

Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering

Øyvind Omholt Alver
Anne Line Bretteville-Jensen
Oddvar Kaarbø

SIRUS rapport nr. 2/2004
Statens institutt for rusmiddelforskning
Program for helseøkonomi i Bergen
Oslo 2004

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS
Oslo 2004

ISBN 82-7171-258-6
ISSN 1502-8178

SIRUS
P.b. 565 Sentrum
0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B
Telefon: 22 34 04 00
Fax: 22 34 04 01
E-post: sirus@sirus.no
Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Trykt hos Wittusen&Jensen a.s.

Forord

Denne rapporten er et av resultatene fra et fellesprosjekt mellom Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og Program for helseøkonomi Bergen (HEB). Sammenfallende interesse for de nye helsereformene, og rusreformen spesielt, har vært utgangspunktet for dette samarbeidet.

Forfatterne vil rette en stor takk til alle som har bidratt med informasjon i de regionale og lokale helseforetakene, Sosial- og helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Statistisk Sentralbyrå, Rikstrygdeverket, Kompetansesentrene innen rus samt i de ulike behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere vi har vært i kontakt med.

Oslo, november 2004

Øyvind Omholt Alver
Anne Line Bretteville-Jensen
Oddvar Kaarbøe

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	7
1 Innledning	9
1.1 Hovedpunktene i rusreformen	9
1.2 Problemstillinger	10
1.3 Datagrunnlaget.....	11
2 Organisering av behandling for rusmiddelmissbrukere i RHF'ene	13
2.1 Organisering i Helse Nord RHF	14
2.2 Organisering i Helse Midt-Norge RHF	16
2.3 Organisering i Helse Vest RHF	18
2.4 Organisering i Helse Sør RHF	21
2.5 Organisering i Helse Øst RHF	24
3 Finansiering av rusreformen	29
3.1 Statens bevilgninger	29
3.2 Fordeling dersom Hagenutvalgets forslag hadde blitt fulgt .	31
3.3 De regionale helseforetakenes disponering av midlene	33
3.4 Mulig kontroll med disponering av midlene	34
3.5 Finansiering av poliklinisk rusbehandling.....	37
4 Henvisningsrutiner	39
4.1 Saksgangen i henvisningen.....	39
4.2 Antall henvisninger	42
5 Kompetansesentrene	47
5.1 Kompetansesentrene etter rusreformen	47
5.2 Kompetansesentrenes økonomi	48
6 Avsluttende kommentarer	51
English summary	53
Referanser	55

Sammendrag

Hovedvekten i rapporten er lagt på å undersøke hvordan behandlingen for rusmiddelmissbrukere er organisert og finansiert etter at de regionale helseforetakene (RHF) overtok det tidligere fylkeskommunale ansvaret for rusbehandlingsfeltet 01.01.04. Rapporten er ikke en evaluering av rusreformen, men vil kunne gi viktige grunnlagsdata til slikt bruk.

Gjennomgang av innsamlede data viser enkelte regionale forskjeller i organiseringen av de 32 offentlige og 42 private rusbehandlingstiltak som er omfattet av reformen. Helse Midt-Norge RHF er det eneste av de regionale foretakene som har opprettet et eget helseforetak (HF) for rusbehandling (Rusbehandling Midt-Norge HF). Hos de øvrige er tiltakene stort sett organisert under de helseforetak de geografisk tilhører. Relevante dokument i saken viser at de samme argument som er brukt av enkelte RHF *mot* opprettelse av eget rusforetak er brukt av Helse Midt-Norge *for* en slik opprettelse.

Fylkeskommunene hadde to hovedtyper avtaler med private tiltak; avtale om oppkjøp av et gitt antall plasser og avtale om driftstilskudd. Etter overtakelsen har RHF'ene trådt inn i fylkeskommunenes del av avtalene, men de har opptrådt ulikt i forhold til forlengelse/fornyelse av disse. Helse Øst RHF har eksempelvis sagt opp alle løpende avtaler med de private, for så å legge ut et tilsvarende behandlingsomfang for offentlig anbud. Dette har vakt diskusjon fordi næringsministeren midlertidig unntok feltet fra anskaffelsesregelverket som gjelder i det offentlige.

Samlet sett har RHF'ene fått overført 1,423 milliarder kroner til rusbehandling i 2004. Fordelingen mellom de fem regionene medfører at Helse Øst får 417 per capita mens eksempelvis Helse Midt-Norge får 182 kroner per capita. Dersom Hagen-utvalgets innstilling hadde blitt lagt til grunn for fordelingen, viser våre beregninger at dette ville medført vesentlige forskyvninger mellom regionene. Helse Øst og Helse Sør måtte da ha gitt fra seg midler til de øvrige regionene. Midlene som ble overført til de regionale helseforetakene som følge av rusreformen var ikke øremerkede, men med enkelte unntak ser det ut til at RHF'ene har overført tilsvarende beløp til behandlingstiltakene. Helse Vest har imidlertid unntatt disse overføringene fra offentligheten. Det er verdt å merke seg at regnskapsrutinene og uklarheten i hva de enkelte helseforetakene skal rapportere, trolig vil medføre at det vil bli vanskelig å

undersøke om pengene brukes til rusbehandling. Føringsen av utgifter til rus i HF'ene for 2002 og 2003 er mangelfull.

Henvisningsrutinene til behandling for rusmiddelproblemer ble også endret i rusreformen. Nå kan også helsetjenesten, og ikke bare sosialtjenesten som tidligere, henvise til slik behandling. Det var forventet at antall henvisninger ville øke som følge av endringen. Vi har vært i kontakt med enkelte offentlige og private tiltak, samt private tiltak uten avtale. Erfaringen fra disse var noe blandet, men med en hovedtendens i retning av økt antall henvendelser for de to første kategoriene og et redusert antall henvendelser for sistnevnte kategori.

Landets syv kompetansesentre fikk endret vertstilknytning som følge av reformen. De står nå i en mellomfase der deres videre organisasjonsmessige tilknytning og finansiering er under vurdering. Det er ventet at situasjonen vil bli avklart i løpet av 2005.

1 Innledning

1.1 Hovedpunktene i rusreformen

Rusreformen innebærer at staten ved de regionale helseforetakene har overtatt fylkeskommunens ansvar for behandling av rusmiddelmissbrukere, mens kommunens ansvar ikke er endret. Kommunene har ansvar for tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven og staten, ved de regionale helseforetakene, for tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven. Selv om kommunenes ansvar ikke er endret, innebærer reformen at kommunene ikke lengre betaler egenandel når de har pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer. For 2003 beløp dette seg til 12.500 i måneden per klient (Sosialdepartementet, 2003). Det er disse midlene som ble trukket ut fra kommunenes rammebevilgninger og overført til helseforetakene. For staten innebærer rusreformen at de regionale helseforetakene har overtatt 32 fylkeskommunale behandlingstiltak. I tillegg har helseforetakene trådt inn i de tidligere fylkeskommunale avtalene med 42 private behandlingstiltak. Som en følge av reformen er også ansvaret for organiseringen av legemiddelassistert behandling (LAR) overført til de regionale helseforetakene. I tillegg til de 74 behandlingstiltakene overtok dessuten staten ved de regionale helseforetakene allerede i 2002, gjennom sykehusreformen, de behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere som var regulert av spesialisthelsetjenesteloven. Samlet har reformene med andre ord medført at de regionale helseforetakene har overtatt ansvaret for et differensiert behandlingstilbud som omfatter både akutt/avrusningstiltak, polikliniske og døgnbaserte tiltak.

Rusreformen innebærer at behandling av rusmiddelmissbrukere inngår som en del av spesialisthelsetjenesten, på linje med somatikk og psykisk helsevern. Den er gitt betegnelsen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Dermed gjelder samme regler for denne gruppen pasienter som for pasienter i spesialisthelsetjenesten for øvrig. Det skal legges til rette for at rusmiddelmissbrukere ved siden av å få behandling for sitt misbruk, enklere skal få tilgang til andre nødvendige spesialisthelsetjenester for å redusere fysiske og psykiske plager. En målsetting er at behandlingen i større grad enn tidligere skal fokusere på det totale hjelpebehovet hos den enkelte. Stortingets overordnede mål er at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skal få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre. Selv om rusreformen først og

fremst må sies å være en ansvarsreform, settes det også opp målsettinger i forhold til økt kvalitet.

Henvisningspraksis til behandling for rusmiddelmissbruk er endret som følge av reformen. Mens henvisning tidligere måtte gå gjennom sosialtjenesten, kan også leger nå henvise til slik behandling. Intensjonen er å gjøre det enklere for ulike grupper av rusmiddelmissbrukere å komme i kontakt med behandlingsapparatet. Henvisningene skal sendes til tiltak utpekt av de regionale helseforetakene med kompetanse til å forta vurdering av behandlingsbehov og -nivå. Ved at behandling for rusmiddelmissbruk er blitt en spesialisthelsetjeneste, omfattes pasientene av pasientrettighetsloven som blant annet gir rett til fritt valg av behandlingssted. Valgfriheten gjelder både hvem som skal foreta vurdering av behandlingsbehov og videre valg av eventuelt behandlingstiltak. Rettigheten innebærer imidlertid ikke at pasientene kan velge behandlingsnivå.

Rusreformen vil også kunne få konsekvenser for virkeområde og organiseringen av de syv kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål samt for finansieringen av disse. Fra 2002 har kompetansesentrene hatt Sosial- og helsedirektoratet som oppdragsgiver, men har samtidig hatt en direkte eller indirekte tilknytning til fylkeskommunen gjennom behandlingstiltaket der de var geografisk plassert. Som følge av at fylkeskommunene har mistet ansvaret for rusområdet er ny vertstilknytning nødvendig. Det er imidlertid ikke avklart hva som skal skje med tilknytningen til de regionale kompetansesentrene eller hva som skal være deres virkeområde. Så langt har de "fulgt" det behandlingstiltaket de var samlokalisert med. Det er ventet at det vil skje en avklaring i løpet av 2005.

1.2 Problemstillinger

Rapporten tar for seg de regionale helseforetakenes håndtering av rusreformen. Endringer i organisering, finansiering og henvisningspraksis vil ventelig påvirke tjeneste- og behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere både på kort og på lang sikt. SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) og HEB (Program for helseøkonomi i Bergen) har gått sammen om å kartlegge situasjonen ved inngangen til reformen. Prosjektet er ikke en evaluering av rusreformen, men vil kunne gi viktige grunnlagsdata til slik bruk. Rapporten tar for seg de regionale helseforetakenes organisering av behandlingstiltakene for rusmiddelmissbrukere, de økonomiske rammene som myndighetene gir RHF'ene til dette arbeidet og hvordan RHF'ene fordeler midler til

behandlingstiltakene, herunder hva som skjer med avtalene med private behandlingstiltak som RHF'ene overtok fra fylkeskommunene. I tillegg vil rapporten fokusere på hvordan den endrede henvisningspraksisen organiseres av de regionale helseforetakene. Konsekvenser for kompetansesentrene som følge av reformen og deres finansiering, er viet et eget avsnitt.

1.3 Datagrunnlaget

Datagrunnlaget for rapporten er hentet fra en lang rekke offentlige dokumenter fra ulike etater samt intervju og korrespondanse med offentlige ansatte og personer ansatt i private rusbehandlingstiltak:

Personlig kontakt/ intervju eller skriftlig korrespondanse med

- Helse- og omsorgsdepartementet (Helsedepartementet før 01.10.04)
- Kommunal- og regionaldepartementet
- Sosial- og helsedirektoratet
- SSB
- Rikstrygdeverket
- Regionale helseforetak og helseforetak
- Rusbehandlingstiltak
- Kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål
- Ukeavisen Folket

Skriftlige kilder

- Stortingsproposisjoner
- Odelstingsproposisjoner
- Stortingsmeldinger
- NOU'er
- Lover
- Rundskriv fra Helsedepartementet og Sosialdepartementet (Arbeids- og sosialdepartementet etter 01.10.04)
- Styringsdokumenter fra Helsedepartementet
- Tildelingsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet
- Strateginotat fra Helsedepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementets nettsider om rusreformen
- Odin arkiv med offisielle dokumenter
- Pressemelding fra Nærings- og handelsdepartementet

- Stortingets arkiv på internett
- SSB's nettsider for innrapporterte regnskapstall i HF'ene
- Rikstrygdeverkets nettsider om polikliniske refusjoner
- Sakspapirer og protokoller fra styremøter i RHF for perioden 01.01.2003 til 01.08.2004
- Saklister for foretaksmøtene mellom Helsedepartementet og RHF (samme periode)
- Prosjektrapportene for rusreformen i RHF'ene
- Budsjetter og økonomirapporter for RHF'ene og HF'er
- RHF'enes nettsider om rusreformen og styremøtene
- Utredning av fremtidige funksjoner og organisering av kompetansesentrene for rus
- Avtaler for en rekke private tiltak med RHF'ene for 2004
- Diverse nettsider for behandlingstiltak
- Kompetansesentrenes nettsider
- Fagrådets nyhetssider på internett
- SIRUS-rapporter
- www.rustiltak.no

2 Organisering av behandling for rusmiddelmissbrukere i RHF'ene

Rusreformen legger ingen føringer på hvordan de regionale helseforetakene (RHF'ene) skal organisere det ansvaret de overtok fra fylkeskommunene (Ot.prp. nr. 3, 2002-2003, s. 17). Dette har ført til at organiseringen i de 5 regionale helseforetakene er noe ulik fra region til region. Det fremgår av argumentasjonen til de regionale helseforetakene at det tas ulike regionale og praktiske hensyn, i tillegg til at det er ulike synspunkter på hva som er den beste organisasjonsmodellen for rusfeltet.

Samtidig med at RHF'ene overtok driften av institusjonene for rusbehandling som tidligere var drevet av fylkeskommunen, overtok også RHF'ene de avtalene fylkeskommunene hadde med private institusjoner. RHF'ene trådte inn i avtalene slik de var ved årsskiftet 01.01.2004 (Ot.prp. nr. 3, 2002-2003, s. 17).

I tillegg til de private behandlingstiltakene som driver etter avtale med ett eller flere regionale helseforetak, er det en rekke private institusjoner som tidligere solgte behandlingsplasser for rusmiddelmissbrukere til fylkeskommuner uten avtale. Disse er ikke omfattet av rusreformen, men mye tyder på at reformen har konsekvenser for driften. Disse institusjonene selger likevel behandlingsplasser på et såkalt spotmarked som styres av tilbud og etterspørsel etter behandlingstjenester. Det meldes både i media og fra institusjonene selv om at beleggprosenten har gått ned ved en rekke private institusjoner som ikke hadde avtale eller som hadde avtaler bare for deler av kapasiteten. Situasjonen betegnes som motsetningsfylt ved at ventelistene for behandling sies å øke samtidig som en del private institusjoner mister pasienter. (Aftenposten, 25.04.04). Mange av de institusjonene som etter reformen har lavt belegg er institusjoner som yter omsorgsbaserte tjenester. Vi kommer litt tilbake til disse problemstillingene i kapittelet om henvisningspraksis. Her skal vi se på det konkrete rundt Statens avtaleovertagelse og eventuelle endringer i avtalene.

2.1 Organisering i Helse Nord RHF

Tabell 1. Offentlige behandlingstiltak omfattet av rusreformen i Helse Nord RHF

Fylke	Offentlige institusjoner	Organisert under
Finnmark	Finnmarksklinikken	Helse Finnmark HF, egen driftsenhet
Troms	Rustiltakene i Troms (RuT)	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, psykiatrisk avdeling
Nordland	Nordlandsklinikken	Hålogalandssykehuset HF, egen driftsenhet

Kilder: Helse Nord RHF (2003c) og Helse Nord RHF på forespørsel.

I Helse Nord RHF har de valgt å organisere behandlingstilbudene (tabell 1) under de helseforetak de geografisk tilhører (Helse Nord RHF, 2003a). Det ble også vedtatt at organiseringen skal vurderes på nytt i løpet av 2004. I sakspapirene som forberedte vedtaket, utredes 3 ulike alternative modeller, hvorav den første ble vedtatt (Helse Nord RHF, 2003c):

1. Institusjonene organiseres under de helseforetak de tilhører geografisk.
2. Drift og økonomi tillegges helseforetaket de tilhører geografisk, mens ansvar for faglig koordinering legges til Hålogalandssykehuset HF gjennom Nordlandsklinikken.
3. Både drift og faglig ansvar legges til ett helseforetak. En Nord-Norge klinikk basert på Nordlandsklinikken etableres med de andre institusjonene som avdelinger under denne.

Utredningen lister opp argumenter for og imot de ulike alternativene. Hovedpunktene er at den første modellen gjør samordning med øvrig helsetjeneste innenfor somatikk og psykisk helse enklere, samt at den er styringsmessig i samsvar med den øvrige organisering. De to andre modellene gjør faglig samarbeid innenfor rusfeltet lettere. Den andre modellen muliggjør ikke et helhetlig styringsgrep, ettersom faglig styring ikke følger økonomisk styring. Den tredje modellen fryktes å føre til en dårlig integrert behandling av rusmiddelmissbrukere som "sementerer såromsorgen" i tillegg til at den bryter med nærhetsprinsippet. Det tilføyes også i rapporten som lå bak saksfremlegget, at den første modellen vil

gjøre samarbeid omkring samiskspråklige funksjoner i Karasjok lettere (Helse Nord RHF, 2003b, s. 33).

Det presiseres i styringsdokumentet fra Helse Nord RHF til helseforetakene som ble lagt frem på styremøte i februar 2004, at de helseforetak som har fått overført nye institusjoner og tiltak i forbindelse med reformen, skal stille institusjonsplassene til disposisjon for hele befolkningen i Helse Nord. Det heter videre at det i løpet av 2004 skal utredes etablering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i regionen. Fram til etableringen benyttes senteret i Trondheim (Helse Nord RHF, 2004e, s. 10). Det fremgår av en orienteringssak på styremøte i juni 2004 at et nytt senter for legemiddelassistert rehabilitering i Helse Nord er utredet (Helse Nord RHF, 2004d). Utredningens anbefaling er at senteret legges til UNN i Tromsø med noen stillinger som en slags filial lagt til Nordlandssykehuset i Bodø. Senteret planlegges åpnet 01.01.05 med forbehold om styrets behandling av saken ved et senere møte (Helse Nord RHF, 2004b). I løpet av 2004 skal også den fremtidige organiseringen av tverrfaglig behandling for rusmiddelmissbrukere vurderes og gjennomgås. Dette er ikke tatt opp som styresak pr 1.8.2004.

Tabell 2. Private institusjoner omfattet av rusreformen i Helse Nord RHF

Fylke	Private institusjoner
Finnmark	Finnmarkskollektivet Klinikk Nord
Troms	Sigma Nord
Nordland	

Kilde: Helse Nord RHF (2003c).

Avtalene med de tre private institusjonene (tabell 2) i region nord forvaltes av det regionale helseforetaket. Ingen av avtalene har så langt (01.08.04) blitt reforhandlet. Finnmarkskollektivet har en driftsavtale som også spesifiserer at regionen skal kjøpe 6 behandlingsplasser i året. Dette er en tidsavgrenset avtale med utløp 31.12.05 (Personlig kommunikasjon, april 2004, Helse Nord RHF). Avtalene med de to andre institusjonene er mye løsere, mer som intensjonsavtaler, uten krav om kjøp av et bestemt antall

plasser, og går ut 31.12.04. Institusjonene inngår allikevel i ordningen fritt valg av behandlingssted, en ordning som i utgangspunktet bare gjelder for avtalefestede plasser (se også avsnitt 4.1 om saksgangen for henvisninger). Men disse tiltakene har tatt imot pasienter fra andre regioner i 2004. Helse Nord RHF har planlagt å forlenge avtalene ut 2005, eventuelt med noen endringer. Videre kommer en til å se nærmere på avtalene med alle de private institusjonene fra 01.01.06. når alle avtalene utløper. De ønsker da å sette avtalene ut på anbud (Personlig kontakt, Helse Nord RHF, 23.09.04).

2.2 Organisering i Helse Midt-Norge RHF

Tabell 3. Offentlige institusjoner omfattet av rusreformen i Helse Midt-Norge RHF

Fylke	Offentlige institusjoner	Organisert under
Nord-Trøndelag		
Sør-Trøndelag	MARiT ¹ Nidarosklinikken, Trondheim	Rusbehandling Midt-Norge HF
Møre og Romsdal	Veksthuset, Molde Vestmo behandlingssenter, Ålesund	Rusbehandling Midt-Norge HF

Kilde: Helse Midt-Norge RHF (2003c).

Merknad:

¹ Ansvaret for sentrene for legemiddelassistert rehabilitering ble som følge av rusreformen overført til de regionale helseforetakene, men de var ikke direkte omfattet av reformen.

Rusreformen førte til at 4 institusjoner ble overført til Helse Midt-Norge RHF i tillegg til avtaler med to private. De offentlige institusjonenes geografiske fordeling fremgår av tabell 3. Helse Midt-Norge er det eneste regionale helseforetaket hvor rusbehandlingsinstitusjonene er organisert i eget helseforetak; Rusbehandling Midt-Norge HF, som ble stiftet i januar 2004 (Helse Midt-Norge RHF, 2004c). Det er besluttet at organiseringen skal evalueres fortløpende og forelegges styret første gang innen utgangen av 2006 (Helse Midt-Norge RHF, 2003b).

Organisasjonsmodellen begrunnes med at en av utfordringene er at rusbehandling og de rusmiddelavhengige har lav status i samfunnet. Videre slås det fast at samarbeidet mellom rus og psykiatri har vært

mangelfullt, dels på grunn av ulike behandlingsmetoder. Det konkluderes med at en organisering i et eget foretak er best da: "...Dette vil gi mulighet for en målrettet, avgrenset og målstyrt organisering, og understreke HMN (Helse Midt-Norge) sitt eierskap til rusfeltet samt fremheve at dette skal være en kvalitetsreform – ikke bare et eierskifte. Kompetansen innen rusbehandling skal heves, og systemer for måling av kvalitet og brukertilfredshet implementeres. Foretaksorganisering gir god mulighet til å styre ressursbruken og måle effekten innenfor rusbehandling." (Helse Midt-Norge RHF, 2003c). Det er interessant å merke seg at argumentasjonen mer eller mindre er motsatt av den som brukes av Helse Nord *mot* en organisering i eget helseforetak. I Helse Nord fryktet man at en slik organisering ville virke stigmatiserende på feltet ved at det kunne bli oppfattet som en særomsorg (Helse Nord RHF, 2003c).

Helse Midt-Norge har ikke ønsket å slå behandlingstiltakene som var omfattet av rusreformen, sammen med rusbehandlingstiltakene som ble overført til staten gjennom sykehusreformen. Dette skyldes blant annet at psykiatrien har hatt sterke ønsker om å beholde den rusrelaterte kompetansen og avdelinger for rusrelatert psykisk helsevern. (Personlig kommunikasjon, Helse Midt-Norge RHF, 14.04.04).

I saksfremlegget til styremøtet juni 2004 fremgår det at organiseringen i eget foretak er ment å være en interimløsning på 3 år (Helse Midt-Norge, 2004). Det kan derpå ventes en endring i organiseringen av rusfeltet i Helse Midt-Norge fra 01.01.07. På sikt kan det forventes en organisering som likner mer på den som er valgt i andre regionale helseforetak, men dette ligger i så fall flere år frem i tid (Personlig kommunikasjon, Helse Midt-Norge RHF, 14.04.04).

I styringsdokumentet for 2004 fra Helse Midt-Norge RHF til Rusbehandling Midt-Norge HF, slås det fast at Rusbehandling Midt-Norge i løpet av 2004 skal etablere et administrativt og faglig samarbeid med de andre helseforetakene i regionen med sikte på faglig forsvarlig utredning, diagnostikk og tverrfaglig behandling av pasienter med rusrelaterte lidelser/ tilstander for å ivareta deres lovgitte rettigheter. Samarbeidet skal føre til utarbeidelse av et "Regionalt program for videreutvikling av rusbehandling i Midt-Norge." Prosjektgruppen for prosjektet "Statlig overtagelse av fylkeskommunenes ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere" skal avslutte prosjektet 1. halvår 2004 med programmet som en hovedrapport (Helse Midt-Norge RHF, 2003a). Det har imidlertid blitt forsinket på grunn av arbeidet med etablering og drift

av Rusbehandling Midt-Norge HF. Prosjektet og programmet ble besluttet overført pr 01.05.04 til Rusbehandling Midt-Norge HF (Helse Midt-Norge, 2004).

Tabell 4. Private institusjoner omfattet av rusreformen i Helse Midt-Norge RHF

Fylke	Private institusjoner
Nord-Trøndelag	
Sør-Trøndelag	NKS Kvamsgrindkollektivet Lade Behandlingscenter
Møre og Romsdal	

Kilde: Helse Midt-Norge RHF (2003c).

Avtalene med de private institusjonene (tabell 4) inngås av det regionale helseforetaket, men administreres av Rusbehandling Midt-Norge helseforetak. Avtalene er løpende med to års oppsigelsestid. Avtalene vil bli gjennomgått med tanke på fremtidige forhold, men det foreligger ingen konkrete tidsplaner for en slik gjennomgang (Personlig kommunikasjon, Rusbehandling Midt-Norge HF, 14.04.04).

2.3 Organisering i Helse Vest RHF

Tabell 5. Offentlige institusjoner omfattet av rusreformen i Helse Vest-Norge RHF

Fylke	Offentlige institusjoner	Organisert under psykiatrien ved
Sogn og fjordane		
Hordaland	Flonikollektivet	Helse Bergen HF
Rogaland		

Kilde: Helse Vest RHF (2003b).

Helse Vest RHF er i en særstilling sammenliknet med de andre regionale helseforetakene da de bare har fått overført én offentlig institusjon i forbindelse med rusreformen, Flonikollektivet. Denne er organisert under psykiatrien i Helse Bergen HF som den tilhører geografisk, mens det regionale helseforetaket trer inn i gjeldende avtaler med de private tiltakene som hadde avtale med fylkeskommunene ved tidspunktet for overtagelse (Helse Vest RHF, 2003b). Organisasjonsmodellen til rusbehandlingsfeltet i Helse Vest RHF ligger fast og er ikke planlagt tatt opp til evaluering (Personlig kommunikasjon, Helse Vest RHF, 15.04.04).

Valget av organisasjonsmodell begrunnes på to måter (Helse Vest RHF, 2003c). For det første var det ikke aktuelt å organisere rustiltakene i et eget foretak ettersom det bare var Flonikollektivet som kunne inngå i et slikt foretak. I tillegg til det rent praktiske fremkom også en prinsipiell innvending mot en slik organisering. Dersom de skal oppfylle rusreformens målsetning om å styrke det helsefaglige tilbudet til rusmisbrukere uten tilføring av nye midler, vil det kreve en bedre samordning mellom rusbehandlingstiltakene og spesialisthelsetjenesten somatikk og psykisk helsevern. Det antydes med dette at det kan være i strid med intensjonene i reformen å organisere rusbehandlingstiltakene i eget foretak, noe som bryter med Helse Midt-Norges argumentasjon.

Det er startet et samarbeid mellom helseforetakene og de private rusbehandlingstiltakene i Helse Vest for å samordne psykisk helsevern, somatikk og rusfaglige tjenester. Helse Vest skal oppjustere og utvikle tjenestene for å forberede tiltakene på kravet om å gi dokumentert faglig god behandling, tilpasninger til endring i pasientrettighetsloven og å bedre samhandling med kommunene (Helse Vest RHF, 2003a).

Tabell 6. Private institusjoner omfattet av rusreformen i Helse Vest RHF

Fylke	Private institusjoner
Sogn og fjordane	
Hordaland	Askøy Behandlingscenter Bergensklinikkene Kalfarkollektivet
Rogaland	Basissenteret Blå Kors Duedalen rehabiliteringssenter Frelsesarmeens bo- og behandlingssenter (FABO) Haugaland A-senter LAR-Rogaland ¹ Rogaland A-senter

Kilde: Helsedepartementet (2003).

Merknad:

¹ Ansvar for sentrene for legemiddellassert rehabilitering ble som følge av rusreformen overført til de regionale helseforetakene, men de var ikke direkte omfattet av reformen.

Helse Vest RHF har overtatt avtaler med ni private institusjoner i regionen. Avtalene er inngått med fylkeskommunene og har blitt videreført til helseforetaket. Alle institusjonene som hadde avtale med Hordaland fylkeskommune hadde tidsavgrensede avtaler med gyldighet til 31.12.04. Det er angitt at reforhandling av avtalene skal påbegynnes senest 12 måneder før kontraktens utløp og at den andre part skal ha melding senest 6 måneder før, dersom store endringer skal finne sted, eller avtalen ikke skal forlenges.

Bergensklinikkene er den største institusjonen i region vest og hadde en avtale, som var forhandlet frem med fylkeskommunen. Avtalen omfatter 65 døgnplasser til et gitt driftstilskudd fram til 31.12.04. Frelsesarmeens bo- og behandlingssenter har en løpende avtale med 1 års oppsigelsestid som opphører hver 31.12 (Rogaland fylkeskommune, 2001). Alle de andre institusjonene oppført i tabell 6 har løpende avtaler med 2 års oppsigelsestid (Rogaland fylkeskommune, 1987b; Rogaland fylkeskommune, 1987a; Hordaland fylkeskommune, 2002; Hordaland fylkeskommune, 2003b; Hordaland fylkeskommune, 2003a). Avtalene med Duedalen rehabiliteringssenter og Rogaland A-senter har i tillegg en

bestemmelse om at opphør skal være på datoen 31.12 (Rogaland fylkeskommune, 1999a; Rogaland fylkeskommune, 1999b).

Avtalene med private og ideelle rusbehandlingsinstitusjoner er tatt opp som en sak på styremøtet i september 2004 "Revisjon av avtaler med private ideelle og rusverninstitusjoner," men saken er overraskende unndratt offentlighet etter §5 første ledd (unntak fra offentlighetsloven som gjelder interne dokumenter) (Helse Vest RHF, 2004d).

2.4 Organisering i Helse Sør RHF

Tabell 7. Offentlige institusjoner omfattet av rusreformen i Helse Sør-Norge RHF

Fylke	Offentlige institusjoner	Organisert under psykiatrien ved
Buskerud	Tyrifjorden behandlingssenter VÅKS, Våle behandlingst. for stoffmisbrukere	Buskerud sykehus HF Buskerud sykehus HF
Vestfold	Vestfoldklinikken	Vestfold HF
Telemark	MAR-Telemark ¹	Telemark Sykehus
Aust-Agder	Aust Agder klinikken	Sørlandet sykehus HF
Vest-Agder	Vest Agder klinikkene	Sørlandet sykehus HF

Kilde: Helse Sør RHF (2003b).

Merknad:

¹ Ansvaret for sentrene for legemiddelassistert rehabilitering ble som følge av rusreformen overført til de regionale helseforetakene, men de var ikke direkte omfattet av reformen.

Helse Sør RHF fikk overført seks offentlige institusjoner som følge av rusreformen (tabell 7). De har organisert rusbehandlingsinstitusjonene under de helseforetak de tilhører geografisk. Sørlandet sykehus HF er tillagt et koordineringsansvar og har fått ansvar for å etablere og utvikle en samordnings- og analyseenhet (Helse Sør RHF, 2004h, s. 16). Det foreligger ingen begrunnelse for vedtaket om geografisk tilknytning i de offisielle sakspapirene. Det står heller ikke noe i vedtaket om hvorvidt organiseringen er planlagt evaluert. Men regionale planer for

rusbehandling ble vedtatt i juni 2004 etter å ha vært på høring (Helse Sør RHF, 2004b; Helse Sør RHF, 2004e).

I samtale med prosjektansvarlig (for rus i det regionale helseforetaket) kom det frem at organiseringen av rusfeltet ble gjort under tidspress og på bakgrunn av den eksisterende organiseringen av psykisk helsevern og somatikk i RHF'et. Av 9 helseforetak i regionen har 8 somatikk, 7 psykisk helsevern og 4 rusbehandling. Dette gir en komplisert og uoversiktlig struktur, ikke minst med hensyn til de geografiske nedslagsfeltene eller opptaksområdene for de ulike tiltakene. De har nedsatt en gruppe som skal se på den helhetlige organiseringen av RHF'et. Dette arbeidet kan medføre endringer også for rusfeltet (Personlig kommunikasjon, Helse Sør RHF, 22.04.04). Prosjektgruppen skal se på organisering av psykisk helsevern, rus- og avhengighetsbehandling samlet (Helse Sør RHF, 2004e; Helse Sør RHF, 2004g).

I Helse Sørs strategiske handlingsplan for spesialisthelsetjeneste rus står det under den overordnede strategien at tilbudene må bli mer differensierte ved at kompetansen spisses og tjenestene målgruppefokuseres. I denne forbindelse står det også: "Økt differensiering må kombineres med at en i større grad utvikler alternativer til opphold i døgninstitusjon. Det må bli mer fleksibilitet med hensyn til lengden på opphold i slike institusjoner og hvilken rolle ulike tiltak skal ha i det totale, individuelle tilbudet, vurdert i kombinasjon med planlagte reinnleggelser. Gjennom disse endringene kan Helse Sør fylle udekkede behov for døgntilbud uten å øke antall plasser" (Helse Sør RHF, 2004h, s. 9).

I Helse Sør RHF sin oppsummering av høringssvarene refereres det til en negativ reaksjon på at det legges opp til en nedkorting av oppholdstiden i institusjon. Helse Sør tar ikke kritikken til følge. I samme forbindelse ble det også blant høringssvarene uttrykt stor frustrasjon rundt bruken av private institusjoner. Spesielt blant private institusjoner som ikke har avtaler om salg av behandlingsplasser, slik at senger står tomme samtidig som det er økende ventelister til behandling (Helse Sør RHF, 2004d). Helse Sør slår fast at planen forholder seg til dagens økonomiske rammer, men at de har et sterkt ønske om å hjelpe flere (Helse Sør RHF, 2004f).

Tabell 8. Private institusjoner omfattet av rusreformen i Helse Sør RHF

Fylke	Private institusjoner
Buskerud	Bragernes behandlingssenter Dokka gård Finnerud gård
Vestfold	Alfa ¹
Telemark	Sauherad Samtun Borgestadklinikken
Aust-Agder	
Vest-Agder	Loland behandlingssenter

Kilde: Helsedepartementet (2003).

Merknad:

¹ Avtalen med Alfa var ikke omfattet av rusreformen, men ble inngått senere.

Seks private institusjoner i region sør var omfattet av rusreformen. Avtalene med de private institusjonene unntatt Dokka gård, er løpende avtaler med oppsigelsestid på 2 år. Avtalen med Dokka gård ble reforhandlet til å gjelde ut 2004 da det var nødvendig å ta hensyn til pasienter som hadde påbegynt behandling der. I tillegg ble det inngått en ny tidsavgrenset avtale med Alfa i Vestfold om kjøp av 3 plasser til intensivbehandling med utløp 31.12.04. Forhandlinger pågår om en videreføring. Alle inngåtte avtaler er såkalte oppdragsavtaler som fastsetter at innholdet i tjenestene levert til RHF'et kan bli krevd endret innenfor rimelighetens grenser med 3 måneders varsel. Helse Sør RHF oppgir at de har jobbet mye med de ulike institusjonene for å påvirke tjenestene og kompetansen ved institusjonene. Så langt har institusjonene vært svært samarbeidsvillige og endringsvillige, noe Helse Sør anser å være nødvendig for et samarbeid på sikt (Personlig kommunikasjon, Helse Sør RHF, 22.04.04).

2.5 Organisering i Helse Øst RHF

Tabell 9. Offentlige institusjoner omfattet av rusreformen i Helse Øst RHF

Fylke	Offentlige institusjoner	Organisert under psykiatrien ved
Hedmark		
Oppland	Sørlihaugen	Sykehuset Innlandet HF
Østfold	Sosialmedisinsk poliklinikk, Askim Sosialmedisinsk poliklinikk, Fredrikstad Sosialmedisinsk poliklinikk, Halden Sosialmedisinsk poliklinikk, Moss Sosialmedisinsk poliklinikk, Sarpsborg Østfoldklinikken	Sykehuset Østfold HF
Akershus	Sosialmedisinsk klinikk for Asker og Bærum Folloklinikken rustiltak	Sykehuset Asker og Bærum HF Aker Universitetssykehus HF
Oslo	Akuttinstitusjonen M3 Akuttinstitusjonen Montebello Akuttinstitusjonen Storgata Avdeling for stoffmisbrukere MARIO ¹ Ullvin Behandlingsinstitusjon Veksthuset i Oslo (Phoenix House)	Aker Universitetssykehus HF

Kilde: Helse Øst RHF (2003a).

Merknad:

¹ Ansvaret for sentrene for legemiddelassistert rehabilitering ble som følge av rusreformen overført til de regionale helseforetakene, men de var ikke direkte omfattet av reformen.

Helse Øst RHF har med ett unntak organisert rusbehandlingsinstitusjonene i helseforetakene etter geografisk tilknytning. Unntaket er Oslo og Follo hvor alle behandlingsinstitusjonene, uavhengig av geografisk tilknytning, ble besluttet organisert under Aker Universitetssykehus HF for året 2004. Vedtaket ble fattet i september 2003, før Rusreform II var ferdig behandlet i Stortinget. Det var på dette tidspunktet uklart hvor stor del av Oslos fylkeskommunale ansvar som

skulle bli overført til RHF'et (Helse Øst RHF, 2003b). Man ønsket å følge opptaksområdene for somatikk og psykisk helsevern for resten av regionen. Videre vises det til den eksisterende foretaksstruktur, som ble fastlagt etter en omorganisering i starten av 2003. Det ble lagt vekt på samordning av somatikk og psykisk helsevern med like opptaksområder for begge behandlingsfeltene. De fremhever at dette blant annet har medført nye løsninger for samhandling mellom fagfeltene og bedre utnyttelse av bygningsmassen. Russektoren sammenliknes med psykisk helsevern med hensyn til fordeler og ulemper med å organisere behandlingstiltakene i egne kontra integrerte helseforetak. Det blir en avveining mellom å legge til rette for samlet overordnet faglig og økonomisk styring av fagfeltet og å fremme samhandling på tvers av fagfeltene. Prinsippet om at integrerte helseforetak fremmer samhandling mellom fagfeltene ble tillagt størst vekt (Helse Øst RHF, 2003b). Ettersom mange brukere både har et psykisk og somatisk problem i tillegg til et rusmiddelproblem, vises det til at det er hensiktsmessig at det blir mest mulig like opptaksområder for områdene medisin, psykisk helsevern og rus (Helse Øst RHF, 2003a, s. 41).

Når det gjelder prioritering mellom døgntilbud og andre tilbud i tiden fremover skriver Helse Øst i sin rusplan: "Veksten i tjenestene overfor rusmiddelmissbrukere må i hovedsak skje i polikliniske og ambulante tjenester. Udekkede behov for døgnplasser må i hovedsak dekkes ved omstilling av det samlede døgntilbudet" (Helse Øst RHF, 2003a, s. 20).

Tabell 10. Private institusjoner omfattet av rusreformen i Helse Øst RHF

Fylke	Private institusjoner
Akershus	Frelsesarmeens Håpets dør ³
Østfold	Phoenix House Haga ³ Stiftelsen Fossumkollektivet ²
Hedmark	Stiftelsen Renåvangen ²
Oppland	Stiftelsen Solliakollektivet ² Blå kors Eina ³ Valdresklinikken ¹
Oslo	A-Senteret (A-klinikk) ¹ Blå Kors Senter ¹ Incognito Klinikk ¹ Kimerud stiftelse ¹ Langørjan gård ⁴ Mørk gård ⁴ Origosenteret ¹ Stiftelsen Kvinnekollektivet Arken ⁴ Stiftelsen Riisby Behandlingscenter ¹ Stiftelsen Rus-Nett ¹ Trasoppklinikken ^{1 og 4} Tyrilistiftelsen ¹ Veiviseren AS ¹ Veslelien ^{1 og 2} P22 ¹

Kilde: Helse Øst RHF (2004b).

Merknader:

¹ Femten institusjoner har avtaler med 6 mnd oppsigelsestid. Disse avtalene er sagt opp av Helse Øst RHF slik at de løper frem til 31.12.04.

² Fire institusjoner har avtaler med 1 års oppsigelsestid som er sagt opp slik at de løper frem til våren 2005.

³ Tre institusjoner har tidsbegrensede avtaler som løper frem til 01.04.06.

⁴ Fire institusjoner har tidsbegrensede avtaler frem til 30.06.06 som ikke er endret.

Trasoppklinikken og Veslelien har begge avtaler for behandlingsplasser med 6 måneders oppsigelsestid som er sagt opp og løper fram til 31.12.04. I tillegg har de begge plasser med lengre avtaler.

Helse Øst RHF overtok avtaler av ulik karakter, varighet og oppsigelsestid med en rekke private institusjoner som følge av rusreformen. Institusjonene er listet opp i tabell 10 og avtalenes lengde fremgår av merknadene. Alle løpende avtaler med oppsigelsestid er i ettertid sagt opp av Helse Øst RHF, mens de tidsbegrensede avtalene beholdes. Den 14.

juni 2004 la Helse Øst ut anbud i databasen for offentlige innkjøp, Doffin, på kjøp av behandlingstilbud til rusmiddelavhengige hvor de ønsker 10 – 25 leverandører med et totalt omfang på anbudet på omtrent 765 millioner (Helse Øst RHF, 2004h). Interesseorganisasjonen Fagrådet innen rusfeltet i Norge (2004a) hevder dette er første gang behandling for rusmiddelavhengige er lagt ut på anbud. Men Oslo kommune har tidligere drevet med konkurranseutsetting av rustiltak.

En del av bakgrunnen for at anbudet vakte oppsikt var at Nærings og handelsdepartementet den 30. januar 2004 sendte ut en pressemelding som gir unntak for plikten til å gjennomføre åpen konkurranse ved kjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle organisasjoner: "Jeg ser en risiko for at kravet om åpen konkurranse ikke i tilstrekkelig grad ivaretar samfunnsmessige engasjement fra ideelle organisasjoner. Det forhold at flere avtaler med ideelle organisasjoner blant annet innen rusomsorgen, utløper i nær fremtid har aktualisert spørsmålet om hvordan prosedyrereglene i innkjøpsregelverket skal håndteres. Derfor har regjeringen bestemt å innføre et midlertidig unntak fra anskaffelsesregelverket, slik at stat og kommuner kan velge om de vil kjøre ordinær konkurranse eller å forhandle direkte med ideelle organisasjoner. Det vil bli igangsatt et arbeid for å sikre balansen mellom hensynet til effektiv konkurranse og det viktige arbeidet frivillige organisasjoner utfører, sier Gabrielsen" (Nærings- og handelsdepartementet, 2004).

Det kan være flere ulike motiv som ligger til grunn for Helse Øst RHF sin beslutning om å sende ut disse tjenestene på anbud. Det kan være uttrykk for et ønske om å innhente eventuelle tilbud fra tjenesteytere som ikke er ideelle organisasjoner og som en i dag ikke kan kjøpe tjenester fra uten å innhente et anbud. En annen tolkning kan være at de ønsker et nytt utgangspunkt for forhandlinger om avtaler med de private aktørene.

I konkurransegrunnlaget, fra Helse Øst RHF, begrunnes anbudsutlysningen med at en ønsker å harmonisere denne type avtaler som i dag har svært ulik utforming. En ønsker i utgangspunktet tilbud på det tjenestevolumet som er omfattet av de femten avtalene som går ut 31.12.04 og for avtalene som går ut i løpet av 2005. De kommenterer videre utlysningen: "Nærings- og Handelsdepartementet har i brev av 30.01.04 åpnet for et mulig fritak for de regionale helseforetakene fra å følge Lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69 med forskrifter, ved inngåelse av avtaler med ideelle private avtalepartnere innen russektoren. Det er imidlertid ikke gjort unntak fra

konkurranssprinsippet. Helse Øst RHF vurderer det derfor som mest hensiktsmessig å benytte Lov om offentlige anskaffelser med forskrifter for å sikre notoritet og likebehandling" (Helse Øst RHF, 2004b). Det er ikke ut over dette funnet noen begrunnelse for utlysningen av anbudet i andre kilder. Saksdokumentene om forholdet til private aktører er unntatt offentlighet etter §5 første ledd i offentlighetsloven (Helse Øst RHF, 2004c; Helse Øst RHF, 2004e).

Spørsmålet er tatt opp i Stortinget av Magnhild Meltveit Kleppa (Sp) den 18.06.04: "Meiner statsråden at behandling mot rusmiddelmissbruk er eit område som eignar seg for konkurranseutsetjing?" I begrunnelsen som følger spørsmålet ytres det en bekymring for at anbudskonkurransen skal gå ut over mangfoldet i form av små institusjoner. (Kleppa, 2004). I Helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsens svar heter det blant annet: "Etter å ha sagt opp 26 av avtalane med dei private aktørane, er Helse Øst RHF no i ein prosess for å reforhandle desse avtalane, ikkje minst kva gjeld kravet til kvalitet og leveringsevne. Denne prosessen blir gjennomført i tråd med unnataket frå EØS-kravet om anbudsrunder i høve til ideelle aktørar. Dette er gjort kjend overfor dei private avtalepartane. Formålet med denne prosessen er å øke kvaliteten i tilbudet til pasientenes beste" (Gabrielsen, 2004).

Det fremgår av nyhetssidene til interesseorganisasjonen Fagrådet innen rusfeltet i Norge at Fagrådet har hatt et møte med Eieravdelingen i Helsedepartementet om saken, og at Helsedepartementet i et brev til Fagrådet datert 24.08.04, kom med en uttalelse om Helse Østs anskaffelse ved konkurranse (Fagrådet innen rusfeltet i Norge, 2004b): "...På dette grunnlag er det Helsedepartementet sin vurdering at Helse Øst RHF ikke opptrer i strid med regelverket når de, selv om muligheten for unntak finnes, velger å foreta anskaffelse ved konkurranse også fra frivillige organisasjoner. Den aktuelle bestemmelsen innebærer ikke et forbud mot å følge anbudsprosedyren som gjelder for anskaffelse ved anbudskonkurranse og for anskaffelse ved konkurranse ved forhandlinger." (Helsedepartementet, 24.08.04). Det er pr 01.09.04 ikke gjort kjent hva utfallet av anbudskonkurransen blir.

3 Finansiering av rusreformen

3.1 Statens bevilgninger

Finansieringen av rusreformen er gjennomført etter samme hovedprinsipper som ble lagt til grunn da staten overtok spesialisthelsetjenesten som følge av sykehusreformen. Midler er trukket ut fra kommunene og fylkeskommunene etter regnskapsførte utgifter til rusmiddelmissbrukere i innrapporteringsystemet KOSTRA, for regnskapsåret 2002 (tabell 11). Regnskapstallene er fremskrevet etter forventet lønns- og prisvekst og forventet volumvekst fra 2002 til 2003 (St.prp. nr. 1, 2003-2004a, s. 34). Det ble gjort et vedtak om at separate forhandlinger skulle gjennomføres med den enkelte fylkeskommune før uttrekksmodellen ble gjennomført, men Kommunal- og regionaldepartementet fant ikke grunnlag for å foreta justeringer i uttrekket i forhold til slik det tidligere ble lagt frem (St.prp. nr. 64, 2003-2004, s. 51).

Tabell 11. Bevilgningenes størrelse og opprinnelse for 2004

Midlenes opprinnelse	Millioner kr
Uttrekk fra fylkeskommunene og kommunenes frie midler	1128,4
Sentrene for legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	¹ 176,1
Bevilget i Revidert nasjonalbudsjett 2004	² 126,7
Totalt	1431,2

Kilder: (St.prp. nr. 1, 2003-2004b; St.prp. nr. 63, 2003-2004)

Merknader:

¹ Ytterligere 3 millioner er bevilget, men forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet.

² Av disse midlene er bare 100 millioner en ordinær økning i bevilgningene. Se også neste tabell.

Tabell 12. Statens bevilgninger i millioner kroner til RHF'ene i form av økt rammetilskudd som følge av rusreformen

Tilskudd	Bevilget	Bevilget i RNB ¹	Bevilget totalt etter RNB ¹	Totalt pr capita i kroner
Helse Øst	621,5	² 62,2	683,7	417
Helse Sør	252,5	15,7	268,2	301
Helse Vest	233,1	14,5	247,6	263
Helse Midt-Norge	98,1	³ 19,1	117,2	182
Helse Nord	99,3	7,2	106,5	230
Totalt	1304,5	⁴118,7	⁴1423,2	311

Kilder: (St.prp. nr. 1, 2003-2004b; St.prp. nr. 63, 2003-2004, s. 76).

Merknader:

¹ Revidert nasjonalbudsjett

² Av disse midlene er 38,5 millioner en ordinær økning i midlene, mens 23,7 millioner foreslås bevilget som kompensasjon for ansvaret for Akuttinstitusjonen rus, Ullevål (St.prp. nr. 63, 2003-2004, s. 77).

³ Av disse midlene er 16,1 millioner ordinær økning i midlene og 3 millioner er en kompensasjon for ansvaret for Lade behandlingssenter (St.prp. nr. 63, 2003-2004, s.76).

⁴ I revidert nasjonalbudsjett er det i tillegg foreslått tildelt 8 millioner som ikke er fordelt på regionalt nivå, men som skal gå til refusjon av poliklinisk virksomhet, refusjon av egenbetaling og refusjon for allmennlegehjelp. Samlet blir beløpet 126,7 millioner (St.prp. nr. 63, 2003-2004, s. 76).

Midlene som er trukket ut, samt midler til Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR) overføres til de RHF'ene som fylkeskommunene geografisk tilhører, slik gjengitt i tabell 12. Midlene til LAR-sentrene ble tidligere gitt via vertsfylkeskommunene (St.prp. nr. 1, 2003-2004b).

I tillegg til dette er RHF'ene tilført ytterligere 100 millioner i revidert nasjonalbudsjett som en ren styrking av behandlingstilbudet, en økning på over 7 prosent i forhold til de opprinnelige bevilgningene (St.prp. nr. 63, 2003-2004, s. 76). Helse Øst mottar ytterligere 23,7 millioner som en kompensasjon for Akuttinstitusjonen Rus, Ullevål som ble overført fra Oslo Kommune i 2002 uten at dette var omfattet av uttrekket fra Oslo Kommune (St.prp. nr. 63, 2003-2004, s. 76; Helse Øst RHF, 2004f). På grunn av ansvaret for Lade behandlingssenter som heller ikke var omfattet av uttrekket, bevilges Helse Midt-Norge 3 millioner ekstra i revidert nasjonalbudsjett. Bevilgningen på 100 millioner, midlene til Akuttinstitusjonen Rus, Ullevål samt midlene til Lade behandlingssenter summerer seg til 126,7 millioner (se tabell 11).

Tilleggsbevilgningenes fordeling mellom RHF'ene går frem av tabell 12. Det er store forskjeller mellom bevilgningenes størrelse målt i kroner pr innbygger mellom helseregionene. Helse Midt-Norge får 182 kroner pr innbygger mens Helse Øst får 417 kr pr innbygger.

3.2 Fordeling dersom Hagenutvalgets forslag hadde blitt fulgt

Det har vært mye diskusjon om hvorvidt de bevilgede midlene er riktig fordelt mellom helseregionene i forhold til behov. Fordelingen følger den historiske fordeling av regnskapsførte midler til rus i fylkeskommuner og kommuner i 2002. Melberg og Alver (2003, s. 58) har imidlertid funnet at regnskapsføringen i kommunene er mangelfull og i noen tilfeller feilaktig. Midlene ble overført til det RHF som disse kommuner og fylkeskommuner tilhører. Revidert nasjonalbudsjett for 2004 forandret noe på fordelingen mellom RHF'ene, men hadde ingen utjevning målsetting eller effekt. Som et eksempel på en alternativ måte å fordele midlene på, tar vi med hva fordelingen ville blitt dersom myndighetene hadde valgt å følge det såkalte Hagenutvalgets innstilling for fordeling av midler til rus/psykiatri.

Hagenutvalget ble utnevnt for å foreslå et framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. Som en del av oppgaven ble utvalget bedt om å utvikle kostnadsnøkler for rusmiddelinstusjonene som fra 2004 omfattes av spesialisthelsetjenesten. I utredningen (NOU, 2003:1, s. 245) foreslås det å fordele ressurser til rusomsorg etter kostnadsvektene utregnet for psykisk helsevern. Dette begrunnes med at tidligere analyser dokumenterer sterke sammenhenger mellom rusmiddelmisbruk og psykiatriske lidelser. Vektene er basert på en analyse utført av SINTEF Unimed (Pedersen, Kalseth & Hagen, 2002). SINTEF Unimeds valg av kriterier har vært et kompromiss mellom hvilke forhold som ut fra rådende kunnskapsstatus antas å være av betydning for ressursbehov, og hvilke som på en pålitelig måte lar seg fange opp gjennom offentlig, årlig oppdaterbar statistikk. Generelt har valg av kriterier vært begrenset av krav til tilgjengelighet, oppdaterbarhet og sammenlignbarhet, det vil si mulighet for å koble pasientdata til befolkningsdata.

Tabell 13. Hagenutvalgets forslag til kostnadsvekter for psykiatri

Kriterium	Kostnadsvekt
Andel innbyggere 0–15 år	0,097
Andel innbyggere 16–18 år	0,044
Andel innbyggere 19–34 år	0,159
Andel innbyggere 35–66 år	0,193
Andel innbyggere 67–74 år	0,044
Andel innbyggere 75 år og eldre	0,059
Andel ugifte 35 år og eldre	0,098
Andel uføre 18–39 år	0,076
Andel uføre 40–69 år	0,102
Andel sosialhjelpsmottakere 18–49 år	0,016
Andel kun grunnskole 18–29 år	0,067
Andel kun grunnskole 30–59 år	0,046
Sum kriterier	1,000

Kilde: Tabell 20.10 (NOU, 2003:1).

For psykiatri valgte utvalget å benytte en modell basert på alders- og sosiale kriterier. I tillegg er det dokumentert at et kriterium som beskriver flytting, på en god måte fanger opp ressursbehov. Utvalgets forslag til kostnadsnøkkel for psykiatrien er som vist i tabell 13.

Tabell 14. Regional fordeling etter Hagenutvalgets forslag

	Alder	Sos. krit.	SUM	Tildelt	Omfordeling
Helse Øst	279	197	476,1	621,5	-145,4
Helse Sør	151	97	247,9	252,5	-4,6
Helse Vest	160	95	254,8	233,1	+ 21,7
Helse Midt-Norge	109	73	182,2	98,1	+ 84,1
Helse Nord	78	65	143,6	99,3	+ 44,3
Totalt	777	527	1304,5	1304,5	0,0

Tabell 14 viser fordelingen mellom de regionale helseforetakene dersom Hagenutvalgets foreslåtte kriterier hadde blitt fulgt. En overgang fra ressurstildeling basert på et historisk fordelingsprinsipp til ressurstildeling basert på forventet ressursbehov, vil gi en omfordeling fra Helse Øst og Helse Sør til de andre regionene i forhold til den bevilgningen som ble foretatt i statsbudsjettet.

3.3 De regionale helseforetakenes disponering av midlene

Tabell 15. De regionale helseforetakenes fordeling til rus før og etter Revidert nasjonalbudsjett i millioner kroner

	Før Revidert nasjonalbudsjett		Etter Revidert nasjonalbudsjett	
	Bevilget til RHF fra staten ¹	Fordelt til rus av RHF	Bevilget RHF totalt fra staten ¹	Fordelt til rus totalt av RHF
Helse Øst	621,5	671,5	683,7	686,5
Helse Sør	252,5	252,5	268,2	Uklart
Helse Vest	233,1	Ikke offentlig	247,6	Uklart
Helse Midt-Norge	98,1	120,0	117,2	² 129,2
Helse Nord	99,3	99,3	106,5	Uklart
Totalt	1304,5		1423,2	

Kilder:

(Helse Sør RHF, 2003a; St.prp. nr. 1, 2003-2004b; St.prp. nr. 63, 2003-2004, s. 76; Helse Midt-Norge RHF, 2004b; Helse Nord RHF, 2004a; Helse Nord RHF, 2004c; Helse Sør RHF, 2004a; Helse Øst RHF, 2004d; Helse Øst RHF, 2004g).

Merknader:

¹ Se tabell 11 for en redegjørelse for de bevilgede midlene i Statsbudsjettet og i Revidert statsbudsjett.

² Tallet er bare en prognose for hvor mye de tenker å bruke når de har tatt hensyn til Revidert statsbudsjett (Helse Midt-Norge RHF, 2004d).

Midlene bevilget til de regionale helseforetakene som følge av rusreformen, var ikke øremerket. Det er derfor interessant å se på hvordan disse midlene ble anvendt. Før revidert nasjonalbudsjett 2004 ble vedtatt 18.06.04, var situasjonen at Helse Midt-Norge RHF økte budsjettet med 21,9 millioner og Helse Øst RHF økte budsjettet med 50 millioner kr i forhold til de tildelte midlene fra staten (se tabell 15) (Helse Midt-Norge RHF, 2004b; Helse Øst RHF, 2004d). Helse Vest RHF har unndratt budsjettet for rus fra offentlighet etter offentlighetsloven §5 første ledd

(Helse Vest RHF, 2004b). Fordelingen foretatt av Helse Nord RHF og Helse Sør RHF tilsvarer eksakt de midlene som er bevilget av staten (Helse Sør RHF, 2003a; Helse Nord RHF, 2004a; Helse Nord RHF, 2004c; Helse Sør RHF, 2004a).

I Revidert nasjonalbudsjett ble det bevilget ekstra midler til rusomsorg, som rammebevilgning til de regionale helseforetakene. Helse Øst fordelte 15 millioner ekstra til rusområdet, men lar de godt over 45 ekstra bevilgede millionene gå til å dekke deres tidligere ekstrabevilgning på 50 millioner (se tabell 15) (Helse Øst RHF, 2004e). Dette betyr at de har fordelt omtrent de midlene de fikk tildelt samlet sett til rusbehandling. Helse Sør har pr 01.09.04 ikke vedtatt noen endringer i budsjettet som følge av revidert nasjonalbudsjett. I tertialrapporten til Helse Sør fra 1. tertial 2004 som ble lagt frem 22. juni fremgår det at tall og prognoser ikke er oppdatert for endrede bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett (Helse Sør-Norge, 2004). Heller ikke senere styremøter har tatt opp saken, så langt det går frem av saklistene. Helse Midt-Norge RHF har pr 01.08.04 heller ikke vedtatt noe nytt budsjett for rus etter revidert nasjonalbudsjett ble vedtatt den 18.06.04. Derimot går det frem av en styresak fra august at de har laget en prognose med et resultat på -12 millioner når de har tatt hensyn til økte bevilgninger på omtrent 19 millioner i Revidert nasjonalbudsjett (Helse Midt-Norge RHF, 2004d). Dette innebærer at de planlegger å fordele 12 millioner mer enn de har fått tildelt i år. Helse Vest RHF har ifølge saklistene heller ikke hatt noe nytt budsjett for rus til styrebehandling etter Revidert nasjonalbudsjett. Heller ikke i økonomirapporten fremlagt på styremøtet 23.08.04 nevnes Revidert nasjonalbudsjett i dokumentene (Helse Vest RHF, 2004c).

3.4 Mulig kontroll med disponering av midlene

For en framtidig evaluering av rusreformen er det svært viktig å få innsyn i de regionale helseforetakenes reelle utgifter til rusbehandling. Det er noe uklart om dette vil bli mulig for regnskapsåret 2004. Helsedepartementets styringsdokument til de regionale helseforetakene har et vedlegg som fastslår at det for området "Behandlingstilbud for rusmisbrukere" og "Tilbudet til rusmisbrukere" skal rapporteres årlig og tertialsvist "...på aktivitet i døgninstitusjoner og poliklinikk for offentlige og private tilbydere" (Helsedepartementet, 2003). Det står med andre ord ikke klart at det skal rapporteres spesifiserte regnskapstall for tilbudet til rusmisbrukere. Derimot inngår en post for rusbehandling i helseforetakenes innrapportering av regnskapsdata 680 "Omsorg for og behandling for rusmisbrukere, kostnader til drift av behandlings- og

omsorgsinstitusjoner for rusmisbrukere, samt andre tiltak overfor rusmiddelbrukere” (SSB, 2003). Noen helseforetak som fikk overført rusbehandlingsinstitusjoner med sykehusreformen, har benyttet denne funksjonen allerede for 2002 og 2003 (jamfør tabell 16). En gjennomgang basert på SIRUS tiltakskatalog (2003) viser at 23 Helseforetak hadde tiltak som drev rusbehandling i 2003 (primært polikliniske behandlingstiltak). Av disse er det bare 6 helseforetak som har regnskapsført utgifter på funksjon 680 for samme år.

De regionale helseforetakene har noe ulike oppfatninger om hva som skal innrapporteres av økonomiske tall for behandling av rusmiddelmisbrukere for 2004. Helse Øst RHF skriver i protokollen fra møtet hvor budsjettet for rusområdet ble vedtatt: "Det understrekes at det i 2004 skal budsjetteres og rapporteres separat for rusområdet" (Helse Øst RHF, 2004d). Andre regionale helseforetak hevder på forespørsel at ettersom rusreformen ikke legger føringer på de regionale helseforetakenes organisering av rusbehandlingen, kan Helsedepartementet umulig kreve å få detaljerte regnskapstall for rus som et særrområde. Som foretak skal HF'ene føre regnskap etter regnskapsloven som gjelder for bedrifter, men ikke for offentlige etater. Innrapportering for et fagområde vil være et tilleggskrav i forhold til den regnskapsføringen som kreves i regnskapsloven. Det er uklart hvordan innrapporteringen for rustiltak vil bli praktisert i de ulike helseforetakene. I tillegg vil de rapporterte regnskapstallene si lite om hvorvidt de tildelte midlene i forbindelse med rusreformen har blitt benyttet etter formålet, ettersom de også fører utgifter til behandling som ikke var omfattet av rusreformen, under funksjon 680.

Tabell 16. Brutto driftskostnader¹ i kroner ført av helseforetak før rusreformen under funksjon 680 "Omsorg for og behandling av rusmisbrukere"

Region	Helseforetak	2002	2003
Sør	Sykehuset i Buskerud HF	13 483 000	16 228 000
	Sørlandet sykehus HF ²	8 900 000	9 400 000
Øst	Akershus universitetssykehus HF	11 827 000	16 385 000
	Aker universitetssykehus HF	20 253 000	0
	Sykehuset Innlandet HF ³	76 376 000	86 204 000
Midt	Helse Nord Trøndelag HF	6 242 000	5 035 000
Nord	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	628 000	0
	Nordlandssykehuset HF	851 000	1 815 000
	Helgelandssykehuset HF	8 000	0
Vest	Helse Vest RHF	0	546 000
Sum for hele landet ⁴		121 000 000	122 406 000

Kilde:

SSB på forespørsel. Tallene ligger avrundet til nærmeste million under tabell 03720 under: <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>

Merknader:

¹ Brutto driftskostnader er fratrukket avskrivninger.

² Utgiften var i 2002 ført under Vest-Agder sykehus HF som er en del av Sørlandet sykehus HF i 2003.

³ Utgiften var i 2002 ført hovedsakelig på Sanderud sykehus HF og delvis på Oppland sentralsykehus HF, som begge er en del av Innlandet sykehus i 2003.

⁴ Sum for hele landet er mindre enn summen av utgiftene ført på HF'ene fordi tallene for hver enkelt HF ikke er korrigert for gjestepasientinntekter, slik at utgifter ville bli telt dobbelt ved summering. I 2002 har Sanderud sykehus HF (i 2003 en del av Sykehuset Innlandet HF) ført opp omtrent 17 millioner kroner i gjestepasientinntekter. Dersom det korrigeres for dette vil driftskostnadene ved Sanderud sykehus HF være på omtrent 59 millioner. For 2003 har Sykehuset Innlandet HF ført omtrent 13 millioner i gjestepasientinntekter, slik at deres utgifter korrigert for dette vil være på omtrent 73 millioner. Ingen andre HF har ført gjestepasientinntekter disse årene.

Den beskrivelsen av funksjon 680 som står i SSBs innrapporteringshåndbok er ganske vidt formulert. Vi har bedt Helsedepartementet presisere hvilke utgifter som skal føres under funksjonen: " På funksjon 680 skal alle kostnader og inntekter føres som relaterer seg til behandling eller omsorg for rusmiddelmissbrukere, uavhengig av om de stammer fra en institusjon som er en del av

psykiatrien eller en institusjon som bare driver med behandling og omsorg for rusmiddelmissbrukere". I funksjonskontoplanen for 2004 er det heller ikke utarbeidet noen bedre forklaring eller instruks for hvordan funksjonen skal brukes enn forklaringen i SSB sin håndbok. Helsedepartementet utdyper videre at det jobbes for å bedre informasjonen om helseforetakenes utgifter til rus i fremtiden: "Det gjøres i disse dager et arbeid for å forbedre funksjonskontoplanen når det gjelder rusområdet. Resultatet blir sannsynligvis flere funksjonskonti og dermed mer detaljert informasjon om rusomsorgen. Forhåpentligvis vil en forbedring av kontoplanen også gjøre det enklere for foretakene og føre kostnader og inntekter riktig. Disse endringene vil bli innført fra og med 2005."

Vi bad også Helsedepartementet definere hvorvidt innrapporteringen under funksjon 680 var pålagt helseforetakene: "I utgangspunktet bør alle helseforetak rapportere på alle funksjoner som er relevante for deres virksomhet. Altså bør alle helseforetak som driver med rusbehandling rapportere på funksjonen for dette (nr. 680, Omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere). Imidlertid kan forskjellen mellom psykiatri og behandling av rusmiddelmissbrukere i noen tilfeller, være vanskelig å se. Dette kan være en grunn til at noen helseforetak ikke har brukt funksjon 680 i 2003" (Helsedepartementet på forespørsel). Ulikhetene i innrapportering medfører at det vil være vanskelig å bedømme RHF'enes innsats på rusområdet i overgangsfasen etter rusreformen, ut i fra kostnadsførte utgifter.

3.5 Finansiering av poliklinisk rusbehandling

Rusreformen omfattet 74 institusjoner/ tiltak hvorav 30 utfører poliklinisk behandling, eventuelt som en del av behandlingstilbudet. Alle disse institusjonene var i 2003 budsjettfinansiert og hadde ingen refusjonsordning med Rikstrygdeverket. Når de ble overført til helseforetakene som følge av rusreformen, ble det videreført at institusjonene skulle være budsjettfinansierte. Dette bryter imidlertid med finansieringssystemet i resten av spesialisthelsetjenesten, hvor poliklinisk behandling er refusjonsberettiget. Begrunnelsen for unntaket er at institusjonene som staten overtok eierskapet for, var fullfinansierte og en ny finansieringsordning med trygderefusjon ville muliggjøre en dobbeltfinansiering av enkelte institusjoner (Personlig kommunikasjon, Helsedepartementet, 21.04.04).

Fra og med 2005 er det i Statsbudsjettet foreslått at finansiering av polikliniske tjenester ved rusbehandlingstiltak skal tilpasses samme ordning som i psykiatrien. Samtidig endres de polikliniske refusjonene for psykisk helsevern slik at satsen blir mer avhengige av den utførte tjenesten. Dette betyr at poliklinisk behandling også i rusbehandling blir refusjonsberettiget (St.prp. nr. 1, 2004-2005, s. 25). Det kan medføre at pasienter som er i poliklinisk behandling for rusmiddelmisbruk i prinsippet vil pålegges å betale egenandel.

4 Henvisningsrutiner

Rusreformen innebar en endring i rutinene for henvisning til rusbehandling. Tidligere var det slik at det var sosialtjenesten i kommunene som henviste til behandling, ettersom kommunene hadde ansvar for en relativt stor del av behandlingskostnadene. Det fulgte av rusreformen at primærhelsetjenesten, samt andre deler av spesialisthelsetjenesten fikk henvisningsrett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling som til andre spesialisthelsetjenester. I tillegg til at disse fikk henvisningsrett ble det videreført at sosialtjenesten i kommunene fikk anledning til å henvise. Dette er blant annet begrunnet med at rusmiddelmissbrukere er svært forskjellige med hensyn til hvor godt de fungerer sosialt og hvor mye kontakt de har med henholdsvis helsetjenesten og sosialtjenesten. Sosialtjenestens henvisningsrett er imidlertid begrenset til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. De fem regionale helseforetakene har laget rutiner for henvisninger bygget på det samme prinsippet. I det følgende presenteres hovedtrekkene i rutinene. En fullstendig oversikt over rutinene finnes i SIRUS Tiltakskatalog (2004).

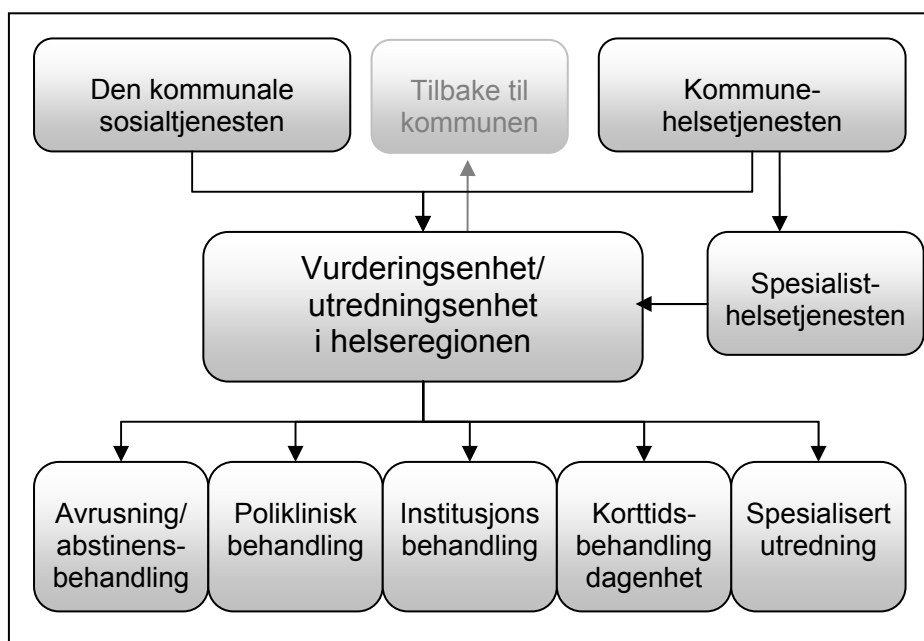
4.1 Saksgangen i henvisningen

Den kommunale sosialtjenesten eller lege kan som nevnt henvise til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Både primærhelsetjenesten og sosialtjenesten oppfordres til å samarbeide om henvisningen og den videre vurderingen når det finnes nødvendig (Helsedepartementet, 2004). Sosialtjenesten bør kobles inn dersom pasienten har behov for tjenester etter sosialtjenesteloven. Men helsetjenesten har taushetsplikt overfor sosialtjenesten, slik at pasienten må samtykke til at sosialtjenesten involveres. Alle pasienter med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester har krav på en individuell plan (IP). Alle tjenesteytere i kontakt med pasienten har plikt til å informere om rettigheten og begynne arbeidet med planen. Dette er hjemlet både i kommunehelsetjenesteloven §6-2, sosialtjenesteloven §4-3a, spesialisthelsetjenesteloven §2-5 og lov om psykisk helsevern §4-1. Nytt i forbindelse med rusreformen er det at individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven (Ot.prp. nr. 54, 2002-2003, s. 61).

RHF'ene har utarbeidet rutiner for hvordan henvisninger skal foregå. Henvisningen sendes til spesialisthelsetjenesten ved nærmeste Distriktpsikiatriske senter (DPS), sosialmedisinske poliklinikk eller

klinikk med rusavdeling som er godkjente av de regionale helseforetakene til å motta henvisningene. Henvisning er ikke nødvendig ved behov for akutt avrusning (Helsedepartementet, 2004, s. 39). Basisvurderingen skal fortrinnsvis skje poliklinisk. Det vil derfor være naturlig å sende henvisningen til den vurderingsenheten som ligger nærmest pasientens hjemsted (Helse Vest RHF, 2004a). Men pasienten har også rett til å velge hvem som skal vurdere henvisningen (pasientrettighetsloven §2-2).

Figur 1. Behandlingskjeden for vurdering av rusbehandling



Spesialisthelsetjenesten eller vurderingsinstansen som mottar henvisningen skal gjøre en administrativ og faglig saksbehandling eller en såkalt basisutredning (Helse Vest RHF, 2004a). Den faglige saksbehandlingen er en inntaksvurdering som innebærer å vurdere riktig behandlingsnivå og behandlingsinstans. De aktuelle behandlingsnivåene er avrusning/avgiftning, spesialisert utredning, institusjonsbehandling, korttidsbehandling ved dagenhet og poliklinisk behandling. RHF'ene har kommet fram til en felles forståelse av hva som kommer inn under de ulike behandlingsnivåene. Pasienten henvises tilbake til kommunen dersom han/ hun vurderes til kun å ha behov for tjenester etter sosialtjenesteloven eller til en mer inngående utredning i spesialisthelsetjenesten dersom dette skulle finnes nødvendig. Dersom utfallet av vurderingen er "rett til nødvendig helsehjelp", vil pasienten vurderes i forhold til behandlingsnivå.

Beslutningen om behandlingsnivå fattes ideelt sett i samråd med pasienten og henvisende instans. Videre består den faglige saksbehandlingen i å vurdere helsetilstanden til pasienten, noe de er pålagt å gjøre innen 30 virkedager fra mottatt henvisning samt å fastsette en individuell utredningsfrist eller behandlingsfrist i forhold til de krav som stilles i pasientrettighetsloven. Behandlingsfristen har en maksimalgrense på 1 år. (Helse Vest RHF, 2004a).

Etter pasientrettighetsloven har pasientene rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom kostnaden står i et visst forhold til nytten av behandling. Dette vil i de fleste tilfellene vurderingsenhetene måtte avgjøre, ettersom det er de som skal avgjøre hvorvidt pasienten skal få behandling. Det er knyttet stor spenning til tolkningen av hva som skal utløse rett til nødvendig helsehjelp. Utredningsinstansene skal også motvirke vridningseffekter som for eksempel henvisning til spesialiserte behandlingstiltak i tilfeller der det er behov for omsorgsrettede tiltak som kommunene må betale (Helsedepartementet, 2004, s. 37).

Som rettighetspasient, har pasienten i følge lov om pasientrettigheter §2-4, rett til fritt valg av behandlingssted, men kun innenfor samme behandlingsnivå som vurderingen har konkludert med. Rettigheten tilsvarer rett til fritt valg av sykehus innen somatikk og psykiatri. Behandlingsstedet må også velges innenfor den offentlige delen av rusbehandlingen eller den delen av den private rusbehandlingen som har avtalefestede plasser kjøpt av et regionalt helseforetak.

På grunn av retten til fritt valg av behandlingssted kan et RHF ikke nekte en pasient fra egen region å søke seg til behandling i en annen region. Behov for tverrfaglig samarbeid mellom 1. linjetjenesten i pasientens hjemkommune og den spesialiserte tverrfaglige behandlingen tilsier imidlertid at valg av behandlingssted i noen tilfeller bør begrenses ut ifra faglige hensyn. Derimot kan et RHF i henhold til "sørge for" - ansvaret avvise pasienter fra andre regioner dersom det er fare for at de ikke kan tilby tilstrekkelig med behandlingsplasser til rettighetspasienter fra egen region (Helse Midt-Norge RHF, 2004a).

En pasient kan ikke registreres på ventelister for mer enn ett behandlingstiltak. I noen tilfeller aksepterer imidlertid de regionale helseforetakene at en pasient som står på venteliste for behandling utenfor regionen også får stå på venteliste til en behandlingsplass i egen region (Helse Sør RHF, 2004c). Ventelister og lister over ledig kapasitet skal i

prinsippet kunne kobles opp mot fritt sykehusvalg. Dette vil ventelig kunne tre i funksjon i 2006.

Når en pasient benytter seg av retten til å søke behandling i en annen region foretas et gjestepasientoppgjør mellom RHF'ene etter avtaler regionene imellom. Under behandling har sosialtjenesten i hjemkommunen fortsatt plikt til å yte tjenester etter sosialtjenestelovens kapittel 5 (Ot.prp. nr. 3, 2002-2003, s. 29). Ved utskrivning fra institusjon skal sosialtjenesten varsles i god tid dersom det antas at pasienten vil ha behov for tiltak fra sosialtjenestens side og dersom pasienten ønsker det. Når sosialtjenesten er varslet skal den i samarbeid med spesialisthelsetjenesten forberede utskrivningen (Helse Øst RHF, 2004a).

4.2 Antall henvisninger

Det var forventet at antall henvisninger kunne komme til å øke som følge av rusreformen, fordi kommunenes egenbetaling for spesialisert rusbehandling falt bort, og primærhelsetjenesten fikk henvisningsrett. I en artikkel i ukeavisen Folket meldes det om en stor økning i antall henvisninger i begynnelsen av 2004 mot tidligere, noe de forklarer med at fastlegene har fått anledning til å henvise til rusbehandling (Folket, 19.02.04). Det er dessverre vanskelig å måle om antall henvisninger har økt ettersom det ikke finnes god statistikk for 2003 over antall henvisninger til behandling. Det som i tillegg gjør saken vanskelig er at henvisningene i 2004 i prinsippet skal innom en vurderingsenhet før pasientene eventuelt henvises til et tiltak. Dette må forventes å påvirke antall henvisninger som kommer til et spesifikt tiltak. Vi har kontaktet enkelte behandlingstiltak i de ulike RHF'ene for å få et visst inntrykk av henvisningspraksisen.

I Helse Nord har vi informasjon fra to behandlingssteder. Finnmarksklinikken opplyser om at de for hele 2003 fikk 51 henvisninger, mens de for 2004 pr oktober 2004 har fått 90 henvisninger. Av disse er 65 prosent fra sosialtjenesten og 35 prosent fra helsetjenesten (Personlig kommunikasjon, Finnmarksklinikken, 24.09.04). Tallene tyder på at det kan bli mer enn en dobling i antall henvisninger til denne institusjonen i år i forhold til i fjor. Færingen terapeutiske samfunn i Tromsø mener det har vært en viss økning i antall henvendelser etter rusreformen, men har ikke tallmateriale som bekrefter dette. De har fått noen få henvisninger fra helsetjenesten i år. Det er ikke mange som blir henvist til institusjonen og som avvises under vurderingen. Dette fordi de gir god informasjon før det

kommer så langt som til en henvisning (Personlig kommunikasjon, Færingen terapeutiske samfunn, 27.09.04).

I Helse Midt-Norge melder Vestmo behandlingssenter at det ikke er registrert noen økning i antall henvisninger etter rusreformen ettersom økningen har kommet gradvis de siste årene. De hadde 217 henvisninger i 2003 hvorav 151 kom før 1. september. I 2004 var det registrert 154 henvisninger fram til 1. september. 11 av de som søkte behandling i 2003 fikk avslag på sine søknader mot 6 hittil i år. De har også hatt henvisninger fra leger før rusreformen trådte i kraft, selv om den formelle henvisningen måtte komme fra eller innhentes fra sosialtjenesten. De har ingen tall tilgjengelig til å dokumentere en eventuell økning i antall henvisninger fra leger.

Floenkollektivet i Helse Vest konstaterer at det er mange flere søkere enn tidligere. De hadde ikke ventelister før rusreformen, men oppfordret da bare pasienter som ikke fikk plass til å prøve igjen senere. Etter 3 måneder med ventelister i 2004 hadde de kommet opp i 1 års ventetid. Det var en eksplosjon i antall søkere fra nyttår. De får nå ikke like mange henvisninger lenger, noe som antagelig skyldes at de blir rådet til å søke et sted med kortere ventetid av vurderingsinstansen. De fire første av årets måneder hadde de totalt mottatt 28 henvisninger hvorav 9 kom fra spesialisthelsetjenesten og de fleste andre fra sosialtjenesten i kommunene. De har ikke noen tilsvarende tall vi kan sammenlikne med fra i fjor (Personlig kommunikasjon, Floenkollektivet, 27.09.04).

Fra Helse Sør melder Vestfoldklinikken om en sterk økning i antall henvisninger. Klinikken har så langt fått 460 henvendelser i 2004 mot 487 for hele 2003. Dette antyder en økning på omtrent 20 prosent dersom henvendelsene er likt fordelt gjennom året. Det antydes at kommunene nå søker om behandling raskere, mens de før var opptatt av at pasienten var motivert for behandling ettersom kommunene betalte for behandlingen. Det antas at nærmere 50 prosent av henvendelsene kommer fra helsetjenesten, men flere fra helsetjenestene når det er snakk om behandling for alkohol- eller medikamentmisbruk enn når det er snakk om narkotikamisbruk. Vestfoldklinikken kommenterer at det tydelig har vært et skjult behov for behandling for alkohol- og medikamentmisbruk hvor pasientene ikke ønsker kontakt med sosialtjenesten. Det virker derfor så langt som om rusreformen har oppnådd å fange opp disse pasientene i større grad. Samtidig er det problematisk at helsetjenesten i mye mindre grad følger opp pasientene de henviser både i avrusnings- og utrednings-

og ettervernsfasen. Dette mener de kan skyldes at legene ikke har tradisjon for en slik oppfølging. Behandlingsinstitusjonen kontakter sosialtjenesten bare dersom pasienten selv ønsker det når de får en henvisning fra helsetjenesten. Vestfoldklinikken har i dag omtrent 70 personer som ønsker å komme på avrusning eventuelt kombinert med utredning for videre behandling, og de har bare 15 plasser. (Personlig kommunikasjon, Vestfoldklinikken, 27.09.04).

Fra Helse Øst meldes det om en betydelig pågang av henvisninger fra legesiden, men dette varierer mye fra helseforetak til helseforetak. Det regionale helseforetaket samler ikke inn statistikk over antall henvisninger som går via HF'ene. Men som et anslag antyder de likevel en økning i antall henvisninger på 15 prosent så langt i år i forhold til 2003 (Personlig kommunikasjon, Helse Øst RHF, 23.09.04). Det helseforetaket som dekker det største befolkningstallet for rusbehandling i Helse Øst er Aker Universitetssykehus HF som har ansvar for rusbehandling for Oslo og Follo. De har beregnet at det ligger an til å bli omtrent 6000 ulike personer henvist til rusbehandling i 2004. Dette anslår de til å være en økning på omtrent 20 prosent i forhold til i fjor. Situasjonen i Aker Universitetssykehus HF viser at ikke alle sakene enda følger de vedtatte rutinene. Det er mange av de 6000 såkalte henvisningene som er direkte kontakt fra pasient til behandlingssted. De har beregnet at 2000 av henvisningene er direkte kontakt fra pasient til en av akuttinstitusjonene, hvor en ikke trenger henvisning. Mange ønsker ikke videre behandling etter et opphold der. Videre er det 2800 personer som kommer via A-klinikkene. De anslår at omtrent 50 prosent av henvisningene til A-klinikkene kommer fra leger eller helsetjenesten for øvrig. Ved A-klinikkene hadde Oslo kommune en tid før rusreformen en forsøksordning hvor klientene kunne henvende seg direkte til klinikken uten henvisning. Det er uklart hvordan dette praktiseres under de nye rutinene. A-klinikkene står ikke på listen over godkjente henvisningsinstanser i Helse Øst, men det er tydelig at mange henvisninger allikevel går direkte til dem (Helse Øst RHF, 2004a). Det er bare de resterende 1200 henvisningene som er henvisninger som følger riktig tjenestevei. Av disse mener Helse Øst at omtrent 20 prosent kommer fra helsetjenesten, ved leger eller spesialisthelsetjenesten. Videre anslås det at omtrent 10-15% av henvisningene som kommer til Aker Universitetssykehus HF ikke ender med innleggelse i første omgang, enten på grunn av at vurderingen ikke ender i rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller at pasientene blir stående på venteliste. Men i

slike tilfeller får de ofte en ny henvisning til et annet behandlingstilbud (Personlig kommunikasjon, Aker Universitetssykehus HF, 28.09.04).

Det er også interessant å se på hvordan det har gått med de private institusjonene som ikke er definert som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, og som ikke var omfattet av rusreformen. Noen av disse institusjonene selger behandlingsplasser både til kommuner og helseforetak, og er avhengige av etterspørsel. Andre defineres som omsorgstiltak og får ikke solgt sine tjenester til helseforetakene. De er avhengig av at pasientene i hvert enkelt tilfelle får en økonomisk garanti for oppholdet av hjemkommunen. Det er disse institusjonene som særlig melder om redusert belegg etter rusreformen trådte i kraft. Unntaket er omsorgsinstitusjoner som har driftsavtaler med kommunene. Disse er sikret for den delen av kapasiteten som er avtalefestet, så lenge avtalene gjelder.

Evangeliesentrene er omsorgsinstitusjoner. Alle klientene til sentrene sendes først til et av de tre inntakskontorene. Ved inntakskontoret i Oslo rapporterer de om 1597 henvisninger til og med september i 2003, mens antallet for samme periode i 2004 har vært 825. Nedgangen forklares med at kommunene antagelig heller sender pasientene til de offentlige behandlingsstedene (Personlig kommunikasjon, Oslo inntakskontor, Evangeliesenteret, 13.10.04).

Et annet omsorgstiltak, Sørums Gård i Trondheim som eies av Betel Menighet, oppgir at det er like mange som før rusreformen som ønsker opphold hos dem, men at få får den økonomiske dekningen fra hjemkommunen som er nødvendig. De har derfor færre klienter enn før (Personlig kommunikasjon, Sørums Gård, 28.09.04).

5 Kompetansesentrene

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål ble formelt etablert i 1994 på bakgrunn av St. meld. nr. 69 (1991-1992) "Tiltak for rusmiddelmissbrukere". Da stortingsmeldingen kom, hadde flere private institusjoner (Bergensklinikkene, Rogaland A-senter og Nordlandsklinikken) langt på vei etablert seg som kompetansesentre (St.meld. nr. 69, 1991-1992, s.69). Oppgavene de formelt ble tildelt fra 1994 var å tilby etterutdanning til kommunalt ansatte som arbeidet med rusmiddelspørsmål, drive metodeutvikling samt evaluere tiltak og tjenester. Fremstillingen er basert på rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2004b) dersom ikke annet er angitt.

5.1 Kompetansesentrene etter rusreformen

Rusreformen påvirker kompetansesentrene bare gjennom organiseringen av vertstilknytningen. Det står blant annet i Odelstingsproposisjon nr. 54: "Departementet legger til grunn at de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal opprettholdes som en statlig funksjon, uavhengig av rusreformenes konsekvenser for forvaltningsnivåplasseringen av den institusjon som kompetansesenterfunksjonen måtte være knyttet til." (Ot.prp. nr. 54, 2002-2003, s. 38).

Kompetansesentrene har siden 2002 arbeidet med Sosial- og helsedirektoratet som oppdragsgiver. De mottar årlige tildelingsbrev som legger rammer for driften økonomisk og til dels i form av konkrete oppgaver og prosjekter. Driften dokumenteres i årlige regnskap og aktivitetsrapporter. Oppgavene har for 2003 og 2004 vært definert innenfor hovedområdene forebyggende tiltak, kompetanseutvikling i kommunene, tildelt fagområde med nasjonal spisskompetanse og videreutvikling av de spesialiserte tjenestene på andrelinjenivå.

Før rusreformen hadde kompetansesentrene direkte eller indirekte vertstilknytning til fylkeskommunen de lå i. Indirekte dersom de var en del av en offentlig eller privat behandlingsinstitusjon som hadde avtale med fylkeskommunen. Som en følge av rusreformen mistet fylkeskommunen alt ansvar for rusfeltet, og nye vertstilknytningsformer for kompetansesentrene var nødvendig. For 2004 har sentrene vertstilknytning enten til et helseforetak som kompetansesenteret under Nordlandsklinikken, Midt-norsk kompetansesenter og Øst-norsk kompetansesenter eller til den private organisasjon eller stiftelse de er

tilknyttet, som kompetansesenteret under Bergensklinikkene, Borgestadklinikken og Rogaland A-senter. Unntaket er Oslo kommune/Rusmiddeletatens kompetansesenter som har Oslo kommune som vertstilknytning. Det er enda ikke besluttet hvordan kompetansesentrene skal organiseres fra og med 2005 ettersom avtalene for 2004 er forhandlet frem som en midlertidig løsning. Det pågår en prosess hvor det skal avgjøres hvordan den fremtidige organiseringen og sentrenes funksjoner blir (St.prp. nr. 1, 2004-2005, s. 234). Noen av RHF'ene er opptatt av at dersom de ikke får noen innflytelse over virksomheten ved kompetansesentrene, ser de seg nødt til å bygge opp egne kompetansegrupper for å arbeide med saker de trenger å utrede. De mener dette også vil være uheldig for kompetansesentrene som i en slik situasjon kan bli tappet for kompetansepersonell.

Sosial- og helsedirektoratet la i juni 2004 fram en utredning av fremtidige funksjoner og organisering av kompetansesentrene. Ett av fem punkter i utredningens mandat var å "foreslå en organisasjonsmodell og tilknytning som også tar hensyn til behovet for samarbeid med andre aktører på etter- og videreutdanningsområdet, og til behovet for hensiktsmessig samordning og rasjonell styring av oppgaver og ressurser" (Sosial- og helsedirektoratet, 2004b, s. 4). Den valgte modellen er i hovedsak lik dagens organisering. Kompetansesentrene er organisert under Sosialdepartementet (Arbeids- og sosialdepartementet)/Helsedepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet) og styres ved oppdragsbrev via Sosial- og helsedirektoratet. Sentrene lokaliseres hos en vert, hvor verten tilbyr arbeidsgiveransvar, administrative tjenester, lokaler og så videre. I konklusjonen heter det at modellen er "...mest formålstjenlig ved at den ivaretar bredden i kompetansebehovene, inkluderer alle de sentrale aktørene, gir god styringsmulighet og viderefører/utvikler et eksisterende etterspurt tilbud" (Sosial- og helsedirektoratet, 2004b, s. 42). Det er ventet at organisering og finansiering vil avklares i løpet av 2005.

5.2 Kompetansesentrenes økonomi

Det er verten som videreformidler de økonomiske midlene fra Sosial- og helsedirektoratet til det enkelte kompetansesenter. I tillegg til støtten fra Sosial- og helsedirektoratet har sentrene før 2004 mottatt midler fra oppdragsfylkene eller fylkeskommunene i egen region samt eventuelle andre oppdragsbaserte inntekter. En del av disse midlene inngikk gjerne i stimuleringsstilskudd til kommunene i regionen. I forbindelse med rusreformen ble midler trukket ut av fylkeskommunene og overført til de

regionale helseforetakene. Men ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2004b, s. 9) ble bortfallet av økonomisk støtte fra fylkeskommunene ikke kompensert for i forslaget til statsbudsjettet slik at kompetansesentrene reduserte stimuleringstilskuddene til kommunene i regionen i 2004. De regionale helseforetakene blir ifølge Sosial- og helsedirektoratet forventet å videreføre ytelsen av disse midlene, men det fremgår av tabell 17 at dette kun har skjedd unntaksvis. Bare Borgestadklinikken har i 2004 mottatt midler fra det helseforetaket de er tilknyttet. Helse Øst RHF har ikke gitt noen tilskudd til Øst-Norsk kompetansesenter for 2004 annet enn at de lar dem bruke lokaler med mer, uten å ta betalt for dette. De sier de ikke ønsker å bevilge penger til kompetansesenteret før det er avklart hvordan de blir organisert i fremtiden og hvilke oppgaver de får. De ønsker ikke å bevilge penger som kan "forsvinne" dersom kompetansesentrene for eksempel blir tilknyttet kommunene som vert og får oppgaver som kun er av interesse for kommunene. Derimot har de bevilget 3 millioner for 2004 til Sykehuset Innlandet HF som for tiden er vertstilknytning for Øst-Norsk kompetansesenter til et kompetansehevende prosjekt om dobbeltdiagnoser (Personlig kommunikasjon, 23.09.04, Helse Øst RHF). På tross av at tilskuddene utover tilskudd fra Sosial- og helsedirektoratet har blitt redusert for alle kompetansesentrene, så kommer i praksis de fleste av sentrene like godt ut økonomisk som tidligere år.

Tabell 17. Kompetansesentrenes økonomi 2002-2004 i 1000 kr

	År	Tilskudd fra SHdir. ¹	Andre tilskudd	Samlede tilskudd	Utbet av stimuler. midler
Nordlandsklinikken	2002	8 165	³ 2 353	10 518	1 318
	2003	10 695	³ 2 986	13 681	1 930
	2004	10 667	³ 2 100	12 767	² 2 452
Midt-norsk kompetansesenter	2002	7 220	1 318	8 538	2 242
	2003	8 335	1 491	9 826	4 712
	2004	9 425	0	9 425	² 3 200
Øst-Norsk kompetansesenter	2002	9 070	1 968	11 038	3 700
	2003	10 870	2 044	12 914	5 400
	2004	13 222	0	13 222	² 4 500
Borgestadklinikken	2002	7 670	1 500	9 170	1 875
	2003	9 115	1 300	10 415	2 913
	2004	10 167	1 500	11 667	² 2 000
Oslo Kommune/ Rusmiddeletatens kompetansesenter	2002	8 370	⁴ 5 468	13 838	3 167
	2003	9 680	⁴ 6 800	16 480	1 836
	2004	9 766	⁴ 6 800	16 566	² 3 089
Rogaland A-senter	2002	4 270	800	5 070	960
	2003	5 147	800	5 947	490
	2004	5 623	0	5 623	² 0
Bergensklinikkene	2002	5 434	⁵ 2 293	7 727	1 431
	2003	6 518	⁵ 2 600	9 118	1 995
	2004	7 020	⁵ 1 610	8 630	² 750
Total	2002	50 199	15 700	65 899	14 693
	2003	60 360	18 021	78 381	19 276
	2004	65 890	12 010	77 900	² 15 991

Kilder:

Sosial- og helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a, s. 7; 2004b, s. 11) samt kompetansesentrene og SIRUS på forespørsel.

Merknader:

¹ Sosial- og helsedirektoratet (SHdir).

² Tallene er budsjetterte tall.

³ Tallene inkluderer rundt 2 mill hvert år til drift av nettsiden Forebygging.no.

⁴ Tilskuddet er kommunalt.

⁵ Tallene inkluderer rundt 1.6 mill hvert år til drift av klientkartleggingssystemet.

6 Avsluttende kommentarer

Gjennomgangen av hvordan behandlingen for rusmiddelmissbrukere er organisert og finansiert etter at RHF'ene overtok det tidligere fylkeskommunale ansvaret, viser betydelige regionale forskjeller. Hvorvidt behandlingstiltakene er organisert i eget foretak eller lagt inn under helseforetak de geografisk tilhører, kan ha betydning for målsettingen om å integrere de ulike spesialisthelsetjenestene bedre og derigjennom øke kvaliteten på behandlingen. Den planlagte evalueringen av reformen burde kunne si noe om omorganiseringen av feltet har gitt de ønskede virkningene.

Som følge av reformen overførte staten i 2004 totalt 1,423 milliarder til RHF'ene. Beløpet er basert på hva kommuner og fylker rapporterte å bruke til rusbehandling i 2002, samt en økning i bevilgninger på 100 millioner kroner. Vi viser at beløpet per capita er mer enn dobbelt så høyt i Helse Øst (417 kroner) som i Helse Midt-Norge (182 kroner). Ulik og mangelfull regnskapspraksis betyr imidlertid at tildelingen av midler i forhold til føringer i KOSTRA ikke nødvendigvis avspeiler reelle utgifter og forskjeller i behov for rusbehandling i regionene. Målsettingen om utjevning av regionale forskjeller kan dermed møte utfordringer dersom kommende års fordelinger fra staten viderefører fordelingsnøkkelen fra 2004.

Den gjeldende regnskapspraksis vil også medføre problemer når det gjelder å følge opp om midlene som overføres til RHF'ene faktisk kommer rusbehandlingstiltak til gode. I regnskapene på HF-nivå vil det eksempelvis være vanskelig å skille mellom utgifter til behandling av rusmiddelproblemer og behandling av psykiske lidelser da enkelte tiltak behandler begge disse pasientgrupper i samme enhet og enkelte pasienter har dobbeltdiagnoser (psykiatriske symptomlidelser og rusproblemer). Mangelfulle økonomiske data vil vanskeliggjøre en evaluering av reformen, det samme vil selvfølgelig hemmeligholdelse medføre. Helse Vest har som nevnt unntatt fra offentligheten, fordeling av midler til rusbehandlingssektoren.

Mangel på relevante data vil også gjøre seg gjeldende i forhold til å følge opp intensjonen om bedre behandlingsresultater. Det foreligger per i dag ikke data på individnivå når det gjelder pasienter i behandling for sitt rusmiddelmissbruk. Overføring til spesialisthelsetjenesten gjør det naturlig

at behandlingsdata inkorporeres i Norsk pasientregister (NPR) på linje med behandlingsdata fra somatikk og psykisk helsevern. Det foreliggende forslaget om å gjøre NPR personentydig vil gi langt bedre mulighet til å evaluere effekt av behandling. Dette vil være en stor fordel for videre planlegging og evaluering av feltet.

Rapporten viser at det foreløpig er en viss uklarhet og ulikhet i gjennomføringen av de endrede reglene for henvisning til behandling for rusmiddelproblemer. Dette vil muligens "gå seg til" etter hvert. Det kan imidlertid også utvikle seg ulikheter som kan få følger for pasientenes tilgang til behandling dersom enkelte utredningsenheter praktiserer kriteriene for behandlingsbehov strengere enn andre. I hvilken grad forholdene ligger til rette for at instansene som skal vurdere behandlingsbehovet utøver lik praksis, er eksempelvis ett forhold som det vil være relevant å se nærmere på. Hvorvidt instansene faktisk blir brukt er ett annet. Hvorvidt de nye reglene vil medføre flere henvendelser på sikt vil bare kunne vurderes dersom det etableres sammenlignbare rutiner med registrering av henvendelsene.

Rusreformen har flere målsetninger, og Stortinget har bedt om en evaluering innen tre virkeår. Selv om noe data finnes, vil mangelfulle, ikke-offentlige eller ikke-eksisterende data kunne vanskeliggjøre en slik evaluering. En god og grundig evaluering forutsetter gode data. Prioritering av bedret datatilgjengelighet og –kvalitet vil derfor være nødvendig i tida framover.

English summary

This report gives an account of a study of the restructured organization and funding of alcohol and drug abuse treatment after responsibility for their provision was transferred from the county authorities to five Regional Health Authorities (RHF), on January 1, 2004. The report does not evaluate the reform, but it does present key data that subsequent evaluations may find useful.

A review of the assembled data show certain regional differences in approach to the organization of the 32 public and 42 private treatment centres covered by the reform. Only *Helse Midt-Norge RHF* (the Central Norway Regional Health Authority) has set up a dedicated Health Authority (HF) for alcohol and drug abuse treatment. The other four incorporate the services under the local Health Authorities covering somatic and psychiatric specialised health services. Relevant documents show that certain Regional Health Authorities that *opposed* to set up a dedicated Health Authority for alcohol and drug abuse treatment used the same arguments that the Central Norway Regional Health Authority used *in favour* of it.

The county authorities had basically two types of contracts with private treatment centres: 1) a purchase agreement for a specified number of places, and 2) an operating grant agreement. The reform means that the Regional Health Authorities have taken over the role of the county authorities regarding these contracts, though they are not necessarily consistent regarding contract extensions and/ or renewals. For instance, *Helse Øst RHF* (Eastern Norway Regional Health Authority) has terminated all current contracts with private treatment centres, and invited tenders for the same standard and volume of services. This has been debated because the Minister of Trade and Industry had temporarily given an exception to this area from procurement regulations for public entities.

A total of NOK 1.423 billion was allocated to the Regional Health Authorities for alcohol and drug treatment in 2004. The allocation formula gave NOK 417 per capita for *Helse Øst RHF* and NOK 182 for *Helse Midt-Norge*. Our estimates show that had the formula recommended by the Hagen Commission been adopted, allocations would have looked quite different, with *Helse Øst* and *Helse Sør* (Southern Norway Regional Health Authority) conceding funds to the other regions. The money

channelled to the Regional Health Authorities as a consequence of the alcohol and drug treatment reform is not ring-fenced, though apart from minor exceptions, the Regional Health Authorities have redeployed corresponding sums to the treatment centres. *Helse Vest* (Western Norway Regional Health Authority) however, has not made the use of these transfers publicly available. It is worth noting that accounting procedures and uncertainty about the precise nature of the documentation Health Authorities need to submit will probably make it difficult to determine whether the money is spent on alcohol and drug treatment. The manner in which expenses for 2002 and 2003 were recorded by the Regional Health Authorities is insufficient.

Referral procedures for treatment were also affected by the reform. In addition to the social services, the health services now have referral powers. It was anticipated that the reform would result in a rise in referrals. We have been in contact with a number of treatment centres included in the alcohol and drug treatment reform, as well as private treatment centres without a contract with the Regional Health Authorities. Although they offer slightly disparate accounts, there appears to have been a general rise in referrals to the first category, and a drop to the latter.

The reform also affected the incorporation of Norway's seven resource centres in the field of alcohol and drug problems. They are at a transitional stage, their organizational affiliation and funding are expected to be clarified in 2005.

Referanser

Aftenposten (25.04.04): *Rusreform gir lengre ventetid.*

Fagrådet innen rusfeltet i Norge (2004a): *Helse Øst sin konkurranseutsetting en varm potet for Helseministeren?*

<http://www.rusfeltet.no/Default.aspx?tabid=62&mid=518&def=news%20article%20view&itemid=3382>.

Fagrådet innen rusfeltet i Norge (2004b): *Helsedepartementets juridiske vurdering foreligger.*

<http://www.rusfeltet.no/Default.aspx?tabid=62&mid=518&def=news%20article%20view&itemid=3521>.

Folket (19.02.04): *Antall henvisninger øker etter at legene kom på banen.*

<http://www.folket.no/>.

Gabrielsen, A. (2004): *Svar på skriftlig spørsmål fra Magnbild Meltveit Kleppa. Dok 15 spm. 819 (2003-2004).*

<http://epos.stortinget.no/database/epos/spmliste.stm?sakid=29993&vismeny=>.

Helse Midt-Norge (2004): *Sak 41/ 04. Orienteringssak. Rusreformen - status for prosjektet. Statlig overføring av fylkeskommunalt ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere pr 1 mai 2004.*

Helse Midt-Norge RHF (2003a): *Prosjektplan, Statlig overtakelse av fylkeskommunenes ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere.*

Helse Midt-Norge RHF (2003b): *Protokoll fra styremøte 5. november 2003.*

Helse Midt-Norge RHF (2003c): *Sak 69/03, Organisering av Helse Midt-Norges behandlingstiltak innenfor rusfeltet.*

Helse Midt-Norge RHF (2004a): *Henvisningsrutiner for Helse Midt-Norge.*

Helse Midt-Norge RHF (2004b): *Protokoll fra styremøte 17. februar 2004.*

Helse Midt-Norge RHF (2004c): *Protokoll fra styremøte 19. januar 2004.*

<http://www.helse-midt.no/2004/19403/>.

Helse Midt-Norge RHF (2004d): *Sak 63/04. Økonomirapportering pr 30.06.2004.*

Helse Nord RHF (2003a): *Protokoll fra styremøte 28. august 2003.*

Helse Nord RHF (2003b): *Rusreformen, Rapport fra arbeidsgruppe, juni 2003.*

Helse Nord RHF (2003c): *Sak 85-2003. Rusreform I og II.*

Helse Nord RHF (2004a): *Protokoll fra styremøte 12. februar 2004.*

Helse Nord RHF (2004b): *Protokoll fra styremøte 24. juni 2004.*

Helse Nord RHF (2004c): *Sak 04-2004, Budsjett 2004.*

Helse Nord RHF (2004d): *Sak 49-2004/ 4 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Helse Nord - Nytt senter.*

Helse Nord RHF (2004e): *Styringsdokument 2004.*

Helse Sør RHF (2003a): *Protokoll fra styremøte 22. desember 2004.*

Helse Sør RHF (2003b): *Sak 115/2003, Rusreformene, overføring av rusinstitusjoner til statlig eierskap ved Helse Sør RHF.*

Helse Sør RHF (2004a): *Budsjett og utfordringsbilde 2004-2005.*

Helse Sør RHF (2004b): *Forslag til styringsdokument for helseforetakene 2004.*

Helse Sør RHF (2004c): *Henvisningsrutiner for Helse Sør.*

Helse Sør RHF (2004d): *Hørings svar - sammendrag. Strategisk handlingsprogram for spesialisthelsetjeneste rus.*

Helse Sør RHF (2004e): *Protokoll fra styremøte 22. juni 2004.*

Helse Sør RHF (2004f): *Sak 62/2004, Strategis handlingsprogram for spesialisthelsetjeneste Rus.*

Helse Sør RHF (2004g): *Sak 63/2004, Prosjektskisse for vurdering av organisering av psykisk helsevern, rus- og avhengighetsbehandling.*

Helse Sør RHF (2004h): *Strategisk handlingsprogram for spesialisthelsetjeneste rus i Helse Sør.*

Helse Sør-Norge (2004): *Sak 60/ 2004, Tertialrapportering 1. tertial 2004.*

Helse Vest RHF (2003a): *Protokoll fra styremøte 2. desember 2003.*

Helse Vest RHF (2003b): *Protokoll fra styremøte 5. november 2003.*

Helse Vest RHF (2003c): *Sak 104/03 B, Rusreform I og II.*

Helse Vest RHF (2004a): *Henvisningsrutiner for Helse Vest.*

Helse Vest RHF (2004b): *Notat, Budsjett 2004, Rusvern.*

Helse Vest RHF (2004c): *Sak 060/04 B, Økonomirapportering pr. 30. juni 2004.*

Helse Vest RHF (2004d): *Sak 066/04, Revisjon av avtaler med private ideelle og rusverninstusjoner.*

Helse Øst RHF (2003a): *Prosjekt 2003, delprosjekt 15, rusreformen, Strategisk plan for utvikling av behandlingstilbudene til rusmiddelavhengige i Helse Øst, beringsrapport januar 2004.*

Helse Øst RHF (2003b): *Sak 117-2003, Rusreformen, innpassing av rusfeltet i helseforetaksstrukturen i Helse-Øst.*

Helse Øst RHF (2004a): *Henvisningsrutiner for Helse Øst.*

Helse Øst RHF (2004b): *Konkurransgrunnlag 2004. Konkurrans med forhandling for anskaffelse av behandlingstilbud til rusmiddelavhengige.*

Helse Øst RHF (2004c): *Orienteringssak, styremøte 23. juni 2004. Forholdet til private aktører.*

Helse Øst RHF (2004d): *Protokoll fra styremøte 11. februar 2004.*

Helse Øst RHF (2004e): *Protokoll fra styremøte 23. juni 2004.*

Helse Øst RHF (2004f): *Sak 051-2004, Revidert nasjonalbudsjett 2004/ St. prp. nr 63 (2003-2004). Konsekvenser for Helse Øst.*

Helse Øst RHF (2004g): *Sak 070-2004, St. prp. nr 63 (2003-2004). Fordeling av tilleggsbevilgninger.*

Helse Øst RHF (2004h): *Tjenester, konkurranse med forhandling. Kjøp av behandlingstilbud til rusmiddelavhengige. Norsk lysningsblad referanse 2004-11354. <http://doffin.norsk.lysningsblad.no/hentkunngj.aspx?id=74715>.*

Helsedepartementet (24.08.04): *Unntak fra kravet om offentlige anskaffelser ved konkurranse. Brev til Fagrådet innen rusfeltet i Norge.*

Helsedepartementet (2003): *Styringsdokument 2004, vedlegg 1, rapporterings skjema.*

Helsedepartementet (2004): *Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier.*

Helsedepartementet & Sosialdepartementet (2003): *Rusreformen. Nyhetsbrev til sosialtjenesten i kommunene, kommunehelsetjenesten og fastlegene. Desember 2003.*

Hordaland fylkeskommune (2002): *Kontrakt mellom Hordaland fylkeskommune (som Oppdragsgiver) og Askøy behandlingssenter (som Oppdragstaker).*

Hordaland fylkeskommune (2003a): *Kontrakt mellom Hordaland fylkeskommune (som Oppdragsgiver) og Kalfarkollektivet (som Oppdragstaker).*

Hordaland fylkeskommune (2003b): *Kontrakt mellom Hordaland fylkeskommune (som Oppdragsgiver) og Stiftelsen bergensklinikkene (som Oppdragstaker).*

Kleppa, M. M. (2004): *Skriftlig spørsmål til helse- og omsorgsministeren. Dok 15 spm. 819 (2003-2004). <http://epos.stortinget.no/database/epos/spmliste.stm?sakid=29993&vismeny=>.*

Melberg, H. O. & Ø. O. Alver (2003): *Rus og psykiatri i inntektssystemet for kommunene*, Oslo, Statens institutt for rusmiddelforskning.

NOU (2003:1): *Bebovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

Nærings- og handelsdepartementet (2004): *Pressemelding nr. 04/04. Kjøp av belse- og sosialtjenester fra ideelle organisasjoner*.
<http://odin.dep.no/nhd/norsk/aktuelt/presse/024081-070047/dok-bn.html>.

Ot.prp. nr. 3 (2002-2003): *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere)*.

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003): *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)*.

Pedersen, Kalseth & Hagen (2002): *Forslag til kostnadsnøkkel for det psykiske helsevernet*, SINTEF Unimed.

Rogaland fylkeskommune (1987a): *Avtale om drift av privat alkoholistinstitusjon mellom Rogaland fylkeskommune (beretter kalt fylkeskommunen) og Blå kors Stavanger krets (beretter kalt eieren)*.

Rogaland fylkeskommune (1987b): *Avtale om drift av privat alkoholistinstitusjon mellom Rogaland fylkeskommune (beretter kalt fylkeskommunen) og Haugaland Krets av Blå kors i Haugesund (beretter kalt eieren)*.

Rogaland fylkeskommune (1999a): *Avtale om drift av Duedalen rehabiliteringssenter*.

Rogaland fylkeskommune (1999b): *Avtale om drift av Rogaland A-senter*.

Rogaland fylkeskommune (2001): *Avtale mellom Rogaland fylkeskommune og Frelsesarmeens sosialtjeneste om behandlingstilbud ved Frelsesarmeen bo- og behandlingssenter Rogaland*.

SIRUS tiltakskatalog (2003): *Rustiltak.no. Landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelmisbrukere 2003*.

SIRUS tiltakskatalog (2004): *Rustiltak.no. Landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelmisbrukere 2004*.

Sosial- og helsedirektoratet (2004a): *Tilskudd 2004 til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, statsbudsjettets kap 621 post 63.*

Sosial- og helsedirektoratet (2004b): *Utredning av fremtidige funksjoner og organisering av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, Oslo.*

Sosialdepartementet (2003): *Rundskriv U-2/2003. Lov om sosiale tenester m.v. Sats for fylkeskommunen sin rett til refusjon ved opphold i institusjonar for rusmiddelmissbrukarar.*

SSB (2003): *Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak. 2003. Oppslagsbeite til hjelp ved filuttrekk, Oslo.*

St.meld. nr. 69 (1991-1992): *Tiltak for rusmiddelmissbrukere.*

St.prp. nr. 1 (2003-2004a): *For budsjetterminen 2004, Utgiftskapittel: 500-587, 2412, inntektskapittel: 3500-3587, 5312, 5316, 5327, 5615-5616.*

St.prp. nr. 1 (2003-2004b): *Tillegg nr. 6.*

St.prp. nr. 1 (2004-2005): *For budsjetterminen 2005. Utgiftskapitler: 700-761 og 2711-2790. Inntektskapitler: 3700-3751, 5577 og 5578.*

St.prp. nr. 63 (2003-2004): *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2004.*

St.prp. nr. 64 (2003-2004): *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2005 (kommuneproposisjonen).*

SIRUS rapporter

Følgende rapporter er utkommet i denne serien:

- 1/2001. Horverak, Øyvind, Sturla Nordlund og Ingeborg Rossow: *Om sentrale deler av norske alkoholpolitikk*. 48 s. Oslo 2001.
- 2/2001. Axelsen, Niels Kristian: *Skjenking i grenseland. Strategier, tiltak og lovgivning mot økonomisk kriminalitet i skjenkesteder i de nordiske land*. 119 s. Oslo 2001.
- 3/2001. Watten, Reidulf og Helge Waal: *Avrusing: Fra vilje til medisin. Avrusingstradisjonene i Norge belyst gjennom en forundersøkelse av ultrarask opioidavrusing (UROD)*. 62 s. Oslo 2001.
- 4/2001. Lund, Ingeborg: *Fra monopol til konkurranse. Restaurantbransjen og alkoholleverandørene etter EØS-avtalen*. 81 s. Oslo 2001.
- 1/2002. Ugland, Trygve: *Policy Re-Categorization and Integration. Europeanization of Nordic Alcohol Control Policies*. (Publisert i samarbeid med ARENA. ARENA-report No 3/2002) 254 s. Oslo 2002.
- 2/2002 Horverak, Øyvind: *Selvetjente vinmonopolutsalg. En evaluering*. 85 s. Oslo 2002
- 3/2002 Hauge, Ragnar og Reidun Johanne B. L. Lohiniva: *Bevillingssystemet som alkoholpolitisk virkemiddel. En evaluering av endringene i alkoholloven i 1997*. 165 s. Oslo 2002.
- 4/2002 Johansen, Nicolay B.: *Tillit og svik i narkomiljøet*. 208 s. Oslo 2002.
- 1/2003 Berg, Elin: *Sambandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere*. 116 s. Oslo 2003.
- 2/2003 Lund, Ingeborg & Sturla Nordlund: *Pengespill og pengespillproblemer i Norge*. 128 s. Oslo 2003.

- 3/2003 Melberg, Hans Olav & Øyvind Omholt Alver: *Rus og psykiatri i inntektsystemet for kommunene*. 94 s. Oslo 2003.
- 4/2003 Melberg, Hans Olav, Grethe Lauritzen & Edle Ravndal: *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. 163 s. Oslo 2003.
- 5/2003 Skretting, Astrid & Elin K. Bye: *Bruk av rusmidler blant norske 15-16 åringer. Resultater fra den norske delen av de europeiske skoleundersøkelsene - ESPAD, 1995, 1999, 2003*. 62 s. Oslo 2003.
- 1/2004 Holth, Per & Elin K. Bye: *Evaluering av Ansvarlig Vertskap i Bergen 2000-2003*, 82 s. Oslo 2004.
- 2/2004 Alver, Øyvind Omholt, Anne Line Bretteville-Jensen & Oddvar Kaarbø: *Rusreformen – Noen grunnlagsdata om organisering og finansiering*, 62 s. Oslo 2004.

Rapportene kan bestilles fra instituttet.