



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2020/2256

Vår ref
20/2914-

Dato
10. september 2020

Dokument 8:130 S Representantforslag om en kraftfull styrking av innsatsen overfor personer med alvorlig rus- og psykisk lidelser (ROP)

Jeg viser til dokument 8:130 S (2019-2020) oversendt fra Stortingets Helse- og omsorgskomite i brev av 16.juni 2020. Representantforslag fra representantene Per Olaf Lundteigen, Geir Adelsten Iversen, Åslaug Sem-Jacobsen, Siv Mossleth og Kjersti Toppe som omhandler innsatsen overfor personer med alvorlig rus- og psykiske lidelser. Helse- og omsorgskomiteen ber om min vurdering av forslaget.

Stortingsrepresentantene fremmer følgende forslag:

- "1. Stortinget ber regjeringa utgreie og innføre eit informasjons- og varslingsystem som kan brukast mellom etatar som i kortare eller lengre periodar behandlar eller følgjer opp personar med alvorleg rus- og psykisk lidning (ROP).*
- 2. Stortinget ber regjeringa sørge for ei kartlegging av kva slags bustader kommunane tilbyr menneske med alvorlege rus- og psykiske lidningar (ROP), og kva hjelpetenester som gis i dei, og på denne bakgrunnen fremje forslag om gode modellar for bustadtilbod for denne gruppa.*
- 3. Stortinget ber regjeringa sørge for at alle helseføretak innfører rutinar for varslings av kommunehelsetenesta ved utskriving av ein pasient som er innlagd for overdose, sjølvmondsforsøk eller mogleg sjølvmondsforsøk.*
- 4. Stortinget ber regjeringa avklare oppgåve- og ansvarsfordelinga mellom helseføretak, kommunehelsetenesta og andre kommunale etatar for brukarar og pasientar med alvorleg rus- og psykisk lidning (ROP) og som har hyppig kontakt med hjelpeapparatet.*
- 5. Stortinget ber regjeringa om å gjennomføre ei levekårsundersøking for personar med alvorleg rus- og psykisk lidning (ROP) med utgangspunkt i evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet.*

6. Stortinget ber regjeringa tydeleggjere kommunehelsetenesta si moglegheit for tilbakehalding med tvang i inntil 3 månader i ei egna døgninstitusjon dersom ein person er i ferd med å ruse seg på ein slik måte at liv og helse blir sett i kritisk fare, jamfør helse- og omsorgstjenestloven § 10-2."

Svar:

Representantene viser til at noen pasienter har ekstra stor sykdomsbyrde som krever sammensatte tjenester og at det blant disse finnes eksempler på hvordan hjelpen ikke har strukket til. Det vises ytterligere til et landsomfattende tilsyn som viste svikt i tjenestene til denne gruppen, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Både pasientenes historie, og resultatene av tilsyn viser at det er en vei å gå for å gi et godt og tilpasset hjelpetilbud til mennesker som har store og sammensatte behov. Enkelthistoriene om pasienter som faller mellom stoler og ikke får god hjelp, gjør inntrykk, og jeg har derfor tatt flere grep for å unngå at vi får flere slike saker.

Regjeringens visjon om å skape pasientens helsetjeneste inkluderer å sikre sammenhengende tjenester til personer med samtidige alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser.

Det er over flere år iverksatt en rekke tiltak og innsatser for å styrke tilbudet til personer med ROP-lidelser. Gjennom blant annet Prop. 15 S (2015-2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) er antall årsverk, kapasiteten og kompetansen i kommunene betraktelig styrket. 64 prosent av årsverksinnsatsen går nå til personer med langvarig og alvorlig problematikk. Av andre resultater er det grunn til å fremheve at regjeringens innsats i den nasjonale strategien "Bolig for velferd" (2016-2020) hvor blant annet et av resultatene er at bostedsløsheten blant personer med ROP-lidelser er kraftig redusert siden 2016.

Jeg viser til forslag 1 og 3 og slår fast at vi i dag har flere tiltak som allerede sikrer god informasjonsflyt før og under et pasientforløp. Hjelpetilbud til pasienter med særlige utfordringer organiseres nå ofte gjennom ACT-team og FACT-team. Det har vært en sterk økning i etableringen av slike tverrfaglige, oppsøkende team i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. ACT er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, sammensatte behov og eventuell samtidig rusproblematikk, og som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. Tjenester gis fra spesialisthelsetjeneste og kommune samtidig.

Evalueringen av ACT-team viser inntil 70 % mindre tvangsbruk, bedre livskvalitet og halvparten så mange liggedøgn i spesialisthelsetjenesten. Andre tjenester hvor psykisk helsevern og TSB ligger godt fremme hva gjelder å utvikle moderne tjenester, er ambulante akutt-team, som tilbyr hjemmebehandling i stedet for å legge inn pasienter i akutt krise på sykehus, og brukerstyrte døgnplasser. Det er og utviklet ulike pakkeforløp for psykisk helse og rus. I tillegg vil jeg henvise til at regjeringen og KS har blitt enige om å etablere 19 helsefelleskap hvor helseforetak og kommuner skal prioritere fire grupper, herunder pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Anbefalinger om rutiner for varsling til kommunehelsetjenesten ved utskrivning av pasienter som har risiko for selvmord eller overdoser inngår både i nasjonale faglige retningslinjer og i pakkeforløpene. Det er innført tre generelle og fire tilstandsspesifikke pakkeforløp psykisk helse og rus. Helsedirektoratet vil utarbeide et eget pakkeforløpsmodul hvor målet er å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling rundt pasienter med samtidige psykisk lidelser og ruslidelser. Modulen er planlagt ferdigstilt for publisering primo 2022.

Pakkeforløpene har et eget kapittel om avslutning og videre oppfølging etter pakkeforløp. Det innebærer at pasienten skal få vite hva som skal skje – når det skal skje – og hvem som har ansvaret. Hver pasient får sin egen koordinator som skal være pasienten og pårørendes kontaktperson. Her er det blant annet utarbeidet en sjekkliste ved avslutning av pakkeforløpet, og gitt anbefalinger om hva som i tillegg bør gjennomgås og inngå i epikrisen og at det etableres et system for oppfølging. Konkret anbefales det at der det er behov for videre oppfølging av annen instans bør det foreligge konkret skriftlig plan for oppfølging i kommunen og eventuelt videre samarbeid med spesialisthelsetjenesten. En konkret fagperson skal ha ansvar for oppfølgingen/koordinering av eventuelle videre tiltak i kommunen. Det er også fremhevet at det bør lages en kriseplan som er forankret hos involverte aktører, inkludert en risikovurdering der det er behov og beskrivelse av aktuelle tiltak. Pakkeforløpene gir også tydelige anbefalinger om at henviser og fastlege bør informeres om aktuelle suicidrisiko- vurderinger/voldsrisikovurderinger og eventuelle igangsatte tiltak. Pakkeforløpet bør ikke avsluttes før det er sendt epikrise til henviser og fastlege. Det er med andre ord ikke nødvendig å utvikle eget informasjons- og varslingssystem slik det tas til orde for i forslaget.

Det er også stilt klare krav til varsling om pasienter med behov for kommunale tjenester gjennom forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Kommunene skal bl.a. raskt varsles om at pasienter som legges inn i spesialisthelsetjenesten vurderes å ha behov for kommunale tjenester og/eller kommer til å stå uten egnet bolig. Rutiner for kommunikasjon ved utskrivning har også vært sentralt i pasientsikkerhetsarbeidet til helseforetakene. Det er særlig tre av innsatsområdene som er relevant for det representantene løfter frem i dette forslaget:

Forebygging av selvmord i døgnpsykiatriske avdelinger har vært et av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7". Perioden rundt innleggelse og utskrivelse er høyrisikoperioder for selvmord, og derfor har blant annet tiltak ved utskrivelse (kriseplan for pasient og pårørende, avtale for oppfølging «time i hånda» mv) vært en viktig del av tiltakspakken.

Et annet innsatsområde har vært forebygging av overdosedødsfall, hvor man også vet at risikoen er stor i forbindelse med utskrivelse fra institusjon, eller som følge av avbrudd i behandling.

Det tredje innsatsområdet har vært "Trygg utskrivning" som skal forbedre pasientenes erfaring med utskriving og å sikre tryggere utskrivinger fra sykehjem og sykehus.

Til sammen mener jeg at dette gir både helseforetakene og kommunene tydelige anbefalinger om rutiner for varsling til kommunehelsetjenesten ved utskrivning av pasienter som er innlagt for overdose, selvmordsforsøk eller mulig selvmordsforsøk. Et eget varslingssystem og bedre rutiner slik det lyder i forslaget mener jeg er ivaretatt.

Til representantenes forslag 2 så mener jeg regjeringen allerede har ivaretatt dette på en god måte. Jeg har likevel bedt om en statusrapport fra min kollega i Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Kommunal- og moderniseringsministeren melder om at flere personer med rusavhengighet og psykiske helseproblemer bor og mottar tjenester hjemme fremfor på institusjon. I dag er det rundt 2 400 personer med rus- og psykiske lidelser som ikke har en tilfredsstillende bosituasjon (BrukerPlan 2018). Av disse har mellom 500 til 1 000 særlig store utfordringer og behov. Det gjelder med andre ord ikke mange personer i hver kommune, men den enkelte trenger mye og individuelt tilpasset oppfølging.

Bedre bolig og tjenester til personer med psykiske helse- og rusproblemer har vært prioritert i Bolig for velferd (2014-2020) og Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Tilskudd fra Husbanken har siden 2016 bidratt til 928 nye boliger for personer med psykiske helse- og rusproblemer. Færre oppholder seg i midlertidig botilbud mer enn tre måneder, noe som har vært et mål i strategien. Flere innsatte i fengsel får kartlagt behovene sine under soning. Undersøkelser og innspill til Kommunal- og moderniseringsdepartementets arbeid med å fornye den boligsosiale politikken viser samtidig at tilbudet av boliger og tjenester til personer med psykiske helse- og rusproblemer må styrkes. I en brukerundersøkelse fra 2019 blant personer som mottar rustjenester i kommunene, oppga mer enn 20 prosent at de ikke har fått praktisk hjelp til å skaffe bolig. Tilsvarende andel opplevde at de ikke har fått hjelp til å mestre boforholdet. I tredje devaluering av Opptappingsplanen for rusfeltet blir mangel på egnede boliger trukket frem som en sentral begrensning for arbeidet på rusfeltet av representanter for kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Før sommeren lyste Husbanken ut et oppdrag for å kartlegge alle botilbud til personer med rus- og psykiske lidelser, i tillegg til tjenestetilbudet de får for å mestre boforholdet. Forskerne skal angi hva som er god praksis for et godt og helhetlig tilbud, slik at det blir enklere å kopiere de gode løsningene. Videre er det i statsbudsjettet for 2020 bevilget 30 mill. kroner til utviklingen av digitale løsninger, som skal gjøre det enklere å søke, tildele og administrere kommunale boliger. Løsningene skal blant annet gi bedre oversikt over botilbudet til vanskeligstilte på boligmarkedet, både lokalt og nasjonalt.

Det å sørge for at personer med alvorlig rus- og psykiske lidelser (ROP) har et godt sted å bo over tid, er krevende arbeid for kommunene. Regjeringen fornyer nå den boligsosiale politikken, og vil iverksette ytterligere tiltak for å bedre bosituasjonen for personer med rus- og psykiske lidelser. Tiltak som vurderes, er blant annet knyttet til tilbudet av boliger, samspillet mellom boliger og tjenester samt kompetanseutvikling i kommunene. Regjeringen

vill i høst legge frem en ny boligsosial politikk, og vil iverksette ytterligere tiltak for å bedre bosituasjonen for personer med rus- og psykiske lidelser.

I forslag nummer fire er det grunn til å vise til regler som allerede er virksomme. For det første så har kommunen en lovpålagt plikt til å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Dette innebærer plikt for kommunen til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

For å oppfylle ansvaret om å sørge for tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester, er kommunen pålagt å ha en fastlegeordning og sørge for at alle som er bosatt i kommunen, har rett til å stå på liste hos fastlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2. Fastlegen er i utgangspunktet ansvarlig for å tilby alle typer allmennlegetjenester til egne listeinnbyggere. Dette gjelder både innen somatikk, psykisk helse og rus. Fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, søke å ha oversikt over innbyggere på listen der medisinsk faglig oppfølging og koordinering er nødvendig. Fastlege som har eller mottar informasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk. Dette gjelder bare i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse, og det fra en medisinsk vurdering er et åpenbart behov for behandling eller oppfølging. Fastlegen skal ivareta en medisinsk faglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Fastlegen skal, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt. De helsemessige risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen.

Alle pasienter skal motta helhetlige og sammenhengende tjenester. Dette stiller store krav til koordinering og samarbeid. Dessverre kan det oppstå svikt i overgangene og at det kan virke som om kommuner og spesialisthelsetjenesten opptrer som parter og ikke partnere. Men jeg vil understreke at samtidig har mye blitt bedre. Alle helseforetak har inngått samarbeidsavtaler med kommunene i opptaksområdet sitt, og det er etablert strukturer for samarbeid. Evaluering tyder på at avtalene har vært viktige for å tydeliggjøre ansvars- og oppgavedeling. For å oppnå enda mer likeverdighet i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak og få til bedre felles planlegging har regjeringen og KS blitt enige om å etablere 19 helsefellesskap jf. Meld. St. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan (2019-2023). Helsefellesskapene bør konsentrere sin planlegging og tjenesteutvikling om de pasientgruppene hvor behovet for samhandling er størst. Regjeringen har løftet frem fire pasientgrupper som helsefellesskapene særlig bør utvikle gode tjenester og samarbeid rundt, herunder personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Det er gjort mye arbeid i forkant av dette for å tydeliggjøre oppgave og ansvarsfordeling rundt disse brukergruppene, blant annet i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, som ble utgitt i 2012.

Det er og grunn til å minne om at regjeringen har etablert over 70 aktivt oppsøkende team (ACT- og FACT-team) med deltakelse fra både kommune og spesialisthelsetjeneste. Dette er særlig rettet mot brukere som har behov for aktivt oppsøkende behandling fra flere aktører samtidig. ACT-team og FACT-team er ein arbeidsform som klart bidrar til å avklare oppgave- og ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesta, kommunehelsetjenesta og andre kommunale etater for brukere og pasienter med alvorlig rus- og psykiske lidelser (ROP) med hyppig kontakt med hjelpeapparatet, og bidrar til eit mer samordnet og tilgjengelig tilbud til pasientene.

Evalueringene av ACT- og FACT tema viser at både pasienter og pårørende er mer fornøyd med tilbudet enn tjenester de har mottatt tidligere, og det viser òg reduksjon i antallet innlegginger og i tvangsbruk. Pasienter med ROP-lidelser er en viktig gruppe for den videre utbyggingen av ACT- og FACT-team.

I og med at det utvikles en egen ROP-modul i pakkeforløpene vil dette også gi anbefalinger til både kommunene og spesialisthelsetjenesten. En bredt sammensatt arbeidsgruppe samarbeider med Helsedirektoratet i utvikling av disse anbefalingene. I tillegg vil Helsedirektoratet, på bakgrunn av Helsetilsynets funn og evaluering av pakkeforløpene, vurdere behov for ytterligere tiltak.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra HOD igangsatt et arbeid for å vurdere tiltak for bedre å ivareta personer med ROP-lidelser. Sentrale fagmiljø og brukerorganisasjoner bidrar i arbeidet. Grunnet Covid-19 er arbeidet noe forsinket, men vil gjenopptas over sommeren. Direktoratet har imidlertid levert forslag til tiltak knyttet til ROP-lidelser og levealder til HOD. Det vises også til oppdraget om framskrivning og normering, som må ses i sammenheng med annet arbeid på området. For å lykkes med å bedre tilbudet til målgruppen forutsettes det at nasjonale helsemyndigheter målretter, koordinerer og samordner innsatsen på området. Det gjelder både etablerte tiltak og i utviklingen av nye tiltak. Regionale og lokale aktører, sentrale fag- og kompetansemiljøer og brukerorganisasjoner må medvirke i arbeidet. Det vises for øvrig til direktoratets innspill med forslag til tiltak for å øke levealderen for personer med alvorlige ROP-lidelser og innspill til NHSP. Som representantene viser til er det likevel lokale variasjoner i tjenestetilbudet. Selv om det dessverre forekommer svikt i overgangene mellom tjenester og nivåer så er det en sentralt oppgave i ansvarsfordelingen mellom helseforetak, kommunehelsetjenesten og andre kommunale etater å finne samarbeid og løsninger som er til beste for pasientflyten. Slik det foreslås i punkt fire mener jeg allerede står sentralt i gjeldende regelverk og i dialogen mellom tjenestene.

Å be om mer kunnskap er viktig når den mangler. I forslag nummer fem indikerer representantene at det mangler kunnskap og etterspør en levekårsutredning. Det mener jeg vil være tap av viktig tid. For det er dessverre slik at personer med psykiske- og rusmiddelproblemer har en betydelig kortere levetid og sammensatt levekårsutfordringer enn befolkningen for øvrig. Dette er godt dokumentert. Derfor har jeg satt i gang flere initiativer som skal bidra til at denne ulikheten og skjevheten blir mindre. Det er all grunn å trekke frem flere av regjeringens arbeider. Blant annet :

- Ny handlingsplan for å forebygge selvmord som legges frem 10. september
- Retningslinjer og veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvmord og selvskading.
- Nasjonal overdosestrategi (2019 – 2022)
- Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter) (2016)
- Nasjonale faglige råd, Hepatitt C, 2019
- Ny nasjonal handlingsplan for økt fysisk aktivitet (2019) og Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-21)
- Pakkeforløp for psykisk helse og rus, med egen modul både ved overdose, og modul for utredning og oppfølging av somatisk helse og levevaner.
- Revidering av lokal veileder for psykisk helse- og rusarbeid; "Sammen om mestring" (2021)

Det er og grunn til å minne om de forpliktelser i internasjonale innsatser som Norge er en del av og som handler om bedre levekår. Norge arbeider for å nå WHO's mål om å redusere prematur død (30-70 år) av de såkalte NCD-sykdommene (non-communicable diseases) kreft, hjerte- og karsykdom, kols og diabetes med 25 prosent innen 2025, og i FN's bærekraftsmål utvidet til en tredjedel innen 2030.

For ytterligere å sikre bedre oppfølging av somatiske sykdommer og levevaner hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblemer vil jeg være åpen for å vurdere flere tiltak som kan redusere ulikheten i helse og overdødeligheten blant pasientgruppen.

I forslag nummer seks om tvang er det grunn til å minne om at rollen kommunen har i saker der det kan være aktuelt med tilbakehold uten eget samtykke, er begrenset til å vurdere behovet for tvangsbruk og til å fremme sak for fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Kommunen kan i tillegg treffe midlertidige vedtak dersom interessene bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke straks blir truffet og gjennomført.

Tvangslovutvalget (NOU 2019:14) som leverte sin utredning i juni 2019, foreslo at det som i andre saker om tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten, skal være den faglig ansvarlige for tiltaket som skal vedta tvangsbruk. Det skal også være et vilkår at det er inngått en avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av tjenestetilbudet før, under og etter oppholdet. Utvalget pekte blant annet på at det er uheldig at ansvaret for å ta initiativ til og gjennomføring av tvangsvedtak er delt mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Uenighet om behov og manglende samarbeid kan føre til at det blir brukt mye ressurser på å forberede og treffe vedtak om tvang som ikke blir gjennomført eller at personen blir lagt inn i institusjon i psykisk helsevern til tross for at han eller hun ville ha

fått et bedre faglig tilbud i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet fordi innleggingsprosedyrene er enklere.

Det går fram av Granavolden-plattformen at regjeringen vil foreta en revisjon av alle tvangshjemlene, basert på anbefalingene fra Tvangslovutvalget. Utredningen har vært på alminnelig høring. Bruk av tvang mot personer som er i ferd med å ruse seg på en slik måte at liv og helse blir satt i kritisk fare vil være et sentralt tema i det videre arbeidet. Jeg vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte så snart det lar seg gjøre.

Med hilsen



Bent Høie