Innspill til kvinnehelseutvalget

Takk for muligheten til å komme med innspill. Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan er en pådriver for en solidarisk og ansvarlig ruspolitikk. Sammen med våre 35 medlemsorganisasjoner jobber vi for å forebygge og begrense skadene fra bruk av alkohol, narkotika og pengespill.

Krisesenter  
Ifølge krisesenterloven fra 2010 skal alle som opplever vold i nære relasjoner, ha et gratis, lavterskel tilfluktssted. Likevel opplever kvinner som ruser seg å bli avvist på krisesentrene, til tross for at disse kvinnene er blant de mest utsatte og sårbare gruppene i samfunnet.

Personer med kjente rusproblemer har i flere år utgjort den største gruppen som ikke får et tilbud ved krisesentrene, ifølge Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets årlige statistikk over krisesentertilbudene.  
• Bare 12 av 44 krisesentre sier ja til å ta imot kvinner med kjent rusproblematikk.  
• 7 av 44 sier nei til å ta imot kvinner i aktiv rus.  
• 24 vurderer det ut fra hvert enkelt tilfelle.

Dette er et alvorlig brudd på rettssikkerheten til disse kvinnene. De ordinære krisesentrene er ikke egnet for ¬personer med rusproblemer, både på grunn av behovet for å bli møtt med tverrfaglig kompetanse (rus og vold), men også av hensyn til andre sårbare kvinner og barn på krisesenteret.  
Det er på høy tid at Norge tar rettssikkerheten til kvinner i aktiv rus på alvor og oppretter egne tilbud til denne ¬gruppen, enten i tilknytning til eksisterende krisesentre eller som selvstendige enheter.

I juni 2021 vedtok Stortinget at det må sikres at også personer i aktiv rus har tilgang til et krisesentertilbud med ansatte som har tverrfaglig kompetanse på rus og vold, enten i tilknytning til eksisterende krisesentre eller som selvstendige tilbud. Det er likevel mye arbeid som gjenstår før disse kvinnene får det tilbudet de har rett på. Kommunene må opprette tilbud og de må ha ansatte med nødvendig kompetanse. Når krisesentertilbud til disse kvinnene er opprettet, blir det også en stor jobb med å få ut informasjon om at det finnes et tilbud som tar de imot. Kvinner i aktiv rus dropper ofte å oppsøke hjelp da de hyppig blir avvist, og det blir derfor behov for å informere godt om at det finnes hjelp å få, også for disse kvinnene.

Rusmestringsenheter  
En høy andel innsatte har rusproblemer. Rusmestring er derfor en viktig del av helsetilbudet under soningsoppholdet. Rusmestringsenhetene er en del av spesialisthelsetjenesten og er forsterkede enheter innenfor fengslene, som fungerer som en egen avdeling med spesiell tilrettelegging for innsatte med rusproblemer. Formålet er å gi tilbud om behandling og rehabilitering som i større grad gjør den innsatte i bedre stand til å mestre sitt rusproblem og egen livssituasjon.

Rusmestringsenhetene skal sørge for en god samhandling mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i fengsel. Det skal også legges til rette for samhandling mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene ved tilbakeføringen av innsatte til samfunnet. I dag finnes det kun 18 rusavdelinger i norske fengsler fordelt på totalt 58 operative fengsler. Flere undersøkelser har pekt på at tilbudet ikke møter etterspørselen og at det derfor burde utvides for å sikre innsatte tilstrekkelig helsehjelp.

Kun fem prosent av innsatte i norske fengsler er kvinner, og gruppen blir kategorisert som ekstra sårbar. Ifølge Sivilombudsmannens vurdering i 2016 hadde kvinner og menn den gang ulik tilgang til rusmestringstiltak. En senere rapport fra Oslo Economics og Tyrilistiftelsen fra 2020 påpeker at kvinner i mindre grad har tilgang til likeverdige tjenester og tilbud. De tre rusenhetene for kvinner er alle lokalisert i region øst og sørvest. Dette gjør at tilgjengeligheten er svært begrenset for domfelte i andre deler av landet.

Ifølge Oslo Economics og Tyrilistiftelsen kan vi også anta at stigmatiseringen av kvinner med rusproblematikk er større enn for menn. Dette kan medføre at det kan være vanskeligere for kvinnelige domfelte å søke hjelp under soningsoppholdet. Dette kan for eksempel skyldes frykten for å miste omsorgen eller få redusert samvær med egne barn dersom rusmisbruket blir kjent. Dette kan medføre at mange som er i målgruppen unngår å oppsøke hjelp når de soner.

Overdoser  
I år 2000 var heroin hovedårsaken til overdosedødsfall. De rammet oftest unge menn i 20-30 årene, injeksjonsbrukere, blandingsbrukere og majoriteten var utenfor rusbehandling. I dag involverer åtte av ti dødelige overdoser ett eller flere opioider, vanligvis sammen med andre rusmidler. Trenden har snudd fra at det typiske var heroin, til at det nå domineres av smertestillende medikamenter. Gjennomsnittsalderen har økt betraktelig og er i dag 44,6 år. Kvinner utgjør ca. 30 prosent av de overdosedøde.

Kvinner har en høyere gjennomsnittsalder ved overdoser enn menn (47,6 år mot 43,2 år). Menn dominerer gruppen som dør av heroin, mens flest kvinner dør av smertestillende piller. I tellemåten som brukes i Norge og Europa er selvmord med bruk av rusmidler en del av overdosestatistikken. Her ser vi at kvinner dominerer blant de som tar selvmord med rusmiddel (opioide smertestillende).

Om lag halvparten av kvinner som tar overdoser, har ingen illegale rusmidler i blodet. En typisk kvinnelig overdose er knyttet til sterke smertestillende medikamenter, sovemedisiner, antidepressiva og alkohol. Det som kjennetegner kvinner som tar overdose i dag er at mange er over 50 år, de er ofte utenfor arbeidslivet, de har en smertetilstand og/eller depresjon, og de blir behandlet av fastlege. Medikamentene som er knyttet til overdosene er ofte forskrevet av behandlende fastlege.

De aller fleste tiltakene mot overdoser de siste 10-20 årene er i stor grad rettet mot de mer «tradisjonelle» overdoseutfordringene, som kjennetegner bruken av heroin. Det er derfor et stort behov for nye målrettete forebyggingstiltak for å forhindre overdoser særlig knyttet til bruk av smertestillende medikamenter hos kvinner.

Alkohol  
De siste 20-30 årene har det skjedd store forandringer i kvinners alkoholvaner. Kvinner i Norge er selvstendige, de har god utdannelse, tjener egne penger og deltar i yrkeslivet på lik linje som menn. Tidligere var alkohol ofte knyttet til en mannskultur, men i dagens samfunn hvor kvinner og menn deltar på de samme sosiale arenaene er konsumet for kvinner stigende. Dette gjelder særlig blant eldre og kvinner med høyere utdannelse.

Kvinner og menn reagerer ulikt på alkohol. Dette er det flere grunner til. Kvinner veier gjerne mindre enn menn, og de har en annen kroppssammensetning bestående av mindre vann, mindre muskelmasse og mer fett. I tillegg er ofte leveren mindre hos kvinner, noe som er av betydning da det er der forbrenningen av alkohol foregår i kroppen. Dette resulterer i at når en kvinne og en mann drikker like mye alkohol, vil kvinnen få en høyere konsentrasjon av alkohol i blodet, i tillegg til at alkoholen vil oppholde seg noe lenger i kvinnekroppen før den blir omdannet.

Samtidig som vi ser at stadig flere kvinner drikker mer, viser undersøkelser at kvinner som kommer til behandling for alkoholmisbruk, har en mye verre mental helse enn menn, ifølge Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

Actis vil utfordre kvinnehelseutvalget til å se på:  
- Hvordan tilbudet til voldsutsatte kvinner med rusavhengighet må styrkes.  
- Hvordan kvinner i kriminalomsorgen kan sikres rusbehandling.  
- Utviklingen av kvinners alkoholbruk og hvordan samfunnet best tilnærmer seg utfordringene med kvinners bruk av alkohol.  
- Tiltak for å redusere overdosedødsfall og redusere bruk av avhengighetsskapende legemidler.  
- Hvordan forskningen kan gi oss mer kunnskap om hvordan sykdommer opptrer i kvinnekroppen.

Med vennlig hilsen

Inger Lise Hansen  
Generalsekretær, Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan