
Verdiløse menn

REDAKSJONELL KOMMENTAR

STONE ENDEN

tone.enden@tidsskriftet.no

Tone Enden er ph.d., spesialist i radiologi og publiseringsredaktør i Tidsskriftet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Pasienter med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse er en særlig utsatt gruppe. Når de ikke møter opp til behandling, er det fordi tjenestene ikke gjør nok for å sørge for tilpasset hjelp.



Foto: Sturlason

Riksrevisjonen rettet nylig sin sterkeste kritikk mot myndighetene for deres vurdering av helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse (1). Myndighetene i denne sammenhengen var Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

I Norge har anslagsvis 5 200 voksne samtidig alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse. Få av disse er i lønnet arbeid, og omtrent én av fem er uten fast bopel (2). Riksrevisjonen mener det er sterkt kritikkverdig at verken helsetjenestene, de boligsosiale tjenestene, arbeidsrettet oppfølging eller andre meningsfylte aktivitetstiltak er tilpasset disse. Samhandlingen mellom de ulike tjenestene svikter, gruppen klarer ikke å nyttiggjøre seg eksisterende tilbud, og de har heller ikke noen reell medvirkning i utformingen.

Det er anslått at ruslidelser bidrar til 2,8 % av den totale sykdomsbyrden i Norge (3). Tall for de siste fem årene viser at nærmere 8 av 1 000 innbyggere er pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (4). Det er ikke kjent hvor mange som har ruslidelse og psykisk lidelse i mindre alvorlig grad.

Riksrevisjonen peker på manglende kapasitet i helsetjenestetilbudet til denne gruppen. Ser vi til TSB-tjenesten er antall årsverk i landet omtrent 3 500, hvorav 250 (7 %) er legeårsverk (5). I gjennomsnitt får vi hvert år 12,5 nye yrkesaktive spesialister i rus- og avhengighetsmedisin, og på landsbasis er antallet nå oppe i 184 – ti år etter at spesialiteten ble godkjent (6). Økt

kapasitet innen spesialisert rusomsorg utfordres både av den forventede generelle mangelen på helsepersonell i framtida og av lav rekruttering av leger til både russpesialiteten og psykiatri spesielt (7).

«Riksrevisjonen finner det sterkt kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke gjør nok for å sørge for at pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse får den tilpassede helsehjelpen de trenger»

Med dette som bakteppe finner Riksrevisjonen det sterkt kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke gjør nok for å sørge for at pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse får den tilpassede helsehjelpen de trenger. Blant Riksrevisjonens anbefalinger til departementet, er det kun anbefalingen om å *stanse nedbyggingen av døgnbehandling i psykisk helsevern* som er konkret (1). Gitt at forholdene i tjenestene allerede er *sterkt kritikkverdige*, blir dette en blek anbefaling.

Døgnbemannede spesialisthelsetjenester er særlig ressurskrevende. Sykehusøkonomien har vært stram lenge, og antall døgnplasser i psykisk helsevern er halvert siden tusenårsskiftet. Samtidig har antall døgnplasser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ligget stabilt mellom 4,1 og 4,5 per 10 000 voksne siden 2010 (8). De siste fem årene har heller ikke antall døgnplasser i psykisk helsevern endret seg vesentlig, verken totalt eller per region. De regionale forskjellene er der fortsatt: I 2023 hadde Helse Sør-Øst 7,0 døgnplasser per 10 000 voksne, mot 8,9 i Helse Nord (1). Dette kan det være gode geografiske grunner til. Men når tallene var omtrent det samme i 2019 (henholdsvis 7,5 og 9,2), vil kun en gjenoppbygging av døgnkapasiteten gi mening. Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre bekrefter da også i sitt svar til Riksrevisjonen at reduksjonen i døgnkapasitet i psykisk helsevern allerede har stoppet opp, og at Støre-regjeringen har gitt *betydelige økonomiske incentiver* og årlig stilt krav til de regionale helseforetakene om økt døgnaktivitet (1). Det er de som sitter med «sørge for»-ansvaret og derfor får streng pekefinger fra både riksrevisor og statsråd.

En tilpasning i helsetjenestene som ikke nevnes i Riksrevisjonens vurdering, er de strengere kravene til ventetid i TSB-tjenesten sammenlignet med i somatikk og psykisk helsevern. Dette er krav som nylig ble strammet ytterligere til i Vestre sin helsetale (9). Nye tall viser at kravet om at ventetida i TSB-tjenestene ikke skal overstige 33 dager, innfris (10). Det kunne fortjent positiv oppmerksomhet. Rus og psykiatri er heller ikke blant fagområdene med lengst ventetid eller flest ventende (10). At ikke alle tall peker feil vei eller framstår uoppnåelige, kan kanskje være til trøst for henviste pasienter og bekymrede og fortvilte pårørende.

Personer med alvorlig rus- og psykisk lidelse har som gruppe *meget svekket inntektsevne*, og egenandeler og gebyr bidrar til manglende oppmøte (1). Betalingsvansker kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko (11). Det er eksempler på at helsepersonell prøver å bøte på problemet for pasienten, som å kreve én egenandel for tre avtaler i samme uke (1). Myndighetene ber da også uttrykkelig om at tjenestene tilpasser og utviser skjønn og er *forsiktig med å gi*

gebyr til pasienter i rus og psykiatri (12). Samtidig åpner dette for ulik gebyrpraksis, noe som utfordrer prinsippet om likebehandling (11). En konsistent tilpasning er at gebyr ved manglende oppmøte i psykiatri eller for rusbehandling skal tilsvare egenandelstaksten (en fjerdedel av beløpet som innkreves om du uteblir fra avtale i resten av spesialisthelsetjenesten) (13). Ubetalte gebyr i helsetjenestene går til inkasso, og mange risikerer med dagens ordning å opparbeide seg gjeld til inkassoselskapene (11).

«Den totale sykdomsbyrden for menn med ruslidelser er dobbelt så høy som for kvinner, og for hver kvinne i TSB-behandling er det to menn»

Gebyr og egenandeler er småpenger i den store sammenhengen. Dersom spesialisthelsetjenesten lar være å kreve betaling fra personer med alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse, enten pasienten har opparbeidet seg frikort eller ikke, vil både helsepersonell og administrativ innsats kunne benyttes mer hensiktsmessig (14).

Jokke sang om «oss verdiløse menn» (15). Den totale sykdomsbyrden for menn med ruslidelser er dobbelt så høy som for kvinner, og for hver kvinne i TSB-behandling er det to menn (3, 16). Likevel nevnes ikke kjønnsforskjellen i Riksrevisjonens vurdering. Nasjonal faglig retningslinje har et kort avsnitt om kjønns spesifikk behandling og at det kan vurderes (17). Vi vet at kvinner oppsøker helsehjelp i større grad enn menn, og blant Mannsutvalgets anbefalinger innen helse var å nedsette et mannshelseutvalg og gjøre helsetjenester mer tilgjengelige for menn (18). Det kan bli feil om kjente kjønnsforskjeller ikke tas hensyn til i tilpasningen av helsetjenester til de med samtidig rus- og psykisk lidelse.

«Vi finner oss i're», sang Jokke. I framleggingen trakk riksrevisor Karl Eirik Schjøtt-Pedersen fram at personer med samtidig rusproblematikk og psykisk lidelse er en gruppe som *klager lite og krever lite*. Når gruppen i for liten grad klarer å benytte seg av eksisterende tilbud – hva blir verdien av tilbudet da? Kjernen i vår felles helsetjeneste er likeverd og lik tilgang til helsetjenester. For mange med rus og psykiatri er dette uoppnåelig, og det er i stedet erstattet med uverdige møter med byråkrati og tjenester som ikke samhandler. Dette er dessverre uttrykk for et samfunns menneskesyn på verdiløse mennesker.

REFERENCES

1. Riksrevisjonen. Myndighetene svikter en sårbar gruppe. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/helse-og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidig-rusmiddellidelse-og-psykisk-lidelse/> Lest 16.2.2025.
2. Riksrevisjonen. Presentasjon for media 6. februar 2025. Helse- og velferdstjenester til personer med samtidig ruslidelser og psykiske lidelser. <https://www.riksrevisjonen.no/contentassets/a442ec992c77489486776a2abc469031/karleirikspresentasjon.pdf> Lest 12.2.2025.

3. HelseOmsorg21 Monitor. Sykdomsbyrde: Hierarkisk visning.
https://www.helseomsorg21monitor.no/figur/24?figurType=SUNBURST&chartPath=Ikke-smittsomme+sykdommer&chartPath=Ruslidelser&__Kj%C3%B8nn=%5B%22Kvinner%22%5D Lest 14.2.2025.
4. Helsedirektoratet. Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/pasienter-i-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling> Lest 12.2.2025.
5. Personalsammensetning i TSB. TSB i Norge. Personalsammensetning i TSB. <https://tsbnorge.no/personalsammensetning-i-tsb> Lest 12.2.2025.
6. SSB tabell o7935 supplert med Data fra Dnlf for 2023 og 2024: Spesialistutdanning. 4.kvartal 2008-2024, etter spesialitet, alder under 75 år, kjønn og årstall, Dnlf 14. november 2024 (merk: kun spesialister reg. med adr. i Norge). <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.legeforeningen.no%2Fcontentassets%2F06c2888f42124737b790f6794c650270%2Ftotalt-antall-godkjente-spesialister-under-75-ar-kjoenn-2008-2024-ssb-og-dnlf.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK> Lest 12.2.2025.
7. Den norske legeforening. Legeforeningens innspill til Meld. St. 23 (2022 – 2023) –Opptrappingsplan for psykisk helse.
<https://www.legeforeningen.no/hoeringer/stortinget/2023/legeforeningens-innspill-tilmeld.-st.-23-2022-2023-opptrappingsplan-for-psykisk-helse/hoeringsuttalelse/> Lest 12.2.2025.
8. Riksrevisjonen. Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser. Dokument 3:5 (2024–2025).
<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2024-2025/helse-og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidige-rusmiddellidelser-og-psykiske-lidelser.pdf> Lest 12.2.2025.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Helsetalen 2025.
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsetalen-2025/id3083819/> Lest 16.2.2025.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Trafikklys november.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/fc419b364396428c8b6dbfd98a208726/tallene-i-trafikklysmodellen-per-november-2024.pdf> Lest 16.2.2025.
11. Ukom. Betalingsvansker – en pasientsikkerhetsrisiko.
<https://ukom.no/rapporter/betalingsvansker-en-pasientsikkerhetsrisiko/sammendrag> Lest 14.2.2025.
12. Helsedirektoratet. Vurdering av utfordringer knyttet til manglende fremmøte. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forslag-til-endringer-etter-evaluering-av-tverrfaglig-psykolog-og-tannhelsetilbud-til->

tortur-og-overgrepsutsatte-og-personer-med-odontofobi-too/vurdering-av-utfordringer-knyttet-til-ventetider/vurdering-av-utfordringer-knyttet-til-manglende-fremmote Lest 14.2.2025.

13. Helsenorge. Egenandeler og pasientbetaling på sykehus og poliklinikk. <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-pa-sykehus-og-poliklinikk/#gebyr-dersom-du-ikke-moter-opp> Lest 14.2.2025.

14. eHåndbok. Avbestilling og ikke møtt - pasientadministrativ oppfølging. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/146116> Lest 14.2.2025.

15. Sjølstad S. Jokke Verdiløse menn XLTV. YouTube 3.11.2006. <https://www.youtube.com/watch?v=YGinBQ-hlo4> Lest 16.2.2025.

16. Helsedirektoratet. Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/pasienter-i-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling> Lest 12.2.2025.

17. Nasjonal faglig retningslinje. Utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/pasienter-i-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling> Lest 16.2.2025.

18. Regjeringen NOU. 2024: 8. Likestillingens neste steg. <https://www.regjeringen.no/contentassets/6571a61b163e49f593eee6ab7a338ff6/no/pdfs/nou202420240008000dddpdfs.pdf> Lest 16.2.2025.

Publisert: 20. februar 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0121
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.