

Rusreforma set kommunane på prøve

Rusreforma skal gi rusmiddelmissbrukarar tilgang til behandling uavhengig av kommunal økonomi og kommunale prioriteringar og uavhengig av kontakt med sosialtenesta, noko som tidlegare kunne vere ein barriere for somme. Det å behandle rusmiddelmissbrukarar er blitt ein del av spesialisthelsetenesta. Spesialisthelsetenesta skal tilby tverrfagleg spesialisert behandling med ei brei tilnærming, og ho skal fokusere på det hjelpebehovet kvar enkelt rusmiddelmissbrukar har. Rusmiddelmissbrukarar har no pasientrettar også ved rusbehandling. Kommunen har framleis det same ansvaret innanfor rusfeltet som før reforma.

Med reforma blei det innført eit tospora løp inn i behandlingstilbodet frå spesialisthelsetenesta. Den kommunale sosialtenesta eller lege kan tilvise til tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Utgreiingseininga i helseregionen vurderer tilvisinga. Dei ulike regionane har organisert dette på forskjellig måte, men som oftast er funksjonen sentralisert i ei eining som både tek stilling til pasienten sin rett til helsehjelp og kva slags behandling pasienten har rett på. Det er verd å merke seg at den kommunale eigendelen ved institusjonsbehandling fall bort da spesialisthelsetenesta tok over ansvaret.

På papiret ser dette relativt uproblematisk ut. Røyndommen viser seg å vere meir kompleks.

Rusmiddelproblem blir løyste best lokalt

Lokalbaserte løysingar og lågaste effektive omsorgsnivå er framleis eit prinsipp som behandlings- og hjelpeapparat jobbar etter på rusfeltet. Lov om sosiale tjenester § 6–1 legg til grunn at lokale tiltak skal vere vurderte og prøvde før pasientar blir tilviste til spesialisthelsetenesta. Somme spesielle utfordringar rundt omfattande rusmiddelproblematikk gir eit sterkt press på

løysingar som inneber at pasienten må komme ut av lokalmiljøet sitt. Dette vil som oftast seie det same som eit ønske om å bli behandla i institusjon. Eksempel på slike tilhøve kan vere belastningar som pårørande til rusmiddelmissbrukaren opplever, frykt for at illegal gjeld skal krevjast inn, bustadløyse eller åtferd som gjer det vanskeleg for pasienten å komme inn på bustadmarknaden.

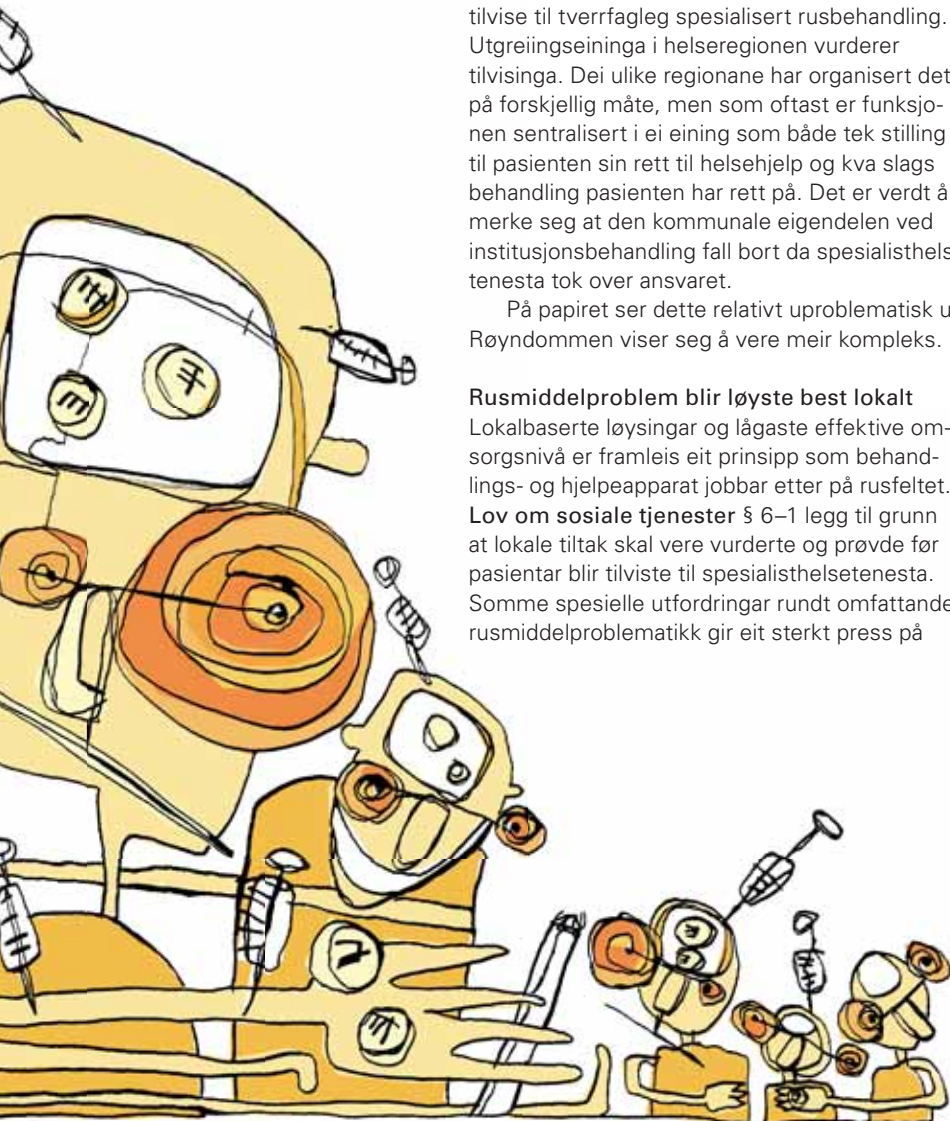
På grunn av at finansieringa av rusbehandling i institusjon er endra, er tilhøvet mellom lokalbaserte og institusjonsbaserte tiltak i spesialisthelsetenesta blitt vesentleg endra sett frå ein kommunal ståstad.

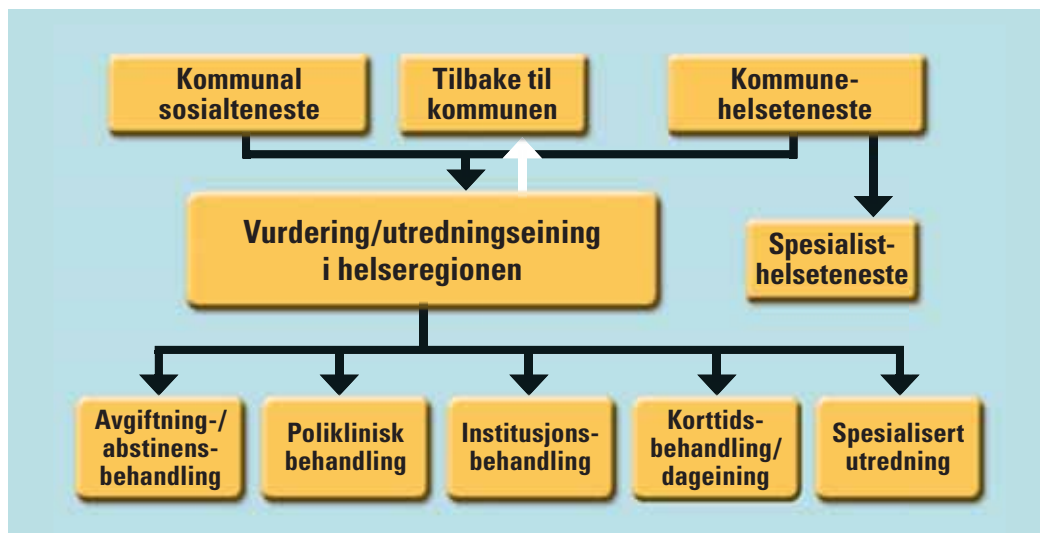
Sett på spissen: Før 2004 ville tilsette i sosialtenesta vurdere kva ein kunne få til av lokale tiltak innanfor ei ramme på kr. 12 500,- per måned (kommunal eigendel), målt opp mot effekten av eit opphald ved ein institusjon. Etter rusreforma er det sterke økonomiske motiv for kommunane å få sendt rusmiddelmissbrukar til institusjonsbehandling i spesialisthelsetenesta, som er gratis for kommunen.

Presset har auka på institusjonsbehandling i spesialisthelsetenesta. Presset på avrusingsplassar er særleg høgt, sjølv om dei regionale helseføretaka i 2005 har auka kapasiteten. Resultatet er at kommunane berre prioriterer pasientar som blir vurderte for «rett til nødvendig helsehjelp», andre pasientar har lang ventetid. Samtidig rapporterer dei private omsorgsinstitusjonane om sviktande tilgang. Fleire er i ferd med å redusere eller avvike drifta.

Korleis har det gått?

Etter fleire tilbakemeldingar frå sosialtenesta i kommunane om problem med å få rusmiddelmissbrukarar inn i spesialisthelsetenesta tok Fylkesmannen i Aust-Agder hausten 2004 initiativ overfor både helseføretaka og kommunane for å kartlegge situasjonen rundt tilvisingar av menneske med rusmiddelproblem. Kartlegginga





Vegen inn i spesialisert behandling.

viste at fleire kommunar har lita oversikt over dei «tilviste» pasientane sine. Tilviste pasientar blir i liten grad vurderte for mellombelse tiltak, slik **lov om sosiale tenester** legg opp til. Det er lita eller inga systematisk oppfølging frå kommunen av pasientar som ikkje blir vurderte til å ha rett på tverrfagleg spesialisert behandling.

Fleire kommunar har redusert budsjett-postane sine til rusmiddelarbeid monaleg etter rusreforma. Dette har skjedd på grunn av uttrekket som blei gjort i rammetilskotet som følgje av reforma. Dette er med på å redusere handlingsrommet når kommunane skal vurdere ulike mellombelse tiltak. Særleg synleg blir dette i forhold til kjøp av plassar i dei private omsorgs- og rehabiliteringsinstitusjonane. Det er ingen teikn som tyder på at kommunane er i ferd med å

byggje opp eigne tiltak for å fylle slike behov. Det er også eit spørsmål om kommunane har tilstrekkeleg kompetanse til å drive denne typen tiltak.

Ein kan spørje om kommunane har teke ein pause i arbeidet med rusmiddelmissbrukarar etter at rusreforma blei innført. Definerer kommunane dette berre som eit domene for spesialisthelsetenesta? Har dei redusert si eiga rolle til å vere tilvisande instans som i beste fall tek seg av oppfølginga etter at brukarane kjem ut som «ferdig behandla» frå spesialisthelsetenesta?

Artikkelen byggjer på erfaringar som Fylkesmannen i Aust-Agder har gjort.

AKTUELLE PROBLEMSTILLINGAR ER:

- Kommunane har i liten grad bygd opp døgnbaserte omsorgstilbod, og dette går ut over rusmiddelmissbrukarar som i kortare eller lengre periodar har bruk for slike.
- På grunn av nye finansieringsordningar er kommunane lite villige til å kjøpe omsorgstiltak av private leverandørar.
- Ein kan spørje om mange kommunar har ein lang veg å gå for å få til ein betre systematikk i rehabiliteringsarbeidet med rusmiddelmissbrukarar, og om dei i mykje større grad må fokusere på parallelle tiltak mellom kommune og spesialisthelseteneste.
- Tilsynet må i større grad fokusere på tiltak mellom kommune og spesialisthelseteneste.