

1. Ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og TSB

Utfordringsbilde

Dagens ansvarsfordeling fremstår ofte uklar, særlig i overgangsfasene: Hvem har ansvar før innleggelse, under ventetiden, og i ettervern.

Anbefalinger

- Tydeliggjør basistjenester på hvert nivå. Kommunene bør ha ansvar for lavterskel rusoppfølging, tidlig intervensjon, ettervern og boligsosialt arbeid. TSB bør ha ansvar for spesialisert utredning, akutfunksjoner, avrusning, døgntilrettelagt behandling og komplekse samtidige lidelser.
- Definer «gråsoner» eksplisitt. Pasienter med milde til moderate rusproblemer uten kompliserende faktorer kan ofte følges opp kommunalt med veiledning fra TSB. Klare kriterier for henvisning og tilbakeføring må etableres.
- Flytt oppgaver etter kompetanse, ikke tradisjon. LAR-oppfølging av stabile pasienter kan overføres til kommunen dersom kompetanse sikres. Dette frigjør kapasitet i TSB til mer spesialiserte oppgaver.
- Normaliseringsprinsippet. Rusbehandling bør følge samme logikk som annen helsehjelp: fastlege som koordinerende instans, spesialist ved behov, tilbakeføring til primærhelsetjenesten ved stabilisering.
- Ahus har etablert helsefellesskap, hvor alvorlig psykisk syke er en av prioriterte grupper. Helsefellesskapene skal sikre bærekraftige og sammenhengende helsetjenester. Det er usikkert hvor godt sluttbrukerne i TSB kjenner til samarbeidet, men det er gode føringer.
- Det bør komme sterkere føringer på samarbeidet mellom nivåene og hvordan man kan operasjonalisere arbeidet.
- Det kan vel også bli utfordrende at kommunene nå sannsynligvis vil få mindre ressurser til rusarbeid etter årets statsbudsjett.

2. Samhandling mellom kommune og TSB

Utfordringsbilde – erfaring fra Ahus

Kommunikasjonen mellom TSB og kommunene i vårt opptaksområde er fragmentert og tidkrevende. Vi bruker ulike journalsystemer uten integrasjon. Informasjonsutveksling skjer ofte per telefon, faks eller brevpost, med tilhørende forsinkelser og risiko for feil. Dette rammer særlig pasienter i overgangsfaser.

Anbefalinger

- Felles digital kommunikasjon, Dette kan være:
 - En nasjonal samhandlingsplattform
 - Integreerte meldingsløsninger mellom journalsystemer
 - Tilgang til felles behandlingsplaner som begge nivåer kan oppdatere i sanntid.
- Digitale overføringsmøter. Standardiser bruk av videomøter ved innleggelse og utskrivning, med deltakelse fra kommune, TSB, pasient og eventuelt pårørende. Dette sparer tid og sikrer felles forståelse.
- Forpliktende samarbeidsavtaler. Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner (jf. helse- og omsorgstjenesteloven) må konkretiseres for rusfeltet med tydelige rutiner for:
 - Varsling ved innleggelse og utskrivning
 - Felles behandlingsplanlegging
 - Ansvarsfordeling i ettervern
- Felles fagdager og gjensidig veiledning mellom TSB og kommunene
- Det mangler en felles kommunikasjonsplattform når man er flere parter på tvers av nivåer som jobber rundt samme pasient.

3. Samarbeid mellom offentlige tiltak og private aktører

Anbefalinger

- Mangfold i metodikk, faglig tilnærming og miljø er avgjørende for å møte den store variasjonen i pasientenes behandlingsbehov. Vi har derfor fremdeles stort behov for tilbud fra private ideelle.
- Når det gjelder vurdering av forlengelser av opphold hos private ideelle har HSØ vært noe uklare. Man stusser noen ganger i HFene over lengden på oppholdene. Oppdatert behovsvurdering medfører at det ikke lenger er fastsatt behandlinglengde og HFene bør vel være aktivt deltagende i disse vurderingene fremover.
- Forpliktende samhandling i avtaler. Anskaffelseskontrakter bør stille krav til:
 - Deltagelse i ansvarsgruppemøter og utskrivningsplanlegging

- Elektronisk informasjonsutveksling med henviser og kommune
- Differensierte roller. Private ideelle aktører har ofte spesialkompetanse på bestemte målgrupper (f.eks. kvinner, unge, familier). Denne spisskompetansen bør utnyttes systematisk gjennom langsiktige avtaler fremfor kortsiktige anbud.
- Forutsigbarhet for ideell sektor. Ideelle aktører bør sikres rammebetingelser som gjør det mulig å bygge opp kompetanse og stabilitet over tid. Reserverte kontrakter og lengre avtaleperioder bør vurderes.

4. Helseforetakenes rolle i anskaffelser og anbudskonkurranser

Utfordringsbilde

Dagens anbuksregime oppleves som krevende for både helseforetak og leverandører. Konkurransen på pris kan gå på bekostning av kvalitet og kontinuitet.

Anbefalinger

- Økt samordning mellom regionale helseforetak. Felles anskaffelser for like pasientgrupper gir stordriftsfordeler, reduserer administrativt arbeid og sikrer mer likeverdige tilbud på tvers av regioner.
- Kvalitet over pris. Tildelingskriterier bør vekte faglig innhold, behandlingsmetodikk, kompetanse, brukertilfredshet og samhandlingsevne tyngre enn pris.
- Lengre avtaleperioder. Avtaler på 6–8 år med mulighet for forlengelse gir leverandørene forutsigbarhet til å investere i personell og fagutvikling.
- Tydeligere funksjonsfordeling. Noen funksjoner (akutt, avrusning, komplekse samtidige lidelser) bør primært drives i helseforetakenes egen regi for å sikre nærhet til øvrige spesialisttjenester.
- Høyesterett har nylig (des. 2025) avsagt en dom om adgang til å reservere anskaffelse til å kun å gjelde private ideelle aktører. Dommen gir anledning til å reservere anbud til å gjelde private ideelle, noe man bør benytte seg av. Vår erfaring med FBV plasser tilsier at det ikke er heldig med deltagelse av private kommersielle aktører. Ideelle aktører har et verdigrunnlag og en samfunnsforankring som harmonerer med målgruppen og formålet med rusbehandlingen. Ideelle aktører bør derfor sikres en sentral rolle i fremtidige avtaler.

Oppsummering

Kjernebudskapet fra klinisk praksis ved Ahus er at samhandling og kommunikasjon er den største flaskehalsen i dagens system. Digitale løsninger for informasjonsutveksling, tydeligere ansvarsfordeling og forpliktende samarbeidsstrukturer vil gi mer sammenhengende forløp for pasientene og bedre ressursutnyttelse.