

Presentasjon / muntlig innlegg til Rusbehandlingsutvalget

Stor-Elvdal kommune – innspill til framtidens rus- og avhengighetsbehandling
(Omtrent 10–12 minutter fremført)



Innspill til Rusbehandlingsutvalget

Hamar 02. juni 2026

Line Larsen Amundsen
Enhetsleder i Stor-Elvdal kommune

God dag, og takk for muligheten til å komme med innspill fra Stor-Elvdal kommune. Jeg er enhetsleder for enhet helse, som inneholder tjenestene: Helsestasjon, legekontor, legevakt, fysio, ergo, dagsenter, rus- og psykisk helse og NAV.



Stor-Elvdal [kommune](#)

- Vi er ca 2 300 innbyggere
- Geografisk langstrakt kommune
- Nytt helsehusbygg som har ført til mer samlokalisering (legene og psykisk helse er i samme gang).
- Enhetslederrollen

Jeg representerer en liten distriktskommune i Innlandet med rundt 2300 innbyggere. Så når vi snakker om rus- og avhengighetsbehandling fra vårt ståsted, handler det ikke bare om fag og system – det handler også om geografi, kapasitet, relasjoner og sårbarhet.

Vi er en kommune midt imellom Elverum i sør og Tynset i nord hvor det er 1,5 time hver vei, og våre pasienter benytter seg av spesialisthelsetjenestene i begge retninger.

Vi har en 20% psykolog, 3 årsverk på voksen psykisk helse, 1 årsverk for barn og unge psykisk helse og 1 prosjektstilling nå med fokus på ungt utenforskap.

Jeg vil si at i små kommuner blir konsekvensene av svak samhandling og fragmenterte tjenester svært tydelige. Så når én person slutter, eller én tjeneste svikter, merkes det raskt både for brukere og ansatte.

Samtidig vil jeg understreke at små kommuner også har styrker:

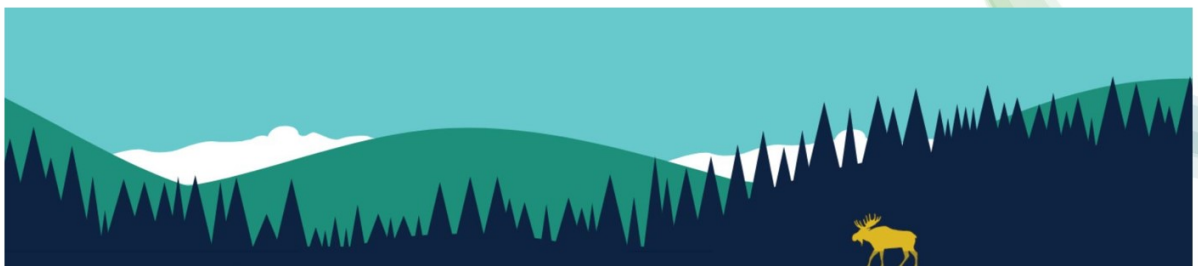
Vi kjenner innbyggerne våre, vi ser helheten rundt menneskene, og vi kan jobbe tett og relasjonelt når systemene rundt oss fungerer godt.

Vi i Stor-Elvdal er så heldige at vi har prioritert å bygge et nytt bygg for helsetjeneste, for å samlokalisere dem og få til mer samarbeid. Hvor legene sitter i samme gang som behandlerne på psykisk helse.

Dere la kanskje merke til at enhetsleder rollen hadde ansvaret for mange tjenester? Det er en sårbarhet, men også en fordel ved å ha ansvar for mange tjenester, og jeg ønsker å trekke frem fordelene, fordi jeg tror det blir kortere beslutningslinjer som fører til raskere fremdrift. Derfor vil mitt hovedbudskap i dag være:

Framtidens rus- og avhengighetsbehandling må bli mer helhetlig, mer ambulant, mer relasjonsbasert – og bygge på tydeligere samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Jeg velger å ta for meg de 5 punktene som er meldt inn som tema:



1. utfordringer i dagens organisering og gjennomføring av rusmiddel- og avhengighetsbehandling i Norge, herunder LAR.

1. utfordringer i dagens organisering

Vi opplever at dagens tjenester fortsatt er for oppdelt mellom nivåer og sektorer.

Dette gjelder særlig innen LAR og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykiske lidelser.

Tidligere opplevde vi ofte tydeligere strukturer rundt LAR:

faste kontaktpersoner, ansvarsgruppemøter, tettere oppfølging og mer systematiske rutiner rundt sidemisbruk og rusprøver.

I dag opplever vi i større grad at:

- ansvarsforhold blir uklare
- kommunikasjonen varierer

- og at kommunen og spesialisthelsetjenesten til tider sitter «på hver sin tue»

For brukeren (og for ansatte) kan dette oppleves som et system der ingen har det helhetlige ansvaret.

I distriktskommuner tror vi at utfordringene blir ekstra tydelige.

Vi har små fagmiljøer og tjenester som ofte er svært personavhengige.

Når nøkkelpersoner blir sykmeldt eller slutter, mister brukerne kontinuitet og relasjoner. Det skaper utrygghet og øker risikoen for brudd i oppfølging.

Geografien gjør også oppfølgingen noe vanskeligere.

Mange må reise langt til DPS, TSB eller sykehus.

Kollektivtilbudet er begrenset, og vinterforholdene i Innlandet kan gjøre reisen krevende. Det betyr i praksis at noen uteblir fra behandling eller får mer sporadisk oppfølging.

Vi mener også at spesialisthelsetjenesten fortsatt er for lite ambulant.

Mye er organisert rundt poliklinikk og oppmøte.

I distriktene trenger vi mer oppsøkende og fleksible tjenester.

For mange av våre brukere fungerer ikke tradisjonelle kontorbaserte tjenester godt nok.

Vi trenger tjenester som:

- kommer nærmere brukeren
 - samarbeider tettere med kommunen
 - og følger opp over tid
-

Vi ser også at LAR mange steder blir mer medisinske enn rehabiliterende.

Medikamentutdeling fungerer ofte godt.

Men små kommuner har begrenset kapasitet til:

- aktivitet og arbeidstrening
- psykisk helsehjelp
- sosial inkludering
- og tett rehabiliteringsarbeid

Da kan resultatet bli stabilisering uten reell bedring i livskvalitet og funksjon.

Fastlegene hos oss peker også på at dagens regelverk knyttet til førerkort og rusmiddelbruk kan skape utfordringer i behandlingsrelasjonen. Risikoen for å miste førerkortet kan gjøre at enkelte vegrer seg for å ta opp alkohol- eller rusproblemer.

Samtidig oppleves regelverket som krevende å praktisere, og fastlegen kan komme i en dobbeltrolle som både behandler og kontrollinstans. Dette kan utfordre tilliten mellom pasient og behandler og gjøre tidlig intervensjon vanskeligere.

Til slutt ser vi store utfordringer i ettervernet.

Når personer kommer hjem etter døgnbehandling, er overgangen ofte sårbar.

Mange mangler:

- aktivitet
- sosial tilhørighet
- struktur
- og tett oppfølging

Risikoen for tilbakefall blir dermed høy og det trengs ofte oppfølging i lang tid etterpå, som et sikkerhetsnett.

2. En fremtidig formålstjenlig oppgave- og funksjonsdeling og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten



2. Hvordan bør oppgavefordelingen være framover?

Vi mener framtidens modell må bygge på et tydelig prinsipp:

Behandling og rehabilitering skal skje nærmest mulig der personen bor – men spesialisthelsetjenesten må ta et tydeligere ansvar for de mest komplekse tilfellene.

Kommunene bør ha hovedansvar for:

- langvarig relasjonsarbeid
- bolig og sosial inkludering
- hverdagsmestring
- praktisk og ambulant oppfølging

- og koordinering lokalt

Det er kommunen som kjenner nærmiljøet og kan følge opp over tid.

Spesialisthelsetjenesten bør samtidig ha tydelig ansvar for:

- utredning og diagnostikk
- oppstart og evaluering av behandling
- alvorlige psykiske lidelser
- komplisert avhengighet
- akutte forverringer
- og veiledning til kommunene

Men dette må ikke bare skje fra kontorer langt unna. For distriktene trenger vi:

- ambulante team
- faste utreisedager
- samlokaliserte konsultasjoner
- og digitale løsninger kombinert med fysisk tilstedeværelse

Digitale møter alene kan ikke erstatte relasjoner og lokalkunnskap.

Vi mener også at LAR må organiseres som et reelt samarbeid.

Spesialisthelsetjenesten bør ha ansvar for:

- oppstart
- kompliserte vurderinger
- og faglig støtte

Mens kommune og fastlege følger opp stabil behandling lokalt.

Men dette må formaliseres tydeligere enn i dag. Ansvarsforhold må være klare. Kommunikasjonen må være forpliktende og rehabilitering må vektlegges like mye som medisinering og kontroll.

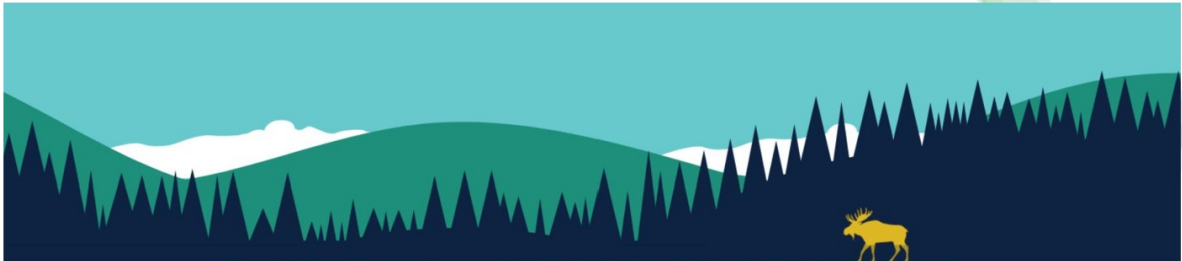
Små kommuner vil også være for sårbare alene.

Derfor mener vi det må satses sterkere på:

- interkommunale fagmiljøer
- regionale FACT-team

- ambulante løsninger
- og fagnettverk

Dette vil redusere personavhengighet og styrke kompetansen.



3. Innretning av tjenestene som gir et mer samlet og helhetlig behandlingstilbud på tvers av forvaltningsnivåene og andre deler av velferdssektoren

3. Hvordan skape mer helhetlige tjenester?

I fare for å gjenta meg selv, så mener vi tjenestene må organiseres rundt brukeren – ikke rundt tjenestene.

I dag tror vi at mange brukere opplever å bli sendt mellom:

- NAV
- psykisk helse
- rustjeneste
- DPS
- fastlege
- og boligkontor

For mennesker med sammensatte utfordringer blir dette svært krevende og det blir krevende å være den med kompetanse rundt.

Vi mener framtidens tjenester må bygge på:

- én dør inn
- felles kartlegging
- én tydelig koordinator
- og felles behandlingsplaner

Brukeren bør møte ett samlet hjelpeapparat – ikke mange parallelle systemer.

Vi mener også at helse og velferd må kobles tettere sammen.

Rusbehandling alene er sjelden nok dersom:

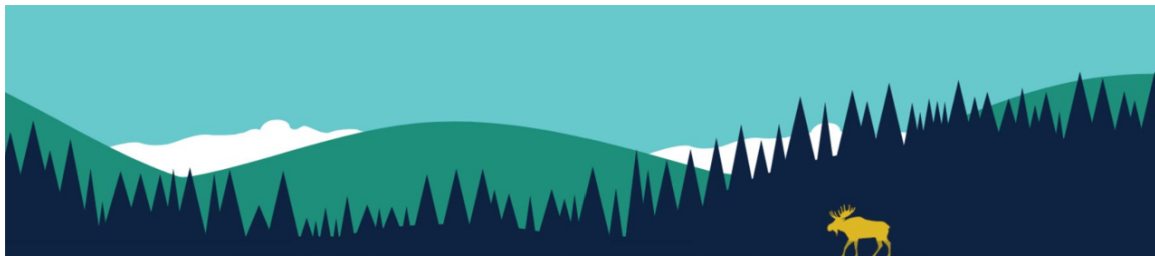
- bolig mangler
- økonomien er ustabil
- eller personen står uten aktivitet og sosial tilhørighet

Derfor må behandling sees i sammenheng med:

- arbeid
- aktivitet
- økonomisk rådgivning
- bolig
- og sosial inkludering

Rehabilitering handler ikke bare om symptomreduksjon – men om å få et liv som fungerer.

4. Økonomiske virkemidler for å understøtte ønsket faglig utvikling og samhandling



4. Økonomiske virkemidler

Hvis man ønsker mer samhandling, må også finansieringen støtte samhandling.

I dag belønner systemet ofte aktivitet i egen sektor framfor felles ansvar.

Det gjør samarbeid vanskeligere.

Vi mener det bør utvikles:

- felles finansiering av ambulante team
- samhandlingsmidler knyttet til felles pasientforløp
- og langsiktige tilskudd framfor kortsiktige prosjektmidler

Små kommuner trenger forutsigbarhet for å bygge stabile fagmiljøer.

Lik kvalitet i distriktene krever ofte høyere ressursbruk per innbygger fordi:

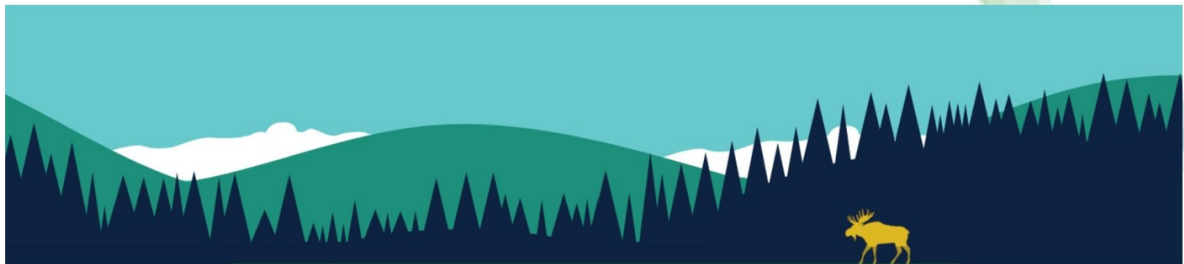
- avstandene er større
- fagmiljøene mindre
- og tjenestene mer sårbare

Det må finansieringsmodellene ta høyde for.

Vi vil også trekke fram behovet for:

- bedre journaldeling
- sikre digitale samhandlingsløsninger
- og enklere kommunikasjon mellom nivåene

Mange ansatte bruker i dag unødvendig mye tid på koordinering som kunne vært løst bedre systemstyring.



5. Eksempler på gode lokale/regionale samhandlingsmodeller eller intervensjoner

5. Hva fungerer godt?

Vi ønsker også å løfte fram det som fungerer.

Vi opplever at modeller med:

- ambulant arbeid
- relasjonskontinuitet
- integrerte tjenester
- og tydelig koordinering

gir best resultater.

Vi har vært med i et prosjekt som heter SAMBA, som har etablert en fagmodell for 7 kommuner som jobber med psykisk helse barn og unge, sammen med lokalt BUP. Suksessfaktorene her er at alle bidrar inn og at spesialisthelsetjenesten også investerer i

kommunene rundt for å gi støtte, veilegning og fagutvikling. Dette er en modell med samarbeidsarenaer hvor kommune og spesialisthelsetjeneste møtes jevnlig.

Når samarbeid blir strukturert og forpliktende – ikke personavhengig – fungerer tjenestene best.

Små kommuner kan faktisk være svært gode på nærhet og relasjoner.

Men da må vi ha systemer rundt som støtter dette arbeidet – ikke gjør det vanskeligere.

Avslutning

Avslutningsvis ønsker jeg å understreke dette:

For mennesker med rus- og psykiske helseutfordringer er det ikke organisasjonskart som betyr mest.

Det som betyr mest er:

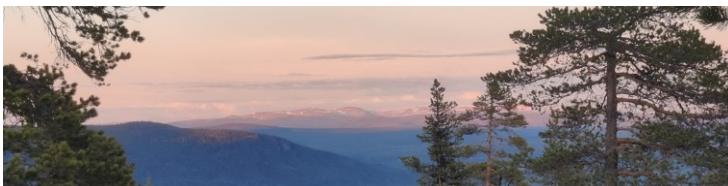
- stabile relasjoner
- tilgjengelige tjenester
- tydelig ansvar
- og opplevelsen av at noen samarbeider rundt deg

I distriktskommuner blir dette ekstra viktig.

Framtidens rus- og avhengighetsbehandling må derfor:

- redusere skillet mellom nivåene
- styrke ambulante og integrerte tjenester
- satse på langvarig oppfølging
- og sikre at geografi ikke avgjør kvaliteten på hjelpen man får.

Takk for meg.



Takk for meg