

## Innspillmøte med paraplyorganisasjoner – Rusbehandlingsutvalget

Vi i Rådet for psykisk helse takker for muligheten til å gi innspill til hva som er viktig i fremtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling.

Det er veldokumentert at personer med psykisk lidelse kombinert med ruslidelse ikke får den hjelpen de trenger fra myndighetene.

Dette konstaterer blant annet [Riksrevisjonen](#) i februar 2025, der de konkluderer med at situasjonen er sterkt kritikkverdig. Det haster å lage god systematikk og heve kapasitet og samarbeidsmetoder til et nivå som vil gi den behandlingen vi ønsker at feltet skal tilby.

Vi vet at helsetjenestene ikke er fleksible og tilstrekkelig tilpasset for gruppen. Tilbudene er ofte fragmenterte, og det mangler koordinering mellom de ulike tjenestene. Her lener vi oss på Rusfeltets hovedorganisasjons analyse om at god rusbehandling kjennetegnes av

- Tilgjengelige tjenester
- Individuelle tilpasninger
- Kontinuitet i behandlingsforløpene

Så hva ser vi som de mest markante barrierene for å få til dette?

### Kapasitet

Lav kapasitet i døgnbehandling gjør det vanskelig å få døgninnleggelse for personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser. Denne pasientgruppen får ofte ikke døgninnleggelse før de har blitt veldig dårlige.

Vi må legge til rette for raskere innleggelse med lengre varighet som har mindre sannsynlighet for å ende i ny innleggelse kort tid etter utskrivning. I dag skrives folk ut mens de fortsatt er i en dårlig fase. Dette er svært risikabelt for videre fremgang.

Det kan ikke være slik at mennesker med ruslidelse blir avvist uten tilstrekkelig utredning. Blant annet Psykologforeningen har nylig [kritisert](#) ulike sykehus for en praksis der mennesker med rusavhengighet må ha vært rusfrie i 12 uker for å få nevropsykologisk utredning for diagnostiske formål. Tre måneders rusfrihet gjør ikke usikre data sikre. Dette kravet kan føre til at mange ikke får den hjelpen de trenger.

Psykisk helsevern *må* ha kapasitet og kompetanse til å utrede og behandle psykiske lidelser også når pasienten fortsatt bruker rusmidler. Behandlingen må heller tilpasses funksjonsnivå, risiko og motivasjon.

Somatisk er eksempelvis smertelindring et område som ofte rammes av stigmatisering og retningslinjer der livskvalitet må vike for prinsipper og moralisering. Vi mener eksempelvis at man må se på områdene knyttet til palliasjon med nye øyne og også være mer fleksible der mennesker på LAR er i behov av smertelindring. Kort sagt: selv om man har ruslidelse bør man få medisiner som lindrer.

Helsetjenesten må i større grad jobbe med “ikke-møtt” som et behandlingssignal, ikke som grunnlag for avslutning. Det betyr aktiv oppfølging etter uteblivelse, fleksible avtaler, hjemmebesøk, oppmøte uten time, transportstøtte, digital kontakt der det passer, og bedre samarbeid med kommune/NAV for å få tak i pasienten.

### **Riktig behandlingsnivå**

Generelt fører mangelen på spesialisert og samtidig behandling tidligere til at mennesker med ruslidelser blir gående med udiagnostiserte psykiske lidelser. Mange blir overlatt til kommunale tjenester, selv om tilstanden tilsier at de trenger oppfølging og behandling som bare gis i spesialisthelsetjenesten.

Det er helt sentralt at ansvaret for både behandling og oppfølging må være mer samordnet enn det er i dag, ellers pulveriseres ansvaret. Dette ser vi mange eksempler på. Alle gråsonene må fjernes og det må være klinkende klart hvem som har ansvaret for hva. Dette må ikke slippes før vi vet at noen har overtatt det.

### **Samhandling**

Behovet for sammenhengende, koordinerte helsetjenester og riktig kompetanse på dette feltet er enormt.

Det er mye å tjene på å forbedre samhandlingen mellom tjenestene. Eksempelvis trenger vi tydeligere ansvarsdeling, felles forløp mellom TSB, psykisk helsevern, kommune og NAV, forpliktende samarbeidsavtaler, bedre bruk av koordinator, kriseplan og individuell plan, og helsefellesskap som faktisk prioriterer ROP-pasienter i praksis. Behovet for sammenhengende, koordinerte helsetjenester og riktig kompetanse på dette feltet er enormt.

Det hjelper ikke at verktøyene finnes hvis de ikke tas i bruk.

Vi må også ha bedre systemer for personer med høy voldsrisiko, siden kommunen mangler både kapasitet til å følge opp personene og hjemmel til å utøve tvang. Dette er mennesker som ofte blir plassert i belastede områder eller ender som bostedsløse. Hvis du skal ha noen sjans til rehabilitering må du ha et trygt sted å bo.

### **Fleksible oppsøkende team**

Blant tjenestene som er fleksible og tilpasset behovene, finnes oppsøkende team, FACT/ACT er en av modellene som er godt tilpasset målgruppen, fordi teamene kan jobbe oppsøkende, tverrfaglig og langsiktig. Problemet er at tilbudet er for lite utbredt og har for lav kapasitet: 42 prosent av kommunene oppgir at de ikke har tilgang til FACT/ACT, og mange team har for liten kapasitet.

Vi mener derfor at vi må bygge ut FACT/ACT og andre ambulante modeller, særlig i områder uten tilbud. Teamene bør ha kapasitet til å følge opp personer som ikke møter til timer, som er bostedsløse, eller som faller ut av ordinær poliklinikk. Egenandeler, smale diagnosekriterier og for stramme inntakskrav bør revurderes, fordi slike barrierer gjør at noen faller utenfor også de oppsøkende tilbudene.

### **Menneskene i sentrum**

Vi vet mye om hva som virker i rusbehandling, men må ta oss tid til å avklare hvilke behandlingstilnærminger som kan virke fra person til person. Bedre brukermedvirkning og bruk av erfaringskonsulenter anbefales. Videre må pårørende få mulighet til å bli mer involvert og å kunne medvirke i behandlingen, dette er et savn i dag.

Noen må bygge seg et helt nytt miljø når de kommer ut av rusavhengighet og har kanskje også mye reparasjonsarbeid foran seg i nettverkene sine. Det å hjelpe til med sosial- og helsefaglig bistand i tillegg til erfaringskunnskap må ses som en investering og ikke en utgift.