Fragmentert tjenesteapparat og utydelig ansvar



Ukom



NÅR RUSEN DEFINERER HELSEHJELPEN

Fragmentert tjenesteapparat og utydelig ansvar

Publisert 23. juni 2026
ISBN 978-82-8465-048-7

> “De som er i størst behov for tjenester, det er de som i minst grad klarer å nyttiggjøre seg dem, det er de som møter det mest fragmenterte tjenesteapparatet. Du skal være veldig frisk og oppegående for å klare å orientere deg i dette.”
> - Leder i kommune

Aud, Kristian og Lars forholdt seg til mange deler av hjelpeapparatet samtidig.

Pårørende beskrev at Aud over tid opplevde at hun ikke fikk tilstrekkelig helsehjelp for traumelidelser eller smerter. Hun fikk avslag på sin første søknad om LAR-behandling i voksen alder. Tjenestene begrunnet avslaget med at hun først måtte få vurdering og behandling av psykiske belastninger. Etter en forverring av helsetilstanden og en belastende rusperiode ble hun senere tatt inn i LAR, uten at det opprinnelige avslagsgrunnlaget var fulgt opp.

Kristian hadde kontakt med kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og fengselshelsetjenesten. Tjenestene beskrev at det var krevende å komme i posisjon til å gi ham helsehjelp, selv om Kristian flere ganger uttrykte ønske om behandling.

Lars ble møtt med krav om rusfrihet før utredning for ADHD. Dette klarte han ikke på egen hånd, og utredningen ble derfor ikke igangsatt.

Vi finner at personer med alvorlig rusmiddelavhengighet og samtidige psykiske lidelser ofte møter et fragmentert tjenesteapparat med uklare ansvarsforhold. Når pasienter mottar tjenester fra flere aktører og nivåer uten tilstrekkelig koordinering, øker sannsynligheten for brudd i forløp og tap av kontinuitet. Mangelfull informasjonsflyt og uklar oppgavedeling bidrar til at pasientens behov ikke blir fulgt opp samtidig og helhetlig.

Ansvarsområder, regelverk og finansieringsordninger er delt opp gjennom pasientforløpet. Dette gjør det krevende å realisere prinsippet om «én pasient – én plan». Informanter beskriver at behandling ofte skjer trinnvis framfor samtidig, og at dette gir begrenset effekt. De trekker særlig fram at stabilisering av rusmiddelbruk uten parallell behandling av psykisk lidelse som et eksempel. Både pasienter og behandlere beskriver denne formen for delbehandling som frustrerende og som lite effektiv bruk av ressurser.

> “Vi lever i en situasjon hvor ingen sier: Dette er mitt ansvar, eller: Ja, dette er et felles ansvar. Dette er dypt uetisk, det handler om budsjett.”
> - Psykologspesialist

Funnene samsvarer med analyser fra Riksrevisjonen, NIM og Helsetilsynet, som har beskrevet et fragmentert og uensartet tjenestetilbud for personer med alvorlig rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser (1, 2, 3, 14). Riksrevisjonen har blant annet pekt på krav om rusfrihet, manglende fleksibilitet og lav brukermedvirkning som forhold som gjør det vanskelig for mange å nyttiggjøre seg tilbudene. Rapportene oppgir at bolig, arbeid og sosial inkludering er områder som ofte blir nedprioritert (2).

Kristians pasientforløp illustrerer hvordan krav og ansvar kan bli skjøvet mellom tjenestenivåer. Han fikk verken stabilisering av rusmiddelavhengighet eller utredning for mulig psykisk lidelse. Pasientforløpet hans viser hvordan fragmentering og sektorvise kriterier kan få konsekvenser for pasientsikkerheten.

Regjeringens ruspolitikk (7) har trukket fram eksempler på tiltak som i større grad legger til rette for samhandling. De viser blant annet til behov for mer forpliktende samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester, økt bruk av oppsøkende team som FACT og ACT, og forsøk med nærklinikker.

ACT/FACT og FACTung

ACT (Assertive Community Treatment) og FACT (Flexible ACT) er oppsøkende, tverrfaglige teammodeller som gir samtidige og koordinerte tjenester til voksne med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusproblemer. Målgruppen er personer som i liten grad oppsøker hjelpeapparatet selv. FACTteam kan skaleres opp og ned etter behov og arbeider der pasienten er. FACTung er tilpasset aldersgruppen ca. 12–25 år, ofte med sammensatte vansker og behov for integrert oppfølging.

Dette er integrerte tjenester mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, med felles ansvar og fokus på samtidige og helhetlige tjenester (19).

Les mer om FACT.

OpiNor i Bodø er et eksempel på en nærklinikk der kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester for rusmiddelavhengighet er samlet under ett tak (15). FACT og ACTteam er modeller som kan bidra til mer sammenhengende oppfølging, men tilbudet er ikke tilgjengelig i alle deler av landet. I dag har 42 prosent av kommunene i Norge et slikt tilbud (2). Geografiske forskjeller får dermed betydning for hvem som har tilgang til denne typen tjenester. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha) har gjort en beregning av hvor mange FACT-team vi trenger i Norge. De konkluderer med at det er behov for omtrent 200 FACT-team for voksne og litt i overkant av 100 FACT ung-team. Det er mer enn dobbelt så mange slike team enn det vi har i dag (16).

Rusfeltets hovedorganisasjon (RHO), Norsk psykiatrisk forening og Forskningssenter for rusfeltet (ROPforsk) inviterte fagmiljøer, fagorganisasjoner og bruker- og pårørendeorganisasjoner til et felles møte i 2026. Deltakerne var samstemte om at det foreligger tilstrekkelig kunnskap om mangler i tilbudet til personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser, og at det er på tide med handling (17).

Opinor

Startet som et 2-årig prøveprosjekt i 2023. Dette er et lavterskeltilbud for personer med opioidavhengighet som tilbyr tjenester både for de som er i LAR, men også for andre med rusmiddelavhengighet. Dette er det første behandlingsstedet i Norge hvor behandlingstilbudet for rusmiddelavhengighet fra både kommune og fra spesialisthelsetjenesten er samlet under ett tak (15).

Behov for fleksibilitet i tjenestene

> “Det handler ikke om at vi ikke har nok tjenester. Det handler ikke om at vi ikke har nok folk. Det handler om at vi ikke klarer å organisere tjenesteapparatet slik at det treffer og hjelper de rette brukerne.”
> - Leder i kommune

Året før Kristian døde var han innlagt på psykiatrisk akuttmottak med mistanke om rusutløst psykose. En sykepleier var kjent med at han stod oppført til vurdering og kartlegging i LAR, og vurderte det som lite sannsynlig at han ville møte til planlagt avrusning, basert på at han hadde en lang historikk med uteblivelser. Sykepleieren tok derfor kontakt med LAR-behandlere og foreslo å framskynde avtalen, slik at Kristian kunne bli overført direkte fra akuttmottaket til avgiftningsposten med mål om tidligere involvering fra LAR.

Kristian ga uttrykk for motivasjon for dette, mens behandler i LAR ønsket å forholde seg til opprinnelig plan med innleggelse på avtalt tidspunkt. Kristian skrev seg ut fra psykiatrisk akuttmottak etter å ha blitt vurdert som samtykkekompetent, og møtte ikke til avtalen med LAR. Det var ofte ventetid for behandlings- eller institusjonsplass i perioder da han var mest motivert. I slike ventefaser hadde Kristian ofte ikke fast bosted, brukte ulike illegale rusmidler, hadde innleggelser med overdoser i akuttpsykiatrisk avdeling og begikk kriminelle handlinger. Når tidspunktet for vurderinger i LAR nærmet seg, møtte han ikke, eller takket nei.

Å komme i posisjon til å hjelpe pasienter som Kristian forutsetter fleksibilitet i helse- og omsorgstjenestene. En slik fleksibilitet kan innebære at tjenestene må være organisert med rom for ledig kapasitet. Samtidig er tjenestene under betydelig ressursmessig press. Ventetid, korte opphold, mangel på døgnplasser og trange budsjetter begrenser mulighetene til å være tilgjengelig når pasientens motivasjon er størst.

Det finnes eksempler på tiltak som i større grad imøtekommer behovet for fleksibilitet, blant annet lavterskel LAR. Dette er imidlertid ikke tilgjengelig i alle kommuner. Lavterskel LAR viser til modeller som forenkler inntak til LAR og retter seg mot personer som er vanskelige å nå, eller som av ulike grunner ikke søker behandling før det kan være for sent (18). Ledere i en kommune beskriver slike tilbud som avgjørende for enkelte brukere.

> “Få ressursar i forhold til innsøkte pasientar gjer at det polikliniske arbeidet i stor grad omhandlar det absolutt mest naudsynte. Det er blitt mindre rom for samhandling, recoveryorientert tilnærming og fleksibilitet i tilnærming. ”
> - Ansatt i LAR, fra Ukoms spørreundersøkelse

Når rusmiddellidelsen skygger for annen behandling

> “Jeg ønsker gode rammevilkår og ro til traumebevisst tilnærming og traumeterapi. Ønsker mer ROP-forløp enn det vi får til.”
> - Ansatt i LAR, Ukoms spørreundersøkelse

Lars’ behandling i LAR bestod i hovedsak av nedtrapping av opioider og benzodiazepiner, etterfulgt av opptrapping og stabilisering av individuelt tilpasset medikamentell behandling. Oppfølgingen var i stor grad knyttet til medikamenthåndtering, og dette preget også konsultasjonene hos fastlegen. Samtidig ble behov for helsehjelp for tilleggslidelser vanskelig å følge opp. For Lars var meningsfulle aktiviteter i hverdagen, som arbeid, bolig og familieliv viktige, men disse temaene fikk i praksis begrenset plass i kontakten med hjelpeapparatet.

Lars ønsket oppfølging og behandling for tilleggslidelser. Han ble gjentatte ganger henvist til psykisk helsevern for behandling av psykiske plager, men uteble flere ganger fra både fysiske og digitale konsultasjoner. Det var vanskelig for ham å møte til avtalene. Han forklarte dette med misforståelser, sykdom eller angst for å ta telefonen når det ringte fra ukjent nummer. Når han ikke møtte, ble kontakten avsluttet. Som regel fikk han da beskjed om at han, ved behov, kunne bli henvist på nytt via fastlegen.

For Kristian stilte spesialisthelsetjenesten krav om rusfrihet før utredning for mulig psykisk lidelse. Samtidig ble behandling i LAR ikke vurdert før en slik utredning forelå. Resultatet ble at Kristian verken fikk utredning for psykisk lidelse eller behandling for rusmiddelavhengighet. Til tross for innsats fra pårørende, kommunalt oppfølgingsteam og FACT-team (19), ble det ikke etablert et sammenhengende behandlingsforløp. Oppfølgingen besto i hovedsak av kortvarige akuttinnleggelser, sporadisk kontakt og forsøk på bruk av tvang, uten at dette inngikk i et helhetlig forløp



Foto: Shutterstock

Vi finner at manglende behandling for traumer, angst, smerter og somatiske tilleggslidelser kan påvirke utfallet av LAR-behandling. Slike behov blir ofte stående utenfor LAR-forløpene, til tross for at pasienter i LAR skal kunne få utredning og behandling for psykiske helseutfordringer ved behov. SERAF viser i sin årsrapport til at mange pasienter i LAR opplever psykiske symptomer som påvirker livskvaliteten, uten at de mottar behandling for dette (20).

I gjennomgangen av Kristians pasientjournal, og i samtaler med ansatte i tjenestene finner vi at psykisk uhelse og rusmiddelavhengighet gjensidig sto i veien for vurdering og behandling. I sykehusets egen årsaksanalyse etter Kristians dødsfall ble det pekt på at pasientens diagnoser kan ha hatt betydning for mangelfull effekt av behandlingstilbudene og samhandlingen mellom tjenestenivåene. Sykehuset viser også til mangelfull intern samhandling mellom psykiatrisk avdeling og LAR, og at Kristian manglet koordinator i spesialisthelsetjenesten etter at FACT-teamet trakk seg ut året før han døde.

Personer med rusmiddelavhengighet har høy forekomst av traumer, og mange lever med PTSD (21). Dette understreker betydningen av behandling for rusmiddelavhengighet og traumene som ofte ligger til grunn for rusmiddelavhengigheten (21). Når helsetjenestene ikke er tilpasset disse behovene, kan pasientene bli stående mellom ulike instanser. Konsekvensene kan være lange ventetider, dårligere behandling og et mer belastende pasientforløp (21).

Når helsetjenestene ikke kommer i posisjon til å utrede og følge opp traumelidelser over tid, blir behov for smertelindring og behandling av traumer og angst i praksis i liten grad ivaretatt innenfor LAR-forløpene. LAR-retningslinjen anbefaler at personer med samtidig rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse får tilbud om utredning og behandling for psykisk sykdom gjennom hele forløpet. Det blir stilt krav om høy grad av brukermedvirkning i utredningen og behandlingen (22).

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) anbefaler at rehabiliteringsarbeidet starter tidlig i stabiliseringsfasen der både somatisk og psykisk helse blir utredet (23). Evalueringen av rusreformen fra 2004 (24) viste at reformen ikke førte til mer sammenhengende og helhetlige behandlingstilbud, og at det fortsatt er geografiske forskjeller. Kompetansen på traumebehandling varierer, og ikke alle pasienter får tilgang til nødvendige behandlingsmetoder.

Brukerperspektivet står sentralt i rehabiliteringsprosessen. For den enkelte handler rehabilitering om å fungere best mulig innenfor rammene og mulighetene som samfunnet gir, noe som har betydning for både livskvalitet og verdighet. Rehabilitering har også et samfunnsøkonomisk perspektiv, i tillegg til et etisk og sosialpolitisk mål om like muligheter og deltakelse (25).

Både Aud, Kristian og Lars hadde en vanskelig oppvekst med traumatiske erfaringer som preget dem i voksen alder. I møte med helsetjenestene beskrev de symptomer som kan være forenelige med PTSD. De formidlet gjentatte ganger, til ulike deler av hjelpeapparatet, at de ønsket behandling for traumer, både knyttet til oppvekst og senere livshendelser. Helsetjenestene kom likevel ikke i posisjon til å utrede og gi traumebehandling over tid.

Vi finner at det kan være krevende for pasienter i LAR å ta imot annen behandling enn den medikamentelle dersom de samtidig opplever mistillit til tjenestene og manglende forutsigbarhet knyttet til medisinvalg og dosering. Tjenestene er i stor grad organisert slik at den medikamentelle behandlingen prioriteres først, og at det da er denne behandlingen som opptar det meste av tiden i møte mellom pasient og behandler.

Stayer-studien fra Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) viste at 72 prosent av personer med rusmiddelavhengighet hadde traumer fra barndommen, og 94 prosent har opplevd traumer senere i livet (26). Studien peker på betydningen av at behandlere er oppmerksomme på behovet for traumebehandling tidlig i forløpet, parallelt med behandling for rusmiddelavhengighet. Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har

ofte erfaringer med traumer og symptomer på PTSD, og studier viser at slike belastninger er utbredt i denne pasientgruppen (27, 28).
Samtidig peker Riksrevisjonen på at spesialisthelsetjenesten ikke har gjort nok for å gi spesialisert og samtidig behandling for rusmiddellidelser og psykiske lidelser (2).

Riksrevisjonen skriver videre at «*Når tilbudet ikke er tilpasset pasientgruppens evne til å gjøre seg nytte av det, fører det i praksis til at mange personer med ROP-lidelser ikke får lik tilgang til helsehjelp*» (2). Manglende likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester er identifisert som en av de største utfordringene for befolkningen (2).

Rusutløst psykose eller underliggende psykoselidelse?

> “Vi ser folk komme inn med en aktiv psykose og amfetaminbruk og så klarer man ikke å dy seg og pøser på med antipsykotika og får dempet noen dager, en liten uke, og så tenker man at det var rusutløst og så ser man gjentatte ganger at man aldri kommer i havn til å finne ut av det. Hva hadde skjedd hvis vi hadde droppet disse medisinene?
> Og så er det kanskje også press på antall plasser, og at vi ønsker å få håndtert pasienten så raskt som mulig. Med det resultat at disse kan gå lenge før man avdekker at det er en behandlingstrengende psykose i bunn.”
> - Leder i psykisk helsevern

Allerede på ungdomsskolen ruset Kristian seg daglig. Som ung fikk han diagnoser innen psykisk helse og det var mistanke om tidlig psykose. Fra han var 17 år og fram til han døde, hadde han årlig flere overdoser og akuttinnleggelser på sykehus. Pårørende og ansatte i det kommunale oppfølgingsteamet stilte spørsmål ved om Kristian hadde forutsetninger for å ta stilling til frivillig behandling, gitt hans langvarige og alvorlige rusmiddelbruk og psykiske uhelse.

Behovet for rusmidler preget mange av Kristians valg. Når psykosesymptomene avtok, skrev han seg ut fra akuttpsykiatrisk avdeling og returnerte til rusmiddelbruk. Flere i hjelpeapparatet vurderte at det var fare for Kristians liv, og kommunen fattet et midlertidig hastevedtak om tvunget tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2. Vedtaket var begrunnet i en omfattende og eskalerende rusmiddelbruk, gjentatte overdoser, spørsmål om psykosegjennombrudd og mange korte innleggelser i psykisk helsevern. Det ble også vist til manglende oppmøte ved flere forsøk på frivillig behandling, og redusert evne til egenomsorg over tid. Kristian ble innlagt for å skjerme ham mot overdoser og for å stabilisere hans psykiske og fysiske helse. Målet var at han kunne bli bedre i stand til å ta stilling til helsehjelp og frivillig rusbehandling.

Tvunget tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2

HOL §10-2 muliggjør tvang «dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Det kan da vedtas at vedkommende *uten eget samtykke* tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.» Det er kommunen som fremmer forslag om tvunget tilbakehold, og det er Barnevern- og helsenemnda som fatter vedtak. Etter loven kan vedtak om §10-2 bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby personen tilfredsstillende hjelp (9)**.**

Kristian rømte flere ganger under hasteinnleggelsen etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2, og ble brakt tilbake av politiet. Han var truende og utagerende og ble derfor overført til akuttpsykiatrisk post. Spesialisthelsetjenestene vurderte at det var vanskelig å avdekke en eventuell psykoselidelse innenfor de rammene sykehuset hadde, og at de heller ikke kunne ivareta Kristian eller sikkerheten til egne ansatte. De opplyste at de manglet både ressurser og egnede lokaler til å tilby tilstrekkelig hjelp. Før saken kom til behandling i Barnevern- og helsenemnda, trakk derfor kommunen vedtaket tilbake. Med det falt også grunnlaget for videre tvang bort, og Kristian ble skrevet ut.



Foto: Shutterstock

Når pasienter med gjentatte innleggelser etter psykisk helsevernloven § 3-2 ikke samtykker til frivillig behandling, kan det være krevende for helsetjenestene å komme i posisjon til å utrede og gi nødvendig hjelp. Loven (12) og lovens forarbeider (29) gir begrenset veiledning i slike situasjoner. Rusmiddelbruk blir hovedsakelig omtalt som en kompliserende faktor, og ikke som et forhold som i seg selv tilsier økt alvorlighet. En sentral utfordring ved samtidige rus- og psykosesymptomer er hvordan rus og psykose blir vektlagt i det enkelte tilfellet. Denne vektingen

får betydning for hvilket lovverk som kan anvendes. Uavhengig av slik vekting er gjentatte psykoser, eller vedvarende psykose med eller uten samtidig rusmiddelbruk, å anse som en alvorlig tilstand. Tilstanden forutsetter en fleksibel og vedvarende tilnærming fra helse- og omsorgstjenestene (30).

> *«Hovedproblemet med diagnosen rusutløst psykose er at den overdriver viktigheten av rusmiddelbruken. Betydningen av sårbarhet, likheten i symptomer og den store andelen som viser seg å ha primærpsykose, kan tale for å revurdere navnet på diagnosen og plasseringen i rusmiddelkapittelet i ICD-10. Ved å bruke en betegnelse som psykose etter rusmiddelinntak eller tilsvarende og plassere diagnosen i psykosekapittelet, vil man i større grad anerkjenne kompleksiteten ved tilstanden og samtidig gi rom for bedre utredning og behandling i psykisk helsevern samt mer rettferdige vurderinger i rettsvesenet».*
>
> Fra Kronikk av Bramnes, Syse og Rognli i Tidsskrift for Den norske legeforeningen (30).

Forskning viser at behandling av rusmiddelavhengighet og psykisk sykdom har bedre effekt når tilstandene ses i sammenheng (21). Samtidig viser Riksrevisjonens rapport at samtidige tjenester i liten grad blir etablert (2). NIM har påpekt at manglende helhet og koordinering bidrar til at denne pasientgruppen ikke får et reelt likeverdig helsetilbud (3).

Høye krav til pasientens egeninnsats

I Kristians pasientjournal framgikk det at forbipasserende fant ham på en benk og at han ble lagt inn akutt med mistanke om overdose. Helsepersonell anbefalte ham på det sterkeste å bli værende for videre undersøkelser og vurderinger, men Kristian insisterte på å dra hjem. Kristian var bostedsløs, og «hjem» innebar, ifølge pårørende, å returnere til benken der han ble funnet. Til tross for gjentatte oppfordringer om å bli, skrev han seg ut på eget ansvar. Behandler vurderte ham som samtykkekompetent, og det forelå derfor ikke grunnlag for å holde ham tilbake.



Foto: Shutterstock

Etter at Kristian hadde forlatt sykehuset, forelå svar på blodprøver. Sykehuset sendte et brev til Kristian med anbefaling om å oppsøke lege. Brevet ble sendt til en adresse som ikke lenger eksisterte, da husene var revet og erstattet med nye leiligheter. Kristian mottok derfor ikke brevet og visste ikke at han burde oppsøke lege.

Ved en annen anledning fikk Kristian, etter flere innleggelser som følge av overdoser, beskjed om å sove, spise godt og avstå fra rusmidler da han forlot sykehuset. Han ble også rådet til å oppsøke lege dersom han ble dårlig.

Et fragmentert system er avhengig av at pasienten selv fungerer som budbringer mellom tjenestene. For mange i denne pasientgruppen er dette krevende å klare på grunn av kognitive vansker, sykdom eller livssituasjon. Dette øker risikoen for misforståelser, manglende oppfølging og brudd som kan få betydning for pasientsikkerheten. Pasienthistoriene viser et gap mellom hvilke forventninger pasientene eller brukerne og pårørende har til tjenestene, og hva tjenestene faktisk kan innfri innenfor dagens organisering.

Vi ser at oppmøte til avtaler varierer hos personer med rusmiddelavhengighet. Det er naturlig å stille spørsmål ved om helsetjenestene er tilstrekkelig rigget for å håndtere dette. Tjenestene er i stor grad organisert slik at pasienter med rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse er forventet å selv koordinere hjelpen de har behov for, inkludert bestille timer på rett sted, møte til behandling og sikre informasjonsflyt mellom tjenester. For pasienter med ustabil livssituasjon eller redusert funksjonsnivå blir dette særlig krevende. Når tjenestene ikke oppnår kontakt med pasienten, avslutter de ofte behandlingsforløpet, uten at det foreligger nok kunnskap om pasientens situasjon, og uten at de har innhentet informasjon fra andre tjenesteytere. I praksis blir manglende kontakt ofte tolket som at det ikke er grunnlag for å behandle, heller enn som et tegn på behov for en annen type oppfølging, snarere enn som uttrykk for behov for annen form for oppfølging. For pasienter som mangler BankID, fast telefonnummer eller fast bopel, framstår kontakt og informasjonsutveksling som særlig krevende. Dette kan begrense pasientenes reelle tilgang til tjenester som i utgangspunktet er tilgjengelige, og bidra til at digitalt utenforskap får betydning for pasientsikkerheten.

Pasienter med samtidige rusmiddelproblemer og psykisk sykdom blir ofte henvist mellom behandlingsnivåer og internt i helseforetak uten tilstrekkelig støtte til å følge opp avtaler og overganger. Når det er behov for behandling både for rusmiddelproblemer og psykisk sykdom, møter pasientene tjenester som i begrenset grad er tilpasset deres sammensatte behov for oppfølging (21). Dette kan bidra til brudd i behandlingsforløp og tap av kontinuitet.

Et fragmentert helsetilbud kan få betydning for pasienters rettigheter og likeverdighet. Riksrevisjonen har slått fast at personer med ROP-lidelser ofte har behov for bistand til å ivareta egne rettigheter, samtidig som systemet forutsetter at pasienten selv klarer å navigere i et komplekst hjelpeapparat (2). Vi ser at det er behov for at tjenestene er mer fleksible, mindre preget av rigide krav og bedre tilpasset pasientenes situasjon. Når kravene til pasientens egeninnsats blir for høye, øker risikoen for at pasienter faller ut av oppfølging. Dette kan bidra til at pasienter med sammensatte behov ikke mottar helsehjelp som er tilpasset deres situasjon og funksjonsnivå.

Informasjon fra pårørende og andre som står pasienten nær

> “Han var ikke mye ute av psykose, mer og mer slik at han var å se i psykose. Enten ruset eller i psykose mye av tiden.”
> - Pårørende til Kristian

Pårørende og ansatte i Kristians hjelpeapparat mente at han ville ha nytte av LAR-behandling og bistod ham i flere søknader. Kristian søkte LAR-behandling flere ganger uten å få innvilget dette. Pårørende klaget avslagene inn til Statsforvalteren flere ganger, men Statsforvalteren la spesialisthelsetjenestens vurdering til grunn og opprettholdt avslagene. Begrunnelsen var at Kristian ikke oppfylte vilkårene for LAR-behandling, blant annet fordi langvarig og tung opioidavhengighet ikke var tilstrekkelig dokumentert. Spesialisthelsetjenesten vurderte at de ikke ønsket å starte behandling med sterke, vanedannende legemidler dersom opioidavhengigheten ikke var tilstrekkelig avklart. Pårørende og de som kjente Kristian godt i kommunens lavterskeltilbud og i fengselshelsetjenesten, vurderingen opioidavhengigheten annerledes.

Samme år som Kristian døde, vurderte behandler i LAR at han primært hadde behov for oppfølging og behandling i psykisk helsevern før en eventuell ny vurdering for LAR. Pårørende og ansatte i det kommunale oppfølgingsteamet sendte flere bekymringsmeldinger til spesialisthelsetjenesten om Kristians økende rusmiddelbruk og funksjonsfall.

> “Jeg forstår ikke hvem som har tatt de vurderingene ... De har i hvert fall ikke sett han og hørt han.”
> - Leder, fengsel

Vi finner at pasienter med komplekse og sammensatte behov kan bli stående uten et reelt behandlingstilbud dersom spesialisthelsetjenesten ikke, eller i begrenset grad, innhenter og bruker komparentopplysninger fra pårørende og andre som kjenner pasientens hverdag, funksjonsnivå, rusmiddelbruk og helsetilstand. Slike opplysninger kan være avgjørende for å forstå sykdomsutvikling, alvorlighetsgrad og behov for tiltak.

Ukoms spørreundersøkelse viser at 40 prosent av ansatte i LAR oppgir at de i liten grad har tid til å innhente slike opplysninger. Vi finner at helse- og omsorgstjenesten ikke alltid nyttiggjør seg informasjon fra pårørende, pasienten selv eller andre nærpersoner. Opplysninger om funksjonsnivå og funksjonsfall framstår som særlig krevende å anvende i vurderinger av diagnoser og videre behandlingsløp. Riksrevisjonen har også vist at pasienters og pårørendes erfaringer i liten grad blir brukt systematisk i tjenestenes forbedringsarbeid (2).

Systematisk innhenting og aktiv bruk av opplysninger fra pårørende og andre med inngående kjennskap til pasienten kan bidra til et bedre beslutningsgrunnlag og mer treffsikre valg av tiltak. Pårørendeveilederen understreker at tjenestene skal ha systemer for å innhente pårørendes erfaringer og bruke dem i forbedringsarbeid og utvikling av tjenestene (31).

Lavterskeltilbud og frivillighet

Kristian benyttet flere ganger tilbud om døgnovernatting og organisert hjemreise fra frivillige organisasjoner. Dette bidro flere ganger til å beskytte ham mot overdoser, og han fikk tilgang til

mat, medisiner og akutt overnatting. Organisasjonene formidlet også informasjon til hjemkommunen om hvor han befant seg, og hvilken tilstand han var i. Dette gjorde det mulig for kommunens lavterskeltilbud å møte ham og sørge for trygg transport til hjemkommunen. Kristian oppholdt seg ofte i større byer for å få tilgang til rusmidler. I disse periodene visste ikke nødvendigvis det lokale hjelpeapparatet hvor han befant seg. Kontakten med de frivillige organisasjonene var ofte avgjørende for å vite om han var sett og i live, og bidro til å planlegge hvordan han kunne returnere til hjemkommunen.



Foto: Shutterstock

Vi finner at lavterskeltilbud og frivillige organisasjoner ofte utgjør en sentral og i noen tilfeller stabil kontaktflate for pasienter med omfattende og sammensatte behov. Slike tilbud kan fungere som et supplement til etablerte tjenester, særlig for personer som har vansker med å benytte seg av tilbud som forutsetter henvisning eller oppmøte til avtaler. Tilgjengeligheten til lavterskeltilbud varierer mellom kommuner. Flere av tilbudene blir i praksis ivaretatt av frivillige aktører. De fyller dermed en viktig rolle i rusomsorgen der det offentlige tilbudet er begrenset.

Lavterskeltilbud og frivillige organisasjoner fungerer som viktige supplement for personer som har vansker med å benytte seg av mer tjenester som krever henvisning. De er ikke tilgjengelige alle steder og sårbare for kutt. Lavterskelarenaer kan også bidra til økt kontinuitet i oppfølgingen, og for enkelte til et mer meningsfullt hverdagsliv, blant annet etter institusjonsopphold.

Ansatte i slike tilbud beskriver at de ofte er i posisjon til å oppdage endringer i funksjonsnivå og helsetilstand. Dette gjelder særlig i samhandling med fastlege og kommunale tjenester. De beskriver at de møter unike mennesker med unike behov, og at evnen til å samarbeide kan variere. Brukerne de møter har ofte sammensatte sosiale og psykiske utfordringer som påvirker livssituasjonen, der rusmiddelbruk bare er én del av bildet, men ikke nødvendigvis det mest krevende.

Samarbeid mellom frivillige aktører og offentlige tjenester kan ha betydning for informasjonsflyt og oppfølging av pasienter med omfattende behov. De frivillige beskriver at de vektlegger både opplysningsplikt og taushetsplikt i dette samarbeidet, og ser disse som sentrale for å kunne bidra til koordinert oppfølging.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924