

Innledning

Takk for invitasjonen.

Mitt utgangspunkt i dag er enkelt: Norsk rusbehandling trenger systemer. Vi trenger lovverk, pasientforløp, prioriteringer, dokumentasjon, kontrollrutiner og faglige standarder. Men vi må samtidig stille et kritisk spørsmål: Kan systemet å stå i veien for det behandlingen egentlig skal handle om — menneskers liv, verdighet, relasjoner og mulighet til endring?

For å belyse dette vil jeg bruke Jürgen Habermas' begrep om **systemets kolonisering av livsverdenen**.

Habermas skiller mellom

- **systemverden**, som styres av økonomi, administrativ makt, rutiner, retningslinjer og prosedyrer, og
- **livsverdenen**, som handler om menneskers hverdagsliv, mening, språk, relasjoner og identitet.

Når systemverden sin logikk trenger inn i livsområder som egentlig burde preges av dialog, tillit og gjensidig forståelse, kaller han det systemets kolonisering av livsverden.

Mitt første kjernepoeng er dette: Rusbehandlingen må organiseres slik at systemet så godt som mulig tilpasses livsverdenen — ikke omvendt, at menneskene må passe inn i systemverdenens logikk og funksjonsmåter.

1. Hvorfor er dette særlig viktig i rusfeltet?

Rusfeltet er et av de områdene i velferdsstaten der møtet mellom system og livsverden er mest tydelig.

På den ene siden møter vi mennesker som ofte har sammensatte livsutfordringer: rusmiddelbruk, psykisk uhelse, somatisk sykdom, traumer, fattigdom, boligproblemer, utenforskap, skam og brutte relasjoner. Og som stort sett handler kommunikativt med andre med samme utfordringer i en distinkt og avgrenset subkultur.

På den andre siden møter disse menneskene et omfattende system: fastlege, NAV, kommune, TSB, politi, fengsel, akuttjenester, boligkontor med videre.

2. Et konkret bilde på kolonisering

La meg ta et eksempel.

En person med langvarig opioidavhengighet ønsker terapeutisk behandling i TSB. Vedkommende må da henvises fra en instans som har rettighet til å henvise. Da må det lages en avtale med denne instansen? La oss si det er fastlegen.

Fastlegen sender en henvisning til TSB som vurderer rett til nødvendig helsehjelp. Valg av behandlingsnivå gjøres av en vurderingsenhet eller lignende i samråd med pasienten.

Men når starter behandlingen? I nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet står det at «for å opprettholde motivasjon og forhindre

forverring, bør behandlingen forsøkes startet når vedkommende selv ber om det.» Men når er «når vedkommende ber om det»? Etter at rett til helsehjelp er innvilget?

Spørsmålet er viktig fordi i innbyggerens livsverden kan de mest kritiske øyeblikkene være i perioden fra innbyggeren bestemmer seg for å søke behandling til henvisning er sendt.

Et ansvarlig helsesystem må inkludere hele forløpet fra innbyggeren tar en beslutning og til innbyggeren bestemmer seg for å avslutte et behandlings- og rehabiliteringsforløp.

Et viktig og eksistensielt spørsmål et ansvarlig behandlings- og rehabiliteringssystem må stille seg er derfor: hvor langt tid det tar før innbyggeren beslutter at de ønsker behandling til de faktisk lager en avtale med henvisende instans? En uke, en måned et år? Aldri, fordi hen dør som følge av en overdose før hen får laget avtalen?

Og om hen klarer å lage en avtale, er neste spørsmål: hvor lang tid tar det før de klarer å komme seg til avtalen? En uke, en måned et år? Aldri, fordi hen dør som følge av en overdose før hen kommer seg avgårde?

Dette er mitt andre kjernepoeng: vi som har vårt virke i systemverden har konstruert en systemlogikk som (også) produserer uhelse og i verste fall død. Vi har ikke hensyntatt og tilpasset oss etter innbyggernes livsverden.

3. Kommunikativ handling som motgift

Hos Habermas er alternativet til kolonisering **kommunikativ handling**. Det betyr at mennesker forsøker å komme fram til felles forståelse gjennom samtale, begrunnelser og gjensidig anerkjennelse.

Det er dette rusbehandlingsutvalget praktiserer nå gjennom innspillsmøter.

Mitt anliggende i denne demokratiske samtalen er å vise frem hvordan systemets logikk — kontroll, økonomi, effektivitet, juridiske kategorier og administrasjon — trenger inn i områder som egentlig bør preges av dialog, tillit og felles forståelse, og foreslå mindre skadelig løsninger som bygger på og er tilpasset innbyggernes livsverden. Vi kan ikke fjerne systemet — rusfeltet trenger lover, vedtak, journaler, prioriteringer og faglige standarder. Men vi kan hindre at systemlogikken overtar i møtet med innbyggere som er i behov av tjenester.

Her er mitt første løsningsforslag: fjern alle byråkratiske hindringer i forkant av at behandlingsforløpet starter. La behandlingsforløpet starte med at innbyggeren på selvstendig grunnlag og egen frie vilje henvender seg til en kartleggings- og utredningsenhet.

Mitt andre innspill er at innbyggeren selv avgjør hvorvidt kartleggings- og utredningsprosessen gjennomføres best som døgnbehandling eller som en poliklinisk prosess. I kartleggings- og utredningsavdelingen tas det utgangspunkt i innbyggerens livsverden. Hjelpen blir mer legitim når den bygger på dialog, ikke på styring.

Mitt tredje innspill er at i kartleggings- og utredningsenheten møter innbyggeren både erfaringskompetanse, spesialisthelsetjenestekompetanse og kommunal kompetanse. Dette fordi kolonisering skjer lettere når brukeren møter et fragmentert system: én person for vedtak, én for behandling, én for bolig, én for økonomi, én for kontroll osv. Kartleggingen skjer i dialog mellom brukeren og tilgjengelige kompetanser i enheten, men brukeren gis definisjonsmakt til å definere problemet, målene og tiltakene.

Mitt fjerde og siste innspill er å videreutvikle integrert behandling og rehabilitering i kommunene. Det vil blant annet si at FACT teamene etter min mening primært bør være stedlig lokalisert sammen med aktuelle kommunale tjenester for å sikre et bredt og koordinert samarbeid rundt innbyggere med sammensatte helsemessige og sosiale utfordringer.

4. Fem praktiske grep for å unngå kolonisering

Jeg vil peke på fem grep utvalget bør vurdere.

For det første: Start med livsverdenen

Alle behandlingsforløp bør begynne med brukerens egen fortelling. Ikke bare: «Hva bruker du, hvor ofte og hvor mye?» Men også: «Hva gjør rusen for deg? Hva beskytter den deg mot? Hva ønsker du at livet skal inneholde?»

Kartlegging må ikke avskaffes. Men kartleggingen må settes inn i en meningsfull samtale.

For det andre: Gjør brukermedvirkning etterprøvbart

Brukermedvirkning bør ikke bare dokumenteres med en standardformulering. Tjenestene bør kunne vise hvordan brukerens egne mål faktisk har påvirket behandlingsplanen.

Et enkelt kvalitetskriterium kan være:

Opplever innbyggeren å eie sin egen plan?

Hvis svaret er nei, er planen kanskje mer et systemdokument enn et behandlingsverktøy.

For det tredje: Bygg behandling rundt kontinuitet

Gjennom å medvirke i utformingen av brukeren behandlings- og rehabiliteringsplan forplikter spesialisthelsetjenesten og kommunen seg til å bistå innbyggeren gjennom behandlings- og rehabiliteringsforløpet.

For det fjerde: Mål det som betyr noe

Det som er lett å telle, er ikke alltid det viktigste. Vi teller frister, konsultasjoner, prøver og avsluttede forløp. Det er vanskeligere å telle tillit, verdighet, boligstabilitet, sosial tilhørighet, håp, fysisk helse og redusert overdoserisiko. Hvis styringssystemet bare måler produksjon, vil praksis over tid innrette seg etter produksjon. Da risikerer vi kolonisering.

For det femte: Involver brukere og pårørende på systemnivå

Brukere og pårørende må ikke bare få uttale seg om egen sak. De må ha reell innflytelse på hvordan tjenestene utvikles.

Det betyr brukerråd med faktisk mandat, erfaringskonsulenter i tjenesteutvikling, systematiske tilbakemeldingsverktøy og evalueringer som spør: Opplevde du å bli møtt som et helt menneske?

7. Hva bør være utvalgets styrende spørsmål?

Jeg vil foreslå at utvalget bruker følgende spørsmål i evalueringen av dagens situasjon og kommende anbefalinger:

1. **Styrker denne ordningen brukerens livsverden — eller gjør den brukeren mer avhengig av systemet?**
 2. **Skaper tiltaket tillit, eller produserer det først og fremst kontroll og ansvarsavgrensninger?**
 3. **Er brukermedvirkningen reell?**
 4. **Måler vi det som faktisk betyr noe for bedring?**
 5. **Er hjelpen organisert rundt menneskets liv, eller rundt systemets grenser?**
-

Avslutning

Habermas gir oss ikke en ferdig modell for rusbehandling. Men han gir oss et kritisk språk for å forstå en fare: At vi i forsøket på å hjelpe mennesker bygger systemer som blir så sterke, så detaljerte og så styrende at de fortrenger menneskets egen stemme.

Hvis jeg skal oppsummere i én setning, er det denne:

Norsk rusbehandling bør videreutvikles slik at systemene våre gjør det mulig for mennesker å gjenvinne verdighet, relasjoner, helse og handlingsrom i eget liv.

Takk.