

Rusbehandling - evig særomsorg

Det er grunn til å spørre hvorfor det meningsløse og brukerfiendtlige skillet mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres.

TEKST

Halvor Kjølstad

PUBLISERT 5. februar 2014

DEBATT: PSYKISK UHELSE OG RUS

Dette har vi gjort og fortsetter å gjøre selv om vi vet godt at rusproblematikerne stort sett er som folk flest, og selv om vi vet at forbindelseslinjene mellom psykisk uhelse og rusproblematikk er så tette at det bare har akademisk interesse om høna eller egget kom først.

I helsevesenet har særomsorgen for rusproblematikk en lang og begredelig historie, som hittil har kulminert med at spesialisthelsetjenesten nå opererer med psykisk helsevern (psykiatri) på den ene siden, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på den andre siden. Dette høres kanskje fint ut; det kan nesten gi inntrykk av at vi har å gjøre med klart atskilte spesialiteter som for eksempel indremedisin og kirurgi. I behandlingshverdagen er det ikke fullt så fint. Tilfeldigheter avgjør ofte om en pasient henvises til behandling innenfor TSB eller psykisk helsevern, og mange opplever å bli kasteballer mellom disse systemene. I det psykiske helsevernet sier man gjerne at pasientene må få orden på rusproblemen sine før de kan få et behandlingstilbud, og i rusfeltet sukker behandlerne tungt og vender tommelen ned fordi pasientene har så store psykiske plager.

Særomsorg med lange tradisjoner

Loven om løsgjengeri, drukkenskap og betling fra 1900 hjemlet anbringelse i tvangsarbeidshus i inntil 18 måneder (36 måneder ved gjentakelser) for alkoholisererte personer som ikke trengte å gjøre så mye annet galt enn ikke å klare å betale fyllemulktene sine. Etter noen korte fengselsopphold bar det vestover, til Opstad Tvangsarbeidshus. De som havnet på Opstad, kom gjerne tilbake; tilbakefallsprosenten var ekstremt høy. Tvangsarbeidet ble ikke avskaffet før i 1970.

På den mer humane siden ble det tidlig etablert en spesiell tradisjon i rusfeltet, preget av stor privat (les: kristelig) innsats og beskjedent offentlig engasjement. Det første

kurstedet for alkoholikere ble således etablert av Blå Kors på Eina i 1909, og i århundret som fulgte, var det de private, kristne organisasjonene som dominerte behandlingstilbudene i rusfeltet.

I 1932 kom loven om edruskapsvern og edruskapsnemnder, som ga mulighet for mer eller mindre frivillig behandling i kursted. Disse institusjonene var fortrinnsvis lokalisert i grisgrendte strøk, til dels svært langt fra hjemtraktene til pasientene. Det er et tankekor at svært mange rusbehandlingsvirksomheter fortsatt befinner seg helt andre steder enn der pasientene deres er hjemmehørende, mens nærhetsprinsippet for lengst er innført i det psykiske helsevernet. Tradisjonen med å «eksportere» mer eller mindre bryssomme rusproblematikere er altså seiglivet.

Vi fikk en viss avstigmatisering av rusproblematikk på 1950-tallet, i kjølvannet av oppdagelsen av «vidunderkuren» antabus. Klinikker for korttidsbehandling ble etablert, også i byene, og det ble mer vanlig å tenke på alkoholisme som en sykdom. Fremveksten av AA-bevegelsen var en viktig bidragsyter her, og forestillingen om alkoholisme som en progredierende og irreversibel sykdom hadde sin blomstringstid på 1960-tallet. Sykdom eller ei, særomsorgen fortsatte, også etter at Statens klinikk for narkomane så dagens lys i 1961 og vi etter hvert fikk et mer komplisert rusfelt, både når det gjelder brukergrupper, rusmidler og behandlingstiltak.

I 1991 kom loven om sosiale tjenester, som plutselig gjorde rusklienter til sosiale kasus, i og med at de måtte innom sosialtjenesten for å få henvisning til behandling i rusomsorgen. Dette passet selvsagt dårlig for mange, og særlig for folk som aldri hadde tenkt på seg selv som sosialklienter.

«I helsevesenet har særomsorgen for rusproblematikk en lang og begredelig historie»

Så skjedde det tilsynelatende store endringer; via Rusreform 1 og 2 ble en stor del av behandlingsinstitusjonene i rusfeltet i 2004 «oppgradert» til å bli en del av spesialisthelsetjenesten. Oppgraderingen foregikk imidlertid uten at det ble gjort noe med det tradisjonelle særomsorgsprinsippet. I stedet innførte man det underlige begrepet Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling og fortsatte som før, med vekt på hvor spesielle rusproblematikerne er, og med stor satsing på døgnbehandling over lang tid i institusjoner på landsbygda.

Hva nå, helseminister?

Kort oppsummert er det psykiske helsevernet sterkt preget av rusrelaterte problemer, og i rusfeltets virksomheter blomstrer de psykiske lidelsene som aldri før. Likevel har vi et splittet system hvor brukerne er kasterballe mellom instansene, og hvor tilfeldigheter langt på vei avgjør hvem som får behandlingstilbud hvor. I en del virksomheter har man tatt konsekvensen av at rusproblematikk og psykisk uhelse går hånd i hånd, og etablert

enheter for rus og psykiatri, for rusrelatert psykiatri, osv. Hvorfor videreføres det meningsløse og brukerfiendtlige skillet mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling? Er det fordi

1. det «alltid» har vært slik?
2. sterke private virksomhetseiere har gode lobbyister på Stortinget?
3. fagfolkene i rusfeltet er redde for å bli «slukt» i psykiatrien?
4. representanter for de «tunge» brukergruppene argumenterer sterkt for langtidsinstitusjonene hvor de har fått god hjelp, mens de «lette» brukergruppene (som er mye større!) er tause?
5. politikerne ikke tør ta i dette vepsebolet?

Særomsorgen har vart i over 100 år. Den nye regjeringen har markert at den vil satse både på rusfeltet og psykisk helsevern. Hva med å starte med å integrere på systemnivå det som i den praktiske virkeligheten hører sammen?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 2, 2014, side

TEKST

Halvor Kjølstad, psykologspesialist