

Rusreformen – ansvar uten innhold



Nyheter og reportasjer

Den som venter på noe innholdsmessig nytt når store deler av rusomsorgen flyttes fra fylkeskommunal sosialtjeneste til statlig spesialisthelsetjeneste, må smøre seg med tålmodighet.

«Et forsøk på å trekke en grense i en gråsoner», sier Sosialdepartementet om høringsforslaget. Hensikten er at rusmiddelmissbrukere skal få bedre tilgang til helsetjenester og et likeverdig tilbud uavhengig av hvor i landet de bor. I dag er underforbruket av helsetjenester hos denne pasientgruppen stort.

Opprydding i rusfeltet

Overføring til staten betyr en opprydding i organiseringen av rusfeltet. Vel en firedel av tiltakene innen rusomsorgen er allerede underlagt spesialisthelsetjenesten. Blant annet ble psykiatriske ungdomsteam/rusmiddelteam, som er hjemlet i helselovgivningen, overført til spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2002.



*Fagfolk frykter økt medikalisering når rusfeltet knyttes til helsevesenet.
Foto E. Aas, Scanpix*

Sosialdepartementet vil ha fart i saken. Man tar sikte på å legge frem et lovforslag i vår og gjøre ansvarsoverføringen gjeldende fra 1. januar 2003. Gjennomføringen av reformen vil følge oppskriften for statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Forslaget er sendt på høring.

Sprikende tilbud

Rusomsorgen består av et mylder av tiltak med varierende kvalitet og innhold og med ulike finansieringsformer. Fylkeskommunene har ansvaret og feltet er hjemlet i sosiallovgivningen. Resultatet er blant annet ulike tilbud fra fylke til fylke, men også at helsevesenet forsømmer ansvaret for å yte helsehjelp til denne pasientgruppen.

Departementet vil at staten, ved de regionale helseforetakene, skal få ansvaret for spesialiserte behandlingstjenester til rusmiddelmissbrukere. Ved å flytte ansvaret for slike tjenester over på helsevesenet og hjemle det i helselovgivningen, blir ansvaret tydeligere plassert. Lik organisering og like finansieringsordninger for behandling av rusmiddelmissbrukere vil være til det beste for brukere og sikre likt geografisk tilbud, mener departementet. Overføring fra sosiallovgivning til helselovgivning styrker samtidig rusmiddelmissbrukeres rettigheter etter pasientrettighetsloven.

I høringsforslaget har man ikke tatt endelig stilling til hva spesialiserte behandlingstjenester skal omfatte. I grove trekk foreslår Sosialdepartementet at spesialisthelsetjenesten får ansvar for:

- avrusing (etter henvisning) som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging
- utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov
- spesialisert behandling, enten poliklinisk eller i institusjon
- tilbud til rusmiddelmissbrukere med ulike psykiske lidelser
- ansvar etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, dvs. tvangsinnleggelse

Spesialisthelsetjenestens ansvar skal være begrenset til målrettede behandlingsopplegg av kortere varighet. Omsorgs- og rehabiliteringstiltak samt avrusing som ikke krever helsefaglig kompetanse, skal fortsatt være et fylkeskommunalt ansvar.

Utover dette avventer departementet blant annet innspill fra høringsinstansene med hensyn til hvilke oppgaver og hvilke institusjoner som skal sortere under spesialisthelsetjenesten.

Høringsforslaget vil tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens ansvar for helsehjelp til rusmiddelmisbrukere, men slår fast at kommunehelsetjenesten og fastlegene har en klar rolle. Det er her helsetilbudet først og fremst skal gis. Overføring til spesialisthelsetjenesten innebærer at fastlegen kan henvise direkte til spesialisthelsetjenesten.

Hvilke tiltak blir statlige?

Det er de regionale helseforetakene som får det direkte ansvaret for tilbudet om rusomsorg i regionen, enten ved å drive egne virksomheter eller ved å kjøpe tjenester av andre offentlige eller private tjenesteytere. Ved å være underlagt helseforetaksloven vil man få en klarere juridisk og økonomisk ramme for bruk av tjenestene fra de mange private aktørene og bedre styring av ressursene, mener Sosialdepartementet.

De institusjonene som i dag tilbyr behandling av rusmiddelmisbrukere, vil fortsatt spille en sentral rolle, også under staten. Høringsforslaget legger opp til at private institusjoner skal kunne inngå avtaler med helseforetakene.

Det er imidlertid ikke avklart hvilke institusjoner og tiltak som vil bli omfattet av overføringen. Departementet antyder forsiktig at 36 spesialiserte behandlingstilbud og 12 private, kan falle inn under spesialisthelsetjenestebegrepet.

Det er heller ikke tatt endelig stilling til hvordan man skal skille mellom institusjonene. Man vil se på faglig forankring og hva slags kompetanse og helsepersonell som finnes i staben, heter det.

De regionale sentrene for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere som har spesialiserte funksjoner, blir overført til spesialisthelsetjenesten. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål kom inn under statlig vinge fra 1. januar 2002.

De regionale helseforetakene skal dekke utgifter til behandling og pleie. Refusjonskrav for oppholdsutgifter overfor rusmiddelmisbrukerens oppholdskommune, vil falle bort.

Innhold i handlingsplan?

Høringsforslaget legger opp til at helsepersonell øker kompetansen om behandling av rusmiddelmisbrukere, blant annet for å kunne utrede hva slags behandlingsbehov den enkelte har. Hvor man skal hente midler til dette fra, er ikke klart. Høringsforslaget berører heller ikke eventuelle fagideologiske konsekvenser og gir ingen signaler om man

kan forvente flere behandlingsplasser og nye tiltak. I Sosialdepartementet henviser man til en handlingsplan mot rus, som etter planen skal legges frem høsten 2002. Heller ikke fra politisk hold i Helsedepartementet, som fra 2003 får det overordnede ansvaret for helse-tjenestene til rusmiddelmisbrukerne, gir man klare signaler på hva som vil følge i kjølvannet av ansvarsreformen.

– Vi ser at utfordringene står i kø, og det vil være nødvendig å se på både omfang og innhold i behandlingstilbudet, særlig i forhold til narkomane. Det har vært mye fokus på metadonbehandling og lavterskeltilbud, men det er også ønske om behandling til rusfrihet, sier statssekretær Kristin Ravnanger i Helsedepartementet. – Det betyr ikke at det bare skal være legemiddelbasert behandling, presiserer hun.

Bemanning ved institusjonene og deres kompetanse er nok en utfordring. Ravnanger setter spørsmålsteget ved om institusjonene bare skal være bemannet av helsepersonell. – Helsepersonell har i liten grad interessert seg for rusomsorgen. Kanskje kan det være en utfordring for dem å jobbe tverrfaglig? Som en del av regionale helseforetak vil det kanskje bli lettere å samarbeide på tvers av faggrenser, sier Ravnanger.

– Ingrid Høie, *Tidsskriftet*
ingrid.hoie@legeforeningen.no

Betimelig opprydding, men blir forholdene bedre?

– Når spesialiserte behandlingstjenester til rusmiddelmisbrukere organiseres på samme forvaltningsnivå, øker mulighetene for god samhandling. Men økt medikalisering er en fare når feltet knyttes til helsevesenet.

Det mener Arne Johannesen, fylkeslege i Telemark, og Helge Waal, professor ved Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo, om høringsforslaget fra Sosialdepartementet. De er tilfreds med at forslaget går inn for å rydde i et brokete område med mange gråsoner, særlig gjelder dette klienter med dobbeldiagnose rus og psykiatri. For denne gruppen har dagens organisering ført til pulverisering av ansvar og gjort klientene til katebatter. Waal og Johannesen fremhever også at misbrukerens rettigheter blir styrket gjennom pasientrettighetsloven.

Vanskelig skille

De mener det er problematisk at Sosialdepartementets forslag skiller mellom spesialiserte behandlingstjenester og tiltak for omsorg og rehabilitering. Både Waal og Johannesen etterlyser en opprydding.

– Hvem hører inn under hva? Rusmiddelmisbrukere har ofte sammensatte problemer.

Vi kan risikere å få en ny kateballproblematikk mellom en a- og en b-tjeneste. Forslaget legger ansvar for ulike sider ved rusfeltet på alle tre forvaltningsnivåer. I stedet for beholde tiltak for omsorg og rehabilitering i fylkeskommunen, burde man overføre dette ansvaret til kommunene, sier Arne Johannesen.

– I mange tilfeller vil det være et kunstgrep å skille ut rehabilitering, fordi det er en integrert del av svært mange behandlingsoplegg innen rusfeltet. I verste fall vil oppsplittingen gjøre forholdene verre og ikke bedre, mener Waal.

Medikalisering?

Arne Johannesen ser en viss fare for at en tettere tilknytning til helsetjenesten gir rusomsorgen en biokjemisk slagside.

– Jeg er ikke bekymret for en ensidig fokusering på medisiner, men man må være oppmerksom på dette. Det er viktig å finne andre måter å tilnærme seg behandling av rusmiddelmisbrukere på enn ved medikamentell behandling, for eksempel kognitiv atferdsmessige terapiformer, sier han.

Helge Waal frykter at det blir lagt for liten vekt på sosialpedagogiske metoder og kompetanse.

– Legene og medisinske autoriteter får en sentral plass uten å ha kompetanse. Ansvarsoverføring til spesialisthelsetjenesten aktualiserer en debatt om rusmedisin som egen spesialitet eller subspecialitet, mener Waal.

– Kan behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere bli en tapende part når de regionale helseforetakene skal fordele midler?

– Det er en nærliggende bekymring. Ansvarsplasseringen innen helseforetakene er lite beskrevet, og det er ikke uten videre slik at helseforetakene vil prioritere rusfeltet i en knapp ressursituasjon. For å beskytte dette feltet, er det en forutsetning at det får et eget budsjettområde, mener Waal.

Helge Waal, som tidligere var leder av Nasjonalt kompetansesenter for medikamentassistert rehabilitering, MARIO, etterlyser en tydeligere omtale av legemiddelassistert rehabilitering. – Her er rehabilitering hovedmålet, mens metadon er assistanse på veien dit. Når de regionale sentrene skal plasseres som spesialisthelsetjeneste, mens rehabilitering er fylkeskommunens ansvar, kommer man i strid med intensjonen. Dette må avklares, sier han.

– Ingrid Høie, *Tidsskriftet*
ingrid.hoie@tidsskriftet.no