

# Innspill til rusbehandlingsutvalget fra Sarpsborg kommune

Håkon Steigum Løes

2. juni 2026



Jeg er:

Avdelingsleder i Sarpsborg kommune med ansvar i dag for bofellesskap med menn med ROP-lidelser og FACT fra kommunens side

Tidl rådgiver på rusfeltet hos Fylkesmannen i Østfold

Mange år i gatenære tiltak i Kirkens Bymisjon i Oslo

## Utfordringer med dagens organisering av rusbehandling, herunder LAR





Fort gjort å tenke for smalt: rusbehandling handler først og fremst andre forhold i livet enn spesifikke intervensjoner rettet mot avhengighet og skadelig bruk

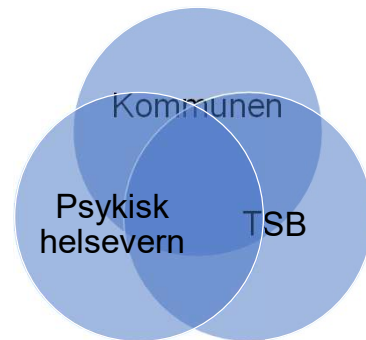
Det som er viktig for folk med rusrelaterte problemer er det samme som er viktig i andre menneskers liv: fysisk helse, psykisk helse, ernæring, søvn, et trygt sted å bo, orden på økonomi, noe meningsfylt å gå til og gå fra, ok relasjoner til betydningsfulle andre osv

De vi forsøker å gi adekvat behandling for rusmiddelavhengighet og skadelig bruk har etablert et omfattende forbruk av illegale rusmidler over år, eller enda mer langvarige alkoholproblemer. Da har de også etablert omfattende utfordringer på flere områder i livet – som krever en større tverrfaglighet enn det de i dag møter i TSB/spesialiserte tjenester i kommunen.

Rusbehandling skal i dag foregå der livet leves. Et godt prinsipp hvis det tar utgangspunkt i å gi hjelp med det pasienten trenger hjelp til – altså livsområdene jeg nettopp nevnte – men ikke alltid og for alle. Langtids døgnbehandling har tradisjonelt gitt en periode med skjerming mot rusmidler og andre triggere – samt anledning til å jobbe med livet som helhet. Dette har blitt et svært eksklusivt gode i dag. Når dette erstattes av tilbud om samtalebasert behandling

på poliklinikkens kontor blir behandlingstilbudet så smalt at det blir irrelevant for livene til mange av pasientene.

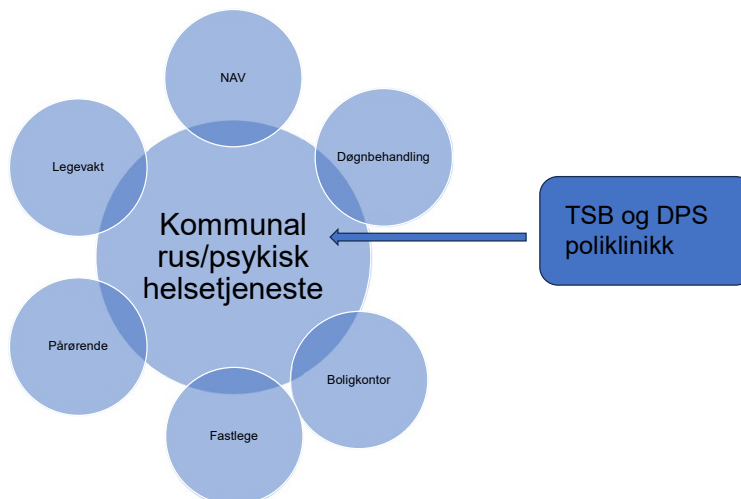
Med normaliseringsprinsippet som førende sliter jeg med å forstå bakgrunnen for den særlige posisjonen LAR har. Om LAR skal normaliseres bør behandlingsansvaret som hovedregel overføres til fastlege. I dag opprettholdes forskrivningsansvaret i TSB mye lenger enn tilfellet er for annen legemiddelbehandling som initieres av spesialisthelsetjenesten. Dette kunne hatt en begrunnelse i at TSB bedrev en helhetlig Rehabilitering. Imidlertid blir L-en i LAR blir for ofte stående alene. LAR innebærer for de fleste kun adm av legemiddel – uten andre (re)habiliterende tiltak



- Samhandlingsutfordringer genereres av organisering - lovverk, adm. systemer, finansiering osv - for nivåene i helsetjenesten og for ulike velferdstjenester. Ulike forvaltningsnivåer med ulik lokal ressurstilgang og –styring. Dette er ikke et tilleggsproblem som man kan organisere seg vekk fra lokalt, men selve kjerneutfordringen når det skal gis hjelp fra flere kanter.
- ISF styrer aktiviteten i spesialisthelsetjenesten – ikke alltid i de retningene det er behov for. Belønnes utredning og diagnostisering bedre enn samhandling, koordinering og kontinuitet så er det det man får.
- Samhandlingsutfordringer kan opptre som ansvarsfraskrivelse fordi ansvarsområdene er overlappende og partene overlater felles oppgaver til hverandre – ref de deilige gråsonene (Aarre). Til tross for – og kanskje også på grunn av - omfattende nasjonale føringer er det et stort rom for lokal fortolkning. Vi som arbeider og fortolker lokalt åpner og lukker muligheter. Akkurat nå har vi en situasjon hvor psykisk helsevern har sagt opp avtalen om FACT-samarbeid etter nesten 9 års drift – for å styre sine ressurser mot oppgaver som er utenfor de overlappende området

- ROP-retningslinjens ansvars plassering – tar Psykisk helsevern ansvaret for rusbehandling av sine rettighetspasienter?

## Fremtidig formålstjenlig oppgave- og funksjonsdeling og samhandling



- Rusbehandling må handle om det som er av betydning i livene til folk – knyttet til bolig, økonomi, aktivitet, arbeid, somatisk helse, psykisk helse, relasjonelle forhold osv. Det er umulig å se for seg at all bistand på alle disse områdene skal samles hos én instans. NAVs slogan *én dør inn* har vist seg vanskelig nok. Normaliseringsprinsippet tilsier at Legevakta er Legevakt også for personer med behov for rusbehandling, Fastlegen er allnes fastlege, Boligkontoret har ansvar for bistand med boligsosiale virkemidler til dem som har behov for det osv. Sverre Nesvåg sa en gang at samhandling er noe man for en hver pris bør unngå – hvis det ikke er nødvendig. Det er fordi det er en krevende øvelse som risikerer å forbruke uforholdsmessig mye ressurser. Derfor er det lite fornuftig med et poliklinikknivå inne Psykisk helsevern og TSB som i så stor utstrekning deler funksjoner og ansvarsområde med kommunene. Overføring av oppgaver og ressurser fra poliklinikkene til kommunene vil gjøre det langt tydeligere hvor ansvaret for koordinering av samhandling ligger, funksjoner som i stor grad overlapper hverandre samles og risiko for parallelle behandlingsløp blir redusert. De samhandlingsutfordringene som gjenstår er krevende nok.

## Innretning av tjenester som gir et mer samlet og helhetlig behandlingstilbud

- FACT fungerer som rusbehandling



Da vi etablerte FACT-Sarpsborg ble vi advart mot å inkludere for mange pasienter med personlighetsforstyrrelser. Dels ble dette begrunnet med at de ikke bør ha denne typen behandling – men gjerne CBT. Dels ble det begrunnet med at de er så krevende å jobbe med. Men vi ønsket at dette teamet skulle være til nytte for personer med behandlingsbehov relatert til rusmiddelbruk. Da følger diagnostiserte og ikke-diagnostiserte utfordringer med egen identitet, regulering av følelser og relasjoner til andre med. Dette er ikke pasientene med milde til alvorlige utfordringer – som egner seg for CBT-behandling ukentlige i ett til tre år. Dette er i stor grad det den nye veilederen for arbeid med mennesker med personlighetsproblematikk kaller “Pasienter med alvorlig personlighetsforstyrrelse, samtidige lidelser og lavt funksjonsnivå som bør tilbys koordinerte, samtidige og sammensatte tjenester i både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste. Disse har behov for **Stabilisering av livssituasjon, alliansebygging og psykososiale tiltak**

FACT fungerer som rusbehandling - fordi

- Modellen er fleksibel mht arena og arbeidstid. Et lite eksempel er

reguleringsøvelser som del av stabilisering ved PTSD. Øvelsene vi lærte av RVTS var utviklet for bruk på enerom. Aktiveringen oppstår imidlertid like gjerne i butikken. Her-og-nå-øvelsene må kunne benyttes der de trengs. Derfor ble det nyttigere for pasienten å plukke opp en pose med frosne erter fra frysedisken og kjenne at den var kald, litt stiv, at den inneholdet små runde erter, at det stod selskapsserter uten på posen – enn å skulle gjøre øvelser som krevde at vedkommende satt med begge bena i gulvet, uten sko og gjorde funny bevegelser med armene.

- Mer treffsikker bruk av døgnbehandling. Bruken av døgnbehandling har ikke blitt redusert i TSB hos oss etter etablering av FACT – men døgnene brukes med større gevinst – for pasientene, helsetjenesten og samfunnet.

FACT er en helhetlig modell – et rammeverk for å sikre en robust organisering – som beskytter mot sårbarheten som mer lokalt utviklede modeller er utsatt for ved utskifting av personer f.eks.

Andre modeller som Housing first og IPS kan bidra til mye av det samme. For at dette skal representere modeller for samlede og helhetlige tjenester ville det være til stor hjelp at sentrale myndigheter ikke definerte det som sektorielle tiltak. Da IPS gikk fra å være en behandlingsstrategi for personer med rus- og eller psykiske lidelser til å bli et tiltak i NAV ble forutsetningene for å samle de lokale ressursene rundt dette vesentlig forverret.

## Behandlingsintervensjoner som benyttes i kommunene eller ønskes benyttet

1. Strukturert vs kaos-/innfallsbasert oppfølging
  2. Spesifikke verktøy og metoder – MBT, traumestabilisering, IDDT, MI, EMDR osv
- Begge må praktiseres arenafleksibelt
  - Er integrert i FACT

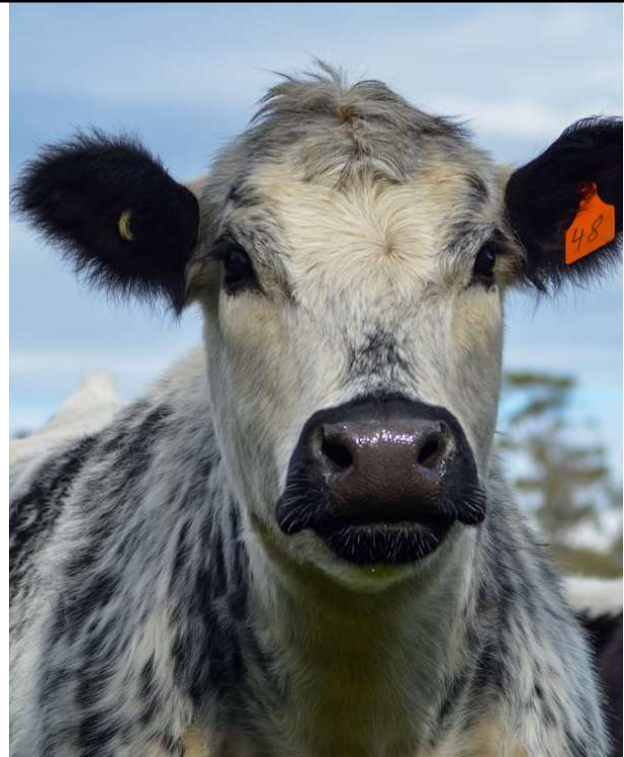


Det jeg oppfatter som effektiv rusbehandling kan deles i to hovedgrupper av intervensjoner:

Det er de spesifikke metodene som gjerne har forkortelser på tre eller fire bokstaver. Når én eller flere av disse kan bidra til funksjonelle løsninger er det strålende. Omfanget er imidlertid overveldende – og det er urealistisk å skulle ha som en komplett verktøykasse. I tillegg er de utviklet for bruk i miljøer som gjerne er mer skjermet enn der lokal rusbehandling foregår. Og indikasjonen for hva som skal benyttes når i liv som er vanskelig på flere områder er usikker. Derfor må de tilpasses i bruk, og anvendes fleksibelt når anledningen byr seg.

Den andre gruppen intervensjoner som har et bredt kunnskapsgrunnlag er casemanaging/koordinering/los-funksjon eller hva det måtte kalles. Disse pasientene opplever relativt hyppige kriser av praktisk, emosjonell, relasjonell, somatisk art osv. Disse må håndteres i et samarbeid med de instansene som har ansvar for å bistå alle – men ofte har behov for hjelp for at samhandlingen med disse pasientene skal fungere. I tillegg til krisehåndtering er det å bidra med røde tråder og koordinering det nyttigste bidraget i den lokalbaserte behandlingen.

## Økonomiske virkemidler for å understøtte ønsket faglig utvikling og samhandling



Det er 22 år siden Ansgar Gabrielsen innførte «Den gyldne regel», som Bent Høie senere gjeninnførte. Veksten i TSB og Psykisk helsevern skulle være høyere enn i somatikken. Det motsatte skjedde.

Rammeoverføringer gir rom for forutsigbarhet og planlegging av bærekraftige lokale løsninger, men også lokale prioriteringer. Øremerking må til for at ikke kommunenes ressurser skal brukes opp på kulturhus og vedlikehold av veier. Øremerking må til for at aktiviteten i spesialisthelsetjenesten skal ledes i ønsket retning. Øremerkingen bør knyttes til etablering og drift av beskrevne samhandlingsmodeller som FACT og IPS. Behov for lokale tilpasninger bør gjøres i samarbeid med NAPHA/KoRus og ikke gjennom lokale prosesser alene. Fastlegenes takster og spesialisthelsetjenestens ISF-reglement på stimulere til samhandling, kontinuitet, arenafleksibilitet mm.