



Økt byråkrati – til pasientens beste?



Kristin Langtjernet
leder av interkommunalt prosjekt i Østerdalen



Torhild Kielland
spesialrådgiver ved Kompetansesenter rus – region øst

Rusfeltet har de siste 10 årene gjennomgått store forandringer. Vi har blant annet hatt omfattende strukturelle og administrative endringer, en rusreform, en opptrappingsplan og er nå i startgropa av en samhandlingsreform.

I løpet av denne perioden har omorganiseringen gitt pasientrettigheter til en gruppe som historisk sett har vært nedprioritert og tilsidesatt. Samtidig er det et paradoks at målsettingen om å gjøre veien til behandling enklere for den rusavhengige, i stedet har endt opp i noe langt mer komplisert.

Vår bakgrunn for å skrive kronikken er som ansatte i rusfeltet de siste 15 – 20 årene. Vår erfaring er fra prosjekter og fra arbeid på kommunalt – og spesialisthelsetjenestenivå. Gjennom disse funksjonene har vi i den senere tid sett at kollegaer slutter i feltet fordi de opplever å ha mistet sitt profesjonelle handlingsrom i møte med den enkelte rusavhengige, spesielt på kommunalt nivå. I kommunene er stillingene i rustjenesten oftere enn før basert på prosjektmidler og kortvarig innsats i stedet for faste stillinger. Dette gir rusfeltet nye utfordringer. Oppbygningen av 1. og 2. linje tjenesten er mer omfattende og byråkratisk enn tidligere. Vår erfaring er at dette har ført til at flere ansatte i institusjoner og kommuner sliter med å finne sin rolle i fagfeltet.

De tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusavhengige er fortsatt alene om å ha etablert et system med såkalte behandlingsnivå. "En ensidig oppmerksomhet fra vurderingsinstansenes side rettet mot å definere rett behandlingsnivå og maksimal ventetid, synes å ha gått på bekostning av en god matching mellom pasientenes behov og et differensiert behandlingstilbud" (IRIS, International Research Institute of Stavanger AS, Evaluering av rusreformen, sammendrag, 2006).

La oss se nærmere på noen betraktninger og utfordringer.

5- nivå systemet

Norge har i dag fått et system med minst 5 nivåer før en rusavhengig pasient når frem til en innleggelse i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette i motsetning til 2 og/eller 3 nivå systemet som var vanlig helt fram til årtusenskiftet; pasient – kommune – behandlingsinstitusjon (fylke/bydel). Nå har vi pasient – sosialtjeneste/NAV/ fastlege – DPS (distriktpsikiatrisk senter) / SMP (sosialmedisinsk poliklinikk) – KRA/AKP (Klinikk rus og avhengighet – avdeling for koordinering av pasientstrøm) - behandlingsinstitusjon. Dersom pasienten ikke får tilbud om behandling innen fristen kommer enda ett nivå inn gjennom HELFO (helse og økonomiforvaltningen, tidligere NAV pasientformidling).

Styringsideologi på godt og vondt

5 nivåsystemet har kommet som en konsekvens av styringsverktøyet New Public Management, som i seg selv skal gi kvalitet og kostnadseffektivitet. Systemet krever dokumentasjon i flere ledd og kan bidra til en grundig vurdering av hva som er rett behandling for den enkelte pasient på spesialistnivå.

Det som har forsvunnet er imidlertid fleksibiliteten til institusjonene og den enkelte rusansvarlige i kommunene. Det har blitt vanskelig for kommunen eller pasienten selv å kunne initiere en egnet behandlingsplass på kort varsel. Pasienten, pårørende og kommunen er gjerne de som kjenner saken best. Derfor kan det oppleves noe ulogisk at avgjørelsen om rett behandling tas mange mil unna av folk (KRA/AKP) som sjelden eller aldri har møtt pasienten, flere måneder etter at en situasjonsbeskrivelse ble nedtegnet. For pasienter i jobb eller med fortsatt intakt familieliv kan ventetiden være negativt avgjørende for en oppsigelse eller samlivsbrudd. Dette poenget er kanskje spesielt viktig med tanke på at rusavhengighet fortsatt i hovedsak handler om en stor gruppe alkohol og/eller medikamentavhengige mennesker som ikke nødvendigvis er spesielt synlige i gatebildet eller på andre måter skiller seg fra andre mennesker. I et samfunnsøkonomisk perspektiv, også i forhold til New Public Managements målsetninger, er det en stadig ambisjon å bedre differensieringen mellom hvem som trenger rask intervensjon og hvem som tåler å vente lenger.

Rettigheter viktigere enn type behandling

HELFO (Helse og økonomiforvaltningen) mottar saker om brudd på behandlingsfrister fra hele Norge. De skal samhandle med kommuner, KRA/AKP og DPS/SMP om ny institusjonsplass der behandlingsfristen er gått ut. Den nye institusjonen tilbyr ikke nødvendigvis den samme form for behandling som først var vurdert hensiktsmessig, men disse vurderingene legges tilside fordi rettighetene **om** behandling veier tyngre enn **hvilken type** behandling pasienten får. Pasienten har mulighet til å bli stående på ventelisten til den opprinnelige behandlingsinstitusjonen, men da *uten* videre rettigheter i forhold til når behandlingsstart vil være. Motivasjonsmessig er dette både uforutsigbart og uholdbart med tanke på at de fleste pasientene allerede har stått mange måneder på venteliste.

Vi kan videre problematisere på hvilket grunnlag avgjørelsene om nytt behandlingssted blir tatt. Den opprinnelige vurderingen er gjort på DPS-nivå, mens ved fristbrudd blir kommunene ofte trukket inn igjen for å uttale seg om hva de vurderer som gode alternativer for behandlingssted. På mange måter undergraver dette Helseforetakenes mål om en spesialistvurdering før tildeling av

behandlingsplass. Alternativt lener HELFO seg til KRA/AKP og den informasjonen institusjonene har gitt om behandlingstilbudet via anbudsrunder. Begge alternativene er kanskje kostnadseffektive, men henger ikke nødvendigvis sammen med behovene hos pasienten.

Behandling på anbud

Enkelte helseforetak legger ut behandlingsplasser på anbud. Dette er en kjent framgangsmåte i mange bransjer, men ikke helt tilpasset at vi arbeider med mennesker med *individuelle og gjerne sammensatte og gjentakende* behov. Kan anbud føre til at bredden forsvinner – og at tilbudene blir mer like? Klarer vi å ivareta de sammensatte behovene, både når det gjelder alder, kjønn og ulike diagnoser? Tiltak som opprinnelig skulle utfylle hverandre og skape et mangfoldig tilbud, blir nå satt til å konkurrere med hverandre. Vår erfaring er at det skapes et "miljø" eller en strategi der det blir avgjørende for institusjonene å være *innenfor* kravene til metodikk og regler. Dette gjøres ofte på tross av eventuelle motstridende ideelle eller faglige synspunkter. Det blir økonomisk umulig å være *utenfor* og derfor kan økonomi og byråkratiske krav bli viktigere enn faglig innhold.

Anbud kan på den andre siden være en måte å drive kvalitetskontroll på, ved å gi økt bevissthet om kvalitet hos institusjonene. Spørsmålet er hva slags kvalitet og for hvem?

Evaluering av rusreformen

Hva har skjedd etter rusreformen? IRIS evaluerte rusreformen på oppdrag fra Sosial og helsedirektoratet i 2006. Flere nye endringer har skjedd etter 2006 og behovet for kontinuerlig evaluering er stort. IRIS påpekte blant annet at det ikke er utviklet gode nok rutiner i de regionale helseforetakene for å kartlegge behandlingsbehovene, videre at det er stor geografisk forskjell på hvor stor andel av pasientene som gis pasientrettigheter.

Hvem tar tak i konklusjonene fra IRIS sin evaluering i 2006? Når skal anbudsrunderne og det nye 5 nivå systemet evalueres? Kunne det være interessant å holde dagens system opp mot hvilke behov pasientene har, systemer i naboland eller erfaringer som fantes før behandlingsfrister og rusreformen? Brukerundersøkelser er lovpålagt. For få institusjoner og avdelinger gjennomfører disse og de blir sjelden brukt som systematisk styringsverktøy.

Antall klagesaker kan være et barometer på hvordan den nye organiseringen fungerer. Men ettersom vi vet at klageretten blir brukt i alt for liten grad av denne pasientgruppen, er dette sannsynligvis et dårlig måleinstrument. Vi har laget et kostbart byråkratiske system, men prioriterer ikke ressurser til å finne ut om systemet faktisk fungerer bedre for pasientene.

IRIS skriver videre i sin rapport at behovet for bistand til bolig fortsatt er på 50 % i 2006, samme andel som i 2003. De gamle vernehjemmene ble borte før rusreformen. Mange vernehjem er omgjort til behandlingstilbud og kommunene har dermed mistet verdifulle boliger for sine eldre rusavhengige. For mange kommuner ble dette en "overraskelse" i den betydning at de ikke parallelt la til rette for disse pasientene i det ordinære pleie og omsorgstilbudet. Rusavhengige

pasienter lever lenger enn tidligere og har flere komplekse tilleggdiagnoser. Vi ser at kommunene ofte mangler både adekvate og konkrete boliger, kompetanse og midler for å bistå denne gruppa.

Varige tiltak

Kommunene hadde forventninger knyttet til opptrappingsplanen for rusfeltet i samsvar med tilsvarende plan for psykisk helse. For kommunene begrenser imidlertid opptrappingsplanen på rusområdet seg til tidsavgrensede prosjekter. Vi ønsker oss derfor en styrking av kommunene slik at de kan prioritere rehabiliterende innsatsfaktorer som **varige tiltak** og bemanning.

Et mål er at kommunal kompetanse og varige tiltak skal danne grunnmuren for presise vurderinger og god matching mellom pasientenes behov og et differensiert behandlingstilbud. I forlengelsen av dette er partnerskap med brukerorganisasjoner et viktig verktøy for å treffe bedre med hva vi tilrettelegger både på kommunalt nivå og i tverrfaglig spesialisert behandling.

Vår mening er at det har blitt et handlingsgap mellom et byråkratisk 5 nivå-system, rettigheter og behandlingsfrister som går ut over brukernes behov for **differensierte behandlingstilbud**.

FOTO: Kjetil Svanemyr/Knut Arne Gravingen (ill.)