklingstrekk som i dag ikke nødvendigvis er definert som risikofulle, men som kan utvikle seg til problemområder i fremtiden.

Dagens regjering har i Hurdalsplattformen sagt at de vil "Utrede og fremme forslag til nødvendige endringer i lovverket som sikrer at bruk og besittelse av mindre brukerdoser for rusavhengige møtes med god helsehjelp og oppfølging istedenfor straffereaksjoner". Høyesterett har i vår sikret en reell straffrihet for bruk og besittelse av mindre doser narkotika ved å vektlegge rusavhengighet tungt i straffutmålingen. Legeforeningen er enig i at rusavhengige bør få helsehjelp og ikke straffes for slike lovbrudd. Legeforeningen ønsker likevel å påpeke at en lovendring som innebærer at straffrihet for bruk og besittelse av ulovlige narkotiske stoffer knyttes til diagnose, innebærer noen vanskelige dilemmaer for både pasienter og behandlere: Når er pasienten avhengig nok til at det gir straffrihet? Hvem skal stille diagnosen – fastlegen, spesialisthelsetjenesten, eller andre? Hva med personer som ikke har ønsket hjelp fra helsevesenet, og dermed ikke fått en diagnose? Hvis spesialisthelsetjenesten

skal utrede og stille diagnosen: Holder det å være henvist? Eller under utredning? Det er også en risiko for at en slik lovendring vil kunne endre terskelen for å stille rusdiagnoser.

1. Dahl, E., H. Bergsli, and K.A. van der Wel, *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*, F.f. samfunnsfag/Sosialforsk, Editor. 2014, OsloMet.
2. Beich, A., T. Thorsen, and S. Rollnick, *Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis*. BMJ, 2003. **327**(7414): p. 536-42.
3. Bjerre, B., B. Heed, and S. Kers, *[Only 1 out of 1 000 patients with alcohol dependence problems are reported according to the Driver's Licence Act. Physicians estimate to increase the number of reports some 70 times with a two-year ignition interlock program]*. Lakartidningen, 2004. **101**(20): p. 1814-9.
4. Vikum, E., et al., *Socio-economic inequalities in Norwegian health care utilization over 3 decades: the HUNT Study*. European Journal of Public Health, 2013. **23**(6): p. 1003-1010.
5. Legeforeningen, *Bedre psykiatri og rusbehandling*. 2019.
6. Heiberg, I.H., et al., *Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder*. PLoS One, 2018. **13**(8): p. e0202028.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Jan Emil Kristoffersen
Konst. fagdirektør/lege

Miriam Sandvik
Spesialrådgiver / lege