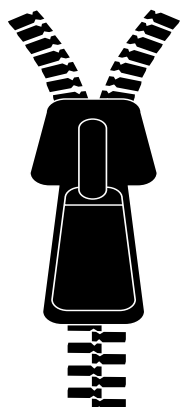


TEMA:

STRUKTURREFORM



istock



I forhold til den kommende strukturreform i Danmark er det relevant at følge udviklingen på rusmiddelområdet i Norge. I den følgende artikel har redaktionen fremhævet nogle af de overvejelser, der har været fremme i forbindelse med den Norske rusreform, som især er tankevækkende i forhold til situationen på rusfeltet i Danmark. Denne artikel af Astrid Skretting – og den efterfølgende artikel af Mads Uffe Pedersen – har tidligere været publiceret i Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift, NAT 2/05, hvor artiklerne kan læses i deres fulde længde og sammenhæng. STOF har fået tilladelse fra chefredaktør Kerstin Stenius og forfatterne til at oversætte og redigere artiklerne.

Information om NAT: www.stakes.fi/nat



BAGGRUND

Norge gennemførte en sygehusreform pr. 1. januar 2002, som bl.a. medførte etablering af fem statsligt ejede regionale helseforetagender, som også fik ansvaret for specialistbehandling og dermed en del af behandlingen for rusmiddelmisbrug. Ansvaret for misbrugsbehandling var i praksis fordelt mellem tre forvaltningsniveauer – stat, fylkeskommune (amt) og kommune – hvilket man ændrede ved rusreformen pr. 1. januar 2004, hvor hele det amtslige ansvar blev overført til staten ved de fem regionale helseforetagender. Samtlige døgninstitutioner og ambulante behandlingsenheder fulgte med, og misbrugsbehandling blev dermed en del af specialistbehandlingen, som hører under sundheds- og omsorgsministeriet. Kommunerne har fortsat, hvad der gerne kaldes 'et gennemgående ansvar' for ydelser til rusmiddelmisbrugere før, under og efter et eventuelt behandlingsophold. Det er imidlertid understreget, at reformen skal lægge grunden til en bedre samordning mellem specialistbehandlingen og de kommunale sundheds- og socialforvaltninger, sådan at der lettere kan blive en sammenhængende hjælpekæde. For at sikre dette er behandlingsenhederne gennem rusreformen pålagt at varsle socialforvaltningen i god tid før udskrivning i de tilfælde, hvor patienten har behov for yderligere opfølgning og accepterer en sådan varsling.

Sundheds- og omsorgsministeriet har i rundskrivelser redegjort for de ændringer, som rusreformen medfører, samt givet en fortolkning af patientrettighedslovens bestemmelser, og hvordan disse får anvendelse på misbrugsbehandlingen. Ministeriet har desuden udarbejdet et strategidokument rettet mod de regionale helseforetagender, som trækker de nationale perspektiver og strategier op i anledning af rusreformen.

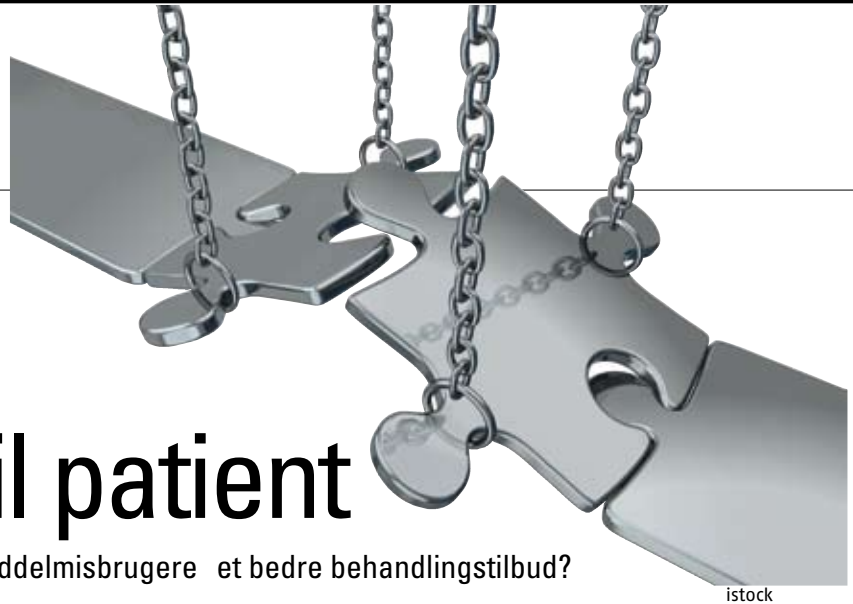
Reformens målsætning

Rusreformens mål er ambitiøse: Rusmiddelmisbrugere med sammensatte problemer skal have bedre tilbud, misbrugsbehandling skal udvikles til en tværfaglig specialistbehandling, som fokuserer på helhedsorienterede og individuelt baserede tilgange, med vægt på såvel det socialfaglige som det sundhedsfaglige perspektiv. Rusmiddelmisbrugeres rettigheder som patienter skal varetages bedre, og det skal gøres enklere end tidligere at få den specialistbehandling, som

er nødvendig for at reducere somatiske og psykiske lidelser samt tværfaglig, specialiseret behandling for misbrug og afhængighed af rusmidler. Behovet for at have et system, som kan give et bedre tilbud til patienter med dobbelt-diagnoser, er specielt understreget.

Traditionelt har det været et problem at rusmiddelmisbrugere bliver kastebold mellem forskellige behandlingsinstitutioner og forvaltningsniveauer, fx. rusmiddelmisbrugere med psykiske lidelser der bliver afvist i psykiatrien, rusmiddelmisbrugere der ikke får den nødvendige behandling på de somatiske sygehuse etc. Årsagerne til, at rusmiddelmisbrugere ikke har fået den nødvendige behandling, hvad enten det gælder psykiske eller somatiske lidelser, er mange og sammensatte. Dels har det sin baggrund i de nævnte behandlingsinstitutioners manglende kompetence og måske også mangel på tilstrækkelig vilje til at imødekomme denne gruppes særlige behov. Dels hænger det sammen med, at rusmiddelmisbrugere rent faktisk er en vanskelig patientgruppe, som ofte bryder reglerne, ikke altid holder aftaler og på forskellige andre måder undlader at følge et behandlingsregime.

Spørgsmålet er imidlertid, om det, at 'alt' nu er samlet i specialistbehandlingen, i praksis vil opfylde intentionen om, at rusmiddelmisbrugere lettere skal kunne få behandling for deres forskellige lidelser? Selv om det organisatoriske grundlag er lagt, for at behandlingstilbuddet skal blive bedre, forsvinder problemerne med manglende kompetence på misbrugsproblemer i psykiatrien og i de somatiske specialistbehandlinger ikke. Ej heller vil reformen føre til, at rusmiddelmisbrugere som patienter bliver lettere at have med at gøre. Det står derfor tilbage at følge, om rusmiddelmisbrugere med alvorlige psykiske og/eller somatiske lidelser faktisk får et bedre behandlingstilbud. Ligeledes står det tilbage at følge, om reformen fører til en bedre samordning mellem specialistbehandlingen og den kommunale sundheds- og socialforvaltning, så der faktisk bliver en mere sammenhængende hjælpekæde. Det står også tilbage at følge, om varslingspligten til den kommunale socialforvaltning før udskrivning fra behandling vil føre til, at rusmiddelmisbrugere ikke længere udskrives fra en behandlingsinstitution, uden at der er et opfølgende tilbud fra kommunen.



istock

Fra klient til patient

Vil den norske rusreform give rusmiddelmissbrugere et bedre behandlingstilbud?

AF ASTRID SKRETNING

Er misbrug af rusmidler en sygdom eller et produkt af sociale faktorer og personlig disposition? Hvor ligger ansvaret for misbrugsbehandling – i sundhedsvæsenet eller i socialvæsenet? Er rusmiddelmissbrugere patienter eller klienter? Årsagen til misbrug af rusmidler, hvilken rolle afhængighed spiller, og hvordan misbrugsbehandlingen bedst organiseres, diskuteres løbende. Gennem de senere år har der været en tendens til et øget fokus på afhængighed som årsag til misbrug, hvilket har bidraget til at fremme medicinske behandlingsmodeller på bekostning af socialfaglige. For eksempel var mange lande, deriblandt Norge, længe tilbageholdende med at sætte gang i substitutionsbehandling for heroinmisbrug med metadon eller buprenorfin, men efterhånden er denne behandlingsform øget betydeligt i de fleste europæiske lande og udgør nu en væsentlig del af behandlingstilbuddet for narkotikamisbrug, også i Norge.

Krav til effektmåling af behandlingsindsatser er generelt kommet mere i fokus, ikke bare i Norge. Medicinsk orienterede behandlingsmodeller dominerer på mange måder i det, der gerne kaldes den evidensbaserede forskningslitteratur, med hensyn til hvad der kan påvises at have en effekt. Selv om man ikke kan se bort fra, at medicinske behandlingsmodeller faktisk

giver bedre resultater, må det tages i betragtning, at der inden for medicinske fagdiscipliner er langt større tradition for forskning, som tilfredsstiller normkravene til denne type vidensoversigter.

Øgede misbrugs- og sundhedsproblemer

På samme måde som i mange andre lande har man i Norge set en stigning i forskellige problemer knyttet til misbrug af rusmidler:

Antallet af narkotikadødsfald steg dramatisk i Norge i sidste halvdel af 1900-tallet, det estimerede antal injektionsmissbrugere steg fra ca. 4 – 5.000 i slutningen af 1980-erne til omkring 12.000 – 15.000 i begyndelsen af 2000-tallet, der kom stadigt flere rapporter om, at sundhedstilstanden blandt store grupper af rusmiddelmissbrugere er særdeles dårlig, at rusmiddelbrugere ikke får de nødvendige sundhedstilbud, at der er flaskehalse i hjælpeapparatet, at behandlingen er for dårlig etc.

Med sociallovgivningen fra 1993 fik behandling for alkohol- og narkotikamisbrug i Norge en fælles organisering i form af en social behandling for rusmiddelmissbrug. Behovet for et bedre sundhedstilbud til rusmiddelmissbrugere og den mere generelle udvikling i synet på misbrug og behandling har betydet øget vægt på medicinske faglige tilgange i misbrugsbehandlingen. Der er forskellige opfattelser

af, hvordan dette kan og bør gøres. Det mest nærliggende vil være at forstærke et i udgangspunktet socialfagligt behandlingstilbud med en større grad af medicinske tillægstilbud. Man kan imidlertid også vælge at gå mere drastisk til værks ved at omdefinere behandling for rusmiddelmissbrug fra at være en social behandling med medicinske tillægstilbud til at være en medicinsk behandling suppleret med socialt arbejde.

Ved gennemførelsen af den såkaldte rusreform d. 1. januar 2004 har Norge valgt det sidste: Misbrugsbehandling er blevet en specialistbehandling, som er overført til staten i form af de regionale helsetage, mens primærkommunerne beholder ansvaret for at yde rusmiddelmissbrugere generelle sundheds- og sociale ydelser, inkluderet eventuelle ophold i omsorgsbaserede døgninstitutioner. Reformen betyder også, at misbrugere af rusmidler har fået patientstatus og dermed fulde patientrettigheder.

I det følgende drøftes rusreformens baggrund og målsætninger samt forskellige udfordringer, som reformen rejser. Et overordnet spørgsmål vil være, om patientrettighedsloven i praksis vil gælde for rusmiddelmissbrugere, og om de faktisk vil få et bedre behandlingstilbud.

Tværfaglig specialiseret behandling

Selv om socialfaglige tilgange på mange måder har domineret behandlingen for rusmiddelmisbrug i Norge, er der også tradition for, at behandlingsinstitutionerne yder medicinsk behandling, om end i varierende grad. De traditionelle klinikker for behandling af alkoholmisbrug har for eksempel i stor grad været medicinskfagligt forankret. De psykiatriske ungdomsteams, som blev oprettet for at yde behandling til unge stofmisbrugere, blev i sin tid etableret som et bindeled til psykiatrien. Disse ungdomsteams var allerede fra starten baseret på tværfaglighed med egne overlægestillinger (i psykiatrien). Desuden har sundhedsfagligt personale (læger og sygeplejersker) været anset for nødvendige i akut/afsningsenheder og i institutioner med substitutionsbehandling. Mange behandlingsinstitutioner har egne stillinger til sygeplejersker og reguleret adgang til lægehjælp. Behandlingsinstitutioner, som i udgangspunktet havde en rendyrket socialfaglig profil, har efterhånden taget konsekvensen af klienternes behov for sundhedsydelse og udvidet deres behandlingstilbud til også at omfatte dette.

Overførslen til specialistbehandlingen skal, som nævnt, gøre det lettere at få den somatiske og psykiatriske specialistkompetence til at yde behandling til rusmiddelmisbrugere. Reformen lægger imidlertid også op til, at den sundhedsfaglige profil skal styrkes i de institutioner, der yder misbrugsbehandling. Det forventes derfor af de regionale helseforetagender, at de finder frem til tiltag, som kan bidrage til en sådan styrkelse, og som kan lægge op til nødvendige omprioriteringer inden for de aktuelle behandlingsinstitutioner. Indtil nu har der været problemer med at få kvalificeret sundhedspersonale til at arbejde med behandling af rusmiddelmisbrugere. Specielt har det været vanskeligt at rekruttere læger og til dels også psykologer.

Det bliver derfor en særlig udfordring at gøre det mere attraktivt for sundhedspersonale at arbejde på dette felt. Ligeledes bliver det en udfordring at vægte de sundhedsfaglige sider af behandlingen mere, uden at den socialfaglige behandling forsvinder.

Hvad er god behandling?

Formålet med rusreformen er at gøre kvaliteten i misbrugsbehandlingen bedre. I den forbindelse understreges det, at de behandlingsinterventioner, som tilbydes, skal være kundskabsbaserede, at der skal foreligge kvalificeret viden om effekt, eller i hvilken grad interventionen 'virker' i forhold til de mål, man har for behandlingen. Da det er begrænset, i hvilken grad behandlingsinstitutionerne kan siges at være baseret på sådanne kundskaber, bliver det interessant at følge, hvilke tiltag de regionale helseforetagender sætter i værk for at hæve kvaliteten i behandlingen.

Der er mange opfattelser af, hvad god behandling er, og et stykke af vejen vil det være afhængigt af den enkelte misbrugers behov. Behandlingstilbudet i Norge er sammensat, og mange døgninstitutioner er initieret og bygget op af ildsjæle med udgangspunkt i forskellige typer af behandlingsfilosofi, f.eks. behandlingstilbud til unge stofmisbrugere med udgangspunkt i socialpædagogiske tilgange, behandlingsinstitutioner som bygger på såkaldt 12-trins behandling, hierarkiske terapeutiske samfund etc.

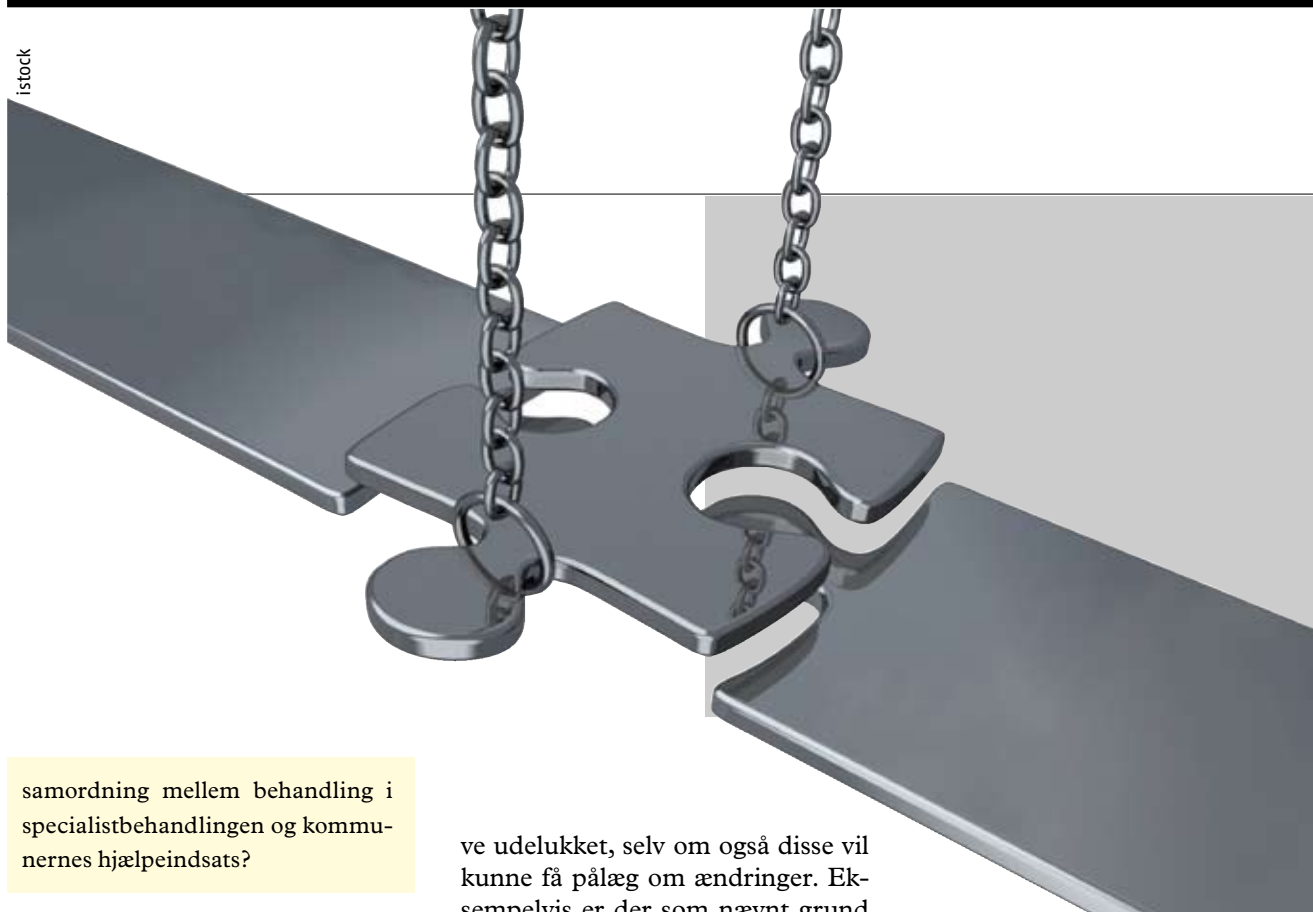
Der bliver i større grad end tidligere stillet spørgsmål ved, hvad der er god behandling, og også i Norge stilles der større krav end tidligere om, at den behandling, der tilbydes, må kunne vise, at den er evidensbaseret, og at den giver resultater. For eksempel nedsatte det daværende socialministerium i 2002 en for-

skerkommission med mandat til at se på effekt af tiltag på rusmiddel-feltet, deriblandt behandlingsindsatser.

Som følge af forskellige behandlingstilgange er der også store forskelle mellem behandlingsinstitutionerne, som gennem reformen blev overført til specialistbehandlingen, med hensyn til længde af planlagt behandlingsophold. Groft sagt har døgninstitutioner, som i hovedsagen behandler alkoholmisbrugere, et langt kortere behandlingsoplæg, end døgninstitutioner som hovedsageligt retter sig mod behandling af stofmisbrugere. Der er også store forskelle med hensyn til, hvorvidt behandlingstiltag er baseret på metoder, som gennem opfølgingsstudier og vidensopsamlinger har vist sig at have effekt.

I vurderingen af, hvad rusmiddelmisbrugernes hjælpebehov er, bliver det derfor en stor udfordring for de regionale helseforetagender at sikre, at behandlingstilbudet udvikler sig i tråd med resultaterne fra national og international forskning. Med udgangspunkt i den store variation i længde af behandlingsophold vil der sikkert også blive lagt større vægt på at 'sortere' efter, hvad der er rusmiddelmisbrugerens behov for behandlingsintervention, og hvad der mere går i retning af omsorg/langsigtet social rehabilitering. Selv om de regionale helseforetagender har overtaget en behandlingsportefølje fra amterne, vil de være frit stillede i forhold til at rekonstruere behandlingstilbuddet ud fra det, som vurderes som mest fordelagtigt ud fra de foreliggende behov og tilgængelig viden. På denne baggrund skal det blive interessant at se, om og i hvilken grad der sker ændringer i behandlingstilbudet i de respektive regioner.

Vil det for eksempel lykkes at rendyrke, hvad der skal være behandling, og vil det lykkes at få bedre



samordning mellem behandling i specialistbehandlingen og kommunernes hjælpeindsats?

Øgede krav til private behandlingstilbud

Misbrugsbehandlingen i Norge har traditionelt haft et stort indslag af private aktører i form af organisationer og stiftelser. Mange af disse havde drifts- eller købsaftaler med et eller flere amter, men ved rusreformen overtog de regionale helseforetagender disse aftaler.

I forbindelse med reformen blev det understreget, at de regionale helseforetagender må sikre de private aktører mulighed for at bidrage på ligeværdigt grundlag med offentlige udbydere af behandling. Det blev imidlertid også sagt, at der må stilles de samme kvalitetskrav til de private som til de offentlige behandlingstilbud.

I og med, at misbrugsbehandling nu er en del af specialistbehandlingen, er der grund til at tro, at såvel offentlige som private aktører vil opleve, at der stilles andre og større krav til kvalitet og resultater. Rammerne for at tilpasse sig de nye krav vil imidlertid være forskellige. De offentlige behandlingenheder vil ikke på samme måde risikere at bli-

ve udelukket, selv om også disse vil kunne få pålæg om ændringer. Eksempelvis er der som nævnt grund til at tro, at der vil komme krav om større vægt på sundhedsfaglige metoder, noget som for enkelte behandlingstilbud vil indebære en nedprioritering af det socialfaglige arbejde.

For de private aktører ser det allerede nu ud til, at nogle falder ud ved forhandling om nye aftaler, da de ikke opfylder de nødvendige krav til kvalitet, som stilles af det statslige helseforetagende. Dette vækker naturligt nok uro. Så meget, at en privat aktør – som ikke fik fornyet sin aftale - har rejst sag mod det aktuelle helseforetagende. Selv om de fleste vel vil bestræbe sig på at tilpasse sig de pålæg, som kommer fra de regionale helseforetagender, står det tilbage at følge, hvordan de private aktører vil møde de øgede krav til såvel kvalitet som resultater.

Ændrede henvisningsrutiner

Da misbrugsbehandling var reguleret af sociallovgivningen, gik henvisning til behandling via den kommunale socialforvaltning, og kommunen betalte en egenandel for hver klient, som var i behandling. Når misbrugsbehandling nu er blevet en specialistbehandling, tilsiger dette,

at henvisningsretten skal overtages af lægerne, ligesom praksis er for specialistbehandlingen generelt.

Det var ikke problemfrit, da socialforvaltningen havde henvisningsretten alene, og tilsvarende kunne det være et problem, hvis retten til henvisning skal begrænses til læger.

Dette hænger sammen med det faktum, at rusmiddelbrugere har forskellig grad af kontakt med den primære sundhedssektor (oftest den praktiserende læge) og den kommunale socialforvaltning, alt efter generelt funktionsniveau. Personer, som har problemer knyttet til brug af alkohol eller andre rusmidler, men som ellers fungerer socialt, har eksempelvis lille eller ingen kontakt med socialforvaltningen. Overføres henvisningsretten fra socialforvaltningen til den primære sundhedssektor, vil det gøre det lettere for rusmiddelbrugere uden behov for hjælp fra socialforvaltningen at komme i behandling for deres misbrug. På den anden side har mange af de mest belastede rusmiddelbrugere kun lidt kontakt med den or-

dinære, primære sundhedssektor, mens socialforvaltningen i sådanne tilfælde har lang erfaring med at koordinere og tilrettelægge forskellige hjælpetiltag.

For at gøre det enklere for de forskellige grupper at få behandling vedtog Stortinget derfor, at socialforvaltningen og lægerne skal være lige-stillede med hensyn til at henvise til misbrugsbehandling i og uden for institution. Socialforvaltningens ret til henvisning omfatter imidlertid ikke de specialiserede behandlingstilbud inden for somatik og psykiatri.

Der er således grund til at tro, at udvidelsen af retten til henvisning vil gøre det enklere at søge behandling for misbrugsproblemer. Fremtiden vil vise, om og i hvilken grad henvisning til behandling for rusmiddelmisbrug flyttes fra socialforvaltningen til lægerne. Omfanget af henvisninger fra læger vil kunne give et fingerpeg om i hvilken grad sundhedsvæsenet har taget det til sig, at misbrugsbehandling nu er blevet sundhedsvæsenets ansvar.

Erfaringerne indtil nu tyder på, at rusreformen har ført til flere henvisninger til misbrugsbehandling. Det vil imidlertid være vanskeligt at fastslå, om stigningen i antallet af henvisninger skyldes udvidelsen af henvisningsretten, eller om der er andre grunde. Rent faktisk kan det tænkes, at der har været et underforbrug af behandlingstilbud blandt rusmiddelmisbrugere, og at dette nu kommer til syne gennem forøgelsen af antallet af henvisninger. Erkendelsen af, at grupper af rusmiddelmisbrugere ikke fik den nødvendige hjælp, var som nævnt en vigtig baggrund for rusreformen. Det kan derfor tænkes, at en forøgelse i antallet af henvisninger til behandling har sammenhæng med, at rusmiddelmisbrugere nu omfattes af patientrettighedslovens bestemmelse om ret til specialistbehandling.

Det øgede antal henvisninger kan også hænge sammen med, at ord-

ningen med kommunal delbetaling er bortfaldet. Rationalet bag den kommunale delbetaling var, at kommunerne skulle opmuntres til at etablere lokale hjælpetilbud frem for at sende misbrugerne i institutionsbehandling.

Selv om de midler, kommunerne brugte til delbetaling, indgik i overførelsen til de regionale helseforetagender, vil økonomiske hensyn alligevel kunne betyde, at kommunerne i højere grad end tidligere søger at få rusmiddelmisbrugerne i specialiseret behandling. Bortfaldet af den kommunale delbetaling kan derfor indebære, at kommunerne reducerer brugen af hjælpetilbud i kommunal regi, i alt fald på kort sigt. Efterhånden som det bliver tydeligere, i hvilke tilfælde der gives ret til misbrugsbehandling, vil kommunerne formentlig tage konsekvensen af, at de fortsat har et primæransvar for at yde hjælp til rusmiddelmisbrugere, og at et eventuelt behandlingsophold ikke erstatter en helhjertet hjælpepakke, som kommunen vil have et betydeligt ansvar for.

Bedre vurdering af behandlingsbehov?

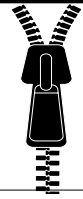
Så længe misbrugsbehandling var reguleret af sociallovgivningen, blev henvisning i de fleste tilfælde sendt direkte til den aktuelle behandlingsinstitution, enten fra den kommunale socialforvaltning eller ved henvendelse fra misbrugeren selv i forståelse med forvaltningen. Dette er nu ændret til, at de regionale helseforetagender har udpeget specielle behandlingenheder, som har fuldmagt til at modtage henvisningerne og foretage en vurdering af behandlingsbehovet. De udpegede behandlingenheder er de ambulante klinikker, som på opdrag af de regionale helseforetagender yder misbrugsbehandling, og de ambulante klinikker inden for psykisk helseværn. En bedre vurdering og diagnosticering af rusmiddelmisbrugerens sundhedstilstand og psy-

kosociale livssituation er fremhævet som vigtige forudsætninger for at varetage rusreformens målsætning om, at behandlingen skal blive bedre. Som grundlag for vurdering af behandlingsbehov har alle de fem regionale helseforetagender udarbejdet rutiner for, hvordan henvisningerne skal foregå, og hvad de skal indeholde.

Sundheds- og omsorgsministeriet har givet anvisninger på, at henvisningerne skal omfatte bl.a.:

- Kortlægning af patientens rusrelaterede problematik, sociale funktion og situation samt patientens generelle psykiske og fysiske tilstand.
- Vurdering af patientens motivation samt patientens relationelle, familierelaterede og netværksmæssige situation.
- Vurdering af patientens kognitive funktionsniveau ved at anvende resultater fra relevant screenings- og testværktøj.
- Medicinsk vurdering af patientens fysiske almentilstand og eventuelle somatiske tillægs lidelser.
- Vurdering af psykisk almentilstand og eventuel diagnosticering.

Patientrettighedsloven giver patienten ret til at få vurderet sin sundhedstilstand, og inden 30 dage skal der foreligge en afgørelse af, hvorvidt patienten har ret til at modtage behandling. I de tilfælde, hvor vurderingen konkluderer, at patienten har en sådan ret, skal det fremgå, hvad patientens behandlingsbehov er (videreudredning, afrusning, ambulant behandling, institutionsbehandling), og der skal gives en individuel frist for, hvornår behandlingen skal starte. Hvis patienten og den, der henviser, er uenige i udfaldet af vurderingen, har patienten ret til fornyet vurdering af sin sundhedstilstand. Ifølge loven gælder retten til ny vurdering imidlertid kun én gang for samme



sundhedstilstand.

At give rusmiddelmisbrugere en optimal, forsvarlig vurdering af behandlingsbehov møder forskellige udfordringer. Eksempelvis har langt fra alle de udpegede vurderingsenheder den nødvendige kompetence til at foretage en helhedsvurdering og udredning af det totale behandlingsbehov, som det er forudsat. En stor del af vurderingsenhederne er som nævnt psykiatriske ambulante klinikker. Der er naturligt nok store variationer med hensyn til, i hvilken grad disse har kompetencer til systematisk kortlægning og vurdering af rusmiddelproblemer. På samme måde vil der være store variationer blandt ambulante klinikker med misbrugsbehandling, både når det gælder tradition for og nødvendig kompetence til kortlægning og diagnosticering af psykiske og somatiske lidelser.

Behovet for skoling i diagnosticering af såvel rusmiddelproblemer som psykiske og somatiske lidelser er med andre ord åbenbart.

Hvis en vurderingsenhed modtager et stort antal henvisninger, vil fristen på 30 dage kunne betyde, at vurderingen ikke bliver grundig nok. Der er derfor grund til at tro, at det vil tage tid, førend man kan konstatere, om alle rusmiddelmisbrugere, som henvises til vurdering af behandlingsbehov, får en vurdering, som kan siges at være forsvarlig. Udfaldet af en vurdering vil naturligvis variere både mellem de forskellige regioner og mellem de forskellige vurderingsenheder inden for den enkelte region. Forskellene vil dels hænge sammen med det, som er sagt om forskellige forudsætninger i vurderingsenhederne, dels med at det rent faktisk er vanskeligt at foretage en sådan vurdering.

Der kan også være varierende motiver for at give en patient henholdsvis ret/ikke ret til behandling.

Eksempelvis vil én vurderingsenhed kunne have interesse i, at mange får ret til behandling for at illustrere et stort udækket behov, mens en tilsvarende enhed ud fra viden om manglende kapacitet vil være tilbøjelig til at være 'streng' med hensyn til, hvad der skal give en patient ret til behandling. At der indtil nu er rapporteret om store forskelle i andelen af henvisninger til behandling såvel mellem forskellige regioner som mellem de enkelte vurderingsenheder, kan hænge sammen med sådanne faktorer. De regionale helseforetagender arbejder imidlertid på at komme frem til flest mulige fælleskriterier for, hvad der skal give ret til behandling, sådan at de regionale forskelle i vurdering af behandlingsbehov bliver mindst mulige.

Hvad med retten til at vælge behandlingssted?

Patientrettighedsloven giver ret til frit sygehusvalg. På lignende måde har rusmiddelmisbrugere fået retten til frit at vælge behandlingssted. Retten indebærer, at en rusmiddelmisbruger står frit med hensyn til at vælge, hvor vurdering af henvisning skal finde sted (blandt de behandlingsenheder, som er udpeget til at varetage disse opgaver), hvem der skal foretage eventuel videre udredning, og hvor eventuel afrusning og behandling skal foregå. Valget omfatter i princippet alle behandlingsenheder i hele landet, som indgår i de regionale helseforetagenders behandlingstilbud. Retten til frit valg er med andre ord ikke begrænset til den region, hvor man som patient 'hører hjemme'.

Retten til frit valg af behandlingssted omfatter imidlertid ikke valg af behandlingsniveau.

En patient, som har fået retten til at modtage behandling for sit rusmiddelmisbrug, kan for eksempel ikke vælge institutionsbehandling, hvis han eller hun har fået ret til

ambulant behandling. Misbrugsbehandling dækker som nævnt et vidt spekter, hvor bl.a. længden af døgnbehandling varierer betydeligt. I forbindelse med, at der nu er givet ret til frit valg af behandlingssted, har det været nødvendigt for de regionale helseforetagender at komme frem til en fælles norm for inddeling i behandlingsniveau. Dette har ført til en klassificering af behandlingstilbud i fire niveauer:

1. Ambulant behandling
2. Afrusning/abstinensbehandling
3. Døgnbehandling (mindre end 6 måneder)
4. Døgnbehandling (mere end 6 måneder)

Inddelingen i behandlingsniveau kan kun siges at løse en del af problemet med at klassificere behandlingsenheder, da inddelingen ikke siger noget om behandlingsprofil på behandlingsenhederne inden for det enkelte niveau. Retten til frit valg af behandlingssted forudsætter, at den behandlingstilbudsinstitution, patienten ønsker, tilbyder den behandling, som patienten er vurderet til at have behov for, og at der er ledig kapacitet. Dette understreger vigtigheden af at nå frem til den bedst mulige matchning mellem behandlingstilbud og patientens behov. Ved vurdering af behandlingsbehov må der derfor lægges vægt på at give en anbefaling af, hvilket eller hvilke behandlingstilbud(er) inden for det givne behandlingsniveau, som ud fra den foreliggende viden bedst kan forventes at møde patientens behov. Ud fra dette vil det være af interesse at følge, i hvor stor grad der forekommer afvigelser mellem vurderingsenhedernes anbefaling af behandlingssted og patientens ønske om en bestemt behandlingstilbudsinstitution, og hvordan eventuelle uenigheder håndteres.

Patientrettighedsloven giver også rusmiddelmisbrugere, som har fået ret til behandling, en individuel frist

for behandlingens start. Overskrides fristen, tilsiger loven, at der skal gives et alternativt behandlingstilbud (på privat institution, i udlandet etc.).

Selv om retten til frit valg af behandlingssted har visse begrænsninger, er det åbenbart, at bestemmelsen alligevel vil kunne byde på problemer. Hvordan skal eksempelvis de regionale helseforetagender forholde sig, hvis mange patienter vælger en bestemt behandlingssituation, sådan at der opstår venteliste, mens der er ledig kapacitet på en anden institution, som yder samme type behandling? Retten til frit valg af behandlingssted stiller også særskilte krav til kommunen i de tilfælde, hvor rusmiddelmissbruger har behov for opfølgning fra den kommunale sundheds- og socialforvaltning.

Behandling, som finder sted langt fra hjemkommunen, måske i en anden region, vil eksempelvis vanskeliggøre etablering af lokale samarbejdsstrukturer.

Vil 'ret til individuel plan' give bedre opfølgning?

Efter bl.a. patientrettighedsloven har alle typer patienter med behov for langvarige og koordinerede helsetjenester ret til at få udarbejdet en individuel plan, som skal omfatte behov for ydelser fra såvel primær- som specialistniveau. Da rusreformen blev gennemført, blev individuel plan fremhævet som et vigtigt redskab til at sikre sammenhæng mellem forskellige indsatser for den enkelte rusmiddelmissbruger. En behandlingssituation har, som allerede nævnt, nu pligt til at varsle socialtjenesten ved udskrivning i tilfælde, hvor det vurderes, at en patient har behov for fortsat opfølgning fra kommunen, og patienten ønsker det.

De centrale myndigheder lægger generelt stor vægt på retten til individuel plan for forskellige kli-

ent- og patientgrupper, men denne ret indebærer imidlertid ikke ret til de enkelte elementer, som indgår i planen.

Så længe det er op til den enkelte behandlingsinstans at levere de ydelser, planen omfatter, må det derfor siges at være en noget tvivlsom rettighed. En plan uden ret til planens indhold begrænses let til at blive en papirplan.

Hvordan indpasses substitutionsbehandling?

Substitutionsbehandling er i Norge organiseret gennem statsligt finansierede regionale centre, godkendt af Sundheds- og omsorgsministeriet, som ved rusreformen blev overført til de regionale helseforetagender, hvor de nu indgår som en del af misbrugsbehandlingen. I dag er det også kun de godkendte centre, som kan vurdere, hvilke rusmiddelmissbrugere der skal have tilbud om substitutionsbehandling.

Ud fra et princip om, at der skal foretages en helhedsvurdering af behandlingsbehov, er det åbenbart uheldigt, at vurdering af behov for substitutionsbehandling foregår særskilt.

Hvordan problemet skal løses er indtil videre ikke klart. De regionale helseforetagender er imidlertid blevet bedt om at sørge for, at der foretages en helhedsorienteret vurdering af, hvilken behandling patienter, som henvises til substitutionsbehandling, skal tilbydes. Dette indebærer, at patienter, som indrømmes ret til behandling, men som af forskellige grunde ikke er aktuelle for substitutionsbehandling, får tilbud om anden misbrugsbehandling. De regionale helseforetagender er desuden blevet pålagt at sørge for, at substitutionsbehandling integreres i den øvrige misbrugsbehandling.

Økonomi

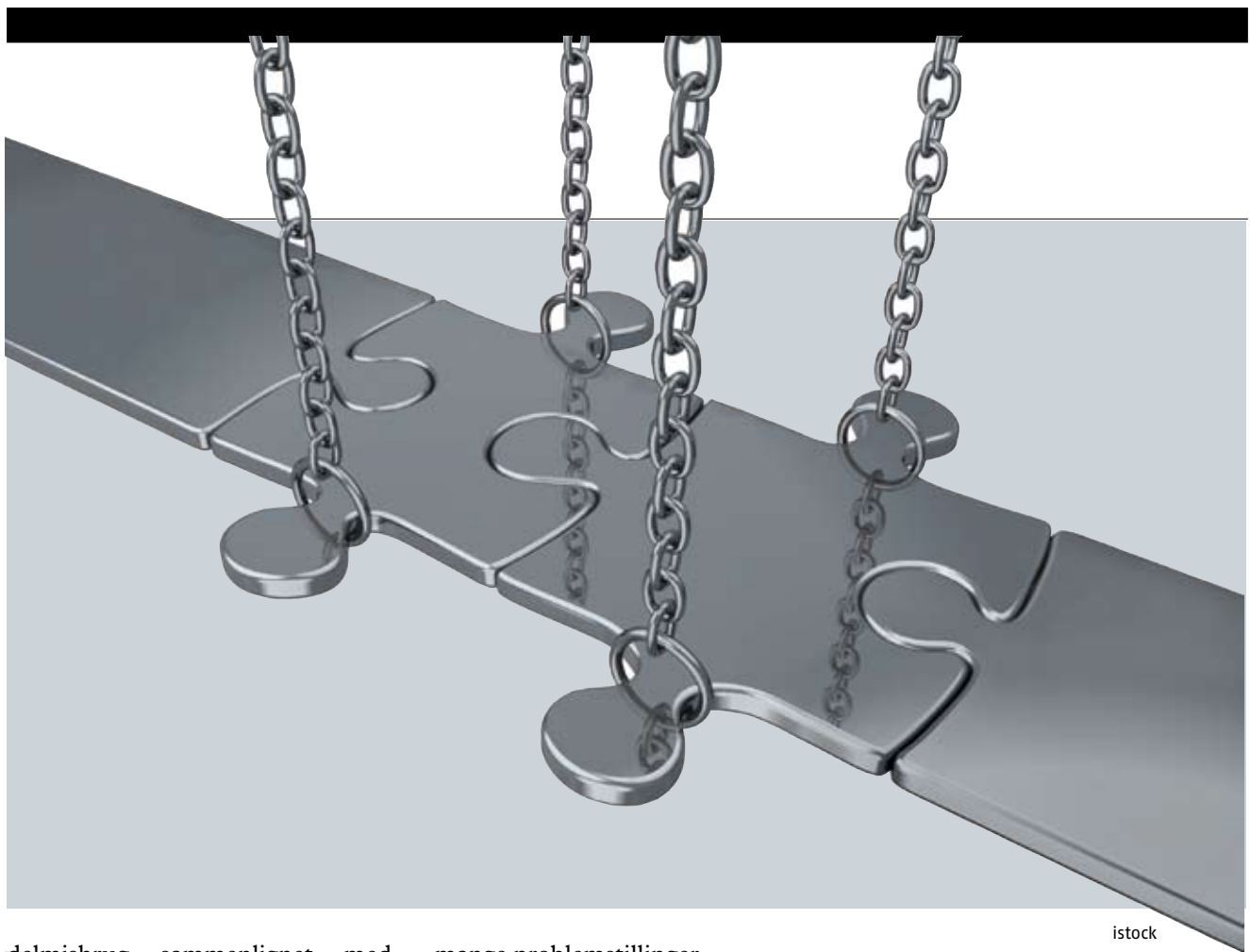
Med rusreformen fik de regionale helseforetagender overført økonomiske midler svarende til det beløb, amterne og kommunerne gennem den kommunale egenbetaling brugte til behandling af rusmiddelmissbrugere i 2003, statens bevilling til substitutionsbehandling for 2004 samt ekstra midler oveni.

De regionale helseforetagender kan som udgangspunkt frit disponere den årlige basisbevilling for at løse de opgaver, de er pålagt med hensyn til at tilbyde befolkningen et forsvarligt tilbud om specialiseret behandling inden for såvel somatik, psykiatri og behandling for rusmiddelmissbrug. Gennem et såkaldt bestillerdokument, som sendes til de regionale helseforetagender ved årets begyndelse, giver ministeriet imidlertid visse fingerpeg med hensyn til områder og opgaver, der skal prioriteres særskilt. Der gives også øremærkede tilskud til særskilte opgaver, i 2005 f.eks. til forøgelse af kapaciteten i substitutionsbehandlingen.

De regionale helseforetagender har store opgaver. Helsesektoren vil altid være et bundløst dyb med knaphed på økonomiske midler. Eftersom behandlingsmetoderne for forskellige lidelser stadig bliver bedre, øges også befolkningens forventninger og krav til, hvad specialistbehandlingen skal tilbyde.

Selv om der i dag er specielt fokus på behandlingstilbud til rusmiddelmissbrugere, er det en svag patientgruppe, som i høj grad er afhængig af at andre taler deres sag. Dagens situation med stor politisk bevågenhed og medie-opmærksomhed på sundhedsområdet kan derfor ændres til fordel for andre stærkere patientgrupper.

Hvordan de regionale helseforetagender på sigt vil komme til at prioritere behandling for rusmid-



istock

delmisbrug sammenlignet med behandlingstilbud for andre patientgrupper er derfor vanskeligt at forudse.

Vil rusreformen nå sit mål?

Der er ingen grund til ikke at tro, at såvel regeringen som Stortinget er oprigtigt optaget af, at rusmiddelmisbrugere i Norge skal have et bedre behandlingstilbud. Det at indlemme behandling for rusmiddelmisbrug i specialistbehandlingen og 'ophøje' rusmiddelmisbrugere i behandling til patienter på linje med andre patientgrupper kan vanskeligt tolkes på anden måde.

At det var stortingspolitikere sammen med regeringen, som tog initiativet til - og var dem, der drev på i gennemførelsen af - rusreformen, skulle langt hen ad vejen 'garantere', at reformen vil blive nøje overvåget fra centralt politisk hold. De organisatoriske ændringer er hidtil også fulgt op økonomisk.

Reformen repræsenterer imidlertid store udfordringer og rejser

mange problemstillinger.

Den nye del af specialistbehandlingen har fået betegnelsen 'tværfaglig specialiseret behandling for rusmiddelmisbrug'. Betegnelsen er tænkt som en understregning af, at selv om der skal lægges større vægt på det sundhedsfaglige, skal de socialfaglige sider ved behandlingen varetages og videreføres. Spørgsmålet er imidlertid, om det socialfaglige vil overleve på sigt, eller om det risikerer at blive overskygget af det sundhedsfaglige.

Kort sagt: Vil socialarbejderne på sigt kunne hævde sig i konkurrence med lægerne?

Det vil vel også blive et spørgsmål om, hvor langt patientrettighederne vil strække sig i praksis. Selv om rusmiddelmisbrugere i udgangspunktet skal håndteres om andre patientgrupper, er det ikke til at komme udenom, at det er en patientgruppe, som giver sundhedsvæsenet mange problemer og dermed repræsenterer specielle udfordringer. Der vil også nemt kunne være delte meninger om, hvor langt specialistbe-

handlingen skal strække sig over for den enkelte patient. Godt nok har en rusmiddelmisbruger nu fulde patientrettigheder, men indebærer denne ret ikke også, at han eller hun som patient har visse pligter med hensyn til at følge de 'regler', som et behandlingsregime forudsætter, f.eks. at følge op på aftaler?

Ud fra patientrettighedsloven gælder ret til specialistbehandlingen, såfremt patienten formodes at kunne få udbytte af behandlingen, og omkostningerne står i rimeligt forhold til tiltagets effekt.

I vurderingen af en rusmiddelmisbrugers ret til behandling vil bestemmelsen derfor kunne give stort rum for fortolkning.

Mange rusmiddelmisbrugere har været i behandling gentagne gange, uden at det kan siges at have haft nogen effekt. På baggrund af patientrettighedslovens bestemmelse om, at patienten skal have forventet nytte og effekt af behandlingen, vil man derfor, i de tilfælde hvor en rusmiddelmisbruger har modtaget



ASTRID SKRETTING
FORSKER, STATENS INSTITUT FOR RUS-
MIDDELFORSKNING, SIRUS, NORGE

gentagne behandlinger for sit misbrug, kunne sige, at 'nok er nok', og at man må prioritere patienter, som vurderes at kunne få bedre nytte af behandlingen. En anden problemstilling i denne sammenhæng er knyttet til patientrettighedslovens bestemmelse om ret til vurdering og fornyet vurdering af sin sundhedstilstand. Det siges her, at retten til fornyet vurdering kun gælder én gang for samme tilstand. Hvordan vil en sådan bestemmelse blive fortolket og praktiseret for rusmiddelbrugere, som søger behandling for sit misbrug gentagne gange? Efter alt at dømme vil man kunne stå mere eller mindre frit med hensyn til, om man vil give vedkommende en ny mulighed eller afslå en ny vurdering.

Som nævnt har behandlingsinstitutionerne behandlingsoplæg af forskellig varighed. Fx har klinikker, som traditionelt har ydet behandling for alkoholmisbrug, langt kortere behandlingsprogram end døgninstitutioner, som har ydet behandling for narkotikamisbrug. Blandt de sidstnævnte har der i mange tilfælde været flydende overgange for, hvad der kan siges at være selve behandlingen, og hvad der er videre opfølgning eller efterværn efter institutionsbehandling og derfor i udgangspunktet kommunens ansvar. Det er for tidligt at sige, i hvilken grad de regionale helseforetagender vil fortsætte med at yde sådanne langvarige behandlingsforløb. Der kan imidlertid være grund til at tro, at selve behandlingsindsatsen vil blive mere rendyrket ved indlemmelsen i specialistbehandlingen, end da behandling blev anset for at være en socialfaglig opgave.

Et farvel til langvarig institutionsbehandling vil i så fald føre til, at kommunerne får større opgaver, fordi de må yde tjenester til rusmiddelbrugere, som tidligere blev givet af mange døgninstitutioner.

Socialforvaltningen har beholdt sin ret til henvisning af patienter til misbrugsbehandling, selv om henvisningsretten som udgangspunkt skulle være forbeholdt læger i tråd med praksis for den øvrige specialistbehandling. Indtil nu ser dette ud til at fungere, eftersom socialforvaltningen har oparbejdet større kompetence end lægerne med hensyn til at udarbejde henvisninger til misbrugsbehandling. Efterhånden som lægerne får mere erfaring, og misbrugsbehandling bliver mere integreret i den øvrige specialistbehandling, kan det imidlertid være et spørgsmål, om socialforvaltningen på sigt vil have den samme henvisningsautoritet som lægerne.

Som det fremgår rejser den norske rusreform mange problemer. En evaluering af rusreformen, som skal foreligge inden udgangen af 2006, vil et stykke af vejen kunne give svar på, hvilken vej reformen går. Det vil imidlertid tage nogle år, før man kan sige, hvorvidt reformen har ført til, at rusmiddelbrugere har fået et bedre behandlingstilbud, og at behandlingsresultaterne er blevet bedre. ■

LITTERATUR

- Bryhni, A. (red.): Rusmidler i Norge. SIRUS. 2004.
- Elster, J. & Skog, O.-J. (red.): Getting Hooked. Rationality and Addiction. Cambridge University Press. 1999.
- EMCDDA: Annual report. 2004.
- Rundskriv (I-8/2004): Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i specialist-helsetjenesteloven. Helsedepartementet. 2004.
- Bedre behandlingstilbud til rusmiddelbrugere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet. 2004.
- Bestillerdokument 2005. Helse- og omsorgsdepartementet. 2005.
- Inst. O nr. 4: Innstilling til Odelstinget fra sosialkomiteén. 2003-2004.
- Kurtze, N. & Eide, A.H.: Helsetilstand hos tunge rusmiddelbrukere. SINTEF Unimed. 2003.
- NOU: Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Norges offentlige utredninger 2003:4.
- Odelstinget prp. nr. 3: Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sociale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler af fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelbrukere). 2002-2003.
- Odelstinget prp. nr. 54: Om lov om endringer i lov 13 desember 1991 om sociale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan. 2002-2003).
- Ruud, T. & Reas, D.: Helsetjenester for tunge rusmiddelbrukere. SINTEF Unimed. 2003.
- SBU: Behandling av alkohol- og narkotikaproblem. En evidensbasert kunnskapssammstilling. Stockholm. 2001.
- SIRUS: Narkotikasituasjonen i Norge. 2003.
- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Sosialdepartementet. 2002.