

Gudrun Wiik Larsen  
Styremedlem LPP-Rogaland (Landsforening for pårørende innen psykisk helse)  
Pårørende  
Ansatt i et oppsøkende ROP-team

## **Høringsinnspill til rusreformutvalget:**

### **Bøter:**

#### **Bortfall av bøter av alle slag, også administrative bøter**

Som mor til person med ROP-lidelse har jeg i likhet med mange andre pårørende betalt haugevis av bøter. Har enda ikke sett at det har hatt noen særlig effekt for endring av rusmiddelvaner hos de det gjelder. Noen vil kanskje si at pårørende med det gjør den rusmiddelavhengige en bjørnetjeneste, da den det gjelder må ta konsekvensene for egne handlinger. De fleste rusmiddelavhengige har ikke midler til å betale bøkene selv.

Grunnen til at flere pårørende i likhet med meg selv betaler bøter er fordi en del Rus/ROP pasienter anses til ikke å være i stand til å sone i fengsel. Som ansatt innenfor rusmiddelomsorgen har jeg sett at også en del av de ROP-pasientene med store psykiske komplikasjoner har måtte sone i fengsel.

#### **Ved besittelse av brukerdoser:**

Hva med de som bruker illegale rusmidler uten å være avhengige? Merkelig dersom disse også skal henvises til helsetjenesten, da selv bruken av rusmidler ikke er en sykdom i seg selv.

Dersom Norge ved innføring av reformen fortsetter å beslaglegge brukerdoser, er det et paradoks at vi på den ene siden fratar langtkomne rusmiddelavhengige brukerdoser, mens man samtidig legger til rette for sprøyterom, utdeling av brukerutstyr m.m.

Det er lite hensiktsmessig å beslaglegge brukerdoser for personer som allerede har en avhengighet til rusmidler. Det innebærer for mange, at de igjen må ut på det illegale markedet å skaffe seg «friskmeldinger» og må da sannsynligvis begå ulike kriminelle handlinger for å klare det

#### **Samhandling og sømløse overganger: (Mind the gap)**

Fra dokumentet til utvalget fremkommer blant annet følgende:

«Utkast til regelverksendringer og organisering må legge til rette for rolleavklaring og god **samhandling** mellom politi og påtalemyndighet, kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste samt andre relevante aktører»

Med lang fartstid som pårørende og ansatt ovenfor ROP-pasienter har jeg sett at her glipper det lett, da det ofte er mange involverte ansatte fra ulike instanser og nivå. Ofte blir det pårørende som også da, må ta støytten og/eller ordne opp.

Mindre viktig blir ikke samhandling og koordinering ved iverksetting av de ulike pakkeforløpene.

For at samhandlingen skal fungere så optimalt som mulig er det avgjørende å ha ansatte med interesse for samarbeid og samhandling, strategisk plassert i posisjoner der de har

handlingsrom, innsikt og oversikt over ulike instanser og etater. Samtidig som vedkommende innehar faglig kompetanse innenfor ROP-feltet. Også er det viktig å ta med pårørende inn i dette samhandlingsrommet, dersom pasientene og pårørende stiller seg positive. Dog, kan pårørende gi ut informasjon, selv om den rusmiddelavhengige selv ikke har gitt samtykke. De vanntette skottene mellom de ulike instanser må gjøres mindre vanntette (taushetsplikten) for å gjøre samhandlingen bedre og overgangene så sømløse som mulig.

Mange pårørende til rus/ROP- pasienter lever under et umenneskelig press med store påkjenninger og bekymringer, blant annet fordi tilretteleggingen under mange omstendigheter ikke er god nok.

Jeg vil også fremheve at begrepet medavhengig som brukes om pårørende til ROP/rus pasienter, er et begrep som jeg som pårørende ikke anerkjenner som et hensiktsmessig begrep.

### **Fra straff til Helse – hvilken praksis betydning kan det få – Ev hva må til?**

I dokumentet fra reformutvalget står følgende:

«Modellen må understøtte regjeringens målsetting om bedre tjenestetilbud til brukerne:»

Og dette:

«Utvalget skal synliggjøre hvordan forslag til rusreform kan gjennomføres uten økte bevilgninger.»

U.t. stiller spørsmål på hvilke områder kan det forventes at reformen gir effekt?

Helse effekt?

Endring i folks rusmiddelvaner?

Kriminalitet/straffesaker?

«Modellen må understøtte regjeringens målsetting om bedre tjenestetilbud til brukerne, samtidig som det gis ut signaler om ikke økte bevilgninger»: ( ref. fra utvalget)

Med bakgrunn i retningslinjen for ROP pasienter fra 2012, har man enda ikke klart å gi disse et godt nok integrert behandlingstilbud enda. Dvs man har ikke helt lykkes med å gi ROP-pasienter samtidig hjelp for psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet.

#### **Statusoppdatering av dagens situasjon:**

-Mange «Svingdørspasienter» innenfor psykisk helsevern. Mange ROP pasienter går u-behandlet omkring med et stort psykisk lidelsestrykk

-Vanskelig å få ROP-pasienter lagt inn i psykisk helsevern:

-Får få sengeplasser, da blir oftest ROP pasienter ikke prioritert, samtidig som prioritering og differensiering går på diagnoser – Samtidig som sengeplasser legges ned innenfor psykisk helsevern

-Mange ROP-pasienter med alvorlige psykiske symptomer som tilbringer kortere/lengre perioder på hospits

**Det var ikke enighet i styret til LPP å ta med punktet (samtykkekriteriet) som beskrevet under med uthevet skrift:**

*«Det har blitt enda vanskeligere for de med de alvorligste psykiske symptomene(psykose) å få hjelp, etter at samtykkekriteriet ble innført. Det kan virke som det ved innføringen av samtykkekriteriet ikke ble tatt høyde nok for at manglende sykdomsinnsikt er del av sykdomsbildet, for en del av de med de alvorligste psykiske symptomene.»*

Det medfører enda større merbelastninger, påkjenninger og ansvar for mange pårørende, at deres nære ikke får hjelpen de er i behov av, og/ eller at hjelpen settes inn alt for sent.

Som pårørende selv, har jeg tilbragt mange timer på legevakt, samt tilrettelegging av ulikt slag for at den som lider skal bli hjulpen.

**TSB-behandling- rusbehandling i døgninstitusjoner:**

- Mindre ventetid for å komme inn i døgnbehandling
- Flere avrusningsplasser, da avrusning ofte er en flaskehals
- Større fokus på ettervern
- Sømløse overganger mellom avrusning-døgnbehandling og ettervern
- Skjermingsavsnitt ved rusinstitusjonene, når/dersom den rusavhengige får kortvarige tilbakefall

**For en del ROP/rus pasienter: For store forventninger/krav ved de tradisjonelle TSB døgninstitusjonene:**

- Lettere tilgang til omsorgsinstitusjoner for de som ikke passer inn i de tradisjonelle TSB-døgn institusjonene
- Som ansatt opplever jeg til tider et stor press fra kommunen å søke såkalte lite «motiverte» / ikke klare personer til TSB-døgnbehandling, i mangel av andre tilbud, eks bolig.
- Differensierte bo-tilbud med oppfølging etter behov
- Housing First

**LAR og rusreformen:**

- Mere fleksibelt LAR eks i forhold til henteordninger, kan forebygge kriminalitet
- Utjevning av regionale forskjellene i LAR

Noen steder mottar ikke folk medikamentet, dersom de ikke kommer innenfor et bestemt klokkeslett, eks 10.45. Dersom det er påfølgende røde dager, kan det innebære at den det gjelder ikke får medikamentet på opptil flere dager. Noe som ofte bidrar til at de må skaffe seg medikament på det illegale markedet – som igjen er risikofaktorer for overdoser og et ytterligere økt psykisk lidelsestrykk.

**Potensielle endringer ved «Portugalmodellen» og en avkriminalisering?**

Jeg har vanskelig for å se at Portugalmodellen og en avkriminalisering i seg selv, vil revolusjonere rusmiddelomsorgen. Endringer ved overføring fra justis til helse kan ovenfor den enkelte i beste fall bety?

- bortfall av bøter
- slippe å få registrert brukerdoser på vandelen
- forhåpentligvis mindre stigmatisering

