

Strateginotat

Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere

Perspektiver og strategier



HELSEDEPARTEMENTET

Strateginotat

Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere

Perspektiver og strategier



HELSEDEPARTEMENTET

Forord

Gjennom sykehusreformen ble de behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere som var regulert av spesialisthelsetjenesteloven, overført til staten ved de regionale helseforetakene fra 2002. Ved rusreformen som trådte i kraft fra 2004, ble også behandlingstiltak regulert av sosialtjenesteloven, overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetak. Som en følge av rusreformen er også ansvaret for organiseringen av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) overført til de regionale helseforetakene.

Stortingets overordnede mål med rusreformen er at rusmiddelmisbrukere med sammensatte problemer skal få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre. Målet er at behandling av rusmiddelmisbrukere skal utvikles til en tverrfaglig spesialisttjeneste som fokuserer på helhetlige og individuelt baserte tilnærminger, og der både sosialfaglige og helsefaglige perspektiver skal vektlegges.

Rusreformen innebærer at et betydelig ansvar for behandlingstiltak til rusmiddelmisbrukere er overført til spesialisthelsetjenesten og helseforetakene. Mange aktører i tjenesten får nye oppgaver og utfordringer. Mål og rammer for dette i 2004 er angitt i Helsedepartementets styringsdokument til de regionale helseforetakene. I styringsdokumentet ble det også varslet at Helsedepartementet i 2004 ville legge fram et overordnet dokument som skulle trekke opp nasjonale strategier og perspektiver, og ved det vise helheten i oppgaver, mål og utfordringer. Det er dette dokumentet som Helsedepartementet nå legger fram. De mål og rammer som er satt gjennom lovvedtak, forskrifter, rundskriv, budsjettvedtak og styringsdokumentene til de regionale helseforetakene, endres ikke gjennom dokumentet. Men departementet legger vekt på at det foreliggende dokumentet kan gi en felles referanseramme for alle involverte aktører og dermed bidra til fellesskap og kvalitet i videre utviklingsarbeid. Det understrekes derfor at omtalen som gis av utfordringer og hva som er relevante strategier og tiltak ikke må leses som noen endelig fasit.

Med dette som utgangspunkt er det i utformingen av dokumentet lagt vekt på:

- Å gi et bilde av misbrukssituasjonen og de utfordringer som denne gir.
- Å gi en kort omtale av historikk og virkemiddelbruk ved iverksettelsen av rusreformen. En faktisk beskrivelse av de lovgivningsmessige rammene for den nye virkemiddel-strukturen og departementets fortolkning av lovvedtakene er gitt i eget rundskriv, I-8/2004 "Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven".
- Det gås spesifikt inn på hva et godt og hensiktsmessig tjenestetilbud innebærer, og hvordan behandlingen kan bli bedre. Dokumentet gir en kunnskapsmessig status for ulike behandlingstilnærminger.

Behandling av rusmiddelmisbrukere skal inngå som en del av spesialisthelsetjenesten. De samme regler som gjelder i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og somatikk skal dermed også gjelde for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere som er overført til spesialisthelsetjenesten. Kommunene er en viktig samarbeidspartner i behandlingen av rusmiddelmisbrukere. Nødvendigheten av at de regionale helseforetakene har et nært forhold til kommunene og deres behov blir derfor understreket.

Tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere representerer på mange måter et felt med en særegen historie der frivillige organisasjoner og til dels også enkeltpersoner, har spilt en vesentlig rolle. I forvaltningen av sitt nye ansvar vil det være nyttig for de regionale helseforetakene å ha en viss kjennskap til feltets bakgrunn. Dokumentet redegjør for dette.

Overtakelsen av ansvaret for behandling av rusmiddelmisbrukere byr på store utfordringer for de regionale helseforetakene. Reformen medfører til dels store endringer for så vel behandlingstiltakene som for rusmiddelmisbrukere med behov for behandling. Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2004 anmodet Stortinget Regjeringen om å legge fram en evaluering av rusreformen etter tre års virketid. Jeg vil følge opp dette på egnet måte.

Det framkommer i ulike sammenhenger at kvaliteten og innholdet i

behandlingstilbudet for rusmiddelmisbrukere ikke er godt nok. Departementet har derfor valgt å benytte dette dokumentet til å løfte fram ulike områder som de regionale helseforetakene bør gi ekstra oppmerksomhet og hva som her bør vektlegges. Dette gjelder blant annet akuttbehandling/ avrusing, tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke, legemiddelassistert rehabilitering og kompetanshevedende tiltak. I statsbudsjettet for 2005 vil Regjeringen komme tilbake til spørsmål knyttet til kapasitetsmessige forhold.

Det arbeides med generelle kriterier for kvalitet og kvalitetsmåling i sosial- og helsesektoren. Disse vil også omfatte tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere. Dette dokumentet er dermed et supplement til Styringsdokumentet, aktuelle forskrifter og rundskriv.

Samtidig viser dette dokumentet et mer langsiktig perspektiv enn det enkelte budsjettår og dermed styringsdokumentene til de regionale helseforetakene. De tiltakene som gjennomføres, må like fullt finne sin plass innen de rammer og ressurser som Stortinget har stilt til rådighet gjennom sine budsjettvedtak.

Jeg vil ellers gjøre oppmerksom på at arbeids- og sosialministeren i juli legger fram en bred redegjørelse om rusmiddelsituasjonen og virkemidler i tråd med Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer.

Juli 2004

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ansgar Gabrielsen', written in a cursive style.

Ansgar Gabrielsen

Innholdsfortegnelse

Forord	3
1. Framtidige perspektiver – utfordringer for tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere	9
2. Staten overtar ansvar for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere	12
2.1 Bakgrunn for reformen	12
3. Misbrukssituasjonen – behandlingsbehov	15
3.1 Omfang av rusmiddelmisbruk	15
3.2 Rusmiddelmisbrukere, hvilke pasientgrupper dreier det seg om?	16
3.3 Udekkede behandlingsbehov	17
4. Bedre og mer hensiktsmessig tjenestetilbud	19
4.1 Samordning og koordinering	19
4.2 Individuell plan	20
5. Innholdet i behandlingen skal bli bedre	21
5.1 Hva er god behandling?	21
5.2 Tverrfaglig spesialisert behandling – hva innebærer det?	22
6. Forholdet til kommunene	24
6.1 Kommunenes ansvar er ikke endret	24
6.2 Spesialisthelsetjenesten må møte kommunenes behov	25
6.3 Samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten	25
7. Tiltaksapparatet ved iverksettelse av rusreformen	27
7.1 Den kommunale helse- og sosialtjenesten	27
7.2 Tiltak som er overført til staten ved de regionale helseforetak	28
7.3 Legemiddelassistert rehabilitering	30
7.4 Godkjenningsordning – kvalitetskriterier	32

8. Henvising – utredning	34
8.1 Henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling	34
8.2 Vurdering av helsetilstand og behandlingsbehov	34
8.3 Anbefaling av egnet behandlingssted	36
9. Områder som de regionale helseforetakene bør gi særsilt oppmerksomhet	38
9.1 Akuttbehandling – avrusing	38
9.2 Tilbakeholdelse i institusjon med eget samtykke	39
9.3 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke	39
9.4 Straffegjennomføringsloven § 12	41
9.5 Legemiddelassistert rehabilitering – LAR	41
9.6 Fritt valg av behandlingssted	42
9.7 Tilsyn	42
9.8 Godkjenning av behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere?	43
9.9 Finansiering – egenbetaling	43
9.10 Kompetansehevende tiltak	43
9.11 Bestillerkompetanse	45
9.12 Rapportering, dokumentasjon, bedre beskrivelse av behandlingsintervensjoner	46
Appendix A: Kunnskapsstatus – Forskerkommisjonens vurdering	48
Appendix B: Norsk "nytte-kostnad" studie av stoffmisbrukere i behandling	53
Appendix C: Behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere – en kort historisk beskrivelse	54

1. Framtidige perspektiver – utfordringer for tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere

Det overordnede mål med rusreformen er å sikre at behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere skal bli bedre og mer helhetlig. Målet skal nås ved at reformen sikrer at rusmiddelmisbrukeres rettigheter som pasienter ivaretas på en bedre måte. Det er gjennom rusreformen lagt til rette for at rusmiddelmisbrukere enklere enn tidligere skal få de spesialiserte helsetjenester som er nødvendige for å redusere somatiske og psykiske plager, samt tverrfaglig spesialisert behandling av misbruk og avhengighet av rusmidler.

Helsedepartementet presiserer på bakgrunn av Stortingets vedtak, at et overordnet mål er bedre tjenestetilbud og bedre behandlingsresultater for rusmiddelmisbrukere, innen de samlede ressurser som foretakene er stilt til rådighet. Utviklingen vil bli fulgt nøye for å bidra til å redusere forskjellene i behandlingstilbudet mellom helseregionene, og slik at de tjenester som de regionale helseforetak skal sørge for, er av best mulig kvalitet og til brukernes tilfredshet.

For de regionale helseforetakene betyr dette:

1. Tilbudet må møte rusmiddelmisbrukernes behov for mangfold og kvalitet i tjenestene. De regionale helseforetakene må, innenfor sitt "sørge for"-ansvar sikre at det finnes tilstrekkelig spesialisert tverrfaglig behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. For å ivareta denne oppgaven må foretakene ha nær kontakt med kommunene.
2. Tjenestetilbudet skal være langsiktig og preget av kontinuitet. Tjenester i spesialisthelsetjenesten skal ytes i forståelse og samarbeid med de tjenester som kommunene har ansvar for. Kommunene viderefører sitt ansvar for å koordinere tilbudet til den enkelte rusmiddelmisbruker. Rusmiddelmisbrukeres individuelle behov skal dekkes og helseforetakene skal aktivt bidra til og samarbeide med den kommunale sosialtjenesten, blant annet i utarbeidelse og gjennomføring av individuelle planer for behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere.
3. Rusmiddelmisbrukernes rettigheter til nødvendige helsetjenester skal realiseres på en bedre måte. De regionale helse-

- foretakene må sikre rusmiddelmisbrukere reelle pasientrettigheter, herunder fritt valg av behandlingssted.
4. Sikre nødvendig kompetanse og kapasitet med hensyn til utredning og vurdering av behandlingsbehov.
 5. Styrke akutt- og avrusingstilbudet, både med hensyn til faglig innhold og kapasitet.
 6. Behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere skal være helhetlig og ta utgangspunkt i pasientens totale situasjon. Sammensatte behov skal sees i sammenheng og møtes på en samlet måte. Pasienter som har behov for behandling av både rusmiddelproblemer, psykiske lidelser og/eller somatiske lidelser, skal gis et behandlingstilbud som ivaretar alle de aktuelle behov.
 7. Helseforetakene må organisasjonsmessig legge til rette for at rusmiddelmisbrukere som har behov for tjenester som involverer spesialisthelsetjenester ut over behandlingen for selve misbruket, får den hjelp de trenger.
 8. Behandlingstjenester til rusmiddelmisbrukere skal utvikles på basis av foreliggende kunnskap. En viktig målsetting med rusreformen er at behandlingsresultatene skal bli bedre. Dette betinger blant annet at de regionale helseforetakene bidrar til kunnskapsutvikling og dessuten holder seg oppdatert om resultater fra nasjonal og internasjonal behandlingforskning.
 9. Private behandlingstiltak skal på basis av tidsbegrensede driftsavtaler med de regionale helseforetak, inngå i behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Det skal stilles samme krav om kvalitet, kompetanse, dokumentasjon, rapportering etc. til private som til offentlige behandlingstiltak.
 10. De regionale helseforetakene skal sørge for tilstrekkelig kapasitet til å ta imot rusmiddelmisbrukere etter vedtak om tilbakeholdelse ved tvang etter vedtak i fylkesnemndene for sosiale saker (jf. sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a). De aktuelle institusjonene må legge stor vekt på å legge opp individuelt tilpassede behandlingstilbud for denne pasientgruppa. Det er ingen endring av kommunenes rolle i forberedelse av slike saker til behandling i fylkesnemnda.
 11. De regionale helseforetakene må sikre at det finnes institusjonstilbud egnet til å motta domfelte etter straffegjennomføringsloven § 12.

12. De regionale helseforetakene skal legge til rette for god ressursutnyttelse innenfor spesialisert tverrfaglig behandling, inklusive koordinering av henvisning og vurdering av behandlingsbehov.
13. De regionale helseforetakene må bidra aktivt til at til den kommunale helse- og sosialtjenesten kan utvikle nødvendig kompetanse for oppfølging av pasienter godkjent for LAR-behandling.
14. De regionale helseforetakene skal legge til rette for og delta aktivt i rapportering til de aktuelle nasjonale dokumentasjons-systemene om rusmiddelmissbrukere i behandling.

2. Staten overtar ansvar for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere

2.1 Bakgrunn for reformen

Behovet for å bedre tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere framkommer i en rekke dokumenter fra Regjering og Storting. Problemområdet er også behandlet i ulike utredninger utarbeidet på oppdrag av ansvarlig departement.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer for perioden 2003-2005 framholder at det er "... av stor betydning for Regjeringen at rusmiddelmisbrukere som har behov for helse-tjenester, behandles med den samme respekt og omsorg som pasienter for øvrig. Regjeringen vil derfor satse på å gjøre helsetjenestene på alle nivåer bedre i stand til å ta i mot rusmiddelmisbrukere som pasienter på linje med andre pasienter. Med bakgrunn i det økende antall personer med tungt rusmiddelmisbruk og omfattende hjelpebehov over lang tid, ser Regjeringen det som avgjørende å styrke omfang, innhold og organisering av behandlings-, omsorgs- og skadereduksjonstilbudene for denne gruppen." Handlingsplanen påpeker videre at "Lovfestet rett til individuell plan for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, er også et vesentlig element i denne reformen."

Rusreformen har vært behandlet av Stortinget med utgangspunkt i to odelstingsproposisjoner:

Ot.prp. nr 3 (2002-2003), der Regjeringen foreslo overføring av sektoransvar for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere som kan sies å yte spesialiserte helsetjenester fra fylkeskommunen til staten (Rusreform I).

Ot.prp. nr 54 (2002-2003), der Regjeringen foreslo at fylkeskommunens ansvar for behandlingstiltak som kan sies å tilby spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere, overføres til kommunene (Rusreform II).

Stortinget ga våren 2003 sin tilslutning til Rusreform I (jf. *Innst. O. nr 51 (2002-2003)*), men varslet behovet for å vurdere en helhetlig løsning ved behandlingen av Rusreform II. Stortinget gikk (jf. *Innst. O. nr 4 (2003-2004) til Ot.prp. 54*) i mot Regjeringens for-

slag, og vedtok å overføre hele det fylkeskommunale ansvaret for behandlingstilbud for rusmiddelmisbrukere til staten ved de regionale helseforetakene. Som en følge av ansvarsoverføringen ble samtlige institusjoner og polikliniske behandlingstiltak på de fylkeskommunale rusplanene overført til staten ved de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004.

På oppdrag fra det tidligere Sosial- og helsedepartementet ble det i 1999 avgitt tre rapporter om hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Rapportene drøftet og ga anbefalinger om behov, differensiering av faglig innhold/tilnæringsmåter, tiltak med hensyn til kvalitetssikring, behov for endringer i ansvarsplasing og finansiering, samarbeidsforholdene mellom behandlingstiltakene og den kommunale sosialtjenesten (de såkalte "*Nesvågrapportene*"). De fleste anbefalingene fra arbeidsgruppa er omtalt og tatt til følge, bl.a. i odelstingsproposisjonene om rusreformen. En forskerkommisjon avga i februar 2003 en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak på rusmiddelfeltet (*NOU 2003:4*). Det ble blant annet gitt en skjematisk oppsummering av hvilke behandlingsintervensjoner som ut fra forskningsmessig kunnskapsoppsummering, kan påvises å ha effekt. De regionale helseforetakene bør være orientert om dette i den videre utviklingen av behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere.

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet laget SINTEF Unimed i 2003 to rapporter om henholdsvis helsetilstand og helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere. Rapportene konkluderer med at personer med tungt rusmiddelmisbruk preges av generelt dårlig helsetilstand, somatisk og psykisk. De ordinære helsetjenestene så ikke ut til å yte denne gruppen den nødvendige helsehjelp. Omfanget av døgntil behandling anbefales opprettholdt og kapasiteten innen legemiddelsassistert rehabilitering anbefales økt, samt at det påpekes behov for økt kapasitet og nye tilbud innen psykisk helsevern for pasienter med alvorlige rusmiddelproblem og psykisk lidelse.

I *Styringsdokumentet for 2004* fra Helsedepartementet til de regionale helseforetakene, heter det at de regionale helseforetakene skal sørge for et godt og helhetlig behandlingstilbud for rusmiddelmisbrukere. Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmis-

brukere reguleres av spesialisthelsetjenesteloven og er dermed en del av de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar. Foretakene skal særlig fokusere på "dobbeltdiagnosepasienter", unge rusmiddelmissbrukere og rusmiddelmissbrukere med et langvarig misbruk. Det pekes på følgende utfordringer:

- Bedre spesialisthelsetjenestens tilbud for rusmiddelmissbrukere med helserelaterte lidelser/tilstander
- Styrke kvaliteten på tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere
- Kompetansehevende og holdningsskapende arbeid vedrørende rusmiddelproblematikk og rusmiddelbehandling i tjenesteapparatet
- Styrking av samhandlingen med den kommunale helse- og sosialtjenesten for å sikre den enkelte et helhetlig behandlingsopplegg, jf. individuell plan
- Ivareta de private tiltakene ryddig og forutsigbart.

Det pekes videre på at for legemiddellassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere (LAR), er finansierings- og oppgaveansvaret fra og med 1. januar 2004 overført til de regionale helseforetakene og gjeldende rundskriv i den forbindelse (I-35/2000, I-33/2001 og I-5/2003). I Styringsdokumentet sies det videre at de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004 skal praktisere en ordning der rusmiddelmissbrukere som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling, gis rett til fritt valg av behandlingssted tilsvarende retten etter pasientrettighetsloven § 2-4 (fritt valg av sykehus).

3. Misbrukssituasjonen – behandlingsbehov

3.1 Omfang av rusmiddelmisbruk

Informasjon om forbruk av rusmidler i befolkningen skriver seg fra flere kilder. Eksempler på slike kilder er statistiske opplysninger om salg og skjenking av alkohol, beslag av illegal narkotika og alkohol fra politi og tollvesen, antall siktede for brudd på narkotikalovgivningen og surveyundersøkelser. Det hefter imidlertid flere svakheter ved de forskjellige datakilder. Dette henger blant annet sammenheng med at deler av alkoholforbruket stammer fra illegale kilder (smugling, hjemmebrent) og legale utenlandske kilder (turistimport). Den ikke-medisinske bruken av narkotika kommer også i hovedsak fra illegale kilder. Videre er data fra politi og rettsvesen i stor grad uttrykk for politiets aktivitet og håndheving av lovverket og derfor ikke nødvendigvis en gjenspeiling av de faktiske forhold. Også data fra spørreskjemaundersøkelser er forbundet med store svakheter som bevisst eller ubevisst feilrapportering, og at ikke alle som blir spurt, ønsker å delta i slike undersøkelser. De opplysninger vi har, enten det er forbruk av alkohol eller narkotika, gir derfor ikke et pålitelig bilde av forbruk på et bestemt tidspunkt. Hvis vi antar at feilkildene er mer eller mindre de samme fra år til år, gir imidlertid de tilgjengelige data informasjon om utvikling og trender.

Den registrerte omsetning av alkohol har variert mye over tid. Mens det fra 1980-tallet til første halvdel av 1990-tallet var en nedgang, har omsetningen steget i de seinere år. Videre viser spørreskjemaundersøkelser i aldersgruppen 15-20 år, at alkoholforbruket blant ungdom har økt relativt mye fra slutten av 1990-tallet.

Ser vi på bruken av narkotika, viser informasjon fra politi og rettsvesen at det har vært en markant økning i beslag av narkotiske stoffer og antall narkotikaforbrytelser. Likeledes viser spørreskjemaundersøkelser at andelen unge i aldergruppa 15-20 år som oppgir å ha brukt ulike narkotiske stoffer, har økt fra første del av 1990-tallet til de seinere år. Det har også vært en klar økning i andelen unge voksne som oppgir å ha brukt narkotiske stoffer.

Selv om vi har relativt god informasjon om brukstrender i befolkningen, er det likevel ikke mulig å gi et presist anslag på hvor mange rusmiddelmisbrukere det finnes i Norge eller hvor mange av disse som har behov for eller ønske om, ulike former for behandling og/eller andre hjelpetiltak. Det foreligger eksempelvis ingen enhetlige kriterier for hva som er misbruk av et rusmiddel enten det nå er alkohol eller narkotika. Det foregår heller ingen lokal eller sentral registrering av antall alkohol- og/eller narkotikamisbrukere. På bakgrunn av kunnskap om sammenheng mellom gjennomsnittsforbruk av alkohol og antall som drikker over en viss gjennomsnittlig mengde per dag, kan vi imidlertid beregne antall stordrikkere. Ved å definere en person som i gjennomsnitt drikker en alkoholmengde tilsvarende 10 cl rein alkohol per dag som stordrikker, kan det anslås at omkring 60 000 personer drikker så mye i Norge. Når det gjelder omfanget av misbruk av illegale rusmidler, er antall aktive sprøytebrukere anslått til å ligge mellom 11 000 og 15 000. Det foreligger ikke noen tilsvarende anslag når det gjelder brukere/misbrukere av andre narkotiske stoffer. Ut fra det som er nevnt om en økning i bruk av alkohol og narkotika i befolkningen generelt, kan det imidlertid være grunn til å tro at det har vært en økning i antall rusmiddelmisbrukere i Norge i de senere år, og at det derfor er flere enn tidligere som vil ha behov for behandling for sitt misbruk.

3.2 Rusmiddelmisbrukere, hvilke pasientgrupper dreier det seg om?

Rusmiddelmisbrukere som har behov for behandling, er ingen ensartet gruppe. Det er store variasjoner både med hensyn til omfang og art av misbruk, psykososiale problemfaktorer samt psykisk og somatisk helsetilstand. Det er derfor viktig å være klar over at den aktuelle pasientgruppen består av langt flere enn de stoffmisbrukerne som er mest synlige i det offentlige rom. Etter alt å dømme er den største pasientgruppen de som har behov for behandling for misbruk av alkohol.

Det ene "ytterpunktet" vil være personer som er mer eller mindre velfungerende, men som har et urovekkende høyt forbruk av alkohol og ønsker hjelp for å redusere dette. Tilsvarende kan det også være unge som har fått psykiske problemer knyttet til bruk av can-

nabis eller sentralstimulerende stoffer, men som ellers er i en ordnet livssituasjon. Det andre "ytterpunktet" vil være nedkjørte narkotika- og alkoholmisbrukere som samtidig har alvorlige psykiske og/eller somatiske lidelser og er uten egen bolig. Mellom disse ytterpunktene vil vi finne ulike grupper med et mer eller mindre omfattende misbruk av alkohol, legemidler og ulike narkotiske stoffer.

En stor gruppe vil være misbrukere av både legale og illegale rusmidler eller det vi kaller blandingsmisbrukere. Av de som er i substitusjonsbehandling for heroinmisbruk, er det eksempelvis få eller ingen som er det vi kan kalle reine heroinmisbrukere. Likeledes er det stort forbruk/misbruk av legemidler blant alkoholmisbrukere. I den senere tid er det også rapportert om økende bruk av heroin blant tradisjonelle alkoholmisbrukere. Det er også et økende antall innen kroppsbyggermiljøene som får omfattende problemer med inntak av ulike preparater. Som pasienter representerer rusmiddelmisbrukere med andre ord et bredt mangfold av grupper og individer, hver med sine særegne behandlingsbehov.

3.3 Udekkede behandlingsbehov

Selv om det i de senere år har vært en betydelig vekst i hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere, har det ved gjentatte anledninger kommet klare signaler om at dagens tilbud ikke har klart å møte rusmiddelmisbrukernes behov for hjelp og behandling på en tilfredsstillende måte. Den største oppmerksomheten har vært rettet mot mangler i tilbudet til rusmiddelmisbrukerne som i hovedsak bruker illegale rusmidler, men det er grunn til å tro at det samme gjelder gruppen av de mest utslåtte alkoholmisbrukere. Eksempelvis rapporteres det at det eksisterende akutt-/avrusings-tilbud er utilstrekkelig, noe som blant annet kan føre til problemer med å starte et ønsket behandlingsopplegg. Et annet eksempel er tilbudet om substitusjonsbehandling eller legemiddelassisteret rehabilitering (LAR) for opiatavhengige. Etter at Stortinget i 1997 vedtok å gjøre slik behandling til et permanent, landsomfattende tilbud, har antall narkotikamisbrukere som har søkt og fått tilbud om slik behandling, økt betydelig. Ved utgangen av 2003 mottok i underkant av 2 500 slik behandling. Likevel ser det ikke ut til at behovet for substitusjonsbehandling er dekket, og det er mye som

tyder på at kvaliteten i behandlingen og oppfølgingen av pasientene i mange tilfeller ikke er så god som forutsatt.

Sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er godt dokumentert. St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet, grupperer personer som har psykiske lidelser og misbruksproblemer i:

- psykiatriske pasienter som misbruker rusmidler når de får tilgang til det
- misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjoner
- vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig sinnslidelse

Betegnelsen *dobbeltdiagnose* forbeholdes den siste gruppen.

En kartlegging i regi av Statens helsetilsyn i 1998-99, anslø at omkring 20 000 rusmiddelmisbrukere har ulik grad av psykiske lidelser, og at omkring 4 000 av disse var pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelmisbruk (dobbeltdiagnose). Det er derfor stort behov for å utvikle varierte tiltak innen psykisk helsevern for denne pasientgruppa. Dette vil i hovedsak skje som del av opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp.nr 63 (1997-98)) hvor det nå skjer et utviklingsarbeid. Den store gruppa av rusmiddelmisbrukere med omfattende psykiske plager som ikke oppfyller de faglige kriteriene for "dobbeltdiagnose", representerer imidlertid også en stor utfordring for samordning mellom tjenester fra behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevern.

Generelt er også den somatiske helsetilstanden blant store grupper av rusmiddelmisbrukere svært dårlig. I de senere år er det derfor satset betydelige statlige midler på lavterskel helsetjenester for å møte de mest primære behov for slike tjenester.

4. Bedre og mer hensiktsmessig tjenestetilbud

4.1 Samordning og koordinering

Med rusreformen er det organisatoriske grunnlaget lagt for å se tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere i sammenheng med de øvrige spesialisthelsetjenester. Den kommunale sosialtjenesten skal fortsatt ha det helhetlige ansvaret for rusmiddelmisbrukere. Kommunen har med andre ord ansvar for å dekke hjelpebehov som ikke kan sies å være spesialisthelsetjeneste.

Et overordnet mål med rusreformen er å gi et bedre hjelpe- og behandlingstilbud slik at også resultater fra den behandling som gis, skal bli bedre. Veien fram til dette målet er todelt. Reorganiseringen av ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere tar sikte på å legge bedre til rette for at rusmiddelmisbrukere som andre pasientgrupper, skal få nødvendig tilgang til de ulike delene av spesialisthelsetjenesten. Den tidligere ensidige forankringen i sosialtjenesteloven kan ha ført til at helse-tjenesten ikke tok det nødvendige ansvar for de helsemessige sidene ved misbruket/misbrukeren, selv om intensjonen var at helse- og sosialtjenesten samlet skulle ha et ansvar. Rusreformen tar også sikte på at kvaliteten i behandlingstiltakene som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere, skal blir bedre.

Psykiske og somatiske helseproblemer er både årsak til og effekt av rusmiddelmisbruk. Rusmiddelmisbrukere med omfattende helseproblemer skal motta nødvendige helsetjenester. En bedre koordinering av behandling, ikke bare av misbruksproblemene, men også diagnostiserte somatiske og psykiske lidelser, er derfor en viktig forutsetning for å gi rusmiddelmisbrukere et bedre hjelpe- og behandlingstilbud. Dette innebærer at ved siden av de behandlingstiltak som er spesielt innrettet mot behandling av rusmiddelmisbruket, må også øvrige deler av spesialisthelsetjenesten møte rusmiddelmisbrukeres behov.

Reformen innebærer at rusmiddelmisbrukere som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling, har pasientrettigheter på linje

med pasienter som henvises til somatikk og psykiatri. Videre er behandlingstiltakene gjennom lov (jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-15) pålagt å varsle sosialtjenesten i god tid før utskriving dersom utskrivingen krever oppfølgende tiltak fra sosialtjenesten og pasienten samtykker til det.

Målsettingen med rusreformene er med andre ord å gi rusmiddel-misbrukere med behov for hjelpe- og behandlingstiltak, et bedre og mer hensiktsmessig tjenestetilbud, både med hensyn til bedre sammenheng mellom ulike tjenester og bedre kvalitet i de enkelte tjenestene. Ved å gjøre behandling av rusmiddel-misbrukere til en spesialisthelsetjeneste på linje med somatisk og psykiatrisk spesialisttjeneste, er målet at også innholdet i behandlingstilbudet skal bli bedre. Slik sett er rusreformene **både** en ansvarsreform **og** en innholdsreform.

Reformen søker å ivareta rusmiddel-misbrukerens behov for at tiltaksapparatet er organisert som en kontinuerlig og helhetlig tiltaks-kjede, slik at personer med akutte så vel som kroniske problemer tilbys hjelp.

4.2 Individuell plan

En rehabiliteringsprosess omfatter mange og ulike områder hvor man tar sikte på forandring og heving av funksjonsnivå. En individuell plan vil derfor kunne bestå av ulike tjenester fra så vel den kommunale helse- og sosialtjenesten som spesialisthelsetjenesten, der et poliklinisk behandlingsopplegg eller et opphold i døgninstitusjon under spesialisthelsetjenesten vil inngå som ett av flere tiltak.

Retten til individuell plan for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, følger av sosialtjenesteloven § 4-3a og pasientrettighetsloven § 2-5, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a og psykisk helsevernloven § 4-1, og sikrer dermed det lovmessige grunnlag for koordinering og samarbeid.

5. Innholdet i behandlingen skal bli bedre

5.1 Hva er god behandling?

Kvaliteten i den tverrfaglige spesialiserte behandlingen for rusmiddelmissbrukere skal bli bedre. Dette fordrer at de intervensjoner som tilbys, er kunnskapsbaserte. At en behandlingsintervensjon er kunnskapsbasert, vil si at det foreligger kvalifisert viten om effekt eller i hvilken grad den "virker" i forhold til de mål en har for behandlingen. Dagens behandlingstilbud er i begrenset grad basert på slik kunnskap.

Behandlingstiltakene slik de ser ut ved rusreformens ikrafttredelse, gjenspeiler fylkeskommunenes vurdering av hva som var nødvendig for å møte det behovet de gjennom sosialtjenesteloven var pålagt gjennom sitt tidligere "sørge for"-ansvar.

Innholdet i tiltaksapparatet verken kan eller skal være statisk. Behandlingstiltakene vil og må endre seg over tid, i takt med endring i brukernes behov og kunnskap om effekt av ulike behandlingsmetoder. Det kan derfor være grunn til å se kritisk på de eksisterende behandlingstiltak og vurdere om de møter det "sørge for" ansvaret som er pålagt gjennom spesialisthelsetjenesteloven. Helseforetakene står fritt til å restrukturere behandlingstilbudet ut fra hva som vurderes som mest tjenlig ut fra de foreliggende behov og tilgjengelig kunnskap.

Det er i dag store forskjeller mellom de eksisterende behandlingsinstitusjoner med hensyn til lengde av planlagt behandlingsopphold og innhold i behandlingsopplegget. Grovt sett vil en finne at døgninstitusjoner som i hovedsak yter behandling til alkoholmisbrukere, har et langt kortere behandlingsopplegg enn døgninstitusjoner som i hovedsak retter seg mot behandling av narkotikamisbrukere. En viktig utfordring vil derfor være å heve bevisstheten omkring hva som er rusmiddelmissbrukerens behov for behandlingsintervensjon, hva som mer går i retning av omsorg/langsiktig sosial rehabilitering, og hvordan dette kan samordnes. Det bør i større grad enn tidligere legges opp til fleksibilitet mellom behandling fra spesialisthelsetjenesten og kommunale bo- og omsorgstilbud med oppfølging fra både spesialisthelsetjeneste og kommunal

helse- og sosialtjeneste. De regionale helseforetakene må også kunne bidra til økt bevissthet omkring bruken av døgnbehandling sammenlignet med poliklinisk behandling. Utvikling av mer effektive kombinasjoner av opphold i døgninstitusjoner og andre tiltak bør derfor vektlegges. Samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten og etablering av individuell planer vil stå sentralt i denne sammenheng.

En viktig utfordring vil være å sikre **mangfold** samtidig som det stilles konkrete krav til **kvalitet**. Sammen med de offentlige behandlingstiltakene representerer private behandlingstiltak i regi av stiftelser og ideelle organisasjonene en viktig del av dette mangfoldet. Det må imidlertid stilles de samme krav til kvalitet og resultater til private som til offentlige behandlingstiltak. Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utrede og foreslå egnede kvalitetsindikatorer blant annet for spesialisthelsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere.

5.2 Tverrfaglig spesialisert behandling – hva innebærer det?

Sosialfaglige tilnærminger har gjennom mange år dominert behandling av rusmiddelmissbrukere i Norge, men flere behandlingstiltak har tradisjon for å også å yte medisinske tjenester, om enn i varierende grad. Tverrfaglighet i behandling av rusmiddelmissbrukere er slik sett ikke nytt. De tradisjonelle klinikkenhetene for behandling av alkoholmissbrukere er i stor grad medisinskfaglig forankret. De psykiatriske ungdomsteamene ble i sin tid etablert som et bindeledd inn i psykiatrien, og var allerede fra starten basert på tverrfaglighet med egne overlegestillinger (psykiatere). Helsefaglig personell (leger og sykepleiere) har vært sett på som nødvendig i akutt-/avrusingstiltak og tiltak som driver substitusjonsbehandling. Mange behandlingstiltak har også egne stillinger for sykepleiere og de fleste har regulert tilgang på legetjenester. Behandlingstiltak som i utgangspunktet hadde en rendyrket sosialfaglig profil har etter hvert tatt konsekvensen av klientenes behov for helsetjenester og utvidet sitt behandlingstilbud til også å omfatte dette. Det har imidlertid gjennom mange år vært problemer med rekruttering av leger og til dels også psykologer til behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere.

Overføringen til spesialisthelsetjenesten skal legge grunnen for at det skal bli lettere å få den somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenesten til å yte tjenester til rusmiddelmisbrukere. Reformen gir imidlertid også føringer i retning av at den helsefaglige profilen i de tiltakene som gir tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere, skal styrkes. Dette innebærer at de regionale helseforetakene må vurdere tiltak som kan bidra til en slik styrking og legge til rette for nødvendige omprioriteringer innen de aktuelle behandlingstiltak. Det må også legges til rette for at det skal bli mer attraktivt for helsepersonell å arbeide med rusmiddelmisbrukere. Kompetansetiltak med mulighet for spesialisering kan her være viktige virkemidler. Viktigheten av å ta vare på de positive erfaringene fra den sosialfaglige behandlingsinnsatsen må imidlertid understrekes.

6. Forholdet til kommunene

6.1 Kommunenes ansvar er ikke endret

Kommunene har, som før rusreformen, ansvaret for primære tjenester til personer med rusmiddelproblemer, herunder råd og veiledning, praktisk og personlig bistand samt ansvar for omsorgstiltak. Dette innebærer at forpliktelsen til adekvat utredning av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, nå også omfatter henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere.

Kommunale tjenester utgjør en vesentlig del av den hjelpen rusmiddel-misbrukere mottar. Det er imidlertid et mål å få til en større grad av sammenheng og samordning mellom tiltakene fra den kommunale sosial-/helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Lovfestingen av rett til individuell plan i sosialtjenesten er her et viktig virkemiddel. Sosialtjenestelovens hjemmel for individuell plan (§ 4-3a) legger til rette for større forutsigbarhet for brukerne med hensyn til ansvarsforhold, og sikring av nødvendige tjenester fra både sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Behandlingstiltakets plikt til å varsle sosialtjenesten dersom det vurderes at det er behov for tiltak fra sosialtjenesten og dersom pasienten ønsker det, vil også være et viktig bidrag i å sikre en bedre koordinering av tjenestene. Spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten skal da samarbeide i planlegging og forberedelse av utskrivingen (sosialtjenesteloven § 7-6a, spesialisthelsetjenesteloven § 3-15). Sosialtjenesten skal alltid varsles ved utskriving av pasienter som er innlagt med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.

Regjeringen har satt ned to utvalg for å bedre samordningen mellom tjenester og tjenestenivåer på dette området. Ett utvalg utreder og skal foreslå harmonisering og bedre samordningen mellom helse- og sosiallovgivningen. Målsettingen for harmoniseringen er å sikre enhetlig regulering av likeartede tjenester, helhetlig tjenestetilbud for brukerne, hindre ansvarsfraskrivelse og forenkle regleverket for alle parter. Et annet utvalg skal vurdere endringer i rammebetingelser for helsetjenesten. Dette har sin bak-

grunn i at samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i mange tilfeller ikke er god nok. Utgangspunktet for vurderingen er blant annet fastlegereformen, sykehusreformen og rusreformen. Resultatet av dette arbeidet vil ytterligere kunne bidra til bedre samordning mellom ulike deler av tjenesteapparatet.

6.2 Spesialisthelsetjenesten må møte kommunenes behov

De regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar forutsetter generell kjennskap til behovet for spesialisthelsetjenester for befolkningen i regionen. Dette gjelder nå også behovet for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. De regionale helseforetakene har nå gjennom spesialisthelsetjenesteloven ansvar for at det finnes tilstrekkelig tverrfaglig spesialisert behandlingsskapasitet for rusmiddelmissbrukere. Dette gjelder så vel akutt/ avrusingsplasser som døgnbehandlingss plasser og poliklinisk behandling. Ansvaret omfatter også institusjonss plasser som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3.

Ansvaret innebærer at foretaket må holde seg løpende orientert om problemomfanget i kommunene. Ulikheter i behov gjør det nødvendig at helseforetakene tilbyr et mangfoldig tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud både i og utenfor institusjon. Eksempelvis vil det for personer som er i arbeid og har et tilfredsstillende sosialt nettverk, men som har et for høyt alkoholforbruk, kunne være tilstrekkelig med et poliklinisk behandlingstilbud. På den andre siden vil personer med et omfattende misbruk av legale og/eller illegale rusmidler, og manglende forankring i "normalsamfunnet", kunne ha behov for langvarig tverrfaglig spesialisert døgnbehandling for sitt misbruk i tillegg til ulike hjelpetjenester fra kommunen.

6.3 Samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten

Døgnbehandlingstiltak er lovpålagt å varsle sosialtjenesten i god tid før utskrivning, dersom det er behov for videre hjelpetiltak fra sosialtjenesten og pasienten samtykker til at sosialtjenesten blir varslet. I de tilfeller der det foreligger en individuell plan, vil slik varsling inngå som et naturlig element. Det vil i slike tilfeller også være

naturlig at det er kontakt mellom behandlingstiltaket og sosialtjenesten i løpet av behandlingsoppholdet, slik at både pasienten, behandlingstiltaket og den kommunale sosialtjeneste sammen kan komme fram til de nødvendige videre hjelpetiltak. Det kan også være behov for at primærhelsetjenesten kobles inn. Ved utskriving av rusmiddelmisbrukere innlagt etter vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a skal sosialtjenesten alltid varsles.

Allmennlegene er viktige for å forebygge, identifisere og behandle misbruk av rusmidler. Såkalte "mini-intervensjoner" (kartlegging av pasienters bruk av alkohol og rådgivning) har vist gode resultater for å hindre utvikling av alkoholisering, og spesialisthelsetjenesten vil kunne bidra til å øke fastlegenes kompetanse på dette feltet. Spesialisthelsetjenesten har også en viktig oppgave i arbeidet med å få fastlegene mer aktivt med i et forpliktende samarbeid med og om pasienter som er godkjent for legemiddellassisert rehabilitering.

7. Tiltaksapparatet ved iverksettelse av rusreformen

7.1 Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Sosialtjenesten i kommunene har ansvar for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler og for å hjelpe den enkelte til å komme bort fra sitt misbruk. Den kommunale sosialtjenesten skal ved behov og når klienten ønsker det, sørge for et behandlingsopplegg, deriblant kontakt med primærhelsetjenesten eller spesialiserte tverrfaglige behandlingstjenester for rusmiddel-misbrukere. Det skal først og fremst tas sikte på et behandlingsopplegg utenfor institusjon. I de tilfeller hvor hjelpetiltak utenfor institusjon ikke er tilstrekkelig skal sosialtjenesten bistå med å etablere et behandlingsopplegg. Sosialtjenesten har ansvar for å følge misbrukeren og se til at de nødvendige tiltak utenfor institusjon gjennomføres. Det vil si at sosialtjenestens ansvar ikke opphører selv om vedkommende rusmiddel-misbruker er pasient i et spesialisert tverrfaglig behandlingstiltak. Den kommunale sosialtjenestens helhetlige ansvar berøres ikke av rusreformen.

Mange større kommuner har ulike typer omsorgsrettede botilbud for rusmiddel-misbrukere. Opprinnelig ble disse etablert for å ta vare på eldre, langtkomne alkoholmisbrukere. I dag bebos disse tiltakene av så vel stoffmisbrukere som alkoholmisbrukerne. Opphold i bo- og omsorgstiltak finansieres av kommunen. Kommunen kan kreve egenbetaling fra klienter som mottar tjenester etter sosialtjenesteloven innen rammen for klientens inntekter og slik at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger.

Rusmiddel-misbrukere har samme rett til helsetjenester som resten av befolkningen. Det er likevel mye som tyder på at de har et stort underforbruk av slike tjenester. Dette kan dels ha sammenheng med at rusmiddel-misbrukerne ikke er i stand til å dra nytte av de ordinære helsetjenestene, dels at helsevesenet i for liten grad erkjenner problematikken eller har skjøvet ansvaret over til sosialtjenesten. For å møte langtkomne rusmiddel-misbrukeres behov for et bedre helsetilbud, er det i flere store kommuner opprettet egne

lavterskel helsetjenester til rusmiddelmisbrukere. Staten har gått inn med økonomiske tilskudd til slike helsetjenester.

7.2 Tiltak som er overført til staten ved de regionale helseforetak

Behandlingstiltakene som gjennom rusreformen er overført til de regionale helseforetakene, kan grovt sett deles inn i akutt-/avrusingstiltak, polikliniske behandlingstiltak og døgnbehandlingstiltak med programmer av ulik varighet.

Akutt- og avrusingstilbudet

Det opereres i praksis med tre hovedkategorier:

- "Opptørking" eller det som kan kalles "sosial avrusing", etter en lengre periode med stort forbruk av alkohol- og/eller andre rusmidler.
- Medisinsk avrusing i situasjoner der tilstanden bedømmes som kritisk/livstruende.
- Avrusing som et ledd i en rehabilitering/behandling i døgninstitusjon eller poliklinisk behandling.

"Sosial" avrusing, der det ikke er fare for medisinske komplikasjoner, skjer stort sett i kommunal regi.

Avrusing som vurderes å kreve kvalifisert medisinsk overvåkning, og avrusing som et ledd i en rehabilitering, har i hovedsak funnet sted i sykehus eller behandlingsinstitusjon. Etter at staten overtok ansvaret for sykehusdriften fra 1. januar 2002, ble akuttenheter som inngikk i den ordinære sykehusdrift og akuttenheter for rusmiddelmisbrukere som var regulert av spesialisthelsetjenesteloven, overført til staten ved de regionale helseforetakene.

Når behandlingsopplegget er basert på at pasientene skal ha gjennomgått avrusing/avgiftning før de kommer i ordinær behandling, har dette i de fleste tilfeller foregått i en akutt-/avrusingsenhet etter henvisning. Dette vil i stor grad dreie seg om planlagte avrusingsopphold. En del behandlingstiltak tilbyr imidlertid avrusing som del av et helhetlig behandlingstilbud. Henvisning foregår da på samme måte som resten av behandlingsinnsatsen i det aktuelle tiltaket.

Polikliniske behandlingstiltak

Det er i de senere år lagt vesentlig vekt på utbygging av poliklinisk behandling av rusmiddelmissbrukere. Enkelte tiltak er først og fremst innrettet på behandling av alkoholmissbrukere, andre på behandling av narkotikamissbrukere. Det er eksempelvis tverrfaglige psykiatriske ungdomsteam knyttet til voksenpsykiatrien i alle helseregionene. Mange av de psykiatriske poliklinikkene har i dag også egne rusteam. I tillegg gir flere døgntiltak poliklinisk behandling.

Normalt har det vært krevd henvisning fra lege til polikliniske behandlingstiltak regulert i spesialisthelsetjenesteloven, mens polikliniske behandlingstiltak regulert av sosialtjenesteloven, har vært basert på egenhenvendelse eller henvisning fra sosialtjenesten.

Døgnbehandlingstiltak

Sosialtjenesteloven skilte tidligere mellom institusjoner for rusmiddelmissbrukere (§ 7-1), og boliger med heldøgns omsorgstjeneste der ansvaret er lagt til kommunen (§ 7-5). Det tidligere fylkeskommunale behandlingstilbudet omfattet i all hovedsak behandlingstiltak som yter en tidsbegrenset mer eller mindre spesifikk behandling for rusmiddelmissbruk, mens døgntiltak i kommunal regi ofte er et langvarig bo- og omsorgstilbud uten en "aktiv" behandlingskomponent.

Inntak i døgnbehandling skjedde via den kommunale sosialtjenesten for tiltak regulert av sosialtjenesteloven. Ved søknad om inntak i tiltak utenom fylkeskommunal plan, kunne fylkeskommunen garantere økonomisk for behandlingsoppholdet. Inntak i behandlingstiltak regulert av spesialisthelsetjenesteloven forutsatte normalt henvisning fra lege, men også her var det noe ulik praksis.

Ved inntak i institusjoner regulert av sosialtjenesteloven måtte kommunen betale en egenandel fastsatt av Sosialdepartementet (kr 12 500 per måned for 2003). Innleggelse i behandlingsinstitusjon regulert av spesialisthelsetjenesten ble finansiert på samme måte som andre spesialisthelsetjenester. I tilfeller der fylkeskommunen ikke fant å kunne tilby behandlingsplass sto kommunen fritt til selv å finne og finansiere et institusjonsopphold.

Sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser

Behandling av rusmiddelmissbrukere er i utgangspunktet basert på frivillighet. Det kan imidlertid fattes vedtak om inntak i institusjon og tilbakeholdelse inntil tre måneder overfor rusmiddelmissbrukere som utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved et omfattende og vedvarende rusmiddelmissbruk (jf. sosialtjenesteloven § 6-2). Vedtak om bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere fremmes av den kommunale sosialtjenesten og blir fattet i fylkesnemnda for sosiale saker. Som hovedregel fattes et slikt vedtak etter muntlige forhandlinger hvor både rusmiddelmissbrukeren og kommunen er til stede og der begge parter er representert ved advokat (jf. sosialtjenesteloven kapittel 9). Sosialtjenesten i kommunen kan, på visse vilkår, fatte et midlertidig vedtak om tvangsinnleggelse i påvente av vedtak fra fylkesnemnda (hastevedtak). Det kan også fattes tvangsvedtak overfor gravide rusmiddelmissbrukere inntil barnet er født, dersom det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade som følge av misbruket, og hvor frivillige tiltak ikke er tilstrekkelige (jf. sosialtjenesteloven § 6-2a). En gravid rusmiddelmissbruker kan holdes tilbake i institusjon i hele svangerskapet. Også i disse tilfellene kan sosialtjenesten fatte et midlertidig vedtak i påvente av fylkesnemndsbehandling.

En institusjon kan sette som vilkår for inntak at rusmiddelmissbrukeren skal kunne holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket (jf. § 6-3), dvs. samtykke om såkalt frivillig tvang. Det må inngås skriftlig avtale om dette mellom rusmiddelmissbrukeren og institusjonen.

Fylkeskommunen var i sosialtjenesteloven pålagt at de skulle fastsette hvilke institusjoner som skal ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak i fylkesnemnda eller samtykke om frivillig tvang. Dette påligger nå de regionale helseforetakene.

7.3 Legemiddelassistert rehabilitering

Etter en forsiktig start sist på 1980-tallet der en ga metadon til hiv-positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt, ventet Norge relativt lenge med å sette i gang substitusjonsbehandling for andre grupper av opiatmisbrukere. Etter et treårig forsøksprosjekt med metadonassistert rehabilitering i Oslo, vedtok Stortinget i

1997 ved behandlingen av St.meld. nr. 16 (1996-97) Narkotika-politikken, at metadonassistert rehabilitering skulle etableres som permanent landsdekkende behandlingstilbud til opiatnmisbrukere som oppfylte et gitt sett av kriterier. Det rettslige grunnlaget for substitusjonsbehandling skiller seg fra andre behandlingsintervensjoner ved at behandlingsformen dels er et resultat av stortingsvedtak med bl.a. forutsetninger om hvem som skal få slik behandling og hvordan den skal organiseres. Dels reguleres behandlingsformen gjennom nasjonale retningslinjer som nærmere angir målgruppe, organisering av tilbudet og kriterier for inntak og utskrivning. Det er ved statlige øremerkede midler etablert regionale sentre for å ivareta ulike funksjoner knyttet til behandlingen. I forbindelse med rusreformen overføres oppgave- og finansieringsansvaret for denne behandlingsformen til de regionale helseforetakene.

Det er etablert regionale spesialistsentra/samarbeidsfunksjoner for legemiddelassistert rehabilitering i fire av helseregionene. Helseregion Midt-Norge har betjent helseregion Nord. Regionsentrene har ansvar for den spesialiserte delen av rehabiliteringstilbudet, herunder inntaks-, oppstart-, og veiledningsfunksjoner i de respektive helseregionene. Den sosialfaglige oppfølgingen av pasientene skal foregå i regi av den kommunale sosialtjenesten (jf. sosialtjenesteloven § 6-1). Dette har i praksis vist seg vanskelig i flere kommuner, og mye tyder på at mange pasienter får for liten sosialfaglig oppfølging.

Legemidler kan bare rekvireres til den enkelte pasient som ledd i legemiddelassistert rehabilitering når vedkommende er med i tiltak godkjent av departementet (jf. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek av 27. april 1998 nr 455).

Retningslinjene for substitusjonsbehandling er ikke lenger knyttet spesifikt til metadon, men til adekvate legemidler (i praksis metadon og buprenorfin) som ledd i legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk (Rundskriv I-35/2000). En erstattet derfor betegnelsen metadonassistert rehabilitering med legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Det presiseres at det kan gjøres unntak fra inntakskriteriene a-c dersom rusmiddelmisbrukeren har en kronisk og livstruende syk-

dom og som gjør behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsier det.

Ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett for 2001 sluttet Stortinget seg til at gjennomføringen av legemiddelassistert rehabilitering i større grad skal skje i de ordinære helse- og sosialtjenestene i kommunene. Målet var blant annet å øke kapasiteten. I Rundskriv I-33/2001 er det gitt en nærmere beskrivelse av ansvarsforhold og organisering. Forutsetningen er at substitusjonsbehandling skal skje innenfor de godkjente tiltakene for slik behandling (jf. forskrift av 27. april 1998 nr 455). Sosialtjenesten og lege skal sammen med den enkelte klient utarbeide søknad om inntak i legemiddelassistert rehabilitering. Oppfølging inkludert forskrivning av aktuelt legemiddel, skal i hovedsak foregå i de ordinære helse- og sosialtjenestene i kommunene. Stortinget slo fast at pasientene skal følges opp av vedkommendes fastlege og at medisinsk bistand i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering er å anse som "nødvendig helsehjelp" (jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1 (SOS - I-33/2001)).

Henvisning til legemiddelassistert rehabilitering utarbeides av den kommunale helse- og sosialtjeneste. Henvisningen skal inneholde både en medisinskfaglig og en sosialfaglig vurdering. Henvisningen skal vedlegges en helhetlig rehabiliteringsplan som i de fleste tilfeller også involvere andre spesialiserte behandlingstjenester. Det henvises ellers til Rundskriv I-8/2004 som blant annet omtaler pasientens klageadgang i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering.

7.4 Godkjenningsordning – kvalitetskriterier

Med unntak av de regionale sentrene for legemiddelassistert rehabilitering, er det ingen særskilt offentlig godkjenningsordning for hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere. Det foreligger heller ikke kriterier for hva slike hjelpe- og behandlingstiltak skal inneholde. Dette innebærer at organisasjoner eller privatpersoner kan starte slike tiltak. De fleste tiltakene vil imidlertid være avhengig av at det offentlige kjøper deres tjenester enten gjennom faste driftsavtaler eller enkeltplasser, men det er også private behandlingstiltak som baserer sin drift på egenbetaling fra klie-

ter/pasienter. Kvalitetskrav må i slike tilfeller uttrykkes ved bestilling/kjøp av plasser/tjenester.

Fylkesmannen har hatt ansvar for tilsyn med behandlingstiltak. Tilsynet har imidlertid ikke omfattet kvalitetskontroll med behandlingstilbudet eller behandlingsmetodene i seg selv. Tilsynet har vært kontroll med rettssikkerhet gjennom inspeksjoner i døgninstitusjoner og ved oppfølging av individuelle klager.

Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utarbeide generelle kriterier for å kunne vurdere kvalitet i helsetjenesten. Slike kriterier vil også kunne bli redskap i vurdering av kvalitet i det enkelte behandlingstiltak. Sosial- og helsedirektoratet har også fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere. Dette arbeidet skal være slutført ved utgangen av 2004.

8. Henvising – utredning

8.1 Henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling

Rusmiddelmissbrukere har i ulik grad kontakt med den kommunale sosialtjenesten og primærhelsetjenesten/fastlegen, alt etter generelt fungeringsnivå. Personer som har problemer knyttet til bruk av alkohol eller andre rusmidler, men som ellers fungerer sosialt, har eksempelvis liten eller ingen kontakt med sosialtjenesten.

Overføringen av behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere til spesialisthelsetjenesteloven, kan derfor gjøre det lettere for rusmiddelmissbrukere uten behov for hjelp fra sosialtjenesten, å komme i behandling for sitt misbruk. Mange av de mest belastede rusmiddelmissbrukere har på sin side liten kontakt med den ordinære primærhelsetjenesten/fastlegen. Overfor denne gruppen av rusmiddelmissbrukere har sosialtjenesten i mange tilfeller lang erfaring i å koordinere og legge til rette ulike hjelpetiltak.

For å gjøre det enklere for de ulike grupper av rusmiddelmissbrukere å få behandling for sine misbruksproblemer, har Stortinget vedtatt at sosialtjenesten og helsetjenesten skal være likestilt i å henvise til spesialisert tverrfaglig behandling for rusmiddelmissbrukere i og utenfor institusjon. Sosialtjenestens rett til henvisning omfatter imidlertid ikke de spesialiserte helsetjenester innen somatikk og psykiatri. Det vil bli utarbeidet en egen forskrift om henvisning.

8.2 Vurdering av helsetilstand og behandlingsbehov

Den kommunale helse- og sosialtjenesten har i utgangspunktet som oppgave å vurdere hjelpe- og behandlingsbehov. For personer med omfattende rusmiddelproblemer eller sammensatte problemer, vil det også ofte være nødvendig med ytterligere utredning og kartlegging fra spesialisthelsetjenesten. Dette for å diagnostisere eventuelle somatiske og/eller psykiske sykdommer. En utredning skal bl.a. kartlegge rusmiddelbrukets omfang og misbrukerens livssituasjon, men skal også å kartlegge følgetilstander av rusmiddelmissbruket, herunder diagnostisere psykisk og somatisk helsetilstand.

Gjennom rusreformen utvides ansvaret for utredning fra sosialtjenesten til også å gjelde spesialisthelsetjenesten. Dette sikrer rusmiddelmissbrukeren en bistand som i større grad er basert på hjelpebehov vurdert ut fra kartlegging og diagnoser. At spesialisthelsetjenesten får ansvar for utredning og diagnostisering, understreker at det dreier seg om å fange opp medisinsk og psykososial tilstand og behandlingsbehov. Slik sett skiller det seg fra kommunens generelle utredningsansvar. En utredning i regi av spesialisthelsetjenesten bør i de fleste tilfeller skje i nært samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten, som vil være hovedansvarlig for den langsiktige oppfølging (sosialtjenesten i samarbeid med fastlegen) når dette vurderes som nødvendig. Utarbeidelse av individuell plan vil her være et viktig virkemiddel.

Pasientrettighetsloven gir rett til vurdering av helsetilstand innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Bestemmelsen omfatter nå også rusmiddelmissbrukere. Kvalifisert utredning vil i mange tilfeller kreve tilgang på helsepersonell med spesialkompetanse. Mange behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere mangler slik spesialkompetanse. Det vil det derfor være nødvendig å styrke utredningsdelen. Større vekt på utredning av den enkelte rusmiddelmissbrukers behandlingsbehov er nødvendig for å iverksette best mulig egnet behandling. Slik utredning kan skje poliklinisk, eller i døgninstitusjon når misbrukets omfang tilsier det. Større vekt på vurdering av helsetilstand og psykososial livssituasjon vil være nødvendig for å fastslå riktig diagnose og riktig behandling.

De regionale helseforetakene må vurdere i hvilken grad det er behov for egne utredningsenheter eller om utredningsansvaret kan ivaretas av eksisterende behandlingstiltak. En utredning skal resultere i en vurdering av pasientens behandlingsbehov etter pasientrettighetsloven § 2-2 og gi grunnlag for et individuelt behandlingsopplegg og nødvendig samhandling mellom ulike instanser. Etter 1. september 2004 skal vurderingen også gi en individuell frist for når aktuell behandling skal gis.

Enheter som skal foreta utredning med sikte på å vurdere behov for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk bør ha nødvendig kompetanse for å ivareta følgende:

- Kartlegge pasientens rusrelaterte problematikk, sosiale funge-

ring og situasjon samt pasientens generelle psykiske og fysiske tilstand.

- Vurdere pasientens motivasjon, samt pasientens relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon.
- Vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevant screening- og testverktøy.
- Foreta medisinsk vurdering av pasientens fysiske allmenntilstand og evt. somatiske tilleggslidelser, herunder ha kompetanse til å gjøre bruk av laboratorieanalyser og evt. andre nødvendige spesialutredninger.
- Foreta differensialdiagnostiske vurderinger, stille diagnoser og anbefale adekvat(e) behandlingstilbud.
- Kunnskap om de behandlingsfaglige tilnærmingene i de eksisterende behandlingstiltak og kunne formulere behandlingsbehovet for den enkelte pasient.

8.3 Anbefaling av egnet behandlingssted

En utredning av en pasient med misbruksproblemer skal komme med en anbefaling om egnet behandling. Dette vil kreve god kjennskap til behandlingsapparatet og ulike behandlingsfaglige metoder og tilnærminger. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har utarbeidet en landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddel-misbrukere som her vil være et nyttig redskap. Katalogen finnes i papirutgave og på www.rustiltak.no. Oversikten gir en beskrivelse av behandlings- og omsorgstiltakene, antall plasser, eierforhold, driftsavtaler og hvilken innretning de har. Den elektroniske katalogversjonen blir jevnlig ajourført. I løpet av 2004 vil det bli sendt en oppdatert papirutgave til den kommunale sosialtjenesten, fastlegene og behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddel-misbrukere.

Dagens behandlingstiltak for rusmiddel-misbrukere representerer ulike faglige tilnærminger, lengde og intensitet. Det er en ekstra utfordring at en gjennom utredningen finner fram til behandlingstilbud som så langt det er mulig, møter de behandlingsbehov som er synliggjort gjennom utredningen, og at en samtidig sikrer rusmiddel-misbrukerens rett til å velge behandlingssted. Det vil derfor også være viktig å "sortere" hva som er den enkelte pasients behov for en spesialisert behandlingsintervensjon og hva som uttrykker

behov for mer sosialfaglige omsorgstjenester som kan ytes av den kommunale sosialtjeneste.

Betydningen av gode utredninger av pasientens hjelpe- og behandlingsbehov og utforming av individuelle planer må igjen understrekes. Dette blant annet for å motvirke vridningseffekter som henvisning til spesialiserte behandlingstiltak i tilfeller der behovet i første rekke er omsorgsrettede tiltak.

9. Områder som de regionale helseforetakene bør gi særskilt oppmerksomhet

9.1 Akuttbehandling – avrusing

Avrusing og avgiftning vil ofte innebære medisinske komplikasjoner som krever somatisk og/eller psykiatrisk overvåking, og derfor en oppgave for spesialisthelsetjenesten. Avrusing/ avgiftning vil i slike tilfeller dreie seg om å dekke en akutfunksjon i situasjoner der tilstanden hos den aktuelle rusmiddelmissbruker bedømmes som livstruende. Det vil også være behov for planlagt avrusing/avgiftning som innledning til et spesialisert behandlingsopplegg i eller utenfor institusjon. De regionale helseforetakene må sikre at de tiltak/avdelinger som har ansvar for avrusing/avgiftning, har den nødvendige kompetanse i å behandle avrusing/avgiftning hvor det oppstår komplikasjoner og akutte forgiftninger som skyldes bruk av rusmidler og medikamenter. De regionale helseforetakene har et spesielt ansvar for å sikre at det finnes tilstrekkelig akutt/avrusingskapasitet. Akutttiltakene må også ha nødvendig kompetanse for oppfølging av pasienter med alvorlig abstinensproblematikk og/eller psykoseutvikling og andre medisinske tilstander.

Akutt-/avrusingstiltak bør ivareta:

- Medisinsk vurdering av pasientens tilstand i forhold til aktuell bruk av rusmidler, som misbrukets varighet og omfang av rusmiddelbruk.
- Vurdering av fare for forgiftning/overdose, forventede abstinensplager og evt. fare for komplikasjoner.
- Kunne settes i gang tiltak for å forhindre alvorlige komplikasjoner i avrusingsfasen, som for eksempel forebygging av delirtilstander, hallusinasjoner og kramper.
- Vurdering av psykisk tilstand, og mulighet for igangsetting av adekvate behandlingstiltak knyttet til somatiske og psykiske lidelser.
- Døgkontinuerlig sykepleiefaglig oppfølging og tilsyn.
- Tilgang på lege gjennom nødvendige beredskapssystemer.

Henvisning vil være påkrevd ved avrusing/avgiftning som ledd i et behandlingsopplegg. Henvisning vil imidlertid ikke være nødven-

dig ved avrusing som vurderes å komme inn under akuttfunksjonen innen "øyeblikkelig hjelp" begrepet (jf. spesialisthelsetjenesteloven 3-1).

Avrusing som ikke krever spesialisthelsetjeneste, vil ofte dreie seg om omsorg for personer i forkommen tilstand hvor det først og fremst er nødvendig med ernæring, hygiene og søvn ("opptørrking", "sosial" avrusing, ikke komplisert avrusing), og dette er derfor en oppgave for kommunene. Medisinsk oppfølging vil her oftest kunne skje fra legevakt/ kommunehelsetjeneste, evt. overføring til sykehus hvis nødvendig. Spesialisthelsetjenesten vil ha ansvar for å gi råd og veiledning til kommunen når den tar hånd om enklere avrusing eller følger opp i etterkant av en innleggelse i akutttiltak i regi av spesialisthelsetjenesten.

9.2 Tilbakeholdelse i institusjon med eget samtykke

Med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-3 kan en institusjon som er utpekt av regionalt helseforetak, sette som vilkår at en rusmiddelmisbruker kan holdes tilbake i inntil tre uker når misbrukeren blir tatt inn i en behandlingsinstitusjon på grunnlag av eget samtykke. Bestemmelsen i § 6-3 er å anse som "hovedregelen" om bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere. Dette innebærer at bestemmelsen i § 6-3 bør benyttes i de tilfellene det er grunnlag for å få et skriftlig samtykke om tilbakeholdelse i inntil tre uker og dette ansees som tilstrekkelig for å unngå avbrudd i en kritisk fase av et behandlingsopplegg. Vilkår om samtykke til tilbakehold vil også kunne føre til at det i mindre grad blir nødvendig å benytte de mer inngripende hjemler for tvungen tilbakeholdelse etter §§ 6-2 og 6-2a.

9.3 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke

Rusreformen innebærer ingen endringer i vilkårene for bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere. Ansvaret for å peke ut døgninstitusjoner til å ta i mot rusmiddelmisbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6-2, 6-2a og 6-3, er overført til staten ved de regionale helseforetakene (jf. Rundskriv U-1/2004). Ansvaret omfatter også gjennomføring av vedtakene. De regionale helseforetakene kan oppfylle sitt ansvar ved å pålegge helseforetak å opprette plasser for inntak av rusmiddelmisbrukere uten eget samtykke, eller ved å inngå avtaler med andre regionale helseforetak eller private

døgninstitusjoner. "Sørge for"-ansvaret innebærer at behovet for slike institusjonsplasser skal dekkes, og at disse faglig og materielt skal være i stand til å tilby den nødvendige hjelp til de rusmiddel-misbrukere det gjelder.

Bestemmelsen innebærer at det regionale helseforetak vil få henvendelse fra sosialtjenesten med forespørsel om institusjonsplass til en rusmiddelmisbruker i forbindelse med et midlertidig vedtak, ved forberedelse av sak for fylkesnemnda eller etter at fylkesnemnda har fattet vedtak om tvang. De regionale helseforetakene må i slike tilfeller samarbeide med den kommunale sosialtjenesten for å finne fram til en institusjonsplass som er egnet for den aktuelle rusmiddelmisbruker. I den grad det er mulig og hensiktsmessig bør rusmiddelmisbrukeren høres.

Det kreves ikke lenger samtykke fra sosialtjenesten for å skrive ut personer som er lagt inn i institusjon etter bestemmelsen i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Sosialtjenesten skal imidlertid varsles i god tid før utskriving finner sted. Ved tilbakeholdelse av gravid rusmiddelmisbruker etter § 6-2a, skal sosialtjenesten vurdere grunnlaget for, og treffe avgjørelse om, fortsatt tilbakeholdelse minst hver tredje måned. Dette skal skje i samråd med den aktuelle institusjon.

Tilbakeholdelse uten eget samtykke er i prinsippet begrenset til selve tilbakeholdelsen. Personen det gjelder kan derfor ikke tvinges til å delta i noen form for behandlingsopplegg. De regionale helseforetakene har derfor et særskilt ansvar i samarbeid med behandlingstiltak som tar i mot pasienter etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a, å finne fram til individuelle behandlingsopplegg som oppleves som meningsfulle for den enkelte pasient.

Bruken av bestemmelsene om tvang i sosialtjenesteloven har vært begrenset. Det har ved gjentatte anledninger vært gitt politiske signaler om at bestemmelsene bør brukes oftere. Det er derfor en utfordring for de regionale helseforetakene å legge forholdene i til rette, slik at sosialtjenesten finner det formålstjenlig å fremme sak når grunnlaget vurderes å være tilstede, og likeledes for fylkesnemnda å fatte vedtak.

9.4 Straffegjennomføringsloven § 12

Straffedømte har samme rett til spesialisthelsetjenester som andre. Straffegjennomføringsloven § 12 gir hjemmel for at straffen i særlige tilfelle helt eller delvis kan gjennomføres ved opphold i døgninstitusjon dersom oppholdet er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig, eller andre tungtveiende grunner taler for det. De regionale helseforetakene må sikre at det finnes et institusjonstilbud som er i stand til og egnet til å motta domfelte etter straffegjennomføringsloven § 12.

Bestemmelsen i pasientrettighetsloven om fritt valg av behandlingssted gjelder også for rusmiddelmisbrukere der behandling gis innen rammen av straffegjennomføringsloven § 12. Valget er begrenset til de behandlingssteder som de regionale helseforetakene har pekt ut til å ta i mot slike pasienter.

9.5 Legemiddelassistert rehabilitering – LAR

Stortinget har gitt uttrykk for at LAR skal være en del av behandlingstilbudet. Tilbudet er ikke konkret hjemlet i lov, men er regulert gjennom særskilte retningslinjer fra departementet og forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (forskrift av 27. april 1998 nr 455). Behandlingsformen slik den er regulert i Norge, forutsetter et nært samarbeid mellom spesialistnivå representert ved de regionale sentre og den kommunale helse- og sosialtjenesten.

LAR var allerede fra starten organisert ut fra helseregion med ett eller flere regionale sentre. Per 1. januar 2004 var LAR-behandling- en forankret i følgende sentre:

- Helseregion Øst: MAR-Øst i Oslo
- Helseregion Sør:
Samarbeidstiltaket LAR i Vestfold, Telemark og Buskerud
LAR ved Aust-Agderklinikkene
LAR ved Ruspoliklinikken i Vest-Agder
- Helseregion Vest
Metadonklinikken ved Bergensklinikkene
FaBo Rogaland
- Helseregion Midt-Norge
MARIT

- Helseregion Nord
Betjenes av MARiT

Helse-Nord har i styringsdokumentet for 2004 fått i oppgave å etablere et eget regionsenter for LAR. Dette planlegges etablert i Tromsø høsten 2004. Det er en stor utfordring for de regionale helseforetakene å legge til rette for at rusmiddelmissbrukere som ønsker substitusjonsbehandling for sitt heroinmisbruk og som fyl-ler de gitte kriterier, får slik behandling innenfor et helhetlig opp-legg. Den sosialfaglige delen av behandlingsopplegget forutsettes imidlertid finansiert av kommunen ut fra den ordinære finansiering av de aktuelle tjenester.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helsedepartementet å evaluere LAR-behandlingen slik den funge-
rer i Norge i dag. Evalueringen vil foreligge i løpet av høsten 2004 og vil kunne gi grunnlag for eventuell revisjon av retningslinjene.

9.6 Fritt valg av behandlingssted

Rusmiddelmissbrukere som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling omfattes av pasientrettighetsloven § 2-4 til fritt valg av sykehus. Da bestemmelsen er begrenset til å gjelde behandling i sykehus, har Helsedepartementet bedt de regionale helseforeta-
kene om å praktisere en ordning der rusmiddelmissbrukere som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmiss-
bruk, gis rett til fritt valg av behandlingssted tilsvarende retten etter pasientrettighetsloven § 2-4 (jf. rundskriv I-8/2004). De regio-
nale helseforetakene må legge til rette for at retten blir reell. Det gis imidlertid ikke rett til å velge behandlingsnivå. Det vises til rundskriv om endringene i spesialisthelsetjenesteloven og forhold-
et til pasientrettighetene, herunder spørsmål knyttet til fritt valg av behandlingssted og klage (I-8/2004). Ved de endringer i pasien-
trettighetsloven som trer i kraft 1. september 2004 gjelder det frie valget av behandlingssted også de private institusjoner som har avtaler med de regionale helseforetak.

9.7 Tilsyn

Tilsynsmyndigheten for tiltak for rusmiddelmissbrukere som omfat-
tes av rusreformen, er lagt til Helsetilsynet i fylket. Det vil være

hensiktsmessig at tilsynet i hvert regionalt helseforetak utføres av Helsetilsynet i ett fylke. Statens helsetilsyn vil derfor gi det/de aktuelle "fylkeshelsetilsyn" kompetanse til å utføre oppgaver som omfatter et større område enn eget fylke.

9.8 Godkjenning av behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere?

Det vises til rundskrivet om endringer i spesialisthelsetjenesteloven som følge av rusreformen (I-8/2004). Helsedepartementet vil også vurdere om det skal utarbeides forskrift om godkjenning av behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere.

9.9 Finansiering – egenbetaling

Behandling i tiltak som omfattes av rusreformen følger samme regelverk som andre behandlingstiltak innen spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at brukeren i utgangspunktet skal betale egenandel ved poliklinisk behandling.

For å holde terskelen lav i forhold til mulighet for kontakt med spesialisthelsetjenesten, vil departementet sikre at rusmiddelmissbrukeren ikke skal betale egenandeler ved akuttkontakt med poliklinikk som overføres til staten ved de regionale helseforetakene. Helsedepartementet tar sikte på å fastslå dette gjennom forskrift.

Ved bruk av behandlingsplasser i andre regioner, vil de oppgjørsregler som gjelder for bruk av behandlingsplasser i andre regioner, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-2, gjelde. For syketransport gjelder samme regler for finansiering som ellers i spesialisthelsetjenesten.

9.10 Kompetansehevende tiltak

En viktig faktor for å nå intensjonene i rusreformen er at de ulike parter som er involvert i arbeid med rusmiddelmissbrukere, har den nødvendige kompetanse. Dette gjelder både:

- ansatte i den kommunale helse- og sosialtjenesten inkludert fastlegene
- ansatte i tiltak som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere

- ansatte i somatiske og psykiatriske spesialisttjenester
- ansatte i administrasjonen i de regionale helseforetakene

Handlingsplanene "Kunnskap og brubygging" i regi av det daværende Sosial- og helsedepartementet, har vært et viktig bidrag i å gi ansatte i sosialtjenestens førstelinje økt kunnskap og kompetanse i arbeid med rusmiddelmisbrukere. Etableringen av faglige fora der klientarbeidere møtes jevnlig for å utveksle erfaringer og drøfte problemstillinger i egen arbeidshverdag, har vist seg som et nyttig redskap i kompetanseoppbygging. I og med at rusreformen medfører at primærhelsetjenesten gis et større ansvar i arbeidet med rusmiddelmisbrukere vil det være nødvendig at med kompetansehevede tiltak rettet mot fastlegene. Erfaringer fra "kunnskap og brubygging" bør kunne trekkes inn i dette arbeidet.

For å styrke de helsefaglige sidene i de tverrfaglige spesialiserte behandlingstiltakene bør det legges økt vekt på rekruttering av spesialisert helsepersonell som f. eks. psykologer, psykiatriske sykepleiere og leger.

Ansatte i den somatiske og psykiatriske spesialisttjenesten har generelt begrenset kjennskap til rusmiddelmisbrukere og deres spesielle behov. Skal intensjonen om bedre samordning nås, er det nødvendig at det settes i gang tiltak som kan gi ansatte i ulike deler av spesialisthelsetjenesten nødvendig kompetanse om rusmiddel-misbruk og rusmiddelmisbrukere. DPS-ene bør eksempelvis ha kompetanse i behandling av dobbeltdiagnosepasienter. Viktigheten av kompetanse om behandling av rusmiddel-misbruk innen barne- og ungdomspsykiatrien må også understrekes spesielt. Samtidig er det også viktig at ansatte i de spesialiserte tverrfaglige behandlingstiltakene for rusmiddelmisbrukere har nødvendig kunnskap om hvordan den øvrige spesialisthelsetjenesten fungerer og hva den kan tilby.

Det overordnede planarbeidet forgår i de regionale helseforetakene. I dette arbeidet er det nødvendig at også de ansvarlige på dette nivå har kunnskap om rusmiddelbruk og rusmiddelmisbrukere og kompetanse til å vurdere behandlingsbehov og effekt av behandlingsintervensjoner.

Undervisning om rusmiddelmisbruk og rusmiddelmisbrukere i de sosial- og helsefaglige grunnutdanningene er begrenset. Flere av de regionale høyskolene har imidlertid ulike former for videre-/etterutdanning i rusmiddelrelaterte emner. Likeledes har Universitetet i Oslo, (Det medisinske fakultet, Instituttgruppe for psykiatri, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer) universitetskurs i rusmiddelmedisin. De regionale helseforetakene bør bidra til å videreutvikle eksisterende og ta initiativ til etablering av flere slike kompetansehevende tiltak.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har som oppgave å bidra til kompetanseheving blant førstelinjepersonell, samt opprettholde og videreutvikle annenlinje-tjenestens spesialiserte tilbud. Kompetansesentrene er en ressurs som helseforetakene bør kunne nyttiggjøre seg. Sosial- og helsedirektoratet er gitt et særskilt ansvar for kompetanseutviklingstiltak i forhold til allmennlegene for å øke den rusfaglige kompetansen generelt og spesielt som grunnlag for at leger skal kunne ivareta det henvisningsansvaret som følger med rusreformen.

9.11 Bestillerkompetanse

Den kommunale helse- og sosialtjenesten, spesialisthelsetjenesten og de regionale helseforetakene har ulike oppgaver i en sammenhengende kjede som skal yte tjenester til rusmiddelmisbrukere. For at den samlede "hjelpapakken" skal bli best mulig er de ulike delene i denne kjeden gjensidig avhengig av hverandre. For å gi den enkelte misbruker best mulig behandlingstilbud, må både de som er i førstehåndskontakt med rusmiddelmisbrukere og de som har ansvar for utredning, i størst mulig grad kunne konkretisere behovet for behandlingstjenester enten dette begrenser seg til behandling for misbruk eller om det også er behov for behandling i den somatiske og psykiatriske spesialisttjenesten. De regionale helseforetakene må på sin side ta mål av seg til å ha et behandlingstilbud som i størst mulig grad er tilpasset de aktuelle rusmiddelmisbrukeres behov, og eventuelle endringer i dette behovet. De må også kunne gi en mest mulig fyllestgjørende beskrivelse av innholdet i behandlingstilbudet de tilbyr. De ulike nivåene/aktørene i hjelpe-/behandlingsskjeden må med andre ord ha den nødvendige "tilbuds"- og bestillerkompetanse:

- Den kommunale helse- og sosialtjenesten: med hensyn til hva som i det enkelte tilfelle vil være adekvate spesialisthelsetjenester.
- Spesialisthelsetjenesten: med hensyn til å kunne gi rusmiddelmisbrukere et optimalt tilbud på tvers av spesialisthelsetjenesten uavhengig av hva som er "inngangsporten". På samme måte som at rusmiddelmisbrukere som er i behandling for sitt misbruk må få tilbud om behandling for eventuelle somatiske og psykiske lidelser som måtte avdekkes, må en pasient som i første instans kommer i kontakt med somatisk eller psykiatrisk tjenestetilbud, men der det så avdekkes misbruksproblemer, få tilbud om behandling for dette.
- De regionale helseforetakene: med hensyn til å sørge for at de tiltakene som gir spesialisert tverrfaglig behandling for rusmiddelmisbruk, har den nødvendige kvalitet og er satt sammen slik at det dekker det antatte behov.

9.12 Rapportering, dokumentasjon, bedre beskrivelse av behandlingsintervensjoner

Som annen spesialisthelsetjeneste må også behandling av rusmiddelmisbrukere rapporteres og dokumenteres. Evaluering av effekt av behandlingsintervensjon forutsetter eksempelvis informasjon om pasient og pasientatferd. Selve behandlingsintervensjonen og planlagte utfallsmål må også kunne beskrives og operasjonaliseres. Det er en generell svakhet at beskrivelsen av behandlingsintervensjoner rettet mot rusmiddelmisbrukere, i mange tilfeller har vært mangelfull. Det vises til rapporteringskravene i styringsdokument til de regionale helseforetak for 2004.

En behandlingsinnsats må så langt det er mulig stå i forhold til problembelastning hos den enkelte rusmiddelmisbruker.

Operasjonalisering av forventet utfallsmål ved ulike behandlingsintervensjoner sett i relasjon til forventet nytte, representerer derfor en utfordring. Operasjonalisering av utfallsmål vil også være viktig i dokumentering av i hvilken grad resultatene fra et behandlingstiltak kan vurderes som tilfredsstillende. Det er eksempelvis vesentlig i forhold til vurdering av behandlingsresultater å klargjøre i forkant hvorvidt en intervensjon først og fremst tar sikte på å bedre den somatiske og/eller psykiske helsetilstand hos en pasient med

rusmiddelproblemer, eller om den tar sikte på å behandle selve misbruket. I en behandlingsintervensjon rettet mot misbruket, vil det videre være av betydning for vurdering av oppnådd resultat (effekt) hvorvidt det forventede utfallsmålet er opphør av misbruk eller ulike grad av reduksjon i bruk av rusmidler.

Det forutsettes at de regionale helseforetakene tar i bruk de etablerte kartleggingsverktøy som er utviklet spesielt for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere, alternativt at de etablerte kartleggingsverktøy inkorporeres i rapporteringssystemer helseforetakene ellers måtte benytte. Det forutsettes også at relevante data leveres til "Dokumentasjonssystemet for rusmiddelmisbrukere i behandling" som i dag administreres av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Slik rapportering er en forutsetning for dokumentasjon og evaluering av behandlingsinnsats både for det enkelte behandlingstiltak og på regionalt og nasjonalt nivå. Sosial- og helsedirektoratet er, i samarbeid med aktuelle instanser, gitt i oppdrag å utrede og komme med tilråding til departementet om tilpasning av datarapportering om rusmiddelmisbrukere i behandling, tilpasset rapporteringssystemene i de øvrige spesialisthelsetjenesten.

Norge er medlem av EUs overvåkingssenteret for narkotika og narkotikamisbruk – EMCDDA. Dette innebærer nasjonale forpliktelser til å levere ulike typer statistisk informasjon, deriblant et gitt sett data om personer som er i behandling for narkotikamisbruk. De aktuelle områdene/spørsmålene er innarbeidet i det nevnte dokumentasjonssystemet gjennom "Klientkartleggingsskjema til bruk for tiltak rusfeltet", men kan innarbeides i andre aktuelle rapporteringssystem.

Appendix A: Kunnskapsstatus – Forskerkommisjonens vurdering

Det daværende Sosial- og helsedepartementet ga i 2001 en forskerkommisjon i mandat å se på kunnskapsgrunnlaget for rusmiddelpolitikken. Kommisjonen foretok en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak på ulike områder, deriblant effekt av forskjellige behandlingsintervensjoner der målet er å redusere misbruk av rusmidler. Forskerkommisjonens vurdering baserer seg på resultater fra internasjonale kunnskapsoppsummeringer. I den grad norske behandlingsstudier fylte de gitte kriterier for de aktuelle kunnskapsoppsummeringene, var disse inkludert. Kommisjonen peker på at det er et generelt problem både for behandlingsforskning og for overføringsverdien til norske forhold, at svært mange behandlingstilnærminger er dårlig beskrevet både med hensyn til målsetting med de ulike behandlingsintervensjoner, effektmål og hvilke intervensjoner en tar sikte på eller faktisk iverksetter. Dette gjelder også mange av dagens norske behandlingstiltak.

Miniintervensjoner ved risikofyllt alkoholforbruk

Det framholdes at det er godt dokumentert at screening og rådgivning gitt av helsepersonell til pasienter med antatt risikofyllt alkoholforbruk, har positive effekter. Det er imidlertid ikke dokumentert en langsiktig effekt av såkalte miniintervensjoner. Forskerkommisjonen framholder derfor at en bør skaffe økt kunnskap som kan bidra til at effekten av denne typen tiltak kan økes.

Avrusing/avgiftning

Det er godt dokumentert at bruk av medikamenter gir bedre effekt med hensyn til symptomlindring og reduksjon av komplikasjoner ved avrusing enn ikke medikamentell avrusing fra alkohol. Dette gjelder også med hensyn til symptomlindring ved opioid-abstinens. Det er også en viss dokumentasjon for at medikamentell avrusing fører til at færre avbryter avrusingsprosessen. Det er imidlertid ikke dokumentert noen forskjell mellom avrusing med og uten medikamenter med hensyn til å gå videre inn i et behandlingsopplegg.

De fleste opioidmisbrukere i Norge har et betydelig tilleggsmis-

bruk av andre rusmidler (benzodiazepiner, cannabis, alkohol osv). Mange alkoholmisbrukere har også et tilleggsmisbruk av andre stoffer. Det utstrakte blandingsmisbruket kan komplisere en avrusings-prosess ved at det reduserer effekten av de legemidler som har vist effekt. Dette bidrar til å begrense overføringsverdien av de internasjonale kunnskapsoppsummeringene til norske forhold. Forskerkommisjonen framholder derfor at det er behov for studier av effekt av avrusingsmetoder for blandingsmisbrukere.

Det er også behov for mer kunnskap om metoder for avrusing av pasienter med abstinenser ved avbrutt inntak av andre narkotiske stoffer enn opioider (f eks benzodiazepiner, amfetamin osv).

Psykososial behandling

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen av psykososiale behandlingsinnsatser baserer seg i all hovedsak på studier der behandlingen gis i kombinasjon med medikamentell behandling. Dette gjelder både behandling av alkohol- og opioidmisbrukere.

Det er dokumentert at spesifikke psykososiale behandlingsinnsatser gir bedre resultater enn "standard behandling" (det vil si ikke spesifikk intervensjon). Selv om dette i hovedsak er basert på studier av behandling av personer med et problematisk alkoholforbruk, er det grunn til å tro at det også gjelder for rusmiddelmisbrukere generelt.

Begrenset behandling ser ut til å ha samme effekt som mer omfattende behandling for personer med lette eller moderate alkoholproblemer. De best dokumenterte intervensjonene for å redusere alkoholkonsumet til personer med lette/moderate alkoholproblemer, er kognitiv atferdsterapi som f eks trening i selvkontroll og eksponeringsterapi.

For personer med moderate/alvorlige alkoholproblemer er de best dokumenterte intervensjonene kognitiv atferdsterapi, parterapi, 12-trinnsbehandling, "Community Reinforcement Approach" (CRA) og motiverende samtale.

For opioidmisbrukere er det en viss dokumentasjon på at psykoterapi har effekt. Det er ikke dokumenter sikker effekt av noen form

for psykososiale behandlingsintervensjonen i behandling av cannabismisbrukere.

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen av psykososiale intervensjoner av alkohol- og stoffmisbrukere er som allerede nevnt, basert på studier der behandlingsinnsatsen er gitt parallelt med medikamentell behandling. Det mangler således sammenlignbart kunnskapsgrunnlag om effekt av ulike psykososiale behandlingsinnsatser uten samtidig medikamentell behandling.

Forskerkommisjonen sier at det derfor er behov for gode studier som rendyrker psykososiale behandlingsintervensjoner og at Norge er spesielt egnet til slike studier, da vi har et bredt tilbud av psykososiale behandlingstiltak hvor behandlingen foregår uten samtidig bruk av medikamenter.

Kunnskapsoppsummeringen inneholder ikke studier av psykososiale behandlingsmetoder av amfetaminmisbruk eller misbruk av ecstasy. Det er generelt behov for studier av psykososiale behandlingsintervensjoner rettet mot personer som har en problematisk bruk av sentralstimulerende stoffer og cannabis.

Medikamentell behandling

Det er godt dokumentert at disulfiram og acamprosat kombinert med rådgivning reduserer alkoholforbruket hos personer med et problematisk alkoholkonsum, og en viss dokumentasjon for at naltrexon og nalmefen har tilsvarende effekt.

Det er godt dokumentert at metadonbehandling av opioidavhengige har stor effekt for å redusere frafall i behandling, dødelighet og misbruk sammenlignet med ingen behandling.

Det er noe dokumentasjon for at buprenorfin er like effektivt som metadon med hensyn til å redusere misbruk og til å redusere frafall i behandling.

Det er godt dokumentert for pasienter i et metadonprogram at et system med sanksjoner er effektivt for å redusere antall positive urinanalyser.

Det er ikke dokumentert effekt av medikamentell behandling av kokain- og amfetaminavhengige.

Forskerkommisjonen framholder at det er behov for mer kunnskap om mulige bivirkninger av metadon- og buprenorfinbehandling. Dette gjelder både bivirkninger for det enkelte individ som får slik behandling (medisinske bivirkninger, kognitiv funksjon, komplikasjoner) og mulige bivirkninger på samfunnsplan (lekkasje til det illegale markedet, ulykker, metadonrelaterte dødsfall osv).

Dobbeltdiagnoser

Det er lite kunnskap omkring effekt av behandlingsintervensjoner for personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidig misbruk av rusmidler, da forskningen på dette området er mangelfull.

Gravide rusmiddelbrukere

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen viser at forskningen om behandlingsintervensjoner for å redusere skader hos fosteret av mors bruk av rusmidler under svangerskapet er mangelfull. Det er derfor behov for studier av effekt av tiltak rettet mot denne gruppen.

Poliklinisk behandling – institusjonsbehandling

Selv om det i den internasjonale kunnskapsoppsummeringen dokumenteres at det ikke er forskjell i effekt av institusjonsbehandling sammenlignet med poliklinisk behandling, sies det at resultatene må tolkes med forsiktighet. Ut fra norske forhold, med relativ stor vekt på institusjonsbehandling, er det derfor behov for gode studier som sammenligner ulike behandlingsintervensjoner for sammenlignbare pasientgrupper, i henholdsvis poliklinikk og døgning-institusjon.

Matching

Det er behov for videre forskning på hvordan ulike behandlingstiltak virker på forskjellige persongrupper (for eksempel kjønn, etnisitet, personlighetstrekk).

Vaksiner og implantert naltrexon

Vaksiner og implantert naltrexon for å forebygge tilbakefall for personer som er kommet ut av sitt misbruk, er under utprøving internasjonalt. Forskerkommisjonen mener derfor det vil være viktig å holde seg oppdatert på dette området.

Appendix B: Norsk "nytte-kostnad" studie av stoffmisbrukere i behandling

En "nytte-kostnad" studie i regi av Statens institutt for rusmiddel-forskning (SIRUS) av 482 klienter i behandling for narkotikamis-bruk fra 20 ulike behandlingstiltak i Oslo-området (døgntiltak, poli-kliniske tiltak og LAR). Klientene/pasientene ble intervjuet ved henholdsvis inntak i behandling, og ett og to år etter inntak. Studien viser at det fant sted en betydelig reduksjon i omfang av ulike problemer. Det ble rapportert om en betydelig nedgang i bruk av illegale rusmidler og kriminalitet. Ser vi på endringer i de ulike typer behandlingstiltak, viser undersøkelsen at pasienter i legemiddelassistert rehabilitering hadde den største reduksjonen i bruk av heroin, mens pasienter som var i behandling i de psykia-triske ungdomsteamene, hadde svært liten forbedring i bruken av narkotiske stoffer. Ser man på endring i omfanget av psykiske pla-ger, er endringen størst blant pasienter ved de psykiatriske ung-domsteamene, mens det ikke var noen forbedring for pasientene i LAR. Pasienter/klienter som hadde vært i døgnbehandling hadde en relativt jevn reduksjon både i misbruk av rusmidler og psykiske plager.

Undersøkelsen viste at det er store problemer knyttet til å sammen-ligne ulike behandlingsintervensjoner og forholdet mellom endring og kostnader. Ingen av de behandlingstiltakene som inngikk i undersøkelsen, hadde den beste skåren på alle de undersøkte områder (endring i misbruk, psykisk helse, kriminalitet osv). Dette har blant annet sammenheng med at det var store individuelle vari-asjoner i pasientgruppene og at substitusjonsbehandling i motset-ning til de andre behandlingsintervensjoner for de fleste vil være en livslang behandling.

Appendix C: Behandlingstilbudet for rusmiddel- misbrukere – en kort historisk beskrivelse

Hjelpe og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere i Norge dekker et stort spekter av tiltak og tilnærminger. Historisk har religiøse/rusmiddelpoliske organisasjoner som f eks Blå Kors, Kameratklubber, Frelsesarmeen, Hvite Bånd og tidligere Indremisjonen, nå stiftelsen Kirkens Bymisjon, spilt en vesentlig rolle i etablering og drift av ulike typer døgninstitusjoner og hjelpe-tiltak for rusmiddelmisbrukere. Etter hvert vokste det også fram behandlingstiltak i regi av det offentlige, først for alkoholmisbrukere, seinere for stoffmisbrukere. I de siste par ti-år har det dessuten dukket opp flere behandlingstiltak som drives av livssynsneutrale stiftelser og aksjeselskaper. I enkelte tilfeller kan det også dreie seg om privatpersoner. Selv om det er et offentlig ansvar å framskaffe et nødvendig hjelpe- og behandlingstilbud, er det med andre ord mange private aktører på dette feltet.

Grunnlaget for den fylkeskommunale organiseringen av behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere, slik den var før sykehus- og rusreformen trådte i kraft, ble lagt i lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner m.v. av 8. mars 1984. Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr 81 gikk et skritt videre ved at den ga fylkeskommunen et samlet ansvar for annenlinje behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere. Dermed fikk fylkeskommunen behandlingsansvar for både alkohol- og narkotikamisbrukere. Sosialtjenesteloven påla fylkeskommunen ansvar for at det skulle finnes et tilstrekkelig antall institusjonsplasser for å dekke det behov som til en hver tid måtte være tilstede. Vektlegging av kommunens ansvar for å sikre hjelp i nærmiljøet i stedet for å overlate rusmiddelmisbrukeren til institusjonsbehandling, ble fulgt opp i finansierungsordningen ved at opphold på fylkeskommunale institusjoner under sosialtjenesteloven, ble finansiert som en delbetalingsordning mellom kommune og fylkeskommune.

Sosialtjenestelovens ikrafttredelse representerte fullføring av regionaliseringen av behandlingstiltakene for rusmiddelmisbrukere som hadde startet tidlig på 1980-tallet, og det ble ikke lenger skilt organisatorisk mellom tiltak for alkoholmisbrukere og tiltak for stoff-

misbrukere. Fremdeles vil en finne behandlingstiltak som i hovedsak er innrettet på å behandle personer med et problematisk alkoholforbruk og tiltak som i hovedsak er innrettet på å behandle narkotikamisbrukere. Mye tyder imidlertid på at det er et utstrakt blandingsmisbruk i store grupper. Dette sammen med at behandlingsmetodene langt på vei er felles, tilsier at det i mange tilfeller er lite formålstjenlig å skille behandlingstilnærmingene etter type rusmiddel.

Sosialtjenestelovens innebar at den enkelte fylkeskommune skulle utvikle et tiltaksapparat som imøtekom behovene som ble synliggjort i kommunene. Fylkeskommunen ble pålagt å utarbeide en plan for å løse sitt ansvar. Det daværende Sosialdepartementet utarbeidet veiledende retningslinjer for innholdet i fylkeskommunens plan. I retningslinjene ble det påpekt at fylkeskommunen burde ha et tiltaksapparat - døgningstusjoner og tilknyttede spesialisttjenester - som dekket følgende funksjoner:

- tiltak som kunne ivareta kriseinntak og avrusing
- tiltak med behandlingsansvar for rusmiddelmisbrukere med alvorlige psykiske problemer
- tiltak med kompetanse for aktivt sosialpedagogisk tilbud til rusmiddelmisbrukere
- tiltak for rusmiddelmisbrukere med omfattende sosiale problemer
- tiltak for gravide rusmiddelmisbrukere og misbrukere med barn
- tiltak som kunne ta imot rusmiddelmisbrukere på grunnlag av tvang

De fylkeskommunale behandlingstiltakene skulle forsterke og supplere kommunale tiltak. Fylkeskommunen kunne selv eie og drive behandlingstiltakene, men kunne også velge å inngå driftsavtaler med eller kjøpe enkeltplasser i private tiltak. Tiltakene var i hovedsak regulert av sosialtjenesteloven, men fylkeskommunen kunne også oppfylle sitt behandlingsansvar ved å bruke behandlingstiltak som var regulert av andre lover. Dette gjaldt i praksis først og fremst de polikliniske behandlingstiltakene som har sitt utspring i psykiatrien (f eks de psykiatriske ungdomsteamene), men også enkelte døgntiltak som ble overført til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2002.

Sammenlignet med mange andre land har Norge et relativt stort antall døgnbehandlingsplasser for rusmiddelmisbrukere. En oversikt basert på informasjon innhentet av SIRUS fra ulike former for hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere, viser at det i 2002 var i underkant av 1 800 døgnbehandlingsplasser (og tilsvarende antall plasser i ulike former for omsorgs-/botiltak). Dette omfatter både tiltak som eies av eller har driftsavtale med det offentlige, og private døgnplasser/tiltak uten driftsavtale. Det ble i samme år registrert omkring 120 000 polikliniske konsultasjoner.

Utgitt av :
Helsedepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer av denne publikasjonen fra:
Statens forvaltningstjeneste
Kopi- og distribusjonsservice
www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no
Telefaks: 22 24 27 86

Oppgi publikasjonskode: I-1103 B
Trykk: Kursiv 07/2004 - opplag 2000