

Utposten i samtale med helseminister Dagfinn Høybråten, ved Frode Forland

«Vi må samarbeide med de krefter som

– seier Høybråten i dette eksklusive intervjuet med Utposten. Vår utsendte hadde nyleg gleda av å vere med statsråden på studietur til London.

Programmet var i utgangspunktet stramt. I tillegg til det fastlagde programmet som varte frå 08 til 18 med påfølgjande representasjonsmiddag i ambassaden, arbeidde statsråden i alle pausar og under transportetappar med å førebu utgreiinga for Stortinget om Dent-o-Sept saka som han skulle halde dagen etter. Siste dagen kom også akrylamidsaka frå Sverige inn på fax og mobil. Nye telefonar og intervju pressa seg inn i dagsprogrammet. Takka vere tett trafikk og køar i London og ein velvillig statsråd, blei det også tid til eit intervju med Utposten. Vi ville gjerne høyre nokre sysnspunkt frå sjefen over alle sjefar i helse-Norge om dei spørsmåla vi har drøfta i dei siste nummera av bladet; rusmisbruk, distriktsmedisin og litt om tru, sidan vi no har ein statsråd som vedkjenner seg ei aktiv kristentru.

Kvifor har regjeringa bestemt å overføre mykje av ansvaret for rusomsorgen frå sosialtenesta til helsetenesta?

Vi har sett at mange av rusmisbrukerne ikke får det helse-tilbudet det trenger. Mange kan ha store helseproblemer, i tillegg til rusproblemene, som de har vansker med å få hjelp til i dagens ordning. Helsetjenesten har vært utydelig på sitt ansvar for denne pasientgruppen, og det har vært skepsis i mange helseinstitusjoner mot å ta imot rusmisbrukere. Det er også mangel på kompetanse om dette feltet i helsetjenes-

ten. Vi har tre angrepspunkter for å bedre på dette: Vi trenger et lavterskel helsetilbud, vi vil arbeide videre med legemiddellassistert rehabilitering, og vi ønsker å overføre den spesialiserte rusomsorgen til spesialisthelsetjenesten.

Et lavterskel helsetilbud innebærer at rusmisbrukere får tilbud om et sted der de kan komme for å få medisinsk hjelp, stell og nødvendig omsorg uten å ha bestilt time mange uker i forveien. Det skal være mulig å komme inn fra gata når en trenger det. Vi vil ikke bygge opp en ny særomsorg, men tenker likevel at det er behov for en særlig tilrettelagt helsetjeneste for noen av disse brukerne. Dette vil være mest aktuelt i større kommuner som har slitt med mange misbrukere. Vi vil utvide den type tilbud som vi nå kjenner fra bl.a. Oslo, Skien og Tromsø. Dette kan forhindre flere overdosedødsfall og vil gi verdig hjelp til de som trenger det. Bevilgningene til dette formålet tredobles og kommer i år opp i 28 millioner kroner.

Formålet med å overføre spesialistomsorgen fra fylkets sosialapparat til helseforetakene er at helse- og sosialsektoren samlet skal bli bedre til å fange opp de problemer og behov som rusmisbrukere har. I tillegg til dette gjør vi nå en gjennomgang av resten av tjenestene for å få en god forankring av alle deltjenestene i forhold til de ulike lovene innefor helse- og sosialsektoren.

Jeg vil også si at det er viktig at vi får en holdningsendring blant legene, slik at det å arbeide med rusmisbrukere blir faglig oppvurdert og inngår som en naturlig og integert del av praksis.

Trass i den planlagde omlegginga, vil ikkje likevel hovudproblema for dei fleste rusmisbrukarar, arbeid, bustad, nettverk osv. havne innanfor sosialsektoren sitt ansvarsområde?

Selvsagt vil slike forhold være like viktige fremdeles, men for å sikre rusmisbrukere et godt helsetilbud har vi måttet presisere ansvars- og innsatsområdene spesielt for denne sektoren. Vi går nå opp grensene for hvilke institusjoner som skal være inn under henholdsvis helse- og sosiallovgivningen.

Vil ikkje då delinga på toppen i eitt Helsedepartement og eitt Sosialdepartement kunne verke negativt inn på dei integrerte og omfattande tenestene som rusmisbrukarar ofte treng?

virker imot sentraliseringstendensene»

Det vil alltid være en spenning mellom helhet og del, *seier Høybråten*, men det har nå åpenbart vært nødvendig å tydeliggjøre helseproblemene blant rusmisbrukerne. Vi ønsker en holdning der helsepersonell prøver å sette seg inn i enkeltmenneskets sted – og med det som utgangspunkt prøver å finne løsninger. Ingen organisering kan løse alle problemene. Men forskriften om individuelle planer kan være en hjelp til å organisere samarbeidet rundt denne pasientgruppen.

Kan vi vende tilbake til ditt tredje punkt innleiingsvis, Lege-middelassistert rehabilitering (LAR). Det har blitt reist kraftig kritikk mot dei strikte reglane for legemiddelforskriving i ein rehabiliteringssamanheng for rusmisbrukarar (blant anna i dei to siste nummera av Utposten). Vil Helsedepartementet gjere noko for å lempe på dette regelverket?

Det er ikke aktuell politikk å lempe på dette regelverket nå, men de ulike LAR-sentra har lov å bruke sitt faglige skjønn i møte mellom regelverk og enkeltmennesker. Vår hovedtilnærming i rusarbeidet er fortsatt rusfrihet. Det er viktig at LAR ikke blir en sovepute som hindrer aktiv rehabilitering med rusfrihet som mål. Vi ønsker en evaluering av LAR, der også bruk av Subutex på vei mot rusfrihet inngår. Det nye Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjøre dette.

Over til distriktsmedisin – som kjent var Helsedepartementet med og arrangerte distriktsmedisinsk konferanse på Sommarøy i mars. Helsetenesta i dei geografiske utkantane i dette landet er under press. Kva vil Helsedepartementet gjere for å få legane til å jobbe der det er størst behov for dei – og ikkje berre der det løner seg best for legen?

Vi har faktisk sett en betydelig forbedring av rekrutteringen til legestillinger i distriktene og utkantene den siste tiden. Jeg tror at fastlegeordningen gir et godt grunnlag for en god distriktsmedisinsk legetjeneste. Vi hadde ca 600 ledige allmennlegehemler før ordningen ble innført, nå er det bare ca 120 igjen. Dette er en stor og gledelig forandring, som har skjedd over kort tid, og med dette er også mange stillinger i utkantene blitt dekket. Jeg tror vi har lykket bra med å finne en balanse mellom stimulering og regulering på dette området.

Kva med stabiliteten i desse stillingane?

Vi vet at den er dårlig en del steder. Det er en utfordring å legge til rette for at legene skal ønske å bli værende også i såkalte perifere strøk. Mange kommuner sliter med vikariat, midlertidige stillinger og kortvarige ordninger. Dette er ikke bra, hverken for lege-pasientforholdet, eller for det mer langsiktige samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen.

Kva vil så Departementet gjere for å stimulere til stabilitet i desse stillingane?

Vi tror det er viktig å få til et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – der det er gode samarbeidsforhold mellom allmennlege og sykehus, kan dette ha en stabiliserende virkning. I Nord-Norge har de prøvd å få til dette både gjennom hospiteringsordninger og forskningsstillinger. Vi må spille på lag med de krefter som virker imot sentraliseringstendensen i helsetjenesten, *seier ein engasjert statsråd.*



Vi må bygge bærekraftige satellitter rundt lokalsykehusene som også kan utføre avanserte tjenester.

Kva slags avanserte tenester tenkjer du på?

I Alta har de gjort vellykkede forsøk med å gjennomføre dialysebehandling på helsesenteret. Også cellegiftbehandling bør kunne gjøres lokalt dersom det er et godt samarbeid mellom sykehus og allmennlege og den kommunale sykepleietjenesten. Begge disse temaene er foreslått styrket i Revidert Nasjonal Budsjet for 2002. Slike ordninger er økonomiske for samfunnet og gir et bedre tilbud til pasientene, og det kan være faglig stimulerende for helsetjenesten lokalt. I tillegg til dette vil den telemedisinske utviklingen gi mange nye utfordringer og muligheter for samarbeid og faglig utvikling i årene som kommer.

Eit eige distriktsmedisinsk senter er foreslått som eit tiltak for å styrkje utkantmedisin, vil Departementet gå inn for det?

Jeg kan ikke svare konkret på det spørsmålet her på bussen i London, da trenger jeg noe mer underlagsmateriale, men på generelt grunnlag kan jeg si at jeg vil støtte tiltak som kan styrke legegjerning og tjenester på laveste nivået i kjeden. Av andre virkemidler har vi også revitalisert Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet, og vi har bedt dem om å ha et våkent øye på forholdene mellom nivåene i helsetjenesten. Rådet er også supplert med medlemmer som jeg håper kan ivareta primærhelsetjenestens synsvinkel på en god måte. Det er viktig i styringen av helsetjenesten å få en rett balanse mellom det som skal håndteres i spesialisthelsetjenesten, i allmennmedisin og som egenbehandling.

I ein del kommunar har det vore vanskeleg å rekruttere legar inn i dei samfunnsmedisinske stillingane og oppgåvene etter fastlegeordninga. Har legane framleis ei viktig rolle å spele i det samfunnsmedisinske og forebyggjande arbeidet?

Definitivt. Vi har bedt fylkeslegene om å følge opp og overvåke innføringen av fastlegeordningen. Kommunene har en rett til å pålegge legene en viss mengde offentlig legearbeid. Det kan hende at en del kommuner ikke har brukt denne muligheten som forutsatt. Det vil bli påpekt og fulgt opp.

Så langt kom vi i bussen før statsråden og hans politiske rådgjevar hasta vidare til nytt møte i ambassaden før flyturen heim.

Dei siste to spørsmåla har han difor fått på e-post og dei lydde slik:

Korleis trur statsråden at tru og livssyn påverkar folks helse og lege-pasientforholdet? Kva rolle spelar di eiga tru for deg i ditt arbeid som helseminister?

Og slik svara han:

Når det gjelder de to siste spørsmålene velger jeg å svare samlet slik:

Mennesket er ikke bare kropp, men kropp, sjel og ånd. Helsetjenesten skal møte det hele mennesket og må ta denne helheten på alvor. Det er ikke tvil om at samspillet mellom kropp og sjel og ånd har betydning både når det gjelder å fremme helse og å behandle uhelse. Noen sammenhenger er klart dokumentert, andre må møtes med større ydmykhet. Det dreier seg om det integrerte menneske.

