

Høringsinnspill fra FFHR - Foreningen for helhetlig ruspolitikk

Til: Rusbehandlingsutvalget

Dato: 11.12.2025

Innledning - hvem vi er, og hva vi ser

FFHR vil først få uttrykke vår takknemlighet for muligheten til å gi innspill til dette viktige utvalgsarbeidet. Det betyr mye for oss som står tett på feltet — som organisasjon, som tidligere pasienter, som pårørende og som fagpersoner — å bli invitert inn i en prosess som kan forme fremtidens behandlingstilbud.

Vi er også oppriktig **optimistiske** med tanke på hva dette utvalget kan få til. Behovet for endring er stort, og potensialet for forbedring er betydelig. Vi håper og tror at arbeidet deres vil bidra til bedre kvalitet, større treffsikkerhet og mer helhetlige tjenester for dem dette faktisk gjelder.

FFHR – Foreningen for helhetlig ruspolitikk - er en bruker- og interesseorganisasjon der mange av oss selv har vært pasienter eller pårørende, eller jobber tett på feltet. Vi samler erfaringer fra mennesker i behandling, pårørende, ansatte i tjenestene og ideelle aktører over hele landet.

På tvers av dette mangfoldet ser vi et tydelig mønster:

- For mennesker med **alvorlig og sammensatt rusavhengighet** er poliklinisk behandling sjelden tilstrekkelig alene.
- Tilgangen til **døgnbehandling**, særlig langtids døgn, er for smal og preget av trange vurderingskriterier og økonomiske innstramminger.
- Systemet rundt brukerne er **fragmentert**, uoversiktlig og skaper unødvendige brudd i behandling og oppfølging.

Dette innspillet løfter fram disse utfordringene og peker på behovet for en langt mer helhetlig, forpliktende og brukerstyrt tilnærming.

Når rusen tar overhånd - hvorfor poliklinikk ofte ikke er nok

Mange av oss i FFHR har selv vært pasienter eller står tett på mennesker i behandling. Vi vet hvordan det er når rusen tar overhånd: livet blir uforutsigbart, kaotisk og uten en grunnmur å stå på. Da holder ikke polikliniske timer.

For noen finnes det ikke et «annet liv» å gå tilbake til. Rusen har tatt så stor plass at mye må bygges opp fra bunnen av. Dette synes ikke alltid utenpå, og derfor blir mange aldri vurdert til døgnbehandling.

Når døren i praksis oppleves stengt allerede før man får forklart situasjonen sin, mister mange motet før de i det hele tatt ber om hjelp. I slike situasjoner er det døgntilbud - med tid, trygghet, fellesskap og stabilitet - som faktisk kan redde liv. Poliklinikk kan ikke bære den rollen alene.

Dette står i kontrast til hvordan tall og forskning ofte tolkes i systemet. Forskningen viser at poliklinikk fungerer «for de fleste», men denne gruppen inkluderer sjelden mennesker med de mest komplekse utfordringene.

I tillegg møter vi ofte mennesker som ikke engang ber om hjelp lenger. Det finnes en tydelig opplevelse der ute av at man uansett ikke får den hjelpen man faktisk trenger. Mange har prøvd før, blitt avvist, eller blitt vurdert som "ikke behandlingsklare" - og gir opp før de får startet.

Straffegebyrer for ikke å møte til polikliniske timer forsterker dette ytterligere. For personer i ustabil rus, uten struktur eller støtte, er dette ikke bare urealistisk - det er direkte avskrekkende. Og det virker mot hele intensjonen med behandlingstilbudet.

Samtidig er ventetiden i TSB ofte en illusjon. Selv når man blir vurdert til døgntilbud, forventes det i praksis at pasienten skal møte poliklinisk mens man "venter på plass". Klarer man ikke dette - mister man plassen. Mange faller dermed ut av systemet lenge før døgntilbudet i det hele tatt blir tilgjengelig.

Vi kjenner oss derfor ikke igjen i den brede forskningskonklusjonen. Etter flere hundre menneskemøter ser vi at det bare er et fåtall som blir rusfrie gjennom poliklinikk alene. Det skjer, men det er unntaket - ikke regelen. til hvordan tall og forskning ofte tolkes i systemet. Forskningen viser at poliklinikk fungerer «for de fleste», men denne gruppen inkluderer sjelden mennesker med de mest komplekse utfordringene. Vi kjenner oss ikke igjen i den brede forskningskonklusjonen. Etter flere hundre menneskemøter ser vi at det bare er et fåtall som blir rusfrie gjennom poliklinikk alene. Det skjer, men det er unntaket - ikke regelen.

Nåløyet for døgntilbud - når systemet stenger ute dem med størst behov

Tilgangen til døgntilbud er i dag sterkt begrenset, ikke fordi behovet mangler, men fordi systemet som skal vurdere behov skaper et kunstig og feilaktig inntrykk av at døgntilbud ikke trengs. Når vurderingsenhetene i helseforetakene alene avgjør hvem som «nyttiggjør seg» døgntilbud, oppstår flere alvorlige konsekvenser:

- Færre vurderes som kvalifiserte, ofte basert på kriterier som ikke gjenspeiler faktisk behandlingsbehov.
- Døgntilbud plasser står tomme, samtidig som brukere med store behov ikke slippes inn.

- Ideelle institusjoner mister plasser, kompetanse og bærekraft, ikke på grunn av lav etterspørsel, men på grunn av et vurderingssystem som filtrerer bort dem som trenger hjelpen mest.

Dette gir et fordreid bilde av situasjonen. Det kan se ut som at døgnplasser ikke trengs, mens sannheten er at systemet selv skaper barrierene som gjør at brukerne ikke får tilgang.

Kartlegging døgn som feilslått hinder - ikke inngangsport

Kartlegging døgn i TSB beskriver eksplisitt at døgnkartlegging skal benyttes når:

- behovet er uklart, eller
- kartlegging ikke kan gjøres poliklinisk.

Likevel brukes kartleggingsverktøyet i praksis som en mekanisme for avslag. Kriteriene som ofte trekkes frem som grunnlag for å nekte døgnbehandling er blant annet:

- manglende døgnrytme
- utfordringer med hygiene
- svak sosial fungering
- vansker med å åpne opp om livet på kort tid

Dette er en grunnleggende systemsvikt. For dette er nettopp **kjennetegn på mennesker som trenger døgnbehandling**. Å kreve stabilitet, sosial mestring og bearbeidingssevne før man får tilgang til døgnopphold, strider fundamentalt mot hensikten med døgninstitusjoner.

Døgnbehandling handler ofte om habilitering, ikke rehabilitering

For mange av dem som søker hjelp, finnes det ikke en tidligere fungerende tilstand å vende tilbake til. Det er ikke rehabilitering - det er habilitering: å lære grunnleggende ferdigheter som struktur, døgnrytme, selvomsorg og sosialt samspill for første gang.

Dette er kompetanseområder ideelle institusjoner med lange tradisjoner og robuste behandlingsmiljøer er spesielt gode på. Når systemet hindrer disse institusjonene i å ta imot pasienter som faktisk trenger dem, mister vi ikke bare behandlingsskapasitet, men også livsviktig kompetanse og muligheten til å gi mennesker et reelt vendepunkt.

Summen av dette er en systematisk ekskludering av dem med størst behov

Når vurderingssystemet, kartleggingspraksis og økonomiske rammer virker sammen, får vi et system som systematisk stenger ute dem som har de mest komplekse utfordringene og det største behovet for døgnbehandling. Dette svekker hele TSB-feltet

og strider mot intensjonen bak spesialisthelsetjenesten: at behandlingsnivå skal styres etter behov, ikke etter økonomi, kapasitet eller feilslåtte vurderingskriterier.

Økonomiske innstramminger og vridning mot poliklinikk

Helseforetakene står nå i krevende budsjetttrunder for 2026, der økonomiske innstramminger preger beslutningene på alle nivåer. Dette innebærer blant annet:

- betydelige nedtrekk i budsjettene
- færre behandlere og redusert fagmiljøstabilitet
- færre døgnplasser, inkludert langtidsplasser
- endrede vaktordninger og redusert bemanning i kritiske perioder

Samtidig forventes det at rusfeltet skal **øke kapasiteten**, håndtere mer komplekse behov og tilby mer **differensiert behandling**. Dette er et grunnleggende systemisk paradoks: Man forventer bedre og bredere tjenester samtidig som man reduserer forutsetningene for å levere dem.

Innstrammingene rammer Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hardest. Konsekvensene er tydelige og alvorlige:

- **kortere behandlingsopphold**, ofte til det punktet hvor stabilisering knapt er mulig
- **mindre tid til de mest krevende brukerne**, som nettopp trenger langsom, relasjonsbasert behandling
- **svekket faglig kontinuitet**, når ansatte forsvinner og miljøene tappes for kompetanse
- **økt press mot poliklinikk som standardløsning**, selv når behovet tilsier døgn

Dette skjer til tross for at mange av dem med komplekse behov trenger nettopp tid, trygghet og kontinuitet. Den typen stabilitet som døgnbehandling gir, kan ikke erstattes av korte polikliniske møter, uansett hvor dedikert behandlerne er.

De økonomiske kuttene forsterker dermed en allerede utfordrende situasjon, der systemet i praksis styres mer av budsjetttrammer enn av reelle behov. Dette skaper en utvikling som er faglig uholdbar og et brudd med intensjonen i TSB: å møte mennesker på riktig nivå, til riktig tid, med riktig behandling.

En falitterklæring - og behov for ny begrepsbruk

FFHR vil stille spørsmål ved dagens begrepsbruk. Når systemet omtaler mennesker som «svingdørspasienter» eller vurderer hvem som kan «nyttiggjøre seg behandling», legges ansvaret på individet - ikke på systemet.

Vi mener begrepet *nyttiggjøre seg av behandling* bør fjernes. Dette handler ikke om vilje eller evne. Det handler om livssituasjon, traumer, ustabilitet og funksjonstap - og om et system som ikke møter behovene med riktig nivå av hjelp.

Kvalitet må forstås som tjenestens evne til å møte brukerens behov - ikke som ytre indikatorer som beleggsprosent, økonomiske mål eller materielle vurderinger. Et moderne system for resultatmåling må avdekke om behandlingstilbudet faktisk treffer behovet.

Pårørendeperspektivet – en skjult belastning

Dagens fragmenterte system gjør oppfølgingen uoversiktlig ikke bare for brukere, men også for pårørende. Mange pårørende forsøker å holde sammen hverdagen mens tjenestene ikke snakker sammen. Når behandlingsforløp brytes eller pasienten faller mellom flere stoler, er det ofte familien som må forsøke å hindre at alt rakner.

Et mer helhetlig system vil være en avlastning for pårørende og en nødvendighet for å sikre kontinuitet og trygghet.

FFHRs forslag: Et universelt digitalt system for helhetlig oppfølging

Systemet rundt brukere må følge mennesket - ikke tjenestestrukturen.

FFHR foreslår å utvikle et **nasjonalt, universelt system for oppfølging**, som videreutvikler dagens individuelle plan (IP) og sikrer:

- sømløse overganger mellom nivåer og tjenester
- reell brukermedvirkning
- bedre kvalitetssikring og resultatmåling
- tydeligere ansvarsdeling
- avlastning for pårørende
- styrket pasientsikkerhet og mindre variasjon mellom kommuner og helseforetak

Dette innebærer tre hovedelementer:

8.1. Et evaluerings- og kvalitetssystem som speiler reelle behov

Dagens resultatmålinger i rusbehandling klarer ikke å fange kompleksiteten i pasientenes situasjon. Vi trenger et system som:

- registrerer *progresjon* framfor «gjennomføring»
- måler *behandlingskvalitet* gjennom brukererfaringer, ikke bare administrative indikatorer
- identifiserer hvor i behandlingsløpet samhandlingen svikter
- dokumenterer om pasienten faktisk mottar behandling på riktig nivå
- tydeliggjør hvilke tjenester som leverer kvalitet – og hvilke som ikke gjør det

Et slikt system vil gi kommuner, helseforetak og pårørende en felles oversikt, og synliggjøre om ressursene brukes på en måte som gir faktisk verdi for brukeren.

Et universelt planverktøy - en modernisert individuell plan (IP)

Vi foreslår et digitalt planverktøy som:

- følger brukeren gjennom hele behandlings- og rehabiliteringsløpet
- er tilgjengelig for både bruker, pårørende (med samtykke) og relevante tjenester
- gjør det mulig for bruker å gi tilbakemeldinger og oppdatere deler av planen selv
- reduserer variasjon mellom kommuner og helseforetak
- gir oversikt over ansvar, avtaler, oppfølging og fremdrift

Dette planverktøyet legger til rette for at *planen følger mennesket*, og ikke forsvinner ved overgang mellom tjenester.

Sømløse overganger og helhetlig oppfølging

Et digitalt system må sikre at overganger mellom:

- poliklinikk
- døgnbehandling
- kommune
- NAV
- somatiske tjenester
- psykiske helsetjenester
- kriminalomsorgen

... skjer uten brudd i oppfølgingen. Slik unngår vi drop-out, tap av motivasjon og risiko for tilbakefall.

Et helhetlig system reduserer samtidig presset på pårørende, som i dag ofte fungerer som bindeleddet mellom tjenester.

Kritisk blikk på tall, forskning og behovsvurdering

FFHR ber utvalget om å møte dagens tallgrunnlag og forskning med et kritisk blikk. Det er et tydelig sprik mellom hva forskningen ofte konkluderer med – at poliklinikk fungerer for «de fleste» - og det som meldes fra brukere, pasienter, pårørende, ansatte i tjenestene og bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Når så mange med ulik bakgrunn rapporterer erfaringer som ikke stemmer med forskningen, må spørsmålet stilles:

Hvorfor samsvarer ikke tallene med virkeligheten i feltet?

Dette henger ikke på greip, og utvalget bør ta denne diskrepansen på største alvor.

Vi ber også utvalget stille spørsmål ved hvorfor dagens behovsbilder ikke gjenspeiles i belegget hos ideelle døgninstitusjoner. Når erfarne og høykompetente behandlingstilbud står med ledige plasser samtidig som mennesker med store behov ikke får innvilget døgnbehandling, skyldes ikke dette manglende etterspørsel - men et vurderingssystem som filtrerer bort dem med størst behov.

Dette er en alvorlig feil i systemet, og en trussel mot kvalitet, mangfold og bærekraft i TSB.

Våre hovedanbefalinger til utvalget

FFHR ber utvalget om å vurdere følgende tiltak som nødvendige for å sikre et helhetlig og inkluderende behandlingstilbud:

1. Avvikle begrepet «nyttiggjøre seg av behandling»

Det er faglig utdatert og skaper urettmessige avslag.

2. Sikre reell tilgang til døgnbehandling – særlig for dem med sammensatte behov

Ingen skal falle ut før behandlingen starter.

3. Gjenopprette og styrke langtids døgnbehandling som behandlingsform

Langsiktighet redder liv, stabiliserer pasienter og reduserer tilbakefall.

4. Innføre et nasjonalt digitalt oppfølgingsystem basert på brukerstyring og helhet

Planer skal følge personen, ikke tjenestene.

5. Sikre at ideelle aktører får forutsigbare rammer og reell tilgang til pasienter

Deres kompetanse må tas vare på, ikke svekkes.

6. Gjennomgå forskningsgrunlaget med kritisk blikk

Tall som ikke speiler virkeligheten må utfordres.

7. Fjerne straffegebyrer og praksiser som skyver de svakeste ut av behandling

Ingen blir friskere av økonomisk press.

8. Styrke pårørende som ressurs – og avlaste dem som systembærere

Pårørendebelastningen må anerkjennes og adresseres.

Avslutning

Mennesker med rusavhengighet har rett til behandling som faktisk møter behovene deres - ikke et system som indirekte ekskluderer dem med størst utfordringer.

Døgnbehandling redder liv. Helhetlige systemer skaper muligheter. Og ingen skal miste sjansen til et bedre liv fordi vurderingskriterier, økonomi eller fragmenterte tjenester står i veien.

FFHR står klare til å bidra videre i arbeidet, og vi håper våre erfaringer og forslag kan være til nytte for utvalgets videre vurderinger.

Med vennlig hilsen

Henrik Larsen, på vegne av FFHR - Foreningen for helhetlig ruspolitikk
Våre medlemmer, støttemedlemmer, frivillige, ansatte - og ikke minst:
brukere og pårørende, som dette faktisk gjelder.