

Statlig overtakelse av det — en utfordring for den kommunale

AV SENIORFORSKER SVERRE NESVÅG,

Rogalandforskning/Stavangergruppen for rusmiddelforskning

Departementet sendte nylig ut et høringsnotat med forslag om at staten skulle overta ansvaret for de spesialiserte rusverntjenestene som fylkeskommunen til nå har hatt ansvaret for. Forslaget begrunnes først og fremst i rusmiddelmisbrukeres behov for bedre tilgang til helsetjenester: Ved å legge rusverntjenestene inn under spesialisthelsetjenesteloven sikres rusmiddelmisbrukere rett til nødvendig helsehjelp. Kvalitetskravene som defineres av spesialisthelsetjenesteloven blir også gjort gjeldene for de spesialiserte rusverntjenestene. Ved at rusverntjenestene organiseres sammen med somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester, håper en på et bedre samarbeid mellom de deler av det spesialiserte hjelpeapparatet som må yte tjenester til brukere med så omfattende og sammensatte hjelpebehov. Den andre begrunnelsen for forslaget nevnes ikke i høringsnotatet, men dreier seg selvsagt om fylkeskommunens framtid som tjenesteleverandør.

Departementet har fått inn et stort antall uttalelser til sitt forslag. Nesten alle støtter selve forslaget om statlig ansvars- overtakelse, men med mange kritiske merknader til måten departementet hadde tenkt seg at denne reformen skulle implementeres på. Mange av disse merknadene dreier seg om forholdet mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og de spesialiserte rusverntjenestene, så som konsekvenser av at det bare skal være primærleger som skal ha rett til å henvise til behandling, konsekvenser av endringer i betalingsordninger og mangelen på kompetanse i de kommunale helsetjenestene. Dette er tema som i aller høyeste grad utfordrer de kommunale helse- og sosialtjenesters arbeid overfor rusmiddelmisbrukere.

Stortingsmelding nr. 69 (1991–92) om tiltak for rusmiddelmisbrukere og den nye loven om sosiale tjenester (LOST) som trådte i kraft i 1993, har vært det viktigste grunnlaget for utformingen av kommunenes tjenestetilbud til rusmiddelmisbrukere. Ansvaret for å yte nødvendige tjenester til denne gruppen innbyggere, ble her lagt til sosialtjenesten som både selv skal yte en rekke tjenester og i tillegg skal



Sverre Nesvåg

har arbeidet ved RF siden 1996, blant annet med forskning om rus og rusmiddelbruk. Han var før det ansatt ved Rogaland A.-senter i 9 år, hvorav 5 år som leder. Han har også arbeidet med utredninger og utviklingsarbeid i forholdet til rusvernet, både på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå.

«sørge for» at rusmiddelmisbrukere får den nødvendige hjelp fra andre kommunale tjenester og fra fylkeskommunale og statlige tjenesteytere. For å få tilgang på nødvendig helsehjelp skulle det henvises til den rettighet som alle innbyggere har etter primærhelsetjeneste-loven. Det ble i tillegg satt i gang et omfattende arbeid for å heve kompetansen, først og fremst i sosialtjenesten, nå sist gjennom den statlige handlingsplanen Kunnskap og brubygging.

I praksis har det imidlertid vist seg vanskelig å få helsetjenesten både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå til å engasjere seg i å yte tilfredsstillende hjelp til rusmiddelmisbrukere, selv når behovene har vært tydelige og omfattende. I de senere årene er det særlig overdose-problematikken og den omfattende oppbyggingen av legemiddel-assistert rehabilitering (LAR) som har engasjert helsevesenet i dette arbeidet. Primærlegenes rolle har sett ut til å falle i tre grupper. En liten gruppe (som heldigvis har blitt mindre og mindre) har fungert som alternativ kilde til stor tilgang på alle mulige vanedannende legemidler. En stor gruppe har bevisst eller ubevisst ønsket å holde god avstand til rusmiddelmisbrukere som pasientgruppe, og har klart det. Den tredje gruppen er primærleger som gjennom forpliktelse og/eller interesse har arbeidet aktivt og godt med denne pasientgruppen. Disse bygget også etterhvert opp en god kompetanse både i forhold til de medisinske og ikke-medisinske sidene av problematikken. I overgangen til fastlege-systemet ble mye av dette kastet om ved at svært få rusmiddel-

spesialiserte rusvernet

tjenesteorganisasjonen

misbrukere ga melding om hvilken lege de ønsket videre som sin fastlege. Etterhvert begynner kanskje mulighetene for å bytte lege å få orden på dette, men vi er inne i en tid med stor usikkerhet om primærlegenes posisjon i forhold til pasienter med misbruksproblem.

I denne situasjonen kommer så forslaget om at primærhelsetjenesten skal få en betydelig økt rolle. Legges de spesialiserte rusverntjenestene (døgningstjenester og poliklinikker) inn under spesialisthelsetjenesteloven, vil det blant annet føre til at det kun er primærleger, dvs. den som er pasientens definerte fastlege, som kan henvise til disse tjenestene. I tillegg vil betalingsordningene bli endret og tilpasset ordningene innenfor helsetjenestene for øvrig. Det er ikke fremmet noen samlet plan for hvordan primærhelsetjenesten skal få den økte kompetansen som en slik ny rolle vil kreve. Blir disse forslagene gjennomført, kan jeg se for meg tre mulige scenarier for utviklingen av de kommunale helse- og sosialtjenester overfor rusmiddelmisbrukere; ett akseptabelt, ett katastrofalt og ett ønskelig.

1. Det pragmatiske scenariet

Helt fra starten ble de psykiatriske ungdomsteamene (PUT) organisert under psykiatrien og etterhvert gjaldt det også enkelte rusverninstitusjoner, f.eks. Eikely i Rogaland. Dermed har disse tilbudene, i de aller fleste fylker, krevet henvisning fra lege. For den mindre gruppen av interesserte/forpliktete leger har dette vært et tilbud en har kunnet spille på. Men for mange, og spesielt rusmiddelmisbrukerne med den mest omfattende og sammensatte problematikken, har sosialtjenesten vært det viktigste kommunale hjelpetilbudet. I mange kommuner har det utviklet seg en pragmatisk kultur der sosialtjenesten gjør jobben og en eller flere leger sørger for den formelle henvisningen. Dette har blitt enda mer aktuelt ved oppbyggingen av legemiddellassert rehabilitering der en, litt flåsete, kan si at det har bygd seg opp et «legemiddellassert» pragmatisk samarbeid mellom sosial- og helsetjenesten. I det første scenariet ser jeg for meg en kraftig utvikling av denne pragmatiske kulturen: Sosialtjenesten sitter på den nødvendige kompetansen og fortsetter å gjøre det meste av jobben, mens de fleste leger forblir inkompetente på dette feltet og

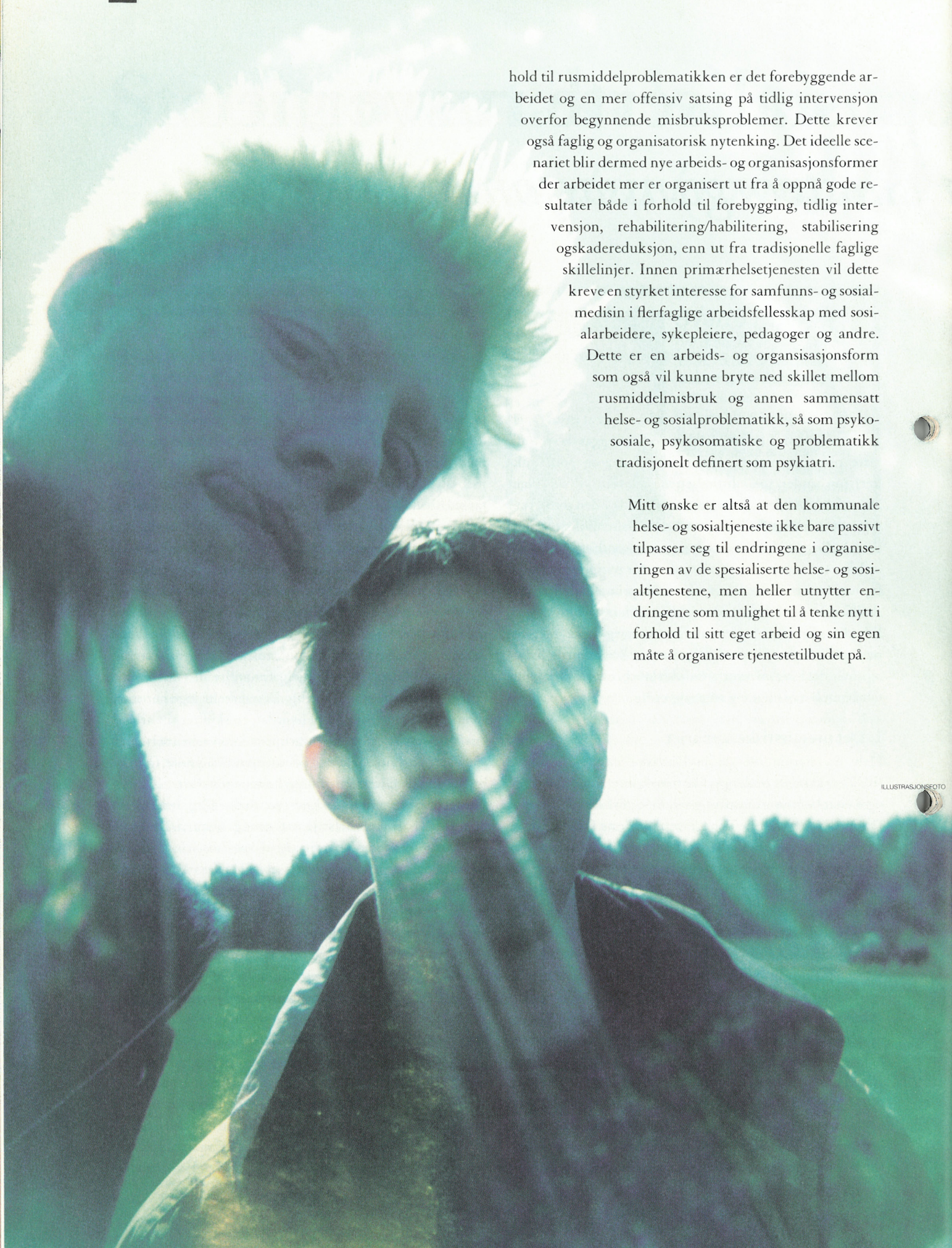
bidrar mest gjennom de formelle henvisningsskriv (selvsagt mot god betaling). Dette er for såvidt et akseptabelt scenario, men det finnes både verre og bedre varianter.

2. Det katastrofale scenariet

Fastlegesystemet gir alle innbyggere rett til en fast primærlege men det sikrer ikke nødvendigvis tilgang til en kompetent og interessert lege i forhold til de problemer en sliter med. Rusmiddelmisbrukere har ofte omfattende og sammensatte problem som stiller stor krav til legens kompetanse. Rusmiddelmisbrukere har ofte en atferd (som selvsagt er en del av selve problemet) som ikke gjør dem til noen idealpasienter for en lege som arbeider under strenge tidsmessige rammer og som også skal gi hjelp til pasienter som kan føle frykt, ubehag eller ren, skjær moralistisk forakt overfor rusmiddelmisbrukere på samme venterom. Resultatet kan bli at legene får en stort og avgjørende ansvar både for selv å yte nødvendig hjelp til rusmiddelmisbrukere og for å sørge for nødvendig hjelp fra andre instanser, men ikke tar dette ansvaret alvorlig. Den enkelte lege har stort slingsmonn i forhold til hvordan en skjøtter sitt arbeid og da spesielt overfor pasientgrupper som verken selv eller via andre, er i noen særlig god posisjon til å presse fram et bedre tilbud. Gjennom primærhelsetjenesteloven har rusmiddelmisbrukere hatt krav på nødvendig helsehjelp, uten at det har sikret helsetjenestens engasjement. Det er liten grunn til å tro at overføring av spesialist-rusvernet til spesialisthelsetjenesteloven i seg selv vil bedre på dette. Og i tillegg vil en kunne oppleve at sosialtjenesten reduserer sitt engasjement i takt med det redusert ansvaret. Dette er det katastrofale scenariet.

3. Det ideelle scenariet

Rusmiddelmisbrukere har ofte omfattende og sammensatte hjelpebehov som krever innsats fra mange kommunale hjelpeinstanser. Tradisjonelle samarbeidsformer som f.eks. ansvarsgrupper, blir ofte for ressurskrevende om de skal tas i bruk i alle saker som krever et tett samarbeid og god koordinering av tjenestene. Skal helsetjenesten tettere inn i det kommunale samarbeidet og få en mer sentral rolle i forhold til de spesialiserte tjenestene, må en tenke andre organisasjonsformer på kommunalt nivå. En annen utfordring i for



hold til rusmiddelproblematikken er det forebyggende arbeid og en mer offensiv satsing på tidlig intervensjon overfor begynnende misbruksproblemer. Dette krever også faglig og organisatorisk nytenking. Det ideelle scenariet blir dermed nye arbeids- og organisasjonsformer der arbeidet mer er organisert ut fra å oppnå gode resultater både i forhold til forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering/habilitering, stabilisering og skadereduksjon, enn ut fra tradisjonelle faglige skillelinjer. Innen primærhelsetjenesten vil dette kreve en styrket interesse for samfunns- og sosialmedisin i flerfaglige arbeidsfellesskap med sosialarbeidere, sykepleiere, pedagoger og andre. Dette er en arbeids- og organisasjonsform som også vil kunne bryte ned skillet mellom rusmiddelmisbruk og annen sammensatt helse- og sosialproblematikk, så som psykososiale, psykosomatiske og problematikk tradisjonelt definert som psykiatri.

Mitt ønske er altså at den kommunale helse- og sosialtjeneste ikke bare passivt tilpasser seg til endringene i organiseringen av de spesialiserte helse- og sosialtjenestene, men heller utnytter endringene som mulighet til å tenke nytt i forhold til sitt eget arbeid og sin egen måte å organisere tjenestetilbudet på.