

NÅR DE SVAKESTE TAPER

KONSEKVENSER AV RUSREFORMEN

Stein Stugu, Roar Eilertsen og Bitten Nordrik

April 2008



Innholdsfortegnelse:

Forord.....	4
1 Oppsummering og sammendrag	5
2 Fra klient til pasient.....	9
2.1 Hvem er rusmiddelavhengige?.....	10
2.2 Rusreformen.....	12
2.3 Oslo	13
2.4 Pasientrettigheter.....	15
3 Individuell plan	20
4 Evaluering av rusreformen for brukere i Oslo	23
4.1 Styrking av helsefaglig kompetanse	25
4.2 Rusreformen i et nasjonalt perspektiv.....	26
5 En samling fagre løfter	28
6 Økonomien i rusreformen	32
6.1 Regionale forskjeller.....	33
6.2 Ressursbruken i kommunene	34
6.3 Total ressursbruk.....	34
7 Organisatoriske endringer i tilbudene for rusmiddelmissbrukere i Oslo.....	35
7.1 Sykehusreformen	36
7.2 Rusreformen.....	36
7.3 Hvor ble skillet satt?	37
7.4 Aker universitetssykehus, Klinikk for psykisk helse, Avdeling for rus og avhengighet (ARA).....	38
7.5 Klinikk rus og avhengighet (KRA).....	39
7.6 Kort om de forskjellige enhetene i KRA	40
7.7 Ruspoliklinikker.....	41
7.8 Helse Sør-Øst	42
8 Viktige endringer etter at spesialisthelsetjenesten overtok.....	43
8.1 Ventetider.....	43
8.2 Nedbygging av døgnplasser	45
8.3 Endringer Storgata og Montebello.....	48
8.4 Nedleggelse av M3.....	50
8.5 Utvikling i ventetid og gjennomføringsrate.....	50
8.6 Noen andre konsekvenser for Oslo-pasienter	53
8.7 Anbud innenfor russektoren.....	54
9 Rusmideletaten i Oslo etter rusreformen	56
10 Behov for utvidet kapasitet akuttavgiftning.....	58

11	Forslag om ny rusakutt.....	61
11.1	Innbyggerinitiativ for ny avrusningsenhet i Oslo	62
11.2	Vil en ny rusakutt dekke innbyggerinitiativet ønsker?	63
11.3	Det er behov for ny rusakutt	64
11.4	Rusakutt og ambulante team.....	65
11.5	Hvordan skal en ny rusakutt kunne fungere	67
12	Rett til tak over hodet.....	68
12.1	Behov for et utvidet differensiert tilbud.....	71
13	Hovedstadsprosessen for rusområdet.....	72
13.1	Utilstrekkelig perspektiv	72
13.2	Involvering.....	73
13.3	Felles foretak rus og psykiatri.....	75
13.4	Eget foretak, rus?	76
14	Hvem bør styre rusfeltet?.....	79
14.1	Bør Oslo kommune overta rusfeltet igjen?	79
14.2	Forpliktende samarbeidsavtaler	80
14.3	Helt nye organisasjonsformer?.....	81
	Litteratur, kilder:	82

Forord

”Når de svakeste taper. Konsekvenser av rusreformen” er skrevet på oppdrag fra Fagforbundet. Målsettingen er å belyse hva som har skjedd med de svakeste gruppene av rusmiddelmissbrukere, de som er de mest synlig rusbrukerne i Oslos bybilde og som av og til er uten fast bopel. Vedtaket om å overføre rusområdet fra fylkeskommunen til staten ved helseforetakene har svekket tilbudet for store grupper, på viktige områder er ikke Oslo kommune og spesialisthelsetjenesten enige om hvem som har ansvaret, konsekvensen er at det begge parter gjør er helt utilstrekkelig.

For å få fram dette perspektivet har det vært helt nødvendig å gå inn på de store endringene som har skjedd etter vedtaket om rusreformen i 2003. Rusmiddelmissbrukere fikk med rusreformen rettigheter som andre pasientgrupper. Et hovedspørsmål er om dette for rusmiddelmissbrukere er blitt mer enn fagre ord? Mens reformen lovet bedring har resultatet blitt det motsatte. Det er liten politisk gevinst å hente på å prioritere de svakeste.

I arbeidet med denne rapporten har vi fått uvurdering hjelp og støtte fra arbeidsgrupper som jobber med rus både i Norsk Sykepleierforbund, Fellesorganisasjonen og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon. Vi har hatt mange interessante og nyttige diskusjoner med ansatte og ledelse både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og spennende og lærerike samtaler med forskere, politikere, frivillige organisasjoner og andre aktører innenfor et vidt og omfattende område. Vi er dere alle stor takk skyldig. Men en spesiell takk går til tillitsvalgte i Fagforbundet som har kommet med mange viktige innspill, spesielt vil vi nevne Bjørn Elsom, Ann-Karin Raudi Osode, Åse Lindstad, Stein Asthøy og Christian Robak. Takk skal dere ha.

Likevel, for at det ikke skal være tvil, alle vurderinger og konklusjoner er det vi som står for. Eventuelle feil er vårt ansvar, og vårt alene.

Oslo, 10.april 2008

Stein Stugu, Bitten Nordrik og Roar Eilertsen

1 Oppsummering og sammendrag

1. Stortinget vedtok i 2003 å endre organiseringen av tilbudet til rusmisbrukere i Norge. Rusreformen overførte fra 1. januar 2004 det som hadde vært fylkeskommunens ansvar til staten ved helseforetakene. Før 2004 var tiltaksapparatet i hovedsak delt mellom fylkeskommunene og primærkommunene, bortsett fra en liten del, som lå under spesialisthelsetjenesten.
2. I prinsippet var rusreformen delt i to. Del I tok for seg de områdene som i hovedsak var drevet med en helsefaglig begrunnelse, del II tok for seg de som i hovedsak var sosialfaglig og/eller omsorgsfaglig begrunnet. Regjeringen Bondevik II var innstilt på at de sosialfaglige og omsorgsfaglige baserte tjenestene skulle overføres til kommunene, men Stortinget vedtok at også disse skulle gå til staten ved helseforetakene. Hovedbegrunnelsen var frykt for at rusmiddelmissbrukere skulle utgjøre en lavere prioritert pasientgruppe enn pasienter med somatiske eller psykiatriske problemer.
3. Spesielt vanskelig var delingen av Oslo Kommunes tiltaksapparat. Som både fylkeskommune og primærkommune hadde Oslo, som eneste fylke i landet et sammenhengende tiltaksapparat for rusmiddelmissbrukere. (Med noen mindre unntak som allerede var lagt under spesialisthelsetjenesten, bla. Akuttinstitusjonen Ullevål). Et forslag om å gjøre unntak for Oslo og la kommunen beholde hele tiltakskjeden for rus falt mot SV, Ap og Sps stemmer. Viktigste begrunnelse for å gå mot en slik særordning var at rusmiddelpasienter i Oslo da ikke ville få de rettighetene de hadde krav på som pasienter etter helselovgivningen.
4. Rusreform II etterlot store tolkningsproblemer og vanskelige avgrensninger mellom hva som er spesialisthelsetjenestens ansvarsområde og hva som er kommunenes ansvarsområde. Fortsatt er det betydelig uenighet mellom Helse Sør-Øst og Oslo Kommune om hvordan viktige ansvarsområder skal deles. Det finnes heller ingen enhetlig oppsummering av hva som ville blitt igjen i Oslo Kommune hvis vedtaket om rusreform II hadde fått motsatt utfall.
5. Med rusreformen fikk også primærleger henvisningsrett til institusjonene for rusmiddelmissbrukere. Tidligere hadde denne retten ligget bare i sosialvesenet, som imidlertid også beholdt en slik henvisningsrett. At leger også fikk henvisningsrett har ført til en økning av antall henvendelser til institusjoner for rusmiddelmissbrukere.
6. Med rusreformen har rusmiddelmissbrukere fått pasientrettigheter. Noe av det viktigste er rett til utredning, rett til behandling innenfor en fastsatt frist og rett til ny vurdering. Et slikt rettighetsregime medfører et omfattende merarbeid og er sterkt ressurskrevende. I tillegg favoriserer denne måten å organisere på

de sterkeste pasientgruppene, som har kunnskap og ressurser til å følge opp sine rettigheter.

7. Alle pasientgrupper har også en rett til Individuell Plan (IP). For rusmiddelmissbrukere er det svært få som foreløpig har fått IP. Det er også et problem at en pasient har rett til IP, men nødvendigvis ikke rett til de tiltak en blir enig om skal inngå i den individuelle planen. Skal IP fungere (eller såkalte ansvarsgrupper, som kan fungere mye på samme måten), vil dette i mange tilfeller kreve stor ressursbruk for den som blir utpekt til å koordinere planen. Igjen er dette et tiltak som i stor grad favoriserer de mest ressurssterke pasientgruppene.
8. Evalueringene av rusreformen viser at det har vært en klar styrking av det medisinskfaglige personalet i sektoren, leger, psykiatere, sykepleiere og spesialsykepleiere. Fra 2004 til 2006 økte den samlede ressurstilgangen på området med ca. 40 %. På nasjonalt plan er likevel oppsummeringene av om en har lyktes med rusreformen svært blandet. Det påpekes at det fortsatt er problemer med samhandling, opphold i behandlingsforløp og økende ventelister. Evalueringen av virkningene av rusreformen for Oslo er klart mer negativ enn for landet for øvrig.
9. Viktige årsaker til at evalueringen for Oslo er mer negativ enn for landet for øvrig er at man her har brutt opp en sammenhengende tiltakskjede, samt at Oslo hadde landets største konsentrasjon av tiltak for rusmiddelmissbrukere. Overføring til spesialisthelsetjenesten har derfor bedret resten av landets tilgang til denne delen av tjenesteapparatet.
10. Et særegent problem er det at mens de som jobber med rusmiddelmissbrukere i Oslo tidligere hadde svært god oversikt over tilbudet på alle nivåer, er det nå store mangler i forhold til faktisk kunnskap om tilbudene i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det blitt vanskeligere for de ansatte i kommunen å gi relevant informasjon og oppfølging i forhold til de tilbudene rusmiddelmissbrukerne faktisk får.
11. Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet var imøtesett med store forventninger. Innholdet var en skuffelse. I praksis ble den en samling med fagre ord uten tilstrekkelige midler til å følge opp. Ressursøkningen var begrenset til 100 millioner, mens Fagrådet innen rusfeltet i Norge har beregnet behovet til 1,7 milliarder. Bare innenfor Klinikk Rus og Avhengighet ved Akers Universitetssykehus, som bl.a. har driftsansvar for de institusjonene som kom fra Oslo, anslås behovet til oppunder 300 millioner.
12. Etter rusreformen ble Oslo Kommunes tiltaksapparat overført samlet til Aker Universitetssykehus og organisert sammen med psykiatri. Rus ble samlet i Avdeling for Rus og Avhengighet (ARA). Fra 2007 er ARA skilt ut som egen klinikk under navnet Klinikk Rus og Avhengighet (KRA). KRA har ansvaret for Oslos innbyggere (unntatt Stovner og Grorud, som ligger under A-hus) samt Follo på rusområdet. I tillegg har klinikken koordineringsansvar for Helse Sør-Østs kjøp av private plasser.

13. Etter overtakelsen av Oslo Kommunes apparat har det vært en viss nedbygging av døgnplasser, både innenfor den delen av tiltaksapparatet som er offentlig drevet og blant de private som driver etter avtale. Dette i motsetning til utviklingen hvis vi ser landet under ett.
14. Hovedinntrykket er at de institusjonene som er overtatt fra Oslo har hatt en kraftig økning i ventelister. Det har vært en marginal bedring i andelen som fullfører behandlingen. Liggetiden har gått noe opp for korttidsinstitusjonene, men ned for langtidsenhetene.
15. Akuttinstitusjonene i Oslo har endret karakter til i vesentlig sterkere grad å ta seg av planlagt avrusning. De har mistet karakter av et tilbud der en kan tas inn øyeblikkelig. Sammen med redusert kapasitet har dette medført at mange som tidligere fikk hjelp nå blir avvist.
16. Etter gjennomføringen av rusreformen gikk Oslo Kommunes umiddelbare ressursbruk overfor Rusmideletaten, korrigert for overføringene til spesialisthelsetjenesten, noe ned. Etter reformen har det vært en aktivitetsvekst på ca. 10 prosent.
17. Det er et stort behov for opprettelse av en ny rusakutt i Oslo. Hvis dette ikke gjøres med friske midler er det en betydelig risiko for at dette vil gå på bekostning av andre nødvendige tiltak innenfor Helse Sør-Øst. På tross av at forslaget om ny rusakutt er foreslått med betydelige midler, er det fra spesialisthelsetjenesten en forutsetning at kommunen skal ta seg av såkalt "sosial avrusning". Oslo Kommune er helt uenig i at de har ansvaret for såkalt sosial avrusning, som de mener Stortinget ved vedtakelse av rusreform II la under spesialisthelsetjenesten. Skal en ny rusakutt bli vellykket er det en forutsetning at den blir et tilbud til alle som har behov, uavhengig av en uverdlig diskusjon mellom Oslo Kommune og spesialisthelsetjenesten om hvem som har ansvaret.
18. Forutsetningen for at en ny rusakutt skal kunne dekke de behovene som eksisterer er at styringen av hvordan tilbudet skal se ut ikke overlates til spesialisthelsetjenesten. Det er helt nødvendig å sikre at også et godt sosialfaglig perspektiv preger tilbudet, det krever nye grep om hvordan tilbudet skal styres og bygges opp. Dette kan skje ved at kommunene (ikke bare Oslo, men som et minimum også kommunene i Akershus) trekkes direkte inn i styring og oppbygging av tilbudet, eller ved at staten tar et direkte ansvar.
19. Innenfor et område Oslo Kommune udiskutabelt har ansvar, tak over hodet i en krisesituasjon, har kommunen strammet til vilkårene ved å sende hjem personer uten bostedsadresse i Oslo og ved å innføre egenbetaling. Det er også tvilsomt om kommunens praksis med å ta inn bostedsløse om kvelden for så å kaste dem ut tidlig påfølgende morgen er i tråd med lovens bestemmelser.
20. Med sitt begrensede perspektiv på bare å se på organiseringen av spesialisthelsetjenesten er det betydelig risiko for at "hovedstadsprosessen" vil sementere de store motsetningen som finnes innenfor rusfeltet, spesielt

mellom statlig og kommunalt nivå. Skal de store samhandlingsproblemene løses trengs det en helt annen prosess med et videre perspektiv.

21. I den pågående ”hovedstadsprosessen” har organisering av rus vært eget tema. På rusområdet svekkes hovedstadsprosessens legitimitet ved at tillitsvalgte ble trukket sent inn. Prosessen avskjærer også allerede i utgangspunkt viktige diskusjoner som organisering av rus for seg eller samorganisering av rus med psykiatri. Dette er også med på å svekke mulighetene for en vellykket prosess.

22. Oslo Kommune ved bystyret har så sent som i desember 2007 enstemmig vedtatt at de ønsker å overta rusområdet igjen. Dette vil løse et viktig problem med samhandling for Oslos vedkommende, men skape en del nye, bl.a. fordi rusinstitusjonene i dag i stor grad er et felles tilbud med inntak fra store geografiske områder. Men problemene med samhandling er helt sentrale for å løse de organisasjonsmessige utfordringene på rusområdet. Motsetningene blir skjerpet av at økonomien åpenbart er for svak i forhold til de store behov som finnes på området. Forventningen som ligger i et rettighetsbasert system, blant annet beskrevet med svært mange vakre ord om samhandling i Regjeringens ”opptrappingsplan”, skjerper disse motsetningene. Likevel må mye arbeid legges ned i å finne fram til formålstjenlige måter å samhandle på. Et forslag kan være å se på nye organisasjonsformer som tar ansvar både for det som i dag er på spesialisthelsenivå og tilhørende tjenester på kommunenivå. Kanskje kan rusområdet bryte vei for en nødvendig samorganisering av både første og andrelinjetjenesten i norsk helsevesen?

2 Fra klient til pasient

Behandling og omsorg for rusmiddelmissbrukere har bestandig befunnet seg i klemme mellom en sosialfaglig tilnærming og en medisinsk tilnærming. Hvilken tilnærming som velges får også stor betydning for hvordan tjenestene organiseres.

I 1993 ble lov om sosiale tjenester iverksatt, og vi fikk en felles organisering av behandling av rusmisbruk som en sosial tjeneste. Kommunene hadde ansvaret for generelle helse- og sosialtjenester, mens fylkeskommunene hadde ansvaret for institusjoner for rusmisbrukere, omsorgsinstitusjoner og spesialiserte helsetjenester. Enkelte spesialiserte helseinstitusjoner lå også direkte organisert under staten, for eksempel Statens klinikk for narkomane.¹ Denne ble lagt inn under Helse Øst i forbindelse med sykehusreformen i 2002.

Men dette er en tilnærming til organisering som også har store svakheter. Mange rusmisbrukere har også et omfattende behov for medisinsk behandling, både innenfor somatikk og psykiatri. Langvarig rusmisbruk er ofte ledsaget av store medisinske problemer, sårskader, hepatitt m.m. Mange har også store psykiske problemer, og behov for psykiatrisk behandling. Omfanget av såkalt dobbelt diagnose er stort. Av klientene som var registrert gjennom det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere var det over 50 % som hadde hatt selvmordstanker og mellom 35 og 40 % som oppga at de hadde hatt henholdsvis depresjoner og angst de siste 4 ukene før innleggelse². Begge deler tilsier et nært samarbeid med medisinsk ekspertise og behov for også å ha en medisinsk tilnærming til behandling av rusmisbrukere.

Sykehusreformen i 2002 medførte også en del endringer for rustiltakene. Med sykehusreformen overtok staten ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten organiserte sektoren med 5 regionale helseforetak. Dette fikk også konsekvenser for tilhørighet og organisering av noen av rusinstitusjonene. Fra Oslo ble akuttinstitusjonen Ullevål, som ble drevet på basis av lov om spesialisthelsetjenester, overført til Helse Øst.

I tillegg til et direkte behov for å løse pasientgruppens medisinske problemer, økte også vektleggingen av en medisinsk tilnærming til hvordan rusmiddelmissbrukere skulle behandles til fortrenghet for en sosialfaglig tilnærming. Astrid Skretting beskriver denne utviklingen i en artikkel i Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift i 2005:

”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 behandlingen av rusmiddelmissbruk. Det vil være ulike oppfatninger av hvordan dette kan og

¹ ”Rusfeltet”. Norsk Sykepleierforbund nov 2007

² ”Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparat for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata. Rapport for 2006”

bør gjøres. Det mest nærliggende vil være å forsterke et i utgangspunktet sosialfaglig behandlingstilbud, med større vekt på medisinske tilleggstjenester. En kan 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.”

Motsetningen mellom en medisinskfaglig tilnærming og en sosialfaglig tilnærming er helt sentral for å forstå utviklingen på rusfeltet de siste årene, og preger fortsatt feltet. Det kan se ut som om en helsefaglig tilnærming er helt dominerende i helseforetakene, men på flere områder er det høyst uklart hva dette skal bety. Den dominerende medisinskfaglige tilnærmingen er en direkte konsekvens av de vedtak Stortinget gjorde i forbindelse med gjennomføringen av rusreformen.

2.1 Hvem er rusmiddelavhengige?

Som det så ofte har vært påpekt er ikke rusmiddelmissbrukere noen ensartet gruppe. I denne sammenheng er det vanlige å skille mellom de som misbruker **alkohol** og de som misbruker **illegale rusmidler**.

I Norge anslås mellom 66 000 og 122 000 personer å være stordrikkere, definert som de med 10 cl, eller mer, rent alkoholinntak³ per dag. Generelt har det vært en økning i nordmenns alkoholinntak de senere tiår noe som blant annet tilskrives at man også her til lands har adoptert det såkalte kontinentale drikkemønsteret med vin til maten. Veksten i det norske alkoholforbruket vises først og fremst gjennom en krattig økning i vinforbruket. At dette synes å være noe som kommer i tillegg til det mer tradisjonelle norske mønsteret, der det drikkes relativt sjelden, men i store mengder, beskrives som svært bekymringsfullt. Trenden nå er at nordmenn drikker både ofte og mye⁴.

Når det gjelder illegalt rusmiddelmissbruk er det vanskelig å tallfeste dette. I 1999 anslo SIRUS at vi i Norge hadde et sted mellom 9000 og 12 000 aktivt injiserende av heroin og/eller amfetamin. Dette anslaget ble i 2002 justert til mellom 11 000 og 15 000. SIRUS arbeider med å utvikle nye metoder for en mer nøyaktig beregning⁵. De siste anslagene fra 2005 indikerer en liten nedgang i antallet sprøytemisbrukere og det anslås nå å ligge mellom 8 200 til 12 500⁶. Av de med omrattende bruk av heroin, amfetamin og andre illegale stoffer (ofte injeksjonspreget misbruk) regnes mer enn halvparten å ligge inn under Helseregion Sør Øst⁷. Herunder finner vi også en mindre gruppe med et såkalt blandingsmisbruk av alkohol, heroin og legemidler. Narkotikamisbruket i befolkningen som helhet øker ikke i omfang, men det regnes for å ligge stabilt på et relativt høyt nivå.

³ Alkoholmengden tilsvarer 0.25 ltr brennevin, vel en hel falske vin eller 2 ltr pilsnerøl, (Statusrapport Rusmiddelsituasjonen i Norge – Oktober 2006. Helse- og Omsorgsdepartementet)

⁴ Statusrapport Rusmiddelsituasjonen i Norge. Oktober 2006. Helse- og omsorgsdepartementet.

⁵ Ibid

⁶ Stortingsproposisjon nr. 1-2007

⁷ Statusrapport Rusmiddelsituasjonen i Norge. Oktober 2006. Helse- og omsorgsdepartementet.

I tillegg finner en at svært mange alkohol og narkotikaavhengige også misbruker legemidler. Som illustrasjon på blandingsmisbruk viste tall fra Akuttinstitusjonen M3 i 2005 at kun 11 prosent av pasientene rapporterte at de kun brukte ett rusmiddel, mens 38 prosent oppga at de hadde brukt mer enn fire rusmidler de siste 6 månedene. Tilsvarende viste tall fra Akuttinstitusjonen Storgata at 5 prosent av pasientene hovedsakelig misbrukte vanedannende medikamenter, mens 13 prosent av de kvinnelige og 3 prosent av de mannlige pasientene ved Akuttinstitusjonen Montebello oppga legemidler som det mest brukt rusmiddelet⁸.

Sosiale problemer og helseproblemer oppgis både som årsak til og resultat av rusmiddelproblemer. I tillegg antas en del ikke-diagnostiserte helselidelser, ofte psykiske eller hjerneorganiske lidelser, å være viktig utløsende faktor for rusmiddelbruk. I denne sammenheng kan nevnes at begrepet dobbeltdiagnose gjerne benyttes om mennesker med vedvarende alvorlig misbruk som også har en alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse. Mens denne kategorien anslås til å gjelde ca. 4 000 personer regnes over 20 000 rusmiddelbrukere for å ha psykiske lidelser.

I 2005 ønsket Rusmiddeletaten i Oslo å kartlegge brukerne av de kommunale tiltakene før og etter reformen. I den forbindelse ble det tatt utgangspunkt i 1 135 klienter i 2003 og 1 348 klienter som hadde "møtt til behandling" i tiltak tilhørende etaten. Denne kartleggingen avdekket en rekke endringer. Blant annet hadde fordelingen kvinner/menn endret seg betydelig. Mens andelen menn var på 58 prosent i 2003 hadde den steget til 69 prosent i 2005. Også gjennomsnittsalderen hadde steget noe, fra 38 år i 2003 til 40 år i 2005. Det ble også registrert en endring hva gjelder inntektskilder. Andelen som mottok sosialhjelp var hyppigst oppgitte inntektskilde begge årene, men den hadde gått ned fra 59 prosent i 2003 til 49 prosent i 2005. Andelen med uføretrygd hadde gått noe opp, fra 27 prosent i 2003 til 33 prosent i 2005. Likeledes hadde yrkesmessig atferdsproblemer og rehabiliteringspenger økt fra 9 prosent i 2003 til 12 prosent i 2005. Også når det gjaldt boligforhold ble det avdekket endringer og det generelle bildet er at også disse har blitt noe dårligere i 2005. Mens 19 prosent oppga at de ikke hadde bolig i 2003 var denne prosenten økt til 22 i 2005. Andelen på hospits hadde sunket fra 35 prosent i 2003 til 28 prosent i 2005. Sunket hadde også andelen med egen bolig (eid eller leid) fra 9 prosent i 2003 til 7 prosent i 2005. Likeledes fremkom det at flere hadde helse plager i 2005 enn i 2003. Heroin ble oppgitt som det mest brukte rusmiddelet begge årene, samtidig som tallene viste en klar nedgang fra 59 prosent i 2003 til 45 prosent i 2005. Som det påpekes fanges denne nedgangen opp, og mer enn det, av LAR tiltak som i 2005 til sammen utgjorde 23 prosent av klientene. Nest mest brukte rusmiddel ble oppgitt å være alkohol som hadde holdt seg relativt stabilt på henholdsvis 23 prosent i 2003 og 24 prosent i 2005.

På bakgrunn av overnevnte ble det konkludert med at brukersammensetningen i de kommunale tiltakene etter reformen tydet på en klar endring. Brukerne nå er i større

⁸ Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. Forslag til Strategisk plan for Rus og avhengighetsbehandling. Aker Universitetssykehus HF 2006-2010.

grad enn tidligere LAR klienter og de anses for å være noe mer marginaliserte både i forhold til helse, sysselsetting, kilde til livsopphold og bolig⁹.

2.2 Rusreformen

Med gjennomføring av rusreformen valgte Stortinget en medisinskfaglig tilnærming til rusfeltet. Rusreformen ble gjennomført med virkning fra 1/1- 2004, og ansvaret for spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere ble overdratt til helseforetakene. Dette var ikke noen selvfølge. Regjeringens (Bondevik) utgangspunkt var en deling av de institusjonene som fylkeskommunen hadde ansvaret for. Regjeringens forslag gikk i grove trekk ut på at de institusjonene som i hovedsak var en helsetjeneste skulle overføres til helseforetakene (Rusreform I, Ot.prp.nr.3, 2002-2003), mens de som hadde en sosialfaglig tilnærming og i større grad kunne ses på som omsorgsenheter skulle overtas av primærkommunen. (Rusreform II, Ot.prp.nr. 54, 2002-2003)

Problemet med en slik tilnærming var både at dette var et vanskelig skille, og at det kunne ses på som en deling av institusjonene i A- og B-lag, og at det var A-laget, som i alle fall ut fra en medisinsk vurdering hadde høyere prestisje, som gikk til helseforetakene. Stortinget vedtok derfor at hele fylkeskommunens ansvarsområde innenfor rusfeltet skulle overtas av helseforetakene. Helseforetakene fikk derved et helhetlig ansvar for somatikk, psykiatri og rus, og behandlingseenhetene som arbeider på rusfeltet innenfor helseforetakene ble underlagt spesialisthelsetjenesteloven. En viktig målsetting med å legge også rus inn under helseforetakene var å unngå at rusmiddelmisbrukere skulle bli kasterballe mellom forskjellige nivåer. Det var store problemer med at rusmiddelmisbrukere hadde vansker med å få et nødvendig helsefaglig tilbud både innenfor somatikk og psykiatri, en felles organisering med ansvar under samme ledelse skulle sikre rusmiddelmisbrukere et bedre helhetlig tilbud.

Hvor ansvaret for omsorg for rusmiddelmisbrukere skulle ligge var gjenstand for uenighet blant de høringsinstanser som uttalte seg om Rusreform II. Store kommuner var for at kommunene skulle overta, mange av behandlingsinstitusjonene var for at staten overtok og blant interesse- og fagorganisasjoner var bildet blandet.¹⁰ Dette gjenspeiler i stor grad interessemotsetningene som preger dette feltet. For store kommuner vil det være langt mer naturlig at de overtar (eller for Oslos vedkommende beholdt) ansvaret for de spesialiserte rusinstitusjoner enn det er for små kommuner, og for fag- og interesseorganisasjoner vil det være naturlig å konkludere forskjellig avhengig av om en legger vekt på en medisinskfaglig eller en sosialfaglig tilnærming til feltet.

Primærkommunene skulle fortsatt ha det samme oppgaver som før; ansvar for generelle omsorgs- og helsetjenester samt for opphold i rene omsorgsbaserte institusjoner. Kommunen skal yte tjenester til rusmiddelmisbrukere både før, under og etter et behandlingsopphold.

⁹ Lie, Terje: Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune. Rapport IRIS-2006/228

¹⁰ Inst.O.nr.4 (2003-2004)

I og med at rusreformen ikke direkte berørte kommunenes ansvarsområde skulle ikke denne delen av reformen bety store organisatoriske endringer for kommunene. Unntaket var Oslo.

2.3 Oslo

Som eneste kommune i landet er Oslo både primærkommune og fylkeskommune. Rusreformen medførte derfor en deling av et tilbud som var organisert under en felles ledelse. Før sykehusreformen hadde Oslo i prinsippet en sammenhengende tiltakskjede fra primærhelsetjeneste og sosialtjeneste som også omfattet institusjonene innenfor både somatikk, psykiatri og rus. Sykehusreformen endret ikke grunnleggende på dette, fortsatt hadde Oslo i hovedsak en sammenhengende tjeneste på rusområdet, selv om akuttinstitusjonen Ullevål ble overført til Helse Øst. Oslo kom derfor i en helt annen stilling enn resten av landet. Mens rusreformen ikke medførte store organisatoriske endringer for kommunene (men store endringer på rettighetsområdet, mer om det senere), ble Oslo tvunget til å dele sine institusjoner innenfor rusområdet slik at noen forble i kommunen, andre ble overtatt av Helse Øst (nå Helse Sør-Øst). Oslos tilbud overfor rusmisbrukere ble delt i to. I stedet for en bedre samordning, resulterte rusreformen i Oslo i at det ble opprettet skiller mellom institusjoner som tidligere hadde samarbeidet under felles ledelse.

Det manglet ikke på advarsler mot denne måten å organisere på. Oslo Kommune var motstandere av å overlate ansvaret for sine institusjoner til helseforetaket, og på Stortinget fremmet Ap, SV og Sp et felles forslag om at Oslo fortsatt skulle ha et samla ansvar på rusfeltet. Forslaget ble nedstemt.

Verdt å merke seg er at alle fall deler av det politiske flertallet i sterk grad vektla hensynet til klientenes rettigheter, og at dette var en sentral del av begrunnelsen for at en ikke kunne ha en særordning for Oslo.

Flertallet (som i sosialkomiteen besto av H, Fr.P og Kr.F) viste til et brev fra helseministeren. Vi tar med et sitat her fordi det også illustrerer de juridiske konsekvensene ved valg av forvaltningsnivå, som vi skal komme tilbake til.¹¹

”Dersom en gjør unntak for Oslo og beholder reguleringen i sosialtjenesteloven for disse tjenestene, vil brukere av Rusreform II-tjenester på landsbasis få ulike rettigheter etter hvilken geografisk tilhørighet de har. Brukerne i resten av landet som søker rusreform II-tjenester vil komme innunder helselovgivningen og blant annet omfattes av pasientrettighetsloven. Brukerne i Oslo kommune vil ikke være pasienter i pasientrettighetslovens forstand, da disse tjenestene i Oslo vil være sosialtjenester og ikke helsetjenester. Dette innebærer en uheldig forskjellsbehandling av brukere med like behov, men hvor kriterier knyttet til geografisk tilhørighet er avgjørende. Brukerne i Oslo vil ikke være sikret de rettigheter som brukerne ellers i landet”

¹¹ Brev fra helseministeren 16/6 – 2003. Inst.O.nr.4 (2003-2004)

Dette sitatet illustrerer på en god måte at rusreformen også betød store endringer i de juridiske rettighetene som klienter har. Men det er vanskelig å forstå hvorfor en nødvendig konsekvens av en annen organisering, for eksempel ved at det ble gjort et unntak for Oslo, ikke også kunne vært fulgt av en særordning som innebar at Oslo også drev noen tjenester organisert med utgangspunkt i at de var helsetjenester, og at brukerne av disse tjenestene også skulle ha pasientrettigheter.

Oslo kommunes særegne situasjon på rusfeltet er ingen liten sak når det gjelder konsekvensene av rusreformen. Det er påfallende at det ikke er lagt ned mer arbeid i å beskrive Oslo kommunes spesielle situasjon. Som Norges i særklasse største by og hovedstad har Oslo en mye større andel av rusmiddelmisbrukere enn befolkningstallet skulle tilsi. Spesielt de tyngste misbrukerne trekkes mot storbyen. Dette gjenspeiler seg også i ressursbruken. I Ot.prp.3 (2002-03) (Rusreform I) angis det at Oslo kommune står for om lag halvparten av de ressursene som brukes av norske kommuner og fylkeskommuner overfor rusmiddelmisbrukere i 1999. Samlet forbruk på dette tidspunktet ble anslått til 1, 636 milliarder kroner. Oslos særegne stilling som både kommune og fylkeskommune, som gjorde at Oslo hadde et sammenhengende behandlingstilbud, kunne fortjent en langt bredere vurdering av mulige konsekvenser ved den nye organiseringen av rusfeltet.

At Stortinget vedtok at også ansvaret for spesialiserte rusinstitusjoner skulle legges til helseforetakene, i strid med innstillingen fra Regjeringa, kan i praksis også ha fått betydning for hvordan helseforetakene har planlagt. Som vi har sett innebar Rusreform I at helseforetakene overtok de spesialiserte tjenester overfor rusmiddelmisbrukere som kan defineres som spesialiserte helsetjenester. Rusreform II dreide seg da om de institusjonene og tjenestene som ble drevet av fylkeskommunen og kunne defineres som ”spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere”¹².

Den utvidelse av helseforetakenes ansvar som Stortingets vedtak betyr har fortsatt store konsekvenser. Hva vedtaket i praksis betyr er en viktig del av grunnlaget for noen av de tilpasningsproblemene vi ser mellom Oslo Kommune og Helse Sør Øst (før Helse Øst). Vedtakene har i praksis medført en forsterket vektlegging av de medisinskfaglige sidene ved hvordan helseforetakenes institusjoner skal drives. Så sent som i brev fra Oslo kommune til Helse Sør-Øst 27/9-07 skriver kommunaldirektør Bjørg Månun Andersson og sosialtjenestesjef Morten Mjelve følgende:

”Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester viser til en artikkel i Aften den 25.09.2007. Her påstås det bl.a. at en seksjonssjef i Helse Sør-Øst RHF hevder at det er kommunen som har ansvar for ukomplisert avrusning. ”Både kommunen som har ansvaret for ukomplisert avrusning og spesialisthelsetjenesten må øke tilbudet om avrusning, påpeker han.” Byrådsavdelingen vil uttrykke bekymring dersom seksjonssjefen er sitert korrekt. Vi har også tidligere hatt inntrykk av at ansatte i Helse Sør-Øst RHF ikke har tatt inn over seg at Stortinget i Rusreformen vedtok å overføre alle de sosiale rustiltakene som var omfattet av del II av reformen fra

¹² Ot.prp.nr.54 (2002-03)

fylkeskommunene til de statlige helseforetakene, og ikke til kommunene slik Regjeringen foreslo.”

Tilsvarende forhold er i følge brevet gjentatte ganger tatt opp fra Oslo kommune. Bl.a. ble det i brev fra 2004 påpekt som at det kunne se ut som om en del av helseforetakets strategiske planer var skrevet på bakgrunn kun av rusreform I, og ikke hadde tatt inn over seg konsekvensene av at også de tidligere fylkeskommunale sosialfaglige tiltakene var overtatt av staten.

Tilsvarende kan det se ut som om konsekvensene av denne endringen ikke er fanget opp i sin fulle bredde av alle profesjonsorganisasjonene. I sin rapport ”På helsa løs” fra 2006 har den norske legeforening en gjennomgang av hva de mener er fornuftig faglig kompetanse på de forskjellige typene institusjoner under helseforetaket. Deres forslag til bemanning er kun drøftet i forhold til føringer gitt i forbindelse med Rusreform I (Ot.prp.nr.3. 2002-03). Det mangler helt en drøfting i forhold til om det utvidete ansvar helseforetakene fikk med vedtakene om rusreform II skulle få noen konsekvenser for hvordan institusjonene bør bemannes.

I en ellers god rapport om rusfeltet fra Norsk Sykepleierforbund i Oslo, ”Rusfeltet. En rapport fra Nettverksgruppen Rus”, skrevet så sent som høsten 2007, skriver de omfattende om rusreformen. Deres utgangspunkt er at Stortinget ved behandling av rusreform II vedtok at de sosialfaglige og omsorgsfaglige institusjonene skulle overføres til kommunene. Altså det stikk motsatte av det som skjedde. Det er neppe tilfeldig at dette skjer i en av de fagorganisasjonene som organiserer helsepersonell. Men først og fremst illustrerer det hvor vanskelig det er å forstå konsekvensene av Stortingets vedtak, og hvor dårlig en utvidelse av feltet er forankret blant de som jobber med rus. Hvis konsekvensene av Stortingets vedtak hadde vært godt forankret hadde det neppe vært mulig å gjøre slike feil 4 år etter vedtaket. Feilen er for øvrig nå rettet i nye utgaver av rapporten.

2.4 Pasientrettigheter

Å gi rusmiddelmisbrukere pasientrettigheter var et av de viktige formålene med rusreformen. Saksordfører Bent Høie (H) uttrykker dette slik under Stortingets behandling 11/11-2003:

”Det er nødvendig å se debatten om rusreformene i dette lyset – forholdet mellom medisin og sosial rehabilitering. Et av de sentrale suksesskriteriene for reformarbeidet vil være om vi lykkes i å skape et sammenhengende tilbud som er tilpasset den enkelte. I dette lyset er det tre forhold som er helt vesentlige. Det er:

- *ansvarsopprydding, slik at vi kan bli kvitt det uverdige svarteperspillet*
- *etablering av rett til individuell plan, slik at det er sammenheng i tilbudet*
- *styrking av denne pasientgruppens rettigheter overfor helsetjenesten”*

Med rusreformen fikk også legene en henvisningsrett for rusmiddelmissbrukere til spesialisthelsetjenesten. Tidligere var det bare sosialtjenesten som henviste rusmiddelmissbrukere til institusjon. Nå kan både sosialtjenesten og helsetjenesten henvise til behandling. Sosialtjenesten har imidlertid ikke en rett til å henvise til behandling innenfor somatikk og psykiatri¹³. En konsekvens av dette var at antall henvisninger til rusinstitusjoner økte kraftig i 2004, for så å synke noe igjen.

Parallelt med at rusinstitusjonene ble overført til helseforetakene fikk de sin forankring i lov om spesialisthelsetjenester i stedet for lov om sosiale tjenester. Samtidig fikk klientene pasientrettigheter. Hva betyr det?

De viktigste rettighetene ruspasienter har er følgende:

- Ved henvisning til institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk skal helsetilstanden vurderes innenfor en frist på 30 dager
- Det skal vurderes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.
- Hvis ikke pasienten er enig i den vurdering som gis har hun/han en rett til en ny vurdering
- Gis en slik rettighet skal det fastsettes en frist for når tilbudet skal gis
- Hvis ikke fristen overholdes kan pasienten få dekket behandling enten i utlandet eller i privat institusjon
- De med behov for langvarige og koordinerte tjenester gis også en rett til individuell plan
- Rett til øyeblikkelig hjelp
- Rett til syketransport

Rusmiddelmissbrukere fikk gjennom reformen styrket sine rettigheter, men dette er ikke nødvendigvis bare ukomplisert. Det de har fått rett til er en utredning, men det kan i mange tilfelle også bety et byråkratiserende mellomledd som da skal utføre vurderingen. Astrid Skretting beskriver dette slik¹⁴:

”Så lenge behandling for rusmiddelmissbruk var regulert av sosialtjenesteloven, ble henvisning i de fleste tilfeller sendt direkte til aktuell behandlingsenhet, enten fra den kommunale sosialtjenesten eller ved henvendelse fra misbrukeren selv i forståelse med sosialtjenesten. Som følge av at behandling for rusmiddelmissbruk nå inngår som en del av spesialhelsetjenesten, er dette endret. De regionale helseforetakene har pekt ut spesielle behandlingsenheter 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”. De utpekte behandlingsenhetene er per i dag poliklinikkene, som på oppdrag av de regionale helseforetakene gir

¹³ Skretting, Astrid: ”Fra klient til pasient”

¹⁴ Astrid Skretting: ”Fra klient til pasient”

behandling for rusmiddelproblemer, og poliklinikkene innen psykisk helsevern.”

Et viktig problem som synliggjøres ved denne type rettighetstenkning er at den enkelte bør få sine rettigheter vurdert likt uavhengig av geografi og klasse, rettighetene skal i prinsippet være de samme uansett hvem du henvender deg til hvis problemet er likt. Dette er enda vanskeligere for rusmiddelmissbruker og dobbeltdiagnosepasienter (rus og psykiatri) enn det er ved somatiske lidelser. Det er også registrert store forskjeller i andelen som får rett til behandling ved de forskjellige vurderingsinstansene. Dette problemet skjerpes ytterligere ved at de som skal foreta den endelige beslutningen etter vurdering ikke er de samme som kjenner pasienten best. De som kjenner pasienten best vil som regel være de som arbeider i førstelinjetjenesten i kommunen, enten det nå er fastlege eller sosialarbeidere.

Ytterligere problemer skapes ved at det pasienten har rett til er en vurdering, og ikke nødvendige helsetjenester slik pasienten selv vurderer behovet. Tilsvarende gjelder ved rett til individuell plan (mer om IP i kapittel 3). Mange vil ha rett til individuell plan, men ikke nødvendigvis rett til de tiltak som er foreslått i din plan. Men også det å få en individuell plan er kommet svært kort på rusfeltet. I en sak til styret i Aker Universitetssykehus høsten 2007 blir det opplyst at bare 2 % av alle pasienter som skrives ut fra Klinikk Rus og Avhengighet har individuell plan.¹⁵

Hvis du får en rett til behandling har du i dagens helse-Norge også en rett til selv å velge behandlingssted (fritt sykehusvalg). Men du har ikke en rett til å velge hva slags behandling du skal få. Det har derfor vært nødvendig å klassifisere behandlingsnivåer. Du vil da ha en rett til å velge behandlingssted innenfor rammen av de tiltakene som tilbys pasienter på ditt behandlingsnivå. De fire nivåene innenfor rusområdet var fram til 1/1 - 2008:

1. Poliklinisk behandling
2. Avrusning/avgiftning/abstinensbehandling
3. Døgnbehandling under 6 måneder
4. Døgnbehandling over 6 måneder

I prinsippet er det da ditt valg hvor i landet du skal behandles. Hvor relevant et slikt valg er for den enkelte bruker kan diskuteres, men prinsippet er klart.

Denne nivåinndelingen er nå vedtatt avvirket av de regionale helseforetakene¹⁶. Inndelingen blir lagt om slik at den tilpasses den øvrige spesialisthelsetjenesten, og er fra 1/1 – 08:

- Poliklinikk
- Dagbehandling
- Døgnbehandling
- Lar (Legemiddelassistert behandling)
- Behandling etter sosialtjenesteloven/tvangsbehandling

¹⁵ Aker Universitetssykehus HF, styresak 060-2007, side 7

¹⁶ Sosial- og helsedirektoratet. ”Vurderinger av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling”

Veilederen fra sosial- og helsedirektoratet som forelå i januar 2008 snakker ikke lenger om nivå, men skiller mellom forskjellig type behandling.

En annen rett som også skaper problemer er din rett til uten opphold å få et annet tilbud hvis den fristen du har fått oppgitt ved behandling overskrides. Et av de store problemene ved institusjoner for rusmiddelmissbrukere er å anslå ledig kapasitet framover i tid. Dels er det vanskelig å forutsi hvor lang tid det tar før en pasient kan sies å være ”ferdigbehandlet”, dels er et stort problem ved behandling av rusmiddelmissbrukere såkalte ”drop-outs”, dvs. at pasienten bare kutter behandlingstilbudet, ofte for igjen å ruse seg. Dette gjør det vanskelig for den enkelte institusjon å forutsi hva som er ledig kapasitet, og vanskeliggjør bruken av frister. En av konsekvensene er trolig at en del pasienter sendes til feil institusjon. Hvis du har en rett til behandling innenfor en frist, og så den institusjonen det var enighet om ikke har kapasitet, så får du anvist plass på en annen institusjon. Men dette kan være institusjoner du ikke er motivert for å bruke, konsekvensen er at du kutter behandlingen. Men det igjen gjør at du ved neste forsøk på å få behandling havner nederst på ventelisten, du benyttet deg ikke av den muligheten du hadde.

På denne måten kan manglende kapasitet og ventelister øke frustrasjonen og ressursbruken i alle ledd i behandlingsskjeden. Institusjonene er frustrert fordi de ser at en del pasienter er på feil sted, de er frustrert over det de opplever som manglende motivasjon. Primærlege og sosialtjeneste er frustrert over at pasienten ikke får den behandlingen en egentlig var enig om, og som det ofte har kostet mye arbeid å motivere for, og pasienten er frustrert fordi ting tar tid, tilbudet er ikke som forventet og hvis man ikke orker å fullføre så er en nederst på ventelistene igjen.

I likhet med den rett pasienter har til individuell plan, kan det også se ut som om mange av de rettighetene pasienter har fått i forbindelse med at det skal settes frister er rettigheter kun på papiret. I gjennomgangen av status på rusfeltet til styret i Aker Universitetssykehus står det følgende:

”Koordineringsenheten hadde 1578 henvisninger med frist i løpet av 2006. Minus henvisninger som ble trukket, søkte 1358 behandling. 573 (42 %) av disse fikk behandling til fristen eller valgte selv å utsette behandlingen. 428, eller 32 % av de som søkte behandling fikk ikke tilbud om behandling til fristen. 357 uregistrerte henvisninger betyr trolig at andelen som ikke har fått behandling til fristen vil øke noe. Det ble imidlertid kun meldt 18 fristbrudd fra Helse Øst området til NAV i 2006. Årsaken til dette antas å være at muligheten til å melde fristbrudd til NAV er lite kjent og at pasienter med behov for tverrfaglig spesialisert rusbehandling ofte ikke har tilstrekkelig ressurser til å melde om fristbrudd”.

Som vi ser begås det omfattende brudd på de rettigheter rusmiddelmissbrukere i prinsippet har fått med rusreformen. I hovedsak skyldes dette at de rettigheter som er gitt ikke er fulgt opp med en nødvendig opptrapping på feltet, og derfor i stor grad blir papirrettigheter. Rettighetene blir også vesentlig enklere å følge opp for ressurssterke pasientgrupper enn for svake grupper. Konsekvensen av et rettighetsbasert system, som Norge nå i stor grad har på dette feltet, blir derfor lett en vridning av tilbudet mot de sterkeste gruppene kombinert med økt frustrasjon over

hele feltet fordi det en loves gjennom de rettighetene en har fått i praksis blir umulig å gjennomføre i praksis.

3 Individuell plan

Som vi allerede har vært inne på anses individuell plan (IP) for å være en viktig rettighet og verktøy som skal sikre rusmisbrukeren en sammenheng i tjenestetilbudet. Dette er også en utbredt forestilling blant dem vi har konsultert i forbindelse med denne utredningen, om enn det knyttes en del uklarheter og spørsmål til IP, som vi skal se noe nærmere på i dette kapitlet.

Retten til IP for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, er nedfelt i pasientrettighetsloven. Blant disse pasientene vil en eksempelvis finne personer med behov for både botrening, aktiviteter, rusbehandling og eventuell somatisk og psykiatrisk behandling, hvilket sier noe om det nære samarbeidet som forutsettes mellom pasient, helse- og sosialtjenestene på kommunalt nivå og ulike spesialisthelsetjenester.

Instansene som er pålagt å utarbeide individuell plan er sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og helseforetakene og plikten til å igangsette planarbeidet vil avhenge av hvem tjenestemottakeren i slike tilfeller henvender seg til. Om IP blir initiert i regi av helseforetaket ligger det også et ansvar hos dem når det gjelder å sikre et samarbeid om planen med pasienten og vedkommendes bostedskommune.

”Planen skal være tjenestemottakerens egen plan”. Det helt sentrale i en IP er at tjenestemottakeren skal settes i sentrum. Med utgangspunkt i kartleggingen av tjenestemottakerens behov skal det, defineres mål som for en rusmisbruker kan være noe så diffust som ”å komme videre”, spesifiseres tiltak og etableres samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer for et mest mulig helhetlig tilbud. En viktig forutsetning her er involvering av brukeren selv slik at planen også kan fungere som en slags opprydding og strategi for å utløse ressurser og skape tilgjengelighet og støtte i tjenestemottakernes omgivelser.

Med IP blir det oppnevnt en tjenesteyter, også kalt koordinator, som har hovedansvar for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Rollen som koordinator kan ivaretas av ulike yrkesutøvere, og er således profesjonsnøytral. Det eneste kravet som stilles er at vedkommende har god oversikt over tjenesteapparatet og en viss kjennskap til hvordan tjenesteytere i ulike etater, instanser og sektorer jobber, samt hvilke regler og myndigheter de har. Det er og en forutsetning at koordinatorene må ha en viss oversikt over hva en person kan ha rett til av bistand.

Individuell plan for alle med behov for langvarig og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester – realistisk og tilstrekkelig?

Individuell plan har utvilsomt gjort det lettere for pasienter å gjøre krav på rettigheter samt utøve brukermedvirkning. Det knytter seg allikevel noen betenkeligheter til dette verktøyet som er verdt en påpekning. For det første påpekes det i en undersøkelse fra 2006 at det å arbeide med individuelle planer ennå ikke er så utbredt som man kanskje kunne forvente. Det er også vårt inntrykk etter samtaler med yrkesgrupper innen både helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten.

For det andre er det en viss forskjell mellom retten til IP og det å faktisk få eller kreve en IP. I veilederen til individuell plan står det skrevet at det ”for pasienter med behov for koordinerte tjenester utarbeides IP hvis pasienten ønsker det”. Riktig nok heter det seg at både kommune og stat, ved de regionale helseforetakene har et ansvar når det gjelder å initiere og følge opp individuelle planer for rusmiddelmissbrukere, men i hvilket omfang dette gjøres har vi ikke noe grunnlag for å uttale oss om. Etter samtaler med ulike yrkesgrupper om dette, sitter vi igjen med et inntrykk av at ansvarsfordelingen her erfarer som relativt uklart. I tillegg avtegnes det et bilde av en relativt stor arbeidsbelastning for saksbehandlere i NAV. En saksbehandler kan ha så mange som 50 brukere som de opplever ”... står i kø for samtaler”. Å initiere individuelle planer man skal ha et visst oppfølgingsansvar i forhold til, vil sannsynligvis ha en viss sammenheng med hva en saksbehandler anser som overkommelig i en allerede presset arbeidssituasjon. Sannsynligvis er det mot dette bakteppet vi må forstå at sosialkontorene ikke rapporterer å være spesielt aktive når det gjelder å ta initiativ til å opprette individuelle planer. Så mange som 9 av 11 kontorer i bydelene i Oslo svarte i 2006 at de ”i liten” (1) el ”til en viss grad” (8) tar initiativ til oppretting av IP, mens kun 2 kontor oppgir at de ”i stor grad” gjør det samme.

I denne sammenheng har det også blitt trukket frem som et tilstøtende problem at saksbehandlere, mottar muntlige oppfordringer fra sine ledere, om å prioritere rusmisbrukere med størst potensial for å komme i, eller tilbake til arbeid. I så tilfelle er det grunn til å tro at IP oftere initieres overfor de rusmisbrukerne som vurderes å ha mest ressurser, på bekostning av de som står svakere stilt i så henseende.

Om sosialkontorene ikke initierer opprettelsen av IP vil slike planer som en reell rettighet avhenge av at rusmisbrukeren selv etterspør dem. Her viser overnevnte evalueringsrapport at brukere i liten grad etterspør informasjon om rettigheter. Der rusmisbrukeren blir informert oppgir henholdsvis 9 og 2 sosialkontor at rusmisbrukerne ”til en viss grad” eller i ”liten grad” tar i mot tilbudet om å få opprettet IP. Kun 1 sosialkontor oppgir at brukerne i ”stor grad” gjør det samme.

Spørsmålet er om ikke IP, for at den skal bli den rettigheten den er ment å være, per i dag krever en urealistisk høy grad av egenmotivasjon, da særlig med tanke på de tyngste rusmisbrukerne. Ikke bare viser tallene at motivasjonen for å initiere egen planprosess er lav, brukergruppen er som allerede nevnt også kjent for mange ”drop outs”. Noen av de karaktertrekkene som sies å prege mennesker med langvarig rusmisbruk er uforutsigbarhet, svekket lojalitetsfølelse og samarbeidsevne noe som selvfølgelig øker faren for at rusmisbrukere ikke møter opp til tiltakene, eksempelvis behandlingstilbud, de er tildelt innen tidsfristen. Det vil kunne få dramatiske konsekvenser for brukeren, idet vedkommende da kan miste retten til denne plassen, hvorpå det må fattes nye enkeltvedtak hvilket vil medføre at ny ventetid vil påløpe. Sånn sett vil brukere kunne stå i lengre perioder uten reelle behandlingstilbud.

For å kunne nyttiggjøre seg mulighetene som ligger i individuell plan forutsettes det enten at man som bruker har ressursene som skal til for selv å gjøre krav på og benytte seg av de rettighetene som finnes eller at det eksisterer et støtteapparat som kan være pådrivere i så henseende. Her har selvfølgelig koordinatorene et betydelig ansvar, spørsmålet er kanskje heller om de har ressursene som denne rollen faktisk

krever?

Blant dem vi har hatt samtaler med i forbindelse med denne utredningen er det en utbredt forståelse av at velfungerende ansvarsgrupper har vært den viktigste forutsetningen for vellykket behandling av rusmisbrukere. Samtidig er det deres erfaring at det kreves utrolig store ressurser for å få ansvarsgrupper til å fungere. Ansvarsgruppen blir ikke borte med IP, men det blir en viktig oppgave for koordinator å få denne til å fungere. Det har i en tidligere undersøkelse blitt påpekt at koordinatorene i noen sammenhenger kan oppleve å ha for liten "gjennomslagskraft". Eksempelvis hender det at såkalte "tiltakshavere" ikke møter opp når ansvarsgrupper har drøftinger, og at de i etterkant "saboterer" videreføring i egen regi fordi man er uenig, ikke mener det foreligger hjemler osv. I slike tilfeller kreves det ofte betydelig makt til koordinatorene for å kunne ivareta den overordnede helheten gjennom å overprøve synspunkt som meddeles av deltakere i ansvarsgruppen. Likeledes må koordinatorene ha makt til å delegere ansvar for oppfølging av brukere i deres miljø. Det vil kreve en kontinuerlig oppmuntring til å stille til avtalte møter og etterleve målene som er satt i en IP.

4 Evaluering av rusreformen for brukere i Oslo

Rusreformene er blitt fulgt opp av et omfattende arbeid med evaluering av resultatet. I tillegg til en evaluering av konsekvensene på landsbasis, har IRIS (International Research Institute of Stavanger) gjennomført egne evalueringer for bl.a. Oslo og Midt-Norge. Evalueringen for Oslo Kommune er relativt ny, og ble offentliggjort i januar 2007.

Formålet med evalueringen var å vurdere hvordan rusreformen hadde endret tilbudet for rusmiddelmissbrukere i forhold til tre hovedområder:

- Tid i behandling
- Ventetid til inntak i behandlingstilbud
- Samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

I tillegg skulle IRIS sammenlikne klientkartlegginger i omsorgstiltakene i 2003 (før reformen) med 2005 (etter reformen).

Rapporten har tre hovedkonklusjoner og påpeker en del andre konsekvenser for brukerne i Oslo¹⁷. Hovedkonklusjonene er:

- *”Ingen reduksjon i tid i behandling*
- *Økning i ventetid til inntak i behandlingstiltak*
- *Samhandling mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten vanskeligere etter reformen”*

Når det gjelder reduksjon i behandlingstid forventer IRIS at dette kan endre seg i løpet av 2008 fordi Helse Sør-Øst nå legger opp til å inngå nye driftsavtaler med de private rustiltakene. I korte trekk går dette ut på at Helse Sør-Øst ønsker å begrense liggetiden til maksimalt 12 måneder, og at alle skal ha en evaluering etter 6 måneder. Bare helt unntaksvis kan det åpnes for liggetid ut over 12 måneder.

Ventetiden til inntak er økt fra syv uker før reformen til nær ti uker i 2006. Dette er en utvikling som har fortsatt i negativ retning i 2007. Oslo Kommune ved Erling Lae og Sylvi Listhaug¹⁸ skriver følgende i et brev til Helse og omsorgsminister Sylvia Brustad:

”Ventelisten for rusbehandling er i dag i gjennomsnitt 110 dager. 118 dager for langtidsbehandling.

Vårt hjelpeapparat roper nå et varsku. De er bekymret fordi ventetiden for å få behandling har økt betraktelig siden staten overtok ansvaret. Staten overtok ansvaret for dette behandlingsapparatet 01.01.2004. Det gode og integrerte tilbudet Oslo Kommune hadde, ble splittet opp. Mange som er motivert for

¹⁷ Lie, Terje: ”Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune”

¹⁸ Brev fra Oslo Kommune til Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad 20/8 - 2007

behandling og en ny start, faller nå tilbake til avhengigheten mens de står i kø for behandling.”

IRIS skriver at ”*økningen i ventetidene skyldes ikke redusert kapasitet i spesialisthelsetjenesten, men en sterk økning i antall henvisninger*”. Særlig umiddelbart etter gjennomføringen av rusreformen var det en sterk økning i antall henvendelser. En sannsynlig årsak til det er et det ble betydelig enklere for lege å henvise til rustiltak i spesialisthelsetjeneste etter rusreformen. Dette kan imidlertid ikke forklare hele økningen i ventetid. Det kan se ut som om denne økningen var spesielt stor i 2004, men siden har avtatt noe. Den nasjonale evalueringen av rusreformen¹⁹ beskriver endringene i henvisninger slik:

”Det skjedde en meget sterk økning i antall henvisninger like etter reformen, for så å flate noe ut. Det meste av denne økningen i antall henvisninger synes nå å skyldes et høyere antall henvisninger fra leger og fra andre deler av spesialisthelsetjenesten.”

Den kraftige økningen i ventetider kan synes noe overraskende på bakgrunn av at ressurstilgangen til tverrfaglig spesialisert rusbehandling økte i årene etter 2004. Ved overtakelse av de fylkeskommunale rustiltakene fikk spesialisthelsetjenesten overført vel 1,4 milliarder kroner²⁰. Helseforetakene økte budsjettet til de samme tjenestene med ca. 40 prosent i perioden 2004-2006 (i nominelle kr., ikke korrigert for lønnsvekst m.m.)

Når det gjelder samhandlingen mellom sosialkontorene og tiltakene for rusmisbrukere er undersøkelsens konklusjon at forholdene ikke har endret seg eller at de er blitt dårligere etter reformen. Det oppsummeres at dette i stor grad er personavhengig. Bydelene i Oslo har også et problem med å få oversikt over pasienter som er henvist fra lege. Ikke overraskende oppleves også spesialisthelsetjenesten som lenger vekk enn den kontakten en tidligere hadde med Oslo Kommunes Rusmiddeletat. Dette medfører at det tidligere var bedre sikring av samhandling spesielt når pasienter ble skrevet ut av institusjoner og skal overføres til kommunale omsorgstiltak (hvis det er nødvendig). At samhandlingen blir dårligere bør ikke overraske noen. Ved å overføre deler av behandlingsinstitusjonene til staten underlegger man de forskjellige institusjonene forskjellig styring og ulik budsjettmessig forvaltning. Selv om det også finnes samhandlingsproblemer mellom bydelene i Oslo og kommunen, betyr overføring til staten enda et nivå. Med den situasjonen vi har både i kommuneøkonomien og økonomien i helseforetakene betyr det selvfølgelig at det finne et økonomisk incitament for å flytte ansvaret til et annet nivå. ”Dette er ikke mitt bord” betyr også sparte ressurser.

Evalueringen trekker fram noen andre negative konsekvenser ved rusreformen for brukere i Oslo:

- Flere feilhenvisninger fra vurderingsenhetene og dårligere tilpasning mellom behov og behandlingstilbud

¹⁹ Lie, Terje og Nesvåg, Sverre: ”Evaluering av rusreformen” Rapport IRIS – 2006/227

²⁰ ibid (samme sted)

- Mangler i kompetansen hos de som skal vurdere henvisninger til spesialisthelsetjenesten
- Dårligere mulighet for valg av institusjon for brukere
- Ingen bedring, til dels økte problemer for brukere med alvorlige psykiske lidelser
- Flere problemer med tvangsplasseringer

Det er ikke overraskende at en del av samhandlingsproblemene har blitt større når en splitter opp en integrert og sammenhengende tiltakstjeneste under en ledelse som rusmiddelstaten var i to deler, en under spesialisthelsetjenesten og en i kommunen. At Oslo kommune hele tiden har vært motstander av denne måten å organisere på er heller ikke noe bidrag til å styrke samhandlingen. Viljen til å finne fram til gode løsninger styrkes ikke ved at man tvinges til å arbeide innenfor et system som er organisert på en annen måte enn det en mener er riktig.

4.1 Styrking av helsefaglig kompetanse

Iris har oppsummert en økning i budsjettene for spesialisthelsetjenesten på 40 %. I tillegg til å dekke den økningen i lønn og andre kostnader, har dette i sterk grad gått til å dekke den helsefaglige bemanningen ved rustiltakene. For institusjoner med driftavtale med Helse Øst oppsummeres det de er nødt til å styrke den faglige bemanningen etter krav fra helseforetaket.

I følge den nasjonale evalueringen av rusreformen har det vært en samlet økning på ca. 280 årsverk i ruspoliklinikker i psykiatrien og i rustiltakene. Av denne økningen har antall helseårsverk økt med 225 (lege, psykolog, vernepleier, sykepleier) og sosialfaglige og pedagogiske årsverk (sosionom, barnevernspedagog) med 55. Evalueringsrapporten gir ikke noe tall på samlet antall årsverk i sektoren, men i de døgninstitusjoner som hadde svart på spørreskjema fra IRIS var det i 2006 1578 årsverk, en økning på 155 fra 2003.

I de institusjonene som er omfattet av evalueringen for Oslo er tendensen den samme. I de 15 institusjonene Helse Øst overtok fra Oslo Kommune var det en økning på 30 årsverk fra 2003 til 2005²¹, hvorav 18 sykepleiere, leger og psykologer. 6 var sosionomer, vernepleiere eller barnevernspedagoger.

Det kan se ut som om en av målsettingene med rusreformen er oppnådd, en økning av den helsefaglige kompetansen i rustiltakene under spesialisthelsetjenesten. I de samtalene vi har hatt i forbindelse med denne rapporten er også vårt hovedinntrykk at de helsefaglige yrkesgruppene er betydelig mer fornøyd med rusreformen enn de sosialfaglige.

²¹ Lie, Terje: "Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune"

4.2 Rusreformen i et nasjonalt perspektiv

Evalueringen av rusreformen virkninger på tilbudet med Oslo som utgangspunkt er tydelig mer negativ enn evalueringen av rusreformen i et nasjonalt perspektiv. Men heller ikke i et nasjonalt perspektiv har rusreformen vært spesielt vellykket. Vi tar med noen av de oppsummeringene som er gjort i den evalueringen av rusreformen som Iris har utarbeidet for Sosial og helsedirektoratet.²² Som et svar på spørsmålet om reformen har vært vellykket skriver de bl.a.:

”Dersom utgangspunktet var en forventning om at rusreformen primært skulle være en forvaltningsreform der behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere skulle innpasses i og underlegges de samme lovkrav som det øvrige spesialiserte helsevesen, er det rimelig å trekke den konklusjon at rusreformen har vært vellykket.

Dersom utgangspunktet var en forventning om at rusreformen skulle føre til den samme dekning av behandlingsbehov og den samme bemanningsfaktor i de tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmissbrukere, som i den øvrige spesialisthelsetjenesten, står det mye igjen.

I forarbeidene til rusreformen ble det lagt vekt på at tjenestene skulle være tverrfaglige, gis ut fra en helhetlig tilnærming og gi en individuelt tilpasset behandling. Med et større innslag av helsefaglig personell er tjenestene blitt mer flerfaglige. Det er mer tvilsomt om rusreformen har ført til et mer helhetlig (og sammenhengende) og individuelt tilpasset tilbud.

Til nå synes implementeringen av rusreformen å ha ført til et mer fragmentert og rigid tilbud, med mange brudd i behandlingsforløpene og mindre individuelt tilpasset behandling som resultat. Den største utfordringen for de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere blir dermed å utvikle samhandlingsmodeller og praksisformer som oppfyller faglige krav til sammenhengende og tilpasset behandling snarere enn ensidig oppmerksomhet på formelle henvisningsprosedyrer og overholdelse av frister.”

Evalueringen av rusreformen underbygger helt tydelig at erfaringene med rusreformen i Oslo er vesentlig dårligere enn for landet som helhet. Noen eksempler på forskjellige områder²³:

Samhandling (side 15):

”Sosialkontorene i bydelene i Oslo melder i større grad enn andre sosialkontor i landet om dårligere erfaringer med samhandlinger etter reformen.”

Dekning av tjenester (side 15):

²² Lie, Terje og Nesvåg, Sverre: ”Evaluering av rusreformen” Rapport IRIS – 2006/227, s.19

²³ Alle eksemplene fra Lie, Terje og Nesvåg, Sverre: ”Evaluering av rusreformen” Rapport IRIS – 2006/227

”I sosialtjenesten i bydelene i Oslo vurderer to tredjedeler av sosialkontorene at ”sørge for” ansvaret blir dårligere ivaretatt enn fylkeskommunen (Rusmiddeletaten i Oslo) mot en fjerdedel i kommunene i landet ellers.”

Som vi skal komme tilbake til senere i rapporten i kapittel om utviklingen innenfor rus i Aker Universitetssykehus sitt ansvarsområde er ikke dette overraskende ut fra den reelle utviklingen som har skjedd. Aker Universitetssykehus overtok alle institusjoner som kom fra Oslo, og siden de overtok har det skjedd en viss nedbygging av antall døgnplasser. I tillegg kommer effekten ved at det er vesentlig enklere å orientere seg i forhold til tiltak begrenset av Oslo Kommune og innenfor Oslo Kommunes ansvarsområde enn når tjenesten blir delt på flere nivåer.

5 En samling fagre løfter....

Det var stilt store forventninger til Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet. Planen forelå endelig i Statsbudsjettet for 2008, men innholdet var ikke i nærheten av å innfri de forventningene som var skapt. Nøyaktig hvor stort behovet er for å møte de behovene som finnes på rusfeltet er det ikke helt enkelt å anslå, men Fagrådet innen rusfeltet i Norge har anslått behovet til å være på omtrent 1,7 milliarder.²⁴ Bare innenfor Aker Universitetssykehus sitt område hevdes det at det er et behov for tilførsel av 282 millioner kr. fram t.o.m. 2009 for å etablere rusfeltet som en spesialisthelsetjeneste i tråd med myndighetskravene.²⁵

Regjeringens økonomiske tilskudd på 100 millioner er ikke i nærheten av å være tilstrekkelig til at dette kan kalles en reell opptrappingsplan. De 100 millionene kommer riktignok i tillegg til en generell beregnet vekst i aktivitetsnivået på 1,5 %, men dette er ikke i nærheten av å møte de reelle behov. Den generelle aktivitetsveksten er i tråd med det som har vært hensikten for hele spesialisthelsetjenesten. Når vi ser på diskusjonene i hele sykehussektoren som også i år har fulgt etter at statsbudsjettet er vedtatt, kan det virke som om det er tvilsomt om dette generelle målet på aktivitetsvekst på 1,5 % som følge av budsjettet er mulig å nå.

Av de 100 millionene går 46 millioner til spesialisthelsetjenesten. (Se kpt 718 i Statsbudsjettet). Når vi vet at tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2006 hadde en økonomisk størrelse på ca. 2,1 milliarder, er ikke 46 millioner i tillegg til en generell vekst på 1,5 % mye. Det er derfor heller ikke omfattende særegne tiltak som er tilgodesett med egne ekstra midler. Opptrappingsplanens 100 millioner tilgodeser følgende konkrete tiltak:

- Mer effektiv og samordnet forebygging lokalt, 7 millioner
- LAR, 10 millioner
- Akuttbehandling, avrusing og ambulante team 36 millioner
- Rusrådgivere hos fylkesmennene, 10 millioner
- Forsøk med personlige koordinatore i enkelte kommuner, 23 millioner
- Tannhelsetjeneste for personer i LAR, 7 millioner
- Rusmiddelforskningsprogram, 3 millioner
- Kompetanse og utviklingstiltak, 4 millioner

Med en så begrenset økonomisk satsing ligger det i kortene at de konkrete tiltakene i stor grad dreier seg om videreføring av arbeid som alt er i gang, ønsker om bedre samordning, samt påpeking av en rekke områder der det bør gjøres bedre arbeid. Det er ikke mulig å se at noe spesielt område blir prioritert med en sammenheng mellom klare mål og konkret økonomisk satsing.

Innledningen til opptrappingsplanen inneholder en del overordnede målsettinger det er vanskelig å være uenig i. Samtidig, hvis de skal gis et konkret innhold, betyr at det skapes store forventninger om hva en egentlig skal få til når det gjelder arbeidet med

²⁴ Rus og avhengighet, www.rus.no

²⁵ Styret Aker Universitetssykehus, styresak 060-2007

rusmiddelproblemer i Norge. Noen eksempler som er spesielt relevant i forhold til denne rapporten kan være²⁶:

”Hjelpen må komme så tidlig som mulig. Det er liten mening i at motiverte rusmiddelavhengige står lenge i kø for å få behandling.”

”Behandlingsapparatet og rehabiliteringstilbudet for denne gruppen må være så fleksibelt at brukerne kan følges opp og hjelpes der de er og når de er der. Både i kommunene og spesialisthelsetjenesten trenger vi flere lavterskeltilbud. Vi tenger flere ”folk med støvla på”, det vil si mer oppsøkende og ambulerende virksomhet og flere tilbud utenom normal arbeidstid som kan møte brukerne der de er med motivasjon og oppfølging.”

Opptrappingsplanen er bygd opp rundt 5 hovedmål;

- Tydelig folkehelseperspektiv
- Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- Forpliktende samhandling
- Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Målformuleringen rundt delmålet om mer tilgjengelig tjenester er en helt utmerket generell målsetting om hvordan tilbudet burde vært utformet og dimensjonert²⁷:

”Vi må tilby hjelp så tidlig som mulig og sørge for at tjenestene er tilgjengelig når det er behov for dem. Det er derfor behov for å øke antall behandlingsplasser på alle nivåer. Alle rusmiddelavhengige skal møtes med et utgangspunkt om at de har behov for akutt hjelp. Rusmiddelavhengige må sikres tilgang til raskere hjelp på alle nivåer. Målet må være at de som ønsker det får tilbud om hjelp uten unødig opphold. De som er kommet i gang med behandling, gjennom for eksempel avrusing, må sikres videre oppfølging med en gang. Oppfølging, rehabilitering og inkludering skal integreres i den enkeltes behandlingsopplegg.”

Det er vanskelig å se at opptrappingsplanen er et svar på det løftet som regjeringen ga i Soria Moria-erklæringen om å:

”Utforme en nasjonal forpliktende opptrappingsplan for rusfeltet, for å samordne og forsterke innsatsen overfor rusmiddelavhengige.”

Da er det lettere å si seg enig med de karakteristikkene spesialrådgiver Aino Lundberg ved Stiftelsen Bergensklinikkene ga opptrappingsplanen på en høring Fagrådet innen rusfeltet i Norge hadde 4. februar i år:

- *”Ja, opptrappingsplanen med tilknyttede midler har blitt et spill for galleriet*

²⁶ St.prp.nr.1, 2007-2008, s.269

²⁷ Ibid., s.271

- *Shakespeares Hamlet – Det er noe råttent i Norge – så mange gode intensjoner og så mange lovnader om økte ressurser, rettferdig fordeling og fokus på folk med rusmiddelproblematikk*
- *Ingen penger, ingen kake”*

Tilsvarende karakteristikker ga nestleder i fagrådet, Terje Turøy, som er faglig leder i stiftelsen Fossum-kollektivet:

- *”Mange gode intensjoner*
- *Mange gode formål er nevnt i opptrappingsplanen*
- *Hvor er de overordnede ideene*
- *Hvor er de overordnede prioriteringene”*

Dette utdyper han nærmere i en artikkel i *Rus & Samfunn*.²⁸

”100 millioner ble bevilget for å starte opptrappingen. Mange var de som spurte hvorfor man lanserer en plan, og i tillegg kaller det en opptrappingsplan, uten at det følger tilstrekkelig midler med. En opptrapping er påkrevd, og planen inneholder mange gode intensjoner og berører mange viktige temaer, men om det bare blir ord uten tilstrekkelig vilje til handling, er dette et gedigent spill for galleriet. Avstanden regjeringen med dette viser mellom gode ønsker og vilje til politisk handling på rusfeltet, er skremmende stor.”

Ikke bare fra de private institusjonene, men også fra de som arbeider i Helse Sør-Øst er det kommet krass kritikk av mangelen på økonomiske midler som følger med opptrappingsplanen. På en nasjonal konferanse for tverrfaglig spesialisert behandling (rusbehandling) 1 & 2/11-2007 ga Per Føyn, medisinsk faglig rådgiver i KRA denne vurderingen av behovet og av tilstanden i tjenesten:²⁹

- *”En kan ikke få en tilfredstillende tjeneste uten at både kvalitet og kvantitet er på plass – samtidig*
- *Godt utbygget forskningsapparat må ha et kvalitetsmessig godt klinisk miljø og samarbeide med*
- *Nå er det kliniske miljøet ikke godt, men det kan det fort bli:*
- *For mye har skjedd: Forståelsen og implementeringen av det nye lovverket, oppbyggingen av en fungerende spesialisthelsetjeneste, og rekruttering er nå kommet så langt at tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan tilføres økonomiske midler i en helt annen størrelsesorden en da loven kom i 2004 – og gjøre oss nytte av dem*
- *Årets statsbudsjett inneholdt nok gode ord og intensjoner til å begrunne en femårig opptrappingsplan med minst 300 mill første året – det kom 100 mill. Når 36 mill gikk til spesialisthelsetjenesten (=kjerneoppgaven) er det 1/5 av det som en kunne ha gjort seg nytte av i 2008!*

²⁸ *Rus & Samfunn* nr. 1/2008

²⁹ Foredrag. ”Kvalitet i storbyen – science fiction?” Per A. Føyn Medisinskfaglig rådgiver, KRA Aker UHF. www.aus.no

- *Vi må få en opptrappingsplan som er litt ambisiøs: 500 millioner i 2009, og økende over 5 år*
- *Da vil både kommunene og fagfeltet for øvrig få de midlene de trenger*
- *I Oslo må vi få realisert planene om "Rusakutten"*

Overføringen av rusfeltet til spesialisthelsetjenesten kombinert med pasientrettigheter og derved sterkt økt bevissthet om hva rusmiddelmissbrukere har krav på, og bruk for, har bidratt til å synliggjøre de store behovene som finnes på dette feltet i Norge. Det kan synes som om det vesentlig bedre enn før er avdekket hvor stort behovet for midler er. Helt utilstrekkelig er det å løse disse problemene med i hovedsak tiltak som peker i retning av bedre samordning og uprioriterte fagre ord, slik opptrappingsplanens hovedinnhold faktisk er.

I hvor liten grad opptrappingsplanen gir anvisninger om hva som skal til for å løse problemene på rusfeltet kan også illustreres ved at vi i kontakt med aktører som arbeider innenfor rusfeltet har hørt karakteristikker som at de ikke har prioritert å lese opptrappingsplanene, fordi de som har lest den ikke kan se at den inneholder noe nytt. Det er ingenting som tilsier at den lanserte opptrappingsplanen er noen løsning på de store problemene Norge står overfor innenfor området rus. Tvert imot er det stor risiko for at den såkalte opptrappingsplanen vil øke problemene, fordi den legger stor vekt på fagre løfter og gode hensikter mens nødvendige økonomiske ressurser ikke følger med. Gapet mellom forventningene og hva man i realiteten er i stand til å levere vil øke, med voksende frustrasjoner både blant ansatte og pasienter som konsekvens.

Ved at regjeringen har valgt å kalle sine planer på rusområdet for en opptrappingsplan, fratrar de seg selv for ansvaret med å prioritere. Innenfor de rammene regjeringen rent faktisk har gitt er det helt nødvendig med en ubehagelig prioritering hvis de prioriterte områdene skal fungere godt. Og skal noe prioriteres må noe annet prioriteres bort. Det er politisk ubehagelig. Dette helt nødvendige politiske valget har regjeringen vegret seg for å ta. I stedet velger man å presentere en såkalt opptrappingsplan uten å følge opp planen med nødvendige midler. Det er åpenbart enklere å leve med kritikk for manglende økonomiske midler, som er en helt nødvendig konsekvens av det store misforholdet mellom fagre løfter og midler til å gjennomføre løftene, enn det er å ta debatten om hvilke områder innenfor rusfeltet som skal prioriteres.

6 Økonomien i rusreformen

I Samdatas ”Sektorrapport for rusbehandling 2006” gis det en samlet og regionvis oversikt over kostnadsutviklingen innen rusfeltet. Statistikken omfatter årene 2004-06, og viser hvor store de samlede kostnadene innen rusomsorgen var på landsbasis og for hvert av de fem RHF-ene. I Samdata-rapporten heter det (side 62-63):

Etter innføring i spesialisthelsetjenesten i 2004 har kostnadene til rusbehandling hatt en stor økning. Kostnadene i 2006 var på 2,12 mrd kroner. Målt i faste priser var dette en økning på 8,3 prosent fra 2005. Dette utgjør en økning på hele 16 prosent fra 2004, en større vekst enn i somatisk spesialisthelsetjeneste og i det psykiske helsevernet. Dette er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokumenter til de regionale helseforetakene.

Tabell 6.1 Totale driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere, totalt og per innbygger, 2004-2006, samt prosentvis endring 2005-2006 og 2004-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

	2004	2005	2006	Pst endr (2005-2006)	Pst endr (2004-2006)
Totale driftskostnader	1 828	1 958	2 120	8,3	16,0
Totale driftskostnader per innbygger	397	422	453	7,3	14,1

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Hovedinntrykket er at skjeddene en opptrapping av ressursbruken til rusbehandling ut over det som andre deler av spesialisttjenesten har fått, i tråd med intensjonene i reformen.

Men som vi har påpekt i andre deler av denne rapporten, har ikke denne opptrappingen vært i nærheten av det som trenges for å imøtekomme de behov og rettigheter pasientene har. Siden befolkningen har økt noe i løpet av årene 2004-06, viser tabellen over at driftskostnader pr innbygger har økt noe mindre enn totale driftskostnader.

I Samdata-rapporten presenteres det også tall (tabell 6.2) som viser at 57 prosent av kostnadene i 2006 var knyttet til helseforetakene, mens 43 prosent ble brukt til kjøp av tjenester fra private institusjoner. Fra 2005 til 2006 økte kostnadene i helseforetakene mer enn for private institusjoner.

Tabell 6.2 Totale driftskostnader til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere etter eierskap (helseforetak og private institusjoner), nasjonale kostnader 2005-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

Eierskap	2005	2006	Andel av total (2006), prosent	Endring 2005- 2006, prosent
Totale driftskostnader for helseforetak	1 103	1 208	57,0	9,5
Totale driftskostnader for private institusjoner	855	912	43,0	6,6
Sum	1 958	2 120	100,0	8,3

Kilde: SSB og SINTEF Helse

6.1 Regionale forskjeller

Som det fremgår av tabell 6.3 (nedenfor), har veksten i kostnader vært forskjellig i de fem regionale helseforetakene.

Tabell 6.3 Totale driftskostnader per helseregion i 2004-2006, samt prosentvis endring 2004-2005, 2005-2006 og 2004-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

Region	2004	2005	2006	Prosentvis endring 2004-2005	Prosentvis endring 2005-2006	Prosentvis endring 2004-2006
Helse Øst RHF	828	893	909	7,8	1,9	9,8
Helse Sør RHF	388	376	433	-2,9	15,0	11,6
Helse Vest RHF	298	353	400	18,5	13,3	34,3
Helse Midt-Norge RHF	169	187	202	10,7	7,7	19,2
Helse Nord RHF	169	172	192	1,8	11,5	13,5
Sum	1 852	1 981	2 136	7,0	7,8	15,3

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Mens kostnadene i Helse Vest RHF økte med 34,3 prosent fra 2004-2006, var den tilsvarende økningen for Helse Øst RHF på 9,8 prosent.

I Samdata-rapporten finnes det ingen avgrensning av hovedstadsområdet, eller kostnadstall for dette området isolert. Men vi vet at mesteparten av kostnadene i Helse Øst og noe av kostnadene i Helse Sør (Sykehuset Asker og Bærum HF) er knyttet til hovedstadsområdet.

Av tabell 6.3 ser vi at disse regionene ligger under gjennomsnittet for landet som helhet, og at det er Helse Øst som hadde desidert lavest vekst. På den andre siden utgjør Helse Øst alene om lag 43 prosent av de totale kostnadene innen rusfeltet.

For Helse Øst er avviket fra resten av landet særlig tydelig fra 2005 til 2006. Mens kostnadene i resten av landet økte med nesten 12 prosent (gjennomsnittet av de fire andre RHF-ene), var veksten i Helse Øst på knapt 2 prosent.

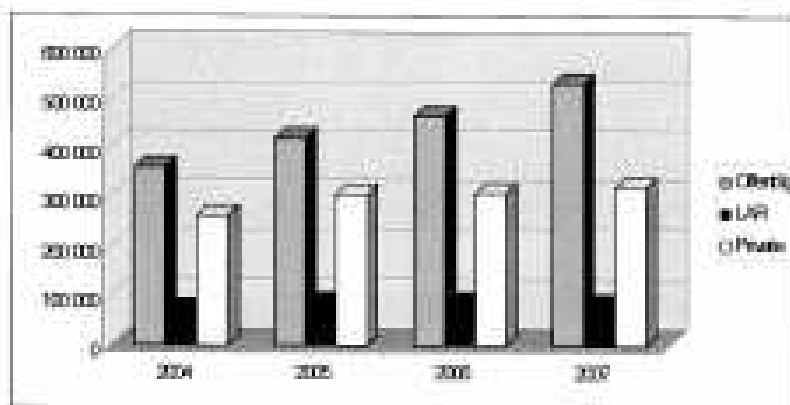
Det er pr dato ikke presentert sammenlignbare tall for 2007, som kan fortelle om den store forskjellen i utvikling har vedvart eller om avviket i 2006 var et engangstilfelle.

I arbeidet med denne rapporten har vi prøvd å skaffe frem tall for utviklingen i kostnader til rusbehandling i hovedstadsområdet isolert. Verken Helse Sør-Øst RHF eller Aker Universitetssykehus HF (som har ansvar for spesialisthelsetjenestens rusomsorg i Oslo) har kunnet bidra til å fremskaffe slike tall. I arbeidet med rapporten har vi henvendt oss til ledelsen for hovedstadsprosessen og bedt om forklaringer på avvikene i de tallene som Helse Sør-Øst bruker og de vi finner i Samdata-rapporten. Vi fikk ikke svar.

Nedenfor gjengis en oversikt over ressursutviklingen innen TSB (tverrfaglig spesialisert behandling) i tidligere Helse Øst som ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har brukt i samlinger i den såkalte "hovedstadsprosessen" vinteren 2008.

Grovt sagt indikerer fremstillingen at det ble brukt om lag 60 millioner kroner mer i helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF i 2007 enn i 2006, og det representerer en kostnadsvekst på 6-7 prosent fra 2006 til 2007.

Ressursutviklingen innen TSB i tidligere Helse Øst



HELSE SØR-ØST

I denne figuren opereres det med nivåer som noe lavere enn det som fremgår av Samdata-tallene, men veksten for årene 2004-2006 synes å være den samme.

Hovedbildet er at ressursbruken innen TSB har vokst klart mindre i Helse Sør-Øst (og dermed i hovedstadsområdet) enn i resten av landet.

6.2 Ressursbruken i kommunene

Det helhetlige tilbudet for rusmisbrukere i hovedstadsområdet er summen av innsatsen fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Basert på årsmeldinger fra Rusmiddelstaten i Oslo kommune har vi laget en oppstilling over utviklingen i økonomi og årsverk innen etaten for årene fra 2003 til 2007. Oppstillingen er gjengitt i kap. 9 i denne rapporten.

6.3 Total ressursbruk

Alt i alt er det grunnlag for å konkludere med at ressursbruken til tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vokst klart mindre i hovedstadsområdet enn i resten av landet etter at rusreformene er innført. Samtidig har behovet for behandling fortsatt å øke.

7 Organisatoriske endringer i tilbudene for rusmiddelmissbrukere i Oslo

Oslo Kommune stod i en særstilling i forhold til organisering av tiltak overfor rusmiddelmissbrukere. Går vi tilbake til før 2002 og sykehusreformen, hadde Oslo, som både primærkommune og fylkeskommune, ansvar for en sammenhengende tiltakskjede som omfattet både primærhelsetjeneste, sosialtjeneste, omsorgsinstitusjoner og institusjoner med et renere helsefaglig utgangspunkt. Mens en sentralisering av spesialisthelsetjenesten til 5, nå 4 helseforetak, ikke har ført til flere nivåer i resten av landet, har det for Oslos vedkommende også medført innføring av nivåer som tidligere ikke eksisterte. Som vi har sett i oppsummeringen av konsekvensene av Rusreformen har følgen av dette blitt at de oppsummerte erfaringene er vesentlig dårligere i Oslo enn i landet sett under ett.

Nå kan det likevel se ut som om rusreformen har medført vanskeligheter i forholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på områder der kommunene og fylkene tidligere var bedre på å finne løsninger. Terje Lie og Sverre Nesvåg beskriver dette slik i sin evaluering av rusreformen nasjonalt³⁰:

”Noen tar til orde for en utvikling som mer likner på DPS-modellen innenfor psykiatrien, der distriktpspsykiatriske 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 koplinger mellom kommunale og fylkeskommunale tiltak. Det vil være en utfordring å få til like tette koplinger 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 spesialisthelsetjenestene i framtiden.”

Når vi ser på hvordan de forskjellige tiltakene innenfor rus som tidligere tilhørte Oslo Kommune er flyttet er det ikke vanskelig å forstå at denne utfordringen har vært enorm i Oslo. For å forstå Oslos særegenhet er det også viktig å ta med seg at svært mange av de omsorgsinstitusjonene som finnes i landet, og som ikke ligger under spesialisthelsetjenesten, ligger under Oslo Kommune. På grunn av størrelse, tradisjon og med storbyens mer utbredte rusmiddelproblemer, har Oslo en stor del av det som finnes av rusmiddelinstitusjoner på kommunalt nivå. I forbindelse med evalueringen av rusreformen gjennomførte IRIS en spørreundersøkelse i behandlingsinstitusjoner innenfor rusfeltet. Av 95 institusjoner de fikk svar fra i 2006, var det 22 rene omsorgsinstitusjoner som ikke hørte inn under spesialisthelsetjenesten. Hele 17 av disse var lokalisert i Oslo³¹. Dette som en illustrasjon av at Oslo Kommune, med sine

³⁰ Lie, Terje og Nesvåg, Sverre: ”Evaluering av rusreformen” Rapport IRIS – 2006/227, side 123

³¹ Ibid, side 38

spesielle problemer, har og hadde et relativt stort apparat innenfor arbeidet med rusmiddelmissbrukere.

I det følgende skal vi se på hvilke institusjoner innenfor rusfeltet som er overført fra Oslo Kommune til spesialisthelsetjenesten.

7.1 Sykehusreformen

I forbindelse med sykehusreformen i 2002 var det bare akuttinstitusjonen Ullevål av rustiltakene som ble overført til daværende Helse Øst. Bakgrunnen for overføringen var at akuttinstitusjonen Ullevål var hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven. Akuttinstitusjonen Ullevål er en institusjon som behandler avrusning og utredning for pasienter med narkotikamisbruk.

7.2 Rusreformen

Med rusreformen ble betydelig større deler av Oslos tiltaksapparat innenfor rus overført til Helse Øst. Omtrent 200 ansatte ble overført fra Rusmiddeletaten til Helse Øst³². I tillegg ble kontraktsansvar for en lang rekke private institusjoner overført. Rusmiddeletaten i Oslo kommune reduserte sine driftsutgifter fra 2003 til 2004 fra 794 millioner til 411 millioner. 193 millioner var reduksjon i kjøp av tjenester fra private som både da og nå er en vesentlig del av behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere.

Det som ble overført fra Oslo kommune var i følge Rusmiddeletatens årsberetning for 2003 følgende:

”3 behandlingstiltak, 3 akuttinstitusjoner, deler av MARIO, 10 stillinger i administrasjonen samt avtale med 11 + deler av 4 private institusjoner”

Akuttinstitusjonene var følgende:

- Akuttinstitusjonen Storgata
- Akuttinstitusjonen Montebello
- Akuttinstitusjonen M3

M3 er siden under Helse Øst slått sammen med Akuttinstitusjonen Ullevål.

Behandlingsinstitusjonene var:

- AFX behandlingssenter
- Behandlingsinstitusjonen Ullvin
- Veksthuset

Deler av MARIO (Medisinsk Assistert Rehabilitering i Oslo) er nå organisert under LAR (Legemiddelassistert Rehabilitering), det som er blitt igjen i Oslo er nå under MAR Oslo.

Avtalene med de private institusjonene var med:

³² Årsberetning 2003, Rusmiddeletaten, side 3

- A-klinikkene:
 - A-senteret
 - Blå Kors senteret
 - Incognito
 - Trasop
- Kimerud
- Kvinnekollektivet Arken
- Langørjan gård
- Tyrili
- Mørk gård
- Origo-senteret
- P 22
- Riisby behandlingssenter
- Veslelien
- Veiviseren
- RUS-nett Solvang

7.3 Hvor ble skillet satt?

Som vi tidligere har redegjort for var det stor strid om rusreformen særlig i forhold til Oslo Kommunes tilbud. Spesielt kan det se ut som om vedtakene rundt Rusreform II, som dreier seg om de mer sosialfaglig baserte institusjonene har skapt en vanskelig grenseoppgang rundt det som bør beholdes i Oslo og hva som skal overføres til spesialisthelsetjenesten. Problemet med denne overføringen blir ytterligere forsterket ved at Oslo Kommune ønsket å beholde ansvaret for hele rusfeltet, inkludert det som allerede var overført til staten (Akuttinstitusjonen Ullevål).

Noe av årsakene til den vedvarende diskusjonen om hvem som har ansvaret for hva kan være at det ikke er entydig hvor dette skillet går. Dette går både på hvilke institusjoner som skal overføres og hvilke oppgaver som skal bli igjen i Oslo. I våre samtaler med ressurspersoner både i kommunen, i Helse Sør-Øst og med andre har vi fått svært sprikende oppfatninger om hva som ville skjedd hvis Stortingets vedtak om Rusreform II hadde gått andre veien, dvs. at de sosialfaglig og omsorgsfaglige baserte institusjonene hadde blitt overført til kommunen i stedet for til spesialisthelsetjenesten. I så fall ville vi hatt en situasjon der de i hovedsak helsefaglig baserte institusjonene hadde blitt overført, mens de øvrige hadde blitt igjen i Oslo kommune. Den viktigste uenigheten ser ut til å gå rundt akuttinstitusjonene Montebello og Storgata, der vi har utsagn i spennet fra at begge ville blitt igjen i kommunen, til at er det noe som uansett ville blitt en del av spesialisthelsetjenesten er det disse institusjonene. Dette sammen med vurderinger som for eksempel at det er meningsløst at Oslo Kommune har beholdt MAR (Medisinsk assistert rehabilitering), og at dette burde fulgt med LAR (Legemiddelassistert rehabilitering) til spesialisthelsetjenesten, illustrerer grunnlaget for de store problemene som eksisterer mellom Oslo og spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende uklarheter finnes i forhold til flere av de private institusjonene.

En annen illustrasjon på det samme kan være at i Helse Østs strategiske plan for utvikling av behandlingstilbud til rusmiddelavhengige kan det se ut som om hele MARIO skulle overføres til spesialisthelsetjenesten, mens resultatet ble at MARIO ble delt omtrent på midten, i LAR og MAR Oslo. Strategiplanen inneholder også formuleringer som er gode illustrasjoner på hvor vanskelig avgrensningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens ansvarsområde er, og at vedtaket ved rusreform II også skapte utfordringer i forhold til hvordan spesialisthelsetjenesten tenker. I avsnittet om ansvarsfordeling og lovgrunnlag heter det at *”Regjeringens styringsdokumenter for spesialisthelsetjenesten slår fast at eventuelle gråsoner er et felles ansvar for de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten”*. Delingen av Oslo Kommunes tidligere samlede apparat er en illustrasjon på at gråsoner er det mange av, og at felles ansvar ikke er noen enkel sak. Planens beskrivelse av døgntilbudet sett i helhet illustrerer godt en viktig konsekvens av rusreform II:

”St.prp.3 legger opp til at utredning og behandling i døgntilbud i spesialisthelsetjenesten i hovedsak bør være relativt kortvarige. Unntaket bør være noen brukere med dobbeltdiagnoser, der forskningen tilsier at det kan være betydelige gevinster ved opphold over 6 måneder. Disse synspunktene er knyttet til Rusreform I. Rusreform II kan innebære at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret for institusjoner som i hovedsak tilbyr relativt langt opphold, og som bør fortsette med det”

Det kan synes som om dette ”bør fortsette med det” griper rett inn i kjernen i dagens diskusjon om anbud overfor de private institusjonene Helse Sør-Øst har avtale med. I anbudsdiskusjonen er nettopp lengde på behandling/opphold en av de sentrale motsetningene, der flere av behandlingsinstitusjonene reagerer på Helse Sør-Østs krav om kortere oppholdstid.

Disse gråsonene, med grenseflater som det fortsatt ikke er helt enkelt å avklare, er trolig også en viktig årsak til at bystyret i Oslo så sent som i desember 2007 enstemmig vedtok at de ønsker å overta hele området rus igjen.

7.4 Aker universitetssykehus, Klinikk for psykisk helse, Avdeling for rus og avhengighet (ARA)

Ved overføringen til spesialisthelsetjenesten ble det vedtatt at hele det apparatet som lå under Rusmiddeletaten i Oslo skulle samles under Aker Universitetssykehus Helseforetak . Under Aker ble avdeling for rus og avhengighet (ARA), etablert. Avdelingen ble organisert som en del av klinikk for psykisk helse.

Avdeling rus og avhengighet fikk 3 hovedoppgaver³³:

1. *”Driftsansvar for akuttinstitusjonene Ullevål, Montebello, Storgata og M3, behandlingssinstitusjonene Ullvin, AFX, Veksthuset, Åsenheten og*

³³ ”Tverrfaglig spesialisert rusbehandling” – et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten” Strategiplan for rus og avhengighetsbehandling, Aker Universitetssykehus HF 2006-2010

Frognenheten, samt LAR Øst bestående av nasjonalt kompetansesenter, regionsenter og poliklinikk for Oslo.

2. *Koordineringsansvar for 21 private behandlingstilbud som Helse Øst har inngått driftsavtale med.*
3. *Prosjektansvar for opprettelse av ruspoliklinikker i tilknytning til DPS ved de lokale helseforetakene/private sykehusene i Oslo.”*

Driftsansvaret omfatter Oslo kommune med unntak av bydelene Stovner og Grorud, som hører inn under Akershus Universitetssykehus på Lørenskog. I tillegg har Aker ansvaret for Follo.

7.5 Klinikk rus og avhengighet (KRA)

Fra januar 2007 ble ARA omorganisert til Klinikk Rus og avhengighet, fortsatt underlagt Aker Universitetssykehus. Hensikten var å skille ut rusfeltet som en egen klinikk for å tydeliggjøre feltet. Klinikken har fortsatt ansvaret for tilbudet til rusmiddelmissbrukere i Oslo (unntatt Stovner og Grorud) samt Follo. Området er derved vesentlig større enn inntaksområdet for Aker Universitetssykehus på andre områder. KRA har fortsatt koordineringsansvaret for de ca. 440 private pasientplassene som Helse Øst hadde ansvaret for, samt utvikling av et nasjonalt kompetansesenter for rus.

KRA er i dag organisert med 5 kliniske avdelinger:³⁴

- Avdeling avgiftning og behandling av alkohol
 - Montebello
 - Storgata
 - Frogn
- Avdeling avgiftning narkotika
- Avdeling behandling – unge
 - Ås
 - Veksthuset
- Avdeling behandling – voksne
 - Ullvin
 - AFX
- Avdeling spesialiserte poliklinikker
 - LAR øst

I tillegg kommer Avdeling Koordinering Pasientstrøm.

³⁴ www.aus.no

7.6 Kort om de forskjellige enhetene i KRA

Avgiftning og behandling av alkohol

Avdelingen har ansvar for avrusning og korttidsbehandling, et arbeid som er fordelt på tre enheter.

- Montebello, som har 17 plasser for avrusning av alkohol og medikamenter. Montebello tilbyr både akutt og planlagt avrusning, og etablerer kontakt med det øvrige behandlings- og hjelpeapparatet
- Storgata. Har 20 døgnbehandlingsplasser for avrusning og rusmiddelavhengighet.
- Frogn. Har 6 døgnbehandlingsplasser, og gir spesialisert behandling tilpasset kvinner med avhengighet av alkohol og/eller medikamenter

Avdeling avgiftning narkotika

Avdelingen har 28 døgnplasser til avrusning og utredning for pasienter som er avhengige av narkotika. Avdelingen er den som ble overført til spesialisthelsetjenesten ved sykehusreformen i 2002. Akuttinstitusjonen M3 og avrusningsfunksjonen ved Åsenheten er flyttet til Ullevål. Enheten har nå, fra januar i år, opprettet et ambulant team bestående av 3 sykepleiere, 2 vernepleiere og en 50 % lege. Det ambulante teamet skal jobbe mot unge mennesker mellom 18 og 24 år.

Avdeling unge

Avdeling unge er et tilbud til yngre pasienter med rusmiddelavhengighet. Behandlingen er basert på frivillighet, men gir også et tilbud om behandling etter fengselsloven § 12. Tilbudet gis på avdeling Veksthuset som har 28 plasser, og Åsenheten som har 9 plasser. Åsenheten er et 12 ukers tilbud til yngre rusmiddelmisbrukere, og kan tilby plasser etter tvangsbestemmelsene ikke bare i fengselsloven, men også i Lov om sosiale tjenester (§6-3).

Veksthuset har vært drevet etter en terapeutisk samfunnsmodell, men er nå under endring. Behandlingen kan ha en varighet på inntil 2 år.

Avdeling behandling – voksne

Avdelingen har 33 døgnplasser fordelt på Ullvin og AFX, og gir et tilbud tilpasset pasienter med langvarig narkotikamisbruk. I hovedsak er behandlingen basert på frivillighet, men det er også 3 plasser til pasienter som plasseres etter tvangsbestemmelsene i lov om sosiale tjenester.

Ullvin har 23 plasser, AFX 7 heldøgnsplasser og 3 basert på tvangsbestemmelsene. AFX baserer seg på et behandlingsforløp på 9 måneder, tilsvarende er forventet behandlingstid på Ullvin 9-18 måneder.

Avdeling spesialiserte poliklinikker

Avdelingen har ansvaret for spesialisert utredning og poliklinisk behandling. Avdelingen har også ansvaret for legemiddelassistert substitusjonsbehandling i Oslo, samt oppstart av LAR behandling i tidligere Helse Øst. Avdelingen er tilknyttet et eget forskningsmiljø fra Universitetet i Oslo, ledet av Helge Waal.

Avdeling koordinering pasientstrøm

Avdelingen har ansvaret for koordineringen av de ca. 440 døgnplassene som Helse Øst har etter avtale med private avtalepartnere innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling som gir døgnbehandling på mer enn 8 uker. De har også følgende oppgaver:

- Styre pasientstrømmen etter henvisning og pasientens valg
- Forebygge og håndtere fristbrudd
- Ivareta ventelisteføring og ha oversikt over ventelister og ledig kapasitet i Helse Øst
- Bidra til utvikling og samspill innen fagfeltet

Hvis det avdekkes fristbrudd kan avdelingen kjøpe ekstra plasser.

7.7 Ruspoliklinikker

Etter at spesialisthelsetjenesten overtok rusfeltet er det opprettet en rekke ruspoliklinikker. Dette er helt i overensstemmelse med å vri tilbudene fra døgnplasser til poliklinikk. Ruspoliklinikkene er knyttet til de forskjellige sykehusene og deres inntaksområder, og i Oslo finnes følgende:

- Aker Universitetssykehus HF. Ruspoliklinikken Alna DPS
- Akershus Universitetssykehus HF. Ruspoliklinikken Grorud DPS
- Diakonhjemmet sykehus. Ruspoliklinikken Vinderen DPS
- Lovisenberg Diakonale sykehus. Ruspoliklinikken Tøyen DPS
- Ullevål Universitetssykehus HF. Ruspoliklinikken (PUT)
- Ullevål Universitetssykehus HF. Ruspoliklinikken Søndre Oslo DPS

Ved ruspoliklinikkene skal det være ansatt både helsefaglig og sosialfaglig personell, og henvisning kan skje både fra fastleger, sosialtjenesten og andre enheter i spesialisthelsetjenesten. Poliklinikkene skal ha et godt samarbeid med sosialtjeneste og fastlege, og utreder og videresender til andre institusjoner.

Utviklingen av det polikliniske behandlingstilbudet har også medført en relativt stor ekstra ressurstilgang. I følge Bente Vindedals rapport om status i døgnbehandlingsinstitusjonene i Helse Øst var det fram til 1/1 – 2006 opprettet 30 nye behandlerstillinger ved ruspoliklinikker i Helse Østs område, primært i Oslo.

7.8 Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst ble etablert 1. juni 2007 som en sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst. Dette er blitt Norges i særklasse største helseforetak, og har ca. 2,6 millioner innbyggere i inntaksområdet, over halvparten av landets befolkning. Opprettelsen av Helse Sør-Øst har ikke fått noen umiddelbare konsekvenser for organiseringen av rusfeltet i Oslo-området, men er en medvirkende årsak til at man nå har startet den såkalte hovedstadsprosessen.

Innenfor hovedstadsprosessen ser den prosjektgruppa som har ansvar for rusfeltet på organiseringen av rus i hele helseregionen. En av de utfordringene en står overfor er at det er store kulturelle forskjeller innenfor denne sektoren mellom tidligere Helse Sør og Helse Øst.

Geografisk hadde Helse Øst ansvaret for Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland, mens Helse Sør var ansvarlig for Buskerud, Vestfold, Telemark og Agderfylkene.

8 Viktige endringer etter at spesialisthelsetjenesten overtok

8.1 Ventetider

Et viktig mål på hvor godt rusreformen fungerer er ventetider. Ennå synes det imidlertid å være noen problem knyttet til ventetidsstatistikker, men vi skal på bakgrunn av de eksisterende forsøke å si noe om tendensene etter rusreformen.

Blant de viktigste statistikkene finner vi www.frittsykehusvalg.no. Her oppgir sykehusavdelingene en skjønsmessig vurdering av forventet ventetid i maks antall uker, som den antatt laveste prioriterte pasienten må beregne. En viktig innvendig mot disse statistikkene er at dette er en informasjon av liten verdi for den som skal vurdere reell ventetid til spesialisert rusbehandling, fordi drop-outs, utskrivinger og overføringer til andre tiltak tidligere enn tiltakenes normerte behandlingstid, skaper mye rom for tidligere inntak av nye pasienter. De gir likevel et bilde av kapasitet i forhold til behov.

Fra 2006 er også tverrfaglige spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere tatt med i Norsk Pasientregisters (NPR) ventetidsstatistikker. I disse statistikkene oppgis de faktiske ventetider for de som er tatt inn i behandling hvert tertial og for de som fortsatt venter på behandling. Ettersom statistikkene er avgrenset til dem som er nyhenvist etter 1. januar 2006, ville ikke de som hadde ventet lengst kommet med i statistikkene når de første evalueringene av rusreformen ble gjennomført. I IRIS evalueringsarbeid har man derfor også benyttet såkalte tverrsnittundersøkelser for nærmere analyse av hvordan ventetidene utviklet seg i perioden 2003 til 2006. På begge undersøkelsestidspunktene tok man utgangspunkt i pasienter registrert i tiltak under www.rustiltak.no³⁵. Vi vil se noe nærmere på disse evalueringsrapportene, samt se disse tendensene i lys av de siste ventelistedata fra NPR.

I evalueringsrapporten fra 1006³⁶ fremkommer det at det på landsbasis har funnet sted en generell økning i ventetid fra 2003 til 2006. Målt i median går denne økning fra henholdsvis 4 til uker 6 uker, fra søknad ble mottatt til pasienten fikk tilbud. Det vil si at ventetiden for halvparten av pasientene økte med 2 uker de første årene etter rusreformen. Regnet i gjennomsnitt økte ventetiden fra 8 uker i 2003 til 10 uker i 2006. Forskjellen mellom median ventetid og gjennomsnittlig ventetid viser at det er en mindre andel pasienter som har svært lange ventetider, noe som påvirker gjennomsnittet.

Videre fremkommer det at ventetiden har økt mest på korttidsinstitusjoner. Mens gjennomsnittlig ventetid i 2003 var på 4 uker var det tilsvarende tallet på 9 uker i 2006. Også innen polikliniske behandlingstiltak rapporteres det om økning i ventetid³⁷.

³⁵ For nærmere beskrivelse av datagrunnlaget viser vi til "Evaluering av rusreformen" Rapport IRIS – 2006/227: s.38.

³⁶ Evaluering av rusreformen. Rapport IRIS – 2006/227. Sosial og Helsedirektoratet 2006.

³⁷ Ibid

For langtidsinstitusjonene ble det dokumentert en økning fra 6 uker ventetid i 2003 til 8 uker ventetid i 2006, igjen målt i median. Her økte ventetiden primært blant de som måtte vente lengre enn 12 uker hvilket vil si at økningen blant de som har ventet lenge har ført til lengre gjennomsnittlig ventetid i 2006³⁸.

Det foreligger imidlertid dokumentasjon på relativt store variasjoner mellom de ulike institusjonenes ventetider. For eksempel viser en evalueringsstudie fra 2006 at Tyrilistiftelsen, Veslelien, Mørk Gård (og stiftelsen Risby behandlingssenter) oppga mellom 14 og 18 ukers ventetid. Til sammenligning oppga Stiftelsen Rus-Net, Trasoppklinikken, Veksthuset i Oslo, A-senteret og Kollektivet Arken mellom 5-9 ukers ventetid og Incognito-klinikken over 1 uke, men under 5 ukers ventetid. Disse store forskjellene i ventetid bekreftes også gjennom ventelistedataene fra NPR per 31.08.2007.

Som nevnt under kapittel 3 om individuell plan er rusmiddelmissbrukerens motivasjon for å inngå i et behandlingsopplegg en kritisk suksessfaktor. Av den grunn mener vi det blir særlig viktig å vurdere ventetider opp mot brukernes egen mulighet for å velge den institusjonen de ønsker å la seg behandle ved. Sett fra sosialtjenestens ståsted var det i 2006 en utbredt oppfatning at klientens mulighet for selv å velge institusjon var blitt klart dårligere etter reformen. I en spørreundersøkelse fordelte svarene fra 12 sosialkontor i Oslo seg som følger³⁹:

Tabell 8.1.1: Vurdering av klientenes mulighet for valg av institusjon

Brukernes mulighet for valg av institusjon etter reformen er blitt:	Tallet på kontor:
Dårligere	8
Ingen endring	2
Bedre	2
I alt	12

Videre er det dokumentert økte ventetider i en egen evaluering av rusreformen for brukere i Oslo kommune⁴⁰. I den studien så man eksplisitt på utviklingen i ventetid for de tiltakene som etter rusreformen ble overført til Helse Øst RHF. Her ble det påvist en generell økning. Da ventetid ble brutt ned på type tiltak fremkom det tydelig at det er ventetiden for de polikliniske tiltakene i Oslo som økte mest og som var årsaken til størstedelen av økningen.

³⁸ Ibid

³⁹ Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune. Rapport IRIS – 2006/228.

⁴⁰ Ibid

Tabell 8.1.2: Ventetider Oslo sammenliknet med resten av landet

Ventetid uker. Gjennomsnitt				
	Oslo – Institusjoner overført til Helse Øst RHF		Landet ellers	
Behandlingsnivå	2003	2006	2003	2006
Poliklinisk	2,3	5,6	4,7	7,0
Dagtilbud	8,5	7,9	8,6	10,1
Døgntilbud	9,4	10,6	7,2	9,4
I alt	6,3	10,0	6,1	8,8

Også når det gjelder LAR behandling rapporteres det om ventetider. Virksomheten med LAR-sentrene er en del av spesialisthelsetjenesten og fra tilbudet ble landsdekkende i 1998 og fram til juni 2006 har det årlig vært en jevn økning i antall personer i behandling. Ved oppstarten var det beregnet at 700 – 800 personer var aktuelle for denne behandlingsformen i Norge. Evalueringen som ble foretatt av SIRUS i 2004, viste imidlertid at opptil 50 prosent av de opiatavhengige sprøytemisbrukerne kan hjelpes med LAR. I så fall vil det kunne dreie seg om så mange som 7000 personer. Ved årsskifte 2005/2006 var 3 614 personer registrert i LAR. På samme tidspunkt ble rundt 430 personer oppgitt å stå på venteliste. Selv om det har vært registrert en liten nedgang i ventelistene oppgis hovedbildet å ha vært rundt 500 personer som i denne perioden har ventet på å bli inkludert i denne type behandling. Ved inngangen av 2006 ble gjennomsnittlig ventetid på landsbasis oppgitt å være på cirka 13 uker⁴¹.

Som det fremgår av internasjonale studier vil substitusjon med et legemiddel i kombinasjon med psykososial oppfølging ha bedre effekt enn legemiddelet alene. Det bekreftes også i nasjonale evalueringsstudier av LAR-behandling. Tjenestene til LAR pasienter må derfor ta utgangspunkt i en helhetlig sosial- og helsefaglig tiltakskjede. Det inkluderer eksempelvis ulike bo- og omsorgstiltak, råd og veiledning, samt bistand til etablering av nettverk og relasjonsbygging. For effektiv behandling av LAR pasienter forutsettes med andre ord økte bevilgninger både på spesialisthelsetjenestenivå og kommunalt nivå. Her er det et spørsmål om ikke viktige forutsetninger for det helhetlige rehabiliteringsarbeidet henger vesentlig etter og at en i vurderingen av effektiv LAR behandling sånn sett også må ta hensyn til ventetider når det blant annet gjelder bolig.

8.2 Nedbygging av døgnplasser

Det har vært en viss nedbygging av døgnplasser rettet mot Oslo-området siden spesialisthelsetjenesten overtok. I følge Helse Østs strategiske plan for rusområdet overtok Helse Øst innenfor rusområdet 175 døgnplasser som ble lagt under Aker Universitetssykehus. Disse var fordelt på følgende enheter:

⁴¹ Statusrapport Rusmiddelsituasjonen i Norge. Oktober 2006. Helse- og omsorgsdepartementet.

• Akuttinstitusjonen (Ullevål)	22
• Follo-klinikkens rustiltak	14
• M3	12
• Montebello	18
• Storgata	20
• Avdeling for stoffmisbrukere (AFX)	11
• Ullvin	32
• Veksthuset i Oslo	46

Tallene for spesielt Ullvin og Veksthuset er i denne strategiske planen trolig satt for høyt. I følge en statusrapport for døgnbehandlingsinstitusjonene i Helse Øst skrevet av Bente Vindedal i november 2006 var antall plasser på Veksthuset 27 (korrigert for Tunnelen Korttid) og Ullvin 23. Akuttinstitusjonen Ullevål hadde noe flere plasser, 25.

I følge KRAs hjemmeside er antallet døgnplasser nå 140. Ser vi på oversikten over de enkelte enhetene er antallet 141. Disse er fordelt på følgende enheter:

• Ullevål	28
• Frogn	6
• Montebello	17
• Storgata	20
• Åsenenheten	9
• AFX	10
• Ullvin	23
• Veksthuset	28

Litt avhengig av utgangspunktet har det likevel vært en viss nedtrapping av antall plasser. Dette kan se ut som det er helt i tråd med Helse Østs strategiske plan for området der det bl.a. heter⁴²:

”Hovedtrekket i å utvikle spesialisthelsetjenestetilbudet overfor rusmiddelmissbrukere må være å bygge ut polikliniske og ambulante tjenester med vekt på rehabilitering og oppfølging.

.....

En økt differensiering av døgntilbudet, samt løsninger der døgnoppholdene i større grad er en del av en helhetlig tilnærming med gode behandlingstilbud utenom døgninstitusjonene, bør bety at man greier seg med om lag det antall døgnplasser man har i dag innen spesialisthelsetjenesten og de fylkeskommunale tjenestene.”

Ser vi på hele Helse Østs område har det også vært en viss nedtrapping i antall døgnplasser. Bente Vindedals rapport, som var skrevet før sammenslåing av M3 og Akuttinstitusjonen Ullevål, oppgir for perioden fra 31/12 – 03 til 31/12 – 05 at det har vært en nedtrapping fra 709 til 690 plasser, med følgende fordeling:

⁴² Helse Øst. ”Strategisk plan for utvikling av behandlingstilbudene til rusmiddelavhengige” November 2003 s.17

Tabell 8.2.1: Utviklingen av døgnplasser i Helse Øst

Dato	31.12.03	31.12.05
Avrusning m.m.	128	115
Korttid	172,5	167
Langtid	408,5	408
Totalt plasser	709	690

Slik vi forstår helseforetaket har det vært en helt bevisst prioritering å trappe opp polikliniske tilbud samt å dreie tilbudene om behandling over fra langtid til korttid.

Det er interessant å se at denne utviklingen i KRA illustrerer godt at konsekvensene ved at staten overtok ansvaret for rusbehandling er helt annerledes for Oslo-området enn for resten av landet. Mens vi her ser at antall døgnbehandlingsplasser har gått ned, er situasjonen en annen hvis vi ser på landet under et. I sin evaluering av rusreformen oppsummerer Terje Lie og Sverre Nesvåg en økning i antall døgnplasser på 8 % fra 2004 til 2006. I Helse Øst og KRAs område har vi derimot sett en nedgang i antall plasser. Nå gir ikke en slik oversikt det hele og fulle bildet av situasjonen. Et viktig prinsipp i spesialisthelsetjenesten er at pasienter har fritt brukervalg. Dette betyr at alle pasienter skal ha tilgang på behandlingsinstitusjoner i hele landet. Likevel vil de fleste pasienter søke seg til de tilbudene som finnes i helseforetaket i samme distrikt, tallene illustrerer derfor hvorfor tilbudene til Oslo er svekket. At dette ofte er situasjonen ut i fra både pasientenes valg og helseforetakenes praksis kan illustreres ved hvordan Sykehuset Asker og Bærum delvis begrunner behovet for at de ønsket å åpne en egen avrusningsenhet på sitt styremøte i desember 2006:

”Etter overgangen til helseforetak opplever vi at pasienter fra Asker og Bærum (Vestregionen) ofte blir nedprioritert til fordel for institusjonens eget opptaksområde. Dette har aldri vært intensjonen, men er blitt praksis. Etter innskjerping fra Helse Øst ser dette ut til å ha blitt noe bedre. På den annen side er tilbudet nå åpent for alle i Helse Øst. Når Oslo nå begynner å bruke de tidligere Akershus institusjonene blir tilgangen for oss vanskeligere”

Den nye avrusningsenheten ved Sykehuset Asker og Bærum er nå åpnet med 12 nye plasser.

Bente Vindedals oversikt over utviklingen i antall plasser dekker både plasser med offentlig og privat drift. Også i forhold til private har det skjedd en viss svekking av antall døgnplasser. I følge KRAs hjemmeside administrerer KRA avtaler med private som disponerer ca. 440 døgnplasser i Helse Østs tidligere område. I følge strategisk plan fra 2003 overtok spesialisthelsetjenesten avtaler med private som disponerte 477

plasser. Det har altså vært en viss nedgang i antall døgnplasser i hovedstadsområdet, i motsetning til utviklingen i resten av landet, der antall plasser har økt etter gjennomføringen av rusreformen.

8.3 Endringer Storgata og Montebello

Noe av uenigheten mellom Oslo Kommune og KRA kan skyldes en svært forskjellig forståelse av hva akuttinstitusjonene er og hva de bør gjøre. Dette gjenspeiler seg i at både Storgata og Montebello er kraftig endret fra den gang de var en del av Oslo Kommunes rusmideletat. Dette forsterkes ved den fortsatte uenigheten som eksisterer mellom Oslo Kommune og spesialisthelsetjenesten om hva som er konsekvensene ved de vedtak Stortinget gjorde om Rusreform II. En illustrasjon på at denne motsetningen lever i beste velgående kan være følgende sitat fra et innlegg kommunaldirektør Bjørg Månunum Andersson holdt på en dialogkonferanse mellom KRA og Oslo Kommune 13/11 – 2007:

”Helt til slutt vil jeg få nevne avrusning. Jeg skal ikke her terpe på det kommunen har tatt opp så mange ganger, nemlig at sosial avrusning er en oppgave Stortinget vedtok å legge til spesialisthelsetjenesten. La meg ved denne anledning heller få lov til å si at kommunen er glad for at avrusningskapasiteten i stor grad brukes til planlagte avrusninger i forbindelse med et fastsatt behandlingsforløp. Det er uhyre viktig at klientene kommer raskest mulig i gang med behandlingen og ikke må gå i måneder å vente på avrusningsplass først.”

Denne forskjell i forståelse av hva det egentlig er spesialisthelsetjeneste har overtatt og hvordan dette bør organiseres gjenspeiles også i holdninger fra spesialisthelsetjenestens side. I et notat Per Føyn og Hilde Harwiss har skrevet om behovet for et styrket tilbud om akuttavgiftning i hovedstadsområdet beskrives enhetene som ble overført fra Oslo Kommune slik⁴³:

”De enhetene som ble overført hadde verken tilstrekkelig kompetanse eller fagfolk til å kunne tilfredsstillende kravene som stilles til forsvarlighet i Lov om spesialisthelsetjenester m.m. Særlig alvorlig var mangelen på medisinsk personell (leger og sykepleiere) og spesialister av alle slag. KRA har rekruttert mye medisinsk personell, innarbeidet nye medisinske rutiner og i flere omganger arbeidet med omstruktureringer av avgiftningsapparatet slik at dette tilbudet er på vei mot faglig forsvarlighet.”

Denne utviklingen gjenspeiler seg også i hvordan institusjonene presenteres overfor offentligheten. I en evaluering av rustiltakene i Oslo Kommune fra 2000 beskrives Storgata når det gjelder inntaksmåte og tilgjengelighet slik:

⁴³ Notat 15/2 – 08. Til Helse Sør-Øst, Hovedstadsprosessen. Fra Klinikk rus og avhengighet, AUS. Saksbeh: Føyn/Harwiss

”Inntak ”på døra” hele døgnet. Inntaket skal ivareta behovet for et lavterskeltilbud med umiddelbar og ubyråkratisk tilgjengelighet (ingen venteliste). Avtale om avrusning på telefon for samarbeidspartnere.

De siste årene er i gjennomsnitt halvparten av henvendelsene tatt inn. Hvis institusjonen er full, får klienter som trenger det mulighet for å komme inn etter 1-2 dager. I helt spesielle tilfeller tas klienter inn på ”ekstraplasser” hvis det er nødvendig for å berge liv og helse.”

Tilsvarende beskrives inntaket for Montebello. Også her heter det at det skal ivareta behovet for et lavterskeltilbud, og tilgjengeligheten skal være umiddelbar og ubyråkratisk uten venteliste. Viktigste kilde til inntak er henvendelser fra klienten selv eller fra Oslos Oppsøkende og Koordinerende Tjeneste (OKT) som bl.a. rommet Oppsøkende Tjeneste i 2000.

I dag er både målgruppe og inntak svært annerledes. På Helse Sør-Østs hjemmeside heter det om inntak til Storgata følgende:

”Pasienter, pårørende eller hjelpe- og behandlingsapparat kan ta kontakt muntlig eller skriftlig med ønske om innleggelse. Ved henvendelse kartlegges fysisk og psykisk helsetilstand. Henvendelsen vurderes av et tverrfaglig team som vurderer pasientens rettigheter og den enkelte pasient får tildelt behandlingsfrist. Dersom det er behov for en akutt innleggelse vil dette også bli vurdert.”

Tilsvarende formuleringer finner vi i omtalen av Montebello, med et tillegg om at de også ønsker å snakke med pasienten for å vurdere fysisk og psykisk helsetilstand.

I tillegg er inntaksrutinene kraftig endret. Som vi ser skal inntak vurderes av et tverrfaglig team, og det er en forutsetning at lege skal være med på vurderingen. Mens det i Oslo Kommunes tid ble framhevet at inntaket skulle være enkelt og ubyråkratisk, har vi fått opplyst at det nå normalt bare skjer på dagtid, og ikke i helg. I tillegg skal pasientene fylle ut et skjema med omfattende opplysninger, noe som i seg selv kan være en hindring for en del av de tyngste misbrukerne.

Mens det i beskrivelsen fra 2000 legges stor vekt på at inntak skal skje ”på døra”, er det klart når man leser beskrivelsen på Helse Sør-Øst at det som i vanlig dagligtale forstås med akutt; innleggelse umiddelbart, bare er noe som unntaksvis skjer.

Endringen som har skjedd kan også ses på som en gjennomføring av det som i Helse Østs strategiske plan fra 2003 beskrives slik (side 18):

”Vedtakene om rusreform II kan medføre at spesialisthelsetjenesten overtar fylkeskommunale tilbud som driver ”sosial avrusning”. I så fall må Helse Øst i dialog med kommunene søke å finne løsninger slik at spesialisthelsetjenesten ikke bruker resurser på dette”

Det kan se ut som om det som faktisk har skjedd med disse institusjonene er at de er endret fra et reelt lavterskel tilbud, et tilbud som noe misvisende ofte beskrives som ”sosial avrusning”. Tilbudet er nå tilpasset spesialisthelsetjenestens krav til faglig

forsvarlig behandling og bemanning. Inntakene skjer etter mer byråkratiske modeller, tilpasset sykehusenes krav til pasientrettigheter og likehandling samt den enkeltes mulighet til å klage på vedtak. Slik vi har forstått det, er det også sannsynlig at den behandling som tilbys på disse enhetene i dag er bedre, ut fra en kvalitativ målestokk. Men dette har samtidig etterlatt et rom som Oslo kommune ikke har fylt opp, Storgata og Montebello tilbyr ikke det samme i dag som for 5 år siden, og en del av de svakeste rusmisbrukerne har mistet et fungerende akutttilbud, fordi det har utvidet og til dels endret målgruppe.

8.4 Nedleggelse av M3

Oppsøkende tjeneste i Oslo rapporterer om at tilgangen på akutt plasser i Oslo ble kraftig svekket da M3 (Maridalsveien 3) ble lagt ned og samordnet i 2006. Dette skjedde for å sikre en etter KRAs oppfatning helt nødvendig opprustning av det medisinsk faglige tilbudet, og beskrives slik i Avdeling rus og avhengighets handlingsplan 2006 – 2010:

”Tiltak for å høyne den medisinsk faglige kvaliteten til et minimum gjennom 2006 må iverksettes umiddelbart. Ulike modeller for løsning er diskutert,.: Det arbeides for å flytte Akuttinstitusjonen M3 (AiM3) og Åsenhetens avrusningsfunksjon inn i Akuttinstitusjonen Ullevål (AiU). Dette vil bedre lege- og sykepleiedekning for alle akutt enhetene. Endringen vil ikke føre til økonomiske innsparinger i 2006 og må sees som en kriseløsning til etablering av en Akuttinstitusjon for rusmiddelavhengige skjer”.

Som kjent er det ennå ikke etablert noen ny akuttinstitusjon i Oslo, så konsekvensene i praksis har blitt færre akutt plasser. Akuttinstitusjonen Ullevål har i dag 28 plasser. Tidligere hadde den 22 plasser i tillegg til 11 ved M3 og noen ved Åsenheten. Samordning og budsjettknapphet har derfor sammen med en trolig nødvendig medisinsk opprustning vært med på å svekke det kvantitative tilbudet for rusmiddelavhengige i Oslo.

8.5 Utvikling i ventetid og gjennomføringsrate

Utviklingen av de institusjonene Helse Øst overtok fra Oslo Kommune har i sterk grad vært preget av en opprustning av omfanget av medisinsk personell i institusjonene. Vi har flere steder i denne rapporten vist til uttalelser fra spesialisthelsetjenesten som har lagt stor vekt på mangelen på helsefaglig personell i rusinstitusjonene. Tilsvarende vurderinger finner vi fra Bente Vindedal, som har evaluert status i døgnbehandlingsinstitusjonene etter overtakelsen og som også gjorde vurderinger av Oslo Kommunes behandlingsapparat for rusmiddelmisbrukere før rusreformen. Hun skriver⁴⁴:

44 Vindedal, Bente: ”Status i døgnbehandlingsinstitusjonene i Helse Øst ved innføring av rusreformen- og 2 år etter”. Revidert rapport, Oslo 7/11-06, Aker Universitetssykehus HF, Avdeling rus og avhengighet

”Flere av institusjonene som inngår i denne undersøkelsen var/er imidlertid så bemanningssvake at det er vanskelig å se hvordan de skal kunne møte myndighetskravene til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.”

Mye ressurser er brukt til å trappe opp bemanningen på institusjonene. En utvikling vi neppe har sett slutten på. Hva har så konsekvensene vært for gjennomføringsrate og ventetid på de institusjonene spesialisthelsetjenesten overtok fra Oslo Kommune? Når det skal vurderes er det også viktig å være klar over at de institusjonene vi kommenterer i noen grad har endret karakter, i tillegg medførte rusreformen, i alle fall for en periode, en økning i antall henvisninger.

Når det gjelder ventetider er det ikke enkelt å sammenlikne. I følge Bente Vindedals evaluering av status i døgnbehandlingsinstitusjonene i helse Øst fra 2006 var det et flertall av institusjonene som ikke hadde oversikt over ventetid fra før 2003. I tillegg har definisjonen av ventetider endret seg. Fritt sykehusvalg overtok ventelisterapporteringen høsten 2006, deres definisjon er⁴⁵:

”Forventet ventetid uttrykker sykehusavdelingenes skjønnsmessige vurdering av hvor lang tid de lavest prioriterte pasientene kommer til å vente. Ventetiden oppgis i antall uker.”

Tallene før 2007 viste lengst ventende rettighetspasient. For Ullvin, AFX og Veksthuset har vi hatt følgende utvikling⁴⁶:

Tabell 8.5.1: Utvikling ventetider Ullvin, AFX og Veksthuset

Ventetider	Slutt 2004	Slutt 2005	Slutt 2006	August 2007	Mars 2008
Ullvin	--	12 uker	26 uker	38 uker	54 uker
AFX	3 dager	36 uker	24 uker	44 uker	52 uker
Veksthuset	3 mnd	8 uker	12 uker	6 uker	20 uker (februar)

Åsenenheten og Frognenheten hadde i august 2007 en ventetid på 20 uker, noe som er en nedgang fra 28 uker i 2005 for Frogn og en økning i samme periode fra 16 uker for Åsenenheten. Ventetiden i Frogn var i mars 2008 fortsatt 20 uker, mens den for enheten på Ås har sunket til 12 uker.

For planlagt avgiftning gjorde KRA høsten 2007 en organisatorisk endring som også endret ventetidsbildet kraftig. Montebello og Storgata skal ta seg av avgiftning alkohol, mens narkotika skal henvises til Ullevål. Det kan se ut som om dette har fått ned ventetiden for alkoholbehandling. Pasienter med rett til planlagt avgiftning skal få et tilbud en uke, og slik vi har fått referert erfaringene fra bl.a. oppsøkende tjeneste i Oslo har denne organisatoriske endringen lettet noe på forholdene. De siste registrerte

⁴⁵ Fra AUS, styresak 060-2007

⁴⁶ Ibid, tallene for mars 2008 fra Fritt sykehusvalg i Norge

ventetidene (25/3 – 08) for disse enhetene er for Ullevål 8 uker (jan-08) og for Storgata og Montebello 1 uke.

En viktig kvalitetsindikator er utvikling i fullføringsrate, hvor mange pasienter som fullfører en behandling. Et tilbakevendende problem innenfor behandling av rusmiddelmissbrukere er at de avbryter behandlingen, det er derfor viktig med en behandling som både motiverer og legger til rette for at flere gjennomfører et planlagt behandlingsforløp. For Helse Østs område skjedde det ikke store endringer de første to årene⁴⁷:

””0-punktsanalysen” viser at gjennomføringsraten i avrusnings- og utredningsenhetene i Helse Øst med et par unntak har en viss forbedring i gjennomføringsrate fra 48-90 i 2003 og fra 52-90 i 2005. Korttidsinstitusjonene har også hatt en viss forbedret gjennomføringsrate. I gjennomsnitt gjennomførte 65 % av pasientene korttidsbehandlingen i 2003, mot 69 % i 2005. I langtidsinstitusjonene er imidlertid tendensen annerledes. I 2003 var gjennomføringsraten 52 % i gjennomsnitt, mens den var 46 % i 2005.”

For KRAs (i 2006 ARA) avrusningsenheter var gjennomføringsraten i 2006 på 73,7 %, mens den på langtidsinstitusjonene var 45,1 %. Tall for begynnelsen av 2007 indikerer ikke noen vesentlig endring.

For de enhetene som er overtatt fra Oslo kan det se ut som om det har skjedd en forbedring av gjennomføringsrate for avrusningsenhetene sett under et. I Bente Vindedals rapport om status i døgnbehandlingsinstitusjonene oppgis det at andelen fullførte behandlingsopphold ved Montebello, Storgata og M3 steg fra 51 % i 2003 til 55 % i 2005, mens tallet for Ullevål viste en marginal nedgang fra 72 til 71 % i samme periode. Med en gjennomføringsrate på 73,7 % i 2006 er det uttrykk for en endring som er så stor at den ikke bare er en konsekvens av tilfeldige svingninger. Parallelt ser det også ut til at det har skjedd en økning i antall liggedager. For Montebello, Storgata og M3 økte antall liggedager fra 5,8 til 7,2 fra 2003 til 2005, mens antall liggedager ved Ullevål økte fra 6 til 9 i samme periode. I samme periode gikk imidlertid antall liggedager ved langtidsinstitusjonene ned, i gjennomsnitt for alle langtidsinstitusjoner i Helse Øst fra 34,4 uker til 30,7 uker. For de institusjonene som ble overtatt fra Oslo og som drives av KRA gikk behandlingsvarigheten ved Ullvin ned fra 22 til 19 uker, Veksthuset fra 32 til 27 uker og AFX lå stabilt på 44 uker.

Nå skal det bemerkes at mange vi har vært i kontakt med, er av den oppfatning at det at en pasient er skrevet ut og ferdigbehandlet fra spesialisthelsetjenesten ikke betyr det samme som at behandlingen er ferdig. Det blir påpekt at det er et problem at mange pasienter går på tunge medisiner, og langt fra er rusfrie. Abstinenser kan oppstå på senere tidspunkt, og medføre store problemer. Hva som er gjennomføring er derfor i seg selv gjenstand for betydelig diskusjon.

⁴⁷ Ibid

8.6 Noen andre konsekvenser for Oslo-pasienter

Når konsekvensene av rusreformen skal vurderes er det viktig å ta med i bildet at antall ruspoliklinikker har økt kraftig, i tråd med en strategisk valgt dreining over fra døgnbehandling mot poliklinisk behandling hvis det er mulig. Det er også viktig å være klar over at i hele perioden har det vært en sterk økning i pasienter innenfor LAR-systemet, slik at det nå, både i landet som helhet og i Oslo-området er flere pasienter innenfor LAR enn noen gang. Innenfor LAR er tallet på pasienter jevnt voksende. Fra en beskjeden start i 1998 med noen hundre pasienter var det i 2006 ca. 4 200 pasienter innefor LAR⁴⁸. For vår vurdering av situasjonen for rusmiddelmissbrukere i Oslo-området er det verdt å merke seg at antall pasienter pr. behandler i LAR er vesentlig større i LAR Øst enn i resten av landet.⁴⁹ Ventetiden for behandling LAR Øst er i mars 2008 ifølge Fritt sykehusvalg hele 44 uker.

Når tilgangen på døgnbehandling skal vurderes for Oslo-pasienter særskilt er dette en vanskelig øvelse. Overføring av institusjonene til spesialisthelsetjenesten betyr at døgnbehandlingsinstitusjonene har søkning fra hele landet, søkningen begrenses ikke til eget distrikt. Fortsatt vil det være slik at geografisk tilhørighet preger inntaket på den enkelte institusjon, men dette gir ikke på langt nær hele bildet. I et notat fra Ulla Kiberg til Helle Gjetrang (Klinikkjef, KRA) fra 6/3 – 08 beskrives dette. Notatet er skrevet som en vurdering av tilbudet for Oslo-pasienter. Vi kan her se at i de enhetene som KRA selv administrerer varierer henvisningsandelen fra Oslo/Follo fra 70 % (Ullvin) ned til 50 % (AFX). Tilsvarende vil en se at ved henvisninger til private behandlingssentra og kollektiver så varierer antallet fra Oslo/Follo fra 50 % (Origo) ned til under 10 % (Veslelien). Dette gir et bilde som viser at noe av målsettingen med rusreformen på sett og vis er oppnådd, en målsetting om at pasienter fra hele landet skulle få et mer likeverdig tilbud.

For Oslos del oppsummerer notatet situasjonen slik:

”Resultatet for Oslo-pasienter er at de, på linje med pasienter fra resten av regionen må vente lenger før de får tilbud om behandling. Dette gjelder i hovedsak langtidsbehandling.

Et viktig element er en utvidet tilgang på plasser i et mer differensiert tilbud. Tilbudet er nå det samme for alle pasientene i regionen, uavhengig av HF-tilhørighet. Og vi mener at situasjonen fra pasientene utenfor Oslo er blitt bedre.”

Denne beskrivelsen stemmer godt med det som er en av våre oppsummeringer i arbeidet med denne rapporten. Rusreformen har medført en vridning av tilbudet fra langtid mot korttid, en til dels kraftig økning i ventetider, særlig for Oslo-pasienter, i tillegg har viktige pasientgrupper blitt kasteball mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, noe vi kommer tilbake til i et senere kapittel (Behovet for utvidet kapasitet, akuttavgiftning). Men en hovedkonklusjon er at noe av grunnlaget for at rusreformen oppleves som bedre i enkelte områder er at det relativt sett (sammenliknet med resten av landet, ikke i forhold til egentlige behov) gode tilbudet

⁴⁸ SHD: ”Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren” Rapport 2007

⁴⁹ AUS, Styresak 060-2007: ”Status rusfeltet”

Oslo Kommune hadde er gjort tilgjengelig for resten av landet på en annen måte nå enn før rusreformen.

8.7 Anbud innenfor russektoren

Helse Sør-Øst har nå i forbindelse med at de høsten 2007 valgte å anbudsette de avtalene med private som lå under Helse Østs ansvarsområde blitt utsatt for kraftig kritikk. I tillegg til å bli kritisert for at anbudsutsetting i seg selv skaper en stor usikkerhet for både pasienter og driften av de private tiltakene, har kritikken spesielt gått på en utvikling i retning av ensretting av tiltakene samt krav om kortere behandlingstid. Når det gjelder ensretting av tiltakene har mye av kritikken gått på et press for å korte ned behandlingstilbudene samt at det i altfor liten grad åpnes for rusfrie alternativer. Når denne rapporten skrives er ikke anbudsutsettingen fullført, og det er derfor for tidlig å si hvordan utfallet blir.

Noe av det Helse Sør-Øst er kritisert for har klart sine røtter i den strategi som helseforetaket har lagt opp for rusfeltet. I strategiplan for Avdeling for Rus og Avhengighet (ARA), som var navnet på Aker universitetssykehus avdeling for rus i 2006 heter det:

”Det foreslås at det innen 2008 bør være en kapasitetsfordeling på 50/50 på kort og langtidsdøgnbehandling og understrekes spesielt behovet for oppbygging av tilbud om korttidsbehandling for unge pasienter”.

Denne målsettingen må forstås på bakgrunn av at Helse Sør-Øst høsten 2007, om avgiftningstilbudene blir holdt utenfor, har en fordeling på 70 % langtidsbehandling og 30 % korttids. (Kravspesifikasjon for anskaffelse side 5). Her gjentas også målsettingen om en 50/50 fordeling.

Det kan også synes som om anbudsinvitasjonen kan bidra til å øke presset på kommunene. Under overskriften ”Fra langtids- til korttids døgnbehandling og fra døgn til poliklinikk” skriver Helse Sør-Øst bl.a. følgende:

”Helse Sør-Øst RHF har i dag en stor andel av sine ressurser knyttet opp til tradisjonell institusjonsbehandling i form av heldøgntilbud hvorav hovedtyngden er langtidsbehandling. Helse Sør-Øst vil tilstrebe mer fleksible og effektive tilbud som i større grad tar utgangspunkt i den enkeltes behov, ønsker og forutsetninger. Dette kan for eksempel innebære en veksling mellom døgnbehandling og polikliniske tilbud i samme behandlingsforløp - eller korttidsbehandling i døgninstitusjon kombinert med langvarig poliklinisk oppfølging. Behandlingen bør tilrettelegges uavhengig av om pasienten til tider avbryter behandlingen. Dette medfører at behandlingen ikke blir sammenhengende for alle pasienter, og at man tilrettelegger for at noen pasienter trenger avbrutte, men gjentatte behandlingssekvenser. Det er en forutsetning at den kommunale innsatsen hele tiden er til stede.”

Konkret i oppsummeringen av anbudsvilkår lyder noen av vilkårene som kritiseres:

- *”I utgangspunktet skal det ikke kjøpes behandlingstilbud som normalt er av mer enn 1-et- års varighet, men det bør kun tilbys langtidsbehandling over 1-et- år på grunnlag av en individuell vurdering av behandlingsbehovet til den enkelte pasient i nært samarbeid med henviser og vurderingsinstansen.*
- *Helse Sør-Øst RHF bør totalt sett ha en kapasitetsfordeling tilnærmet 50/50 på langtid/korttids døgntil behandling slik at det sikres et differensiert korttids døgntil behandling for alle pasientgrupper og alderssegmenter*
- *Leverandøren kan ikke reservere seg mot medikamentell behandling forskrevet av lege.*
- *Det må være et differensiert behandlingstilbud til LAR-pasienter. Det kan gis anledning til reservasjon ift. pasienter som mottar legemiddelassistert behandling (LAR) ved 2-3 institusjoner som har et særlig fokus på unge.”*

Helse Sør-Øst har imidlertid etter den påfølgende pressede-batt modifisert seg noe. Spesielt målsettingen om en 50/50 fordeling er modifisert ved at den i en spørsmål og svar-runde er endret til (fra kulepunkt 2 ovenfor):

- *”Helse Sør-Øst RHF bør totalt sett ha god kapasitet på både langtids- og korttidsbehandling slik at det sikres differensiert døgntil behandling for alle pasientgrupper og alderssegmenter. Kapasitetsfordelingen på døgntil behandling vil derfor bli endret fra dagens fordeling på 70 % langtidsbehandling og 30 % korttidsbehandling til noe mer vektlegging av korttidsbehandling”*

Hva resultatet vil bli er det som sagt for tidlig å si. Vi synes likevel det er grunn til å påpeke at det er vanskelig å finne et godt samsvar mellom Helse Sør-Østs anbudsinnbydelse både i forhold til Rusreform IIs vedtak om at spesialisthelsetjenesten skulle overta også de omsorgs- og sosialfaglig baserte institusjonene og Regjeringens handlingsplan understreking av behovet for et differensiert tilbud tilpasset den enkelte pasient. Det kan synes som om anbudsinnbydelsen er bedre tilpasset trange budsjettmessige rammer enn overordnede politiske målsettinger. Forutsatt at vi får en reell opptrappingsplan fra og med statsbudsjettet for 2009 kan det være en reell fare for at de nåværende trange rammene for Helse Sør-Øst, sammen med de endringer de legger opp til, kan medføre nedleggelse og/eller nedbygging av tiltak det i neste runde viser seg å være behov for.

9 Rusmiddeletaten i Oslo etter rusreformen

Rusmiddeletaten i Oslo har ansvaret for de bydelsovergrepene tjenestene innenfor russektoren i Oslo. Med rusreformen ble tjenesten i praksis delt i to, omtrent en tredjedel ble overført til spesialisthelsetjenesten, resten ble igjen i Oslo. Utviklingen av russektoren i Oslo er minst like viktig for forståelsen av hvordan tilbudet til rusmiddelmissbrukere utvikler seg som det tilbudet som gis i spesialisthelsetjenesten.

Vi har sett på hvordan Rusmiddeletaten i Oslo har utviklet seg etter overføringen av deler av etaten til spesialisthelsetjenesten.

Tabell 9.1: Utviklingen av Rusmiddeletaten etter rusreformen⁵⁰

	2003	2004	2005	2006	2007
Driftsutgifter	794 392	411 263	436 394	500 919	524 623
Driftsinntekter	247 078	120 663	131 214	146 369	150 339
Netto driftsutgifter	547 314	290 600	305 180	354 550	374 284

214 millioner av bortfallet fra 2003 til 2004 skyldes i følge årsberetningen for 2004 overføringer knyttet til rusreform II. De viktigste øvrige forklaringsvariablene var knyttet til:

- Betydelig høyere vedlikehold og rehabiliteringskostnader i 2003 enn 2004 (22 vs. 4 mill)
- Nedleggelse av Furuset omsorgssenter og Bergensgata hybelhus, ca. 8 mill.
- Merforbruk i 2003 dekket av budsjett 2004 på 11 mill. kr.
- Momsreformen i 2004, redusert budsjetttramme på ca. 9 mill.

Siden 2004 kan det se ut som om det har vært en økning i rammene på opp under 30 %. Dette må korrigeres for at Prindsen ble overført fra bydel Grünerløkka til Rusmiddeletaten i 2006, samt for pris og lønnsvekst. Korrigert for dette kan det se ut som om det har vært en realvekst på ca. 10 %, betydelig mindre enn den vekst vi har sett i spesialisthelsetjenesten på russektoren, som hadde en vekst på omtrent 40 % fra 2003 til 2006, noe som tilsvarer en høyere realvekst enn det vi har sett i Oslo Kommune.

I følge Evalueringen av rusreformen fra IRIS gjennomførte Oslo Kommune, justert for overføringen, parallelt med rusreformen en nedbemanning fra 454,5 årsverk før reformen til 422,2 årsverk i 2005. Men parallelt skjedde det en mindre netto økning i personellutgifter i sosialtjenesten. Dette kan likevel stemme med nedleggelse av Furuset omsorgssenter og Bergensgata hybelhus.

Ser vi på utviklingen i personaldekning i Rusmiddeletaten kan det i perioden se ut som om det har vært en vekst som samsvarer relativt godt med en aktivitetsvekst på omtrent 10 %.

⁵⁰ Basert på årsberetninger for rusmiddeletaten

Tabell 9.2: Årsverk i rusmiddeletaten i Oslo

Ordinære stillinger	31.12.03	31.12.04	31.12.05	31.12.06	31.12. 07
Årsverk	639,5	411,3	422,4	430	449

I tillegg til de ordinære stillingene er det et ikke ubetydelig omfang av prosjektstillinger i Rusmiddeletaten. De siste årene har mellom 25 og 40 årsverk vært besatt med prosjektstillinger. Dette er i seg selv et problem vi ikke går nærmere inn på, men det er ikke heldig at mye ny aktivitet utvikles som prosjekt istedenfor som permanente tiltak. I stor grad skyldes dette måten sektoren finansieres på, og mangelen på klar utviklet politiske linjert for hvordan sektoren skal prioritere. Vi oppfatter også at dette er et uttrykk for at de politiske myndighetene, spesielt på nasjonalt nivå, synes det er vanskelig med klare politiske føringer på dette området.

Også i Oslo kan det se ut som om døgnplasser er relativt lavt prioritert når en prioriterer innenfor aktivitetsøkning på russektoren. Ser vi på utviklingen av døgnplasser vil vi se at det har vært omtrent stillstand etter rusreformen.

Tabell 9.3: Døgnplasser innefor russektoren i Oslo

	2004	2005	2006	2007
Private og kommunale døgnplasser	742	733	740	747

10 Behov for utvidet kapasitet akuttavgiftning

En av flaskehalsene når vi vurderer tilbudet til behandling av rusmiddelavhengighet, er mulighetene og kapasiteten i forhold til akuttavgiftning, spesielt i Oslo. Faglig vurdert er dette et område der også KRA (Klinikk Rus og Avhengighet) og AUS (Aker Universitetssykehus) vurderer kapasiteten til å være alt for lav. I Årlig melding 2007 fra AUS heter det:

”AUS ønsker å videreutvikle spesialisert rusbehandling. Til tross for gjennomførte kvalitetshevende tiltak og funksjonsfordeling mellom alkohol og narkotikaavgiftning, er det fortsatt vanskelig å ivareta forsvarlighetskravene fullt ut. AUS vil arbeide for opprettelsen av en ”Rusakutt-enhet” for å oppnå akutt rusbehandling med mer helhetlige og sammenhengende pasientforløp, mer forskning, fagutvikling og samhandling med så vel øvrig spesialisthelsetjeneste som kommunenes helse- og sosialtjenester.”

Dette understrekes ytterligere hvis vi ser på det forslaget til opprettelse av ny rusakutt som er utarbeidet av KRA. Her betones det sterkt at opprettelsen av en ny rusakutt er helt nødvendig for å sikre et tjenestetilbud på linje med det som er nødvendig hvis en skal gjennomføre intensjonene i det Stortinget ønsket ved at det vedtok Rusreformen.⁵¹

”Etablering av en ”Rusakutt” er en forutsetning for å sikre et tjenestetilbud som har kapasitet og kvalitet i tråd med de føringene Stortinget ga gjennom etableringen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling som et eget og likeverdig tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. Både kvalitetsmessig og rent økonomisk vil ”Rusakutten” kunne ha positive synergier for all akutt rusbehandling i Oslo og Akershus.”

I vårt arbeid med denne rapporten har vi fått tilgang på hvor mange ganger oppsøkende tjeneste i Oslo har blitt avvist når de har forsøkt å få folk innlagt på Montebello eller Storgata, som er de to enhetene som primært skal ta seg av akutt behandling av avrusning fra alkohol og medikamenter. Statistikken tar for seg perioden etter at M3 (Maridalsveien 3) ble lagt ned i april 2006 og samordnet med Akuttinstitusjonen Ullevål, som nå primært er innrettet mot narkotika. Oppsøkende tjenestes erfaring er at kapasiteten til å ta imot øyeblikkelig innleggelse fra dette tidspunktet ble dramatisk vanskeligere, noe som er grunnlaget for at man begynte å føre oversikt over avvísninger.

⁵¹ Notat til Helse Sør-Øst fra Klinikk Rus og Avhengighet, AUS, 19/9 - 2007

I 2006 ser oversikten over avvisninger slik ut⁵²:

Tabell 10.1: Registrerte avvisninger på henvendelse fra Oppsøkende tjeneste 2006

	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	1-15 November	15. nov ut året	Sum
Storgata	56	60	37	42	27	31	19	10	282
Montebello	59	57	46	43	23	37	18	11	294

I stor grad dreier dette seg om personer som oppsøkende har forsøkt å få innlagt både på Storgata og Montebello. Til sammen 576 avvisninger dreier seg derfor om 297 personer, enkelte av dem kan også ha blitt forsøkt innlagt flere ganger på ulike tidspunkt gjennom året. I samme periode ble også oppsøkende tjeneste avvist 23 ganger fra akuttinstitusjonen Ullevål, og 141 ganger fra enheter i Oslo kommune. I samme periode bisto oppsøkende med til sammen 173 innleggelses på Storgata og Montebello.

Som vi har redegjort for i kapittel 8 har inntakspraksisen på både Montebello og Storgata blitt betydelig endret etter at enhetene ble overført til spesialisthelsetjenesten. Samtidig med det store omfanget av avvisninger, har dette medført færre henvendelser til Storgata og Montebello i 2007. Dette har bidratt til færre avvisninger i 2007. Det store omfanget av avvisninger gjør i seg selv at antall avvisninger synker. Møtes man med en stengt dør tilstrekkelig mange ganger slutter en å forsøke å få til inntak.

I et forsøk på å avhjelpe noen av problemene endret KRA rutine slik at det ble en skarpere avgrensning av at Storgata og Montebello skulle ta seg av alkohol og medikamenter, Ullevål narkotika. Denne avgrensningen kom i oktober 2007, og det kan foreløpig virke som om det har medført en noe bedret situasjon for mottaket på Montebello og Storgata. Det er viktig å være oppmerksom på at oppsøkende tjenester tradisjonelt har noe færre personer de må sikre i forhold til øyeblikkelig henvisning til avrusning utover vinteren. Det er en tendens til at en del av rusmiddelmissbrukerne trekker innendørs om vinteren og således ikke så hyppig er i kontakt med oppsøkende.

Men også i 2007 er det et betydelig antall avvisninger:

Tabell 10.2: Registrerte avvisninger på henvendelse fra Oppsøkende tjeneste 2007

	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Sum
Storgata	19	15	16	0	21	8	28	30	19	6	5	1	168
Montebello	17	13	12	0	19	11	23	25	14	9	4	1	148

⁵² Oppsummeringen baserer seg på ukestall, bortsett fra årets siste 6 uker som er sett under ett. Fordeling pr. måned kan derfor være noe unøyaktig

Dette viser tydelig at det er et sterkt behov for utvidelse av kapasiteten.

11 Forslag om ny rusakutt

Et sentralt forslag som er fremmet både i hovedstadsprosessen og tidligere er å opprette en ny rusakutt i Oslo Sentrum. Helse Sør-Øst erkjenner i sine strategiske planer at det er et betydelig behov for samordning og utvidelse av kapasitet på området rusakutt. Både som en del av Klinikk Rus og Avhengighet og som et sentralt innspill i den prosessen som nå pågår rundt hvordan sykehussektoren i hovedstadsområdet skal organiseres ligger et forslag om rusakutt. Her skal vi først gjengi hovedinnholdet i forslaget for så å vurdere om vi tror dette er et riktig forslag for å løse en del av de problemene vi har beskrevet i denne rapporten, spesielt i forhold til det som kan rommes i begrepet ”sosial avrusning”.

Basis for vår beskrivelse er et notat fra Klinikk Rus og Avhengighet, AUS til Helse Sør-Øst Hovedstadsprosessen, saksbehandlere Føyn/Harwiss. Notatet går gjennom bakgrunnen for behovet for en ny rusakutt og beskriver den utviklingsprosessen initiativtakerne mener har vært nødvendig for å utvikle avgiftningsapparatet slik at ”dette tilbudet er på vei mot faglig forsvarlighet”. De går så gjennom begrensningene i dette arbeidet:

- *”det er ikke tilført døgntilbudet økonomiske ressurser til å finansiere nødvendig personell*
- *det er blitt tildelt for få legehjemler fra Nasjonalt råd for legefordeling*
- *det er mangel på de rette fagfolkene med riktig kompetanse, spesielt i forhold til legespesialister, psykologspesialister og spesialsykepleier*
- *rus og avhengighetsmedisin er ikke en egen medisinsk spesialitet”*

Etter så å slå fast at rusmiddelavhengige i Oslo og Akershus ikke har et godt nok tilbud ved behov for øyeblikkelig avrusning, både med hensyn til kapasitet og forsvarlighet, gjengis en del punkter fra strategiplanen til Aker Universitetssykehus:

- *”Det bør etableres en ny akutenhet for rusmiddelavhengige i Oslo og Akershus (”Rusakutten”) som sikrer alle pasienter en faglig forsvarlig vurdering og ivaretagelse ved mulig behov for akutt avgiftning.*
- *Eksisterende avgiftningsenheter bør utvikles til å bli spesialiserte avgiftning- og utredningsenheter med utvidet liggetid og ambulante arbeidsformer.*
- *Det bør etableres et eget avgiftningstilbud for unge under 24 år og/eller lett eksponerte misbrukere.*
- *Det bør etableres et ambulant team ved ”Rusakutten” som sikrer et fleksibelt tilbud og bidrar til sammenhengende pasientforløp.*
- *I tilknytning til ”Rusakutten” bør det etableres en liasontjeneste (konsultativt team for råd og veiledning) som sikrer at pasienter som blir innlagt i somatiske og psykiatriske enheter ved sykehusene i Oslo og Akershus får tilbud om rusfaglig oppfølging etter innleggelse for intoxicasjoner”*

Som en del av begrunnelsen for å ha et inntaksområde som dekker både Oslo og Akershus refereres det til at verken Sykehuset Asker og Bærum eller Akershus

Universitetssykehus har et akutt avgiftningstilbud. Sykehuset Asker og Bærum (AURA, 8 plasser) har et tilbud for planlagt avgiftning og AHUS har 10 plasser til pasienter som bruker illegale rusmidler på Lurud og 17 plasser på klosteret for pasienter som bruker alkohol og medikamenter.

Konkret foreslås det at tilbudet skal bygges opp med følgende enheter:

”Rusakutten bør bestå av

- *poliklinisk enhet med tilhørende*
 - *liasonteam og*
 - *ambulant team*

observasjonsenhet med 20 senger fordelt på to poster”

En viktig del av arbeidet blir å formidle pasienter videre til det øvrige apparatet i spesialisthelsetjenesten, både innenfor rus, somatikk og psykiatri. Det legges stor vekt på å håndtere pasienter med såkalt komorbide tilstander, dvs. pasienter som i tillegg til sin rusmiddelavhengighet også har alvorlige somatiske og psykiatriske lidelser, noe mange rusmiddelavhengige har.

Den foreslåtte rusakutten er planlagt med en målsetting om å være tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Kostnadsberegning og bemanningsbehov er beregnet med utgangspunkt i at enheten skal være lokalisert i nærheten av et somatisk akuttmottak. Bemanningsbehovet er anslått til 160 årsverk, med et lønnsbehov på ca. 96 millioner, beregnet ut fra gjennomsnittslønn i turnus. Det er da foreslått at det skal være legespesialister, leger i spesialisering, spesialsykepleiere, psykologer, samt sosialfaglige spesialister og medarbeidere. Med utgangspunkt i erfaringstall tilsier et lønnsbehov på 96 millioner at totale driftskostnader vil ligge på omtrent 120 millioner. Kostnadene ved bygg anslås til mellom 60 og 125 millioner, avhengig av om det er snakk om nybygg eller ombygging.

11.1 Innbyggerinitiativ for ny avrusningsenhet i Oslo

Før vi går videre i en vurdering av forslaget om rusakutt vil se litt på et initiativ⁵³ Rusbrukernes Interesseorganisasjon og Sosiale Institusjoners Fagforening tok i fjor for å bedre avrusningssituasjonen for Oslos innbyggere. Med bakgrunn i at de opplever situasjonen som vesentlig vanskeligere etter rusreformen tok de initiativ til en underskriftsliste for å ta opp behovet for avrusning i bystyret i Oslo. Vi gjengir her underskriftslisten i sin helhet⁵⁴:

”Innbyggerinitiativ for å bedre avrusningssituasjonen for Oslos innbyggere.

Begrunnelse:

Avrusningssituasjonen for Oslos innbyggere er katastrofalt forværret etter at rusreformen ble iverksatt i 2004

⁵³ Innbyggerne i Oslo kan få opp en sak i bystyret, et såkalt innbyggerinitiativ. Dette krever underskrift av minst 300 innbyggere bosatt i Oslo

⁵⁴ www.sosiale.no

På henvendelser om avrusning blir det nå ikke sjelden gitt time for oppmøte på akuttinstitusjonene 14 dager etter henvendelsen. Dette er et uakseptabelt svar på et akutt behov. Dette er en praksis som er uverdigg, som forværrer en vanskelig situasjon og som er helseskadelig. Dette er den virkeligheten som brukere og ansatte nå må forholde seg til. Akuttinstitusjonene i Oslo i dag skal dekke et mye større geografisk område etter omleggingen av denne delen av rusomsorgen i byen, dette medfører at kapasiteten til Oslo's innbyggere er tilsvarende redusert.

Undertegnede vil derfor reise følgende forslag:

Bystyret fatter vedtak om opprettelse av en ny akuttinstitusjon for sosial avrusning til byens innbyggere.

Det tas utgangspunkt i Akuttinstitusjonen Storgatas tidligere mandat, funksjon og praksis ved utarbeidelse av dette tilbudet”

Innbyggerinitiativet ble ikke spesielt godt mottatt. I saksframlegget til forretningsutvalget i kommunen foreslås det å avvise forslaget med følgende begrunnelse⁵⁵:

”Hovedkriteriet i kommunelovens § 39 a om retten til å fremme innbyggerinitiativ er at forslaget må gjelde kommunens virksomhet. Siden forslaget omhandler akutt avrusning som gjennom rusreformen ble definert som et statlig ansvar, kan forslaget ikke fremmes under innbyggerinitiativinstittet. Forslaget antas derfor å måtte avvises på formelt grunnlag da hovedkriteriet ”kommunens virksomhet” ikke er oppfylt”

Ved behandling i bystyret ble innstillingen tatt til følge mot 2 stemmer. RV (nå Rødt) fremmet et forslag om å sende saken til helse- og sosialkomiteen som bare fikk partiets egne stemmer.

11.2 Vil en ny rusakutt dekke innbyggerinitiativet ønsker?

Det mest interessante her er ikke om bystyret har rett i sin tolkning av hva som er kommunens ansvarsområde, men at den viser at det er et betydelig sprik mellom det kommunen oppfatter som sitt ansvar og det Helse Sør-Øst oppfatter at er kommunens ansvar. Forslaget til ny rusakutt avgrensner seg helt klart mot at akuttten skal dekke det behovet som primært etterlyses i innbyggerinitiativet om såkalt sosial avrusning. I forslaget om ny rusakutt forutsettes det at kommunen tar sitt ansvar:

”Avgiftningsenhetene skal nå, som følge av rusreformen, gi tilbud om tverrfaglig spesialisert behandling. Dette innebærer at terskelen inn til behandling og selve avgiftningstilbudet nå er forskjellig fra den gangen tilbudet om avgiftning var hjemlet i Lov om sosiale tjenester. Det er derfor av avgjørende betydning at det bygges opp fleksible og tilgjengelige kommunale helse- og sosialtjenester, slik at spesialisthelsetjenesten supplerer og ikke erstatter det kommunale tilbudet”

⁵⁵ Sak til forretningsutvalget. Saksbehandler Hans-Olav Toft 7/8 – 07 www.oslo.kommune.no

Dette er helt i overensstemmelse med Helse Østs strategiske plan fra 2003, som helt klart vektlegger at det er kommunen som må ta ansvar for ”sosial avrusning”⁵⁶:

”Vedtakene om rusreform II kan medføre at spesialisthelsetjenesten overtar fylkeskommunale tilbud som driver ”sosial avrusning”. I så fall må Helse Øst i dialog med kommunen søke å finne løsninger slik at spesialisthelsetjenesten ikke bruker ressurser på dette.”

Det kan således se ut som om forslaget til ny rusakutt, på tross av dens størrelse og i russammenheng relativt store bemanning og ressursbruk, ikke vil løse behovene for enkelte av de gruppene som har fått et dårligere tilbud etter at rusreformen ble gjennomført. Skal disse problemene løses må det bli slutt på det uverdige svartepersillet mellom staten og Oslo kommune.

11.3 Det er behov for ny rusakutt

De Facto mener at det er et skrikende behov for en ny rusakutt. Men skal den dekke det behovet som finnes må det være en forutsetning at den dekker hele behovet, fra såkalt ”sosial avrusning” til de mest komplekse komorbide tilstandene. En helt sentral prøvestein på om dette fungerer vil være at ingen skal bli avvist. Tilbudet må dekke alle former for akutt avrusning, uavhengig av diskusjonen om dette er kommunens eller spesialisthelsetjenestens ansvar. Den må også ha tilgang på sengeplasser som dekker hele spekteret av behov. En forutsetning for at det skal fungere er også at den lokaliseres i nærheten av et somatisk akuttmottak. Den må også kunne dekke akutte behov for mange av de rusmiddelmissbrukerne som nå blir sendt ut av Oslo, fordi Oslo Kommune har utviklet en praksis med hjemsendelse istedenfor seng for personer uten bostedadresse i kommunen.

Men det er flere problemer knyttet til KRAs forslag om en ny rusakutt med de foreslåtte dimensjoner. I tillegg til avgrensningen mot kommunens ansvarsområde, er den så ressurskrevende at det trolig med rette finnes en risiko for at den går på bekostning av allerede etablerte tiltak i Helse Sør-Øst og kan representere en geografisk sentralisering til hovedstaden på bekostning av resten av distriktet. Nå finnes det mange grunner til at Oslos situasjon er spesiell. Relativt sett er omfanget av mye rusmiddelmissbruk større i Oslo enn i resten av landet, Oslo trekker også til seg en del misbrukere.

Vi tror likevel at den beste løsningen er at en ny rusakutt finansieres ved tilførsel av friske midler. I denne rapporten har vi sett hvordan behovene for ressurser knyttet til opptrappingsplanen for rus er vesentlig større enn de nåværende bevilgningene. Et forslag om ny rusakutt bør derfor oppfylle følgende kriterier:

- Tilbudet skal fange hele spekteret av behov for akutt innleggelse, uavhengig av hva som er kommunens eller statens ansvar
- Tilbudet skal ha en primær innretning mot Oslo og Akershus, men i prinsippet være tilgjengelig for alle

⁵⁶ Helse Øst ” Strategisk plan for behandlingstilbudene til rusmiddelavhengige” side 18

- Finansieringen bør skje ved tilførsel av nye midler, slik sikres det at tilbudet blir en reell opptrapping på rusfeltet
- Videre innleggelse og formidling må skje både til spesialisthelsetjenesten og til kommunene

Vi vil ikke her ta stilling til størrelse på akuttten, den videre planlegging må skje i et nært samarbeid mellom Helse Sør-Øst, Oslo Kommune, fagforeninger, brukerorganisasjoner og andre berørte kommuner. Helt avgjørende for å lykkes er det at den konkrete utformingen kommer som et resultat av en bred og involverende prosess.

11.4 Rusakutt og ambulante team

Som nevnt fremgår det av strategiplanen til Aker Universitetssykehus at det ved en eventuell ”Rusakutt” også bør etableres et ambulante team som skal sikre et fleksibelt tilbud og bidra til sammenhengende pasientforløp”. Hva menes imidlertid med ambulante team?

Historisk sett har ambulante team sine røtter i såkalt ambulante arbeid som beskrives som ulike former for forebyggende og/eller behandlende oppsøkende virksomhet som foregår utenfor kontorene, fortrinnsvis på målgruppas ulike arenaer⁵⁷. Når Stiftelsen GRUK på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet i 2004 ble bedt om å foreta en kartlegging av denne typen arbeid i Norge er det interessant å merke seg at de veksler mellom å bruke begrepene ambulante og oppsøkende arbeid og at det er begrepet som brukes når de historiske røttene trekkes så langt tilbake som på slutten av 1960-tallet. I den sammenheng påpekes det at oppsøkende arbeid er en arbeidsform innenfor sosialt arbeid som ofte har vært organisert som utekontakter eller felteam, som tradisjonelt har bfunnet seg innenfor det kommunale tjenestoområdet⁵⁸.

I overnevnte kartlegging oppgis Uteseksjonen, Oppsøkende Koordinerende Tjenester (OKT), Frelsesarmeen, Bydel Grünerløkka som sentrale ambulante aktører i Oslo. Eksempelvis beskrives OKT som en byomfattende tjeneste som innbefatter bistand til Oslos innbyggere med akutte rusrelaterte problemer, uansett sted, alder eller rusmiddel. Gjennom tiår har OKT utført oppsøkende virksomhet i det sentrale sentrums rusmiljøer samt at de også har foretatt hjemmebesøk. OKT har ført tilsyn med byens rusmiljøer noe som har gitt dem en unik kunnskap om og oversikt over enkeltindivider som ønsker og trenger bistand eller husvære. I tillegg har OKT også en egen tiltaksavdeling som utøver oppfølging av klienter med tung sosial helsemessig tilleggsproblematikk. Arbeidet til OKT er ikke lovpålagt, men som det skrives tar de ”... seg av det arbeidet ingen andre tar tak i”.

Uten å gå i detalj organiserer OKT sitt oppsøkende arbeid gjennom såkalte lag. Det vil si at det alltid er to som går sammen og at det alltid er to lag ute på oppdrag, hvorav ett av dem har med seg en sykepleier. Fordelingen av oppdragene dreies etter hvorvidt oppdraget forentes å være av stor helsefaglig eller sosialfaglig karakter. De ansatte i OKT arbeider i ulike team med mottak, akuttavdeling, tiltaksavdeling,

⁵⁷ Ambulante team i rusomsorg og psykisk helsevern. Gruk Rapport nr. 6-2004.

⁵⁸ Ibid

kartlegging og dokumentasjon og prosjekt hjemsendelse. Disse teamene er sammensatt av mange ulike typer yrkesgrupper, både sykepleiere, sosionomer, personer med lang realkompetanse, barnevernspedagoger mfl. Noe av det mest positive med tjenestene de utfører er at de beskrives som tilgjengelige på gatenivå og at de oppleves som uførlige og ubyråkratiserte. Faktum er at dette har blitt beskrevet som en "nødvendighet" fordi klientene har en så ustrukturert livsstil. OKT har tradisjonelt tatt seg av de som faller gjennom i de øvrige hjelpeapparatene. En av de sentrale innvendingene mot OKT er at de ikke har vært tett nok forbundet med resten av tiltaksnettverket slik at de får stadige tilbakefall. Det betyr at de gang på gang må iverksette de samme tiltakene overfor de samme klientene, det være seg hyppige reinnleggelses, transport til og fra steder, hjemsendelser etc⁵⁹. Vi vil bemerke at å motivere for behandling kan virke som en håpløs oppgave når ventelistene er lange og avvising synes å være mer regelen enn unntaket.

Det er noen i øyenfallende forskjeller i de ambulante tjenestene som kartlegges i overnevnte rapport og de ambulante teamene som Aker universitetssykehus beskriver⁶⁰. Selv om også disse er ment å skulle møte pasientene i deres eget miljø er tilnærmingen til pasientgruppen annerledes, både i innhold og i form av hvem som møter dem. Deres viktigste oppgave sies å være å motivere til behandling. Tidlig intervensjon skal senke terskelen "... slik at unge mennesker føler seg trygge før de møter behandlingsapparatet". Teamet er tverrfaglig og i eksempelet som gis består det av 3 sykepleiere, 2 vernepleiere og en 50 prosent lege.

Svært mye tyder med andre ord på at de ambulante teamene en tenker i forbindelse med "Rusakutten" er bestående av mer helsefaglig personell enn tidligere og deres nedslagsfelt vil være mer begrenset enn for eksempel OKT, som ikke bare begrenser sin virksomhet til motivasjon til behandling, men som også yter (livsnødvendige) bistand til de som ikke lar seg motivere for behandling.

Vi mener det er grunn til å minne om at motivasjon er en kritisk suksessfaktor i arbeidet med å habiliter/rehabiliter rusmisbrukere. Uten egenmotivasjon for behandling vil de ikke kreve sine rettigheter slik rusreformen har lagt til rette for og for en gruppe misbrukere er det grunn til å tro at det kan være svært tidkrevende å opparbeide et slikt eget initiativ. Hvilket ansvar er så de ambulante teamene i tilknytning til Rusakutten tiltenkt for den gruppen av rusmisbrukere som ikke er motivert for å inngå i noe behandlingsprogram? Vil de teamene for eksempel ta ansvar for å oppsøke dem og sørge for at de får et sted å sove av seg rusen? Vi har et bestemt inntrykk av at disse ambulante teamene vil innsnevre sitt ansvarsområde, ikke minst fordi det i spesialisthelsetjenesten, blant annet uttrykt i samtale med Per Føyn i forbindelse med denne utredningen, er en oppfatning om at slike oppholdssteder ikke bidrar til annet enn å opprettholde et rusmisbruk. I så fall tilsier det igjen at de som ikke har ressurser, det være seg i form av nok motivasjon til å la seg behandle, vil komme dårligere ut i fremtiden.

Med dagens rusreform har behandlingsdimensjonen fått en betydelig vektlegging. Dette kom også til uttrykk i Olav Gunnar Ballos innlegg på Fagrådets høringskonferanse 4.2.2008. Her uttalte han at behandlings og omsorgsbegrepet la ulike føringer på tjenestetilbudet og at han ønsket seg vekk fra omsorgsbegrepet. Slik

⁵⁹ Ibid

⁶⁰ www.aus.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=765&iInfold=8502

vi ser det er en slik definisjon bort fra omsorgsbegrepet å frata de svakeste rusmisbrukerne en rettighet de har tilkjempet seg de 10-15 siste årene. En rett til omsorg, respekt og beskyttelse når de ikke har ressursene som kreves for å rehabiliteres til et ”politisk korrekt liv”. Må det imidlertid være enten/eller? Det er klart at en rusmisbruker helsemessig og sosialt er best tjent med å inngå i en behandlingsskjede, men er det ikke respektløst å påtvinge individer behandling de ikke klarer å nyttiggjøre seg, for deretter å stemple dem som håpløse? Blant disse vil det være mennesker med et stort behov for de tjenestene som normalt har vært forbundet med omsorgsbegrepet.

Vi mener det vil være en relativt stor forskjell i det kvalitative tilbudet som de tradisjonelle ambulante tjenestene i Oslo har representert og slik det ambulante teamet i tilknytning til Rusakutten så langt har vært diskutert. I de videre diskusjoner om de ambulante teamenes oppgaver og yrkesmessige sammensetning mener vi derfor det er av største viktighet at de tradisjonelle sosialfaglige tjenestene bringes inn.

11.5 Hvordan skal en ny rusakutt kunne fungere

For at en ny rusakutt skal kunne fungere og være det tilbudet både spesialisthelsetjenesten og kommunen har behov for er det helt nødvendig at styringen av tilbudet ikke må skje fra helseforetaket. Styringen må skje med en sterk vektlegging av det sosialfaglige perspektiv, et perspektiv spesialisthelsetjenesten så langt med sin praksis har vist at de prioriterer ned. Vi frykter at en ny rusakutt, styrt etter de retningslinjer det kan se ut som om spesialisthelsetjenesten legger til grunn, vil skjerpe konfliktene med tiltaksapparatet i Oslo Kommune. For at tiltaket skal være vellykket, og unngå at konflikter blir skjerpet, tror vi det er avgjørende at det sosialfaglige perspektivet tillegges stor vekt.

12 Rett til tak over hodet

For å vurdere hvordan situasjonen er for en del av de som har størst rusproblemer har vi også sett på Oslo kommunes håndtering av tilbud til hjemløse og andre med et akutt behov for tak over hodet. Etter sosialtjenesteloven skal kommunen være behjelpelig med å skaffe de som trenger det tak midlertidig bolig, noe som er en svært viktig rettighet for en del av de tyngste misbrukerne, som ofte er bostedsløse.

I en henvendelse til Sivilombudsmannen beskriver Gatejuristen⁶¹ situasjonen for mange rusmiddelmissbrukere slik⁶²:

”Våre klienter kommer sjelden til oss med konkrete klagesaker på vedtak om avslag på retten til midlertidig husvære, både fordi de opplever å få muntlig avslag og fordi de ikke prioriterer å klage når en natt uten tak over hodet allerede er overstått. Våre klienter erfarer ofte at de blir henvist fra sosialkontorene i bydelene og Sosial vaktjeneste til de enkelte hybelhusene for selv å høre om det finnes et ledig rom til dem. Dersom huset er fullt, gis det ikke et skriftlig vedtak med begrunnelse for avslaget. I stedet registreres vedkommende og henvises til neste hus for å undersøke om de har et ledig rom der. I svært mange tilfeller viser det seg dessverre at det er fullt på samtlige hybelhus, og klienten står både uten tak over hodet og uten vedtak som kan påklages. Vi har sågar opplevd at en klient som har hatt med en forhåndsskrevet klage til sosialkontoret, er blitt spurt av saksbehandleren om han ønsket at saksbehandleren skulle ta vare på klagen når avslaget forelå. Neste dag er den rettslige klageinteressen bortfaldt og klientene blir henvist til å søke om midlertidig bolig for den kommende natten nok en gang. Vi har også sett eksempler på at det henvises fra sosialtjenesten til ”vintertilbud/natthjem” hvor vedkommende kan stille seg i kø for å komme inn kl.21.30 og hvor en må være ute kl. 07.00 neste morgen. Sosialtjenesten anser da sin plikt til å ”finne midlertidig husvære” etter loven for å være oppfylt, selv om det slett ikke er sikkert at det er en ledig seng til vedkommende når han møter.”

Prindsen (Prinds Christian Augusts Minde) er et av flere slike akutt-tilbud i Oslo. Det er et rent overnattingstilbud med 14 sengeplasser. På Rusmiddeletatens hjemmeside beskrives inntaksprosedyre slik:

”Inntaket starter kl. 20.30 og avsluttes kl. 24.00. Brukere møter enten opp på eget initiativ, eller etter råd og tips fra sitt sosialsenter. Brukeren møter selv opp på kvelden og plassene tildeles fortløpende. Ved ankomst tilbys kaffe og matpakke. Brukere av Akutt-tilbudet Prindsen må forlate stedet kl. 07.15 dagen derpå. Det er satt klare begrensninger på hvor ofte tilbudet kan benyttes av den enkelte bruker.”

⁶¹ Gatejuristen er et alternativt rettshjelptiltak som gir gratis juridisk rådgivning til folk med rusproblemer

⁶² Brev fra Gatejuristen v/Cathrine Moksness til Sivilombudsmannen 27/11 - 08

Gatejuristen tar også opp situasjonen for folk som oppholder seg i Oslo, men ikke har bostedsadresse i byen. Praksis overfor denne gruppen er ifølge Gatejuristen enda strammere enn overfor Oslo-borgere. De referer fra et notat fra byrådet til helse- og sosialkomiteen der det heter:

”Akutt plassene ved PCAM (Prinds Christian Augusts Minde) brukes nå av bystyrets vedtatte målgruppe, altså Oslo-tilhørende bostedsløse rusmisbrukere slik det fremgår av bystyrets tidligere vedtak. Jeg kan ikke se at bystyret har vedtatt at akutt plassene skal benyttes til noen andre enn denne målgruppen”

Gatejuristen påpeker at det ikke framgår direkte av notatet hva byrådet mener med ”Oslo-tilhørende”, men ber på denne bakgrunn Sivilombudsmannen undersøke kommunenes og særskilt Oslo kommunes praktisering av sosialtjenestelovens § 4-5 og § 10-1.

Sosialtjenesteloven § 4-5 og § 10-1 sier følgende:

*”Midlertidig husvære. Sosialtjenesten er forpliktet til å finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. (§4-5)
Oppholdskommunens ansvar. Sosialtjenesten skal yte tjenester etter denne loven til alle som oppholder seg i kommunen. (§10-1)*

På bakgrunn av Gatejuristens henvendelse har Sivilombudsmannen 31/1-08 henvendt seg til Oslo Kommune for å få Oslo kommunes håndtering av følgende saksområder:

- Plikt til å finne midlertidig husvære
- Oppholdskommunens ansvar
- Saksbehandlingen
- Klageadgang

Svaret fra Oslo kommune forelå ikke før arbeidet med denne rapporten var avsluttet.

Som Gatejuristen tar opp har Oslo kommune utviklet en praksis med at rusmiddelmisbrukere ofte sendes hjem. I mange tilfelle kan det være en rasjonell håndtering av problemene, som lettere kan ivaretas av hjemkommune. Samtidig vil ikke det bestandig være situasjonen, hvordan hvert enkelte tilfelle skal håndteres krever stor grad av skjønn, erfaring og menneskekunnskap. I vårt arbeid med denne rapporten har vi i flere samtaler fått referert klare muntlige beskjeder gitt til medarbeiderne i rusmiddeletaten om prioritering av hjemsendelse og en sterk innskjerping av at det skal mye til å få opphold ved byens akuttovernatningssteder. Samtidig er det også innført en praksis med arbeidet med egenbetaling for akuttovernatting⁶³, kr. 109,- for å disponere en seng en natt. Begge deler kan virke som en svært tvilsom praksis i forhold til lov om sosiale tjenester.

Innskjerping av at Oslos tiltak er ment kun for Oslos innbyggere kan også leses ut av brev sendt fra Rusmiddeletatens Avdeling for kommunale tjenester til

⁶³ Saksframlegg til sosialkomiteen 8/1 – 2008 fra Erling Folkvord (Rødt)

Rusmiddeletatens institusjoner 10/8 – 07. Beskjeden skal formidles til alle ansatte. Her heter det om utenbys brukere:

”Som kjent er Rusmiddeletaten en byomfattende virksomhet for Oslo kommunes innbyggere med rusrelaterte problemer. Innsøking i Rusmiddeletatens tiltak skal skje fra sosialtjenesten i Oslo. Administrasjonen vil presisere at ingen tjenestesteder/tjenesteleder har fullmakt til å tilby plass til utenbys søkere, selv om vedkommende hjemstedskommune betaler for oppholdet. Utenbys henvendelser om plass i Rusmiddeletatens tiltak skal avvises, eventuelt henvises til administrasjonen v/Søknads- og informasjonsenheten (SØI). Egen rutine for disponering og bruk av akutt plassene er under utarbeidelse.”

Noen slik rutine er så langt vi har fått opplysninger om ikke utarbeidet.

Oslos praksis kan vurderes i forhold til tolkninger av lovverket om midlertidig husvære som Sosial- og helsedirektoratet gjør i et brev til Fylkesmannen i Vest-Agder 24/10 – 07. SHD skriver bl.a.:

”Etter sosialtjenestelovens § 4-5 er sosialtjenesten forpliktet til å finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. Plikten etter §4-5 er en naturalytelse og ikke en pengeytelse, slik at sosialtjenesten rent faktisk må finne midlertidig husvære.

...

Direktoratet presiserer at det å ha et sted å sove og oppholde seg det neste døgn er en livsnødvendighet, og mangel på dette er i seg selv en nødssituasjon.

....

Direktoratet mener videre at losji der beboerne er utestengt fra boligen store deler av døgnet ikke fyller kravene til midlertidig husvære i § 4-5. Dette gjelder særlig dersom det er usikkert om man får sove på samme sted neste natt, og følgelig må bære med seg sine eiendeler. Denne type utestengning gjør det vanskelig for beboerne å kunne delta i alminnelige daglige aktiviteter eller arbeid, jfr. lovens formål om å kunne leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

.....

Dersom beboerne må ut på dagtid mot sin vilje, uten at de tilbys annet husvære, er direktoratet enig med Helsetilsynet i at det vil være brudd på kravene til forsvarlig standard. Det vises til Helsetilsynets oppsummering fra landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere.”

Oslo kommunes praksis med akutt plasser som åpner om kvelden og der du må ut neste morgen bryter åpenbart mot den forståelse av loven som SHD har, og det må ryddes opp i disse forholdene.

12.1 Behov for et utvidet differensiert tilbud

Dagsavisen har 29 mars i år et oppslag om en 19-åring som døde mens han oppholdt seg på Ila hybelhus. Tilbudet er for bostedsløse mannlige rusmiddelmissbrukere over 18 år, men ”av miljømessige hensyn anser vi at institusjonen er lite/dårlig egnet for klienter under 23 år” er beskrivelsen det får på Oslo Kommunes hjemmesider. I samme oppslag beskrives hvordan mangelen på målrettede tiltak og tilbud medfører at unge rusmiddelmissbrukere havner på tiltak ment for eldre rusmiddelmissbrukere. 19-åringen som døde hadde en periode også vært knyttet til EXIT, et nyåpnet tilbud med 8 plasser (høsten 2007) i Oslo Kommune innrettet mot unge med et begynnende rusmiddelmissbruk. EXIT er et korttidstilbud (maks 3 uker), men 19-åringen fikk i vinter en periode bo der lenger i mangel av bedre tilbud. Både dødsfallet og mulighetene EXIT hadde til å hjelpe viser behovet for at det trengs et utvidet og mer differensiert tilbud både innenfor Oslo Kommune og i Helse Sør-Øst. I dag havner rusmiddelmissbrukere i tiltak som ikke er målrettet i forhold til de problemene de har, fordi tilbudet ikke er godt nok. Dette illustrerer behovet for en reell opptrappingsplan på rusfeltet som omfatter både det som i dag er inn under kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke bare behov for samordning, det finnes også et behov for et utvidet tilbud.

13 Hovedstadsprosessen for rusområdet

Hovedstadsprosessen er samlebetegnelse på et prosjekt der Helse Sør-Øst ser på utvikling og organisering av hele spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet. Den er en delprosess innenfor et omfattende arbeid som er inndelt i 5 områder, vedtatt på styremøte i Helse Sør-Øst i september 2007:

- Sykehusstruktur, funksjons- og oppgavefordeling med særlig vekt på spesialisthelsetjenestene i hovedstadsområdet (Hovedstadsprosessen)
- Forskning
- Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner
- Kunnskapshåndtering og beste praksis
- Mobilisering av medarbeidere og ledere

Rusfeltet er så igjen et underprosjekt under delprosjektet lokalsykehus i hovedstadsprosessen. Lokalsykehus er et av flere delprosjekt, delprosjektene er i følge hovedstadsprosessens organisasjonskart følgende:

- Struktur og kapasitet
- Spesialiserte funksjoner
- Lokal sykehus
- Universitetsfunksjoner
- Sykehusapotekene
- Medisinsk støtte

Hovedstadsområdet er i utgangspunkt definert til det området som er dekket av Oslo, Akershus, samt helseforetakene i Buskerud og Østfold. På rusområdet har man likevel valgt å involvere hele området som nå er innenfor Helse Sør-Øst.

Vi skal ikke i denne rapporten gi en samlet oversikt over hele prosessen, men ta opp noen temaer knyttet spesielt prosessen som helhet og rusfeltet. Det er viktig å være klar over at rus er en liten del av spesialisthelsetjenesten, og fort drukner i det øvrige tilbudet. Rus representerer bare ca. 2-3 % av den samlede ressursbruken innenfor spesialisthelsetjenesten i Norge.

13.1 Utilstrekkelig perspektiv

Sjansen er stor for at hovedstadsprosessen på tross av sitt omfattende perspektiv vil bidra til å sementere problemene innenfor russektoren. Hovedstadsprosessens innfallsvinkel er hvordan spesialisthelsetjenesten skal organiseres. Det som vil vært et svar på de reelle problemene ville vært en mer omfattende prosess som så på hvordan rusfeltet skulle organiseres, med utgangspunkt i å skape en reelt sammenhengende tjeneste som omfattet hele tilbudet for rusmiddelmissbrukere, både bolig , omsorgstjenester og rene spesialisthelsetjenester.

For å lykkes med en slik prosess hadde det vært nødvendig med en helt annen involvering av kommunene, og et vesentlig bredere perspektiv. Nå foreligger det en betydelig risiko for at hovedstadsprosessen vil medføre enkelte endringer som bidrar til å øke frustrasjonen ved stadige omstillinger. Derved vil prosessen blokkere for å gjøre mer omfattende forsøk på å gå i dybden på hva slags reformer rusområdet egentlig trenger for å etablere en helt annen og mer omfattende plattform for samhandling i hele tiltakskjeden. Kommunene er i dag riktignok trukket inn i arbeidet, men i praksis blir det bare med muligheter for å komme med svært begrensede innspill.

Alle synes å være enig om at et av de største problemene på rusområdet er manglende samhandling. Vår vurdering i arbeidet med denne rapporten er det samme, det er store mangler i samhandlingen mellom de forskjellige forvaltningsnivåene. Skal det løses burde det være det naturlige utgangspunktet for en mye bredere prosess enn det hovedstadsprosessen i dag er.

Dette kommer i tillegg til at hovedstadsprosessen, også innenfor sin egne rammer om primært å se på organisering av spesialisthelsetjenesten har satt sterke begrensninger på eget arbeid ved at man bl.a. har avskåret seg fra muligheten til å se på Rus organisert som eget foretak eller som eget foretak sammen med psykiatri.

13.2 Involvering

Fra ledelsen i Helse Sør-Øst er det en klart uttrykt målsetting å involvere både brukere og ansatte i prosessen. Dette er krevende i en så stor organisasjon som Helse Sør-Øst, som til sammen har ca. 69 000 ansatte. I tillegg er forutsetningen for en vellykket prosess at også kommunene involveres i hva helseregionen gjør, både innenfor somatikk, psykiatri og rus er et godt samarbeid med kommunen en forutsetning for å lykkes.

Med en slik målsetting ble det lagt opp til en alt for hurtig gjennomføring av prosessen. Hovedstadsprosessen ble igangsatt i september i fjor, og slik vi forstår det var det en administrativt oppnevnt arbeidsgruppe som arbeidet fram det styredokumentet som la grunnlag for videre prosess. Arbeidsgruppa arbeidet med såkalte dialogmøter med involverte parter, som brukere, tillitsvalgte, kommuner og andre involverte. Ut fra vår erfaring kommer man da skeivt ut fra hoppet, en svært viktig del av en vellykket omstillingsprosess i forhold til ansatte er at de ansatte også får være med på å bestemme premissene for det som skal utredes gjennom prosjektarbeidet. Det er verdt å merke seg at to sentrale forslag på rusområdet ble stanset allerede før de kunne bli en del av prosjektarbeidet. Forslag om å gjøre rus og psykiatri til et felles foretak for hele området, ble i praksis stoppet på styremøte i desember 2007, før arbeidet med selve hovedstadsprosessen egentlig hadde kommet i gang. I saksframlegg til styret i desember heter det (side 10):

”I innledningen til hovedstadsprosessen har det fremkommet synspunkter på at psykiatriske helsetjenester og rusbehandling bør skilles ut og samles i egne foretak/sykehus. Argumenter som taler for dette er ønske om å konsentrere ressurser og fagligutvikling og få mer slagkraftige enheter. I Stockholm er tjenestene organisert for seg med egen overordnet faglig ledelse. I København er rusbehandling organisert utenfor spesialisthelsetjenesten. I tidligere Helse Øst og spesielt i hovedstadsområdet har en siden 2002 arbeidet med en klar målsetting om å samorganisere og fortrinnsvis også samlokalisere somatiske og psykiatriske helsetjenester og rusbehandling. Selv om ikke disse prosessene i alle deler oppleves vellykkede, er det vanskelig å se at dette bør reverseres. Spesielt med tanke på å tydeliggjøre lokalsykehusfunksjoner i hovedstadsområdet, kan det vanskelig tenkes at ikke psykisk helsevern og rusbehandling skal være sentrale deler i slik gjennomgang.”

Så fortsetter saksframlegget med å legge fram mange argumenter for at en slik samorganisering er ønskelig, både ut fra distriktpolitiske hensyn og av hensyn til et samlet tilbud overfor pasienter. Og slike argumenter finnes, som det finnes argumenter for andre typer organisering. Vi tror allikevel det er en kraftig svekking av legitimiteten til en prosess som kan få store og dramatiske følger med for eksempel nedleggelse av sykehus som konsekvens, at man avgrenser seg fra viktige problemstillinger før prosessen i det hele tatt er startet opp. Som saksframlegget selv sier er det ikke alle deler av den prosessen man har vært gjennom siden Staten overtok spesialisthelsetjenesten som har vært vellykket. Ledelsen i Helse Sør-Øst burde derfor benyttet anledningen, når man likevel legger opp til et så stort prosjekt som hovedstadsprosessen er, til også å se på andre organisasjonsformer. Dette blir dobbelt ille fordi denne avgrensningen vedtas før de tillitsvalgte blir involvert i selve prosjektet. De tillitsvalgte fikk ikke oppnevnt sine representanter i prosjektgruppene før i slutten av januar, noe som gjør hele prosessen enda mer heseblesende enn den i utgangspunkt måtte bli. Når vi da vet at det legges opp til at neste viktige milepæl i prosessen er allerede i april, med styrebehandling av forslag⁶⁴ om sykehusområder, regioner og prinsipper for organisering av lokalsykehusfunksjoner, gir dette involverte parter, inklusive fagorganisasjonene, svært dårlig tid til å behandle de forskjellige forslagene.

Den videre framdrift av hovedstadsprosessen er i korte trekk følgende:

- April – styremøte i Helse Sør-Øst med innstilling rundt sykehusområder m.m.
- Juni – styret behandler samlet forslag til inndeling i sykehusområder og helseforetak. Forslaget sendes ut på bred høring.
- Oktober – styret fatter endelig vedtak

De Factos vurdering er at involvering av tillitsvalgte, brukere og andre interessenter kom altfor sent i gang, og at møter ofte er innkalt på svært kort varsel, noe som har gjort det vanskelig for alle involverte å dra med seg egen organisasjon i det omfang som er ønskelig. I tillegg virker det svært uheldig at man på et tidlig tidspunkt i prosessen har avgrenset seg fra viktige problemstillinger. Når det er sagt vil vi også rose prosessen for å ha blitt mer åpen og involverende underveis, og det er også mulig for utenforstående og alle innbyggere å følge med på viktige deler av arbeidet gjennom den informasjon som legges ut på internett. I arbeidet med denne rapporten

⁶⁴ Presentasjon av hovedstadsprosessen, www.helse-sorost.no

har vi også fått anledning til å delta på oppsummeringen av et av dialogmøtene i underprosjektet om rus, noe som var svært nyttig.

13.3 Felles foretak rus og psykiatri

Innenfor spesialisthelsetjenesten er det en løpende diskusjon hvordan feltet skal organiseres. En viktig årsak er at både rus og psykiatri er redd for at de drukner i forhold til somatikken, som er det største feltet. Av bevilgningene til feltet går ca. 3 % til rus og 18 % til psykisk helse, mens somatikk tar 73 %⁶⁵. I tillegg går 6 % til prehospitale tjenester. På denne bakgrunn er det forståelig at både en organisering av rus i eget foretak og en samorganisering av rus og psykiatri er alternativer som blir diskutert.

Et av de forslagene som burde vært vurdert er et felles foretak som omfatter rus og psykiatri. Noe av grunnlaget for dette er at store pasientgrupper har en såkalt dobbeltdiagnose, dvs. at de både har et omfattende rusmisbruk og store psykiatriske problemer. I Norge er dette en organisasjonsmodell som er brukt av Psykiatrien i Vestfold, og som de selv opplever som vellykket.

Den viktigste årsaken som kan begrunne at en felles organisering av rus og psykiatri kan være riktig er den høye andelen av pasienter som har såkalt dobbeltdiagnose, dvs. samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk. En illustrasjon av omfanget kan være at i en rapport om pasienter med rusmiddelmissbruk og samtidige psykiske lidelser i psykiatrisk helsevern for voksne⁶⁶ anslås det at blant døgnpasienter i psykisk helsevern har 10 % av alle pasientene en rusdiagnose (ROP I). I tillegg har 29 % av alle døgnpasientene et middels eller stor rusmisbruk (ROP II). Rapporten illustrerer også svakhetene i dagens behandlingstilbud i forhold til rus (side 19):

”Rusbehandling tilbys 30 prosent av ROP I pasientene, mens det er i realiteten er ønskelig, sett fra behandlers side, for over dobbelt så mange. Kun ni prosent av ROP II pasientene tilbys rusbehandling, mens det er ønskelig for omtrent 30 prosent av pasientene.”

Mye tyder på at pasientbilde er i ferd med å endre seg, slik at forekomsten av dobbeltdiagnose vokser. Mange former for rusmisbruk kan utløse psykiske lidelser og psykoser. Dette kan skje både ved sjølmedisinering, dopingbruk og bruk av rusmidler som speed og hasj.

Samlet anslår SINTEF⁶⁷ at om lag 10 prosent av pasientene i psykisk helsevern også har rusproblemer, mens nesten halvparten av de som behandles for rusproblemer også har psykiske lidelser.

En årsak til den manglende viljen til å vurdere felles organisering av rus med psykiatri kan være at en del av det som oppsummeres som suksesskriterier i

⁶⁵ Spesialrådgiver Aino Lundberg, Stiftelsen Bergensklinikkene, foredrag på en høring Fagrådet innen rusfeltet i Norge 4/2 - 08

⁶⁶ Lilleeng, Solfrid: ”Pasienter med rusmiddelmissbruk og samtidige psykiske lidelser i psykiatrisk helsevern for voksne” Sintef Helse, februar 2007

⁶⁷ Sosial- og helsedirektoratet: ”Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren” Rapport 2007

Psykiatrien i Vestfold, slik vi har erfart det, både i samtaler med ledelse og tillitsvalgte går i en annen retning enn det som er vanlig i Helse Norge. Noen av suksesskriteriene sies å være:

- Lite og relativt oversiktlig område
- Mulighet for tett kontakt med kommunene
- Kort vei mellom forskjellige fagenheter, store muligheter for samhandling
- Liten historikk med tunge behandlingsinstitusjoner, slik at det ”problemet” ligger andre steder

Som vi har sett valgte også Aker Universitetssykehus HF å skille ut rus som en egen klinikk fra psykiatrien, noe som er å gå motsatt vei. Dette skjedde så sent som ved årsskiftet 2006/2007, å reversere denne utviklingen kan derfor være sett på som lite ønskelig. Likevel legger det sterke begrensninger på legitimiteten til de tiltak en vil konkludere med i en så omfattende prosess som hovedstadsprosessen.

13.4 Eget foretak, rus?

Etter rusreformen valget Helse Midt-Norge HF (HMN – dekker Trøndelag og Møre og Romsdal) en annen organisasjonsform for rus enn de andre helseforetakene. Mens de andre helseforetakene valgte en geografisk organisasjonsform, valgte HMN og organisere rusfeltet som et felles foretak på linje med 5 andre.

Begrunnelsen var at rusfeltet skulle løftes fram for på den måten å framme både feltets og pasientgruppens status samt å styrke behandlingstilbudets kapasitet og kvalitet⁶⁸. I utgangspunkt var rusfeltet i Midt-Norge svakere enn i resten av landet. Rusfeltet trengte for en periode en egen organisering for å bli synliggjort og få styrke i forhold til psykiatri og somatikk.

Oppsummeringen av erfaringene er så langt at dette organisatoriske grepet har vært relativt vellykket. I evalueringsrapporten fra IRIS skrives det:

”Rusfeltet i Midt-Norge er ikke lenger en rusfeltets ”bakgårdskatt”, snarere likner det en ”hermelin”, riktignok en liten sådan, men likevel en kvikk organisatorisk nyskaping på dette feltet som kan være verdt å videreforedle.”

Dette skulle indikere at organisasjonsformen i alle fall er verdt et studium.

Nå kan det riktignok innvendes at rusfeltet i Midt-Norge har fått en kraftigere økonomisk tilvekst enn i resten av landet. I evalueringen av rusreformen for hele landet oppsummerer IRIS en økning i bevilgningene til rusfeltet i Midt-Norge på over 60 % fra 2004 til 2006, mens økningen i hele landet var på ca. 40 % i samme periode. Som kjent er det lettere å lykkes, for ikke å si føle at man lykkes, hvis man er inne i

⁶⁸ Karlsen, Jan Erik, Nesvåg, Sverre og Hansen, Ingvild: ”Rusbehandling i Midt-Norge. Fra bakgård til utstillingsvindu?” Rapport IRIS – 2007/014, side 6

en utvikling med sterk vekst i tilførte midler. Men det påpekes også en del andre forskjeller mellom Midt-Norge og resten av landet som burde gjøre det interessant å se på om det er noen sammenheng mellom det de gjør på organisasjon og oppnådde resultater. Vi tar med noen fra den evalueringen IRIS har skrevet, side 20, om endringer på pasientnivå:

- *Den totale pasientgruppen i Helse Midt-Norge RHF består av en større andel kvinner og er blitt mindre marginal enn i landet for øvrig. Det kan vitne om en mer offensiv strategi for å nå hele bredden i rusmiddelproblematikk*
- *Det har skjedd en betydelig økt bevissthet og kunnskap om pasientenes psykiske problemer, både absolutt og i forhold til landet ellers. Fra å være blant de mest "uvitende" om pasientenes psykiske problemer, er de nå blant de best informerte.*
- *Informasjon om hvor lenge pasientene som var inne i langtids døgntilrettelagt behandling på undersøkelsestidspunktet, hadde ventet på inntak, viser noe lenger ventetid for Helse Midt-Norge RHF – pasientene enn for pasientene i landet for øvrig. Tall fra Norsk Pasientregister viser imidlertid at Helse Midt-Norge RHF nå har de absolutt korteste ventetidene i hele landet, for pasienter tatt inn i 2. tertial 2006. Mye tyder derfor på at den økte kapasiteten i Helse Midt-Norge RHF nå viser igjen i landets korteste ventetider. Det er verdt å merke seg at dette skjer i den regionen som gir den absolutt høyeste andelen henviste pasienter rett til nødvendig helsehjelp (97 % i Helse Midt-Norge RHF mot 76 % på landsbasis):*
- *Det er en klar bedring i hvor mange av pasientene som får dekket sine ulike hjelpebehov i 2006 i forhold til 2003. Det er imidlertid flere med udekkede behov i forhold til utdanning, arbeid og aktivisering, samtidig med at flere oppgis å ha behov for å dekke slike behov. Dette kan tyde på en mer aktiv holdning til å arbeide med slike behov i Helse Midt-Norge enn i landet for øvrig.*
- *Den siste markerte forskjellen mellom Helse Midt-Norge RHF og resten av landet, gjelder samarbeid og samarbeidvirkemidler som ansvarsgrupper og individuell plan. Allerede i 2003 var det flere av pasientene i langtids døgntiltak i Helse Midt-Norge RHF som hadde ansvarsgrupper og individuelle planer, men i 2006 er forskjellene blitt enda større og gjelder for alle typer tiltak. Det samarbeides også med psykiatrien om flere pasienter i helse Midt-Norge RHF enn i landet for øvrig.*

Organisering i eget helseforetak var i utgangspunkt ment som en midlertidig ordning for å løfte fram rusfeltet. På sitt styremøte 27/6 – 07 vedtok imidlertid styret å videreføre denne organisasjonsformen. Samtidig fastholdt de at det var en målsetting på et senere tidspunkt å ha styrket rusfeltet så mye at det kunne organiseres på linje med den øvrige spesialisthelsetjenesten. Med utgangspunkt i den positive evalueringen som organisering i eget foretak har fått i Midt-Norge er det overraskende at disse erfaringene ikke er trukket inn i de vurderingene som gjøres i hovedstadsprosessen.

I denne sammenheng er det også verdt å merke seg at når Klinikk Rus og Avhengighet (KRA) ble skilt ut som egen klinikk under Aker Universitetssykehus fra starten 2007 var en viktig årsak til det å synliggjøre rusfeltet som eget område, også i ledelsen av AUS. Begrunnelsen for å skille ut rusfeltet som egen klinikk synes å likne på den som ble brukt for å gjøre rusfeltet til eget foretak i Helse Midt-Norge, et behov for å løfte fram og synliggjøre rusfeltets særegenheter.

14 Hvem bør styre rusfeltet?

En gjenganger i alt det vi har hatt av diskusjoner og samtaler om rusfeltet mens vi har arbeidet med denne rapporten er en sterk betoning av behovet for samhandling. Samhandling mellom somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, samhandling mellom sosialvesen og helsevesen. Behovet for individuell plan som redskap for samhandling og mål om å unngå avbrudd i behandlingsskjeden, ja sågar behovet for ikke å tenke kjede, men samordnet innsats blir også vektlagt. Det samme går igjen i mye av det som er skrevet om feltet. Det er derfor et tankekors at oppe i alle de fagre ordene om samhandling har Norge valgt å dele Oslos Rusmiddeletat mellom kommunen og staten. Men bør rusfeltet tilbakeføres til Oslo kommune som en særordning?

14.1 Bør Oslo kommune overta rusfeltet igjen?

Så sent som i desember 2007 vedtok et enstemmig bystyre, fra Rødt til Fremskrittspartiet, at de ønsket at Oslo skulle få en særordning så de kunne overta hele rusfeltet igjen. Gjerne inklusive Akuttinstitusjonen Ullevål, som staten overtok med sykehusreformen i 2002. Dette ønsket er svært forståelig. Det er liten tvil om at samordning og samhandling på rusfeltet var bedre i Oslo før 2004 enn det har vært etterpå. Sosialtjenesten hadde bedre oversikt over tilgjengelig behandlingsapparat, det var enklere å finne fram til rett behandlingstilbud. Samtidig har det skjedd en del endringer fra 2004 som trolig har vært helt nødvendig. Det kan diskuteres om prioritering av en helt nødvendig helsefaglig opptrapping har tatt helt overhånd i forhold til en sosialfaglig innfallsvinkel. Den faglige kvaliteten på arbeidet i de institusjonene spesialisthelsetjenesten overtok er bedret, det kan se ut som for eksempel andelen som fullfører et behandlingsforløp er større nå enn før. Samtidig er det klart at de svakeste rusmiddelmissbrukerne har falt mellom to stoler, og vi har fått en uverdigg diskusjon mellom Oslo Kommune og spesialisthelsetjenesten om hvem som har ansvaret for ”sosial avrusning”. Ville det blitt akseptert at en slik diskusjon hadde fått pågå i fire år hvis det hadde dreid seg om ansvaret for beinbrudd? Skjønt, de samme diskusjonene finnes på en lang rekke områder, for eksempel mellom sykehus og sykehjem. Hvor syk skal pasienten være før han eller hun kan overføres til sykehus, og når kan pasienten skrives ut og sendes tilbake til kommunen?

Overtar Oslo vil det likevel utløse nye problemer. De institusjonene som eventuelt overtas er helt annerledes enn de var i 2004. De betjener også et større geografisk område. Noe av årsaken til at evalueringen av rusreformen synes å være mer positiv utenfor Oslo enn i Oslo skyldes også at området rundt hovedstaden har fått tilgang på kompetanse de tidligere ikke hadde tilgang på. Det er også et problem i hovedstadsområdet at i mange av omegnskommunene er det en klar oppfatning av at Oslo ofte er seg selv nok, og i liten grad tar hensyn til behovene i Akershuskommunene.

Vår oppfatning av de viktigste positive effektene av at Oslo igjen overtar er følgende:

- En vil få et helhetlig tilbud der tiltak overfor rusmiddelmissbrukere kan samordnes i hele tiltaksapparatet
- Den uverdige diskusjonen om hvem som har ansvaret for ”sosial avrusning” ville tatt slutt
- Samordningen mellom sosialapparatet og behandlingsapparatet for rus ville blitt bedret
- Oppsøkende arbeid fra kommunen og det som nå er spesialisthelsetjenesten ville kunne samordnes

Men det ville også utløst en del negative effekter:

- En ville opprettet en ny konfliktlinje mellom Oslo og omegnskommunene
- Innbyggerne har nå fått pasientrettigheter, også på rusfeltet. Dette innebærer også fritt brukervalg. Skulle det vært avgrenset for Oslos innbyggere med et rusmiddelproblem?
- Ville det svekke samhandlingen med psykiatri og somatikk, som kan synes å ha blitt bedre etter reformen?

Andre spørsmål måtte også bli løst. Noen eksempler:

- Hva skal tilbakeføres, ikke bare i form av institusjoner, men også kompetanse
- Hvordan sikre at de som jobber med spesialiserte helsetjenester i Oslo ikke får et B-preg i forhold til de som jobber med samme spørsmål i resten av landet?
- Hvor store ressurser skal følge overføringen. Det kan synes som om den konkrete gjennomføringen av delingen i 2003/2004 skapte en del sår som ennå ikke er leget. En retur ville trolig skape nye sår som det også vil ta tid å hele

Vi tror at en overføring av rusfeltet til Oslo igjen vil kunne oppleves som positivt i Oslo isolert sett, men at det kan skape nye problemer for spesialisthelsetjenesten og også i omegnskommunene. Det er derfor vanskelig å se at en slik omorganisering er et entydig skritt i retning av å løse problemene på rusfeltet.

Men det finnes et uomtvistelig behov for å bedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunenivå.

14.2 Forpliktende samarbeidsavtaler

Innenfor rammene av den organiseringen vi har i dag kan det se ut som om utviklingen av forpliktende avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan være en vei å gå. Dette har vært oppsummert som en viktig del av suksessen i Psykiatrien i Vestfold, og KRA har også under arbeid en slik avtale med Follo-kommunene som de har store forventninger til. Follo-kommunene hadde før reformen et godt regionalt samarbeid på dette området som fikk problemer når rusreformen ble vedtatt. Fra KRA⁶⁹ er det forventninger til at en samarbeidsavtale skal være et nyttig

⁶⁹ Samtale med Helle Gjetrang og Per Føyn, februar 2008

og verdifullt redskap. Avtalen er ennå ikke undertegnet, og vi har ikke fått innsyn i denne avtalen, men tror likevel at slike avtaler kan være med på å skape et ryddig samarbeidsklima med klarere ansvarsfordeling enn det vi har sett på noen områder mellom Oslo og Helse Sør-Øst.

14.3 Helt nye organisasjonsformer?

Diskusjonen om rus er bare en liten del av diskusjonen om hvordan helse-Norge skal organiseres. Lite tilsier at sykehusreformen fra 2002 har vært en suksess, tvert imot kan det synes som om det er store sprik mellom de forventninger politikere skaper og de midler de setter av for å løse forventningene. I tillegg har helseforetakene åpenbare styringsproblemer, både med hensyn til økonomistyring og politisk styring. Kanskje er det på tide å tenke helt nytt, ikke bare for rus, men for hele helse-Norge?

Regjeringens regionreform er også blitt skrinlagt, men vi drister oss likevel til å foreslå at man kanskje burde vurdere å opprette nye helseregioner underlagt politisk styring som kan få et helhetlig ansvar for hele helse- og sosialapparatet. Det er ikke bare helse-Norge som har problemer, styringen av NAV kan også se ut som er på vei inn i et uføre, slik nå NAVs ansatte er ansatt både på statlig nivå og i kommunene. Skottland har prøvd slike løsninger, foreløpig med en viss grad av suksess. Det eneste som er sikkert er at Norge ikke har funnet den ideelle organisasjonsform. Men kanskje er hovedproblemet at det ikke er organisatoriske grep som skal til. Kanskje burde Norge ta seg råd til en kraftig opprustning av både helse- og sosialapparatet. Det er Stortinget som gjennom sin kraftige fokus på individuelle rettigheter har skapt en viktig del av forventningskrisen som Norge sliter med, i tillegg til den åpenbare mangel på tilbud som finnes på noen områder. Kanskje svaret da er så enkelt som at når forventningene er skapt så får en i anstendighetens navn la pengene følge etter.

Litteratur, kilder:

Aker Universitetssykehus HF, styret: "Status rusfeltet", Sak 060-2007

Aker Universitetssykehus HF, notat: "Pasienttilhørighet" Fra Ulla Kiberg til Helle Gjetrang, 6/3 – 2008

Alver, Øyvind Omholt, Anne Line Bretteville-Jensen og Oddvar Kaarbø: "Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering" SIRUS rapport 2/2004

Andersson, Bjørg Månum: Innlegg på dialogkonferanse mellom Klinikk for Rus og Avhengighet og Oslo Kommune 13/11 – 07 www.aus.no

Arbeids- og sosialdepartementet: "Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008"

Berge, Alf Reiar og Øivind Lorentsen: "Individuelle planer og brukeres erfaringer og opplevelser". Rehab - Nor: Arendal 2006

Borgen, Hanne: "Hadde det ikke vært for Jobben, hadde jeg vært drita før kl. 10.00. Jobben – Frelsesarmeens arbeidstreningstilbud for rusmiddelavhengige" FAFO oktober 2007

Dagsavisen, 29/3 - 08

Den norske lægeforening: "På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet". Oslo, 2006.

Dyb, Evelyn: "Færre bostedsløse i Oslo – noen forklaringer". Byggforsknotat 71, 2005

Dyb, Evelyn: "Roofless People and Use of Public Place, a Study in Oslo". European Observatory on Homelessness: Thematic Report 2006

Eikeland, Tone Bergljot: "Evaluering av ambulante grupper. Fase 3, 2005-2006. Samhandling og kompetanseoverføring i hjelpeapparatet" Rapport IRIS – 2006/090

Folkvord, Erling: Kronikk Aften 21.11.2007

Folkvord, Erling: Saksframlegg til sosialkomiteen 8/1 – 2008

Føyn, Per A. "Kvalitet i storbyen – science fiction?" Foredrag nasjonal konferanse Tverrfaglig spesialisert rusbehandling 1-2/11-2007. www.aus.no

Gatejuristen: "Anmodning om undersøkelse av praktiseringen av sosialtjenestelovens §4-5, jf. §10-1 første ledd". Brev til Sivilombudsmannen 27/11-07

Gatejuristen: Årsrapporter

Gruk rapport nr. 6 2004: ”Ambulante team i rusomsorgen og psykisk helsevern”

Helse Sør-Øst: ”Oppfølging av oppdragsdokumentet – innhol og gjennomføring. Nærmere om struktur, funksjon og oppgavefordeling i hovedstaden”. Styret Helse Sør-Øst, sak 040-2007

Helse Sør Øst: ”Spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet. Problemstillinger knyttet til struktur, kapasitet og funksjonsfordeling”. Styret Helse Sør Øst, Vedlegg til sak 068-2007

Helse Sør-Øst: ”Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst” Styret Helse Sør-Øst, Sak 068-07

Helse Øst: ”Strategisk plan for utvikling av behandlingstilbudene for rusmiddelavhengige”. November 2003

Helsedepartementet: ”Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven” Helsedepartementet april 2004

Helse og omsorgsdepartementet: ”Statusrapport Rusmiddelsituasjonen i Norge 2006”

Helsetilsynet: ”Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere: Oppsummering og vurdering av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2004-2006” Statens Helsetilsyn 13/12 – 2007

Inst. O.nr.4 (2003-04): ”Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester mv. og lov 2.juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan)

Iversen, Erik m.fl. ”Pasient/klientkartleggingsdata Rapport for 2005” SIRUS

Iversen, Erik, Grethe Lauritzen, Astrid Skretting og Arvid Skutle: ”Klientkartleggingsdata. Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata. Rapport for 2006”

Karlsen, Jan Erik, Nesvåg, Sverre og Hansen, Ingvild: ”Rusbehandling i Midt-Norge. Fra bakgård til utstillingsvindu?” Rapport IRIS – 2007/014

Kravspesifikasjon anskaffelse av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige 2007 med bilag, spørsmål og svar

Lie, Terje og Nesvåg, Sverre: ”Evaluering av rusreformen” Rapport IRIS – 2006/227

Lie, Terje: ”Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune” Rapport IRIS – 2006/228

Lilleeng, Solfrid: ”Pasienter med rusmiddelmissbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne” Sintef Helse Februar 2007

Nesvåg, Sverre og Stevenson, Barclay: ”Brukerplan. Utvikling og utprøving av et planleggingsverktøy for rusfeltet” Rapport IRIS – 2006/202

Nesvåg, Sverre m.fl. ”Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering” Rapport IRIS – 2007/021

Norsk Sykepleierforbund, Oslo, ”Rusfeltet. En rapport fra Nettverksgruppen Rus” Oslo, nov 2007

Olsen, Hilgunn og Skretting, Astrid: ”Ingen enkle løsninger. Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum” SIRUS rapport nr. 2/2006

Oslo bystyre: ”Innbyggerinitiativ – bedre avrusingssituasjonen for Oslos innbyggere” Saksframlegg

Ot.prp.nr. 3 (2002-03): “Om lov om endringer i lov 13.desember i 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)

Ot.prp.nr.54 (2002-03): “Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)

Ot.prp. nr. 53 (2006-07): “Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)”

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008

RIO: Åpent brev til Helse og omsorgsminister Sylvia Brustad m.fl. 24/1 – 2008

Rus & Samfunn, nr. 1 2008, nr. 1-5 2007

Rusmiddeletaten, Oslo Kommune, beskrivelse av tjenestetilbudet (fra nett)

Rusmiddeletaten, Oslo Kommune, Kompetansesenteret, ”Oppsummering erfaringskonferanse – rusreformen i Oslo 13&14/4 – 2005”

Rusmiddeletaten, Oslo kommune: ”Årsberetning 2007 for Rusmiddeletaten”

Skretting, Astrid: ”Fra klient til pasient”. Artikkel Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift nr. 2 2005. Side 125-140

Sosial- og helsedirektoratet: ”Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan”

Sosial- og helsedirektoratet: ”Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren” Rapport 2007

St. prp. nr. 1, 2007-08: Statsbudsjettet 2008

Synergi og samhandling, Mari Trommald, viseadministrerende direktør, Helse Sør-Øst Regional konferanse 10/12 – 07 – presentasjon (flere presentasjoner samme konferanse)

Tjenestemannsbladet 25.02.2008

Vindedal, Bente, Svein Erik Bersås og Leif-Erik Steen: ”Evaluering av Rusmiddelstatens private og kommunale institusjonsbaserte akuttiltak”. Oslo, mars 2000

Vindedal, Bente: ”Status i døgnbehandlingsinstitusjonene i Helse Øst ved innføring av rusreformen – og 2 år etter”. Revidert rapport, Oslo 7/11-06, Aker Universitetssykehus HF, Avdeling rus og avhengighet

Willersrud, Astrid Brandsberg og Hilgunn Olsen: ”Democracy or Closer Control? Emergence of drug User Participation in Norway”. Nordic Council for Alcohol and Drug Research. NAD publication 49

Øverås, Siv og Fyhn, Anders B.: ”Fra døråpner til alibi? Evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk ved Tøyen DPS (ROP – Tøyen) FAFO

Øvreness, Kåre og Bøgwald, Kjell-Petter: ”Behandlers syn på rusproblemer i psykisk helsevern og i rusfeltet” Lovisenberg DPS 2007