

Høringsvar om Fritt Behandlingsvalg

RIO -Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon 22.6.2014

Reformen «fritt behandlingsvalg» (FBV) skal føre til at offentlige sykehus skal underlegges et system for aktivisering, pasientene skal få flere valg, køer skal kortes ned, kapasitet økes og at private skal utgjøre en større plass av spesialisthelsetjenesten, (og kommersielle skal entre TSB). Grunnpremisset er videreføring og styrking av konkurranseprinsippet i foretaksmodellen og en videreutvikling av tanken bak fritt sykehusvalg.

RIOs har som målsetting at *flest mulig personer med rusproblemer skal få best mulig behandling for problemene sine*. Det er grunn til å tro at RIO og regjeringen har sammenfallende interesser med pasienten (brukeren) i sentrum.

Ettersom FBV skal fases inn med TSB og PHV i første omgang er dette spesielt interessant for RIO. Vi vil i det følgende fremheve sentrale idealer som må treffes for å ha et tjenesteapparat som samsvarer med hvordan vi tenker det burde være:

1. **Tilstrekkelig kapasitet**
2. **Recovery-orientering**
3. **Individuell differensiering**
4. **Kvalitet og innhold**
5. **Redusere konkurransemekanismer**
6. **Integrerte ettervern**

Kapittel 1 Tilstrekkelig kapasitet

Vi har alle vært enige om at tjenesteapparatets kapasitet ikke står i stil med behovet hos brukergruppen. Vi er positive til at man nå forsøker å løse dette problemet ved å innføre FBV. Vi har notert oss et foreløpig tak på 150 millioner kr til FBV for TSB og PHV i 2015. Vi stilles oss spørrende til om dette er nok. Samtidig er det et viktig poeng at rusbehandling siden både 1998 (LAR) og 2004 (rusreformen) har hatt store omveltninger som har ledet til utilsiktede negative konsekvenser, som f.eks. frafallet av kollektivene og de terapeutiske samfunnene, mangelen på gjensidig forståelse mellom flere tjenester og de regionale helseforetakene, og LAR-pasienter som ikke får støtte og behandling for sin avhengighetsproblematikk når de ber om å avslutte sin medikamentelle behandling, og LAR-pasienter som generelt får mangelfull oppfølging og en økende grad av rapportering om sykелighet og dødelighet som utfall av ufrivillig endt behandling i enkelte regioner. **Det er**

viktig at man bygger et bærekraftig, stabilt og forutsigbart tjenesteapparat. Da skal man ikke forhaste seg.

Samtidig som FBV skal sørge for hjelp når man trenger det og et mer variert tjenesteapparat ønsker vi at brorparten av tilbudet skal kjøpes inn som vanlig. Derfor støtter vi departementets ønske om en offensiv strategi for merinnkjøp av de regionale helseforetakene.

Kapittel 2 Recovery-orientering

Regjeringen foreslår et felles mål og et felles verdigrunnlag i innfasing av FBV. RIO ønsker en overbyggende recovery-orientering av tjenesteapparatet. I motsetning til hvordan diskursen av ulike årsaker har tendert mot er det normalt at personer som lider med en rusavhengighet klarer å fri seg fra denne, eller i alle fall misbruket relatert til avhengigheten. Et elendighetsperspektiv, og feilaktige slutninger som at rusavhengighet er en hjernesykdom, har ledet til en pessimistisk innstilling til behandling der man i flere tilfeller ikke hadde et overordnet mål med apparatet og «diagnosen» har kunne tjene som en unnskyldning for behandling som ikke virker. Dette er diskriminering.

Rusbehandling ble spesialisthelsetjeneste i 2004 med formålet om å øke kvalitet, redusere ideologi og oppnå bedre resultater av behandlingen for brukerne. Jevnt over mener vi rusreformen ikke har levd opp til dette idealet. Måling av resultater har vært så sparsommelig at det nesten ikke har funnet sted. I 2012, ved daværende helseminister Jonas Gahr Støre, måtte man instruere de regionale foretakene med at det måtte finne sted behandling med rusfrihet som mål. Skjønt det burde være underforstått mener vi dette burde være et sentralt og eksplisitt formål med den aller største delen av rusbehandlingen. Dette mener vi vil være viktig med FBV.

Kapittel 3 Individuell differensiering

Vi vet at tid i behandling påvirker utfallet av behandling. Vi vet også at individuell differensiering påvirker hvor lang tid man er i behandling, nettopp fordi behandlingen er mer sensitiv med tanke på den enkelte brukers behov, ofte som del av en større gruppe.

Individuell Plan (IP) er et verktøy som kan styrke oppmerksomheten rundt brukerens behov, og bidra til organisering ulike tjenester tilpasset disse behovene. I RIO ser vi ofte at IP ikke har den tiltenkte effekten ettersom fagpersoner ikke har det nødvendige mandatet med seg inn i ansvarsgruppen til brukeren. Derfor må behandlere også styrkes i sin medvirkning i arbeidet med IP.

IP er fortsatt et verktøy som trenger forsterkning for å fungere. Dersom FBV ikke er tenkt å forholde seg til IP er dette veldig uforståelig for RIO. IP vil styrke FBV og samhandling mellom tjenestene.

Kapittel 4 Kvalitet og innhold

Styrkingen av det kvantitative rammeverket for tjenesteapparatet er gledelig. For brukeren som står på venteliste er dette avgjørende. For brukeren som benytter seg av FBV vil kvaliteten i tjenestene være avgjørende for behandlingsutfallet. Som RIO har presisert tidligere har det ikke vist seg at høye døgnpriser, overbemanning av helsepersonell, PhD-stipendiater og evidensbaserte akronymer har ledet til at flere personer har blitt rusfrie i behandling. I enkelte tilfeller har vi sett indikasjoner på det motsatte. Samtidig registrerer man ofte at representanter for de ulike tjenestene har en tendens til ikke å kritisere egen tjeneste, og faktisk forsvarer seg hemningsløst når brukerorganisasjoner peker på svakheter.

Derfor mener vi det er viktig at brukerundersøkelser gjøres for tjenestene i FBV som alle andre tjenester innenfor TSB. Opprettelse av brukerråd/brukerutvalg hos tilbyder i FBV burde være et kriterium for avtale. For at brukermedvirkning skal fungere på systemnivå må også brukerrepresentanter være med i godkjenning av tilbydere under FBV, på **samme måte som brukerrepresentanter må være med i inngåelse av avtaler i TSB**. Gjennom de siste anbudsrundene har ikke brukerrepresentantene engang fått se tilbudene de ulike leverandørene har levert og ikke vært delaktig i prosessen om inngåelse av avtaler. Derfor har vi ikke brukermedvirkning på systemnivå i TSB per i dag. Vi ser de regionale helseforetakene legitimere sin egen praksis ved å ta inn brukerrepresentanter på et tidlig nivå, men når alt kommer til alt er ikke deres kompetanse verdsatt på beslutningsnivå. På den måten blir brukerrepresentantene et alibi fremfor en ressurs som skal kvalitetssikre tjenestene. **Denne praksisen må ikke følge videre inn i FBV.**

Kapittel 5 Konkurransen som negativ faktor

Når rusbehandling ble del av spesialisthelsetjenesten ved rusreformen, og følgelig ble underlagt foretaksmodellen etter helsereformen, ble et relativt umodent fagområde underlagt ny-liberale konkurransemekanismer. Vi mener det finnes sterk grunn til å si at feltet som helhet ikke er interessert i dette og at brukerne ikke tjent med det. Det er viktig å forstå den fagpolitiske realiteten som preger feltet: ofte snakket ned som «ideologi» av den ene og den andre siden. De fellesskapsbaserte tjenestene har en forankring i sosialistisk filosofi (felleskap, avhold, likeverd, skulder til skulder, anti-psykiatri osv). Foretaksmodellen og

organiseringen av TSB har en forankring i liberalistisk filosofi (individuell differensiering, pasientrettigheter, konkurransemekanisme, NPM osv). Det er viktig kriterier for utvelgelse av leverandører klarer å inkorporere begge retningene.

Etter rusreformen har det kunnet synes som et system som har vært relativt ute av kontroll, der vi har mistet kollektivbevegelsen og de terapeutiske samfunnene, enten til nedleggelse eller til endring i tråd med RHF-tenking om hvordan rusbehandling skal se ut. Derfor mener vi det er viktig at konkurransen på det ideelle feltet må opphøre. Det har ledet til splittelse av et fagfelt som trenger forutsigbarhet, trygghet og samhold. Rusavhengige burde ikke ses som en kunde. Rusbehandling burde heller ikke ses som et produkt. Ved å forsøke å objektivere en endringsprosess, ved å forsøke å standardisere alt som skjer rundt et menneske som henter livet sitt tilbake, risikerer man i de aller fleste tilfeller å drepe nettopp det som skjer. Man gjør den varme mellom-menneskelig virkeligheten til et sterilt konkurranseobjekt. Dette til ettertanke når man utformer politikk på feltet.

Kapittel 6 Integrerte ettervern

Ca. 60% av det totale døgntilbudet skjer i ideell sektor. RIO mener langtids døgntilbud kunne vært tatt ut av sykehusene. Samtidig har det vært et gjennomgående problem at vi er dårlig rustet med ettervern/oppfølging etter behandling. Vi mener RHFene bør be de ideelle tilbyderne om å levere integrerte ettervern-programmer da dette vil være kostnadseffektivt og motvirke at brukerne står etter TSB uten bolig, uten jobb, uten de nødvendige sosiale preferansene for å etablere et nettverk osv. Det er her folk dør.

Vi mener det samme må lyde for leverandører under FBV-ordningen.

Så ønsker vi regjeringen lykke til med Fritt Behandlingsvalg og en videre opptrapping av feltet.