

Fra klient til pasient

Vil den norske rusreformen gi rusmiddelmissbrukere et bedre behandlingstilbud?

Er misbruk av rusmidler en sykdom eller et produkt av sosiale faktorer og personlig disposisjon? Er behandling for rusmiddelmissbruk et ansvar for helsevesenet eller sosialtjenesten? Er rusmiddelmissbrukere pasienter eller klienter? Synet på hva som er årsak til misbruk av rusmidler og hva som er den mest hensiktsmessige organisering av behandling for rusmiddelmissbruk varierer. Eksempelvis har det sosialfaglige behandlingstilbudet tradisjonelt stått sterkt i Norden, mens allmennpraktikere (GPs) gjennom årene har stått sentralt i behandling av rusmiddelmissbrukere i Storbritannia. Likeledes er helsevesenet mer eller mindre enerådig i misbruksbehandling i mange land i Sentral- og Øst Europa.

I de senere år har spørsmålet om avhengighet og hvordan dette innvirker på rusmiddelmissbruk stått sentralt. Avhengighetsproblematikken er først og fremst blitt behandlet ut fra teoretiske perspektiver (se for eksempel Elster & Skog 1999), men har etter hvert også blitt mer sentral i klinisk sammenheng. Det økte fokus på avhengighet som årsak til misbruk bidrar trolig til å fremme medisinske behandlingsmodeller på bekostning av sosialfaglige. Et eksempel i denne sammenheng er behandling av heroinmisbruk. Mens mange land, deriblant Norge, lenge var tilbakeholdne med å sette i gang substitusjonsbehandling for heroinmisbruk med metadon eller buprenorfin, ser vi at denne behandlingsformen har økt betydelig i de fleste europeiske land og etter hvert utgjør en vesentlig del av behandlingstilbudet for narkotikamisbruk (EMCDDA 2004). Den økte satsingen på substitusjonsbehandling har bakgrunn i at heroin blir vurdert som svært avhengighetsskapende, og at sosialfaglige behand-

lingsinnsatser i liten grad har vist seg å ha effekt. Norge er et godt eksempel på en slik utvikling. Etter at substitusjonsbehandling etter mange års massiv motstand ble en del av det ordinære behandlingstilbudet for heroinavhengige i 1997/98, var det ved utgangen av 2004 omkring 2 600 personer som mottok slik behandling.

Krav til effekt av behandlingsinnsatser har generelt kommet til å stå stadig mer sentralt, ikke bare i Norge, men også i andre land. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom den omfattende svenske kunnskapsoppsummeringen om behandling av alkohol- og narkotikaproblemer (SBU 2001) og rapporten fra den norske forskerkommisjonen om forskning om effekt av tiltak på rusmiddelfeltet (NOU 2003:4). Medisinsk orienterte behandlingsmodeller dominerer på mange måter i konklusjonene om hva som kan påvise å ha effekt i det som gjerne kalles den evidensbaserte forskningslitteraturen. Selv om en ikke kan se bort i fra at medisinske behandlingsmodeller faktisk gir bedre resultater, må det tas i betraktning at det innen medisinske fagdisipliner er langt større tradisjon for forskning som tilfredsstillende normkravene til denne type kunnskapsoversikter.

Økte misbruks- og helseproblemer

På samme måte som mange andre land, har Norge sett en økning i ulike problemer knyttet til misbruk av rusmidler. Antall narkotikadødsfall økte dramatisk i Norge i siste halvdel av 1990-tallet (Bryhni 2004). Det estimerte antall injeksjonsmisbrukere økte fra ca 4–5 000 på slutten av 1980-tallet til omkring 12 000–15 000 på begynnelsen av 2000-tallet (SIRUS 2003). Det kom

stadig flere rapporter om at helsetilstanden til store grupper av rusmiddelmissbrukere er svært dårlig (Kurtze & Eide 2003) og at rusmiddelmissbrukere ikke får de nødvendige helsetjenester (Ruud & Reas 2003).

Ved ikrafttredelsen av lov om sosiale tjenester i 1993, fikk behandling for alkohol- og narkotikamisbruk i Norge en felles organisering som en sosial tjeneste, behandling for rusmiddelmissbruk. Behovet for et bedre helsetilbud til rusmiddelmissbrukere og den mer generelle utviklingen i synet på misbruk og behandling, peker begge i retning av økt vekt på medisinskfaglige tilnærminger i behandling av rusmiddelmissbruk. Det vil være ulike oppfatninger om hvordan dette kan og bør gjøres. Det mest nærliggende vil være å forsterke et i utgangspunktet sosialfaglig behandlingstilbud, med større grad av medisinske tilleggstjenester. En kan imidlertid også velge å gå mer drastisk til verks ved å omdefinere behandling for rusmiddelmissbruk fra å være en sosialtjeneste med medisinske tilleggstjenester, til en medisinsk tjeneste supplert med sosialt arbeid.

Ved gjennomføring av den såkalte rusreformen har Norge valgt det siste. Fra at behandling for rusmiddelmissbruk gjennom sosialtjenesteloven var regulert som en sosialfaglig tjeneste, forankret i fylkeskommunen (amtskommunen/landstinget), ble ansvaret for behandling for rusmiddelmissbruk overført til staten ved de regionale helseforetakene (RHF) fra 1. januar 2004. Behandling for rusmiddelmissbruk ble samtidig definert som en spesialisthelsetjeneste på linje med psykisk helsevern og somatikk. Primærkommunen beholdt sitt ansvar for å yte rusmiddelmissbrukere generelle helse- og sosialtjenester, inkludert eventuelle opphold i omsorgsbaserte

døgninstitusjoner.

Rusreformen innebærer at rusmiddel-
misbrukere som søker behandling for sitt
misbruk, har fått pasientstatus og dermed
fulle pasientrettigheter. Dette betyr blant
annet at rusmiddelmisbrukere har rett til å
få vurdert sitt behandlingsbehov innen 30
virkedager etter at henvisning er mottatt.
Videre innebærer pasientrettighetsloven at
i de tilfeller der en vurdering av behand-
lingsbehov konkluderer med at vedkom-
mende har rett til nødvendig helsehjelp
fra spesialisthelsetjenesten, det vil si rett
til behandling, skal det settes en individu-
ell frist for når behandlingen senest skal
starte. På samme måte som andre pasien-
ter, har rusmiddelmisbrukere rett til å vel-
ge hvor behandlingen skal finne sted.

I det følgende drøftes rusreformens
bakgrunn og målsettinger samt ulike ut-
fordringer reformen reiser. Et overordnet
spørsmål vil være om pasientrettighetslo-
ven i praksis vil gjelde for rusmiddelmis-
brukere og om de faktisk vil få et bedre
tjenestetilbud.

Mer om reformens bakgrunn

Som et forvaltningsnivå mellom stat og
kommune, har den norske fylkeskommun-
en gjennom lang tid hatt ansvar for å yte
ulike tjenester til befolkningen. Eksempel
på slike tjenester har vært sykehus- og an-
dre spesialisthelsetjenester, videregående
opplæring (gymnas/yrkesskoler), samferd-
sel, kulturtiltak og behandling for rusmid-
delmisbruk. Gjennom en stor helsepoli-
tisk reform ble fylkeskommunens ansvar
vesentlig redusert fra 1. januar 2002, ved
at ansvar og eierskap for sykehus og an-
nen spesialisthelsetjeneste ble overført fra
fylkeskommunen til staten (sykehusrefor-
men). Det ble etablert fem statlig eide regi-

onale helseforetak (RHF) ut fra landets fem
helseregioner (Helse Øst, Helse Sør, Helse
Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord). De
fem regionale helseforetakene skal sørge
for at det finnes et nødvendig tilbud om
spesialisthelsetjenester til befolkningen i
de respektive helseregioner. Målsettingen
med reformen er å legge til rette for en mer
helhetlig gjennomføring av helsepolitiske
mål og bedre ressursutnyttelse.

Sykehusreformen innebar i utgangs-
punktet ingen endring i fylkeskommunens
ansvar for å yte behandling for rusmid-
delmisbruk. Behandlingsenhetene var i
hovedsak regulert av sosialtjenesteloven,
men av ulike grunner var en del behand-
lingsenheter regulert av spesialisthelsetje-
nesteloven. I praksis gjaldt dette først og
fremst polikliniske behandlingsenheter
som har sitt utspring i psykiatrien (for ek-
sempel de psykiatriske ungdomsteamene)
og enkelte døgninstitusjoner. Som del av
spesialisthelsetjenesten ble disse gjen-
nom sykehusreformen overført til de re-
gionale helseforetakene fra 1. januar 2002.
Behandling for rusmiddelmisbruk var
dermed delt på to forvaltningsnivå, stat
og fylkeskommune. Da sykehusreformen
ikke innebar noen endring i kommunenes
ansvar, innebar dette at det i praksis var
tre forvaltningsnivå (stat, fylkekommune
og kommune) som hadde ansvar for å yte
tjenester til rusmiddelmisbrukere. Dette
ble naturlig nok ansett som lite hensikts-
messig, og gjorde det aktuelt å vurdere en
reorganisering av behandlingsansvaret for
rusmiddelmisbruk.

Samtidig hadde det fra både faglig og po-
litisk hold gjennom lengre tid vært uttrykt
behov for å bedre tjenestetilbudet til rus-
middelmisbrukere (Sosialdepartementet
2002). Behovet for å bedre tjenestetilbudet

hadde sin bakgrunn i det som allerede er sagt om en dramatisk økning i antall narkotikadødsfall, rapporter om rusmiddelmisbrukeres generelt dårlige helsetilstand, rapporter om flaskehals i hjelpeapparatet, for dårlig kvalitet i behandlingen etc. Foruten å gjøre selve behandlingen bedre, var det et åpenbart behov for å yte bedre helsetjenester til rusmiddelmisbrukere. Det ble derfor sett på som nødvendig at de helsemessige aspektene ved behandlingen skulle få større plass. Dette sammen med behovet for å redusere antall forvaltningsnivåer i tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere, la grunnlaget for at staten ved de regionale helseforetakene, også skulle overta ansvar for behandling for rusmiddelmisbruk.

Norske behandlingssenheter for rusmiddelmisbruk innebærer et bredt spekter av tiltak med ulik vekt på sosialfaglige og helsefaglige tilnæringer. Ut fra dette foreslo regjeringen i utgangspunktet at behandlingssenheter som i hovedsak kunne sies å være en helsetjeneste, skulle overføres til staten som en spesialisthelsetjeneste, mens behandlingssenheter som i hovedsak kunne sies å ha en sosialfaglig profil, skulle overføres til kommunene og fortsatt være en sosialtjeneste (Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) og Ot.prp. nr. 54 (2002–2003)). Denne inndelingen ble av mange sett på som kunstig og problematisk, både fordi det ville være vanskelig med en slik sortering av behandlingstiltakene og fordi det kunne oppleves som en deling i et A- og et B-lag. Det ble uttrykt frykt for at behandlingssenheter som ble ”klassifisert” som å yte helsefaglig behandling, ville bli vurdert som bedre og dermed mer prestisjefylte enn sosialfaglige behandlingssenheter.

Stortinget gikk dermed imot regjerin-

gens forslag, og vedtok å overføre hele det fylkeskommunale ansvaret for behandling for rusmiddelmisbruk til staten ved de regionale helseforetakene (Inst. O. nr. 4 (2003–2004)). Som en følge av ansvarsoverføringen ble samtlige døgninstitusjoner og polikliniske behandlingssenheter som inngikk i de fylkeskommunale rusplanene, overført til staten ved de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004. Behandling for rusmiddelmisbruk ble dermed en del av spesialisthelsetjenesten. Reformen innebar som allerede nevnt, ikke noen endring i kommunenes ansvar. Kommunene har fortsatt det som gjerne kalles et gjennomgående ansvar for å yte tjenester til rusmiddelmisbrukere før, under og etter et eventuelt behandlingsopphold. Det er imidlertid understreket at reformen legger grunnen for en bedre samordning mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenestene, slik at det lettere kan bli en sammenhengende hjelpekjede. For å sikre dette er behandlingssenheter gjennom rusreformen, pålagt å varsle sosialtjenesten i god tid før utskrivning dersom pasienten trenger videre oppfølging og godtar en slik varsling.

De regionale helseforetakenes nye ansvar er definert som ”tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk”. Lovreguleringen av behandlingssenheter som yter behandling for rusmiddelmisbruk, er dermed i sin helhet overført fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet¹ har i rundskriv redegjort for de vedtatte endringene i spesialisthelsetjenesteloven rusreformen medfører (Helsedepartementet 2004a). Rundskrivet gir også en fortolkning av pasientrettighetslovens bestemmelser og hvordan disse får anvendelse på tverrfag-

lig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Departementet har dessuten utarbeidet et strategidokument rettet til de regionale helseforetakene som trekker opp nasjonale perspektiver og strategier i anledning rusreformen (Helsedepartementet 2004b).

Reformens målsetting

Rusreformens mål er ambisiøse. Det framholdes at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skal få bedre tjenester. Behandling for rusmiddelmissbruk skal utvikles til en tverrfaglig spesialisthelsetjeneste som fokuserer på helhetlige og individuelt baserte tilnærminger, med vektlegging av så vel det sosialfaglige som det helsefaglige perspektivet (Helsedepartementet 2004b). Det sies også at reformen skal sikre at rusmiddelmissbrukeres rettigheter som pasienter skal ivaretas på en bedre måte. En viktig intensjon med rusreformen er å legge til rette for at rusmiddelmissbrukere enklere enn tidligere skal få de spesialiserte helsetjenester som er nødvendige for å redusere somatiske og psykiske plager, samt tverrfaglig spesialisert behandling for misbruk og avhengighet av rusmidler. Behovet for å ha et system som gir grunnlag for et bedre tilbud til rusmiddelmissbrukere som samtidig har alvorlige psykiske lidelser er spesielt understreket (ibid).

Reformen innebærer således store utfordringer for de regionale helseforetakene med hensyn til å få til en bedre samordning mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten, slik at rusmiddelmissbrukere med sammensatte behov reelt sett får et mer helhetlig tilbud. Tradisjonelt har det vært et problem at rusmiddelmissbrukere i stor grad blir kasteballer mellom ulike tjenes-

ter og tjenestenivåer. Det har spesielt vært fokusert på at rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser blir avvist i psykiatrien. Videre er det ved flere anledninger påpekt at heller ikke de somatiske sykehusene gir rusmiddelmissbrukere som har somatiske lidelser, den nødvendige helsehjelp. Årsakene til at rusmiddelmissbrukere ikke har fått den nødvendige helsehjelp enten det nå gjelder psykiske eller somatiske lidelser, er mange og sammensatte. Dels har det sin bakgrunn i at de nevnte helsetjenester mangler kompetanse og kanskje også tilstrekkelig vilje til å i møtekomme rusmiddelbrukeres spesielle behov. Dels har det sammenheng med at rusmiddelmissbrukere rent faktisk er en vanskelig pasientgruppe som ofte bryter regler, ikke alltid holder avtaler og på ulike andre måter unnlater å følge opp et behandlingsregime.

Spørsmålet er imidlertid om det at "alt" nå er samlet i spesialisthelsetjenesten, i praksis vil oppfylle intensjonen om at rusmiddelmissbrukere lettere skal få behandling for sine ulike plager. Selv om det organisatoriske grunnlaget er lagt for at tjenestetilbudet skal bli bedre, forsvinner ikke problemene med manglende kompetanse på misbruksproblemer i psykiatrien og de somatiske spesialisthelsetjenestene. Ei heller vil reformen føre til rusmiddelmissbrukere som pasienter blir lettere å ha med å gjøre. Det gjenstår derfor å se om rusmiddelmissbrukere med alvorlige psykiske og/eller somatiske lidelser får et bedre behandlingstilbud. Likeledes gjenstår det å se om reformen vil føre til en bedre samordning mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, slik at det blir en mer sammenhengende hjelpekjede. Det gjenstår også å se om varslingsplikten til den kommunale

sosialtjenesten før utskrivning fra behandling, vil føre til at rusmiddelmissbrukere ikke lenger skrives ut fra en behandlingstilbud uten videre tilbud fra kommunen.

Hvordan få til tverrfaglig spesialisert behandling?

Selv om sosialfaglige tilnærminger på mange måter har dominert behandlingen for rusmiddelmissbruk i Norge, er det også tradisjon for at behandlingstilbudene yter medisinske tjenester, om enn i varierende grad. Tverrfaglighet i behandling av rusmiddelmissbrukere er slik sett ikke nytt. De tradisjonelle klinikkenhetene for behandling av alkoholmissbrukere har eksempelvis i stor grad vært medisinskfaglig forankret. De psykiatriske ungdomsteamene som ble opprettet for å gi behandling til unge narkotikamisbrukere, ble i sin tid etablert som et bindeledd inn i psykiatrien. Disse ungdomsteamene var allerede fra starten basert på tverrfaglighet med egne overlegestillinger (psykiatere). Videre har helsefaglig personell (leger og sykepleiere) vært sett på som nødvendig i akutt-/avrusingsenheter og enheter som driver substansbehandling. Mange behandlingstilbud har egne stillinger for sykepleiere og regulert tilgang på legetjenester. Behandlingstilbud som i utgangspunktet hadde en rendyrket sosialfaglig profil, har etter hvert tatt konsekvensen av klientenes behov for helsetjenester og utvidet sitt behandlingstilbud til også å omfatte dette.

Overføringen til spesialisthelsetjenesten skal, som nevnt, legge grunnen for at det skal bli lettere å få den somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenesten til å yte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Reformen gir imidlertid også føringer i retning av

at den helsefaglige profilen i de enhetene som gir tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, skal styrkes. Det forventes derfor av de regionale helseforetakene at de finner fram til tiltak som kan bidra til en slik styrking og legger til rette for nødvendige omprioriteringer innen de aktuelle behandlingstilbudene. Fram til nå har det vært problemer med å få kvalifisert helsepersonell til å jobbe med behandling av rusmiddelmissbrukere. Spesielt har det vært vanskelig å rekruttere leger og til dels også psykologer. Tiltak for å gjøre det mer attraktivt for helsepersonell å arbeide med rusmiddelmissbrukere, blir derfor en særskilt utfordring. Likeledes vil det være en utfordring å få til en større vektlegging på de helsefaglige sidene ved behandling av rusmiddelmissbrukere uten at den sosialfaglige behandlingstilbudet blir borte.

Hva er god behandling?

Rusreformen er ment å legge grunnen for at kvaliteten i behandlingen for rusmiddelmissbruk skal bli bedre. Det blir i den forbindelse understreket at de behandlingstilbudene som tilbys, skal være kunnskapsbaserte, at det skal foreligge kvalifisert viten om effekt eller i hvilken grad intervensjonen "virker" i forhold til de mål en har for behandlingen (Helsedepartementet 2004b). Da det er begrenset i hvilken grad behandlingstilbudene som nå er blitt en spesialisthelsetjeneste, kan sies å være basert på slik kunnskap skal det bli interessant å følge hvilke tiltak de regionale helseforetakene setter i verk for å heve kvaliteten i behandlingen.

Det er mange oppfatninger om hva som er god behandling og et stykke på veg vil det være avhengig av den enkelte misbrukers behov. Behandlingstilbudet i Norge er

sammensatt og mange døgninstitusjoner er initiert og bygd opp av ildsjeler med utgangspunkt i ulike typer behandlingsfilosofi. Dette gjelder eksempelvis behandlingstilbud for unge stoffmisbrukere med utgangspunkt i sosialpedagogiske tilnærminger, behandlingstilbud som bygger på såkalt 12-trinns behandling, hierarkiske terapeutiske samfunn etc. Det blir i større grad enn tidligere, stilt spørsmål ved hva som er god behandling. På samme måte som i mange andre land, er det derfor også i Norge større krav enn tidligere om at den behandling som tilbys, må kunne vise at den er evidensbasert og at den gir resultater. Eksempelvis oppnevnte det daværende Sosialdepartementet² i 2002 en forskerkommisjon med mandat å se på effekt av tiltak på rusmiddelfeltet, deriblant behandlingstilbud (NOU 2003:4).

Som følge av ulike behandlingstilnærminger er det også store forskjeller mellom behandlingstilbudene som gjennom reformen ble overført til spesialisthelsetjenesten, med hensyn til lengde av planlagt behandlingstilbud. Grovt sett vil en finne at døgninstitusjoner som i hovedsak yter behandling til alkoholmisbrukere, har et langt kortere behandlingstilbud enn døgninstitusjoner som i hovedsak retter seg mot behandling av narkotikamisbrukere. Det er også store forskjeller med hensyn til hvorvidt behandlingstilbud er basert på tilnærminger som gjennom oppfølgingsstudier og kunnskapsoppsummeringer har vist seg å ha effekt.

I vurdering av hva som er rusmiddelmisbrukerens hjelpebehov, vil det derfor være en stor utfordring for de regionale helseforetakene å legge til rette for at behandlingstilbudet utvikler seg i tråd med resultater fra nasjonal og internasjonal

forskning. Med utgangspunkt i den store variasjonen i lengde av behandlingstilbud vil det trolig også måtte legges større vekt på å "sortere" hva som er rusmiddelmisbrukerens behov for behandlingstilbud og hva som mer går i retning av omsorg/langsiktig sosial rehabilitering. Reformen legger opp til å utvikle mer hensiktsmessige kombinasjoner av ulike typer behandlingstilbud i og utenfor institusjoner og kommunale hjelpetiltak. Selv om de regionale helseforetakene har overtatt en behandlingstilbud fra fylkeskommunene, vil de stå fritt til å restrukturere behandlingstilbudet ut fra hva som vurderes som mest tjenlig ut fra de foreliggende behov og tilgjengelig kunnskap. På denne bakgrunn skal det bli interessant å se om og i hvilken grad det skjer endringer i behandlingstilbudet i de respektive helseregionene. Vil en eksempelvis lykkes i å få til en større rendyrking av hva som skal være behandling og hvordan behandling i regi av spesialisthelsetjenesten og kommunens hjelpeinnsats bedre kan samordnes?

Økte krav til private behandlingstilbud

Hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere i Norge har tradisjonelt hatt et stort innslag av private aktører i form av organisasjoner og stiftelser. Mange av disse hadde drifts- eller kjøpsavtaler med en eller flere fylkeskommuner. I Helse Vest utgjør eksempelvis private behandlingstilbud brorparten av behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Ved rusreformen overtok de regionale helseforetakene fylkeskommunenes avtaler med private leverandører av behandlingstilbud. I forbindelse med reformen ble det understreket at de regionale helseforetakene må

sikre de private aktørene muligheten til å bidra på likeverdig grunnlag med offentlige tilbydere av behandlingstjenester. Det ble imidlertid også sagt at det må stilles de samme kvalitetskrav til det private som til det offentlige behandlingstilbudet (Helsedepartementet 2004b). Ved at behandling for rusmiddelmisbruk nå er en del av spesialisthelsetjenesten, er det grunn til å tro at så vel offentlige som private aktører vil oppleve at det stilles andre og større krav til kvalitet og resultater. Rammene for å tilpasse seg nye krav vil imidlertid være forskjellige. De offentlige behandlingssenheter vil ikke på samme måte risikere å bli utestengt, selv om også disse vil kunne få pålegg om endringer. Eksempelvis er det som nevnt grunn til å tro at det vil bli krav om større vekt på helsefaglige tilnærming, noe som for enkelte behandlingssenheter vil innebære en nedprioritering av det sosialfaglige arbeidet.

For de private aktørene ser det allerede nå ut til at noen faller ut ved forhandling om nye avtaler, da de ikke oppfyller de nødvendige krav til kvalitet som stilles av det aktuelle helseforetaket. Dette vekker naturlig nok uro og så langt har en privat aktør som ikke fikk fornyet avtale, reist sak mot det aktuelle helseforetaket. Selv om de fleste vel vil bestrebe seg på å tilpasse seg de pålegg som framkommer fra de regionale helseforetakene, gjenstår det å se hvordan de private aktører vil møte økte krav til så vel kvalitet som til resultater.

Endring i henvisningsrutiner

Så lenge behandling for rusmiddelmisbruk var regulert av sosialtjenesteloven, gikk henvisning til behandling via den kommunale sosialtjenesten og kommunen betalte en egenandel for hver klient som var

i behandling (kr 12 500 per måned i 2003). Når behandling for rusmiddelmisbruk nå er blitt en spesialisthelsetjeneste, tilsier dette at henvisningsretten skulle overtas av legene, slik praksis er for spesialisthelsetjenesten generelt sett.

Den tidligere bestemmelsen om at henvisning til behandling for rusmiddelmisbruk var begrenset til sosialtjenesten, var ikke uten problemer. På samme måte vil det kunne være et problem at retten til henvisning skulle begrenses til leger. Dette har sammenheng med det faktum at rusmiddelmisbrukere har ulik grad av kontakt med primærhelsetjenesten og den kommunale sosialtjenesten, alt etter generell fungeringsnivå. Personer som har problemer knyttet til bruk av alkohol eller andre rusmidler, men som ellers fungerer sosialt, har eksempelvis liten eller ingen kontakt med sosialtjenesten. En overføring av henvisningsrett fra sosialtjenesten til primærhelsetjenesten, vil derfor gjøre det lettere for rusmiddelmisbrukere uten behov for hjelp fra sosialtjenesten, å komme i behandling for sitt misbruk. På den annen side har mange av de mest belastede rusmiddelmisbrukere liten kontakt med den ordinære primærhelsetjenesten, mens sosialtjenesten i slike tilfeller har lang erfaring i å koordinere og legge til rette ulike hjelpetiltak.

For å gjøre det enklere for de ulike grupper å få behandling, vedtok derfor Stortinget at sosialtjenesten og legene skal være likestilt i å henvise til spesialisert tverrfaglig behandling for rusmiddelmisbruk i og utenfor institusjon. Sosialtjenestens rett til henvisning omfatter imidlertid ikke de spesialiserte helsetjenester innen somatikk og psykiatri.

På bakgrunn av det som allerede er

nevnt, er det grunn til å tro at utvidelsen av retten til henvisning vil gjøre det enklere å søke behandling for misbruksproblemer. Framtiden vil vise om og i hvilken grad henvisning til behandling for rusmiddelbruk forflyttet seg fra sosialtjenesten til legene. Omfanget av henvisninger fra leger vil kunne være en pekepinn på om og i hvilken grad helsevesenet har tatt inn over seg at behandling for rusmiddelbruk nå er blitt helsevesenets ansvar.

Erfaringene så langt tyder på at rusreformen har ført til økning i antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk. Det vil imidlertid være vanskelig å fastslå om økningen i antall henvisninger har sin bakgrunn i utvidelse av henvisningsretten eller om det er andre grunner. Rent faktisk kan det tenkes at det har vært et underforbruk av helse-tjenester blant rusmiddelbrukere og at dette nå kommer tilsyne gjennom økning i antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Erkjennelsen av at grupper av rusmiddelbrukere ikke fikk den nødvendige helsehjelp, var som nevnt en viktig bakgrunn for rusreformen. Det kan derfor tenkes at en økning i antall henvisninger til behandling, har sammenheng med at rusmiddelbrukere nå omfattes av pasientrettighetslovens bestemmelse om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Økning i antall henvisninger kan også henge sammen med at ordningen med kommunal delbetaling for slik behandling er falt bort. Rasjonale for den kommunale delbetalingen var at kommunene skulle oppmuntres til å etablere lokale hjelpetiltak framfor å sende misbrukere til institusjonsbehandling. Selv om midlene kommunene brukte til slik delbetaling,

inngikk i overføringen til de regionale helseforetakene, vil økonomiske hensyn likevel kunne føre til at kommunene i større grad enn tidligere søker rusmiddelbrukere inn i spesialisert behandling. Bortfallet av den kommunale delbetalingen kan derfor innebære at kommunene reduserer bruk av hjelpetiltak i kommunal regi, i alle fall på kort sikt. Etter hvert som det blir tydeligere i hvilke tilfeller det gis rett til behandling fra spesialisthelsetjenesten, vil kommunene trolig ta konsekvensen av at de fremdeles har et primæransvar for å yte hjelpetiltak til rusmiddelbrukere og at et eventuelt behandlingsopphold ikke erstatter en helhetlig hjelpepakke der kommunen vil ha et betydelig ansvar.

Bedre vurdering av behandlingsbehov?

Så lenge behandling for rusmiddelbruk var regulert av sosialtjenesteloven, ble henvisning i de fleste tilfeller sendt direkte til aktuell behandlingssenheter, enten fra den kommunale sosialtjenesten eller ved henvendelse fra misbrukeren selv i forståelse med sosialtjenesten. Som følge av at behandling for rusmiddelbruk nå inngår som en del av spesialisthelsetjenesten, er dette endret. De regionale helseforetakene har pekt ut spesielle behandlingssenheter som har fullmakt til å motta henvisningene og foreta en vurdering av behandlingsbehov, det vil si det som etter pasientrettighetsloven heter: *rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten* (Helsedepartementet 2004a). De utpekte behandlingssenheter er per i dag poliklinikkene, som på oppdrag av de regionale helseforetakene gir behandling for rusmiddelproblemer, og poliklinikkene innen psykisk helsevern. En bedre vurdering og

diagnostisering av rusmiddelmissbrukeres helsetilstand og psykososiale livssituasjon, er framholdt som viktige forutsetninger for å ivareta rusreformens målsetting om at behandlingen skal bli bedre (Helsedepartementet 2004b). Som grunnlag for vurdering av behandlingsbehov har alle de fem regionale helseforetakene utarbeidet rutiner for hvordan henvisningene skal foregå og hva de skal inneholde.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt føringer for hvordan henvisningene skal følges opp. Vurdering av henvisningen skal blant annet omfatte:

- Kartlegging av pasientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og situasjon samt pasientens generelle psykiske og fysiske tilstand.
- Vurdering av pasientens motivasjon, samt pasientens relasjonelle, familielaterte og nettverksmessige situasjon.
- Vurdering av pasientens kognitive funksjonsnivå ved å gjøre bruk av resultater fra relevant screening- og testverktøy.
- Medisinsk vurdering av pasientens fysiske allmenntilstand og eventuelle somatiske tillegglidelser. Vurdering av psykisk allmenntilstand og eventuell diagnostisering (Ibid).

Pasientrettighetsloven gir rett til vurdering av helsetilstand innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Vurderingen skal konkludere med hvorvidt pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, det vil si rett til å motta behandling. I de tilfeller der vurderingen konkluderer med at pasienten har en slik rett, skal det framkomme hva som er pasientens behandlingsbehov (videre utredning, avrusing, poliklinisk behandling, institusjonsbehandling) og det skal gis en individuell frist for når aktuell be-

handling skal kunne starte. I fall pasienten og den som henviser er uenig i utfallet av vurderingen, har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand. I følge spesialisthelsetjenesteloven gjelder imidlertid retten til ny vurdering bare én gang for samme helsetilstand.

Å gi rusmiddelmissbrukere en mest mulig forsvarlig vurdering av behov for nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (behandling), møter ulike utfordringer. Eksempelvis har langt fra alle de utpekte vurderingsenhetene den nødvendige kompetanse til å foreta en helhetlig vurdering og utredning av totalt behandlingsbehov, slik det er forutsatt. En stor andel av vurderingsenhetene er som nevnt psykiatriske poliklinikker. Det er naturlig nok store variasjoner med hensyn til i hvilken grad disse har kompetanse systematisk kartlegging og vurdering av rusmiddelproblemer. På samme måte vil det være store variasjoner blant poliklinikkene som yter behandling for rusmiddelproblemer, både når det gjelder tradisjon for, og nødvendig kompetanse til, kartlegging og diagnostisering av psykiske og somatiske lidelser.

Behovet for skoloring i diagnostisering av så vel rusmiddelproblemer som psykiske og somatiske lidelser, er med andre ord åpenbart. I tilfeller der en vurderingsenhet mottar et stort antall henvisninger, vil også fristen på 30 virkedager kunne føre til at vurderingen ikke blir grundig nok. Det er derfor grunn til å tro at det vil ta tid før det kan sies at alle rusmiddelmissbrukere som henvises til vurdering av behandlingsbehov, vil få en vurdering som kan sies å være forsvarlig.

Utfallet av en vurdering vil naturlig nok variere, både mellom de ulike helse-regioner og mellom de ulike vurderings-

enhetene innen den enkelte helseregion. Forskjeller vil dels ha sammenheng med det som er sagt om ulike forutsetninger i vurderingsenhetene, dels at det rent faktisk er vanskelig å foreta en slik vurdering. Det kan også være varierende motiver for å gi en pasient henholdsvis rett/ikke rett til behandling. Eksempelvis vil én vurderingsenhet kunne ha interesse av at det er mange som gis rett til behandling for å illustrere et stort udekket behov, mens en tilsvarende enhet ut fra kunnskap om manglende kapasitet, vil kunne tenke at en må være "streng" med hensyn til hva som skal gi en pasient rett til behandling. At det så langt er rapportert til dels store forskjeller i andel henvisninger som konkluderer med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (behandling), så vel mellom ulike regioner som mellom de enkelte vurderingsenhetene, kan ha sammenheng med slike faktorer. De regionale helseforetakene arbeider imidlertid med å komme fram til mest mulig felles kriterier for hva som skal gi rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (behandling), slik at de regionale forskjellene i vurdering av behandlingsbehov skal bli minst mulig.

Hva med retten til å velge behandlingssted?

Pasientrettighetsloven gir rett til fritt sykehusvalg. På samme måte er rusmiddelbrukere gitt rett til fritt valg av behandlingssted. Retten innebærer at en rusmiddelbruker står fritt til å velge hvor vurdering av henvisning skal finne sted (blant de behandlingssenheter som er utpekt til å ivareta slik funksjon), hvem skal foreta eventuell videre utredning, og hvor eventuell avrusning og behandling skal foregå.

Valget omfatter i prinsippet behandlingssenheter i hele landet som inngår i de regionale helseforetakenes behandlingstilbud. Retten til fritt valg er med andre ord ikke begrenset til den helseregion hvor en som pasient "hører hjemme".

Retten til fritt valg av behandlingssted omfatter imidlertid ikke valg av behandlingsnivå. En pasient som er gitt rett til å motta behandling for sitt rusmiddelmisbruk, kan eksempelvis ikke velge institusjonsbehandling hvis han eller hun er gitt rett til poliklinisk behandling. Behandlingsenheter for rusmiddelmisbruk dekker som nevnt et vidt spekter, der blant annet lengden av døgnbehandling varierer betydelig. Ut fra at det nå er gitt rett til fritt valg av behandlingssted, har det derfor vært nødvendig for de regionale helseforetakene å komme fram til en felles norm for inndeling i behandlingsnivå. Dette har ført til en klassifisering av behandlingstiltak i fire nivåer:

1. Poliklinisk behandling
2. Avrusning/abstinensbehandling
3. Døgnbehandling ≤ 6 mnd
4. Døgnbehandling > 6 mnd

Inndelingen i behandlingsnivå kan bare sies å løse en del av problemet med å klassifisere behandlingssenheter, da inndelingen ikke sier noe om behandlingsprofil på behandlingssenheter innen det enkelte nivå. Retten til fritt valg av behandlingssted forutsetter at den behandlingssenheten pasienten ønsker, tilbyr den behandling som pasienten er vurdert å ha behov for og at det er ledig kapasitet. Dette understreker viktigheten av å få til en best mulig matching mellom behandlingstilbud og pasientens behov. Ved vurdering av behandlingsbehov må det derfor legges vekt på å gi en anbefaling av hvilket eller

hvilke behandlingssted(er) innen det gitte behandlingsnivå, som ut fra foreliggende kunnskap best kan forventes å møte pasientens behov. Ut fra dette vil det være av interesse å følge i hvor stor grad det framkommer avvik mellom vurderingsenheterens anbefaling av behandlingssted og pasientens ønske om en bestemt behandlingsenhet og hvordan eventuelle sprik mellom vurdering av pasientens behandlingsbehov og pasientens valg av et bestemt behandlingssted håndteres.

Pasientrettighetsloven gir også rusmiddelmissbrukere som er gitt rett til å motta behandling, en individuell frist for når behandlingen senest skal gis. Hvis fristen overskrides, tilsier loven at et alternativt behandlingstilbud skal foreligge *"uten opphold"*, det vil si umiddelbart etter at fristen er overskredet. Det sies også at pasienten skal kunne motta behandling *"om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket"* (Helsedepartementet 2004a). Med andre ord skal en rusmiddelmissbruker umiddelbart få tilbud om et tilsvarende behandlingsopplegg i en privat behandlingsenhet som ikke inngår i regionale helseforetakenes behandlingstilbud eller ved en behandlingsenhet i utlandet, hvis han eller hun av kapasitetsgrunner ikke får starte det planlagte behandlingsopplegget innen den frist som er gitt.

Selv om retten til fritt valg av behandlingssted har visse begrensninger, er det åpenbart at bestemmelsen likevel vil kunne by på problemer. Hvordan skal eksempelvis de regionale helseforetakene forholde seg hvis mange pasienter velger en bestemt behandlingsenhet slik at det her blir venteliste, mens det er ledig kapasitet på en annen behandlingsenhet som yter samme type behandling? Retten til fritt valg av

behandlingssted stiller også særskilte krav til kommunen i de tilfeller der rusmiddelmissbrukeren har behov for oppfølging fra den kommunale helse- og sosialtjenesten. Behandling som finner sted langt fra hjemkommunen, kanskje i en annen helseregion, vil eksempelvis vanskeliggjøre etablering av lokale samarbeidsstrukturer.

Vil "rett til individuell plan" gi bedre oppfølging?

Etter pasientrettighetsloven har alle typer pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, rett til å få utarbeidet en individuell plan som skal omfatte behov for tjenester fra så vel primær- som spesialistnivå. Det lovmessige grunnlaget for retten til en slik plan er også sikret i spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og psykisk helsevernloven.

Ved gjennomføring av rusreformen ble individuell plan framholdt som et viktig redskap for å sikre sammenheng mellom ulike tjenester for den enkelte rusmiddelmissbruker. Målet med en individuell plan skal være bedre sammenheng i tjenester mellom ulike nivåer (den kommunale helse- og sosialtjenesten og ulike deler av spesialisthelsetjenesten) og bedre sammenheng i tjenester innen samme nivå (helse- og sosialtjenesten på kommunalt nivå, tverrfaglig spesialisert behandling, psykiatri og somatikk på spesialisthelsetjenestenivå). En behandlingsinstitusjon har eksempelvis, som allerede nevnt, nå plikt til å varsle sosialtjenesten ved utskrivning i tilfeller der det vurderes at en pasient/rusmiddelmissbruker har behov for fortsatt oppfølging fra kommunen og pasienten ønsker det.

Sentrale myndigheter legger allment stor vekt på retten til individuell plan for

ulike klient- og pasientgrupper. Retten til individuell plan innebærer imidlertid ikke rett til de enkelte elementene som inngår i planen. Så lenge det er opp til den enkelte tjenesteyter å yte de tjenester planen omfatter, må det derfor sies å være en noe tvilsom rettighet. Selv om etablering av en individuell plan vil kunne være et nyttig redskap i et systematisk og langsiktig arbeid, i dette tilfellet med en rusmiddelmissbruker, kan en plan uten rett til planens innhold lett begrenses til å bli en papirplan.

Hvordan innpasse substitusjonsbehandlingen?

Substitusjonsbehandling av heroinmissbrukere i Norge er organisert gjennom statlig finansierte regionale sentre, godkjent av departementet. Da de regionale sentrene ikke inngikk i det fylkeskommunale ansvaret etter sosialtjenesteloven, ble de ikke direkte omfattet av rusreformen. Reformen førte imidlertid til at også sentrene som hadde ansvar for substitusjonsbehandling, ble overført til de regionale helseforetakene og de inngår nå som en del av spesialisthelsetjenesten. Per i dag er det også bare de godkjente sentrene som kan vurdere hvilke rusmiddelmissbrukere som skal få tilbud om substitusjonsbehandling. Ut fra et prinsipp om at det skal foreta en helhetlig vurdering av behandlingsbehov, er det åpenbart uheldig at vurdering av behov for substitusjonsbehandling foregår særskilt. Hvordan problemet skal løses er så langt ikke klart. De regionale helseforetakene er imidlertid bedt om å sørge for at det foretas en helhetlig vurdering av hvilken behandling pasienter som henvises til substitusjonsbehandling skal tilbys (Helsedepartementet 2004b). Dette innebærer at pa-

sienter som innrømmes rett til nødvendig helsehjelp, men som av ulike grunner ikke er aktuelle for substitusjonsbehandling, gis tilbud om annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. De regionale helseforetakene er videre pålagt å sørge for at substitusjonsbehandling integreres i den øvrige spesialiserte behandling for rusmiddelmissbruk (Helse- og omsorgsdepartementet 2005).

Vil misbruksbehandling kunne konkurrere om budsjettmidler?

Ved iverksettelse av rusreformen fikk de regionale helseforetakene overført økonomiske midler tilsvarende det beløpet det ble anslått at fylkeskommunene, og kommunene gjennom den kommunale delbetalingen, brukte til behandling av rusmiddelmissbrukere i 2003 samt statens bevilgning til substitusjonsbehandling for 2004. Midlene ble fordelt mellom de regionale helseforetakene som basisbevilgning i forhold til hvor mye som var brukt i de respektive regioner i 2003. Det ble i tillegg bevilget ekstra midler. Fra og med 2005 inngår de økonomiske midler til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk inkludert substitusjonsbehandling, i den totale basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene står i utgangspunktet fritt til å disponere den årlige basisbevilgningen for å løse de oppgaver de er pålagt, med hensyn til å tilby befolkningen et forsvarlig tilbud om spesialiserte helsetjenester innen så vel somatikk, psykiatri og behandling for rusmiddelmissbruk. Gjennom et såkalt bestillerdokument som går til de regionale helseforetakene ved årets begynnelse, gir imidlertid de-

partementet visse føringer med hensyn til områder og oppgaver som skal prioriteres særskilt. Det gis også øremerkede tilskudd til enkelte slike særskilte oppgaver (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). Eksempelvis er det for 2005 bevilget øremerkede midler som skal gå til å øke kapasiteten i substitusjonsbehandling.

De regionale helseforetakene har store oppgaver. Helsesektoren vil alltid være et bunnløst sluk, med knapphet på økonomiske midler. Ettersom behandlingsmetoder for ulike lidelser stadig blir bedre, øker også befolkningens forventninger og krav til hva spesialisthelsetjenesten skal tilby. Selv om det per i dag er et spesielt fokus på behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere, er de en svak pasientgruppe som i stor grad er avhengig av at andre taler deres sak. Dagens situasjon med stor politisk og medial oppmerksomhet, kan derfor fort endres til fordel for andre, sterkere pasientgrupper. Hvordan de regionale helseforetakene på sikt vil komme til å prioritere behandling for rusmiddelmissbruk sammenlignet med behandlingstilbud for andre pasientgrupper, er derfor vanskelig å forutse.

Vil rusreformen nå sine mål?

Det er liten grunn til å tvile på at så vel Regjering som Storting er oppriktig opptatt av at rusmiddelmissbrukere i Norge skal få et bedre behandlingstilbud. Det å innlemme behandling for rusmiddelmissbruk i spesialisthelsetjenesten og "opphøre" rusmiddelmissbrukere som mottar behandling for sitt misbruk, til pasienter på lik linje med andre pasientgrupper, kan vanskelig tolkes på annen måte. At det var stortingspolitikere sammen med Regjeringen som tok initiativet til og var pådrivere i gjen-

nomføringen av rusreformen, skulle langt på veg gi "garanti" for at reformen vil bli nøye overvåket fra sentralt politisk hold. De organisatoriske endringene er så langt også fulgt opp økonomisk. Reformen representerer imidlertid store utfordringer og reiser mange problemstillinger.

Den nye delen av spesialisthelsetjenesten er gitt betegnelsen "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk". Betegnelsen er ment å understreke at selv om det skal legges større vekt på det helsefaglige, skal de sosialfaglige sidene ved behandlingen ivaretas og videreføres. Spørsmålet er imidlertid om det sosialfaglige vil overleve på sikt eller om det sosialfaglige risikerer å bli overskygget av det helsefaglige i et system som er innrettet på å yte spesialisthelsetjenester. For å si det mer retorisk: vil sosionomene på sikt kunne hevde seg og sitt i konkurranse med legene?

Det vil vel også bli et spørsmål om hvor langt pasientrettighetene vil strekke seg i praksis. Selv om rusmiddelmissbrukere i utgangspunktet skal håndteres som andre pasientgrupper, er det ikke til å komme utenom at det er en pasientgruppe som gir helsevesenet mange problemer og dermed representerer spesielle utfordringer. Mange vil si at det er en del av en rusmiddelmissbrukers "sykdomsbilde" at han eller hun eksempelvis ikke alltid følger opp avtaler og det som inngår i et behandlingsregime. Det vil likevel kunne være delte meninger om hvor langt spesialisthelsetjenesten skal strekke seg overfor den enkelte pasient. Vel har en rusmiddelmissbruker nå fått fulle pasientrettigheter, men innebærer ikke denne retten at han eller hun som pasient også har visse plikter med hensyn på å følge de "regler" som et behandlingsregime forutsetter?

Ut fra pasientrettighetsloven gjelder rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten bare dersom pasienten kan sies å ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt (Helsedepartementet 2004a). I vurdering av en rusmiddelmissbrukers rett til behandling vil bestemmelsen derfor kunne gi stort rom for fortolkning. Mange rusmiddelmissbrukere har vært i behandling gjentatte ganger, uten at det kan sies å ha hatt effekt. Selv om klinikere vil kunne hevde at tidligere behandlingserfaring ser ut til å gi bedre prognose ved et senere behandlingsopphold, er det vanskelig å finne forskningsmessig belegg for at dette er tilfelle. På bakgrunn av pasientrettighetslovens bestemmelse om at pasienten skal ha forventet nytte og effekt av behandlingen, vil en derfor i tilfeller der en rusmiddelmissbruker har mottatt gjentatte behandlinger for sitt misbruk, kunne si at "nok er nok". Ut fra at resursene alltid vil være begrenset, vil en i slike situasjoner kunne hevde at ut fra de gitte resurser må en prioritere pasienter som vurderes å kunne ha bedre nytte av behandlingen. En annen problemstilling i denne sammenheng er knyttet til pasientrettighetslovens bestemmelse om rett til vurdering og fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten. Det sies her at retten til fornyet vurdering bare gjelder én gang for samme tilstand. Hvordan vil en slik bestemmelse bli fortolket og praktisert for rusmiddelmissbrukere som søker behandling for sitt misbruk gjentatte ganger? Etter alt å dømme vil en kunne stå mer eller mindre fritt i om en vil gi vedkommende en ny mulighet eller avslå en ny vurdering.

Som nevnt har behandlingseenhetene som ble overført til spesialisthelsetjeneste-

ten, behandlingsopplegg av ulik varighet. Eksempelvis har klinikkene som tradisjonelt har gitt behandling for alkoholmisbruk, langt kortere behandlingsprogram enn døgninstitusjoner som har gitt behandling for narkotikamisbruk. Av de sistnevnte har det i mange tilfeller vært flytende overganger for hva som kan sies å være selve behandlingssatsen og hva som er videre oppfølging eller ettervern etter institusjonsbehandling, og derfor i utgangspunktet kommunens ansvar. Det er for tidlig å si i hvilken grad de regionale helseforetakene vil fortsette å yte slike langvarige behandlingstjenester. Det kan imidlertid være grunn til å tro at selve behandlingssatsen vil bli mer rendyrket ved innlemmelsen i spesialisthelsetjenesten enn da behandling ble sett på som en sosialfaglig oppgave. En kan derfor ikke se bort fra at overføringen av behandlingsansvaret til spesialisthelsetjenesten på sikt vil innebære et farvel til langtidsinstitusjonsbehandling. Dette vil i så fall føre til at kommunene får større oppgaver ved at de må yte tjenester til rusmiddelmissbrukere som tidligere ble gitt av mange døgnbehandlingsinstitusjoner.

Sosialtjenesten har beholdt sin rett til henvisning av pasienter til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, selv om henvisningsretten i utgangspunktet skulle vært forbeholdt leger, slik praksis er for den øvrige spesialisthelsetjenesten. Så langt ser dette ut til å fungere, etter som sosialtjenesten innehar større kompetanse enn legene i å utarbeide henvisninger til behandling for rusmiddelmissbruk. Etter hvert som leger får mer erfaring og behandling for rusmiddelmissbruk blir mer integrert i den øvrige spesialisthelsetjenesten, kan det imidlertid være et spørsmål

om sosialtjenenesten på sikt vil ha den samme henvisningsautoritet som legene.

Som det framgår reiser den norske reformen på rusmiddelfeltet mange problemer. En evaluering av rusreformen som skal foreligge innen utgangen av 2006, vil et stykke på vei kunne gi svar på hvilken vei reformen går. Det vil imidlertid ta noen år

før en kan si hvorvidt reformen har ført til at rusmiddelmissbrukerne har fått et bedre behandlingstilbud og at behandlingsresultatene er blitt bedre.

Astrid Skretting, forsker,

Statens institutt for rusmiddelforskning, Sirus,

PB 565 Sentrum, No-0105 Oslo

E-post: as@sirus.no

NOTER

- 1) Helsedepartementet skiftet navn til Helse- og omsorgsdepartementet 1. oktober 2004.
- 2) Sosialdepartementet skiftet navn til Arbeids- og sosialdepartementet 1. oktober 2004.

REFERANSER

- Bryhni, Anders (ed.) (2004): Rusmidler i Norge. SIRUS
- Elster, Jon and Skog, Ole-Jørgen (ed.) (1999): *Getting Hooked. Rationality and Addiction.* Cambridge: University Press
- EMCDDA (2004): Annual report 2004
- Helsedepartementet (2004a): Rundskriv (I-8/2004): Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven
- Helsedepartementet (2004b): Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005): Bestil- lerdokument 2005
- Inst. O. nr. 4 (2003–2004): Innstilling til Odels- tinget fra sosialkomiteén
- Kurtze, Nanna & Eide, Arne H. (2003): Helse- tilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere. SINTEF Unimed
- NOU (2003): Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av

- tiltak. Norges offentlige utredninger 2003:4 Ot.prp. nr. 3 (2002–2003): Om lov om end- ringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkes- kommunens ansvar for tiltak for rusmid- delmissbrukere)
- Ot.prp. nr. 54 (2002–2003): Om lov om end- ringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)
- Ruud, torleif og Reas Deborah (2003): Helse- tjenester for tunge rusmiddelmissbrukere. SINTEF Unimed
- SBU (2001): Behandling av alkohol- och nar- kotikaprobler. En evidensbasert kun- skapsmanntalning. Stockholm
- SIRUS (2003): Narkotikasituasjonen i Norge
- Sosialdepartementet (2002): Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005.