

Innspill fra Vestvågøy kommune til Rusbehandlingsutvalget

Takk for muligheten til å gi innspill til utvalgets arbeid. Vestvågøy kommune er en distriktskommune i Lofoten med 11 613 innbyggere, små fagmiljøer og store avstander til relevant kompetanse. Fra 1. januar 2028 skal Vestvågøy og Moskenes kommuner danne nye Vest-Lofoten kommune. Dette gir både nye muligheter og et tydelig behov for tjenester som er robuste, sammenhengende og tilpasset en distriktskommune med store geografiske avstander. For mange brukere og familier innebærer dette også lang reisevei og betydelig transportbelastning når hjelpen ligger langt unna.

Tjenestene innen psykisk helse og rus i Vestvågøy kommune er i stor grad organisert som lavterskeltilbud, uten krav om henvisning, med mål om å gi hjelp tidlig og nær der folk lever livene sine. De som får tjenester i hjemmet har rett til vedtak. Tjenestene bygger på recovery-orienterte tilnærminger og prinsipper om hjelp som hjelper, med vekt på arbeid, aktivitet, nettverk, inkludering og det som oppleves meningsfullt for den enkelte. Systematiske tilbakemeldinger fra brukerne brukes aktivt til å justere hjelpen underveis og utvikle tjenestene i tråd med behovene. Om lag 15 årsverk arbeider med lavterskel psykisk helse og rus, samtaleoppfølging, gruppetilbud, kurstilbud, forebygging, behandling, miljøterapi, booppfølging, tilbakefallsforebygging, pårørendeoppfølging, aktivitetstilbud og FACT. Tjenestene retter seg mot forløp 1, 2 og 3 i veilederen for lokalt psykisk helsearbeid, og omfatter barn, unge, voksne og eldre. Samtidig er det krevende å gi gode og tilstrekkelig differensierte tjenester til alle målgrupper og behov.

1. Utfordringer i dagens organisering og gjennomføring

Dagens organisering av rus- og avhengighetsbehandling er preget av fragmentering, ventetid og manglende sammenheng.

For personer med samtidige utfordringer knyttet til avhengighet, psykisk helse og somatisk helse er behovene helhetlige: bolig, økonomi, arbeid, nettverk og helse henger tett sammen. Likevel er tjenestene delt opp i separate systemer med ulike ansvarlinjer, finansieringsordninger og vurderingslogikker. Dette gir lite handlingsrom, krevende overganger og økt risiko for at pasienter faller mellom nivåene.

For den enkelte kan denne fragmenteringen bety at hjelpen oppleves uforutsigbar, lite koordinert og dårlig tilpasset egen livssituasjon. Når tjenester ikke henger sammen, blir belastningen ofte skjøvet over på personen selv og på familien rundt.

Særlig utfordrende er:

- Stor avstand mellom TSB, psykisk helsevern og kommunale tjenester – både fysisk, organisatorisk og faglig
- Avstand innad i kommunen mellom ulike kommunale tilbud, noe som svekker helhetlige forløp
- Svak sammenheng mellom poliklinisk behandling, døgninnleggelse og kommunal oppfølging, inkludert LAR
- Mangel på tilstrekkelig kapasitet i avrusningstilbud, manglende tilgang på akutt avrusning og lang ventetid før oppstart av nødvendig behandling
- Manglende kontinuitet mellom avrusning og videre behandling gir økt risiko for brudd i forløpet

- Få differensierte døgn- og behandlingstilbud, blant annet for kvinner, gravide og personer med barnevernsrelaterte behov
- For få valgmuligheter gjør det vanskelig å gi rett hjelp til rett tid, tilpasset den enkeltes behov
- Manglende ambulerende tjenester og oppfølging der folk bor
- Lange reiseveier og krevende transport gjør oppmøte, familieinvolvering og kontinuitet i behandlingen vanskeligere
- Mangel på alternative tilbud fra frivillige og ideelle aktører
- Tjenestene er i praksis ikke likeverdige nok, og hvor man bor og hvem man møter får for stor betydning
- Sårbarhet knyttet til turnover i små fagmiljø gjør tilbudene for personavhengige

Vi vil også understreke at avhengighetsbehandling må forstås bredere enn behandling av rusmiddelproblemer alene. Tjenestene må være rigget for å møte sammensatte og langvarige avhengighetsutfordringer, der psykisk helse, somatisk helse og sosial fungering ses i sammenheng. Når behandling avgrenses for snevert, blir tilbakefallsforebygging og rehabilitering for svakt integrert i forløpet.

Mange har behov for samtidig hjelp for psykisk helse, og for noen er traumebehandling en viktig del av et helhetlig behandlingsforløp. Når slike behov ikke identifiseres og følges opp tidlig nok, øker risikoen for feilspor, brudd i behandlingen og utilstrekkelig hjelp.

I distriktskommuner forsterkes utfordringene av lange avstander og begrenset tilgang på frivillige og ideelle aktører, noe som gjør at kommunen må ta et større helhetsansvar.

Transport og reisevei er et grunnleggende distriktsvilkår som får direkte konsekvenser for tilgang til behandling og likeverdighet i tjenestene. Lange avstander til avrusning, døgnbehandling, poliklinikk og spesialisert oppfølging kan gjøre det vanskelig å møte til timeavtaler, opprettholde kontinuitet i behandlingen og involvere familie og nettverk. Reisebelastningen rammer både brukere, pårørende og kommunale tjenester, og forsterker forskjellene mellom sentrale og distriktsnære områder.

2. Oppgave- og funksjonsdeling mellom nivåene

Vi mener dagens oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen i for stor grad er preget av oppsplitting fremfor samarbeid. Samtidig legges et svært stort ansvar på kommunene, som skal håndtere brede og sammensatte behov med begrensede ressurser og få tilgjengelige alternativer.

I praksis er det ofte kommunen som både møter mennesker først, følger dem gjennom forløpet og står igjen med ansvaret når spesialistbehandlingen avsluttes. Behandling starter og slutter dermed ofte i kommunen, noe som forsterker behovet for tydeligere ansvar, bedre støtte fra spesialisthelsetjenesten og mer sammenhengende forløp.

Vi opplever at kommunenes erfaringer med utfordringer i samhandlingen og i spesialisthelsetjenestens tilbud ikke alltid får tilstrekkelig plass. Skal tjenestene utvikles i tråd med faktiske behov, må dialogen mellom nivåene være mer likeverdig, og også åpenbare utfordringer i spesialisthelsetjenesten må problematiseres.

Det er behov for en bedre balanse mellom spesialisering i spesialisthelsetjenesten og generalistkompetanse i kommunen. Kommunen må kunne følge opp brede og sammensatte

behov over tid, også når pasienter ikke passer inn i avgrensede spesialistløp. Samtidig må spesialistkompetansen være mer tilgjengelig og kobles tettere på kommunale tjenester.

Det er behov for større bredde, differensiering og reell valgfrihet i tilbudene, både i døgnbehandling og i kommunale tjenester. Ulike mennesker har ulike behov, og dette krever ulike typer hjelp, ulik intensitet og ulik varighet. Særlig mangler det tilpassede tilbud til blant annet kvinner, gravide og personer med behov i skjæringspunktet mellom rus, psykisk helse og barnevern.

- Et mer integrert samarbeid med tydelig felles ansvar
- Kortere avstand mellom nivåene – både fysisk, organisatorisk og faglig
- Bedre sammenheng mellom poliklinikk, innleggelse og kommunal oppfølging
- Strukturer som understøtter kontinuitet og tilbakefallsforebygging i pasientforløpene
- Tidlig og systematisk oppkobling mot relevante kommunale tjenester som bolig, aktivitet, arbeid, NAV og fastlege

Vi vil særlig løfte behovet for et nivå mellom kommune og spesialisthelsetjeneste – en såkalt “1,5-linje” – som kan binde tjenestene tettere sammen. Hensikten er å redusere brudd i overgangene, gi raskere tilgang på relevant kompetanse og sikre tettere oppfølging for personer som trenger mer enn kommunen alene kan gi, men som ikke fanges godt nok opp i dagens spesialistløp.

Dette nivået bør:

- Ha ambulante funksjoner og utekontormuligheter
- Kunne følge brukere på tvers av nivå
- Sikre bedre overganger mellom avrusning, døgnbehandling og kommunal oppfølging

FACT-modellen er et viktig virkemiddel, men ikke tilstrekkelig alene. Det avgjørende er ikke modellen i seg selv, men hvorvidt det etableres faste strukturer for samarbeid, ambulering og felles ansvar, basert på hva som er viktig for den enkelte.

Vestvågøy kommune vil også anbefale endringer i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 (§ 10-1 til § 10-4) om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer. Når dette ansvaret i stor grad ligger til kommunen, reiser det spørsmål om rettssikkerhet, kompetanse og rolleforståelse. I små kommuner må ansatte med lavere grad av faglig spesialisering ofte vurdere og forvalte svært inngripende tiltak, samtidig som de må innhente råd fra spesialisthelsetjenesten og likevel stå ansvarlige for beslutningene. Dette er faglig krevende, arbeidskrevende og økonomisk belastende. Saker skal behandles i nemnda i Bodø, kommunen må dekke advokatutgifter, og det stilles krav til gjennomføring og oversendelse av rusmiddeltester. I små fagmiljø binder slike saker opp knappe fagressurser over tid, noe som samtidig gjør det vanskeligere å gi andre brukere nødvendig hjelp. Det skaper også en uheldig rolleblanding når de samme tjenestene både skal gi behandling, bygge tillit og samtidig forvalte tvang.

3. Helhetlige og sammenhengende tjenester

For å lykkes med rus- og avhengighetsbehandling må tjenestene i større grad ses i sammenheng med øvrige helse- og velferdstjenester. Tilbakefallsforebygging må være en integrert del av forløpet fra tidlig fase, og relevante kommunale tjenester må kobles på før behandling avsluttes – ikke først når ansvaret er overført.

Mange tilbud er samtidig for kortvarige og for lite samordnet til å møte behovene hos personer med langvarige og sammensatte utfordringer. Dersom behandling og oppfølging ikke sees i sammenheng, øker risikoen for brudd i forløpet og gjentatte tilbakefall. Helhet og kontinuitet må derfor være bærende prinsipper i både spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Noen har behov for langtidsbehandling. Dette gjelder ikke alle, men tjenestene må ha tilstrekkelig fleksibilitet og varighet til å gi nok tid til dem som trenger det.

Vi ser også behov for mer bruk av sekvensiell behandling, der avrusning, døgnbehandling, poliklinisk oppfølging og kommunale tjenester planlegges som deler av ett sammenhengende forløp. Dette kan bidra til bedre kontinuitet, færre brudd i overgangene og mer målrettet oppfølging over tid.

Terskelen for å få tilstrekkelig hjelp er ofte for høy. Mange opplever at de må bli sykere enn nødvendig før de får et omfattende nok tilbud. Dette understreker behovet for tidlig innsats og lavterskeltilbud som kan fange opp utfordringer før de utvikler seg til alvorlige og langvarige forløp.

Det er også en utfordring at tjenestene ikke når alle målgrupper som trenger hjelp godt nok. Høy terskel, begrenset bredde i tilbudene og manglende fleksibilitet gjør at noen får hjelp for sent, for lite eller ikke i det hele tatt.

Vi vil særlig fremheve:

- Behandling må kobles tett med bolig og booppfølging
- Arbeid, aktivitet og nettverk må integreres i behandlingen
- Pårørende, familie og barn som pårørende må inkluderes systematisk i forløpene når dette er relevant
- Somatisk helse må følges opp systematisk, også for personer som faller utenfor FACT eller andre tverrfaglige oppfølgingsteam

I et presset boligmarked som i Lofoten er tilgangen på egnet bolig en forutsetning for at behandling skal ha effekt. Bolig, personellressurser og oppfølging må planlegges samtidig.

Videre må tjenestene i større grad bygges rundt hva som faktisk oppleves nyttig for brukerne:

- Systematisk brukermedvirkning
- Recovery-orienterte tilnærminger
- Løpende tilbakemeldinger som brukes aktivt til å justere hjelpen underveis

Frivillige og ideelle aktører kan være viktige supplementer i et helhetlig behandlings- og oppfølgingsforløp. De kan bidra med større fleksibilitet, relasjonell kontinuitet, aktivitet, nettverk og lavterskelarenaer som supplerer de offentlige tjenestene. I mange distriktsområder er slike alternativer få eller fraværende. Dette forsterker kommunens ansvar og begrenser mangfoldet i tilbudene rundt den enkelte.

Hjelpen må ta utgangspunkt i den konteksten folk lever i, og utvikles i samarbeid med den enkelte. Dette forutsetter at tjenestene møter mennesker med åpenhet, fleksibilitet og reell vilje til å justere hjelpen ut fra hva som oppleves nyttig.

Kompetanse og rammer til å møte rusmiddelproblemer og avhengighet må også bygges inn i flere kommunale tjenester enn de spesialiserte tilbudene alene. Skole, sykehjem, hverdagsmestring og hjemmetjeneste, miljøtjeneste og andre kommunale tjenester møter

mennesker med slike utfordringer, men har ofte begrenset tid, kompetanse og handlingsrom. Dette må det tilrettelegges bedre for dersom kommunen skal kunne gi helhetlige og likeverdige tjenester.

4. Økonomiske virkemidler

Dagens finansieringsordninger understøtter i for liten grad samarbeid, kontinuitet og helhetlige tjenester.

Vi ser behov for:

- Økonomiske insentiver og føringer som fremmer samhandling mellom nivåene
- Tilskuddsordninger som støtter opp under langsiktig kompetansebygging
- Finansiering av ambulante tjenester og samhandlingsarenaer
- Ordninger som gjør det mulig å rekruttere og beholde kompetanse i distriktene
- Ytterligere insentiver for oppfølging av somatisk helse, særlig for personer som står utenfor FACT og andre etablerte oppfølgingsteam

Særlig viktig er det å sikre at kompetanse ikke blir personavhengig. Små fagmiljø trenger systembårne løsninger som tåler turnover.

Det er positivt at egenandelskravet hos fastlege er fjernet, men dette alene er ikke tilstrekkelig for å sikre nødvendig somatisk, rusmiddel- eller psykisk oppfølging i denne gruppen. Fastlegene har en sentral rolle, men oppfølgingen er ofte krevende og tidkrevende, særlig i saker med sammensatte behov, høyt symptomtrykk og behov for tett koordinering. Det er fortsatt behov for virkemidler som gjør det mer realistisk og forpliktende å følge opp personer med store og sammensatte helseutfordringer over tid.

5. Gode modeller og lokale erfaringer

Fra Vestvågøy og regionen vil vi trekke frem følgende som viktige erfaringer:

FACT-team

Gir økt nærhet til brukere og bedre samhandling mellom nivåene, men forutsetter tydelig struktur og tilstrekkelig kapasitet.

Tverrfaglige samarbeid og faste strukturer

Der samarbeid er formalisert og regelmessig, reduseres sårbarheten knyttet til enkeltpersoner.

Digital samhandling og kompetansedeling

Digitale løsninger kan korte ned avstanden til spesialistkompetanse og bidra til mer likeverdige tjenester.

Tidlig kobling av bolig og oppfølging

Der bolig og tjenester planlegges samtidig, øker sannsynligheten for varig endring.

Avsluttende anbefaling

Vestvågøy kommune vil særlig peke på følgende hovedgrep:

- Organiseringen må redusere avstanden mellom TSB, psykisk helsevern og kommune, og ta høyde for at transport og reisevei i distriktene får direkte konsekvenser for tilgang, oppmøte og kontinuitet

- Rus- og avhengighetsbehandling må bygge på helhetlige forløp med større bredde, valgfrihet, tilstrekkelig avrusningskapasitet, tilgang på akutt avrusning og mer sekvensiell behandling
- Kommunene må ha rammer og kompetanse til å ivareta brede behov over tid, også på tvers av tjenester. Behandling starter og slutter ofte i kommunen, samtidig som spesialistkompetansen må være mer tilgjengelig og ambulant
- Terskelen for hjelp må senkes gjennom tidligere innsats, lavterskeltilbud og systematisk kobling til relevante kommunale tjenester
- Finansieringsordninger må understøtte samhandling, kontinuitet og systematisk oppfølging av somatisk helse, også for personer utenfor FACT

Utvalget bør særlig vektlegge bedre organisering, tydeligere ansvar og mer sammenhengende forløp.