



International Research Institute of Stavanger

www.irisresearch.no

Terje Lie, Sverre Nesvåg og Kirsten Allred

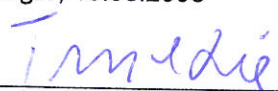
Evaluering av den statlige rusreformen

Oppsummering og foreløpige konklusjoner på grunnlag av delrapport

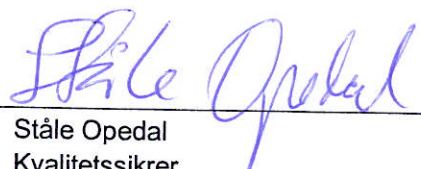
Rapport IRIS - 2006/035

Prosjektnummer: 7201991
Prosjektets tittel: Evaluering av den statlige rusreformen
Kvalitetssikrer: Ståle Opedal
Oppdragsgiver(e): Sosial- og helsedirektoratet
Forskningsprogram:
ISBN: 82-490-0435-3
Gradering: Åpen

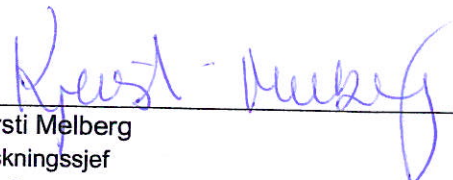
Stavanger, 15.03.2006


Terje Lie
Prosjektleder

Sign.dato


Ståle Opedal
Kvalitetssikrer

22.02.06
Sign.dato


Kjersti Melberg
Forsknings sjef
(Samfunns- og næringsutvikling)

22/9-06
Sign.dato

Forord

Stortinget vedtok med hjemmel i Ot.prp. 3 (2002-2003) og Ot.prp. 54 (2003-2004) at de regionale helseforetakene skulle overta fylkeskommunenes ansvar for behandling av rusmiddelbrukere fra 01.01.04. På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet skal IRIS (tidligere Rogalandsforskning) gjennomføre en evaluering av denne reformen.

Evalueringsoppdraget avsluttes ved utgangen av 2006 og hovedinnsatsen av arbeidet blir gjennomført i løpet av dette året. I den første delrapporten fra IRIS, datert 17. februar 2006 (upublisert), er formålet å presentere noen erfaringer og resultater fra reformen så langt. I denne fasen er det lagt spesiell vekt på de strukturelle sidene ved reformen. Delrapporten bygger på et begrenset utvalg intervjuer med representanter fra statlig forvaltning, helseforetakene, private institusjoner, kommuner og brukerorganisasjoner. Dette dokumentet inneholder oppsummering og foreløpige konklusjoner på grunnlag av delrapporten. I løpet av 2006 vil det bli gjennomført flere undersøkelser fra behandlingsinstitusjoner og fra brukere.

Sluttrapporten blir offentliggjort i desember 2006.

Vi takker alle som har stilt opp til intervju for deres bidrag og andre som har bidratt med informasjon, så langt i evalueringen. IRIS er ansvarlig for alle konklusjoner i rapporten.

Stavanger 22.09.2006

Terje Lie, prosjektleder

Innhold

1	INNLEDNING	4
2	EVALUERINGSDESIGN.....	4
3	RESULTATER.....	7
	'Sørge for' ansvar, økonomi og kapasitet.....	7
	Ventetider	9
	Pasientrettigheter	10
	Kommunene.....	12
	Samhandling mellom kommune og stat	13
	De private aktørene.....	15
	Videre utvikling av de tverrfaglige spesialiserte tjenestene	16
4	LITTERATUR.....	17

1 Innledning

Formålet med rapportering i denne fasen av evalueringen har vært å undersøke de strukturelle forholdene ved rusreformen. Med strukturelle forhold siktes her først og fremst til ressursmessige og organisatoriske rammebetingelser for reformen. I resultatene kommer vi imidlertid også inn på konsekvenser av reformen for tjenestetilbudet. Hovedkonklusjonen er at de strukturelle sidene ved reformen langt på vei er på plass, men at praktiseringen av regelverket har skapt store forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene. Delrapporten bygger på kvalitative intervjuer av sentrale informanter i helseforetak, kommuner, brukerorganisasjoner og private institusjoner med avtale med helseforetakene. Prosjektmedarbeidere har deltatt på erfaringskonferanser i helseregionene i forbindelse med rusreformen.

Omorganiseringen av spesialisttjenester for rusmiddelmissbrukere må sees i sammenheng med reformen fra 2002 hvor de tidligere fylkeskommunale sykehusene ble organisert i helseforetak under statlig eierskap jf. Ot.prp. nr 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m. m. Målet med rusreformen var å sikre et godt helsefaglig behandlingstilbud til rusmiddelbrukere. Spesielt var det viktig å sikre bedre tjenester til pasienter med sammensatte behov for rusbehandling, psykiatriske- og somatiske helsetjenester.

Overordnet målsetning med rusreformen fra Stortinget er at rusmiddelmissbrukere skal få et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, og at behandlingsresultatene skal bli bedre (Helsedepartementet 2004). I forhold til tjenesteytingen og behandlingsresultater er kvalitet et sentralt begrep og mål. Stortinget har satt opp visse vilkår for hva som er god kvalitet på tjenestene: **tverrfaglighet** (sosialfaglige og helsefaglige perspektiver), **helhetlig tilnærming**, og **individuell tilpasset behandling**.

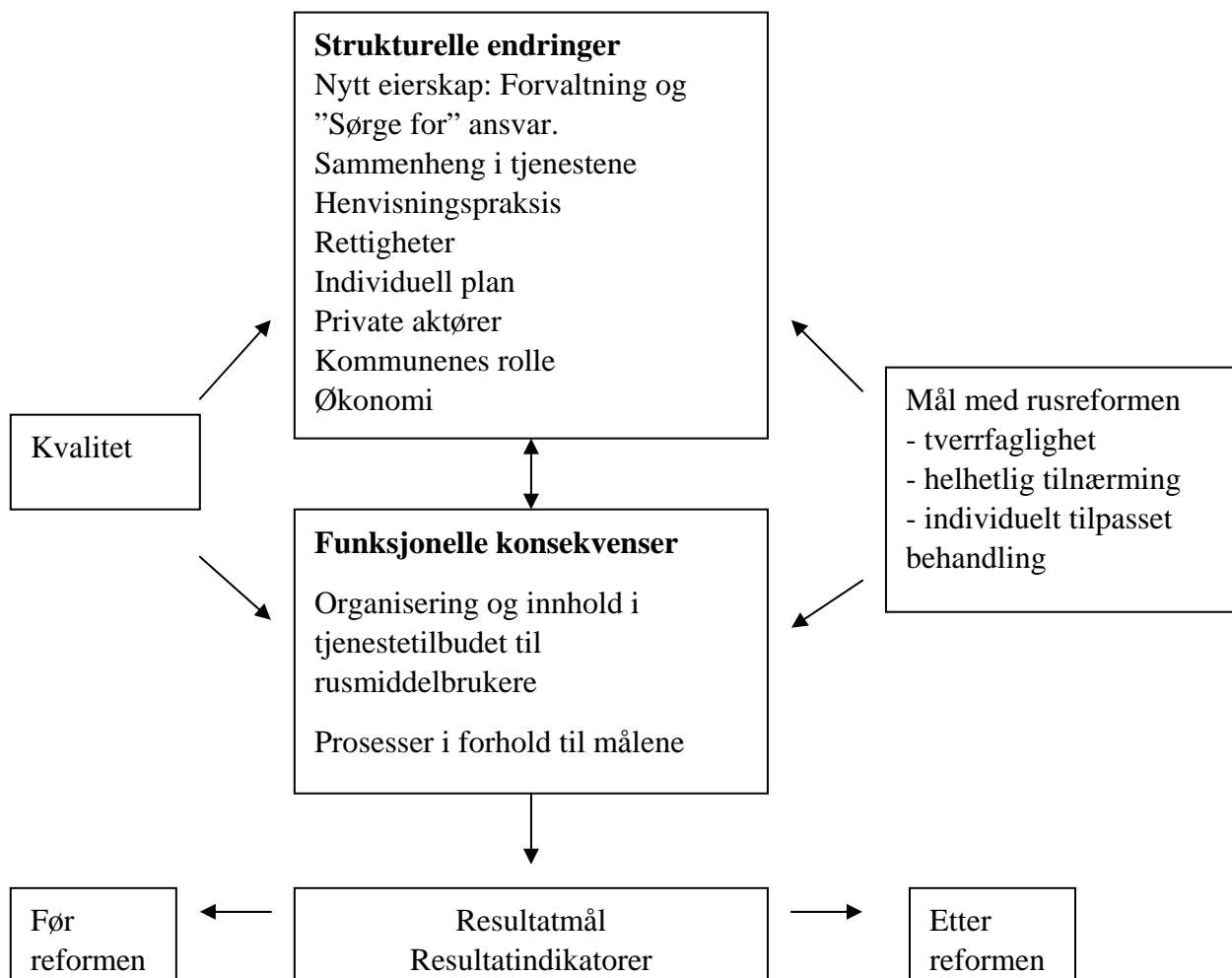
Utgangspunktet for evalueringsprosjektet er iverksetting av rusreformen fra 1. januar 2004. Overordnet målsetning med rusreformen fra Stortinget er at rusmiddelmissbrukere skal få et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, og at behandlingsresultatene skal bli bedre (Helsedepartementet 2004). I forhold til tjenesteytingen og behandlingsresultater er kvalitet et sentralt begrep og mål. Stortinget har satt opp visse vilkår for hva som er god kvalitet på tjenestene: **tverrfaglighet** (sosialfaglige og helsefaglige perspektiver), **helhetlig tilnærming**, og **individuell tilpasset behandling**.

2 Evalueringsdesign

Iverksetting av rusreformen fra 1. januar 2004 skaper endrede rammer for tjenester til rusmiddelmissbrukere. Ansvar for pasient-/brukergruppen er nå overtatt av de regionale helseforetakene i fem helseregioner. Tjenester til rusmiddelbrukere blir underlagt den samme styring og regler som pasienter i de somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenestene. En evaluering av sykehusreformen foreligger nå i rapporten "Helse-Norge i støpeskjeen. Sluttrapport fra evalueringsprosjektet Statlig eierskap og

foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten” (Opedal og Stigen (red.) 2005). Evalueringen viser varierende resultater av sykehusreformen, i forhold til oppsatte mål og hvor vellykket reformen har vært. Ambisjonen med foretaksreformen er ikke bare å overta eieransvaret og tegne nye organisasjonskart, men at helsetjenestenes innhold skal bli bedre sett fra pasientenes ståsted (Ot.prp. nr 66 (2000-2001). Med rusreformen får de regionale foretakene et nytt ansvarsområde. Det er viktig å undersøke om foretakene forvalter sitt ansvar på en god måte og om pasientene blir ivaretatt i samsvar med lovverket, helsepolitiske mål og retningslinjer. Dette gjelder de regionale foretakenes ”sørge for” ansvar; helhet og sammenheng i tjenestene, henvisningspraksis og kommunenes rolle i rusomsorgen, pasientrettigheter, bruk av individuell plan og kvalitet i behandlingen.

Rusreformen kan studeres ut fra to hovedperspektiver, et strukturelt nivå (endringer i rammer og forutsetninger) og et funksjonelt nivå (tjenestetilbudet, praksis og pasienterfaringer). Et sentralt perspektiv i evalueringen blir å vurdere konsekvensene av de strukturelle endringene og hvordan praksis samsvarer med mål for rusreformen og kvalitet i tjenestene, jf figur 1.



Figur 1. Evaluering av rusreformen. Rammer og resultater.

I invitasjonen til evalueringen er det formulert en rekke problemstillinger og resultatmål som oppdragsgiver vil ha belyst og vurdert. Resultatmålene må sees i sammenheng både med situasjonen før reformen (før-situasjon dokumentert bl. a. i SINTEF-rapport 2004), med målene for rusreformen og de mer generelle helsepolitiske målene med det statlige eierskapet og foretaksorganiseringen (jf. Ot.prp. nr 66, 2000-2001). Overordnede problemstillinger handler derfor om reformen har ført til forbedringer i forhold til tidligere organisering og i hvilken grad målene med reformen er nådd.

Behandling og hjelpetilbud til rusmiddelmisbrukere blir etter reformen organisert på to forvaltningsnivåer, kommunale tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven mens spesialisttjenestene ytes etter spesialisthelsetjenesteloven. Reformen stiller krav både til ytelser fra de to forvaltningsnivåene kommune og regionale foretak og til samhandlingen og sammenhengen mellom nivåene.

2.1.1 Opplegg for del-rapporteringen

Delrapporten er en ”underveis rapportering” til oppdragsgiver og resultatene kan ikke oppfattes som endelige konklusjoner.

Følgende parter er intervjuet med representanter fra:

- administrasjonen i de fem regionale helseforetakene
- Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet
- seks helseforetak
- åtte private institusjoner
- to brukerorganisasjoner
- sju kommuner v/sosialtjenesten (og legetjenesten i en kommune).

I tillegg er det innhentet relevant skriftlig dokumentasjon fra foretakene.

En sentral del av denne rapporteringen er å formidle utviklingen av de strukturelle sider ved reformen, men i noen grad har vi også fått informasjon om praktiske konsekvenser av reformen for tjenestene til brukere. Flere intervjuer med foretak helseforetak samt en survey til kommuner vil bli gjennomført i 2006. Her vil det bli lagt mer vekt på konsekvenser av tjenestetilbudet for brukere. Intervjuer med representanter for brukerorganisasjoner har likevel gitt noen brukererfaringer så langt. En mer omfattende brukerundersøkelse skal gjennomføre i løpet av 2006.

I 2006 vil vi også gjenta tverrsnittsundersøkelsen fra 2003 om behov og tilbud innen de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere.

3 Resultater

I dette avsnittet presenteres sammendrag og de foreløpige konklusjoner som er trukket på grunnlag av den første delrapporten (ikke publisert).

'Sørge for' ansvar, økonomi og kapasitet

De regionale helseforetakene har ansvaret for at helsetjenestetilbudet i regionene dekker befolkningens behov. Bestillingsdokumenter fra foretakseier gir nærmere retningslinjer for prioritering av tjenester. I 2005 skulle behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere gis prioritet foran somatiske tjenester. Alle regionale helseforetak mener at de har oppfylt prioriteringskravene i bestillerdokument.

En gjennomgang av økonomi og antall behandlingssplasser viser at rusbehandlingen er gitt prioritet¹ i alle de regionale foretakene. Dette vil kunne sjekkes mot tall fra SSB og SINTEF Samdata etter hvert som statistikken er blitt publisert.

Det største foretaket innen rusbehandling, Helse Øst RHF, melder om en aktivitetsøkning på alle nivå i 2004 sammenlignet med 2003. Satsingen på rustiltak har resultert i en økning i antall behandlingssplasser på alle nivå.

Ved iverksettingen av rusreformen ble det overført 1,3 mrd kroner fra kommuner og fylkeskommuner til helseforetakene. Beløpet tilsvarer de midlene som det ble anslått at fylkeskommunene og kommunene gjennom den kommunale delbetalingen brukte til behandling av rusmiddelmissbrukere. I 2004 ble det vedtatt en tilleggsbevilgning på ytterligere 100 mill. kroner til de regionale foretakene. Flere foretak mener at rusbehandlingen var underfinansiert i 2004, og tok derfor midler fra egne basisbevilgninger utover tilleggsbevilgningen knyttet til reformen. Etter de opplysninger vi har fått, er bevilgningene i sin helhet gått til rusbehandlingen.

'Sørge for' ansvaret innebærer at foretakene skal foreta en systematisk kartlegging av behovet for behandlingssplasser. Foretakene har til nå ikke iverksatt egne kartleggingsundersøkelser, men vurderer i stor grad behov for behandlingssplasser på grunnlag av løpende etterspørsel etter tjenester, slik dette kommer til uttrykk i form av henvisninger. Ved Helse Fonna HF er det igangsatt et utviklingsarbeid med sikte på å kartlegge forekomsten av rusmiddelmissbruk i kommunene og forventet behov for behandling.

Opplysninger fra informanter hittil tyder på at henvisninger fra små og mellomstore kommuner har økt betydelig etter reformen. Noen forklarer dette ved at kommunene er blitt mindre selektive i sine henvisninger av klienter, siden de ikke lenger betaler for innleggelse i institusjon. Denne økningen kan imidlertid være et overgangsfenomen og uttrykk for oppdemmet behov i kommunene. Erfaring fra bydeler i Oslo viser at henvisningene fra sosialtjenesten har flatet ut i løpet av 2005. Vi kan også vise til Helse Sør som melder om nedgang i totalt antall henvisninger, men på langt nær ned til nivået før reformen. Antall henvisninger må sees i sammenheng med omfanget av kommunale tiltak og kommunenes kapasitet til oppfølging av klienter. Gjennomføring av en planlagt survey i kommunene i 2006, som en del av evalueringen, vil gi et mer representativt bilde i utviklingen av antall henvisninger fra sosialtjenesten og fastlegene i kommunene og omfanget av kommunale tiltak.

Når det gjelder kapasitet og økonomi er en foreløpig konklusjon at de regionale foretakene har ivarett sitt "sørge for ansvar" for behandling av rusmiddelmissbrukere. Fremdeles stilles spørsmål om ansvars plassering og kapasitet for pasienter med samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (utover streng definisjon av dobbeltdiagnose).

¹ Her bygger vi på intervjuer med saksbehandlere i de regionale helseforetakene og budsjettvedtak fra foretakene.

Fra enkelte kommuner rapporteres at man opplever at klientene blir kasterballer mellom rus og psykiatri.

Det er rapportert kapasitetsmangel i forhold til avrusning generelt. Dette kan hindre en effektiv utnyttelse av kapasiteten på høyere omsorgsnivåer.

Dette er et forhold som vil bli fulgt opp i den videre evalueringen.

Vi ser en tendens til at kommunene oftere tar i bruk tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven. Dette har økt etterspørselen etter tvangsplasser i spesialisthelsetjenesten. Kapasiteten i forhold til tvangsopphold har økt noe, men synes ennå å være for liten.

I evalueringen inngår spørsmål om vridningseffekter i behandlingstilbudene. Dette gjelder vridning fra lang- til korttidsbehandling og fra døgn- til poliklinisk behandling. Vi har ikke funnet en slik utvikling. Kapasiteten er økt på alle nivå, men det kan ikke dokumenteres så langt at foretakene velger kortere opphold av økonomiske grunner eller at poliklinisk behandling velges som erstatning for døgnopphold. Det må imidlertid kommenteres at nytten av lange institusjonsopphold er et tema som diskuteres, sett i forhold til kostnader.

Ventetider

Økt etterspørsel etter behandling, spesielt etter døgnplasser, skaper ventelister i foretakene og i de private institusjonene. Tabellen på side 20 gir en oversikt over antall uker forventet ventetid i helseregionene (foretakene rapporterer ventetider noe ulikt). Forventet ventetid er definert som maksimal ventetid for de lavest prioriterte rettighetspasienter eller ikke rettighetspasienter som skal ha et tilbud². Forventet ventetid skal være grunnlag for å skille mellom sykehusene, men er ikke en garantert ventetid for hver pasient. Institusjonene opplyser at reell ventetid i mange tilfeller er kortere enn den oppgitte maksimaltiden. Dette kan skyldes at det oppstår ledige plasser underveis, bl. a. fordi pasienter kan avslutte sitt opphold tidligere enn forutsatt, at pasienter ikke møter til avtalt tid eller at pasienter er høyt prioritert. Vårt inntrykk er imidlertid at foretakene tolker retningslinjer for føring av ventelister forskjellig. Dette skaper et inntrykk av at ventelistene ikke er et godt nok redskap som indikator på ventetider til rusbehandling.

Opplysninger om ventetider for alle helseregionene går frem av tabellen nedenfor. Helse Sør, Helse Vest og Helse Nord RHF oppgir ventetider for rettighets- og ikke rettighetspasienter mens Helse Øst og Helse Midt-Norge RHF ikke foretar dette skillet.

2 Skjønnsmessig fastsettelse av forventet ventetid for rapportering til Fritt sykehusvalg i Norge. 2004. Veileder IS-1200. Sosial- og helsedirektoratet.

I følge publiserte lister³ varierer ventetidene mellom 12 og 26 uker for korttidspasienter generelt. Helse Vest oppgir lengst ventetid og Helse Midt-Norge kortest.

Det er store forskjeller mellom rettighets- og ikke-rettighetspasienter, der slike opplysninger foreligger. Helse Sør har kortest ventetid for rettighetspasienter til korttidsopphold.

Ventetider for langtidspasienter varierer mellom 18 og 39 uker for alle pasientgrupper.

Eksempel fra Helse Øst viser at andelen som venter over 6 måneder er 28 prosent. Dette er en større andel enn for somatiske helsetjenester hvor samme andelen er 14 prosent (i 2004).

Det forventes at kvaliteten på opplysninger om ventetider vil bedres i løpet av 2006.

Tabell 1. Oversikt over ventetider for alle regioner. Uker ventetid i gjennomsnitt.

	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord
Korttid, rettighetspasienter		12	21		13
Korttid, ikke rettighetspasienter		26	31		33
Korttid, alle pasienter	22	19	26	12	23
Langtid, rettighetspasienter		29	33		24
Langtid, ikke rettighetspasienter		50	34		62
Langtid, alle pasienter	27	39	33	18	43
Alle pasienter	25	29	29	15	33

Kilde: Rustiltak.no og de regionale foretakene. Helse Øst og Helse Midt skiller ikke på rettigheter i rapporteringen.

Pasientrettigheter

Pasientrettigheter hjemles i Lov om pasientrettigheter av 1. september 2004. Vurderingen av rettigheter for rusmiddelmissbrukere gjøres ut fra prioriteringsforskriftens bestemmelse. Vurderingen innebærer at man først tar stilling til om pasienten har behov for spesialiserte tjenester. Dersom det ikke foreligger et slikt behov, returneres henvisningen til 1. linjetjenesten. Hvis et slikt behov er til stede, tas det stilling til om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Uavhengig av rettighet,

3 Opplysninger er hentet fra rustiltak.no og foretakenes hjemmesider. Noen, men ikke alle ventetider er oppdatert til 2006.

skal det besluttes hva slags hjelp pasienten trenger og på hvilket nivå hjelpen skal gis. For rettighetspasienter fastsettes en frist for når hjelpen senest kan gis ut fra den faglige vurderingen. Fristen angir yttergrensen for hvor lenge det er forsvarlig at pasienten kan vente på helsehjelpen, og er juridisk bindende. Pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp, men som kan ha nytte av behandling fra spesialisthelsetjenesten, skal henvises til egnet behandlingstiltak og -sted. Pasienten settes på venteliste og opplyses om ventetid og prioritering.

Den praksis som har utviklet seg til nå, viser store forskjeller i andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp både mellom og innen regioner. Andelen av henviste som får rett til nødvendig helsehjelp varierer mellom 30 og over 90 prosent. Vurderingsinstansene følger samme regelverk, men resultatene tyder på at det er systematisk ulik praksis og forståelse av retningslinjene. Det er derfor stor risiko for at tilgjengeligheten til tjenester er geografisk ulikt fordelt. Det vil si at sannsynligheten for å få nødvendig helsehjelp er avhengig av hvor klienten bor. Dette vil være i strid med overordna helsepolitiske mål. Med den praksis som har utviklet seg, er det et spørsmål om i hvilken grad også den tilgjengelige kapasiteten og type behandling virker inn på vurderingene.

Det har utviklet seg en praksis med mange vurderingsinstanser i hver region. Henvisningene sendes stort sett til nærmeste vurderingsinstans eller til en instans lenger borte, om henviser alt har gjort seg opp en mening om hvor selve behandlingstilbudet bør gis. Det er dermed stort sett bare for langtids institusjonsbehandling og for behandling utenom egen region, at ikke vurdering og behandling gis ved samme institusjon.

Det virker som det har utviklet seg en type utydelig spesialisering i tjenestetilbudet, som gjør det vanskelig å få til en god matching. I stedet nøyer en seg med å definere hvilket behandlingsnivå pasienten skal få tilbud om.

Prosedyrene for å ivareta det nye systemet med dobbeltsporet henvisning fra sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene, og for vurdering av rettigheter i forhold til spesialisert behandling, kom relativt tidlig på plass i alle helseregionene. Det ble laget dokumenter som beskriver rutiner og prosedyrer, utpekt utredningsinstanser og laget et felles system for hele landet, for definisjon av behandlingsnivå⁴. Det ble også laget informasjonsskriv til henvisende instanser.

Det er uklart hvilken status de pasientene som ikke gis rett til nødvendig helsehjelp, egentlig har. Så lenge denne brukergruppen vil ha nytte av behandling i spesialisthelsetjenesten, har spesialisthelsetjenestens ansvar for at de får denne hjelpen, bare med en annen prioritering i forhold til ventetid, som kan bli meget lang. Ventetider på opp til ett år vil kunne virke destruktivt for klientene. Enkelte av de intervjuede har derfor uttrykt bekymring for denne gruppen, p.g.a. den lange ventetiden. Andre spør seg om klienter i denne gruppen egentlig vil ha nytte av spesialisthelsetjenestens tilbud i det

4 Regional faggruppe i Helse Sør har gitt råd om vurderinger. En nasjonal komité arbeider videre med veileder for vurderinger.

hele tatt. Kanskje burde de heller vært avvist av spesialisthelsetjenesten med den begrunnelse at dette er pasienter som trenger kommunale tjenester. Som en av intervjuede uttalte, synes konsekvensene av rusreformen å være størst for de som ikke skal ha noe tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Dette er problemstillinger som vil bli sentrale i den videre evalueringen. Vi vil tro det også vil bli et sentralt punkt i forhold til den opptrappingsplanen som den nye regjeringen har bebudet.

Kommunene

Kommunene skal ha et helhetlig ansvar for rusmiddelmissbrukere også etter rusreformen. I vårt utvalg har vi i denne omgang et sterkt begrenset antall kommuner, og vi kan ikke si at resultatene herfra er representative for alle kommuner.

Inntrykket så langt er at de undersøkte kommunene tar det helhetlige ansvaret de skal ha i følge loven, men innenfor visse ressursbegrensninger. Omfanget av tiltak og de kommunale utgifter til rusmiddelmissbrukere er på et høyere nivå, sammenlignet med situasjonen før reformen. Kommunene oppgir at de har like store utgifter til rusfeltet som før reformen, selv om kompensasjon til behandlingsplasser går ut av de statlige overføringene.

Kommunene bruker henvisninger til spesialistinstusjonene mer aktivt enn før reformen, og helseforetakene melder om en betydelig økning i antall henvisninger. Økningen skyldes antakelig ikke at kommunene vil foreta innsparinger på egne budsjetter og velte alt ansvar for rusmiddelmissbrukere over på staten, men at kommunene satser sterkere på omsorgs- og rehabiliteringstiltak.

Konsekvensen av økt antall henvisninger kan heller være at flere misbrukere får et spesialisttilbud og at kommunene får ansvar for oppfølging og tilbud til et større antall klienter. Reformen ser ikke ut til å ha svekket det kommunale tilbudet. Reformen kan ha skapt en klarere avgrensning av hva spesialisthelsetjenesten kan tilby og hva som er kommunenes helhetlige ansvar for klientene.

Dette er et tema som knytter seg til en diskusjon om hele tiltakskjeden for rusmiddelmissbrukere både på spesialist- og på kommunalt nivå. Kapasitet i kommunene, når det gjelder rehabiliterings- og omsorgstiltak, vil påvirke behovene i 2. linjetjenesten. Vi ser nå eksempler på at private instusjoner selger tjenester til kommunene for oppfølging av pasienter etter formell utskriving. Dette kan være en rasjonell måte for enkelte kommuner på å løse sitt oppfølgingsansvar.

Samhandling mellom kommune og stat

Samhandlingen mellom kommunene og de tverrfaglige spesialiserte tjenestene

Spørsmålet om hvilken arbeidsdeling det skal være mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten gir seg utslag i hvordan henvisningene fra kommunene vurderes. Fra noen informanter meldes det om en stor mengde henvisninger for pasienter som det er vanskelig å se kan ha noen nytte av et spesialisert behandlingstilbud. Mange er også opptatt av at mange fastleger lager henvisninger med en alt for dårlig kvalitet til å kunne vurdere både alvorlighet og mulig nytte.

Et ennå mer grunnleggende tema, er forholdet mellom det ”lineære, ansvarsoppdelte” systemet for pasientflyt som rusreformen og de nye pasientrettighetene legger opp til. Dette har vært et normalsystem for forholdet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, der de spesialiserte tjenestene skal gjøre en avgrenset jobb i en avgrenset periode, der kommunehelsetjenesten ikke arbeider aktivt med pasienten. I et slikt system blir melding om utskriving og epikrisetid meningsfulle kriterier for et godt samarbeid.

Gitt karakteren av den problematikken og atferden som kjennetegner mange rusmiddelmissbrukere, er dette et system som i praksis fører til store problem. Særlig gjelder dette i det som betegnes som en venteperiode fra henvisning er sendt, til inntak i behandling. Ved henvisning er ofte pasienten på sitt mest motiverte for å komme inn i behandling og ventetiden blir uansett lengde, et stort problem. Løsningen på dette er spesielle kommunale tiltak eller bruk av private omsorgsinstitusjoner for å ”holde på” pasienten. Allikevel opplever en at ”drop-out” like etter inntak har økt til dels betydelig ved enkelte behandlingstiltak. Dette forklares med at en ikke har hatt anledning til å etablere noen relasjon til pasienten før inntak og dermed heller ikke har kunnet forberede pasienten på det som møter han eller henne på behandlingsinstitusjonen.

Ordninger med re-inntak ved ”drop-out” eller mer planlagte re-inntak i et lengre behandlings/rehabiliteringsforløp, er blitt en praksis for å møte noen av vanskelighetene med det lineære, ansvarsoppdelte systemet. I dette inngår også en mer eller mindre tett oppfølging fra kommunene under oppholdene. Manglende utnyttning av det fritt sykehusvalg ses som en forutsetning for å få dette til.

En del av dette bildet er også hva som skjer i forhold til oppholdstider, særlig ved langtidsinstitusjonene. Foreløpig er det kun institusjonene med de lengste ventetidene som vi sikkert kan si har fått krav om redusert oppholdstid (ned til maksimalt to år). Men både lange ventetider og et press på å korte ned oppholdstiden (som vi altså ikke enda kan se har skjedd i noen stor grad) oppleves som et press om raskere pasientgjennomstrømming. Vi har foreløpig fått en noe sammensatt bilde av hva dette har ført til, ikke minst i forhold til arbeidsdelingen mellom spesialistinstitusjonene og kommunene. Noen kommuner mener de nå må ta et større oppfølgingsansvar enn tidligere, mens noen institusjoner mener de arbeider enda mer enn før med å forberede pasienten på utskriving.

Individuell plan er et tema som vekker en følelse av dårlig samvittighet hos mange instanser. Men alle sier de tar kravet svært alvorlig og at de både ser plikten og nytten av å få til et bedre arbeid på dette feltet. Det er enighet om at kommunene både vegrer seg og kanskje også har mindre nytte av en IP før pasienten skal inn i behandling. Tiltaksplaner oppleves å være tilstrekkelige. Tilsvarende mener de som arbeider med poliklinisk behandling og kortidsopphold at IP er unødvendig. Når så heller ikke pasientene presser på for å få en IP, utsettes det hele.

Under langtidsopphold er det imidlertid enighet om at IP er et helt nødvendig og nyttig virkemiddel. Da blir det spesialistinstusjonen som må ta ansvaret for å få laget planen. Instusjonen og kommunen er da ofte enige om at det er instusjonen som skal ta på seg koordinatoransvaret for planen. Men her er det enda en lang vei å gå, særlig i forhold til å reelt sette pasienten i fokus i planen og la planen bli pasientens "eiendom".

Samhandling mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten

En viktig målsetting med rusreformen var å bedre rusmiddelmissbrukeres tilgang på psykiatriske og somatiske helsetjenester. Fra helseregionene meldes det om en generelt bedre tilgang, men forholdene varierer. Stort sett meldes det om et langt bedre samarbeid mellom de tverrfaglige tjenestene og psykiatrien, men med noen klare unntak. Likeså meldes det om enkelte spredte tiltak for å styrke samarbeidet med somatikken. Det generelle inntrykket er at det ikke lenger er legitimt for psykiatrien og somatikken å hindre rusmiddelmissbrukere likeverdig tilgang på spesialisthelsetjenester. Flere leger inn i rustiltakene har også gjort viderehenvisninger enklere å få til. Men samtidig meldes det at en både innen psykiatrien og somatikken har en tendens til å ville overføre rusmiddelmissbrukere så raskt som mulig til de spesialiserte rustiltakene.

I St. mld. nr. 25, (1996-97) "Åpenhet og helhet", ble det definert tre grupper av pasienter med sammensatte problem i forhold til psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk. Den første gruppen er psykiatriske pasienter som i perioder misbruker rusmidler. Denne gruppen ble (selvsagt) vurdert å være psykiatriens ansvar, og mye tyder på at rusmiddelmissbruk i mindre grad ekskluderer disse pasientene fra å få et tilbud i psykiatrien. Den andre gruppen, som psykiatrien skulle ha ansvar for, er pasienter med alvorlige psykiske lidelser som psykoser eller alvorlige personlighetsforstyrrelser, og en samtidig alvorlig rusmiddelavhengighet. Det er denne gruppen som omtales som dobbeltdiagnose-pasienter. Innenfor alle regioner er det innenfor psykiatrien blitt et klart bedre behandlingstilbud til denne gruppen. En betydelig andel av det som omtales som et økt tilbud til rusmiddelmissbrukere, er egentlig et økt tilbud til denne gruppen innenfor psykiatrien.

Den tredje gruppen som omtales i St.meld. nr. 25 er "rusmiddelmissbrukere som plages av psykiatriske symptom, særlig angst og depresjon". Dette er en gruppe som defineres å være de tverrfaglige spesialiserte tjenestenes ansvar. Samtidig ser en at gruppens psykiatriske problematikk ofte er dårlig diagnostisert. Angst og depresjonsproblematikk kan være til dels svært alvorlig og ofte vil en også ha mistanke om at pasienten har andre psykiske lidelser. De er derfor vanskelige å håndtere av de tverrfaglige tjenestene med den kompetanse de rår over, samtidig som manglende diagnose eller uenighet om alvorlighet kan føre til at psykiatrien vegrer seg for å ta

ansvar for disse pasientene. Og siden samtidig, integrert behandling av de psykiske lidelsene og rusmiddelavhengigheten anses å være det eneste faglig forsvarlige også for denne gruppen, blir det lett en diskusjon mellom psykiatrien og de tverrfaglige spesialiserte tjenestene, hvor disse bør få sitt tilbud.

Det er imidlertid en positiv utvikling i tilbudet til pasienter med sammensatt problematikk med både rusmiddelmisbruk og somatiske og psykiske lidelser. Ikke minst er det en økt kompetanse i flere deler av de spesialiserte tjenestene overfor disse pasientene.

De private aktørene

De private aktørenes erfaringer med de regionale helseforetakene varierer svært mye.

I Helse Øst har avtaler blitt inngått etter anbud og formaliserte forhandlinger. Hele dialogen ellers er også preget av en formalisert dialog. De private aktørene som har inngått avtaler opplever forholdene som greie og forutsigbare. Det store antallet private aktører bidrar trolig til den formaliserte formen for dialog.

I Helse Nord er det ikke så mange private aktører, men avtaleforhold og dialog oppleves som ryddige og avklarte.

I Helse Midt-Norge er dialogen tett med det særskilte rusforetaket. Det er heller ikke så mange private aktører, så avtaleforhold og dialog lar seg lettere følge opp.

I Helse Vest er det nesten bare private aktører. Alle avtaleforhold er opplevd å være avklarte, men dialogen med RHFet oppleves av de private aktørene å være alt for begrenset. Her varierer det også mye hvor nært samarbeid det er mellom de private aktørene og de enkelte HFene, alt etter hvor godt samarbeidet var med de tidligere fylkeskommunene.

I Helse Sør kunne en bygge på et tett samarbeid mellom private og offentlige deler av det fylkeskommunale rusvernet gjennom mange år. RHFet kunne gå rett inn som part i dette samarbeidet og både rellt forhandlede avtaler og samarbeidsfora har fungert helt fra reformen trådte i kraft.

Vi observerer at det utvikler seg to typer organisering av de private aktørene. Noen aktører, og da mest de små, fortsetter som enkeltvirksomheter med enkeltvis avtaler med RHFene. Disse står i kontinuerlig fare for å bli relativt marginale i forhold til resten av de spesialiserte tjenestene. På den annen side ser vi at noen av de store aktørene med mange virksomheter, er i ferd med å lage regionale organisasjoner som kan opptre samlet overfor hvert sitt RHF. Dette er i ferd med å bli økonomisk, faglig og organisatorisk sterke aktører som kommer til å spille en avgjørende rolle for utviklingen av det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet for rusmiddelmisbrukere.

Videre utvikling av de tverrfaglige spesialiserte tjenestene

Gjennom intervjuene i denne første fasen av evalueringen er det kommet opp flere synspunkter på hvordan de tverrfaglige spesialiserte tjenestene til rusmiddelmissbrukere vil og bør utvikle seg. Vi vil her nevne noen aktuelle tema som vi vil følges opp i den videre evalueringen.

Psykatri - rus

Det skjer en stadig sterkere tilnærming mellom de spesialiserte tjenestene og psykiatrien, både organisatorisk og faglig. På den ene siden oppleves dette å være en riktig tilnærming. Det er så mange pasienter som har en sammensatt psykiatri-rus problematikk at de to delene av spesialisthelsetjenesten må samarbeide svært tett. En ser også at dette krever en organisatorisk integrasjon for at samarbeidet skal bli effektivt. På den annen side er det mange som frykter det de omtaler som den psykiatriske kulturen preget av lidelsesdiagnoser og medikalisering. Man er redd for at en breiere tilnærming til funksjonsnivå, ressursorientering og tverrfaglige forståelses- og behandlingsformer, kan gå tapt i denne integrasjonen. En viktig problemstilling i den videre evalueringen blir derfor i hvilken grad ”tverrfaglige spesialiserte tjenester” vil bli opprettholdt som en særskilt del av spesialisthelsetjenesten. Her vil en sammenligning mellom de ulike organisasjonsmodeller som er valgt i de regionale helseforetakene, være et nyttig utgangspunkt.

Behandlingsnivåer

Den etablerte ordningen med definerte behandlingsnivå, er spesiell for rusfeltet. På den ene siden oppleves denne ordningen å gi en god tilpasning mellom varierte behandlingsbehov og den store variasjon i behandlingstilbud som finnes innenfor de spesialiserte tjenestene. Gjennom å definere rett til nødvendig helsehjelp på et bestemt behandlingsnivå, har det vært mulig å definere hvilke roller de ulike behandlingstiltakene bør spille. På den annen side opplever mange det som et problem at så ulike tilbud som de vi finner innenfor dagens tverrfaglige spesialiserte tjenester, skal framstå som parallelle behandlingstilbud. Noen tar til orde for en utvikling som mer ligner på DPS-modellen innenfor psykiatrien, der distriktskykiatriske sentra plasseres etter akutt-tilbud og spesialiserte sykehusavdelinger i et behandlingsforløp. Innenfor en slik modell mener mange det vil være enklere å innplassere dagens langtidsinstitusjoner i et habiliterings/ rehabiliteringsløp med tette koblinger mellom kommunale tiltak og tiltak fra spesialisthelsetjenestene. I flere fylker hadde det før reformen utviklet seg organisasjonsformer med tette koblinger mellom kommunale og fylkeskommunale tiltak. Det vil være en utfordring å få til like tette koblinger innenfor de rammene som rusreformen har ført til. Innenfor en slik diskusjon hører derfor også en problemstilling om hva som vil og bør bli arbeidsdelingen og samarbeidsformene mellom kommunale tjenester og spesialisttjenestene i framtiden. Vi antar fra at dette også vil være et sentralt tema i arbeidet med å lage en ”forpliktende opptrappingsplan” for rusfeltet.

Salg av tjenester utenom avtaler

En siste problemstilling som mange er opptatt av, er det vi har omtalt som ”gråmarkedet” av private omsorgsinstitusjoner. I forbindelse med behandlingen av rusreformen ble det bare slått fast at dette var institusjoner som ikke skulle overføres til de statlige helseforetakene (krav om å inngå avtaler). På den annen side har spesielt de store kommunene egne tiltak som fyller den samme funksjonen som slike private omsorgsinstitusjoner. Vi ser også at mange kommuner bruker til dels store beløp på å kjøpe opphold ved de private institusjonene, og ser på det som alternativ til kommunale tiltak, enten uavhengig av behov for tiltak i spesialisthelsetjenesten eller i påvente av inntak i spesialisttiltak. I den videre evalueringen vil vi følge med på hvilken rolle og funksjon disse tiltakene synes å ha i det samlede tiltaksapparatet. Men alt nå ser vi et behov for at denne rollen blir vurdert av sentrale myndigheter i det videre arbeidet med å utvikle tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere.

4 Litteratur

Alver, Øyvind Omholt, Anne Line Bretteville-Jensen, Oddvar Kaarbøe 2004: Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering. SIRUS.

Gundersen, Tonje, Lisbet Grut, Mitch Loeb, Torleif Ruud (SINTEF), Tone Eikeland, Sverre Nesvåg, Espen Olsen (Rogalandsforskning) 2004: Rusklienter og tjenester før ”rusreformen”. En tverrsnittundersøkelse. SINTEF Helse.

Helsedepartementet 2004: Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Strateginotat.

Helsedepartementet/Sosialdepartementet 2004: Rusreformen. Nyhetsbrev til sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten, fastlegene og helseforetakene.

Helsetilsynet 2005: Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv.

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter.

Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (red.) (2005): Helse-Norge i støpeskjeen – fokus på sykehusreformen. Sluttrapport fra evalueringsprosjektet ”Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten”. NIBR, RF og NF. (ikke offentliggjort).

Nesvågutvalget (1999): Tre rapporter

Nesvåg, S. (2001): Rusvernet i Rogaland – vurdering av behandlingstilbud og samarbeidsforhold. RF 2001/221

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet

NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Ot.prp. nr. 66 2000-2001.

Regjeringens handlingsplan mot rusproblemer 2003-2005

Ruud, Torleif, Deborah Reas 2003: Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere. SINTEF Unimed.

Sosial- og helsedirektoratet 2004: Nasjonal kvalitetsstrategi for rusfeltet.

St.meld. nr. 69 (1991-92): Tiltak for rusmiddelmissbrukere

St meld nr 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Helse- og omsorgsdepartementet.