

Innlegg til rusbehandlingsutvalget – Region Midt-Norge

Rus- og psykisk helsetjeneste, Steinkjer kommune, Stjørdal, 4. juni 2026

Innledning

Takk for muligheten til å komme med innspill.

Vi representerer rus- og psykisk helsetjeneste i Steinkjer kommune. Vi mener å ha god kjennskap til brukergruppen vår og utfordringsbildet. Vi driver med ambulerende oppfølging i hjemmene deres, møter de på samtaler på kontoret, eller på andre arenaer de oppholder seg.

Før vi går inn i de konkrete temaene, vil vi si noe om rammevilkårene vi jobber under.

For de aller mest sårbare i brukergruppen vår, de med de tyngste og mest sammensatte behovene, er mangel på egnet botilbud en grunnleggende utfordring. Boligene som finnes, er ofte ikke tilpasset livssituasjonen, og det får konsekvenser for all annen oppfølging.

Anstrengt kommuneøkonomi er en faktor som også har ført til reduksjon av stillinger i vår tjeneste, noe som gjør det utfordrende og sikre en helhetlig helseoppfølging med alt dette innebærer, f.eks. ernæring, tannhelse, psykisk og somatisk helse, på en forsvarlig måte.

Dette er ikke bare vår erfaring. Riksrevisjonen konkluderte i februar 2025 med sterk kritikk av myndighetene for at personer med samtidige rus- og psykiske lidelser ikke får den hjelpen de trenger og at kommunene ofte ikke klarer å skaffe egnede boliger til denne gruppen. Riksrevisjonens rapport har altså bekreftet det vi i vår tjeneste har erfart over år.

Vi ønsker å bidra konstruktivt til dette utvalgets arbeid. Vi har fire konkrete innspill.

1. TUD og tvunget psykisk helsevern – behov for tydeligere rammer

Vi ønsker å løfte frem utfordringer knyttet til brukere på TUD, tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

Her møter vi et strukturelt misforhold. Kommunen har ikke lovverk til å utøve tvang for å hindre rusinntak eller innhente brukere mot deres vilje. Dette ansvaret ligger under spesialisthelsetjenesten, men vi opplever til tider at forventningene til hva kommunen kan gjøre, ikke samsvarer med det begrensede handlingsrommet vi faktisk har. Dette kan være forventninger fra samarbeidsaktører som politi, prehospitale tjenester, pårørende og andre.

Vi etterlyser en tydeligere nasjonal avklaring av kommunens rolle og handlingsrom i disse sakene, ikke for å fraskrive oss ansvar, men for å kunne ivareta det, og tilby kvalitativt gode tjenester.

2. Rusakuttvurderinger – kan førstelinjens kunnskap benyttes bedre?

Vi opplever noen ganger utfordring knyttet til rusakuttinnleggelser. Når vi som fagpersoner ser en dårlig utvikling, med forhøyet rusinntak, mangel på søvn, ernæring, struktur og psykoseutvikling, er det ønskelig å kunne ha «direktelinje» inn til vakthavende lege på avd., uten å måtte gå via fastlege eller legevakt. Dette kan dreie seg om brukere som er i dårlig forfatning, både psykisk og fysisk og som selv ber om å bli ivaretatt for en kortere periode.

Vi ønsker ikke å overta andre tjenesters beslutningsansvar. Men vi mener det er gode grunner til å utvikle bedre rutiner for hvordan informasjon fra dem som kjenner pasienten best, kan inngå reelt i akuttvurderingene. Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus, som ble revidert i 2024, legger vekt på samhandling og vi ser et potensial for å styrke dette i praksis.

I tillegg mangler vår kommune KAD-senger, kommunale akutte døgnplasser, for denne gruppen. Riksrevisjonen peker i sin 2025-rapport på lav kapasitet i døgnbehandlingen som en av hovedårsakene til at denne gruppen ikke får adekvat hjelp. Vi opplever det samme fra kommunens side. Når en bruker er i dårlig helsemessig forfatning, men ikke kvalifiserer for innleggelse i spesialisthelsetjenesten, finnes det ingen kommunal akuttløsning å ty til. Kommunen bør også ha et tilrettelagt tilbud for personer etter overdose, jfr. Helsedirektoratets faglige retningslinjer om anbefalt observasjonstid etter overdose da erfaring viser at et fåtall ønsker innleggelse i 2.linje.

Vi mener det er behov for nasjonale føringer, og øremerkede midler, som gjør det mulig for kommuner å bygge opp et slikt tilbud.

3. Sikkerhet og samarbeid – et uavklart og eskalerende landskap

Det tredje temaet handler om sikkerhet for tjenesteutøvere og samarbeid i akutte situasjoner.

Det beskrives av våre ansatte en tydelig økning i vold, trusler om vold, og bruk av våpen eller våpenlignende gjenstander i møte med brukerne av våre tjenester. Dette er alvorlig for de ansatte, og for rekruttering og faglig bærekraft over tid.

Det er et uklart landskap for hvem som gjør hva i akutte situasjoner. Ambulanse og politi samarbeider godt seg imellom. De koordinerer og venter på hverandre. Førstelinjetjenesten, som kjenner brukerne best og kanskje kunne bidratt til å roe ned situasjonen, inviteres i liten grad inn i dette samarbeidet.

På en annen side opplever vi også tilfeller hvor eksempelvis legevakt og politi har en forventning om at vår tjeneste skal «sjekke forholdene» som er uavklarte, før politi og ambulanse ankommer stedet eller involveres. Dette er en oppgave vi opplever som utfordrende med tanke ansattes sikkerhet.

Vi etterlyser nasjonale instruksjer og tydelige veiledere for rollefordeling mellom kommunal helse, ambulanse og politi i akutte situasjoner, herunder en tydeligere avklaring av grensen mellom juss og helse.

4. Informasjonsdeling og samordning – felles brukere, adskilte systemer

Det fjerde og siste temaet er informasjonsdeling og koordinering mellom tjenester.

Vi har felles brukere med legevakt, ambulanse og politi. Vi jobber i stor grad på hver vår kant. Vi har ikke tilgang til hverandres journaler, og informasjonsutveksling er tidkrevende og sårbart, særlig når vi står midt i en situasjon som krever rask handling.

For ordens skyld: Vår kommune er ikke en del av Helseplattformen. Men sykehuset og ambulansetjenesten er det. Det betyr at vi allerede er på utsiden av det informasjonssystemet som omgir oss og det forsterker problemet ytterligere.

Vi trenger nasjonale rammer for informasjonsdeling som balanserer personvern med behovet for koordinert og trygg tjenesteyting og som tar innover seg den virkeligheten vi faktisk står i.

Oppsummering – fire innspill til utvalget

1. TUD og tvunget psykisk helsevern – behov for tydeligere rammer
2. Rusakuttvurderinger – kan førstelinjens kunnskap benyttes bedre?
3. Sikkerhet og samarbeid – et uavklart og eskalerende landskap
4. Informasjonsdeling og samordning – felles brukere, adskilte systemer

Vi er her i dag fordi vi ønsker å gjøre jobben vår bedre, og fordi vi tror godt samarbeid og tydelige rammer kan gi denne brukergruppen et mer helhetlig og verdig tilbud.

Takk for oss.

Mari Søråa Ellingsen og Hanne Våg