



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 5

(2024–2025)

Melding til Stortinget

Trygghet, fellesskap og verdighet

Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I
– en ny politikk for forebygging, skadereduksjon
og behandling





DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 5

(2024–2025)

Melding til Stortinget

Trygghet, fellesskap og verdighet

Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I
– en ny politikk for forebygging, skadereduksjon
og behandling

Innhold

Del I	Regjeringens rusmiddelpolitikk	9	3.5.2	Nærklinikk for behandling av alvorlig rusmiddellidelse	43
1	Innledning	11	3.6	Oppfølging av hepatitt C	44
1.1	Sammendrag	13	3.7	Årskontroll	44
1.2	Innsatsområder og hovedgrep i forebyggings- og behandlingsreformen	13	3.8	Unntak for egenandel	44
			3.8.1	Egenandeler i spesialisthelsetjenesten	44
1.3	Et historisk tilbakeblikk på rusmiddelfeltet	14	3.8.2	Egenandel hos fastlege	45
1.4	Internasjonale og nasjonale utviklingstrekk på rusmiddelområdet	20	4	Forsterket innsats mot overdoser	46
1.5	Rushåndhevingsutvalget	20	4.1	Bakgrunn	46
1.6	Involvering og innspill til meldingsarbeidet	25	4.1.1	Regjeringen vil:	47
1.7	Tilgrensende meldinger mv.	25	4.2	Oppfølging av overdosestrategien og videreføring av tiltak	47
			4.3	Ny handlingsplan mot overdoser	48
2	Rusmiddelbruk	27	5	Fremme kunnskapsbasert forebyggende innsats	50
2.1	Alkohol	27	5.1	Bakgrunn	50
2.1.1	Bruk i befolkningen	27	5.1.1	Regjeringen vil	51
2.1.2	Skadelig bruk	27	5.2	Evalueringspraksis	52
2.2	Avhengighetsskapende legemidler	28	5.3	Inkluderende samfunn og tidlig innsats	53
2.2.1	Bruk i befolkningen	28	5.4	Forebyggende innsatser i flere sektorer	54
2.2.2	Skadelig bruk	29	5.4.1	Plikt til å forebygge	55
2.3	Ulovlige rusmidler	29	5.4.2	Forebygging i helse- og omsorgstjenesten	55
2.3.1	Bruk i befolkningen	29	5.4.3	Politiets roller og oppgaver	57
2.3.2	Skadelig bruk	31	5.4.4	Forebygging på utdanningsarenaer	65
2.3.3	Produksjon, innførsel, beslag og utviklingen i omsetning	32	5.4.5	Forebygging i barnevernstjenesten	66
2.4	Pengespill	33	5.4.6	Forebygging i arbeids- og velferdsforvaltningen NAV	66
			5.4.7	Forebygging på arbeidsplassen	66
Del II	Retning for rusmiddelfeltet	35	5.5	Regulatoriske virkemidler for redusert tilgjengelighet	67
3	Fremme likebehandling og oppfylle retten til god helse og livskvalitet	37	5.6	Nasjonalt rusmiddelforebyggende program for barn og unge	69
3.1	Bakgrunn	37	5.7	Tverrsektorielt arbeid for bedre forebygging	70
3.1.1	Helsetap og redusert levealder	37	5.8	Oppsøkende sosial- og helsefaglig arbeid	71
3.1.2	Sosial ulikhet i helse	38	5.9	Rådgivende enhet for russaker	72
3.1.3	Regjeringen vil	38	5.10	Ruskontrakt	73
3.2	Språk og stigma	39			
3.3	Diskrimineringsvern	40			
3.4	Økt oppmerksomhet om rusmiddel- og avhengighetsproblematikk	41			
3.5	Brukernære tilbud og skadereduksjon	42			
3.5.1	Brukerrom og utdeling av brukerutstyr	42			

6	Fremme bruker-, pasient- og pårørendeperspektivet	76	7.6.4	Krisesentertilbud til voldsutsatte med rusmiddel- eller psykiske helseproblemer	100
6.1	Bakgrunn	76			
6.1.1	Regjeringen vil	77	7.6.5	Reduksjon i ytelser under institusjonsopphold	101
6.2	Personer med egenerfaring i tjenestene	77	7.7	Tannhelsetjenester	101
6.3	Nye nasjonale faglige råd for bruker- og pårørende-medvirkning	77	7.8	Frivillig og ideell sektor, bruker- og pårørendeorganisasjoner	102
6.4	Systematisk evaluering og tilbakemelding	77	7.9	Videreutvikle tilskuddsordninger på psykisk helse- og rusmiddelfeltet	104
6.5	Familierettede tiltak	78			
6.5.1	Pårørendeavtaler	79	8	Behandling av rusmiddel-	
6.6	Bruker-, pasient- og pårørende-undersøkelser	79		lidelser	106
7	Tjenestetilbud i kommunene	81	8.1	Bakgrunn	106
7.1	Bakgrunn	81	8.1.1	Regjeringen vil	106
7.1.1	Tilgjengelige og bærekraftige tjenester	82	8.2	Behandling av alkohol-	
7.1.2	Regjeringen vil	82		problemer	107
7.2	Kommunale helse- og omsorgs-tjenester	83	8.3	Legemiddelassistert	
7.2.1	Fastlege og tverrfaglige fastlegekontor	83		rehabilitering	108
7.2.2	Psykisk helse- og rustjenester	83	8.3.1	Regulering av LAR	109
7.2.3	Hjemmetjenester mv.	83	8.3.2	Lavterskel-LAR	109
7.2.4	Tjenester til barn og unge	84	8.3.3	Videreutvikling av LAR	110
7.3	Sammenhengende forløp	86	8.4	Behandling av legemiddel-	
7.3.1	Nasjonale forløp	88		avhengighet	111
7.3.2	Individuell plan og koordinerings-ordninger	88	8.5	Behandlingstilbudet til personer som bruker anabole steroider og andre prestasjonsfremmende midler	112
7.3.3	Utskrivningsklare pasienter og oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten	89	8.6	Tvang på rusmiddelfeltet	113
7.3.4	Samhandling om personer med langvarige og sammensatte behov	90	8.7	Behandling av rusmiddellidelser under straffegjennomføring	114
7.3.5	Samhandling om barn og unge	91	8.8	Videreutvikling av behandlingstilbud for spilleproblemer	117
7.3.6	Digital samhandling	91	8.9	Behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med rusmiddellidelse	118
7.4	Ambulant og tverrsektoriell innsats	91	8.10	Utredning av framtidens rus- og avhengighetsbehandling	118
7.5	Arbeid, utdanning og aktivitet	93	9	Spesialisthelsetjenester	120
7.5.1	Meningsfull aktivitet, tilhørighet og mestring	96		Bakgrunn	120
7.6	Bolig og døgntilbud	96	9.1.1	Tilgjengelige og integrerte tjenester	120
7.6.1	Bolig, boligsosialt arbeid og oppfølgingstjenester i bolig	96	9.1.2	Regjeringen vil:	121
7.6.2	Døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten og bemannede botilbud	98	9.2	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	122
7.6.3	Tilskuddsfinansierte døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten	100	9.2.1	Nasjonale nøkkeltall og utviklingstrekk	122
			9.2.2	Tjenestetilbudene i TSB	123
			9.2.3	Ventetider	125

9.3	Framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse	126	10.4.2	Fagarbeidere	137
9.4	Videreutvikling av tjenestetilbudet innen TSB	127	10.4.3	Grunn- og videreutdanning i universitets- og høyskolesektoren	138
9.4.1	Helseregionenes samarbeid med ideelle leverandører	128	10.4.4	Offentlig spesialistgodkjenning	138
9.4.2	Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg	128	10.4.5	Forskning	138
9.4.3	Integrert ettervern innen TSB	129	10.5	Kompetanseutvikling i kommuner og spesialisthelsetjeneste	139
9.5	Spesialisthelsetjenester til unge med rusmiddelproblemer	130	10.5.1	Nasjonale kompetansetjenester og kompetansesentre	140
9.5.1	Tydeliggjøring av ansvar for rusbehandling for unge	130	10.5.2	Kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten	141
9.5.2	Rusbehandling i barnevernet	131	10.6	Kunnskapsutvikling	141
10	Personell, kompetanse og kunnskap	133	10.6.1	System for helhetlig monitorering av rusmiddelsituasjonen	142
10.1	Bakgrunn	133	10.6.2	Rapportering til EUDA	145
10.1.1	Regjeringen vil	133	Del III	Økonomiske og administrative konsekvenser	147
10.2	Kunnskap i befolkningen	134	11	Økonomiske og administrative konsekvenser	149
10.3	Tilgang til personell	134	11.1	Samfunnsøkonomiske kostnader ved rusmiddelbruk	149
10.3.1	Riktig bruk av personell	134	11.1.1	Økonomiske virkemidler	150
10.3.2	Tillit, rapportering og kunnskap om personellbehov	135	11.1.2	Gjennomføring og evaluering	150
10.4	Kvalifisering, utdanning, spesialistgodkjenning og forskning	136	11.2	Resultatoppfølging	150
10.4.1	Erfaringskonsulenter	137	Referanser	152	



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 5

(2024–2025)

Melding til Stortinget

Trygghet, fellesskap og verdighet

Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I
– en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 25. oktober 2024,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)*

Del I
Regjeringens rusmiddelpolitikk

1 Innledning

Regjeringen varslet i Hurdalsplattformen en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet og en ny politikk på området. Mennesker med rusmiddelproblemer har rett til et verdig liv uten diskriminering og rett til nødvendig helsehjelp, uavhengig av hvilke rusmidler de bruker. Personer med alvorlige rusmiddelproblemer skal ikke møtes med straffereaksjoner, men med god hjelp og oppfølging. Samtidig er regjeringen klar på at det ikke er aktuelt å avkriminalisere bruk og besittelse av narkotika til egen bruk.

Rusmiddelpolitikken er en del av den samlede helse- og velferdspolitikken. Samtidig gjør kriminalpolitiske hensyn seg gjeldende, særlig på narkotikaområdet. En helhetlig og sammenhengende rusmiddelpolitikk må vekte ulike hensyn på en god måte. På den bakgrunn legges regjeringens forebyggings- og behandlingsreform fram i to deler.

Med denne meldingen legger regjeringen fram forebyggings- og behandlingsreformens del I, som tar for seg helse- og velferdspolitiske utfordringer på hele bredden av rusmiddelfeltet. Regjeringen vil i 2025 legge fram del II av reformen gjennom forslag til lovendringer på narkotikaområdet i en egen lovproposisjon.

Et overordnet mål for regjeringen er å utjevne sosiale forskjeller og sosial ulikhet i helse. Regjeringen ser en sterk offentlig helsetjeneste, styrt og finansiert av fellesskapet, som avgjørende for å redusere sosiale og geografiske forskjeller og for å hindre en todeling av helsetjenesten (1). Dette gjelder også rusmiddelfeltet. Avhengighet og skadelig bruk av rusmidler, dopingmidler og avhengighetsskapende legemidler rammer befolkningen ulikt, bidrar til ulikhet i helse og forsterker sosial og økonomisk ulikhet i samfunnet som helhet. Politikken og virkemidlene på rusmiddelfeltet må reflektere disse utfordringene.

Debatten og utviklingen på narkotikaområdet har også reist viktige kriminalpolitiske spørsmål. Regjeringen vil fremme lovforslag som sikrer at personer med omfattende rusmiddelproblemer ikke straffes for egen bruk av narkotika. Samtidig er regjeringen opptatt av at politiet skal ha

egnede og forholdsmessige virkemidler for å kunne avdekke og motvirke bruk og befatning med ulovlige rusmidler, og for etterforskning av alvorlig narkotikakriminalitet. Regjeringen oppnevnte derfor et eget utvalg, rushåndhevingsutvalget, som har utredet strafferettslige og straffeprosessuelle spørsmål på dette området. Utvalget leverte sin utredning sommeren 2024 og høringen ble ferdigstilt høsten 2024, se nærmere omtale av utvalget under kapittel 1.5. Utvalgets forslag vil bli behandlet i forebyggings- og behandlingsreformens del II.

I denne meldingen peker regjeringen retning for den framtidige rusmiddelpolitikken gjennom en reform som legger vekt på at Norges menneskerettslige forpliktelse til å sikre den høyest oppnåelige helsestandard(2), også gjelder for mennesker med rusmiddelproblemer og avhengighet.

Regjeringen understreker at det gjøres et godt arbeid av dyktige og dedikerte fagfolk på dette området. Likevel er det både gamle og nye utfordringer som må løses. Bruk av alkohol, avhengighetsskapende legemidler og ulovlige rusmidler står for en stor del av det samlede helsetapet i befolkningen, og mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer lever betydelig kortere enn den generelle befolkningen. Gruppen som helhet opplever stigma og forskjellsbehandling og manglende tilgang på likeverdige helse- og omsorgstjenester. Dagens forebyggings- og behandlingsinnsatser er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert, og det er for lite kunnskap og kompetanse om rusmidler og avhengighet i viktige deler av helse- og omsorgstjenesten. Det er fremdeles samhandlingsutfordringer mellom tjenestenivåer og mellom sektorer som medfører risiko for svikt i forløp og fragmenterte tjenestetilbud.

Regjeringens rusmiddelpolitikk har som mål å forebygge og redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk kan ha for den enkelte, for pårørende og for samfunnet som helhet. Regjeringen ønsker å komme tidligere inn med god hjelp og oppfølging, og tjenestetilbud skal være tilgjengelig og nært der folk bor i samsvar med

Boks 1.1 Sentrale begreper

Rusmidler omfatter alkohol, avhengighetskapende legemidler og ulovlige rusmidler (narkotika).

Rusmiddelproblemer/risikofyllt bruk betegner rusmiddelbruk som er problematisk helsemessig, juridisk og/eller sosialt, uten å nå diagnostisk nivå.

Rusmiddellidelser er et overordnet begrep for *skadelig bruk* og *rusmiddelavhengighet*, som definert i ICD-10.

Skadelig bruk av rusmidler innebærer bruk av rusmidler som har gitt fysiske eller psykiske helseskader enten akutt eller over en periode.

Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser og prioriterer rusmiddeinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser.

Avhengighet kan også innebære behov for økende doser (toleranse) og noen ganger avvenningssymptomer (abstinenser) når bruken opphører en periode. Symptomene varierer med typen rusmiddel og omfanget av bruk.

TSB, tverrfaglig spesialisert rusbehandling. TSB omfatter akutttilbud, avrusning, poliklinikk, ambulante tjenester og kortere eller lengre døgnoophold, som utgjør de såkalte *basistjenestene innen TSB* i spesialisthelsetjenesten.

PHV, psykisk helsevern for voksne

LAR, legemiddellassistert rehabilitering er medikamentell behandling for opioidavhengighet som inngår i tjenestetilbudet innen TSB.

HAB, heroinassistert behandling er en forsøksordning i spesialisthelsetjenesten.

Kilde: Folkehelseinstituttet (3)

regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken.¹

Rusmiddelpolitikken bygger på et solidaritetsprinsipp der hensynet til problem- og risikobrukere, tredjepart og den generelle folkehelsen veier tungt. Rusmiddelpolitikken omfatter innsatser rettet mot alkoholbruk, bruk av avhengighetskapende legemidler og bruk av ulovlige rusmidler og dopingmidler. Avhengighet til pengespill ses i sammenheng med rusmiddelpolitikken.

For å realisere de rusmiddelpolitiske målene er det nødvendig med både etterspørsels- og tilgjengelighetsreducerende tiltak. Regulatoriske virkemidler som tar sikte på å redusere tilgjengelighet, er av stor betydning særlig på alkoholområdet, men også lovgivning på legemiddel- og narkotikaområdet, herunder Norges forpliktelser til FNs narkotikakonvensjoner er viktige i denne sammenhengen.² I denne meldingen omtales imidlertid særlig tiltak som tar sikte på å redusere

etterspørsel, i hovedsak forebyggende innsatser, behandling og oppfølging.

Det overordnede ansvaret for å koordinere rusmiddelpolitikken er forankret i Helse- og omsorgsdepartementet. Hovedansvaret for å redusere tilgjengelighet når det gjelder ulovlig innførsel, omsetning, beslag mv., ligger til justis-sektoren, primært politi og påtalemyndighet, men også Tolletaten, som ligger til Finansdepartementets sektoransvar. Lotteri- og pengespillpolitikken ligger under Kultur- og likestillingsdepartementets sektoransvar.

Sivilsamfunnet er også en viktig aktør både for politikk- og tjenesteutvikling. Staten sikrer deltakelse fra sivil samfunn blant annet ved dialog, høringer og ved å yte tilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Frivillig og ideell sektor yter også tjenester på vegne av det offentlige, både gjennom tilskudd og gjennom avtaler, for eksempel innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Det er et mål for regjeringen at ingen barn og unge begynner å bruke narkotika. Den forebyg-

¹ Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er: 1. God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn 2. Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet 3. Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp 4. Bærekraftig og rettferdig ressursbruk 5. Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer.

² Konvensjonene inneholder hovedprinsipper om hvordan narkotiske stoffer skal reguleres og kontrolleres. Dette handler både om regulering av narkotiske stoffer til medisinske og vitenskapelige formål, å begrense og forhindre produksjon, distribusjon og ulovlig handel med narkotika.

gende innsatsen overfor barn og unge er derfor avgjørende. Dette knyttes også opp til FN's barnekonvensjon artikkel 33, hvor det framgår at alle barn skal beskyttes mot ulovlig bruk, salg og produksjon av narkotiske stoffer. Videre er det et mål, i tråd med alkoholloven, i størst mulig utstrekning å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer i samfunnet.

Regjeringen vil føre en helsepolitikk der rusmiddellidelser prinsipielt betraktes og behandles på samme måte som andre lidelser. Regjeringen legger derfor til grunn et *normaliseringsperspektiv* på behandling og oppfølging av rusmiddelproblemer. Det betyr blant annet at innretning av tjenestetilbud følger de samme prinsipper for prioritering som for andre behandlingstrengende helsetilstander, og at det ikke lages uhensiktsmessige og personellkrevende strukturer utenpå de ordinære tjenestene. Hensikten er å forebygge uønsket forskjellsbehandling og bidra til mer likeverdige og tilgjengelige tjenestetilbud av god kvalitet som møter behovene til personer med rusmiddelproblemer. Dette er ikke til hinder for å etablere tjenester som er tilrettelagt for enkeltgruppers unike behov, som særlig tilrettelagte lavterskeltilbud for å sikre utsatte gruppers tilgang til likeverdige tjenester.

Det betyr imidlertid at alle helsetjenestemråder må ha tilstrekkelig kompetanse til å yte de tjenestene de har et ansvar for å gi til den generelle befolkningen, også til denne pasientgruppen. Både kapasitets- og faglig utvikling, må skje innenfor en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og innenfor gjeldende prioriteringskriterier. Ressursene må brukes bedre og mer effektivt. Et helhetlig og godt koordinert tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer forutsetter at forebyggende innsatser, tjenestetilbud i kommune- og spesialisthelsetjenesten er kunnskapsbasert, gis på riktig nivå og at innsats fra offentlig og frivillig og ideell sektor, utvikles i sammenheng.

1.1 Sammendrag

Meldingen består av tre deler. Del 1 beskriver bakgrunnen for forebyggings- og behandlingsreformen og forekomst av rusmiddelbruk og inneholder kapittel 1 Innledning og kapittel 2 Rusmiddelbruk.

I kapittel 1 redegjøres for regjeringens rusmiddelpolitikk, formålet med forebyggings- og behandlingsreformen samt reformens seks innsatsområder. I tillegg beskrives en rekke viktige

hendelser på rusmiddelfeltet som plasserer regjeringens reform i en historisk kontekst. Kapitlet inneholder videre en kort omtale av utviklingstrekk innen norsk og internasjonal utvikling på rusmiddelfeltet, samt omtale av rushåndehevingsutvalget, regjeringens vurderinger og videre oppfølging av utvalgets forslag i forebyggings- og behandlingsreformens del II.

Kapittel 1 omtaler også kort tilgrensende arbeider og beskriver involvering og innspill til meldingsarbeidet. I kapittel 2 redegjøres det for befolkningens bruk av rusmidler samt pengespill og for konsekvenser av bruk.

I meldingens del 2 pekes det retning for den ønskede utviklingen av rusmiddelfeltet gjennom seks innsatsområder med tilhørende tiltak som regjeringen vil iverksette for å realisere målene med reformen.

Del 2 inneholder kapittel 3 Fremme likebehandling og retten til helse, kapittel 4 Forsterket innsats mot overdoser, kapittel 5 Fremme kunnskapsbaserte forebyggende innsatser, Kapittel 6 Fremme bruker- familie og pårørendeperspektivet. Innsatsområdet *videreutvikle behandlings- og oppfølgingstilbud* består av kapittel 7 Tjenestetilbud i kommunene, kapittel 8 Behandling av rusmiddellidelser, som omfatter begge nivåer i helse-tjenesten og kapittel 9 Spesialisthelsetjenester. Videre inneholder del 2 kapittel 10 Kunnskap og kompetanseutvikling.

I meldingens del 3 omtales de økonomiske og administrative konsekvenser av reformen. Del 3 består av kapittel 11 Økonomiske og administrative konsekvenser.

1.2 Innsatsområder og hovedgrep i forebyggings- og behandlingsreformen

Regjeringen vil gjennomføre forebyggings- og behandlingsreformen gjennom seks innsatsområder med tilhørende hovedgrep:

1. Fremme likebehandling og oppfylle retten til god helse og livskvalitet

Regjeringen vil endre regelverk og vurdere organisering og innretning av tjenestetilbud slik at behandling og oppfølging av rusmiddelproblematikk blir likere innretningen av øvrige helsetjenester. Det skal vurderes tiltak slik at fastleger gjennomfører årskontroll, og det skal vurderes fritak fra egenandeler hos fastlege for pasienter med rusmiddellidelser for å fremme likeverdig tilgang til helsetjenester. Det skal være robuste og tilgjengelige basistjenester i

TSB i alle helseforetak, og det skal prøves ut nærklinikk som yter spesialisert behandling for personer med sammensatte tjenestebehov. Det etableres en handlingsplan for å arbeide mot stigmatisering.

2. Forsterket innsats mot overdoser

Regjeringen vil iverksette en dynamisk, ikke tidsavgrenset handlingsplan for å forebygge overdoser av ulovlige rusmidler, avhengighetsskapende legemidler og alkohol.

3. Fremme kunnskapsbasert forebyggende innsats

Regjeringen vil fremme bedre samordning og koordinering av de ulike sektorene og aktørene som er involvert i det rusforebyggende arbeidet, og videreutvikle og implementere det nasjonale rusmiddelforebyggende programmet for barn og unge. Oppsøkende arbeid skal prioriteres og kvaliteten skal forbedres gjennom kompetanseutvikling og faglige nettverk. Kommunene skal få støtte til å innføre kunnskapsbaserte rusmiddelforebyggende tiltak gjennom kompetansestøtte og målrettet bruk av tilskudd. Den samlede helse- og omsorgstjenesten skal arbeide mer forebyggende.

4. Fremme bruker-, pasient- og pårørende perspektivet

Regjeringen vil fremme bruker-, pasient- og pårørendeperspektivet i tjenestetilbudene til personer med rusmiddelproblemer gjennom utvikling av nasjonale faglig råd, bruk av tilbakemeldingsverktøy og mer treffsikker finansiering av familiearbeid. Ivaretagelse av barn som pårørende skal styrkes gjennom en mer familieorientert behandling. Samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivilligheten og ideell sektor skal styrkes.

5. Videreutvikle behandlings- og oppfølgingstilbud

Regjeringen vil videreutvikle behandlings- og oppfølgingstjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten som reduserer ulikhet i helse, og som fremmer deltakelse i arbeid, aktivitet og sosial inkludering. Utviklingen skal understøttes av veiledere, retningslinjer, støtte til kommunene og målrettet bruk av tilskudd, samt krav til de regionale helseforetakene. Sammenhengende og koordinerte pasientforløp på tvers av tjenestenivåene understøttes gjennom samhandlingstilskudd, behandlingsforberedende tiltak, integrert ettervern og prioritering av arbeid med pasienter med rusmiddellidelser i helsefellesskapene. Det skal settes ned et utvalg som skal utrede samhandling, oppgavedeling, innretning og innhold i framtidig behandling for rus- og avhengighetslidel-

ser. Utredningen skal omfatte en vurdering av LAR med sikte på at pasienter får tilgang til riktig medikamentell behandling for sine rusmiddellidelser. Helseforetakene skal etablere behandlingstilbud til barn og unge og voldsutsatte kvinner med rusmiddellidelser. Det skal legges til rette for at rådgivende enheter for russaker i kommunene kan ivareta flere funksjoner på rusmiddelområdet.

6. Kunnskap og kompetanseutvikling

Regjeringen vil understøtte kunnskapsutvikling og kompetanse gjennom forskning og ved å videreutvikle nasjonale registre og bruk av regionale og nasjonale kompetansesentre. Oppdatert informasjon om rusmidler skal være tilgjengelig for befolkningen og personell med erfaringskompetanse skal inkluderes i tjenestene. For å øke kunnskap og beredskapen på området utredes et helhetlig nasjonalt monitoringsystem for overvåking av rusmiddel-situasjonen i Norge.

Regjeringen vil komme tilbake med en plan for gjennomføring og evaluering av forebyggings- og behandlingsreformen.

1.3 Et historisk tilbakeblikk på rusmiddelfeltet

Det har siden 1980-tallet blitt tatt flere politiske grep der formålet har vært å innlemme tiltak og virkemidler relatert til rusmiddelbruk i de samme strukturene som gjelder for andre sosiale- og helsemessige samfunnsutfordringer. Ansvar for tiltak for mennesker med rusmiddelproblemer kom inn i sosialtjenesteloven i 1991 (4). Slik ble det signalisert at rusmiddelproblematikk er et samfunnsproblem som kommunene har ansvar for å løse, på samme måte som for andre sosiale samfunnsutfordringer. Denne utviklingen representerte en bevegelse bort fra en historisk forståelse av rusmiddelproblemer som uttrykk for lav moral eller karakterbrist hos den enkelte.

I et historisk perspektiv³ har rusmiddelproblemer lenge vært et anliggende også for helse- og omsorgstjenestene. Likevel var det først på bakgrunn av høye overdosetall, og særlig på grunn av spredning av hiv blant personer som injiserer heroin at de helsemessige utfordringene blant de mest marginaliserte brukere av rusmidler fikk

³ For en et lengre historisk tilbakeblikk på rusmiddelfeltet vises det blant annet til rusreformutvalgets NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp.

større oppmerksomhet (5). Stortingets vedtak under behandling av St.meld. nr. 16 (1996–97) *Narkotikapolitikken*, om at behandling av opioidavhengighet med metadon skulle bli et permanent nasjonalt tilbud (6), var også uttrykk for en styrking av en mer helsefaglig og medisinsk orientert behandling av rusmiddellidelser.

Erkjennelsen av at mange mennesker med rusmiddelproblemer hadde behov for behandling av omfattende somatiske og psykiske helseproblemer, førte til et ønske om å utvikle og styrke det samlede tjenestetilbudet til denne gruppen. I 1998 satte det daværende Sosial- og helsedepartementet ned en arbeidsgruppe (Nesvåg-gruppen) for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til mennesker med rusmiddelproblemer og foreslå tiltak. Gruppen skulle også vurdere tiltak for å kvalitets sikre hjelpe- og behandlingstilbudet og behovet for endringer i ansvar og finansiering av tjenesteområdet (7).

Gjennom sykehusreformen i 2002 (8) overtok staten ved de regionale helseforetakene ansvaret for å yte helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven til personer med rusmiddelproblemer fra fylkeskommunen. Det ble imidlertid et gjenværende ansvar for tjenester etter sosialtjenesteloven (spesialiserte sosiale tjenester), herunder institusjonsopphold ved de såkalte bo- og arbeidskollektivene.

Rusreformen

Bondevik II-regjeringen la i 2002 fram forslag til en rusreform der staten overtok ansvaret for tiltak, primært institusjoner, som ga spesialiserte helsetjenester etter sosialtjenesteloven, mens fylkeskommunen skulle beholde ansvaret for institusjonsplasser som ga omsorg og sosial- og arbeidsrettet rehabilitering (Rusreform I) (9). Forslaget var delvis basert på Nesvåg-gruppens forslag. Til grunn for forslaget lå særlig behovet for å tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling av personer med rusmiddellidelser og å sikre et godt helsefaglig behandlingstilbud og en videreutvikling av dette, innenfor en helhetlig statlig ramme. Det var sentralt at reformen medførte rettigheter etter pasientrettighetsloven. Det ble vist til at forslaget også var en klargjøring av ansvaret mellom helse- og sosialtjenesten og mellom stat og fylkeskommune, og rusreformen fullførte med dette sykehusreformen. Samtidig ble det varslet en gjennomgang av organisering av fylkeskommunens gjenværende ansvar for behandlings- og omsorgstiltak (Rusreform II).

Gjennom forslag til Rusreform II foreslo regjeringen å overføre det gjenstående fylkeskommu-

nale ansvaret for tiltak og institusjoner som ga spesialiserte sosiale tjenester og omsorg til personer med rusmiddelproblemer til kommunene (10). Formålet var å gi kommunen et helhetlig ansvar slik at tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer ville organiseres og være tilsvarende som for andre pasientgrupper, uten fylkeskommunene som et tredje forvaltningsnivå. Samlet omtales rusreform I og II ofte som Rusreformen av 2004.

Det var avgjørende at tjenestene skulle tilpasses brukerne, og ved å samle ansvaret til kommunene ville de stå fritt til å bygge ut tjenestene ut fra lokale forhold og behov. Det ble pekt på behov for mer fleksible, brukertilpassede løsninger enn de tradisjonelle rusbehandlingstilbudene med langtidsdøgnopphold.

Forslaget møtte motstand under høringen, blant annet fordi mange mente at det var uheldig å skille en helsefaglig orientert rusbehandling fra de tradisjonelle sosialpedagogiske behandlingsmodellene som hadde preget feltet. Videre var det bekymring for at kommunene ikke ville prioritere døgnopphold, og med det at en stor del av det private, ideelle døgntilbud på feltet ville forsvinne.

Stortinget vedtok at det samlede ansvaret som lå igjen på fylkeskommunalt nivå, skulle overføres til spesialisthelsetjenesten og innførte *tverrfaglig, spesialisert behandling for rusmisbruk*, senere *tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* som et eget tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten (11). Slik skulle det sosialfaglige innholdet i rusbehandling opprettholdes, samtidig som lengre opphold i døgninstitusjon, oftest utenfor pasientens hjemkommune, forble en betydelig del av behandlingen av rusmiddellidelser. I første omgang overtok de regionale helseforetakene i stor utstrekning de avtalene som fylkeskommunen tidligere hadde hatt med private og ideelle tilbydere av døgnbaserte tjenestetilbud. Over tid er det etablert et system med tidsavgrensede anskaffelser i regi av de regionale helseforetakene.

Helsedepartementet henstilte til de regionale helseforetakene i 2004 om å bidra til økt bevissthet omkring bruken av døgnbehandling sammenliknet med poliklinisk behandling (12). Videre lå det en føring om at utvikling av mer effektive kombinasjoner av opphold i døgninstitusjoner og andre tiltak burde vektlegges. Departementet ønsket i større grad å legge opp til fleksibilitet mellom behandling fra spesialisthelsetjenesten og kommunale bo- og omsorgstilbud, med samtidig oppfølging fra både spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og sosialtjeneste (12).

Samtidig pekte departementet på at pasientenes sammensatte behov skal ses i sammenheng, og at pasienter som har behov for behandling av både rusmiddelproblemer, psykiske lidelser og/eller somatiske lidelser, skulle gis et behandlingstilbud som ivaretar alle de aktuelle behovene. Helseforetakene ble bedt om å legge til rette for at pasienter som hadde behov for tjenester som involverte spesialisthelsetjenester utover behandlingen av rusmiddellidelsen, skulle få den behandling som var nødvendig (12).

Opptappingsplanen for rusfeltet 2007–2012

Evalueringen av rusreformen fra 2004 konkluderte med at reformen som forvaltningsreform var vellykket, men fant ikke at den hadde bidratt til mer sammenhengende og tilpasset behandling (13). Evalueringen viste også store geografiske forskjeller i tilbudene. Ventetidene økte, og det var behov for å heve kompetansen i deler av tjenestene for å tilfredsstille kravene til spesialisthelsetjeneste. Det var også behov for bedre statistikk og styringsdata. Rapporter fra Helsetilsynet viste mangler og uønsket variasjon i kommunale tilbud og manglede samhandling mellom nivåene (14).

På denne bakgrunnen la regjeringen Stoltenberg II i 2007 fram en opptappingsplan for rusfeltet (15) som på mange måter tok sikte på å gi rusreformen fra 2004 et faglig innhold, med tiltak for å ruste opp kvalitet og kapasitet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Planen hadde fem hovedmål:

1. tydelig folkehelseperspektiv
2. bedre kvalitet og økt kompetanse
3. mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
4. forpliktende samhandling
5. økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Resultatrapporteringen fastslo at alle planens tiltak var fullført eller igangsatt, men det kunne ikke fastslås hvorvidt alle målene var nådd eller påvise sammenheng mellom innsats og resultat. Det ble imidlertid estimert at rusmiddelfeltet gjennom oppfølging av tiltakene i planen ble styrket med over én milliard kroner i planperioden (16).

NAV-reformen (2005–2012) og Samhandlingsreformen (2009)

Kommunens ansvar for personer med rusmiddelproblemer var fram til 2013 regulert i sosialtjenesteloven (4). Med etablering av ny arbeids- og vel-

ferdsforvaltning (17) ble det kommunale ansvaret for tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer i 2013 overført fra sosialtjenesteloven til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (18). Denne endringen var i tråd med rusreformen av 2004. Bestemmelsen om ansvar for oppfølging av pasienter i rusbehandling ble imidlertid ikke videreført i den nye helse- og omsorgstjenesteloven fordi det ble lagt til grunn at det kommunale ansvaret ikke ble endret.⁴ En utilsiktet virkning kan likevel ha vært at kommunes plikt til å legge til rette for utskrivningsklare pasienter fra rusbehandling ble mindre tydelig.

I 2008 ble Samhandlingsreformen lagt fram (19). Målene for reformen var blant annet å utvikle helhetlige pasientforløp, forbedre forebygging, øke brukerinnflytelse og sikre en bærekraftig utvikling. Pasienter med psykiske lidelser og rusmiddellidelser ble pekt på som pasientgrupper som er særlig sårbare ved svikt i samhandling mellom tjenestenivåene.

Et viktig økonomisk grep for å stimulere til tjenesteutvikling i kommunene var innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter som ventet på tilbud fra kommunene. Forskrift om kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter omfattet fra 2017 også pasienter i psykisk helsevern (PHV) og TSB (20). Forskriften regulerer sentrale forhold om samhandling om utskrivningsklare pasienter fra TSB. Selve betalingsplikten for pasienter i psykisk helsevern og TSB ble først gjort gjeldende fra i 2019.

I tillegg til forskriften skulle samarbeidsavtalene mellom de regionale helseforetakene og kommunene, koordineringsordninger i spesialisthelsetjenesten og kommunene, individuell plan og nasjonale pasientforløp, være virkemidler for bedre samhandling og helhetlige og koordinerte tjenestetilbud tilpasset den enkelte pasient.

Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!

Regjeringen Stoltenberg II fastslo i Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg!* (21) at målet for rusmiddelpolitikken er å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, tredjepart og samfunnet, og bidra til flere friske leveår i befolkningen. Meldingen var tett knyttet opp til samhandlingsreformen.

⁴ Sosialtjenesteloven § 2-1, fjerde ledd: Sosialtjenesten skal følge opp klienten i behandlingsopplegget gjennom samtaler og om nødvendig hjemmebesøk, og ved å legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institusjonsopphold

Boks 1.2 Stoltenbergutvalget

Stoltenbergutvalget ble nedsatt 6. mars 2009. Bakgrunnen for utvalget var de større åpne rusmiddelbrukermiljøene i byer som Oslo og Bergen, med marginaliserte og forkomne brukere samt bekymring for rekruttering av yngre personer til disse miljøene. Utvalget skulle utarbeide forslag til hvordan hjelpetilbud bedre kunne innrettes, tilrettelegges og tilpasses den aktuelle målgruppen. Utvalget avgav sin rapport 16. juni 2010 (22).

Et sentralt forslag i rapporten var etablering av Mottaks- og oppfølgingssentre (MO-sentre) over hele landet. Formålet var å legge ansvaret for hele behandlingsskjeden for brukere av ulovlige rusmidler til staten. Det ble foreslått egne ungdomsmottak. Modellen ble ansett å bryte med gjeldende prinsipper for ansvar- og oppgavedeling mellom stat og kommune og ble av flere høringsinstanser vurdert som innføring av

en ny særomsorg på rusmiddelfeltet. Forslaget ble ikke fulgt opp. Under gjennomføring av *opp-trappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* (27) ble det likevel gitt tilskudd til etablering av MO-sentre i kommunene, men ikke i den formen utvalget hadde foreslått. Det finnes i dag tilbud i flere kommuner som kalles MO-senter. Noen MO-sentre har innslag fra spesialisthelsetjenesten, og noen har utlevering av LAR-medikamenter eller fungerer som innfasing til LAR. De fleste MO-sentrene tilbyr særstell og enkel helsehjelp, utdeling av brukerutstyr, helse- og sosialfaglig rådgivning, aktiviteter og sosialt samvær.

Deler av utvalgte medlemmer foreslo også å åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin skulle inkluderes i LAR. Forslaget møtte motstand fra både fagmiljøer og politikere og ble ikke realisert før nær ti år senere.

Meldingen hadde et tydelig forebyggende mål med fokus på kunnskapsbasert forebygging og tidlig innsats. Skader og problemer påført andre enn den som drikker, såkalt passiv drikking, ble gitt oppmerksomhet, og generelt hadde meldingen styrket oppmerksomhet på skadevirkninger som en viktig del av det forebyggende arbeidet. Det ble understreket at barn som pårørende og mennesker med særlig omfattende hjelpebehov måtte få mer oppmerksomhet og bedre tjenester. Det ble også varslet en egen strategi mot overdoser.

Tilpasset hjelp og rehabilitering skulle gis framfor straff, og hjelp som tilbys uten krav om rusfrihet. Samtidig skulle rusfrihet være et mål for de fleste. Videre la meldingen til grunn at tilbudet til mennesker med rusmiddelproblemer best skulle gis innenfor det ordinære hjelpeapparatet og ikke som særomsorg (21).

Meldingen drøftet også Stoltenbergutvalgets forslag om å etablere tverrfaglige nemnder for vurdering av tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika. Forslaget bygget på modellen fra Portugal som avkriminaliserte befatning med narkotika til egen bruk i 2001 (22). Daværende regjering gikk ikke videre med dette forslaget, men viste til at det var etablert politikk at personer med narkotikaproblemer møtes med helsehjelp i stedet for tradisjonell straff. Det ble

videre vist til oppfølging av utvalgte rapport gjennom en regjeringsoppnevnt interdepartemental arbeidsgruppe (23). Arbeidsgruppens forslag om å innføre intervensjonsprogram og motivasjonsamtale som alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd ble imidlertid heller ikke fulgt opp. Tenkningen kan likevel delvis gjenfinnes i forarbeidene til alternative straffereaksjoner overfor unge lovovertrедere, ungdomsstraff (24) og ungdomsoppfølging (25). Videre foreslo regjeringen i meldingen å kriminalisere besittelse og bruk av dopingmidler, som ble fulgt opp ved endringer i legemiddeloven (26).

Utvikling i TSB etter 2013

Føringen fra rusreformen av 2004 om å vurdere det faglige grunnlaget for langtids døgnbehandling og utvikle andre løsninger og modeller fikk lite gjennomslag. Den faktiske utviklingen gikk ikke i en slik retning, og lange ventetider til døgnbehandling ble etter hvert ansett som den største utfordringen innen TSB. Den avtroppende Stoltenberg II-regjeringen foreslo i budsjettproposisjonen for 2014 at de regionale helseforetakene skulle øke anskaffelsen av behandlingsplasser med om lag 200 behandlingsplasser innen utvalgte områder, herunder langtidsbehandling i døgninstitusjon. Den tiltredende regjeringen Sol-

berg fulgte opp dette gjennom å styrke bevilningene til sykehusene, med forutsetning om å gjennomføre slike anskaffelser innen TSB. Regjeringen Solberg innførte deretter godkjenningssordningen i fritt behandlingsvalg som fikk særlige konsekvenser innen TSB, se nærmere omtale kapittel 9.4.2.

Nasjonal overdosestrategi 2014–2017 og 2019–2022

Sentrale tiltak i nasjonal overdosestrategi 2014–2017 var å initiere et forebyggende arbeid i kommunene (pilotkommune-forsøket), SWITCH-kampanjen⁵ og forebygging av overdoser i pasientsikkerhetsprogrammet (rutiner ved utskrivning fra døgnbehandling og løslatelse fra fengsel mv.) (28) Strategien ble prosessevaluert (29), men til tross for at de fleste tiltak var iverksatt, og det var gjennomført en bred innsats, ble det ikke registrert nedgang i antall dødsfall i perioden.

Revidert nasjonal overdosestrategi 2019–2022 videreførte tiltak fra den foregående strategien og hadde også nye innsatsområder (30). Disse tiltakene var knyttet til somatisk helse og ernæring, oppdatering av kunnskapsgrunnlag, varslingsystem for potente rusmidler i omløp og vurdering av rusmiddelanalysetjeneste. Det ble heller ikke registrert noen generell nedgang i overdosedødsfall i den andre strategiperioden, men det var vesentlige endringer i hvem som dør i overdose.

Etter 2022 er tiltak fra strategien revidert og videreført med økt oppmerksomhet på overdose der avhengighetsskapende legemidler er årsak. For regjeringens grep på overdoseområdet, se omtale av forsterket innsats mot overdoser under kapittel 4.

Opptappingsplanen for rusfeltet 2016–2020

I 2015 la regjeringen Solberg fram en ny opptappingsplan for rusfeltet for perioden 2016–2020 (27). Opptappingsplanen tok utgangspunkt i tre innsatsområder: Tidlig innsats for å forebygge rusavhengighet, behandling og oppfølgingstjenester etter behandling. Planen hadde en økonomisk ramme på 2,4 milliarder kroner der hovedvekten av den økonomiske satsingen ble gjennomført ved vekst i kommunerammen.

Planen ble følgevaluert, og det ble konkluderte med at de økonomiske målene for planen

ble nådd (31). Videre ble det registrert vekst i kommunale årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid og økt kompetanse i de kommunale tjenestene. Evaluator kunne imidlertid ikke påvise en sammenheng mellom innsats og resultater og konkluderte med at det fremdeles var store uløste utfordringer på rusmiddelfeltet (31).

Forslag til rusreform 2021

Regjeringen Solberg II foreslo i 2021 å avkriminalisere befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk (32). Forslaget var i hovedsak basert på rusreformutvalgets forslag til modell og utredning av kunnskapsgrunnlaget på området (33). Forslaget oppnådde ikke flertall ved Stortingets behandling 3. juni 2021. Dagens regjeringspartier støttet ikke forslaget om en rusreform og uttrykte bekymring for at en generell avkriminalisering av narkotika til egen bruk kunne bidra til å ufarliggjøre bruk med de konsekvenser det kunne ha for omfanget i bruk av ulovlige rusmidler blant ungdom. Regjeringspartiene understreket at rusmiddelproblematikk rammer sosialt skjevt, og for å kunne gi bedre hjelp kreves en politikk som ser hele livssituasjonen for de med de største rusmiddelproblemer, herunder psykososiale faktorer som økonomi, arbeid og utdanning og psykisk helse mv. i sammenheng (34).

Stortinget fattet flere vedtak under behandling av saken. Blant annet ble det vedtatt å opprette rådgivende enheter for russaker i kommunene (35), noe som ble gjennomført ved en ny bestemmelse i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-9 b, med ikrafttredelse 1. juli 2022.

Videre ba Stortinget regjeringen foreslå lovendringer som *sørger for at fengsel ikke lenger blir straffereaksjon for brudd på legemiddelovens bestemmelser om bruk og besittelse av narkotika til eget bruk, samt avbøtende tiltak for konsekvenser av endringer i lov* (vedtak nr. 1114) (34).

Formålet var å harmonisere strafferammen for bruk og besittelse av narkotika til egen bruk med gjeldende rettspraksis, jf. det forhold at det ikke lenger idømmes fengselsstraff for bruk eller besittelse av mindre mengder narkotika til egen bruk, men i all hovedsak reageres med forelegg. Samtidig var Stortinget opptatt av at det måtte være mulig for politiet å avdekke bruk av ulovlige rusmidler selv om strafferammen ble endret, derav *avbøtende tiltak* (34).

For å avhjelpe negative og langsiktige konsekvenser som en oppføring i reaksjonsregisteret (rulleblad) kan ha for fremtidige utdanningsløp og karriere, særlig med tanke på unge personer

⁵ SWITCH-kampanjen har som mål å påvirke brukerne av ulovlige rusmidler til å gå over til mindre helseskadelige – og mindre dødelige – inntaksmåter av rusmidler, f.eks. inhalering av heroin framfor injisering.

Boks 1.3 Rusreformutvalget

Rusreformutvalget var et offentlig utvalg satt ned av regjeringen Solberg II i 2018 for å utrede og foreslå en modell for hvordan samfunnets reaksjoner på bruk og besittelse av narkotika til egen bruk skulle overføres fra justissektoren til helsesektoren. Utvalget avga sin rapport NOU 2019: 26 *Rusreform - fra straff til hjelp* til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet i 2019.

Utvalget foreslo å avkriminalisere ulovlig befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk. Som reaksjon ble det foreslått en plikt, ilagt av politiet, til å møte for såkalte rådgi-

vende enheter for narkotikasaker for råd- og veiledning, eventuelt videre henvisning til behandling mv., forankret i den kommunale til helse- og omsorgstjenesten.

Utvalget foreslo også terskelverdier for ulike stoffer som kunne falle inn under befatning med narkotika til egen bruk. De foreslåtte terskelverdiene var retningsgivende for Høyesterett som i flere dommer i 2022, la føringer for at det som hovedregel skal reageres med staffeutmålingsfrfall i saker om rusmiddelavhengiges befatning med narkotika til egen bruk (33).

ba Stortinget regjeringen også sørge for at opplysninger i reaksjonsregisteret om personer som er ilagt strafferettslige reaksjoner for bruk og besittelse av narkotika til eget bruk, sperres etter tre år. Sperring forutsetter at det ikke er registrert flere straffbare forhold i den aktuelle perioden (vedtak nr. 1115) (34).

Utredning av vedtak nr. 1114, ble lagt til rushåndhevingsutvalget, se omtale i kapittel 1.5 og begge vedtakene følges opp av Justis- og beredskapsdepartementet. For oppfølging og status for øvrige vedtak som ble fattet under stortingsbehandling av reformforslaget, vises det til omtaler i de respektive fagproposisjoner for 2025.

Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet

Regjeringen erkjenner at selv om det har vært en betydelig utvikling innen TSB og kommunalt rusarbeid, både når det handler om kapasitet og faglighet, er ikke ambisjoner og mål fra tidligere meldinger, reformer, strategier og opptrappingsplaner realisert i tilstrekkelig grad. I tillegg står samfunnet nå overfor nye utfordringer med tanke på framtidig bærekraft i helse- og velferds-tjenestene.

Overdødelighet, opplevelse av diskriminering, stigma og skam blant personer som bruker rusmidler, gjør det nødvendig å ta de grepene som regjeringen legger fram i denne meldingen. Disse handler blant annet om å tydeliggjøre at retten til helse også gjelder mennesker med rusmiddelproblemer.

Det gjenstår også et stort arbeid for å gjøre det forebyggende arbeidet mer kunnskapsbasert og samstemt. Forebyggende innsats i ulike sektorer må utvikles i sammenheng og gjennomføres samordnet, og effektive tiltak for tidlig intervensjon må i større grad tas i bruk. Det har ikke vært tilstrekkelig oppmerksomhet om at hele den samlede helse- og omsorgstjenesten må integrere forebygging, behandling og oppfølging av rusmiddelproblematikk i sine respektive tjenester. Det er løpende behov for å utvikle kompetanse og faglige tilnærminger for å gi gode og brukertilpassede tjenestetilbud.

Organiseringen av rusmiddelfeltet har ikke i tilstrekkelig grad brutt ned barrierene for samtidig behandling av rusmiddellidelser, psykiske og somatiske lidelser, og samhandling mellom nivåer og tjenester har fremdeles et forbedringspotensial. Alkoholbruk er årsak til betydelig mer helsemessige og sosiale problemer i samfunnet enn illegale rusmidler (36). Behovet for å adressere alkohol og alkoholbrukslidelser gjenspeiles ikke godt nok i utvikling og innretning av tjenestene. Det er videre behov for å rette oppmerksomheten mot avhengighetsskapende legemidler og nye syntetiske rusmidler, blant annet gjennom et helhetlig system for monitorering og innføring av beredskapstenkning på rusmiddelfeltet. Regjeringen ser på denne måten forebyggings- og behandlingsreformen som en videre utvikling av rusmiddelfeltet med en tydelig plassering innenfor den ordinære helse- og omsorgstjenesten, og som nødvendig for oppfølging av de rettigheter som blant annet fulgte av rusreformen av 2004.

1.4 Internasjonale og nasjonale utviklingstrekk på rusmiddelområdet

Internasjonalt går utviklingen i retning av en mer restriktiv alkoholpolitikk, i tråd med anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon og den globale handlingsplan om alkohol og det europeiske rammeverket for alkohol (37, 38). Flere av de nordiske landene har i likhet med Norge tatt i bruk de mest effektive virkemidlene for å redusere tilgjengelighet til alkohol. Monopolordningene har generelt stått sterkt og har en lang tradisjon i Norden. Det har ført til at disse landene har et alkoholkonsum som ligger under gjennomsnittet for Europa. Danmark, som tradisjonelt har hatt en mer liberal alkoholpolitikk og et høyere alkoholkonsum enn i de øvrige nordiske landene, gjennomfører nå noen innstramminger, primært rettet mot unge. Blant annet skal det ikke lenger selges alkoholholdig drikke med over 6 volumprosent alkoholinhold til 16- og 17-åringer.

På narkotikaområdet har menneskerettigheter og tilgang til helse- og velferdstjenester for personer som bruker ulovlige rusmidler blitt tillagt større vekt (39). Samtidig er bruk og besittelse av narkotika til egen bruk i flere land tatt ut av justis-sektoren (40). Også i Norge har man de siste tiårene sett en økt vektlegging av helsehjelp og skadereduksjon på narkotikaområdet. Et utslag av dette var blant annet etablering av rådgivende enheter for russaker i kommunene, se kapittel 5.9, og at regjeringen i Hurdalsplattformen slo fast at mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer ikke skal straffes for egen bruk, men møtes med god hjelp og oppfølging. I 2021 besluttet Riksadvokaten at de minst alvorlige narkotikaovertredsene skal ilegges påtaleunntatelse i stedet for forelegg, og tydeliggjorde at muligheten til ransaking i narkotikasaker er innskrenket (41). Se også omtale av Stortingets behandling av forslag om rusreform i 2021.

Bruk av dopingmidler ble kriminalisert i Norge i 2013 og inkludert i rusmiddelpolitikken. Sverige innførte forbud mot bruk av dopingmidler i 1991 (42) og Danmark i 1999 (43). Finland har ikke kriminalisert bruk av dopingmidler (44).

Etter at Portugal i 2001 avkriminaliserte bruk og besittelse av narkotika til egen bruk, har det også vært en endring i lovgivningen på narkotikaområdet i en rekke land, primært når det gjelder reguleringen av cannabis. Medisinsk bruk har vært tilgjengelig i mange land over flere år og i Norge siden 2012.

Bruk av cannabis er i dag blant annet legalisert i Uruguay, Canada, Malta, Sveits⁶ og i flere amerikanske delstater, der alle har valgt ulike former for regulering. I Tyskland ble det fra 1. april 2024 tillat for voksne over 18 år å besitte inntil 25 gram cannabis og dyrke inntil tre cannabisplanter hjemme. Den nye loven åpner også for etablering av såkalte cannabisklubber, der inntil 500 medlemmer i fellesskap kan dyrke cannabis til fordeling mellom medlemmene.

Flere EU-land vurderer og forbereder endringer i sin cannabislovgivning (45). Formålet er primært å redusere de negative konsekvensene av illegal omsetning, som organisert kriminalitet og manglende produkt- og alderskontroll.

Sverige la høsten 2023 fram en omfattende utredning om narkotikapolitikken (46). Det foreslås en fortsatt restriktiv narkotikapolitikk som kombineres med et effektivt forebyggende arbeid, god *missbruks- og avhengighetsomsorg* samt innsatser for skademinimering. Det er satt mål om at ingen skal dø av legemiddel- og narkotikaforgiftninger, og at den narkotikarelaterte dødeligheten skal reduseres med minst 20 prosent innen en femårsperiode. Videre er det et mål at den svenske narkotikapolitikken skal bli mer kunnskapsbasert.

Avkriminalisering har også vært tema i Norge. I 2021 la regjeringen Solberg II fram et lovforslag om avkriminalisering av befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk (32). Forslaget ble ikke vedtatt. Den internasjonale trenden, og særlig utviklingen i Europa er likevel ikke uten betydning for Norge. Det er viktig å følge med på de erfaringene som gjøres når det gjelder utvikling i bruk, kriminalitetsutvikling, skadereduksjon og helserisiko i land som etter ulike modeller legaliserer eller avkriminaliserer cannabis.

For omtale av avhengighetsskapende legemidler vises det til omtaler i kapitlene 2, 5 og 8.

1.5 Rushåndhevingsutvalget

De strafferettslige og straffeprosessuelle sidene av regjeringens forebyggings- og behandlingsreform har reist viktige og komplekse spørsmål. På denne bakgrunn ble Rushåndhevingsutvalget oppnevnt ved kongelig resolusjon 11. mai 2023 for å utrede utvalgte strafferettslige og straffeprosessuelle problemstillinger i tilknytning til reformarbeidet (47). Utvalget har vært ledet av Hans-Petter Jahre, pensjonert lagmann i Borgarting lagmannsrett. For øvrig har utvalget bestått av Tonje Vang, lagmann i

⁶ Avgrenset til 5000 personer i en prøveordning

Borgarting lagmannsrett, og Ørnulf Øyen, professor ved Det juridiske fakultet i Bergen.

En sentral forutsetning i Rushåndhevingsutvalgets mandat var at bruk av og befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk fortsatt skal være straffbart. Utvalget skulle derfor ikke drøfte en fullstendig eller delvis avkriminalisering av befatning med mindre mengder narkotika. Utvalget skulle imidlertid legge til grunn at personer med rusmiddelavhengighet ikke skal ilegges følbare straffereaksjoner for befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk, i tråd med målsettingen i Hurdalsplattformen.

Utvalget ble bedt om å utrede og foreslå en lovregulering av utgangspunktet om at rusmiddelavhengige normalt skal møtes med straffutmålingsfravall eller ubetinget påtaleunntatelse ved befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk. Utvalget ble også bedt om å vurdere de rettslige rammene for politiets tvangsmiddelbruk i saker om befatning med narkotika til egen bruk. Spesielt ble utvalget bedt om å vurdere om de straffeprosessuelle virkemidlene politiet har til rådighet i dag, er egnet til effektivt å kunne avdekke narkotikabruk hos unge, og drøfte hvilke konkrete virkemidler politiet eventuelt har behov for. Utvalget skulle legge vekt på at tidlig avdekking er viktig for å motvirke narkotikabruk og kunne intervensjon tidlig, og for muligheten til å kunne ta i bruk straffereaksjoner som oppmøtepålikt for de rådgivende enhetene for russaker.

Utvalget ble videre bedt om å utarbeide forslag til lovendringer som innebærer at fengselsstraff avvikles som straffereaksjon for bruk og besittelse av narkotika etter legemiddelloven § 24 første ledd, jf. § 31 andre ledd, i tråd med Stortingets anmodningsvedtak 3. juni 2021 nr. 1114. Utvalget ble også bedt om å vurdere avbøtende tiltak som følge av at fengselsstraff fjernes som straffereaksjon, blant annet om det fortsatt skal være adgang til ransaking. I tillegg ble utvalget bedt om å vurdere om befatning med dopingmidler, jf. legemiddelloven § 24 a første ledd, burde omfattes av forslagene til lovendringer.

Rushåndhevingsutvalget overleverte sin utredning NOU 2024: 12 *Håndheving av mindre narkotikaovertrедelser* til justis- og beredskapsministeren 18. juni 2024 (47), og utredningen ble sendt på høring i juni med frist for innspill 24. september 2024.

Utvalgets strafferettslige forslag

I NOU 2024: 12 foreslår Rushåndhevingsutvalget en ny strafferettslig regulering av mindre narkoti-

kaovertrедelser i straffeloven § 232 a. Den nye bestemmelsen omfatter bruk, erverv og innehav av mindre mengder narkotika til egen bruk. I dag reguleres slike lovbrudd delvis av straffeloven § 231, og delvis av legemiddelloven § 24 første ledd, jf. § 31 andre ledd. Formålet med forslaget er å sikre en samlet strafferettslig regulering av befatning med narkotika til egen bruk. Bestemmelsen vil gjelde for alle. Utvalget foreslår at strafferammen for forsettlige overtrедelser av § 232 a skal være bot eller fengsel inntil 6 måneder og legger til grunn at dagens straffenivå skal videreføres.

Utvalget foreslår at det fastsettes i forskrift hvilken mengde narkotika som kan anses for å være til egen bruk (terskelverdier). Utvalget har foreslått terskelverdier for de vanligste stoffene, blant annet 15 gram for cannabis, 2 gram for kokain, 5 gram for amfetamin og 1 gram for heroin. De foreslåtte terskelverdiene er til dels lavere enn det som gjelder i dag.

Siden utvalgets forslag til ny bestemmelse i § 232 a også fanger opp overtrедelser som i dag rammes av straffeloven § 231, og dermed har et videre anvendelsesområde enn legemiddellovens bestemmelse om bruk og besittelse av narkotika til egen bruk, finner utvalget det ikke riktig å foreslå bot alene som strafferamme for forsettlige overtrедelser, slik Stortingets anmodningsvedtak 3. juni 2021 nr. 1114 legger opp til når det gjelder legemiddellovovertrедelser. Utvalget viser i den forbindelse til at dagens straffenivå i noen tilfeller er fengsel for befatning med narkotika som overstiger grensen for besittelse etter legemiddelloven, men som vil anses som «innehav» etter den nye straffebestemmelsen. Utvalget mener likevel at straffenivået for det som i dag er legemiddellovovertrедelser (bruk og besittelse), fortsatt skal være bot.

I tråd med mandatet foreslår utvalget en egen lovregulering av reaksjonsfastsettelsen overfor rusmiddelavhengige i straffeloven § 232 a tredje ledd. Bestemmelsen er i hovedsak ment som en lovfesting og klargjøring av gjeldende rett etter Høyesteretts avgjørelser 8. april 2022. Forslaget innebærer at overfor voksne personer som må anses å være rusmiddelavhengige, skal reaksjonen normalt være ubetinget påtaleunntatelse eller straffutmålingsfravall. Dette er strafferettslige reaksjoner som ikke anses som straff, og som innebærer en endelig avgjørelse av saken uten vilkår overfor lovbrøyteren. Utvalget foreslår at begrepet rusmiddelavhengig skal være en rettslig standard, der klassifikasjonen må bero på skjønn. Ved bedømmelsen av om gjerningspersonen er rusmiddelavhengig, skal det blant annet legges

vekt på medisinsk diagnose, omfang, varighet og inntaksmåte for rusmidlet, evne til å kontrollere rusbruken, funksjonsevne, tidligere rushistorikk og generell livssituasjon. Personer under 18 år foreslås ikke å være omfattet av straffutmålingsregelen. Dette begrunnes med at personer under 18 år bare unntaksvis har en avhengighetsdiagnose samt behovet for å beskytte barn mot ulovlig rusmiddelbruk og skadevirkningene av dette. Overfor barn bør det etter utvalgets oppfatning fortsatt reageres med betinget påtaleunntatelse med særvilkår for å forebygge ytterligere narkotikabruk.

I § 232 a andre ledd foreslår utvalget en lovfesting av reaksjonsfastsettelsen i andre tilfeller, blant annet der gjerningspersonen er ung eller «det er rimelig grunn til å tro at gjerningspersonen har utviklet eller står i fare for å utvikle avhengighet av den aktuelle typen narkotika». I slike tilfeller kan det reageres med påtaleunntatelse (med eller uten vilkår), straffutmålingsutsettelse eller straffutmålingsfracfall, med mindre straffens formål tilsier at det reageres med straff eller en annen strafferettslig reaksjon. Utvalget uttaler at normalreaksjonen overfor personer under 18 år som begår en mindre narkotikaovertrødelse, bør være en betinget påtaleunntatelse med særvilkår om oppmøte hos rådgivende enhet for russaker.

Utvalgets straffeprosessuelle forslag

Utvalget foreslår lovendringer som skal sikre at forbudet mot bruk og innehav av narkotika til egen bruk kan håndheves effektivt av politiet og påtalemyndigheten. Samtidig understreker utvalget at bruk av tvangstiltak må være forholdsmessig i hvert enkelt tilfelle.

Utvalget foreslår en endring i straffeprosessloven § 170 a om at tvangsmidler ikke må være et uforholdsmessig inngrep. Etter utvalgets syn bør enkelte momenter som etter gjeldende rett har betydning i forholdsmessighetsvurderingen, på en tydeligere måte fremkomme av § 170 a. Utvalget foreslår derfor at momentene «sakens art, inngrepets art, hensynet til rettshåndhevelse, hensynet til den inngrepet rettes mot og forholdene ellers» skal nevnes uttrykkelig i bestemmelsen. Begrunnelsen for endringen er at lovteksten klarere skal vise at vurderingen er konkret, og at hensynet til rettshåndhevelse er et viktig moment. Utvalgets syn er at forholdsmessighetskravet ikke kan forstås slik at enkelte typer lovbrudd i praksis blir avkriminalisert fordi lovbruddet betraktes som lite alvorlig.

Utvalget drøfter riksadvokatens brev 9. april 2021 om rammene for politiets tvangsmiddelbruk

i mindre narkotikasaker, og har i hovedsak ingen innvendinger til riksadvokatens vurderinger. Når det gjelder kroppslig undersøkelse i form av urin- eller blodprøve for å avklare en mistanke om rusmiddelinntak, mener likevel utvalget at forholdsmessighetsvurderingen etter gjeldende rett er mer nyansert enn riksadvokatens brev gir uttrykk for. Utvalgets vurdering er at politiet etter gjeldende rett ikke er avskåret fra å bruke kroppslig undersøkelse etter straffeprosessloven for å avdekke bruk av narkotika, og at straffansvaret for bruk av narkotika dermed ikke er betinget av at mistenkte tilstår.

Utvalget foreslår en ny bestemmelse om kroppslig undersøkelse ved mindre narkotikaovertrødelse i straffeprosessloven § 157 b. I den nye bestemmelsen foreslås det en lovregulering av metoden «tegn og symptomer». Metoden benyttes av politiet allerede i dag for å sikre et bedre faktisk grunnlag for å beslutte om det skal gjennomføres en rusmiddelprøve. Det foreslås videre at en kroppslig undersøkelse for å avdekke rusmiddelinntak som utgangspunkt skal gjennomføres ved innhenting av spyttprøve. Ifølge utvalget brukes ikke denne metoden av politiet i dag. Utvalgets vurdering er at analyse av spyttprøve er egnet til å bli brukt som bevis i straffesaker, og at metoden er mindre inngripende enn både urin- og blodprøve. Det antas også at spyttprøve vil være ressursbesparende for politiet.

Utvalget foreslår også flere endringer i straffeprosesslovens regler om ransaking og kroppslig undersøkelse for å klargjøre de rettslige rammene som gjelder for bruken av tiltaket. Dette gjelder blant annet en presisering av at ransaking bare kan foretas for å avdekke bevis «i saken», og ikke for å oppklare straffesaker mot andre (for eksempel en ukjent narkotikaselger). Det foreslås også en klargjøring av hjemmelen for maktbruk ved ransaking og kroppslig undersøkelse, av hensyn til legalitetsprinsippet. Forslagene har blant annet til formål å redusere usikkerheten hos politiets førstelinje om handlingsrommet for å anvende tvangsmidler ved mindre narkotikaovertrødelse, som har vært beskrevet offentlig etter riksadvokatens brev 9. april 2021.

Utvalgets forslag knyttet til forebygging av narkotikaovertrødelse

Utvalget foreslår flere tiltak som skal øke bruken av de kommunale rådgivende enhetene for russaker, som hittil har blitt brukt i svært liten grad. Det foreslås blant annet at betinget påtaleunntatelse med særvilkår om oppmøte ved rådgivende

enhet for russaker skal være normalreaksjonen for personer under 18 år som har begått en mindre narkotikaovertrødelse. Det foreslås videre at påtalemyndigheten eller retten skal kunne pålegge inntil tre møter hos rådgivende enhet for russaker, i løpet av en periode på inntil tre måneder. Per i dag anses oppmøteplikten oppfylt ved ett oppmøte, noe som etter utvalgets syn kan være utilstrekkelig for å motivere ungdom til å motta hjelp. Utvalget foreslår også at rådgivende enhet for russaker skal kunne brukes i tilfeller hvor politiet velger å ikke iverksette etterforskning av en mindre narkotikaovertrødelse, eller i tilfeller hvor en iverksatt etterforskning henlegges.

Utvalget redegjør for ruskontroll («ruskontrakter») som særvilkår for påtaleunntatelse ved mindre narkotikaovertrødelse. Utvalget peker på at bruken av ruskontrakter har gått ned, og at det har blitt reist spørsmål om kunnskapsgrunnlaget for effekten av bruk av ruskontroll som særvilkår. Etter utvalgets syn tilsier nyere forskning at særvilkår om ruskontroll i enkelttilfeller kan være et egnet og hensiktsmessig tiltak for å forebygge videre narkotikabruk overfor ungdom, og utvalget mener at bruk av ruskontroll etter en slik konkret og individuell vurdering vil være forenlig med FNs barnekonvensjon. Utvalget foreslår en regulering i påtaleinstruksen som fastslår at gjennomføringstiden ikke kan være lengre enn tre måneder, og at påtaleunntatelsen skal angi hvilken type rusprøve som skal avlegges, samt hyppigheten og varigheten av ruskontrollen. Fordi utvalget påpeker at kunnskapsgrunnlaget for effekten av bruk av rusprøver som særvilkår fortsatt er begrenset, foreslår utvalget at effekten av tiltaket på sikt bør evalueres.

Utvalgets forslag knyttet til dopinglovbrudd

Utvalget foreslår også enkelte endringer i den strafferettslige reguleringen av bruk, erverv og besittelse av dopingmidler til egen bruk. Blant annet foreslår utvalget å fjerne fengselsstraff fra strafferammen for slike overtrødelse. Formålet er å bringe lovens strafferamme i samsvar med etablert straffenivå. Som følge av at strafferammen senkes, bortfaller muligheten til å benytte enkelte straffeprosessuelle tvangsmidler. Utvalget foreslår lovendringer som innebærer at det fortsatt vil være adgang til å benytte kroppslig undersøkelse, pågripelse og ransaking i denne sakstypen. Etter utvalgets syn er dette tiltak som er av sentral betydning for politiets mulighet til å oppklare mindre dopingovertrødelse og for å hindre spredning av ulovlige og skadelige dopingmidler.

Regjeringens vurderinger

Regjeringen vil ikke avkriminalisere bruk av og befatning med narkotika til egen bruk. Bruk av narkotika kan ha alvorlige helseskadelige konsekvenser for den enkelte bruker og har negative virkninger både for pårørende og for samfunnet. Omsetning av narkotika genererer store inntekter for kriminelle miljøer i Norge, og bidrar til alvorlig kriminalitet og utrygghet i lokalmiljøer.

I 2023 ble det beslaglagt rekordstore mengder kokain i Norge, noe som i hovedsak skyldes fire meget store beslag. Gjennomsnittlig styrkegrad på kokain har økt betydelig de siste årene, og var i 2023 nesten tre ganger høyere enn i 2014. Den store økningen i kokainbeslag i Norge passer inn i de utviklingstrekk som kan observeres i Europa for øvrig. Det å drive effektiv kriminalitetsbekjempelse for å avdekke de organiserte kriminelle nettverkene er svært viktig.

Det at bruk og befatning med narkotika er straffbart, er ment å bidra til at færre bruker og å redusere skadevirkningene av narkotikabruk.

Regjeringen vil foreslå endringer i straffeloven, straffeprosessloven og annet relevant regelverk for å sikre at befatning med narkotika til egen bruk både rettslig og i realiteten er straffbart og kan håndheves effektivt av myndighetene, samtidig som personer som er avhengig av rusmidler normalt skal møtes med hjelp og behandling i stedet for straffereaksjoner. Regjeringen vil legge fram forslagene i en egen lovproposisjon som Del II av regjeringens helhetlige forebyggings- og behandlingsreform, og kommer tilbake med en slik proposisjon før påske i 2025.

Rusmiddelavhengighet er et stort helseproblem for den enkelte bruker, og det er bred politisk enighet om at straff ikke bør benyttes overfor personer med de mest alvorlige og omfattende rusmiddelproblemer. I Hurdalsplattformen er det slått fast at regjeringen vil utrede og fremme nødvendige endringer i lovverket som sikrer at rusmiddelavhengige personer møtes med hjelp og behandling i stedet for straffereaksjoner. For å ivareta denne målsettingen vil regjeringen foreslå lovfesting av en egen regel om reaksjonsfastsettelsen overfor personer som er rusmiddelavhengige, som innebærer at denne gruppen normalt skal møtes med påtaleunntatelse uten vilkår eller straffutmålingsfravall ved befatning med narkotika til egen bruk.

Regjeringen vil videre fremme forslag om å lovregulere bruk, erverv og besittelse av mindre mengder narkotika til egen bruk i en egen straffebestemmelse. Videre vil regjeringen avklare

hvilke narkotikaovertrедelser som faller inn under den nye straffebestemmelsen (mengdegrensener), og ser det som aktuelt å vurdere utvalgets forslag om nye mengdegrensener, som til dels er lavere enn det som gjelder i dag.

Når bruk av og befatning med narkotika fortsatt skal være straffbart, mener regjeringen at det er viktig at politiet har tilgang til virkemidler som gjør det mulig å håndheve reglene. Effektiv håndheving er etter regjeringens syn et viktig forebyggende tiltak, særlig for å hindre at ungdom utvikler uheldige holdninger til narkotika. Forutsigbarhet om rammene for politiets tvangsmiddelbruk er viktig. Det er behov for å redusere usikkerheten hos førstelinjen i politiet om handlingsrommet for å anvende tvangsmidler ved mindre narkotikaovertrедelser, samt ivareta viktige rettssikkerhetsprinsipper som forholdsmessighet, og at det skal velges mildeste middel for å oppnå formålet.

Regjeringen vil fremme lovforslag som sikrer politiet hjemler til mer effektiv håndheving av forbudet mot bruk og befatning med narkotika til egen bruk. Regjeringen registrerer i den forbindelse at utvalget mener forholdsmessighetsvurderingen etter gjeldende rett er mer nyansert enn riksadvokatens brev 9. april 2021 gir uttrykk for når det gjelder kroppslig undersøkelse, og at utvalget mener at politiet etter gjeldende rett ikke er avskåret fra å bruke kroppslig undersøkelse for å avdekke bruk av narkotika. Regjeringen vil vurdere utvalgets forslag om en egen bestemmelse om kroppslige undersøkelser for å avdekke rusmiddelinntak, og at kroppslig undersøkelse som hovedregel skal gjennomføres ved innhenting av spyttprøve for å sikre at det ikke brukes mer inngripende metoder enn nødvendig.

Regjeringen vil videre foreslå lovendringer for å klargjøre politiets handlingsrom for å anvende tvangsmidler som for eksempel ransaking ved mindre narkotikaovertrедelser. I tråd med utvalgets mandat og vurderinger legger regjeringen til grunn at politiets etterforskning og tvangsmiddelbruk skal være nødvendig og forholdsmessig, i tråd med menneskerettslige krav, og at borgernes rettssikkerhet skal være godt ivaretatt.

I det forebyggende arbeidet er tillit grunnleggende. Ansvar for rusforebygging tilligger flere sektorer, og det er en rekke aktører som har en rolle og et ansvar på feltet. Regjeringen mener det er viktig at politiet også har en forbyggende rolle utenfor straffesakssporet. Grensen mellom politiets forebyggende rolle og politiets arbeid i straffesakssporet, er nærmere omtalt i meldingens kapittel 5.4.3.

Regjeringen mener det er viktig med god samhandling mellom politiet og helsetjenesten i det forebyggende sporet, særlig for å hindre en negativ utvikling hos ungdommen og for å kunne gi god oppfølging på et tidlig tidspunkt. Regjeringen tar derfor sikte på å foreslå lovendringer som bidrar til at de kommunale rådgivende enhetene for russaker benyttes i større grad enn det som er tilfellet i dag, at oppmøte ved enhetene skal ha størst mulig forebyggende effekt og at det skal kunne stilles krav om oppmøte flere ganger over en tidsperiode der det er hensiktsmessig. Regjeringen registrerer i den forbindelse utvalgets forslag om å styrke mulighetene for å sette forebyggende vilkår ved påtaleunntatelse, blant annet i form av krav om flere oppmøter ved enhetene, som særlig vil legge til rette for at enhetene kan jobbe med ungdommers motivasjon over tid.

Utvalget har vurdert kunnskapsgrunnlaget om effekten av bruk av ruskontroll («ruskontrakter»). Utvalget påpeker at kunnskapsgrunnlaget er begrenset, men viser til at ny kunnskap tilsier at tiltaket kan ha en positiv forebyggende effekt, og at det bør benyttes i tilfeller hvor det vurderes som egnet. Regjeringen vil vurdere om det er behov for en nærmere regulering av rammene for vilkår om ruskontroll, blant annet for å sikre forholdsmessighet og likebehandling.

Regjeringen vil gjennomgå og følge opp Rus-håndhevingsutvalgets forslag og høringsinnspillene i en egen lovproposisjon som utgjør del II av den helhetlige forebyggings- og behandlingsreformen, og legger følgende til grunn for det videre arbeidet:

- *I tråd med Hurdalsplattformen vil regjeringen ikke avkriminalisere bruk av og befatning med narkotika, og legger til grunn at all befatning med narkotika skal være straffbart. Dette gjelder også befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk.*
- *Regjeringen vil derfor foreslå en ny, samlet straffebestemmelse om bruk, erverv og innehav av mindre mengder narkotika til egen bruk. Regjeringen vil videre avklare hvilke narkotikaovertrедelser som faller inn under den nye straffebestemmelsen og om dagens mengdegrensener bør reduseres. Regjeringen vil i den forbindelse vurdere utvalgets forslag om nye mengdegrensener, som til dels er lavere enn det som gjelder i dag.*
- *I tråd med Hurdalsplattformen vil regjeringen foreslå lovendringer som bidrar til at rusmiddelavhengige møtes med god helsehjelp og oppfølging i stedet for straff for bruk og befatning med narkotika til egen bruk.*

- Regjeringen vil derfor foreslå lovfesting av en regel om reaksjonsfastsettelsen overfor personer som er rusmiddelavhengige, som innebærer at denne gruppen normalt skal møtes med påtaleunntatelse uten vilkår eller straffutmålingsfall ved befatning med narkotika til egen bruk. Regjeringen vil vurdere nærmere hvilke person- og aldersgrupper som skal være omfattet av regelen.
- Regjeringen vil videre fremme lovforslag som sikrer politiet hjemler for mer effektiv håndheving av forbudet mot bruk og befatning med narkotika til eget bruk. Regjeringen registrerer at utvalget mener at politiet etter gjeldende rett ikke er avskåret fra å bruke kroppslig undersøkelse for å avdekke bruk av narkotika. Regjeringen vil i den forbindelse vurdere om det skal innføres en egen bestemmelse om kroppslige undersøkelser for å avdekke rusmiddelinntak, og om kroppslig undersøkelse som hovedregel skal gjennomføres som spyttprøve for å sikre at det ikke brukes mer inngripende metoder enn nødvendig.
- Regjeringen vil også fremme lovforslag for å klargjøre handlingsrommet politiet har for å anvende tvangsmidler for eksempel ransaking ved mindre narkotikaovertridelser. På den måten vil vi redusere usikkerheten for førstelinjen hos politiet og bidra til forutsigbare rammer for tvangsmiddelbruken og ivareta viktige rettsikkerhetsprinsipper som forholdsmessighet og at det skal velges mildeste middel for å oppnå formålet.
- Regjeringen tar videre sikte på å foreslå lovendringer som bidrar til at de kommunale rådgivende enhetene for russaker benyttes i større grad enn det som er tilfellet i dag, og for at oppmøte ved enhetene skal ha størst mulig forebyggende effekt på videre rusmiddelbruk. Regjeringen vil vurdere utvalgets forslag om å styrke og forbedre lovhjemlene til å stille forebyggende vilkår ved påtaleunntatelse, blant annet i form av krav om flere oppmøter ved enhetene i løpet av en tidsperiode, for å legge til rette for at enhetene særlig kan jobbe med ungdommers motivasjon over tid.
- Regjeringen vil vurdere utvalgets anbefalinger knyttet til bruk av ruskontroll («ruskontrakter») som et forebyggende tiltak særlig overfor ungdom, i kombinasjon med oppmøte ved de rådgivende enhetene for russaker, og om dette kan brukes i større grad enn i dag. Regjeringen vil i den forbindelse vurdere om det er behov for en nærmere regulering av rammene for vilkår om ruskontroll, blant annet for å sikre forholdsmessighet og likebehandling.
- For å sikre bedre helsehjelp, effektiv kriminalitetsbekjempelse og god forebygging, vil regjeringen ikke utelukke ytterligere lovendringsforslag eller tiltak i del II av forebyggings- og behandlingsreformen.

1.6 Involvering og innspill til meldingsarbeidet

Forebyggings- og behandlingsreformen bygger på et bredt kunnskapsgrunnlag. Omfattende faglige innspill har vært hentet inn fra blant annet Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og kompetansesentrene på rusmiddelfeltet. Regjeringen inviterte organisasjoner og fagmiljøer til å gi skriftlige innspill til meldingen, og det er gjennomført nasjonalt innspillsmøte med bruker- og pårørendeorganisasjoner, herunder barne- og ungdomsorganisasjoner. I tillegg har politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet hatt en rekke egne møter med et bredt utvalg av bruker- og pårørendeorganisasjoner og fagmiljøer.

Flere innspill går igjen, blant annet betydningen av tidlig identifisering og intervensjon av rusmiddelproblemer, forebygging gjennom å redusere utenforskap, tilgang på lavterskeltilbud, samtidig behandling av rusmiddellidelser, psykisk- og somatisk helse, bedre kunnskap om rusmiddelbruk både i befolkningen og blant dem som jobber i helse- og omsorgstjenestene og ivaretagelse av de med behov for omfattende tjenester. Flere påpeker også samhandlingsproblemer innad i helsesektoren og på tvers med andre sektorer. Særlig framheves de sårbare overgangene mellom tjenestenivåer og viktigheten av tiltak utenfor helsesektoren, som gode boligløsninger og meningsfull aktivitet. Både bruker- og pårørendeorganisasjoner og fagmiljøer har påpekt viktigheten av økt oppmerksomhet om alkoholbruk. Et gjennomgående tema var også stigma knyttet til mennesker med rusmiddelproblemer.

1.7 Tilgrensende meldinger mv.

Stortingsmeldingen om forebyggings- og behandlingsreformen del I er regjeringens særskilte svar på rusmiddelrelaterte problemstillinger på helse- og velferdsområdet. Meldingen må ses i sammenheng med regjeringens andre meldinger, proposisjoner, strategier og handlingsplaner på helseområdet, men også på andre sektordepartementers områder. På helseområdet er særlig *folkehelsemel-*

dinga (48), *opptrappingsplan for psykisk helse* (49), *opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner* (50) og *nasjonal helse og samhandlingsplan* (1) av stor betydning for realiseringen av målene i forebyggings- og behandlingsreformen. Viktig er også bustadmeldinga - *Ein heilskapleg og aktiv bustadpolitikk for heile landet* (51) og arbeidsmarkedsmeldinga - *En forsterket arbeidslinje - flere i jobb og færre på trygd* (52).

Den kommende stortingsmeldingen om sosial utjevning og mobilitet, samt kvalitetsreformen i barnevernet vil også ha betydning for å nå målene i forebyggings- og behandlingsreformen for rusmiddelfeltet.

Denne meldingen gjentar i hovedsak ikke tiltak og målsettinger som beskrives i andre meldinger og arbeider, men det vises til disse i den løpende teksten.

2 Rusmiddelbruk

2.1 Alkohol

2.1.1 Bruk i befolkningen

Over 80 prosent av den norske befolkningen drikker alkohol (53). Den registrerte alkoholomsetningen var i 2023 på 6,37 liter ren alkohol per innbygger i alderen 15 år og eldre. Den største økningen i alkoholbruk har funnet sted blant middelaldrende og eldre (53).

Både den registrerte alkoholomsetningen og omfanget av risikofylt drikkemønster har vært ganske stabilt de siste ti årene (53). Under pandemien økte den registrerte alkoholomsetningen, men falt deretter tilbake til om lag samme nivå som før pandemien. Dette var en økning som må ses i sammenheng med en betydelig nedgang i den uregistrerte omsetningen, som grensehandel og taxfreehandel, i samme periode.

Et klart flertall av 15–16-åringer oppgir i ESPAD-undersøkelsene¹ å ha drukket alkohol noen gang (54). Ser vi på utvikling over tid, finner vi at det var en liten økning i andelen som oppgir å ha drukket alkohol fra 1995 til 1999, mens det så har vært en klar nedgang fram mot 2015, som ser ut til å ha flatet ut mot 2019 (54). Tallene viser imidlertid ikke hvor mye de har drukket. Andelen som oppgir å ha drukket i løpet av de siste 30 dagene, er lavere enn andelen som oppgir å ha drukket noen gang, og i løpet av de siste 12 månedene (54). Det er generelt små forskjeller i alkoholbruk mellom jenter og gutter. Tall for 2023/24 viser imidlertid at andelen unge som jevnlig bruker alkohol, har gått opp igjen, særlig blant jenter (55). Blant jenter på videregående er tallene i 2023/24 høyere enn før pandemien, og det er nå flere jenter på videregående som drikker alkohol jevnlig enn gutter (55).

Sammenliknet med andre europeiske land er totalforbruket av alkohol lavt i Norge, og er nesten halvparten av forbruket i landene med høyest forbruk (56). Også andelen 15–16-åringer

som drikker alkohol, er lavt i Norge sammenliknet med andre europeiske land (54). Det er også langt færre i Norge som drikker alkohol hver dag, sammenliknet med andre europeiske land. Norge har imidlertid et mer risikofylt drikkemønster, det gjelder også blant ungdom (57). Et risikofylt drikkemønster er mer vanlig blant unge voksne, særlig menn og de med kort utdanning. Dette betyr at Norge får mer helseskade og flere dødsfall per liter ren alkohol, sammenliknet med søreuropeiske land som har et mindre risikofylt drikkemønster (57).

2.1.2 Skadelig bruk

Det er en større andel av befolkningen som har en risikofylt bruk av alkohol enn andelen som har skadelig bruk/alkoholbrukslidelse, men grensen mellom risikopreget og skadelig bruk er flytende (58).

Antallet personer med en alkoholbrukslidelse i Norge er estimert (årsprevalens) til å ligge på om lag 170–350 000 (3). I tillegg er det langt flere mennesker som kommer i berøring med og opplever konsekvensene av alkoholbrukslidelser.

Personer med alkoholbrukslidelser har ofte psykiske problemer og somatiske lidelser og kan med det også ha samtidig bruk av avhengighetskapende eller andre legemidler. En slik samtidig bruk kan øke risikoen for skader og død (59).

Menn drikker mer, oftere og mer risikofylt enn kvinner, og eldre drikker oftere enn yngre, men har et mindre risikofylt drikkemønster. Høy utdanning og høy inntekt er forbundet med høyere drikkefrekvens, men med lavere omfang av risikofylt drikking (53).

Fordi majoriteten av befolkningen drikker alkohol, men også på grunn av alkoholens effekter, er alkohol i langt større grad enn andre rusmidler årsak til sosiale og helsemessige problemer og skader for tredjepart. Alkoholberuselse er ofte medvirkende årsak til ulykker, både i hjemmet og i trafikken og er ofte til stede ved voldshendelser i utelivssammenheng og ved vold og overgrepshendelser generelt (53).

Negative helsekonsekvenser og mange problemer knyttet til alkohol kan oppstå hos personer

¹ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), en stor europeisk skoleundersøkelse blant 15–16-åringer som er gjennomført jevnlig fra 1995.

Boks 2.1 Alkohol og helse

Alkohol kan medvirke til eller komplisere et bredt spekter av helseproblemer som omfatter både fysiske og psykiske sykdommer og skader, ulykker og tredjepartsskader.

Alkoholens bidrag til sykkelighet er beregnet til å være over 40 prosent for betennelse i bukspyttkjertelen og kreft i munn og hals, rundt 20 prosent for kreft i spiserør eller tykktarm og rundt 10 prosent for hjerneblødninger. For psykisk sykdom, og spesielt depressiv lidelse, er alkoholens bidrag høyt, men nøyaktige tall er vanskeligere å finne. Alkohol bidrar også negativt til angstlidelser og søvnproblemer.

Tilstander der alkohol kan være medvirkende er blant annet:

- høyt blodtrykk, hjertesykdom, hjerneslag, leversykdom og fordøyelsesproblemer (61)
- kreft i bryst, munn, svelg, spiserør, lever, tykktarm og endetarm
- svekket immunforsvar, noe som øker sjansene for å bli syk
- lærings- og hukommelsesproblemer, inkludert demens og dårlige skoleprestasjoner (62)
- psykiske helseproblemer, inkludert depresjon og angst (63)
- sosiale problemer, herunder familieproblemer, jobberelaterte problemer og arbeidsledighet (64)

der bruken i seg selv ikke nødvendigvis anses som problematisk, eller som selv ikke opplever bruken som et problem. Selv et moderat alkoholinntak øker risiko for tap av friske leveår (60).

Fordi alkoholbruk er en av flere medvirkende årsaker til mange sykdommer og skader, kan ikke hele omfanget av helseskader av alkohol leses direkte ut fra dødsårsaksstatistikk eller sykehusstatistikk. Verdens helseorganisasjon har beregnet at 3,1 prosent av alle dødsfall i Norge skyldes alkoholbruk, 5,1 prosent for menn og 1,1 prosent for kvinner, til sammen 1 260 dødsfall i 2019 (65). I 2023 viser dødsårsaksregisteret at det var 450 alkoholutløste dødsfall, det høyeste antallet i Dødsårsaksregisterets statistikk siden 1996 (66).

Mange som dør på grunn av alkoholbruk, dør i relativt ung alder. Alkoholbruk er den viktigste risikofaktoren for dødsfall blant menn i aldersgruppen 20–49 år (67). Antall tapte leveår som skyldes alkoholbruk, tydeliggjør hvor stort helseproblemet er. I Norge ble det for 2019 beregnet at antall tapte friske leveår som kan tilskrives alkoholbruk, var nærmere 58 000 (65). Personer med alkoholbrukslidelser sto for en mindre andel av disse tapte leveårene.

Med økende alder øker sårbarheten for alkohol. Det kan både forårsake og forverre sykdom, og redusere livskvaliteten. Kombinasjonen av økt forbruk av alkohol og legemidler er også et problem blant eldre. Helse- og omsorgspersonell erfarer at de mangler kompetanse for å avdekke og forebygge problematisk rusmiddelbruk hos eldre.

2.2 Avhengighetsskapende legemidler

2.2.1 Bruk i befolkningen

Avhengighetsskapende legemidler er en samlebetegnelse for legemidler som ofte har rusgivende effekt og avhengighetspotensial. Slike legemidler brukes for søvnproblemer, angstlidelser, smertetilstander, nevrologiske lidelser, ADHD og behandling av avhengighetslidelser.

Opioider er de mest brukte avhengighetsskapende legemidlene i Norge og brukes primært for smertelindring. Tall fra Legemiddelregisteret viser at rundt 578 000 personer fikk utlevert minst ett opioid i 2023 (68). Dette tilsvarer 10,5 prosent av befolkningen. I 2023 fikk rundt 330 000 personer benzodiazepinliknende legemidler (de mest brukte sovemidlene, også kjent som z-hypnotika) og rundt 229 000 personer benzodiazepiner (68), som blant annet brukes for behandling av søvnvansker, for å dempe uro og angst og for å redusere muskelspenninger og kramper. Tall fra grossistbasert legemiddelstatistikk viser at det var en svak nedgang i det totale salget i perioden 2019 til 2023 for hver av disse legemiddelgruppene (69). Generelt er det flere kvinner enn menn, samt eldre, som bruker avhengighetsskapende legemidler (69, 70).

Andelen brukere av opioider har vært relativt stabil i perioden 2010 til 2023, men det har vært endringer i hvilke opioider som brukes. Antall brukere av sterke opioider, særlig oksykodon, har økt

siden 2010. Antall personer som fikk utlevert oksykodon, økte fra rundt 19 000 til 76 100 i perioden 2010 til 2023. Den totale bruken av benzodiazepiner er redusert de siste årene, mens bruken av benzodiazepinlignende legemidler er nokså stabil (68).

Det er en høyere andel av befolkningen i Norge som bruker opioider, enn i Danmark og Sverige (71, 72). Norge har også høyere forbruk av angstdempende benzodiazepiner enn Danmark og Sverige, men lavere enn Finland og Island (73). Bruken av benzodiazepinlignende legemidler er høyest på Island og lavest i Danmark, mens de andre landene ligger på omtrent samme nivå (73). Datakildene varierer, og det er derfor vanskelig å sammenlikne med andre europeiske land.

Data fra Legemiddelregisteret viser kun hvilke legemidler som er utlevert etter resept fra lege, og ikke faktisk bruk. Omsetning og bruk av legemidler fra det illegale markedet, herunder videresalg av utleverte legemidler, inngår ikke i statistikken. Det foreligger dermed mindre oversikt over bruken av avhengighetsskapende legemidler fra ulovlige kilder.

2.2.2 Skadelig bruk

Psykkiske lidelser og ulike smertetilstander er utbredt, og god behandling er viktig. Mange av de mest brukte legemidlene ved slike tilstander kan imidlertid også gi uheldige kort- og langtidseffekter, som redusert koordinasjon, økt risiko for fall, redusert kognitiv funksjon, ruspåvirkning, skadelig bruk og avhengighet.

Opioider, benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler bør som hovedregel brukes i maksimalt fire uker før nedtrapping, selv om tilstanden som skal behandles kan bli varig. Det er heller ikke anbefalt å kombinere flere grupper av avhengighetsskapende legemidler samtidig (74). Samtidig viser tall fra Folkehelseinstituttet at antall pasienter med vedvarende eller problematisk² bruk av opioider ved langvarige smertetilstander er økende. I 2019 fikk rundt 60 000 personer opioider på resept i mengder som tilsier jevnlig bruk gjennom hele året (75). Dette er en

² Folkehelseinstituttet har definert vedvarende bruk som at en person har hentet ut minst 180 DDD eller 4500 mg OMEQ av opioider i løpet av et kalenderår. OMEQ er orale morfinekvivalenter og omregningsfaktor for ekvipotens av opioider. Personer med jevnt inntak av opioider i daglige doser over 2 DDD eller 50 mg OMEQ er vurdert å ha et problematisk bruk. Pasienter som i tillegg til slik bruk også bruker jevnlig benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler (> 100 DDD per kalenderår) er vurdert å ha et problematisk kombinasjonsbruk.

økning på 10 000 personer (19 prosent økning) fra 2011. Blant disse fikk over halvparten utlevert andre avhengighetsskapende legemidler i tillegg.

Antallet personer i Norge med problematisk bruk i form av jevnlig bruk av høye doser var om lag 15 000 i 2019 (76). Omtrent halvparten av disse har også problematisk kombinasjonsbruk av opioider og andre avhengighetsskapende legemidler. Jevnlig bruk over tid gir økt risiko for overdoser og overdosedødsfall, og risikoen øker med økte daglige doser av opioider og med kombinasjonsbruk. Se omtale av forhøyet skaderisiko ved samtidig bruk av alkohol i kapittel 2.1.2.

Studier har vist at sosioøkonomiske faktorer som kort utdanning, lav inntekt, arbeidsledighet og uføretrygd er assosiert med vedvarende bruk av opioider og med bruk av benzodiazepiner (77–80).

2.3 Ulovlige rusmidler

2.3.1 Bruk i befolkningen

Bruken av alle typer ulovlige rusmidler i Norge i alle aldersgrupper ligger nært det europeiske gjennomsnittet. Unntaket er cannabis hvor bruken er lavere, og kokain hvor bruken er noe høyere (81). Bruk av ulovlige rusmidler kartlegges gjennom ulike befolkningsundersøkelser, blant annet i regi av Folkehelseinstituttet og Ungdata. Siden midten av 2010-tallet har det vært en økning blant elever i videregående skole som har brukt narkotiske stoffer.

Cannabis

Cannabis er det mest brukte ulovlige rusmiddelet i Norge og verden for øvrig (82). Om lag 27 prosent av befolkningen mellom 16 og 64 år har noen gang brukt cannabis, mens andelen som oppgir å ha brukt det siste år eller siste måned, ligger på henholdsvis 5 og 2 prosent. En generell tendens er at menn noe oftere enn kvinner har brukt cannabis noen gang og siste år.

I Ungdata-undersøkelsen 2024 rapporterer 10 prosent av ungdommene å ha brukt cannabis det siste året. De fleste har prøvd det én eller noen få ganger. Bruken økte med alder og var høyere blant gutter enn jenter (55). I 2023 har 24 prosent av guttene og 15 prosent av jentene på tredje året på videregående (Vg3) rapportert bruk av cannabis i løpet av siste året. I denne aldersgruppen har økningen i cannabisbruk de siste årene vært større blant jenter enn blant gutter. På ungdoms-

Boks 2.2 Ungdata

Ungdata er lokale barne- og ungdomsundersøkelser der skoleelever over hele landet svarer på spørsmål om hvordan de har det, og hva de driver med på fritiden. Undersøkelsene er tilpasset barn og ungdom på mellomtrinnet (5.-7. trinn), ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Ungdata-undersøkelsene omfatter et bredt spekter av temaområder, også rusmidler. Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet – storbyuniversitetet er ansvarlig for gjennomføringen av Ungdata-undersøkelsene i samarbeid med de regionale kompetansesentrene på rusområdet (KORUS).

trinnet har tallene for cannabis i hovedsak vært stabile, men med en viss økning blant jentene.

Sentralstimulerende rusmidler

I 2023 oppga om lag 7 prosent av befolkningen (16–64 år) at de noen gang hadde brukt kokain, amfetaminer eller ecstasy/MDMA (82). Kokain var det sentralstimulerende stoffet med høyest forekomst det siste året med 2 prosent. En generell tendens er at menn noe oftere enn kvinner har brukt kokain. Sentralstimulerende rusmidler er mest utbredt i yngre aldersgrupper, og kokainbruk har økt noe de siste årene blant 16–30-åringene.

Den nasjonale Ungdata-undersøkelsen 2024 viser en økning blant ungdoms bruk av andre illegale rusmidler, og det antas at dette i hovedsak er bruk av kokain. På Vg3 oppgir 13 prosent av guttene og 6 prosent av jentene å ha brukt andre narkotika stoffer enn cannabis i løpet av det siste året (55). Ung i Oslo-undersøkelsen fra 2023 viser en økning i bruk av rusmidler fra 2021, spesielt blant de eldre tenåringene, og 17 prosent av guttene og 8 prosent av jentene på Vg3 oppga å ha prøvd kokain (83). Blant de på videregående som oppgir at de ofte har vært beruset på alkohol, er andelen som har prøvd kokain betydelig høyere; 35 prosent av guttene og 15 prosent av jentene.

Lystgass (dinitrogenoksid)

Lystgass brukes til forskning og til medisinske, industrielle og kommersielle formål, blant annet som drivgass i ulike næringsmidler som leveres i trykkbeholdere og liknende.

Det har vært en økning i bruk av lystgass som rusmiddel i europeiske land siden 2010, med en særlig økning fra omkring 2017 (84). Tolletaten har rapportert en betydelig økning i lystgassimport til Norge siste to år (85). Lystgass inngår imidlertid ikke i målingene Folkehelseinstituttet foretar om bruk av rusmidler i Norge, og følgelig foreligger det heller ikke pålitelige oversikter over bruksomfang (85).

Inhalering av lystgass kan medføre alvorlige akutte skader, men også skader av varig karakter. Dette handler blant annet om problemer med konsentrasjon, hukommelse, blodpropp og hjertesykdom. Ved langvarig og omfattende bruk kan det oppstå alvorlige og langvarige organskader, som beinmargsskade med redusert dannelse av blodceller og nerveskade (nevropati) (85). Det er mindre kunnskap om de psykiske og kognitive langtidseffekter ved bruk av lystgass.

Heroin og andre opioider

Bruken av heroin i Norge er lite utbredt. Omfanget kan ikke kartlegges gjennom spørreskjemaundersøkelser i befolkningen og ble tidligere forsøkt anslått ved hjelp av indirekte beregningsmetoder. Dette ga svært usikre estimater og har ikke blitt gjort etter 2013 (86).

Syntetiske opioider inkluderer blant annet nitazener og fentanylderivater der enkelte typer kan være 100 til 1 000 ganger sterkere enn morfin, og kan være svært vanskelige å dosere. Det er derfor høy risiko for alvorlig forgiftning og død ved bruk av slike stoffer (87). Forekomsten av syntetiske opioider blant brukere av ulovlige rusmidler har til nå vært lav i Norge. Antall beslag de siste årene tilsier imidlertid at tilgangen til slike opioider kan ha blitt større, se omtale i kapittel 2.3.3.

Dopingmidler

I Norge har andelen av befolkningen mellom 16 og 34 år som oppgir noen gang å ha brukt dopingmidler ligget på mellom 1 og 2 prosent i perioden 2013–2020 (88). Andelen er gjennomgående høyere for menn enn for kvinner.

Bruk av dopingmidler utenfor den organiserte idretten dreier seg i all hovedsak om bruk av anabole androgene steroider og testosteronpreparater. Sentralstimulerende stoffer og veksthormoner blir også brukt som prestasjonsfremmende midler, men disse brukes først og fremst i konkurranseidrett. Andelen som oppgir bruk er betydelig lavere for bruk i løpet av de siste 12

månedene enn for noen gangs bruk. Basert på spørreundersøkelser virker bruken av anabole androgene steroider å være forholdvis lite utbredt i Norge (88). Den registrerte bruken av dopingpreparater utenfor den organiserte idretten ligger omtrent på samme nivå i de nordiske landene, basert på tall fra henholdsvis Folkhälso-myndigheten i Sverige, Antidoping Danmark og A-Clinic Foundation i Finland.

Blant pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan det synes å være mer ustrakt bruk. Av 563 pasienter som mottok behandling for rusmiddellidelser oppga hele 36 prosent av de mannlige og 8 prosent av de kvinnelige pasientene nåværende eller tidligere bruk av anabole steroider (89). Pasienter som hadde erfaring med bruk av anabole steroider, skilte seg fra de andre pasientene ved at de hadde debutert tidligere med rusmidler, brukt flere rusmidler ukentlig, og tiden mellom rusmiddeldebut til en rusmiddeldiagnose var kortere. To av tre hadde et rusmiddelproblem før de startet med anabole steroider, og nærmere halvparten oppga at de begynte med anabole steroider for å bygge opp en tynn kropp preget av rusmiddelbruk, til en sterkere og mer sunt utseende kropp (89).

Andre stoffer

Spørreskjemaundersøkelser tyder på at svært få personer i den generelle befolkningen har erfaring med bruk av nye psykoaktive stoffer (NPS) (90).

Nye psykoaktive stoffer defineres som narkotiske stoffer som ikke er regulert gjennom internasjonale narkotikaavtaler, men som vurderes å være like skadelige som andre rusmidler. NPS favner forskjellige stoffer med ulik virkning. De fleste NPS er nye stoffer, men kan også være stoffer kjent fra tidligere, som stoffer som lanseres på nytt, eller varianter av slike stoffer. I 2022 ble 41 nye rusmidler rapportert gjennom EUs system for tidlig varsling for første gang, og totalt overvåkes 930 stoffer (91).

2.3.2 Skadelig bruk

Omfanget av helseskader relatert til ulovlige rusmidler er langt mindre enn skadene relatert til bruk av tobakk og alkohol (92). Dette skyldes at det er ulikt skadepotensial ved ulike rusmidler, og at langt færre bruker ulovlige rusmidler. Helse- og samfunnsskader av ulovlige rusmidler, men også avhengighetskapende legemidler, er i mange tilfeller sammenfallende med skader som oppstår ved alkoholbruk. Bruk av anabole steroider vil imidlertid kunne ha særlige bivirkninger, for eksempel androgene effekter.³

Type skade og skaderisiko vil variere med type rusmiddel og på hvilken måte det inntas. De vanligste skadene er knyttet til overdoser og andre akutte skader som ulykker, vold og selvmordsrisiko, ikke-smittsomme somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer og lunge-sykdommer, psykiske lidelser og smittsomme sykdommer som hepatitter og hiv (93).

Som for alkohol, øker risikoen for helseskade med økt forbruk og hyppighet, og det er antatt at det er en forhøyet risiko for skader av mer varig karakter ved jevnlig bruk i ung alder.

Det er sammenhenger mellom bruk av alkohol og ulovlige rusmidler. Folkehelseinstituttets «ute-livsstudie» der bruk av alkohol og ulovlige rusmidler blant unge på byen ble undersøkt, viste høyere bruk særlig av cannabis og kokain samtidig med alkohol, sammenliknet med funn i ordinære befolkningsundersøkelser (94). En annen undersøkelse viser at en høyere andel av personer med risikofull alkoholbruk, også oppga bruk av ulovlige rusmidler (95). Hvor stor andel av befolkningen som har problemfylt bruk av ulovlige rusmidler, er vanskelig å måle gjennom ordinære befolkningsundersøkelser, og det brukes ulike indikatorer for å estimere omfang (96). Basert på en slik indikator anslås det at det i Norge var om lag 7 100–10 000 personer som injiserte ulovlige rusmidler i 2019, og at dette har holdt seg stabilt fra 2004.

Utbredelsen av cannabis, nyere dokumentasjon på skader, økt THC-innhold i organisk cannabis og nye produkter, herunder syntetiske cannabisprodukter, økt markedsføring på internett og endrede inntaksmåter er blant faktorene som tilsier at cannabisbruk bør monitoreres, se omtale av monitorering av rusmiddelsituasjonen i kapittel 10.6.1.

Bruken av heroin er i hovedsak begrenset til marginaliserte grupper, men bidrar til en stor del av helsekonsekvensene ved bruk av ulovlig rusmiddelbruk. Erfaringer fra obduksjon ved rusmiddelutløste dødsfall, brukerrodd, lavterskel helsetiltak samt rusmiddeldiagnoser satt i spesialisthelsetjenesten, tyder på at høyrisiko- og problembrukere generelt har samtidig bruk av flere ulike psykoaktive stoffer eller multiavhengighetsproblematikk.

³ Med androgen effekt mener man effekten disse stoffene har på det som kalles sekundære kjønnskarakteristika. Dette er fysiologiske kjennetegn som skiller menn og kvinner fra hverandre, som for eksempel hårvekst, dybden på stemmen og utviklingen av bryster.

2.3.3 Produksjon, innførsel, beslag og utviklingen i omsetning

I Norge antas det at omfanget av dyrking og produksjon av ulovlige rusmidler er begrenset, og det meste tas ulovlig inn til landet.

Det er vedvarende høy tilgjengelighet av alle typer stoffer i Europa, og omfanget og kompleksiteten av ulovlig narkotikaproduksjon fortsetter å vokse. Brukere av rusmidler eksponeres for et bredere spekter av psykoaktive stoffer, ofte med høy styrke og renhetsgrad. I 2022 ble det beslaglagt 323 tonn kokain i EUs medlemsland, og det er sjetten år på rad med rekordstore beslag. Beslagene i Europa overgår nå beslagene i USA, som historisk sett har vært regnet som verdens største kokainmarked (81).

Antall beslag i Norge har hatt en nedadgående trend fra 2015 til 2022, men de to siste årene har det vært en viss økning i antall saker (97). Heroinbeslag og renheten av stoffet har gått ned i senere år. Imidlertid er beslaglagt mengde for noen stofftyper større, blant annet syntetiske stoffer som amfetamin og MDMA.

Ifølge Kripas var beslaglagte mengder kokain betydelig større i 2023 enn tidligere år på bakgrunn av flere rekordstore beslag, som ikke nødvendigvis var tiltenkt det norske markedet (97). Beslaglagte mengder kokain er tilbake på et mer vanlig nivå i 2024. Samtidig fortsetter også antall beslag å øke, og kokain utgjør en stadig større andel av de samlede narkotikabeslagene. Styrkegraden er høy både i små og store beslag.

Basert på beslag og dødsfall kan det også ha vært en økning i tilgjengelighet og bruk av nitazener og fentanylanaloger. I perioden 2019–2022 gjorde Tolletaten til sammen tre beslag av nitazener, mot syv beslag av antatte nitazener per desember 2023 (98). Politiet opplyser at fire beslag i 2022 og 14 beslag i 2023 var antatte nitazener. Om lag 6 prosent av alle beslaglagte opioider i 2023 var syntetiske opioider (99).

Antallet beslag av nye syntetiske stoffer (NPS) var på det høyeste i perioden 2012–2015 med rundt 900 beslag årlig. Deretter har det vært en ganske stor nedgang i slike beslag. I 2023 ble det gjort om lag 200 NPS-beslag og dette utgjorde om lag 1 prosent av alle beslag av ulovlige rusmidler i Norge (99).

Nesten all heroin som konsumeres i Europa, stammer fra Afghanistan. I 2022 kunngjorde landets ledere et forbud mot dyrking av opiumsvalmue, og ifølge FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) er både dyrkingen og ulovlig produksjon redusert med anslagsvis 95 prosent,

sammenliknet med 2022 (100). Dette kan resultere i en framtidig redusert tilgjengelighet av heroin som igjen kan føre til at markedet suppleres med mer potente syntetiske opioider eller syntetiske sentralstimulerende midler.

En slik situasjon kan ha betydelige negative virkninger både på folkehelsen og sikkerheten. EUs narkotikabyrå (EUDA, tidligere EMCDDA) understreker Europas behov for å forbedre beredskapen når det gjelder endringer i narkotikamarkedet. Dette understreker også hvor viktig det er for Norge å delta i det internasjonale samarbeidet på dette området. Se også innføring av beredskapstenkning på rusmiddelområdet i kapittel 10.

I følge Politidirektoratet har digitalisering av samfunnet gitt kriminelle narkotikadistributører større handlingsrom, og salg av ulovlige rusmidler foregår i økende grad på internett og i sosiale medier. Omsetningen foregår særlig på Snapchat, ofte utført av og rettet mot barn og unge, som dermed utsettes for økt eksponering for tilbud om ulovlige rusmidler.

Politidirektoratet oppgir at distribusjon via postforsendelser nå utgjør over 11 prosent av alle registrerte narkotikalovbrudd, men det er grunn til å tro at omfanget er større. Å redusere ulovlig innførsel av narkotika er viktig for å redusere tilgjengelighet. Generelt tilsier endringer i omsetningsmarkeder, samt episoder med større beslag av kokain som tas inn via norske havner eller andre grenseoverganger, at politiet og Tolletaten må videreutvikle evnen til å avdekke denne typen kriminalitet for å stanse ulovlig innførsel og videre distribusjon.

Hvert år siden 2013 har det vært reduksjon i antall anmeldte narkotikalovbrudd. Dette gjelder alle typer narkotikalovbrudd, men reduksjonen har vært særlig stor for de mindre alvorlige overtredelsene etter legemiddeloven. I 2023 ble det registrert om lag 2 200 anmeldelser for narkotikabruk, mot nesten 8 800 slike anmeldelser i 2019, som tilsvarer en nedgang på 75 prosent (101).

I 2023 ble det totalt registrert i overkant av 17 700 narkotikalovbrudd. Dette er nedgang på 27 prosent i forhold til gjennomsnittet i perioden 2019–2022, men er likevel en økning på 5,5 prosent fra samme periode (101). Økningen knytter seg til flere anmeldelser av postforsendelser av narkotika, mens to tredjedeler av de anmeldte sakene som angår bruk etter legemiddeloven, ble opprettet i sammenheng med et trafikklovbrudd.

Antall anmeldelser for dopingovertredelser, straffereaksjoner og beslag økte etter kriminalisering av dopingovertredelser i 2013, men har avtatt i påfølgende år (88). I 2023 var det 1 096 beslag av

anabole androgene steroider. Tallene er om lag på samme nivå som 2022, og 55 prosent av beslagene er testosteronpreparater (99). Alvorlige og prioriterte narkotikalovbrudd har fortsatt høy oppklaringsprosent. Siste femårsperiode er åtte av ti saker i sakskategorien *grov narkotikaovertrødelse* oppklart (101).

2.4 Pengespill

I 2022 deltok 62 prosent av befolkningen mellom 16 og 74 år i pengespill (102). De fleste som spiller pengespill har ikke et problematisk forhold til spil-

lingen, men 2,3 prosent av befolkningen kan kategoriseres som personer med moderat risikospill, og 0,6 prosent kan kategoriseres som personer med spillproblemer (102). Antall personer med spillproblemer er redusert fra 55 000 i 2019 til 23 000 i 2022. Om lag 93 000 personer befinner seg i risikozonen, som er en nedgang fra 122 000 i 2019. Andelen personer med spillproblemer har vært relativt stabil siden 2005. Pengespillproblemer er mer utbredt i den yngre delen av befolkningen, og mer utbredt blant menn, personer med lav sosioøkonomisk status og personer som er født utenfor Norge (102).

Del II
Retning for rusmiddelfeltet

Innledning

Det er et overordnet mål for regjeringen å utjevne sosiale forskjeller og sosial ulikhet i helse. Avhengighet og skadelig bruk av rusmidler, dopingmidler og avhengighetskapende legemidler rammer befolkningen ulikt, bidrar til ulikhet i helse og forsterker sosial og økonomisk ulikhet i samfunnet som helhet.

For å redusere denne ulikheten og for å opprettholde en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, må det forebygges mer og bedre, og mennesker med rusmiddelproblemer må ha tilgang til likeverdige helse- og omsorgstjenester.

Regjeringen legger her fram retningen for rusmiddelfeltet ved å gjennomføre forebyggings- og behandlingsreformens del I med tiltak på følgende seks innsatsområder:

- fremme likebehandling og retten til helse
- forsterket innsats mot overdoser
- fremme kunnskapsbasert forebyggende innsats
- fremme bruker- og familieperspektivet
- videreutvikle behandlings- og oppfølgingstilbud
- kunnskap og kompetanseutvikling

3 Fremme likebehandling og oppfylle retten til god helse og livskvalitet

3.1 Bakgrunn

Likebehandling, likeverdige og tilgjengelige tjenestetilbud er grunnleggende i norsk helsepolitikk. Dette verdigrunnlaget gjenspeiles i to av regjeringens overordnede mål for helse og omsorgspolitikken om god helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn, og gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet (103). Overdødeligheten blant mennesker med rusmiddelproblemer og kunnskapen om levekårsutfordringene for gruppen som helhet, tilsier at denne pasientgruppen av ulike grunner ikke får tilsvarende tilgang til de samme tjenestene eller til tjenester av samme kvalitet som andre grupper. Det er behov for skjerpet innsats for å innfri disse overordnede målene også for denne pasientgruppen.

I FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 (2) heter det at:

«Retten til høyeste oppnåelige helsestandard etter artikkel 12, innebærer en rett til tilstrekkelig tilbud av helse- og omsorgstjenester. Tilbudet skal være tilgjengelig for alle uten diskriminering, være av god kvalitet, basert på vitenskapelige og medisinske krav, respektere medisinsk etikk og være tilpasset kultur, bakgrunn, kjønn og livssyklus.»

Personer med rusmiddelproblemer omfattes av de samme rettigheter til helse- og omsorgstjenester som den generelle befolkningen. Regjeringen mener det er nødvendig å legge bedre til rette for at tjenestene oppfyller retten til helse for målgruppen.

3.1.1 Helsetap og redusert levealder

Bruk av alkohol, avhengighetsskapende legemidler og ulovlige rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene i Norge for å dø før fylte 70 år, og resultater fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet viser at rusmiddellidelser bidrar betydelig til

Boks 3.1 Resultatmål

- mennesker med rusmiddelproblemer opplever likebehandling i helse- og omsorgstjenestene
- forskjellen i levealder mellom personer med alvorlige rusmiddelproblemer og den generelle befolkningen er redusert
- mennesker med rusmiddelproblemer har økt tilgang til skadereduserende tjenestetilbud

helsetap (sykelighet) og tapte leveår både globalt og i den norske befolkningen (104). Alkoholbruk er den viktigste risikofaktoren for dødsfall blant menn i aldersgruppen 20–49 år (67). Personer med rusmiddellidelser har større helsetap og redusert levealder (mellom 15 og 20 år) sammenliknet med den generelle befolkningen, og rusmiddelavhengighet i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse øker risikoen for tidlig død (105). Den økte dødeligheten skyldes en kombinasjon av dårlige levekår, rusmidlenes påvirkning på kroppen og påfølgende økt sårbarhet for sykdom, ulykker, vold og plutselig død, inkludert overdosedød og selvmord. For seks av ti pasienter skyldes den høye dødeligheten somatisk sykdom (105). Manglende kunnskap og kompetanse om rusmiddellidelser i tjenestene kan også ha betydning for behandlingen som gis, og med det utgjøre noe av bakgrunnen for forskjellene i forventet levealder.

Forekomsten av alvorlige psykiske lidelser er betydelig høyere blant personer med rusmiddellidelser enn i resten av befolkningen, og selvmedisinering er utbredt. Opptil 90 prosent av pasientene som får behandling for en rusmiddellidelse, har én eller flere psykiske lidelser, samtidig som rusmiddelproblemer er svært utbredt blant pasienter med psykiske lidelser (3). Personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddelavhengig-

het har høyere forekomst av somatiske sykdommer og opplever derfor betydelig tap av arbeidsevne og kortere forventet levealder enn befolkningen ellers.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblemer omfattet både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester (106). Tilsynet viste blant annet at tjenesteytingen var tilfeldig, lite planlagt og samordnet, og at det var lite oppmerksomhet om brukernes somatiske helsesituasjon, både manglende diagnostisering og underbehandling. Samtidig er det også flere med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem som selv ikke oppsøker helsehjelp, og som er ukjente for helsetjenestene.

Selv om Norge har godt utviklede helsetilbud til befolkningen, er det fortsatt behov for tiltak som understøtter en likeverdig tilgang til behandlings- og oppfølgingstjenester for personer med rusmiddelproblemer. Behandling av pasienter med rusmiddelproblemer og -lidelser har tradisjonelt og til dels hatt avhold fra rusmidler eller betydelig redusert rusmiddelbruk som et mål. Det må imidlertid også legges vekt på å forbedre livssituasjonen til personer med rusmiddelproblemer, herunder gi behandling for psykiske og somatiske lidelser, uten krav eller forventning om at pasienten skal behandles for, eller avslutte sin rusmiddelbruk. Personer med rusmiddelproblemer skal ha mulighet til en bedringsprosess som tar utgangspunkt i deres rettigheter, ressurser, kompetanse og vekstpotensial (107).

Også i opptrappingsplanen for psykisk helse er det et resultatmål at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har økt levealder, og at forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den generelle befolkningen er redusert. Dette forutsetter en systematisk og planmessig innsats. Helsedirektoratet har i 2024 fått i oppdrag å utarbeide et utkast til en helhetlig plan for å heve levealderen i målgruppene samt etablere en indikator for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer blant personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblem.

3.1.2 Sosial ulikhet i helse

Det er vedvarende ulikheter i forventet levealder og dødelighet i Norge målt etter utdanningsnivå, yrke og inntekt. Personer med lav sosioøkonomisk status strever med flere livsbelastninger, dårligere levekår og dårligere helse, og de lever betydelig kortere enn de med høyere status (108).

Fattigdom og lavinntekt har en negativ innflytelse på barn og unges livskvalitet, atferd og helse. Grupper i befolkningen som er marginalisert på andre levekårsområder, er også mer sårbare og utsatte for rusmiddelrelaterte problemer. I en studie er det sett nærmere på mønstre i bruk av alkohol, cannabis og kokain blant ungdommer i ulike deler av Oslo, og betydningen av sosioøkonomisk status, med utgangspunkt i data fra Ung i Oslo 2023 (109). Forskerne fant at Oslo er en delt by med hensyn til ungdoms bruk av alkohol, og i de mer velstående vestlige bydelene er det en høyere andel som har drukket seg beruset. Bruk av cannabis var høyest i bydelene i sentrum øst og i sentrum vest, mens kokain var mest brukt i bydelene i sentrum vest og i de vestlige bydelene. Studien tyder på at unge oftere eksponeres for og bruker alkohol og kokain i de mer velstående bydelene, men også at sosiale ungdommer har høyere sannsynlighet for bruk. I tillegg var svak oppfølging fra foreldrene og alkoholliberale normer i hjemmet assosiert med risiko for bruk av både alkohol, cannabis og kokain. Dette er kunnskap som er viktig i det rusmiddelforebyggende arbeidet, og viser et behov for innsats i de mer velstående bydelene, samt å adressere flerbruk av rusmidler.

De fleste personer med opioidbrukslidelser står uten arbeid og mottar oftere sosialhjelp enn pasienter med andre rusmiddellidelser. Brukere av kokain derimot har ofte lengre utdanning, høyere inntekt og er oftere i arbeid enn andre grupper med en rusmiddellidelse (3). Bruk av sterke smertestillende og beroligende midler/sovemidler forskrevet av lege, er også vanligere i grupper med lav sosioøkonomisk status (110, 111). Risikofylt bruk av rusmidler øker risikoen for sosiale problemer og kan dermed bidra til å øke de sosiale helseforskjellene.

3.1.3 Regjeringen vil

- tydeliggjøre at behandling og oppfølging av rusmiddelproblematikk skal følge de samme prinsipper som for andre helse- og omsorgstjenester
- utarbeide en plan for systematisk å motvirke stigmatisering og fordommer knyttet til personer med rusmiddelproblemer og etterstrebe et ikke-stigmatiserende språk på rusmiddelfeltet, herunder følge opp anbefalingene fra Norges institusjon for menneskerettigheter om vern mot diskriminering
- vurdere nærmere hvordan pasienter med tidligere diagnostisert og ubehandlet hepatitt C kan tilbys behandling

- utrede tiltak for å tilrettelegge for at det gjennomføres årskontroll hos fastlege for personer med rusmiddellidelser
- utrede effekt og konsekvenser av å gi fritak for egenandeler for alle helsetjenester som ytes av allmennlegetjenesten for personer med rusmiddellidelser
- igangsette forsøk med nærklinikker som tilbyr både spesialisert behandling for rusmiddellidelser og kommunale tjenester for personer med sammensatte tjenestebehov og multiavhengighetsproblematikk
- foreslå endringer i brukerromslov og -forskrift som tar sikte på å gjøre det lettere for kommuner å etablere brukerrom ved behov

3.2 Språk og stigma

Selv om kunnskapen om rusmidler og forståelsen av rusmiddelproblemer har endret seg over tid, jf. boks 3.2, er det fremdeles slik at debatten om avhengighet eller omfattende bruk av rusmidler er preget av verdier, moral og til dels moralisme. I samfunnet er det en forventning om at den enkeltes bruk av rusmidler skal foregå kontrollert og innenfor aksepterte sosiale rammer. Gjennom avvik fra disse normene merkes vedkommende som normbryter, og en følge av det er ofte sosial utstøting og utenforskap. For brukere av ulovlige rusmidler er ofte all bruk forbundet med normbrudd og potensiell stigmatisering og med påfølgende risiko for sosial utstøtning, utenforskap og at personer med rusmiddelutfordringer ikke oppsøker helsetjenester.

Personer med rusmiddelproblemer opplever utenforskap, og rusmiddeldiagnoser er fremdeles blant de mest stigmatiserte helsetilstandene i samfunnet (112). Negative holdninger til personer med rusmiddelproblemer finnes både i befolkningen generelt og blant personell i helse- og omsorgstjenestene, og holdningene reflekteres i språk og praksis (112). Personer med rusmiddellidelser skal ha behandling for sine somatiske og psykiske lidelser, uavhengig av om de bruker rusmidler eller ønsker behandling for sin rusmiddel lidelse. Bevisste og ubevisste holdninger hos personellet kan imidlertid bidra til at personer med rusmiddellidelser ikke får nødvendige undersøkelser og helsehjelp for somatiske og psykiske lidelser (113, 114).

Samfunnets syn på en gruppe kan prege den enkeltes selvfølelse. Gjennom ytre stigmatisering, sosial kritikk og gruppetenking kan negative stereotyper internaliseres hos den enkelte. Slik selv-

Boks 3.2 Resepthåndboken av 1968

«Eufomani har ofte sitt grunnlag i en personlighetsdefekt, som kan være av forskjellig art, men som hyppigst viser seg ved individets mangel på evne til å tilpasse seg livets realiteter og krav.» (115)

stigmatisering påvirker med stor sannsynlighet både den psykiske og fysiske helsen til den enkelte. I tillegg vil terskelen for å oppsøke hjelp kunne bli høyere og dermed forringe den enkeltes muligheter for gode leveår og et langt liv.

Språk er normativt. Det uttrykker holdninger, det legitimerer og det stigmatiserer. De språklige uttrykkene vi bruker for å beskrive personer med rusmiddelproblemer, og ofte også psykiske lidelser, kan påvirke sannsynligheten for at folk vil søke hjelp, og kan ha betydning for kvaliteten på hjelpen som ytes. Forskning indikerer at stigma, negative holdninger til mennesker basert på karakteristiske kjennetegn og stereotyper, på flere måter kan bidra til dårligere helse og effekt av behandling (112).

Språklig bevissthet og valg av ord og uttrykk som beskriver personer med rusmiddelproblemer, er helt sentralt for å tydeliggjøre verdigrunnlag og retning for rusmiddelpolitikken. Helsedirektoratet, i samarbeid med flere brukerorganisasjoner, utarbeidet i 2015 forslag til normering av enkelte uttrykk og begreper som en del av nasjonal faglige retningslinje om behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (116).

Uttrykk som «rus» og «rusfeltet» er upresise da de i praksis omfatter rusmidler både som en lovlig og ulovlig vare og all bruk av rusmidler, uavhengig av om bruken er risikopreget og skadelig eller ikke. I tillegg faller bruk av avhengighetsskapende legemidler, bruk av dopingmidler og avhengighet til pengespill inn under rusmiddelpolitikens område.

Uttrykket *rus* viser til en endret bevissthetstilstand forårsaket av psykoaktive stoffer, og en betydelig andel av befolkningen søker slike opplevelser, oftest gjennom bruk av alkohol. Det er imidlertid når bruken av psykoaktive stoffer er risikofull eller påfører skade, at det kan være behov for helsetjenester. I den sammenhengen er det viktig at det ikke nødvendigvis er ønsket om å oppnå ruseffekt som fører til problemer for den enkelte. *Rus* brukt som prefiks er innarbeidet i det

Boks 3.3 Språklige uttrykk

Følgende begreper vil være i tråd med moderniseringen av språket:

- rusmiddelfeltet i stedet for rusfeltet
- i stedet for rusmisbruker, ruspasient eller rusavhengig:
 - Personer/pasienter med
 - rusmiddelproblemer
 - skadelig bruk av rusmidler
 - rusmiddelavhengighet
 - rusmiddellidelser

- personer berørt av annens bruk av rusmidler: Ved omtale av tredjepart, bør benevelser som rusbarn, rushjem, rusfamilier, russkadd m.m. unngås. De bør omtales som barn/pårørende til personer med et rusmiddelproblem
- medikamentell behandling av rusmiddellidelse til erstatning for substitusjonsbehandling

norske språket, men regjeringen vil likevel etterstrebe et mer presist og mindre stigmatiserende språk.

Regjeringen har forståelse for at uttrykket ettervern kan ha uheldige konnotasjoner og at det kan koples til oppfatningen om rusmiddelfeltet som en særomsorg, da uttrykket ikke brukes overfor andre pasientgrupper. Samtidig er det slik at begrepet *ettervern* er så innarbeidet i språket på rusmiddelfeltet, at regjeringen velger å tydeliggjøre hva *integreert ettervern* skal innebære innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Se nærmere omtale i kapittel 9.4.3.

Canada trekkes ofte fram som eksempel for sitt arbeid mot stigmatisering av personer med rusmiddelproblemer. Canadiske helsemyndigheter har arbeidet systematisk over mange år med denne tematikken. På den canadiske regjeringens hjemmeside pekes det på at stigmatisering av personer med rusmiddellidelser bidrar til at færre søker hjelp, flere skjuler sin lidelse og at kvaliteten på helsehjelpen som tilbys ofte ikke god nok (117). Canadas tilnærming til stigmatisering anses å ha solid faglig fundament som det vil ses hen til i regjeringens videre innsats mot stigmatisering.

3.3 Diskrimineringsvern

I tråd med stigmaproblematikken, negative holdninger og ulikhet i helse er det forhold som tyder på at mennesker med rusmiddelproblemer kan ha behov for en særlig oppmerksomhet knyttet til vern mot diskriminering. Formålet med diskrimineringsvernet er å hindre usaklig forskjellsbehandling av utsatte grupper i samfunnet.

Boks 3.4 Forvern og ettervern

Begrepene *forvern* og *ettervern* ble innført i Norge gjennom lov om psykisk helsevern av 1961, idet de psykiatriske sykehusene ble pålagt å yte for- og ettervern for sine pasienter. Det er imidlertid særlig på rusmiddelfeltet, og knyttet til døgnbehandling, at ettervern har festet seg som begrep. Loven fra 1961, ga ingen definisjon av begrepene, og de har heller ingen klar definisjon i dag. Se omtale av *integreert ettervern* slik det er hensiktsmessig å bruke uttrykket i dag, i kapittel 9.4.3.

Blant annet stiller brukerorganisasjonene spørsmål ved hvorvidt personer med rusmiddelproblemer i tilstrekkelig grad får sine rettigheter ivaretatt (118). Også Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) og Gatejuristen vurderer at personer med rusmiddelproblemer i mange sammenhenger blir stigmatisert, og vil kunne ha behov for et bedre diskrimineringsvern (119, 120).

Diskrimineringslovutvalget, som leverte forslag til ny diskrimineringslov i 2009, fant i sin tid at personer med rusmiddelavhengighet er en av flere grupper som er vanskelig stilt, sosialt sårbare og utsatt for forskjellsbehandling (121). Utvalget viste blant annet til at personer med rusmiddelavhengighet opplever avvisning og dårligere behandling i helsevesenet.

NIM har vurdert hvordan menneskerettighetene for personer med rusmiddelproblemer blir ivaretatt i Norge. En gjennomgående tilbakemelding til NIM er at personer med rusmiddelproble-

matikk møter forskjellsbehandling, stigmatisering og negative holdninger i ulike deler av samfunnet. NIM konkluderer med at mennesker med rusmiddelproblemer i praksis ofte opplever å få sine rettigheter satt under press, og at de får mindre helsehjelp enn andre (119).

NIM har også vurdert om diskrimineringsvernet for personer med rusmiddelproblemer er godt nok ivaretatt. Gjennomgangen viser at personer med denne problematikken har et visst vern mot diskriminering, men NIM stiller likevel spørsmål ved om dagens diskrimineringsvern er effektivt nok (119).

NIM har også gjennomført en kvalitativ studie som et bidrag til å vurdere hvorvidt stigmatisering og forskjellsbehandling av personer med rusmiddelavhengighet er et problem i Norge (122). NIM har intervjuet 17 personer blant annet om deres opplevelse med helse- og omsorgstjenester på ulike nivåer. Mange forteller om gode opplevelser og erfaringer med helsevesenet, men det er også mange erfaringer som beskrives som negative, stigmatiserende eller diskriminerende. Særlig innenfor somatikken har mange blitt møtt med negative holdninger og at de ikke får nødvendig helsehjelp. Det handler blant annet om avvising fra fastlege, opplevelsen av å bli utskrevet for tidlig fra sykehusopphold og ikke få tilbud om rehabilitering. De opplever at kunnskapen om rusmiddelavhengighet er lav innenfor somatikken. Mange formidler en merkbar kontrast i holdninger og kroppsspråk når helsepersonell har satt diagnosen «rusavhengig» i pasientjournalen. De opplever en holdningsendring hos personell når de ser at pasienten har en rusmiddeldiagnose, og at dette fører til et dårligere helsetilbud (122).

Det er i mange tilfeller medisinskfaglige vurderinger som ligger til grunn for valg av behandling, for eksempel knyttet til smertebehandling. Det er likevel grunn til å anta at holdninger til personer med rusmiddelproblemer også påvirker valg av behandling. En del personer med rusmiddelproblemer oppgir for eksempel at de ikke har fått god nok smertelindring i forbindelse med sykehusopphold og etter kirurgiske inngrep, men utelukkende har mottatt mildere smertelindring med henvisning til rusmiddelavhengigheten (122).

Funnene i fokusintervjuer, blant annet med brukerorganisasjoner og helsepersonell, reflekterer i stor grad funnene i dybdeintervjuer (122). NIM vurderer at personer med denne problematikken gjennomgående blir behandlet dårligere enn andre på bakgrunn av gruppetilhørighet. Årsakene oppgis å være forbuds- og straffepolitikken og negativ vinkling i medieomtaler av rus-

middelavhengighet. Personellet som ble intervjuet, trakk fram at de kan vurdere medisinsk forsvarlighet på en annen måte enn pasientgruppen, og at det kan føre til en begrensning av medisinsk behandling. I tillegg vurderer de at det er en generell mangel på kunnskap om rusmiddelavhengighet som bidrar til dårligere helsehjelp (122).

NIM konkluderer med at stigmatisering og diskriminering av personer med rusmiddelavhengighet er en utfordring i Norge, og kan utgjøre brudd på forbudet mot diskriminering. Forskjellsbehandling er lovlig dersom den er saklig begrunnet, nødvendig og forholdsmessig. Mange av informantenes erfaringer, for eksempel å ha blitt avvist fra helsetjenesten eller andre offentlige tjenester umiddelbart etter at det blir kjent at de har en rusmiddelavhengighet, kan imidlertid kunne rammes av forbudet mot diskriminering. Regjeringen finner at det er gode grunner til å følge opp NIMs anbefalinger om å tydeliggjøre personer med rusmiddelproblemers menneskerettslige vern mot diskriminering.

3.4 Økt oppmerksomhet om rusmiddel- og avhengighetsproblematikk

Både fra et faglig og et verdimessig perspektiv er det viktig å tydeliggjøre at mennesker med rusmiddelproblemer har en selvfølgelig rett til de samme tjenestene som den øvrige befolkningen innenfor de samme strukturer, uten diskriminering. Det legges til grunn at tilbud i det ordinære tjenesteapparatet er bedre enn særtiltak, ikke minst fordi personer med rusmiddelproblemer ofte har sammensatte problemer.

Regjeringen etterstreber en retning for rusmiddelfeltet der rusmiddellidelser prinsipielt betraktes og behandles på samme måte som andre lidelser. Formålet er å forebygge uønsket forskjellsbehandling og bidra til mer likeverdige og tilgjengelige tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Med utgangspunkt i et slikt *normaliseringsperspektiv*, bør alle relevante tjenesteområder så langt som mulig ivareta sine pasienter og brukeres hjelpebehov, også der det foreligger et samtidig rusmiddelproblem. Det er derfor et behov for økt oppmerksomhet om rusmiddel- og avhengighetsproblematikk i de samlede helse- og omsorgstjenestene og andre relevante sektorer, som arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), barnevern og utdanningssektoren.

Dette er særlig viktig fordi vi vet at de fleste som har et behandlingstrengende rusmiddelproblem eller avhengighet av legemidler, ikke kommer i kontakt med rustjeneste i kommunen eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten. Derimot er de i kontakt med sin fastlege, mottar tjenester i hjemmet, eller følges opp av somatiske sykehusavdelinger. En av fem pasienter innlagt til intensivbehandling på to norske sykehus hadde skader som følge av alkohol eller bruk av ulovlige rusmidler (123). For å sikre tilgjengelige og likeverdige tjenester bør somatiske sykehusavdelinger kunne identifisere rusmiddelproblemer, og TSB må gjøres mer tilgjengelig enn i dag for pasienter innlagt i somatiske avdelinger og i psykisk helsevern.

Dette er en retning som er i samsvar med rusreformen av 2004 (9, 10) og Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg!* (21), bort fra en *særromsorg* og over til en ordinær plass i helse- og omsorgstjenesten. Dette er ikke til hinder for *særlig omsorg* der det er behov for det.

Flere undersøkelser, blant annet SAMINOR¹, viser at den samiske befolkningen bruker mindre alkohol enn den generelle befolkningen, og har mer psykiske plager (124). Samtidig er det kjent at det er kulturelle forskjeller i hvordan den samiske befolkningen håndterer psykiske plager og rusmiddelproblematikk, noe som kan medføre at det kan være vanskelig å identifisere og gi god hjelp for rusmiddelproblemer (125).

De samme barrierene for å søke hjelp for rusmiddelproblemer kan gjøre seg gjeldende for noen grupper med innvandringsbakgrunn (126).

Problemstillingen forutsetter både en kultursensitiv tilnærming og oppmerksomhet om rusmiddelbruk i tjenestene.

3.5 Brukernære tilbud og skadereduksjon

Regjeringen understreker betydningen av lavterskeltilbud og hjelp som når bredt ut til mange. Lavterskeltilbud er en måte å innrette tjenestene på som skal være lett tilgjengelig, og som det framgår av navnet skal det være en *lav terskel* for brukerne

til å oppsøke det. Det kan for eksempel innebære at det ikke er behov for henvisning for å kunne benytte seg av et lavterskeltilbud. Tilbudene kan være både stasjonære og ambulante. Utredning av fordeler og ulemper ved ulike alternativer for å bidra til likeverdige kommunale kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus for alle aldre, inkludert lovfesting, er et av tiltakene i opptrappingsplan for psykisk helse (49) som også er av betydning for forebyggings- og behandlingsreformen. Det kommunale handlingsrommet ivaretas ved at kommunene tilpasser tilbudene ut ifra lokale rammer og forutsetninger.

Lavterskeltilbud er ikke definert i helselovgivningen og kan ha ulik betydning og definisjon avhengig av målgruppe og område. På rusmiddel feltet har uttrykket lavterskeltilbud ofte vært forbundet med gatenær helsehjelp, som feltpleie, og har hatt et klart skadereuserende formål. Tjenestene som ytes kan for eksempel være sårstell og oppfølging av infeksjoner og smittevern som omfatter tilbud om vaksinasjon og utdeling av brukerutstyr (127). Flere kommuner har etablert gatenære lavterskel helsetilbud, som gir skadereuserende helse- og omsorgstjenester og smittevernhjelp for rusmiddelavhengige. Disse tilbudene kan være en effektiv måte å sikre tilgang til nødvendig og forsvarlig helsehjelp på til personer med alvorlige rusmiddelproblemer, og de kan være en inngang til øvrige hjelpetilbud.

Gjennom ulike former for lavterskeltilbud kan flere få hjelp på et tidlig tidspunkt. Rask tilgang til hjelp og behandling vil kunne ha stor betydning for enkeltmenneskers livskvalitet og mestringsevne. Det kan også bidra til å redusere pågangen etter tilbud i spesialisthelsetjenesten. Ved å bruke mestringkurs, psykoedukative intervensjoner og gruppeterapi i større grad vil man kunne klare å gi hjelp til flere uten å øke arbeidsbyrden for de ansatte. Digitale tilbud og tjenester har potensial til å nå store deler av befolkningen. Slike tilbud kan inkludere både selvhjelps- og mestringsverktøy, internettbehandling og digitale konsultasjoner.

3.5.1 Brukerrom og utdeling av brukerutstyr

Brukerromsordningen er et av flere tiltak som bidrar til mer verdighet og til å forebygge skader av narkotikabruk, ved å tilby trygge omgivelser for inntak av narkotika, sterilt brukerutstyr og veiledning om mindre skadelige bruksmåter. Brukerrom gir også tilbud om enklere helsehjelp, som sårstell i tillegg til å kunne sette brukerne i kontakt med andre helsetjenestetilbud. Brukerrom utgjør et viktig skadereuserende tilbud der de finnes. Bruker-

¹ SAMINOR er en helse- og levekårsundersøkelse i områder med samisk, norsk og kvensk bosetting. Det er en av de viktigste kildene til kunnskap om helse og levekår i den samiske og nordnorske befolkningen. Målet er å fremme god helse, bidra til å forebygge lidelser, og forbedre helse-tjenestetilbudet for alle. Undersøkelsen gjennomføres av Senter for samisk helseforskning ved UiT Norges arktiske universitet. Den tredje undersøkelsen, SAMINOR 3, startet opp i oktober 2023.

rom er en måte å tilgjengeliggjøre tjenestetilbud på, men kommunene har et ansvar for å yte nødvendig og forsvarlig helsehjelp til denne gruppen, uavhengig av tilbud om brukerrrom.

Å forebygge skade er et gode i seg selv, men også viktig i framtidige rehabiliteringsløp. Det finnes to brukerrrom i Norge i dag, henholdsvis i Oslo og Bergen. Regjeringen vurderer at flere kommuner har brukere som kunne ha nytte av brukerrrom, men krav i regelverket oppgis å utgjøre en barriere for etablering av flere brukerrrom i Norge.

For å ha lovlig adgang til brukerrrom i dag, må personen være registrert som bruker av ordningen, være over 18 år og med langvarig narkotikavhengighet og helseskadelig injeksjonspraksis (128). Flere brukerrrom som gir mulighet for flere brukere til å registrere seg, kan også bidra til at tjenestene kan komme i posisjon overfor flere med tanke på å gi videre hjelp og oppfølging. Regjeringen har derfor satt i gang et arbeid med endringer i brukerromsloven og -forskriften som tar sikte på å gjøre det lettere for kommuner med behov å etablere slike ordninger for personer som har lovlig adgang til brukerrrom.

Det mangler oppdatert kunnskap om brukerromsordningen. Siste og eneste evaluering er fra 2007, da Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) evaluerte prøveordningen med sprøyterom (129). Senter for rusmiddelforskning (SERAF) skal nå på oppdrag fra Helsedirektoratet, evaluere brukerrommene i Oslo og Bergen. Plan for evalueringen er under utarbeidelse.

Utdeling av brukerutstyr til personer med rusmiddelproblemer er også et effektivt tiltak for å redusere skader knyttet til rusmiddelbruk som infeksjoner (abscesser) og smittsomme sykdommer som hepatitt og hiv (130). Tilgang til rent brukerutstyr i kommunene har vært sentrale tiltak i overdosearbeidet (27, 28, 30). Dette kan igjen bidra til reduksjon i overdosetilfeller fordi dårlig somatisk helse antas å øke faren for overdose. Utdeling av brukerutstyr kan også bidra til at brukere kommer i kontakt med hjelpeapparatet. Dette kan ha andre positive effekter som at terskelen for å oppsøke andre hjelpetiltak blir lavere (131). Etter lov om vern mot smittsomme sykdommer § 7-1 er kommunene pliktige til å ha tiltak som forebygger smitte av blodbårne sykdommer (132). Dette innebærer at kommunene skal ha ordninger for utdeling av rent utstyr, røykefolie, kokekar mv.

3.5.2 Nærklinikk for behandling av alvorlig rusmiddellidelse

I 2023 mottok 8 467 pasienter legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge (133). For nærmere beskrivelse av pasientpopulasjonen vises det til årlige statusrapporter for LAR fra Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo (SERAF). Selv om LAR i Norge vurderes til å ha god dekning, er det anslått at en del personer i målgruppen ikke mottar eller ønsker å motta LAR-behandling på tross av mulig nytte av slik behandling (134). LAR kan særlig oppleves utilgjengelig for personer som er såkalt «hard to reach», som brukere med opioidavhengighet som lever ustabile liv, og til dels med alvorlige psykiske og somatiske lidelser. Mange av disse oppholder seg primært i større byer og kommuner.

Det har vært gjort forsøk på å etablere såkalt *lavterskel LAR*, som er en betegnelse på modeller eller prosjekter hvor målsettingen er å forenkle inntaket i LAR. Det er usikkert om slike modeller er tilstrekkelig for å inkludere alle som kunne ha nytte av medikamentell behandling.

Per i dag har heller ikke kommunale lavterskel skadereduserende tiltak tilgang til alle medisinske behandlinger som pasientene kan ha behov for. En tilgjengelig *nærklinikk* som yter spesialisert behandling i et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, kan legge til rette for at en større gruppe personer med alvorlige rusmiddellidelser kan motta nødvendig helsehjelp fra begge nivåer (integreerte tjenester). En nærklinikk kan inkludere medikamentell behandling for rusmiddellidelser for stabilisering og opprettholdelse av en best mulig livssituasjon. I tillegg kan de gi bedre oppfølging av somatiske og psykiske helseproblemer.

Forsøk med nærklinikk for spesialisert behandling av personer med omfattende rusmiddelproblematikk og/eller med samtidige psykiske lidelser (ROP) er et tiltak som er mest nærliggende å ha i større byer og kommuner. For mindre kommuner kan gode alternativer være brukerrrom og andre lavterskel og gjerne oppsøkende helsetjenester (feltpleie, hjemmetjenesten mv.). God samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og en utadrettet spesialisthelsetjeneste er viktig i denne sammenhengen. ACT-, FACT-team eller andre former for spesialisert og ambulant behandling, kan supplere nærklinikker og lavterskeltilbud med skadereduserende formål. Se boks om ACT, FACT og integrert behandling av ROP-lidelser (IDDT) under kapittel 7.4 Ambulant og tverrsektoriell innsats.

Boks 3.5 Vestlandet i front i arbeidet med å utrydde hepatitt C

En randomisert kontrollert multisenterstudie ledet av Avdeling for rusmedisin i Helse Bergen har medvirket til at integrert behandling av hepatitt C hos personer med rusmiddelavhengighet nå er standard behandling i en stadig større del av verden. Studien testet ut integrert behandling av hepatitt C og viste at oppstart av behandling mot hepatitt C økte fra 77 til 98 prosent, og at det var en parallell økning i virusfrihet fra hepatitt C.

Kilde: Helse Vest

3.6 Oppfølging av hepatitt C

To hovedmål i *Nasjonal strategi mot hepatitter (2018–2023)* var å redusere forekomsten av hepatitt C med 90 prosent innen utgangen av 2023 og at ingen i Norge skulle dø eller bli alvorlig syke forårsaket av hepatitt C-virus (135).

Personer som injiserer rusmidler, har vært den viktigste risikogruppen for å utvikle kronisk hepatitt C. Prevalens for kronisk hepatitt C i denne gruppen var perioden 2002 – 2017 på 40 – 60 prosent (136). De siste årene har behandlingsmulighetene for Hepatitt C blitt mye bedre enn før. Alle med nyoppdaget sykdom får tilbud om behandling. Både nysmitte og prevalensen av kronisk smitte blant personer som injiserer rusmidler er betydelig redusert (136). Regjeringen ønsker også å se nærmere på mulighetene for å tilby helsehjelp til de som er diagnostisert tilbake i tid og ikke er under behandling. Helse- og omsorgsdepartement vil vurdere nærmere hvordan dette kan følges opp.

3.7 Årskontroll

Den viktigste årsaken til tapte leveår hos personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er somatisk sykdom (105). Utredning og oppfølging av somatisk helse er derfor en viktig del av fastlegens oppfølging av personer med rusmiddelproblemer.

En del personer med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem oppsøker ikke selv helsehjelp for disse problemene. Noen av dem er ukjente for

helsetjenestene, mens mange er i kontakt med tjenestene for andre tilstander. Uten en proaktiv tilnærming er det en fare for at sterkt hjelpetrenende pasienter blir stående uten tjenestetilbud, hvis de takker nei eller har vansker med å ta imot helsehjelp. Bedre tjenester til innbyggere med store behov er et sentralt mål for regjeringens arbeid med allmennelegetjenesten. De fleste innbyggere er i kontakt med fastlegen sin i løpet av et år, men personer med rusmiddelproblemer kan være mindre tilbøyelige til å benytte helsetjenestene, særlig for oppfølging av somatiske lidelser. Som for andre grupper med kroniske og sammensatte problemer vil personer med rusmiddelproblemer ofte ha behov for regelmessig oppfølging. Årskontroll ved fastlegekontoret kan være et godt redskap for å ivareta somatisk helse hos pasienter med alvorlige rusmiddelproblemer og bidra til bedre systematikk og kvalitet i oppfølgingen. Et bredt, tverrfaglig tilbud hos fastlegen der flere personellgrupper samarbeider, kan bidra til å bedre oppfølgingen av personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet.

Legeforeningen har også selv tatt til orde for at årskontroll kan være en måte å bedre tilgang til fastlegetjenester på for pasienter med rusmiddelproblemer (114). Regjeringen mener det kan være formålstjenlig å utrede tiltak for å legge til rette for en proaktiv oppfølging av pasienter med rusmiddelproblemer hos fastlege, blant annet i form av årskontroll. Økonomiske og personellmessige konsekvenser må vurderes nærmere.

3.8 Unntak for egenandel

Mange pasienter med alvorlige rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser kan ha dårlig økonomi. For å sikre reell tilgjengelighet til helsetjenester for en gruppe med høy komorbiditet er det viktig med tiltak for å motvirke at økonomi blir et hinder for god helsehjelp. Egenandeler i helse- og omsorgstjenesten har over mange år vært betraktet som en viktig barriere for å søke helsehjelp (114).

3.8.1 Egenandeler i spesialisthelsetjenesten

Regjeringen jobber systematisk for å bryte ned barrierer for nødvendig behandling i spesialisthelsetjenesten. I 2023 ga regjeringen fritak for egenandelskravet for poliklinisk behandling for pasienter i LAR, og har i budsjettet for 2025 foreslått å gi fritak for egenandelen for pasienter til og med 25 år for behandling i psykisk helsevern. Hensikten

er å bidra til å senke terskelen for psykisk helsehjelp. Forslaget omfatter også egenandeler for TSB i poliklinikk og vil gi egenandelsfritak for unge pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser.

3.8.2 Egenandel hos fastlege

Sammen med årskontroll er fritak for egenandeler hos fastleger mulige grep for å øke tilgangen til

helsehjelp for reformens målgrupper. Et slikt grep vil også være viktig for en aldrende og til dels sykdomsbelastet pasientgruppe i LAR med dårlig økonomi. Regjeringen mener derfor at det bør utredes hvilke effekter et slikt egenandelsfritak vil ha og de samlede administrative og økonomiske konsekvensene av dette.

4 Forsterket innsats mot overdoser

4.1 Bakgrunn

I Norge døde 363 personer som følge av overdose i 2023.¹ Dette er det høyeste antallet overdosedødsfall siden 2021 (137). Antall årlige overdosedødsfall har variert rundt et snitt på om lag 280 personer per år siden 2012 (137). I verdensmålestokk har Norge en nokså høy aldersjustert rate for overdosedødsfall på 6,6 per 100 000 innbyggere i 2023 (137, 138). I Europa har Skottland den høyeste raten med 25 dødsfall per 100 000 innbyggere i 2021 (139), mens Sverige hadde 9 dødsfall per 100 000 samme år (140). Flere europeiske land har hatt en økende trend de siste årene (141).

I 2023 ble det registrert det høyeste antall dødsfall som følge av syntetiske opioider siden Dødsårsaksregisteret begynte registrering av narkotikautløste dødsfall. Syntetiske opioider inkluderer blant annet protonitazen, buprenorfin, fentanyl og petidin (137).

Det er grunn til bekymring for at høypotente rusmidler kan få en større andel av det norske illegale markedet, ikke minst dersom tilgangen på heroin blir mindre (142). I og med at mange av de mest overdosedødsfallene brukerne av illegale rusmidler også bruker et bredt spekter av til enhver tid tilgjengelige stoffer, kan dette medføre ytterligere økt overdosedødelighet. Dette aktualiserer behovet for tilgang til adekvate behandlingstilbud, skadereduserende tiltak og løpende monitorering av rusmiddelsituasjonen.

Ifølge Dødsårsaksregisteret var det 450 alkoholutløste dødsfall i 2023, det høyeste antallet i Dødsårsaksregisterets statistikk siden 1996 (66). Av disse dødsfallene var 42 forgiftningsulykker.

Selv om opioider fortsatt er hyppigste dødsårsak, skyldes hovedandelen av overdosedødsfall inntak av flere stoffer (143). En gjennomgang av opioidrelaterte dødsfall mellom 2000 og 2017 fant en økning fra 46 til 72 prosent i andelen dødsfall hvor det også ble påvist bruk av benzodiazepiner (144). Det er mer vanlig å påvise benzodiazepiner blant kvinner og blant dem som var yngre enn 25

Boks 4.1 Resultatmål

- Redusert antall overdosedødsfall

år. Allerede i 2013 ble det dokumentert at de som dør av en overdose, er en heterogen gruppe hvor det er behov for sammensatte tiltak (143).

Personer som injiserer opioider, særlig heroin, har tradisjonelt utgjort den største andelen av de som dør av overdose, men fra 2016 er ikke heroin lenger hyppigste dødsårsak ved overdose. Overdosedødsfall som skyldes reseptpliktige avhengighetsskapende legemidler rekvirert på resept og/eller skaffet ulovlig, er økende (137), og det er nå andre opioider som fører til flest overdosedødsfall.

Ny kunnskap viser at personer med vedvarende bruk av reseptpliktige opioider for langvarige smertetilstander som ikke skyldes aktiv eller tiltagende kreftsykdom, er en ny risikogruppe for overdosedød. En høy andel av disse personene har samtidig bruk av benzodiazepiner og/eller benzodiazepinliknende legemidler, psykisk lidelse, alkohollidelse og/eller annen rusmiddel-diagnose (75, 145). Dette er faktorer som øker risikoen for avhengighet, overdoser og overdosedødsfall. Det foreligger imidlertid begrenset kunnskap om sammenhengen mellom medisinsk bruk av avhengighetsskapende legemidler og omfanget av overdosedødsfall. Det er behov for å utvikle statistikk og analyse for å kunne øke kunnskapen og forståelsen om hva som forårsaker død som følge av overdose, og å utvikle mer treffsikre tiltak.

Økningen i overdosedødsfall som følge av reseptpliktige opioider har skjedd samtidig med endringer i rekvireringspraksis. Det har vært en økning av personer som får sterke smertestillende på blå resept. Dette er trender som sammenfaller i tid, men det er ikke kjent om det er en sammenheng mellom økning i slike overdosedødsfall og endringer i rekvireringspraksis. For å

¹ Per oktober 2024 er tallet oppjustert til 387 (FHI).

kunne si noe om en slik sammenheng behøves mer forskning.

Gjennomsnittsalderen ved død av narkotikautløste årsaker er økende, og i 2023 var snittalderen 44 år mot 41 år i 2013. Det har også vært et økende antall kvinner. I 2013 døde 58 kvinner, mot 115 i 2023 (137).

Dette gjenspeiler en aldringstrend blant høyrisikobrukere av rusmidler. Ofte er overdosedødsfallene knyttet til bruk av høye doser av reseptbelagte opioider, særlig blant kvinner. Hovedandelen er kvinner rundt 50 år og de har oftere høyere utdanning. De har i mindre grad fengselsdommer eller mottatt behandling for rusmiddellidelser siste år før dødsfallet sammenlignet med de som dør av heroin (146). De har oftere hentet ut opioider på resept (147). En betydelig andel av disse er i kontakt med helsetjenesten og apotek i forkant av overdosedødsfallet. Det kan tyde på at noen av de som dør i overdoser av reseptbelagte opioider, utgjør en annen gruppe enn den gruppen som overdosearbeidet tradisjonelt har rettet seg mot.

En registerstudie fra 2022 viser at de fleste som døde av narkotikautløste årsaker mellom 2010 og 2019, hadde vært i kontakt med en eller flere helse- og omsorgstjenester siste leveår. Kun 3 prosent hadde ikke hatt slik kontakt (146). Siste leveår hadde de fleste som døde av overdose benyttet fastlege (93 prosent), legevakt (62 prosent) og/eller somatiske helsetjenester i sykehus (75 prosent).

Der er en betydelig forhøyet risiko for overdosedødsfall i forbindelse med utskrivning fra institusjon, eller som følge av avbrudd i behandling og løslatelse fra fengsel mv. Under gjennomføringen av Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» (2014–2018) ble det pilotert tiltak for forebygging av overdose etter utskrivning fra behandling og løslatelse fra fengsel. Tiltakspakken er innført som prosedyre i spesialisthelsetjenesten og følges også opp i kriminalomsorgen. Sårbare overganger er også sentralt i de nasjonale rådene for overdoseforebygging lansert av Helse- direktoratet (148).

Det er av stor betydning at personer som overlever overdoser får nødvendig oppfølging for å forebygge ny overdose. En nylig publisert studie fra Ambulansetjenesten i Oslo viser at de som har overlevd en alvorlig overdose ikke får god nok hjelp til å forebygge neste overdose (149). Det er særlig høy risiko for å dø av en ny overdose den samme uken. Studien konkluderer med at akuttbehandling er god, men at hver overdose blir sett på som en isolert hendelse, ikke en akutt forverring av en kronisk sykdom. Også tidligere forskning viser at pasienter som behandles for

rusmiddelrelaterte forgiftninger har en økt risiko for nye forgiftningsepisoder, annen sykdom og for tidlig død (150–152). Dette understreker behovet for å gå vekk fra særomsorg og viser at det er nødvendig å sikre videre oppfølging og behandling av pasienter som behandles for rusmiddelrelaterte forgiftninger.

4.1.1 Regjeringen vil:

- Iverksette en ikke tidsavgrenset og dynamisk handlingsplan mot overdoser

4.2 Oppfølging av overdosestrategien og videreføring av tiltak

Arbeidet mot overdoser har siden 2014 vært organisert gjennom en nasjonal overdosestrategi, først for perioden 2014–2017, deretter i revidert form for 2019–2022. Tiltakene er senere revidert og videreført. I 2022 lanserte Helsedirektoratet «akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose» som eget kapittel i *Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* (153).

Regjeringen har videreført og forsterket tiltak og satsinger fra den nasjonale overdosestrategien, herunder tiltak for å forebygge overdoser der reseptbelagte legemidler er primærårsak. Helse- direktoratet har et stående oppdrag om å iverksette de tiltakene direktoratet til enhver tid finner mest hensiktsmessig for å redusere antall overdoser, basert på kunnskapsgrunnlaget og utfordringsbildet som foreligger.

Dagens system for varsling av økt overdosefare når særlige potente eller forurensede stoffer er i omløp, fungerer ikke godt nok. Helsedirektoratet har satt i gang et arbeid med å utrede mer effektive varslingssystemer. En av løsningene som er under utarbeidelse, er en app som raskt skal varsle og gi brukere og relevante tjenester informasjon, slik at de kan ta nødvendige forholdsregler.

I 2023 utviklet Helsedirektoratet sammen med de regionale kompetansesentrene på rusområdet (KORUS), brukerorganisasjoner og kommuner en pakke med overdoseforebyggende tiltak rettet mot kommunene. Pakken bygger på nasjonale faglige råd om lokalt overdoseforebyggende arbeid (148). Det er et mål at alle kommuner skal være godt kjent med innholdet, og kunne ta i bruk kunnskapsbasert metodikk i overdosearbeidet.

Fra 2024 er det også etablert regionale overdosekoordinatorene ved de regionale kompetansesentrene på rusområdet (KORUS). Formålet er å

bidra til at overdoseforebyggende kompetanse og virkemidler blir mer tilgjengelig og anvendt for flere kommuner enn i dag. Overdosekoordinatorene skal også bidra til å implementere den kommunale overdoseforebyggingspakken.

Nalokson

Nalokson er et legemiddel som har blitt brukt som opioidmotgift i flere tiår. Det er ofte personer som selv bruker opioider, som oftest også er vit-ner til andres overdoser. Det er derfor viktig å sørge for utdeling av nalokson til viktige målgrupper. Med nalokson i nesensprayform kan lekpersoner uten helsefaglig kompetanse gi motgift til folk som tar overdose (154). Tilgjengeliggjøring og opplæring i bruk av nalokson hos både brukere og personell som er i tett kontakt med brukere, har vært og er fremdeles et viktig grep i overdosearbeidet. Det samme gjelder SWITCH-kampanjen som tar sikte på å motivere til mindre skadelig inntak av rusmidler, og overgang fra injisering til inhalering (148).

På bakgrunn av økning i overdosedødsfall knyttet til reseptbelagte, avhengighetsskapende legemidler fikk Helsedirektoratet i 2023 et eget oppdrag om å legge særlig vekt på tiltak for å forebygge overdoser der reseptbelagte legemidler er primærårsak. Helsedirektoratet har utredet tiltak for å redusere overdosedødsfall som skyldes avhengighetsskapende legemidler. Utredningen har en rekke anbefalinger til tiltak for å redusere antallet pasienter med problematisk opioidbruk ved langvarige smerter og som er i risiko for overdosedødsfall.

Som akuttgrep knyttet til de høye overdosetalene har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Helsedirektoratet om å oppdatere og spre informasjon om nalokson, samt vurdere tiltak som gir bedre tilgang til nalokson for pasienter som bruker avhengighetsskapende legemidler (opioider) med risiko for overdose. Helsedirektoratet har oppdatert Nasjonal veileder for avhengighetsskapende legemidler (75) og tilhørende pasientinformasjon slik at leger bes vurdere rekvirering av nalokson på blå resept til pasienter som bruker avhengighetsskapende legemidler, og har høy overdoserisiko.

4.3 Ny handlingsplan mot overdoser

Til tross for en betydelig innsats over flere år har det ikke lyktes å redusere overdosedødsfall, og regjeringen ser at det er behov for en ny innretning på arbeidet mot overdoser.

Kunnskapen om risikogrupper for overdoser viser at målgruppen for det overdoseforebyggende arbeidet må være bredere enn det tidligere strategier har rettet seg mot. I tråd med det nye kapitlet om akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose i Nasjonalt pasientforløp for rusbehandling (TSB), kan det være et potensial for å forebygge framtidig helsetap og for tidlig død ved å gi tettere oppfølging også ved alkoholoverdoser. I den sammenheng vises det til prosjekt «Ungdom og rus» (2011) ved Oslo legevakt som ga et oppfølgingstilbud til ungdom som ble innlagt med rusmiddelintoksikasjon, der alkoholforgiftning var dominerende (155).

Situasjonen på rusmiddelfeltet kan endre seg raskt, jf. omtalen av nye stoffer og nye risikogrupper. Selv om arbeidet mot overdoser må ha et langsiktig perspektiv, må en ny innretning av overdosearbeidet være dynamisk slik at innsatser og tiltak raskt kan omstilles for å møte et skiftende utfordringsbilde.

Helse- og omsorgsdepartementet har derfor i 2024 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å ferdigstille og iverksette en dynamisk, ikke tidsavgrenset, handlingsplan mot overdoser med følgende innsatsområder:

- fortsatt forebygging av overdosedødsfall som skyldes illegale rusmidler
- forebygge overdosedødsfall som skyldes reseptbelagte legemidler
- forebygge alkoholrelaterte dødsfall

Utredningen av tiltak for å redusere overdosedødsfall som skyldes avhengighetsskapende legemidler danner utgangspunkt for en egen tiltaksplan på dette innsatsområdet spesielt. Det kan være aktuelt å utarbeide tiltaksplaner også for illegale rusmidler og alkohol dersom Helsedirektoratet finner det formålstjenlig under utarbeidelse av handlingsplanen.

Det er sentralt at planen inneholder et system for løpende vurdering av utviklingen slik at det kan legges til rette for rask endring av innsats når ny kunnskap tilsier det. Helsedirektoratet vil fortsatt ha et stående oppdrag om til enhver tid å igangsette de tiltak de mener er hensiktsmessige for å forebygge overdoser, innenfor gjeldende budsjettammer.

Denne nye innretningen av arbeidet mot overdoser er nært knyttet til forslaget om et system for helhetlig monitorering av rusmiddelsituasjonen og innføring av beredskapstenkning på rusmiddelområdet, se nærmere omtale i kapittel 10.6.1.

Forebygging av overdoser og selvmord

I perioden 2009–2017 var det 480 selvmord som skjedde under eller etter behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (156). Det vil si at 9,3 prosent av de som døde i selvmord i Norge i perioden, hadde vært i kontakt med TSB siste leveår. Svært mange av de som døde i denne gruppen hadde et komplekst problembilde med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser (ROP) i tillegg til andre psykososiale belastninger. Over 60 prosent av de som døde i selvmord i perioden hadde hatt kontakt med psykisk helsevern.

Andelen selvmord i pasientgruppen med rusmiddellidelser viser at det er nødvendig å ha høy oppmerksomhet på forebygging av selvmord blant pasienter i TSB. Helsedirektoratet anbefaler derfor at forebygging av overdoser og selvmord ses i sammenheng (157). Tallene understreker behovet for gode samhandlings- og kommunikasjonsrutiner om pasienter med selvmord- eller overdoserisiko for oppfølging for eksempel etter døgnopphold i spesialisthelsetjenesten.

5 Fremme kunnskapsbasert forebyggende innsats

5.1 Bakgrunn

Helsefremmende og forebyggende arbeid er viktig både av hensyn til enkeltpersoner og av hensyn til kostnader for tredjepart og samfunnet. Rusmiddelforebyggende innsatser skal bidra til å redusere rusmiddelproblemer ved å regulere tilgang til og begrense etterspørsel og bruk av alle typer rusmidler i befolkningen. Barn og unge skal beskyttes mot ulovlig bruk, salg og produksjon av narkotika, i tråd med FNs barnekonvensjon. Det er et mål for regjeringen at ingen barn og unge begynner å bruke narkotika.

Forebygging og tidlig innsats kan bidra til at problemer ikke utvikler seg og blir langvarige eller kroniske, med behov for kostnadskreven behandling og langvarig oppfølging. Det er høyere risiko for skade jo tidligere debut på bruk av rusmidler. Utsatt debutalder for alkohol er et selvstendig mål, men vil også bidra til å forebygge bruk av ulovlige rusmidler blant unge.

I Norge har myndighetene lagt totalkonsummodellen til grunn for alkoholpolitikken. Totalkonsummodellen baserer seg på at det er en nær sammenheng mellom totalkonsumet av alkohol i en befolkning og skadeomfanget. Når totalkonsumet går opp, vil også andelen med skadelig forbruk øke. Tilgjengelighetsbegrensende tiltak som treffer hele befolkningen, vil derfor også treffe de personene som har et risikofyllt forbruk.

Det er god empirisk støtte for totalkonsummodellen når det gjelder alkohol, og modellen synes også å være gyldig på andre avhengighetsområder som bruk av avhengighetsskapende legemidler og pengespill (158).

Forebygging er spesielt viktig i en tid hvor vi står overfor store demografiske, økonomiske og miljømessige utfordringer. Befolkningen er aldrende og om lag 20 prosent er enten innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre (159). Forebyggende innsatser må derfor tilpasses behovene i en sammensatt befolkning, og det er behov for å ta kultursensitive hensyn i utforming og gjennomføring av tiltak.

Regjeringen er opptatt av å forebygge utenfor-skap blant barn, unge og unge voksne. Utrygge

Boks 5.1 Resultatmål

- Forebyggende innsatser er kunnskapsbaserte
- bedre tilgang til oppsøkende tjenester for risikoutsatte barn og unge
- utsatt debutalder for bruk av alkohol
- redusert bruk av rusmidler, avhengighetsskapende legemidler og dopingmidler
- redusert bruk av rusmidler hos barn og unge

levetår, lavinntekt, uhelse, ikke fullført utdanningsløp eller manglende tilknytning til arbeidslivet er risikofaktorer for problemfylt bruk av rusmidler. Spesielt er gutter og unge menn utsatt, og undersøkelser viser at de har et gjennomgående høyere forbruk av rusmidler enn jenter. Stoltenbergutvalget beskriver tydelige kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp på alle nivåer i utdanningssystemet, der jenter gjør det gjennomgående bedre enn gutter og unge menn (160). Kjønnsforskjellene kan få konsekvenser senere i livsløpet og kan ha betydning for kriminalitet og rusmiddelbruk. Dette blir løftet fram i regjeringens stortingsmelding om sosial utjevning og mobilitet og i likestillingsstrategien, men er også viktig kunnskap å hensynta i det rusforebyggende arbeidet.

Det er dokumentert at hver krone som blir brukt på tidlig og kunnskapsbasert forebygging, sparer samfunnet for flere kroner i senere behandling, rehabilitering og kriminalitetsforebygging. Tidlig forebygging og tidlig innsats har også positive ringvirkninger for andre sektorer, som utdannings-, sosial-, og arbeidslivssektoren og politi-, og justissektoren. Dette gjenspeiles imidlertid ikke alltid i faktiske prioriteringer. Forebyggende innsatser gir sjelden umiddelbare resultater, og effekt som kommer langt fram i tid, kan være vanskelig å dokumentere og prioritere. Det er heller ikke nødvendigvis den sektoren

Boks 5.2 Forebyggingsnivåer

Forebyggende innsatser foregår på fire nivåer: miljørettede forebyggingsstrategier, universell, selektiv og indisert forebygging der hvert nivå har ulike formål og målgrupper.

Miljørettede forebyggingsstrategier rettes mot sosiale, kulturelle, fysiske og økonomiske påvirkningsfaktorer. Målet er å oppnå endringer i de sosiale strukturene og forbedringer i nærmiljøene, og å påvirke det sosiale miljøet til mindre bruk av rusmidler. I denne meldingen dekkes dette av universelle tiltak.

Universell forebygging er strategier og tiltak som retter seg mot alle, uten å skille mellom grupper eller individer. Regulatoriske virkemidler som forbud mot reklame på alkohol, aldersgrenser og monopolordningen er eksempler på universell forebygging. Andre eksempler er holdnings- og informasjonskampanjer, skoleoppgaver og foreldreveiledning.

Selektiv forebygging er strategier og tiltak som rettes mot risikosituasjoner og risikogrupper som er mer utsatt enn andre for å utvikle en risikofull bruk av rusmidler og på sikt kanskje et rusmiddelproblem.

Indisert forebygging er strategier eller tiltak som rettes mot enkeltindivider hvor risikofaktorer eller rusmiddelproblemer allerede er observert eller opplevd.

Universelle tiltak som retter seg mot hele befolkningen antas å ha størst effekt, men er ikke tilstrekkelige. Enkelte personer og grupper er mer utsatte enn andre, og mer målrettede tiltak er nødvendige overfor risikogrupper. Målrettet forebygging forutsetter kunnskap om disse gruppene, hvem de er, hvorfor de er utsatte og hvilke tiltak som kan redusere risiko.

I de senere årene har mye av den rusmiddelspesifikke forebyggingen foregått innenfor rammene av folkehelsearbeidet med vekt på universell tilnærming. Selektiv og mer rusmiddelspesifikk forebygging har i mindre grad blitt vektlagt og kan ha medført at problemer på gruppe- og individnivå har fått utvikle seg over tid, før det er blitt intervensert. Det er også mange steder både mangel på kjennskap til kunnskapsbasert metodikk og manglende ferdigheter i formålstjenlige intervensjoner på selektivt og indikativt nivå.

som bærer kostnaden ved forbyggende innsats, som tar ut gevinsten. Forebygging må derfor være en tverrsektoriell forankret oppgave og gjenspeiles i prioriteringer på statlig så vel som kommunalt nivå.

Regulatoriske virkemidler er godt dokumentert med hensyn til effekt. Men det har i liten grad vært et systematisk arbeid for å vurdere effekt av forebyggende innsatser med formål om å prioritere kunnskapsbaserte tiltak. Det finnes et stort antall forebyggende tiltak på rusmiddelfeltet, og mange forebyggende tiltak iverksettes og blir videreført over tid, uten at det foreligger studier som har vist at de har effekt på bruk eller skader av rusmiddelbruk. Samtidig er det også godt dokumenterte tiltak som tas i bruk i begrenset grad, som for eksempel tiltak innenfor tidlig intervensjon.

Rusmiddelforebyggende tiltak som skal anvendes skal være kunnskapsbasert,¹ kvalitetssikret og kunne dokumentere effekt. Tiltak som ikke

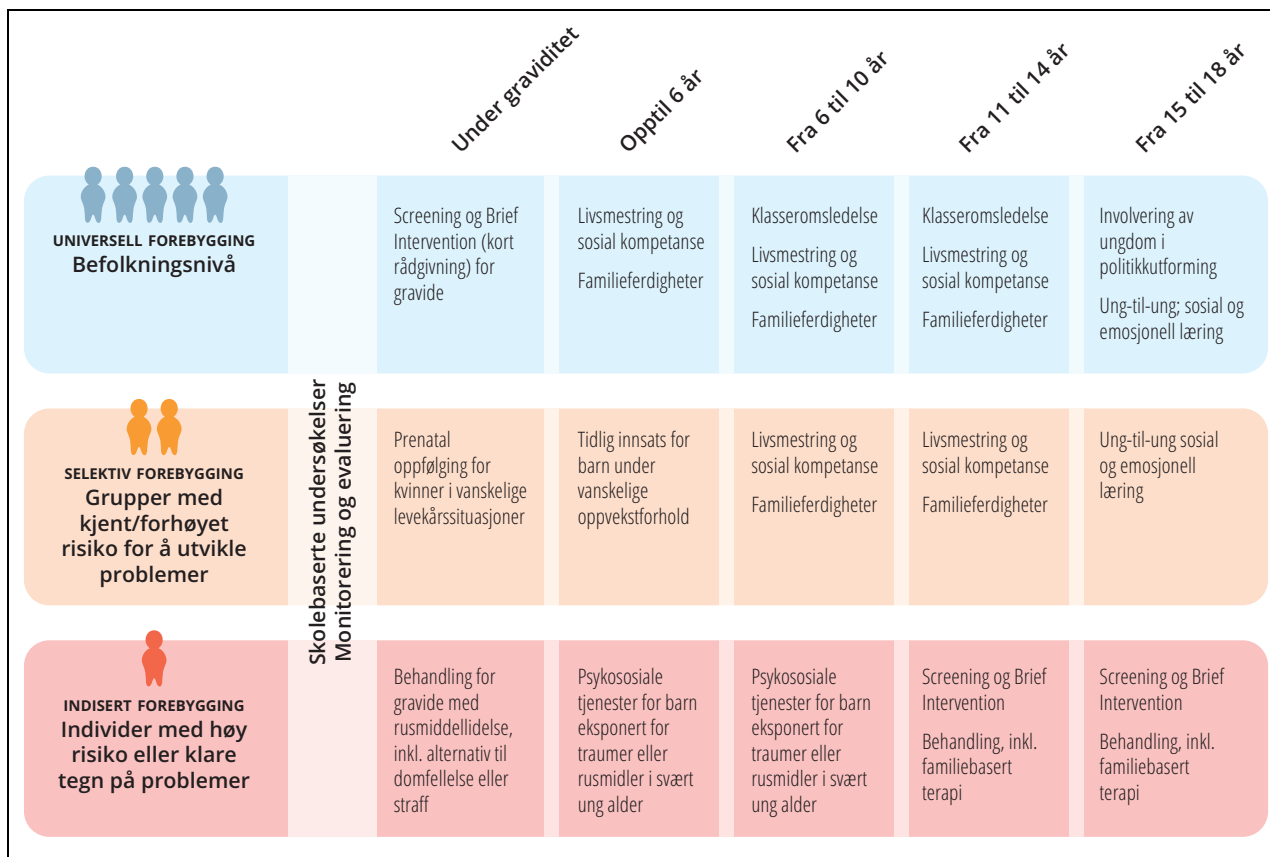
har eller kan dokumentere effekt, skal fases ut. Dette gjelder både helsefremmende og universelle tiltak og spesifikke forebyggingstiltak som retter seg mot risikogrupper og risikoutsatte enkeltpersoner, som tidlig identifisering og tidlig intervensjon.

Det er en forutsetning for kunnskapsbasert praksis at det finnes forskningsmiljøer som bidrar med ny forskning, og som fortløpende formidler publisert forskning til praksisfeltet. Videre må det finnes miljøer med kompetanse til å vurdere ulike tiltak og virkemidler for å kunne si noe om effekt, og som kan bidra til å implementere ny kunnskapsbasert metodikk og praksis. Programmer og metoder som skal implementeres, må følges av evalueringer.

5.1.1 Regjeringen vil

- legge kunnskapsbasert praksis til grunn for forebyggende innsatser
- komme tidligere inn med god hjelp og oppfølging
- implementere det nasjonale rusmiddelforebyggende programmet for barn og unge

¹ Kunnskapsbasert betyr at innsatsen bygger på best mulig tilgjengelig kunnskap, og på ulike kunnskapskilder, herunder brukerkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap (se også kunnskapsbasert praksis på Helsebiblioteket.no).



Figur 5.1 Kartlegging av forebyggingstiltak/-system med bruk av UNODCs RePS-verktøy

Kilde: UNODC

- fremme bedre samordning og koordinering av de ulike sektorene og aktørene som er involvert i det rusmiddelforebyggende arbeidet
- videreutvikle kvalitet ved oppsøkende sosial- og helsefaglig arbeidsmetode i kommunene
- følge opp anbefalingene fra gjennomgangen av de rusmiddelforebyggende innsatsene som er foretatt av FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC)
- videreføre regulatoriske virkemidler, en restriktiv tobakks- og alkoholpolitikk og opprettholde Vinmonopolets samfunnsrolle
- følge opp gravide med rusmiddelproblemer og småbarnsfamilier helhetlig og tett gjennom forløp, utrednings- og behandlingstilbud
- legge til rette for at friskliv, lærings- og mestringstilbud også omfatter rusmiddel- og avhengighetsproblematikk
- be Helsedirektoratet videreutvikle veiledende materiell for å tilrettelegge for at rådgivende enheter for russaker kan ivareta funksjoner for eksempel som kontaktpunkt for andre relevante instanser

5.2 Evaluering av norsk forebyggingspraksis

Norge har bidratt til at FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC), i samarbeid med Verdens helseorganisasjon har utarbeidet internasjonale standarder for rusmiddelforebygging (161). Standardene oppsummerer tilgjengelig forskning og beskriver forebyggende tiltak og innsatser som har dokumentert positive resultater gjennom evalueringer. Publikasjonen identifiserer også hovedkomponenter og funksjoner i det som kan være et effektivt nasjonalt system for rusmiddelforebygging. Standardene er retningsgivende for å utvikle god og effektiv rusmiddelforebygging.

Norge har i tillegg bidratt til og vært pilotland for UNODC, som sammen med de regionale kompetansesentrene på rusområdet (KORUS) har utviklet verktøyet Review of National Preventive Systems (RePS) som skal kunne vurdere grad av samsvar mellom de internasjonale standardene og nasjonale systemer for forebygging, og om forebyggende innsatser og tiltak er evidensbaserte.

Gjennom dette har norske forebyggingsinnsatser blitt grundig vurdert. Gjennomgangen omfat-

ter evidensbaserte innsatser og tiltak, regulatoriske rammer, koordineringsmekanismer, kapasitet og forskning. Gjennomgangen har gitt verdifull kunnskap om status og kvalitet på området i Norge og har identifisert områder med potensial for forbedringer (162).

Kartleggingen omfattet over 200 forebyggende innsatser, fra innsats i forbindelse med svangerskap til innsats rettet mot voksne. Det ble konkludert at om lag en fjerdedel av den rusmiddelforebyggende aktiviteten i Norge ikke anses som tilstrekkelig kunnskapsbasert, eller er tilfredsstillende evaluert.

Den fjerdedelen av tiltakene som ble ansett som ikke-kunnskapsbaserte er særlig universelle tiltak, spesielt rettet mot skoler, men også mot familier og helsetjenester. Disse bør identifiseres og avvikles eller evalueres særskilt for å begrunne videreføring.

Kunnskapsbasert forebygging forutsetter at det benyttes metodikk som er effektevaluert, og at intervensjonene implementeres etter anbefalte standarder. Prosjekter og nye tiltak må ha et opplegg for evaluering allerede fra planleggingsfasen. Gjennomgangen anbefaler bruk av standardisert metodikk og sertifisering, og personell med ansvar for forebyggende arbeid må gis opplæring og få støtte til dette.

Gjennomgangen viste at antall tiltak som ikke er kunnskapsbasert, er høyere på lokalt enn på nasjonalt nivå. Det forebyggende arbeidet er i stor utstrekning forankret lokalt. Det kommunale selvstyret er grunnleggende for kommunal sektor, og kommunene står i all hovedsak fritt til å løse sine oppgaver ut fra lokale behov og forutsetninger. Tilsvarende gjelder for skole- og utdanningssektoren som er en svært viktig arena for rusmiddelforebygging. Skolen og rektor har høy grad av autonomi i forbindelse med pedagogisk opplegg, også for det rusmiddelforebyggende arbeidet. Å sikre tilgang til kunnskapsbaserte verktøy og metoder lokalt er derfor av stor betydning.

KORUSene har allerede viktig kompetanse og støttefunksjoner for kommunene og vil være viktige i det videre arbeidet med å gjøre forebyggingsarbeidet mer kunnskapsbasert.

Gjennomgangen viser også at koordineringen av overordnet system (støttesystem) på nasjonalt nivå bør forbedres. Koordineringen på lokalt nivå er vurdert som noe bedre. En overordnet tilråding fra arbeidet er å utvikle en kultur for forebygging som fremmer kunnskapsbasert praksis, og som vektlegger forskning, implementering og evaluering.

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for koordinering av rusmiddelpolitikken. For å ivareta koordineringen på nasjonalt nivå bedre, bør Helsedirektoratet gis tilsvarende ansvar for koordinering av det rusmiddelforebyggende arbeidet på direktoratsnivå mv.

Regjeringen følger opp anbefalingene i rapporten, blant annet gjennom det nasjonale rusmiddelforebyggende programmet for barn og unge og gjennom oppfølgingen av det tverrsektorielle oppdraget om bedre samordning av det rusforebyggende arbeidet, se omtaler under kapittel 5.6 og 5.7.

5.3 Inkluderende samfunn og tidlig innsats

Å forebygge etterspørsel etter rusmidler i befolkningen er et anliggende for det universelle folkehelsearbeidet. Å fremme befolkningens helse og livskvalitet, skape gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, sikre at befolkningen får utnyttet sine iboende ressurser best mulig, og hindre utenforskap er sentralt.

Et overordnet mål for regjeringen er å skape trygge, inkluderende og helsefremmende oppvekstmiljøer for alle, og sikre god kvalitet i barnehager, skoler og skolefritidsordninger. Sett i en internasjonal sammenheng er det små økonomiske forskjeller i Norge. Likevel er Norge en del av en internasjonal trend med økende økonomiske forskjeller. Det er mange barn som vokser opp i familier med så lav inntekt eller vanskelige levekår at det kan gi dårligere muligheter for samfunnsdeltakelse, dårligere helse og reduserte muligheter til selv å skape gode ungdoms- og voksenliv.

Regjeringen la våren 2023 fram en ny folkehelsemelding der den samlede innsatsen for bedre folkehelse og livskvalitet presenteres (48). Meldingen er også regjeringens strategi for å utjevne sosiale ulikheter i helse. God helse i befolkningen blir påvirket av forhold utenfor helsesektoren, og folkehelsemeldingen beskriver de bakenforliggende årsakene til god helse og livskvalitet i befolkningen; økonomiske forhold, oppvekst og utdanning, tilknytning til arbeidslivet og arbeidsforhold, bolig og forhold i lokalsamfunnet.

I tillegg kommer viktige forhold som opplevelsen av frihet og trygghet i samfunnet, opplevelsen av inkludering og mestring, fravær av rasisme og diskriminering. Helsevaner etableres tidlig i livet, og meldingen slår fast at det er et samfunnsansvar å sikre at alle har gode forutsetninger for et godt liv med god helse. Gode levekår og god helse henger

Boks 5.3 Utenforskap og inkludering – forskning og innovasjon

Målrrettede samfunnsoppdrag er et nytt virkemiddel i norsk forsknings- og innovasjonspolitikken der målet er å finne løsninger på komplekse samfunnsutfordringer. Et av satsingsområdene er inkludering av flere barn og unge i utdanning og arbeids- og samfunnsliv. Dette innebærer å jobbe målrettet og på tvers av sektorer for å finne ut mer om hva det er som påvirker god oppvekst, og finne løsninger som bidrar til inkludering (165).

sammen, og folkehelsearbeidet skal legge til rette for en bedre helse for alle. Dette vil også bidra til å redusere sosial ulikhet. En god folkehelsepolitikk er både viktig for den enkelte, men også en forutsetning for et bærekraftig velferdssamfunn og en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

En av regjeringens viktigste prioriteringer er at alle barn og unge skal ha gode liv, og alle skal få like muligheter til å lære, mestre og utvikle seg uavhengig av bakgrunn. Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet arbeider med en felles stortingsmelding om sosial utjevning og mobilitet rettet mot barn og unge og deres familier, som det tas sikte på å legge frem i 2025. Som et grunnlag for meldingen har en ekspertgruppe kommet med anbefalinger til hvordan den offentlige ressursinnsatsen bør prioriteres for å styrke oppvekstvilkårene til barn i fattige familier og forebygge at fattigdom går i arv (163). Meldingen vil også omtale betydningen av innsats i løpet av barnets 1000 første dager for å hindre utenforskap senere i livet. Regjeringen fortsetter også oppfølging av samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier (164). Det kortsiktige målet for samarbeidsstrategien er å øke deltakelsen for barn og foreldre på alle viktige arenaer i barnas oppvekst, og å dempe levekårsulempene forbundet med en oppvekst i lavinntektsfamilier. Det langsiktige målet er å forebygge at fattigdom går i arv fra foreldre til barn.

Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse løfter regjeringen ulike helsefremmende og forebyggende tiltak som kan bidra til økt livskvalitet og bedre psykisk helse gjennom hele livsløpet (49). Risikofaktorene og beskyttelsesfaktorene for

psykisk helse og bruk av rusmidler er ofte de samme, og arenaene for de forebyggende og helsefremmende tiltakene er gjerne de samme og må ses i sammenheng. Tidlig intervensjonstiltakene fra opptrappingsplanen er også relevante for det arbeidet. Dette inkluderer tiltak som mer systematisk og kunnskapsbasert familie- og foreldre støtte, målrettet innsats i barnehage, skole og på ulike fritidsarenaer og stimulering til deltakelse i utdanning, arbeid og aktivitet. Dette er tiltak som kan bidra til å hindre frafall i skolen, og redusere risikoen for å utvikle psykiske plager og lidelser og rusmiddelproblemer.

Regjeringen ønsker å styrke innsatsen for å få flere, særlig unge, i arbeid og aktivitet. Målet er å redusere andelen unge som blir uføre som følge av psykiske plager og lidelser. Flere av disse unge vil også ha rusmiddelproblemer, og tiltak gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse vil også ha en forebyggende effekt når det gjelder befolkningens bruk av rusmidler.

Trygge relasjoner og trygg tilknytning er viktige beskyttelsesfaktorer for barn og unge. Sammenhengen mellom traumatiske barndomsopplevelser og psykiske helseplager, økt risiko for svekket kognitiv og sosial utvikling, kriminalitet og skadelig rusmiddelbruk er godt dokumentert. En utrygg barndom med vold og/eller overgrep er forbundet med helseproblemer, selvmordsfare og problematisk rusmiddelbruk. For enkelte med innvandringsbakgrunn kan traumer og opplevelser under flukt bidra til psykisk uhelse eller problematisk rusmiddelbruk (126).

Bruk av rusmidler er også en faktor som påvirker risiko for voldsutøvelse, og det å bli utsatt for vold. Regjeringens arbeid for å skape et trygt samfunn for alle gjennom opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) *Trygghet for alle* (50) er derfor viktig også for å forebygge bruk av rusmidler blant barn og unge og i den generelle befolkningen.

5.4 Forebyggende innsatser i flere sektorer

God fysisk og psykisk helse skapes først og fremst utenfor helsesektoren. Gjennom kommuneplanarbeidet og lokalsamfunn- og nærmiljøutvikling involveres flere sektorer, og dette utgjør et viktig grunnlag for å skape gode oppvekstforhold og gode lokalsamfunn. Også på statlig nivå er ansvaret for rusmiddelforebygging fordelt på flere departementer, underliggende etater og virksomheter.

Om forebyggende innsatser ikke er helhetlige, sammenhengende og koordinerte er det mindre sannsynlig at de utfyller og gjensidig forsterker hverandre. I verste fall kan ulike innsatser stå i et konkurranseforhold eller undergrave hverandre. Om samfunnet skal lykkes i å realisere måloppnåelsen på forebyggingsområdet, må forståelsen av forebygging som en prioritert oppgave forankres i alle relevante sektorer og nivåer, og innsatser og tiltak må utvikles og implementeres tverrsektorielt. Bedre samordning av forebyggende tiltak kan spare samfunnet for omfattende utgifter innenfor flere sektorer. For å sikre bedre sammenheng og koordinering av tverrsektorielle rusforebyggende innsatser ga regjeringen i 2023 et oppdrag til relevante direktorater om å videreutvikle det tverrsektorielle rusforebyggende arbeidet rettet mot barn og unge, se omtale i kapittel 5.7.

5.4.1 Plikt til å forebygge

Forebyggende innsatser er forankret i en rekke lovverk som er fordelt på mange offentlige tjenester og aktører. Et grunnleggende utgangspunkt er FNs menneskerettighetskonvensjoner som er tatt inn norsk lov, og konvensjonen om barnets rettigheter (barnekonvensjonen) som fastslår at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som angår barn (2).

Kommunen har et særlig forebyggende ansvar og skal bidra til at barn og unge har gode oppvekstvilkår, og dette ansvaret er forankret i flere lovverk med til dels overlappende mål og virkemidler. Kommunene står fritt til å organisere det forebyggende arbeidet med utgangspunkt i lokale forhold.

Etter folkehelseloven skal kommunen bruke alle sine virkemidler til å fremme helse og forebygge sykdom (166). Videre skal kommunen ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som kan virke inn på denne, fastsette mål og strategier og har plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte sine folkehelseutfordringer. Loven setter krav til stat og fylkeskommune for å understøtte kommunene med opplysninger om helsetilstand og med råd om effektive tiltak.

I tillegg til folkehelseloven gir barnevernloven § 15-1 kommunen ansvar for å fremme gode oppvekstvilkår gjennom tiltak for å forebygge at barn og unge utsettes for omsorgssvikt, eller utvikler atferdsproblemer (167). Ansvaret følges opp gjennom kommunens samlede tjenestetilbud til barn, unge og familier og omfatter tiltak rettet mot alle barn og grupper av barn med særlige levekårsutfordringer.

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger også kommunene å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, som blant annet helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste (168).

Det er viktig at kommunenes forebyggende arbeid innen oppvekstområdet blir mest mulig helhetlig. Kommunenes planarbeid er et viktig verktøy for å få dette til. Det finnes flere relevante planbestemmelser. Blant annet skal kommunestyret vedta en plan for hvordan arbeidet etter barnevernsloven § 15-1 skal organiseres, og plan- og bygningsloven § 3-1 omtaler hensynet til å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet (169). God praksis for utarbeiding og samordning av planer er viktig for å utvikle et godt tverrsektorielt tilbud i den enkelte kommune. Etter folkehelseloven skal kommunens oversikt over helsetilstanden inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.

I 2024 har flere departementer gitt et felles oppdrag til underliggende etater om å vurdere kommunenes forståelse av forebyggingspliktene i sektorlovgivningen. De skal deretter utarbeide veiledning eller annen faglig kompetansestøtte til kommunene om deres forebyggende ansvar innen oppvekstområdet. I tråd med regjeringens tillitsreform skal etatene vurdere hvilken form en slik veiledning/kompetansestøtte skal ha og gjennomgå relevante statlige veiledere innen området med sikte på eventuell samordning, revidering og vedlikehold.

5.4.2 Forebygging i helse- og omsorgstjenesten

Selv om mye av den forebyggende innsatsen foregår i andre sektorer, er også innsatsen i helse- og omsorgstjenestene av stor betydning. Regjeringen ønsker en gjennomgående forebyggende helse- og omsorgstjeneste. Gjennom brede folkehelseiltak og innsats i helse- og omsorgstjenesten kan mange ikke-smittsomme sykdommer reverseres, utsettes eller konsekvensene av dem reduseres. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan (1) framgår det at regjeringen vil forsterke den forebyggende innsatsen i helse- og omsorgstjenesten. Et av flere tiltak er at Helsedirektoratet er bedt om å utrede hvordan omstilling til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste systematisk kan støttes og evalueres. Disse tiltakene vil ha betydning for personer med rusmiddelproblemer.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

I det helsefremmende og forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge er helsestasjons- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom viktige tjenester. Tjenestene skal bidra til å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos barn og unge, samt deres foreldre, utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt. Tjenestene skal også fremme helsekompetanse hos både barn, ungdom og foreldre for å legge til rette for gode valg senere i livet og fremme egenmestring i møte med livets utfordringer. Regjeringen har styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom en økning av tilskudd, og gjennom etablering av et kompetansemiljø for tjenesten ved Folkehelseinstituttet. I kapittel 7.2.4. beskrives tjenester til barn og unge og det vises til at flere rapporter og tilsyn har avdekket manglende rusmiddelkompetanse i slike tjenester.

Oppfølging av gravide og småbarnsfamilier

Gravide kvinner med rusmiddelproblemer er en sårbar gruppe som skal ha et godt tilbud i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom svangerskapsomsorgen skal alle gravide få tilbud om konsultasjoner, råd og veiledning under svangerskapet. Det aller viktigste er at gravide med rusmiddelproblemer identifiseres tidlig i svangerskapet.

Flere kommuner har også tilbud om «forsterket helsestasjon», der målgruppen er familier som har eller har hatt utfordringer knyttet til psykisk helse, rusmidler eller vold i nære relasjoner.

Noen vil trenge tett oppfølging både av personell i kommunene, i sykehus, distriktpspsykiatriske senter eller gjennom tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ambulante og polikliniske tjenester kan være et godt alternativ, men for noen vil et døgntilbud være nødvendig. Dersom man ikke når fram med frivillighet, kan det i noen få tilfeller være behov for å vurdere å benytte helse- og omsorgstjenestelovens mulighet for innleggelse uten samtykke etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige, se også omtale under kapittel 8.6 om bruk av tvang på rusmiddelfeltet.

Enkelte helseforetak har etablert familieambulatorier som gir en bred familiesentrert oppfølging og helsehjelp. Familieambulatoriet er et lavterskel forebyggende tilbud rettet mot gravide og/ eller småbarnsfamilier der én eller begge foreldre har eller har hatt vansker med rusmidler og/eller psykisk helse. Formålet med tjenesten er

å støtte familier gjennom svangerskapet og å følge utviklingen til barna opp mot skolealder. Tidligere evalueringer av familieambulatorier har vist gode resultater.

Helsedirektoratet har utviklet et nasjonalt pasientforløp om gravide og rusmidler. Målet med pasientforløpet er å bidra til at flere av de som bruker rusmidler i graviditeten, kan nås og tilbys individuelt tilpasset hjelp og behandling, slik at den nyfødte får best mulig utgangspunkt, og kvinnen og foreldrene får den hjelpen de trenger. Gravide med rusmiddelproblemer bør henvises til nasjonalt forløp for gravide og rusmidler (170). Om lag 60 kvinner har hvert år gjennomført dette forløpet siden det ble innført i 2022.

Barn som blir født av mødre med rusmiddelproblemer, kan ha såkalt neonatal abstinenssyndrom (NAS) som krever behandling. Dette gjelder både bruk av ulovlige rusmidler og alkohol. Bruk av alkohol kan blant annet føre til for tidlig fødsel og medføre skader eller misdannelser på barnet. Det finnes ikke eksakte tall på barn født med føtale alkoholspekterforstyrrelser (FASD) og heller ikke tall på barn som er født med NAS som følge av bruk av ulovlige rusmidler eller reseptbelagte medikamenter, herunder medikamenter som benyttes under legemiddelassistert behandling (LAR). Helsestasjon og svangerskapsomsorgen er sentrale i det forebyggende arbeidet overfor foreldre med rusmiddelproblemer.

I Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen er det sterke anbefalinger om tidlig samtale om levevaner generelt, og om at personell bør ha en samtale med gravide om alkohol, ulovlige rusmidler og avhengighetsskapende legemidler ved første konsultasjon. Flere tiltak i den nasjonale retningslinjen for gravide i LAR er også relevant for ivaretagelse av gravide med rusmiddelproblematikk (171), som også skal sikre et forsvarlig svangerskap, for eksempel ved valg av legemiddel og oppfølging av barnet fram til skolealder. Retningslinjen anbefaler også veiledning om bruk av prevensjon ved oppstart i LAR, og langtidsvirkende prevensjon er et gratis tilbud til kvinner i fertil alder i LAR. I budsjettet for 2025 foreslår regjeringen å utvide tilbudet til alle kvinner som mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Læring og mestring er en integrert del av alle helse- og omsorgstjenester og foregår på ulike arenaer. Formålet er å styrke helsekompetanse, mestring og gi økt livskvalitet. Virksomheten innebærer informasjonsformidling, undervisning, veiledning

Boks 5.4 Prosjekt FriskRus i Oslo

I 2019 utredet Helseetaten på oppdrag fra Byrådet i Oslo problemstillingen: *Hvordan kan et ordinært frisklivstilbud utvikles og gjøres relevant for personer med rusproblemer?* og i perioden 2021–2023 ble det gjennomført pilotprosjekt i to bydeler, Frogner og Nordre Aker.

Bakgrunnen for prosjektet var blant annet den høye overdødeligheten blant personer med rusmiddelproblemer, og erkjennelsen av den betydningen levevaner, herunder kosthold og fysisk aktivitet har for helsen. Hensikten var å utvikle modeller som var overførbare til andre bydeler. Bydelene hadde noe ulike tilnærminger, men bygde opp tilbudet innenfor bydelens frisklivsentral. Prosjektene valgte å inkludere brukergruppen, med tilpasninger, i det ordinære tilbudet både for å utnytte ressursene og kompetansen i frisklivsentralene, og fordi det å delta på samme måte som andre uten en bak-

grunn med rusmiddelproblemer, kan oppleves positivt (redusere stigma) og gjøre det enklere å finne nye miljøer som ikke er knyttet til rusmiddelbruk.

Deltakerne trengte ikke å være rusfrie, men det var krav om ikke å møte synlig ruspåvirket til gruppetilbud. Dette har blitt overholdt og var ikke noe problem gjennom prosjektperioden. Erfaringen er imidlertid at personer med mindre alvorlig rusmiddelproblemer nyttiggjør seg tilbudet i større grad enn personer med mer omfattende rusmiddelproblematikk (Nordre Aker). Brukermedvirkning sto sentralt i planlegging, utforming og gjennomføring av tilbudet, og brukerperspektivet ble styrket gjennom bruk av erfaringskonsulenter. Begge bydelene har ønsket å videreføre FriskRus etter prosjektperioden. (Kilde: Rapporter fra Prosjekt FriskRus i bydelene Frogner og Nordre Aker).

og rådgivning samt erfaringsutveksling. Målgruppen er pasienter eller pårørende som har, eller står i fare for å utvikle helseproblemer.

Kommunene er etter helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester til befolkningen. En anbefalt organisering av slike tjenester er etablering av frisklivsentraler. Arbeidet ved frisklivsentralene skal fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom (172). Frisklivsentralene bør også kunne gi tilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Flere kommuner har allerede lagt til rette for deltakelse for personer med rusmiddelproblemer i de ordinære frisklivsentralene. Det er også kommuner som har prøvd ut særlig tilrettelagte modeller.

Under oppfølging av handlingsplan for fysisk aktivitet, forenkler og digitaliserer Helsedirektoratet nasjonale faglige råd for bruk av fysisk aktivitet i forebygging og behandling i helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet med nye anbefalinger, blant annet for depresjon, rusmiddelavhengighet og skadelig bruk av rusmidler, startet i 2023 og videreføres i 2024.

Lærings- og mestringstilbud gis både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Tilbudet omfatter kurs og aktiviteter for personer som har helseutfordringer, eller er pårørende til noen som har det. Formålet med lærings- og mestringstilbudene

er å bidra til bedre helsekompetanse og fremme helse og livskvalitet. Kursene og aktivitetene kan variere i form og innhold, være individuelle eller gruppebaserte, og bygge på tverrfaglig samarbeid.

Tilbud om fysisk aktivitet og veiledning innen levevaneområder som kosthold og ernæring inngår ofte i tilbudet. Feil- og underernæring forekommer ofte hos personer med rusmiddelproblemer (173). Som en del av tilbudet bør ernæringsmessig risiko kartlegges (174).

Fysisk aktivitet har vist seg å være bra for den psykiske helsen og kan redusere angst og depresjon (175). Både kommuner og behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten kan ta i bruk fysisk aktivitet som en del av tilbudet til pasienter og brukere med rusmiddelproblemer.

Brukermedvirkning er et selvsagt element i lærings- og mestringstilbudene. Personer som selv har hatt eller lever med helseutfordringer samarbeider med fagpersoner om å utforme tilbudene, noe som bidrar til å sikre at tilbudene treffer brukernes behov. Lærings- og mestringstilbud skal inngå i helhetlige forløp for brukere, pasienter og pårørende.

5.4.3 Politiets roller og oppgaver

Politiet møter utfordringer knyttet til rusmidler i forbindelse med en rekke oppgaver, blant annet

Boks 5.5 Idrett som medisin

Trening med anerkjente treningsmetoder har vært en viktig del av pasientbehandlingen ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin ved St. Olavs hospital siden januar 2017. Treningen er organisert i en egen treningspoliklinikk der treningen er en integrert del av døgnbehandlingen, samt et poliklinisk tilbud.

Trening som medisin ble innført som et direkte resultat av forskning ved klinikken i samarbeid med NTNU. Forskningsprosjektet evaluerte nøkkelkomponenter i fysisk helse hos personer med rusmiddelavhengighet sammenliknet med en frisk referansegruppe. De undersøkte også effekt og gjennomførbarhet av høyintensitetstrening.

Prosjektet viste at personer med rusmiddelavhengighet som kommer i behandling, har betydelig redusert fysisk kapasitet i form av utholdenhet og muskulær styrke. Disse to nøkkelfaktorene for somatisk helse er sterkt assosiert med risiko

for sykdom og tidlig død, og trening har derfor fått en viktig plass i behandlingen.

Det er godt dokumentert at trening med høy intensitet er effektivt for å bedre utholdenhet og muskulær styrke. Treningsbelastningen tilpasses den enkeltes fysiske kapasitet. Et hovedmål med denne individtilpassede og medikamentfrie behandlingen er å forbedre og ivareta pasientenes somatiske helse. Erfaringene fra høyintensitetstrening som integrert del av behandlingen er gode. Treningsmetodene har vist seg å være gjennomførbare i pasientpopulasjonen og i den kliniske hverdagen. Pasientene responderer godt på treningen. Det er etablert et nasjonalt fagnettverk for høyintensitetstrening som medisin innen rus og psykisk helse, som koordineres av Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin. Det forskes videre på ytterligere individtilpasning av behandlingen, vedlikehold av fysisk effekt og andre gevinster av forbedret fysisk kapasitet (176).

ordenstjeneste, forebygging, etterforskning, trafikksikkerhetsarbeid, forvaltningsoppgaver for eksempel knyttet til førerkort, våpen og grensekontroll. Mye kriminalitet og uønskede hendelser og ulykker skjer under påvirkning av rusmidler. Politiets oppgave er både å forebygge, avdekke og oppklare narkotikakriminalitet.

Politiets virkemidler for inngripen mot narkotikakriminalitet er primært i straffesaksporet. Inngripende tiltak skjer på lovregulerte vilkår i straffeprosessloven om kvalifisert mistanke om at straffbare forhold allerede er begått. Formålet er å avdekke straffbare forhold. Straffeloven bygger på at slik inngripen, med påfølgende straffesankjoning, antas å ha en preventiv effekt (allmennpreventiv og individualpreventiv effekt). Politiet har en særskilt oppgave knyttet til å redusere tilgjengeligheten av ulovlige rusmidler. Ulovlige rusmidler er en kilde til profitt for kriminelle miljøer og aktører. Ulovlige rusmidler representerer også en alvorlig helserisiko for de som bruker dette. Det er derfor viktig at politiet håndhever straffebud som rammer tilvirkning, innførsel, utførsel, erverv, oppbevaring, sending eller overdragelse av slike rusmidler.

Politielloven legger til grunn at politiet også skal ha en forebyggende funksjon allerede før straffbare forhold har skjedd. Formålet er å forhindre

at kriminalitet oppstår framfor å reparere skadefølgen etterpå.

Avgrensning av den forebyggende innsatsen mot innsats i straffesakssporet

På rusmiddelfeltet vil forebyggingstiltak både være rettet mot å forhindre bruk av narkotika og nyrekruttering og mot å forebygge skader som følge av rusmiddelbruk. Det proaktive arbeidet er politiets arbeid for å forhindre at lovbrudd oppstår, altså forebyggende arbeid. Det reaktive arbeidet viser til polititiltak som settes inn i etterkant av lovbrudd, altså i straffesakssporet (177, 178). Videre kan politiets innsats mot narkotika deles inn i to strategier ut fra hvilket nivå i narkotikadistribusjonskjeden som er målet. Det kan skilles mellom forebygging som bidrar til å redusere tilgjengeligheten, der formålet er å redusere produksjon, innførsel og omsetning, og tiltak som bidrar til å redusere etterspørselen (179).

Skillet mellom reaktiv/straffesakssporet og proaktiv/forebyggingssporet er viktig. Det har betydning for hvilke virkemidler politiet har til rådighet og for hvilken etat som er overordnet ansvarlig. Det er kun i straffesakssporet politiet har hjemmel til å bruke tvangsmidler for å avdekke bruk og besittelse av narkotika. Kun der-

som det er kvalifisert mistanke om ulovlig befatning med narkotika, kan politiet bruke tvangsmidler som ransaking for å avdekke narkotika.

Det har også blitt argumentert for at det med gjeldende rettstilstand er krevende å avdekke rusmiddelbruk blant unge, og at politiet dermed ikke har gode nok muligheter for å sette inn tiltak for å motvirke slik rusmiddelbruk. Det fremgikk av rushåndhevingsutvalgets mandat at «særlig førstelinjen i politiet har gitt uttrykk for at det hersker usikkerhet om hvordan regelverket for bruk av tvangsmidler skal praktiseres i saker som gjelder bruk av og befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk» (47).

Strafferettslig forfølgning kan også ha en forebyggende effekt, men virkemidlene er av straffeprosessuell eller strafferettslig art. Utenfor straffesakssporet har politiet begrenset adgang til å bruke midler av inngripende karakter.

Riksadvokatens rundskriv om etterforskning av 22. desember 1999 gir en nærmere avklaring av etterforskningsbegrepet, særlig av hensyn til klare ansvarslinjer og hvilket regelsett som kommer til anvendelse. Det er viktig å ha høy bevissthet om grensen mot etterforskning. Det sentrale her er formålet som ligger til grunn for virksomheten:

«Er siktemålet å avklare om straffbart forhold finner eller har funnet sted, og i tilfelle hvor, når og hvem som er ansvarlig, er virksomheten å anse som etterforskning. Også annen virksomhet med formål å klarlegge omstendigheter av betydning for å treffe påtaleavgjørelse eller for sakens behandling i retten inngår i etterforskningen». (180)

Politiets forebyggende virksomhet (utenfor straffesakssporet)

Politiets rolle i det rusforebyggende arbeidet må ses i sammenheng med innsatsen fra øvrige aktører på feltet. Det er derfor viktig med etablering av tverretatlige samarbeidsstrukturer og gode rutiner for samarbeid og samhandling mellom etater og aktører.

Rettslige rammer og grunnprinsipper

Legalitetsprinsippet, som kommer til uttrykk både i Grunnloven og Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK), representerer en rettslig skranke for hvilke forebyggende tiltak politiet kan iverksette. Dette innebærer at enkeltpersoner har et vern knyttet til inngripen blant i annet ytringsfrihet, forsamlings- og foreningsfrihet, privatliv og familieliv.

Inngripende tiltak fra myndighetene må ha hjemmel i lov og være nødvendige og forholdsmessige.² Dette overordnede målet for politiets virksomhet er beskrevet i politiloven § 1 annet ledd:

«Politiet skal gjennom forebyggende, håndhevende og hjelpende virksomhet være et ledd i samfunnets samlede innsats for å fremme og befeste borgernes rettssikkerhet, trygghet og alminnelige velferd for øvrig.» (181).

I politiloven § 2 er forebygging av kriminalitet listet opp som en av politiets hovedoppgaver. Loven angir ikke hva politiets aktivitet/tiltak består i, og det er heller ikke knyttet vilkår til bruk. Det siste kan forklares med at alternativet neppe tok sikte på tiltak av inngripende karakter. Forarbeidene til politiloven nevner som eksempel holdningsskapende arbeid i nærmiljøene med kontakt med barn og ungdom, blant annet gjennom besøk på skoler og i ungdomsklubber og foreninger. Inngripende tiltak krever hjemmel i lov, som nevnt over.

I politiloven § 6 beskrives overordnede regler om hvordan polititjenesten skal utføres. Av bestemmelsen framgår det blant annet at: «De midler som anvendes, må være nødvendige og stå i forhold til situasjonens alvor, tjenestehandlingens formål og omstendighetene for øvrig.»

Politidirektoratet la i desember 2020 fram strategien I forkant av kriminaliteten: *Forebygging som politiets hovedstrategi (2021–2025)* (182). Strategien vektlegger at politiet gjør størst nytte for seg dersom den samlede innsatsen bidrar til å redusere forekomsten av kriminalitet og uønskede hendelser, redusere skadevirkningene og hindrer gjentakelse. Forebygging sparer samfunnet for økonomiske og menneskelige kostnader. Innsats i forkant er bedre enn å reparere i etterkant.

På rusmiddelfeltet har Politidirektoratet gitt ut retningslinjer for politiets rolle i det rusforebyggende arbeidet (183). I retningslinjene er politiets handlingsrom i det forebyggende arbeidet operasjonalisert gjennom angivelse av Grunnprinsipper for myndighetsutøvelse rettet mot enkeltpersoner («inngripen»), som er beskrevet slik:

«Politiets alminnelige handlingsfrihet hjemler kun ikke-inngripende tiltak. Selv der det er hjemmel i lov, skal det alltid vurderes:

- *Er det nødvendig?*
- *Er det forholdsmessig?*

² Se bl.a. Grunnloven § 113 og EMK art. 8-11

Samtykke er kun tilstrekkelig hvis dette er hjemlet i lov.»

Retningslinjene presiserer videre politiets rolle og ansvar i det rusforebyggende arbeidet og tydeliggjør rutiner for samarbeid og samhandling med andre aktører på området. Regjeringen mener det er behov for nye og effektive tiltak og virkemidler for å forebygge ulovlig bruk og besittelse av narkotika. Virkemidlene skal være forholdsmessige.

Informasjon og etterretning

Etterretning i straffesaker og narkotikabeslag gir politiet særskilt kunnskap og innsikt. For narkotika gjelder dette både kunnskap om produksjon, transport og innførsel samt kunnskap om bruk og bruksmønstre. Politiet har kunnskap om hvordan rusmiddelpåvirkning kan knyttes til andre former for kriminalitet og uønskede hendelser. De har også kunnskap om hvordan narkotika bidrar til andre former for kriminalitet og til opprettholdelse av et illegalt marked.

Politiets kunnskap kan være et bidrag til samfunnets samlede kunnskapsgrunnlag på feltet. For politiets del utgjør kunnskap fra etterretning og etterforskning en sentral del av dette kunnskapsgrunnlaget, se også omtale av system for monitoring i kap. 10. Gjennom å behandle og analysere informasjon fra interne og eksterne kilder om personer, grupper og fenomener relatert til kriminalitet og andre uønskede hendelser, vil etterretning bidra til et felles situasjonsbilde og fremtidsrettede analyser. Disse skal bidra til å redusere usikkerheten rundt prioriteringer og beslutninger om tilnærming, prioritering og valg av forebyggende tiltak.

Det er derfor viktig at politiet deler sin kunnskap med overordnede myndigheter, samarbeidsaktører og innbyggere. Et eksempel på informasjonsdeling på overordnet nivå er politiets nasjonale trusselvurderinger som utgis en gang i året. Den utarbeides av Kripos på oppdrag fra Politidirektoratet. Rapporten bygger på politiets samlede etterretningsproduksjon fra politidistrikter og særorgan samt rapporter fra nasjonale og internasjonale aktører både i og utenfor politiet.

Politiets trusselvurdering omfatter et utvalg av alvorlige kriminalitetstrusler som faller inn under politiets ansvarsområde, og gir en framtidrettet vurdering av disse. Formålet med trusselvurderingen er å bidra til en felles forståelse for det trusselbildet samfunnet står overfor, og danne grunnlag for forebyggende samhandling med private og offentlige aktører.

Politiet har en viktig rolle ved å peke på negative konsekvenser av ulovlig bruk og befatning med narkotika. Dette gjelder særlig sammenheng med annen kriminalitet. Politiet bør ellers være varsomme med å ta en informasjonsrolle på områder hvor andre aktører har særskilt ansvar og kompetanse. Dette gjelder for eksempel helsemessige konsekvenser ved bruk av rusmidler. Politiet bør vise til tilgjengelig informasjon fra andre fagetater der det er aktuelt (183).

Barn og unge

Politiet møter barn og unge på mange arenaer og får gjennom dette kjennskap til ungdom som har utfordringer knyttet til kriminalitet og rusmidler. Politiet gjennomfører, i dialog med lokal skolemyndighet, besøk på skoler for å gi informasjon om politiets arbeid og om ulike former for kriminalitet som unge kan rammes av, eller bli trukket inn i. Politidirektoratet har igangsatt et arbeid for å sikre lik praksis i det forebyggende arbeidet i skolen ved at en større del av informasjonsmateriellet standardiseres og kvalitetssikres på nasjonalt nivå. Når politiet besøker skoler, vil det være et hovedfokus på kriminalitet og uønskede hendelser.

Nasjonale retningslinjer for politiets møte med barn og unge

I Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon Artikkel 3 framgår det at hensynet til barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle handlinger som berører barn. Etter artikkel 33 i FNs barnekonvensjon skal barn beskyttes mot ulovlig bruk av narkotiske stoffer og for å hindre at barn blir brukt i ulovlig produksjon og handel med slike stoffer.

Politidirektoratet ga i 2023 ut nasjonale retningslinjer for politiets møter med barn (184). Formålet med retningslinjene er å styrke politiets ivaretagelse av barns rettigheter og å tydeliggjøre rammene for politiets handlingskompetanse når det gjøres forholdsmessighetsvurderinger i møter med barn. Retningslinjene er utarbeidet med innspill og råd fra blant andre Barneombudet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet samt eksperter innen traumepsykologi.

I retningslinjen introduseres fire barnefaglige prinsipper utledet fra forskningsbasert traumepsykologi, som skal anvendes av politiet i møter med barn. Prinsippene trygghet, forståelse, forutsigbarhet og involvering skal sikre at barnets rettigheter ivaretas i politiets praktiske tjenesteut-

øvelse, og at barnets sårbarhet tas hensyn til i politiets møter med barn.

Handling ved bekymring for barns rusmiddelbruk

Politiet har handlingsplikt når barn påtreffes påvirket av rusmidler, eller i tilknytning til rusmiljøer. Dette kan innebære varsling, meldeplikt og eventuelt andre tiltak som omtales under.

Vise/bringe hjem og varsling av foresatte

Politi-loven § 13 regulerer særskilt forebyggende tiltak overfor barn og unge. Bestemmelsen beskriver tre ulike tiltak: hjemkjøring/ hjemvising av personer under 15 år og å ta hånd om barn/ ungdom i risikosituasjoner og bekymringssamtale. Formålet med bestemmelsen er å forhindre at barn kommer i situasjoner som kan være farlige eller skadelige for dem. Av forarbeidene til bestemmelsen (Ot. prp. nr. 22 (1994-1995) *Om lov om politiet*) framgår det at: «Primæransvaret for barns helse og utvikling påhviler foreldrene (vergene), eventuelt barnevernsmyndighetene.» (185) Politiets beføyelser når det gjelder barn, er derfor av subsidiær karakter. Politiets engasjement vil begrense seg til å få i stand en midlertidig foranstaltning i påvente av at den eller de ansvarlige kan overta. Politiets ansvar kan dermed sies å være av subsidiær og midlertidig karakter.

Det framgår av bestemmelsens andre ledd at når barn «påtreffes under omstendigheter som klart innebærer en alvorlig risiko for barnas helse eller utvikling», så skal politiet «umiddelbart sørge for at barna blir brakt til verge eller annen foresatt eller om nødvendig til barnevernsmyndighetene».

Av politiets nasjonale retningslinjer for det rusforebyggende arbeidet framgår det at barnet skal spørres om det er noe politiet bør ta hensyn til, for å ivareta barnet i forbindelse med varsling av verge. Barnet skal få tilpasset informasjon og mulighet til å formidle sine behov og synspunkter. Melding til barneverntjenesten skal alltid vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Meldeplikt til barnevernet

Politiet har i likhet med andre forvaltningsorganer plikt til å melde fra til barnevernet jf. barnevernsloven § 13-2 om plikt til å melde fra til barnevernstjenesten, uten ugrunnet opphold, blant annet i følgende tilfeller:

- «når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige man-

gler ved den daglige omsorgen eller utsatt for annen alvorlig omsorgssvikt»

- «når et barn har vist alvorlige atferdsvansker ved å begå alvorlige eller gjentatte lovbrudd, ved problematisk bruk av rusmidler, eller ved å ha vist annen form for utpreget normløs atferd» (167).

Bekymringssamtale

Politi-loven § 13 fjerde og femte ledd regulerer politiets adgang til å pålegge barn og deres foresatte å møte til en bekymringssamtale hos politiet (181). Innkalling kan skje dersom det er «grunn til å tro» at barnet har begått en straffbar handling, eller «ellers straffbar handling» for de som er under den kriminelle lavalderen på 15 år. Mistankekravet er «grunn til å tro». Det vil si at det ikke er krav om sannsynlighetsovervekt. I tillegg til slike pålagte bekymringssamtaler inviterer politiet også til frivillige bekymringssamtaler. De frivillige bekymringssamtalene er ikke lovregulert, men inngår i politiets generelle forebyggende arbeid, jf. politi-loven §§ 1 og 2.

Formålet med bekymringssamtalen skal være «å forebygge ytterligere lovbrudd». Samtalen har dermed et annet formål enn politiavhør i forbindelse med etterforskning. Målet skal være å forebygge en kriminell utvikling hos en ung person som politiet mener befinner seg i en risikosone for dette. Den mindreårige og foreldrene gjøres kjent med at de ikke har plikt til å forklare seg. Dersom de innkalte uteblir etter skriftlig innkalling uten opplysninger om gyldig forfall, kan politiet hente mindreårige og foreldre.

Det framgår av forarbeidene til bestemmelsen (Ot. prp. nr. 106 (2001-2002) *Om lov om endringer i straffeprosessloven og politi-loven m.m.*) at formålet med samtalen er todelt: politiet «[.] får gjort det tydelig hvilke konsekvenser det kan ha å fortsette med kriminelle handlinger» og at samtalen kan «være en av flere muligheter som det offentlige har til å kartlegge den unges livssituasjon for å få gitt nødvendig hjelp og støtte.» (186). Viktigheten av at foreldrene involveres i størst mulig grad på et tidlig stadium, er også påpekt.

Det må foretas en konkret vurdering av hvorvidt det er aktuelt å gjennomføre en bekymringssamtale overfor den enkelte unge. Dersom bekymringen rundt barnet kun vurderes å være knyttet til bruk av rusmidler, bør det vurderes nøye hvorvidt bekymringssamtale er riktig virkemiddel. I slike tilfeller vil det være aktuelt for politiet, etter samtykke, å formidle kontakt med

eksempelvis kommunale hjelpetiltak for samtale og for å få hjelp (183).

Bekymringssamtalen har vært et sentralt verktøy i politiets forebyggende arbeid overfor barn og unge. Det er imidlertid begrenset kunnskap om effekten av disse samtaleene, herunder om og i hvilken grad de faktisk forebygger ny kriminalitet og påvirker andre viktige såkalte livsløpsutfall, som deltakelse i utdanning og arbeid.

Det er gjennomført flere nordiske studier om bekymringssamtalen, men vi har ikke forskning som viser om metoden er effektiv eller ikke (187). Studiene tilsier at det er behov for mer kunnskap også om effekten av bekymringssamtalene som gjennomføres av norsk politi. Rusreformutvalget fant at mangelfull forskning på bruk og effekt av bekymringssamtale som et generelt forebyggende virkemiddel, er et vesentlig problem (NOU 2019: 26 *Rusreform - fra straff til hjelp*, s. 239). I rapporten *Kriminalitetsforebygging på norsk: En kunnskapsoversikt* (178) etterspørres en helhetlig forskningsbasert evaluering av bekymringssamtaler.

Politiets behandling av opplysninger fra bekymringssamtaler reguleres av politiregisterloven (188) og politiregisterforskriften (189). Justis- og beredskapsdepartementet har sendt på høring (190) forslag til endringer i politiregisterforskriften § 58-7 som innebærer at politiet vil kunne utlevere opplysninger fra bekymringssamtaler til forskning i henhold til politiregisterloven § 33. Høringsfristen var 16. februar 2024.

Tilstedeværelse og åpne russcener

Å bidra til trygghet er en viktig rolle for politiet ved å være til stede på en rekke arenaer. Gjennom tilstedeværelse kommer politiet også i posisjon til å identifisere miljøer og personer hvor det er grunn til bekymring for rusmiddelbruk eller kriminalitet. Politiet kan gripe inn overfor åpenlys omsetning av illegale rusmidler og annen kriminalitet som skjer i tilknytning til åpne russcener.

Politiet må være særlig bevisst behovet for tilstedeværelse knyttet til åpne russcener. Det er viktig å hindre at det etableres faste arenaer der det skjer ulovlig omsetning av narkotika. Dessuten er mange brukere i miljøene sårbare, og de kan bli utnyttet til eller utsatt for kriminalitet eller uønskede hendelser.

Nasjonal retningslinje for politiets rolle i det rusforebyggende arbeidet, fastslår at det er viktig å ha «høy bevissthet om hvordan politiet opptrer i møte med personer i åpne russcener. Alle innbyggere har rett til et politi som er der for å forebygge

kriminalitet og skape trygghet. Brukere av rusmidler skal ha samme rettssikkerhet som alle andre og samme rett til å møte et politi som er rettferdig og respektfullt» (183).

Politiets forvaltningsvirksomhet

Politiet er tillagt en rekke forvaltningsoppgaver tilknyttet ulike lover blant annet vegtrafikkloven, våpenloven, vaktvirksomhetsloven og serveringsloven. Rusmiddelbruk kan være et relevant moment i de vurderinger som skal gjøres, når det vurderes å gi tillatelse eller inndra allerede innvilgede tillatelser.

Sammenliknet med de reaktive beslutningene i straffesporet er de administrative forvaltningsvedtakene proaktive. Lovgivningen på forvaltningsområdene avhenger ikke av lovligheten av rusmidlene, men knytter seg til blant annet til de respektive lovenes krav til vandel, edruehet og skikkethetsvurderinger. Overordnet kan det sies at formålet med de ulike lovene og de oppgaver som er tillagt politiet, er å hindre framtidige ulykker og forebygge uønskede hendelser på de livsområder som reguleres av lovene.

Politiets deltakelse i tverretatlig samarbeid

Samarbeid mellom kommune og politi

Tidlig innsats og samvirke mellom aktører på tvers av samfunnssektorer er grunnleggende prinsipper som må legges til grunn i arbeidet med å forebygge skadelig rusmiddelbruk, og bruk av ulovlige rusmidler. Samvirke mellom aktører er viktig fordi ulike tjenester har ulike virkemidler til rådighet i det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet. Særlig i arbeidet med barn og unge er det viktig å se ulike fenomener i sammenheng. Det kan være mange bakenforliggende årsaker til at barn og unge bruker rusmidler eller utvikler rusmiddelavhengighet.

Samarbeid mellom politi og kommunale myndigheter er en grunnleggende forutsetning for å kunne forebygge bedre. For å kunne gjøre gode prioriteringer og iverksette effektive forebyggende tiltak må aktørene ha god kunnskap om samfunns- og kriminalitetsutviklingen og om årsaker til kriminalitet og uønskede hendelser. Kommune og politi må samarbeide om å kjenne behovene til innbyggerne slik at de kan utvikle sine tjenester på en måte som understøtter behovene i lokalmiljøet. Politidirektoratet har i samarbeid med KS utarbeidet en veileder publisert i mai 2023(191). Formålet er å gi råd og anbefalinger om videre utvikling og styrking av samarbeidet

Boks 5.6 SLT-samarbeidet i kommunene

SLT står for Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak. Modellen skal fremme gode og trygge oppvekstvilkår gjennom å koordinere informasjon, kunnskap og ressurser mellom kommunale aktører, politi, næringsliv og frivillige organisasjoner. Modellen forankres ofte på øverste nivå i kommunen og i politiet. En egen koordinator er bindeleddet mellom de ulike nivåene og involverte sektorer og bidrar til å iverksette og koordinere den operative innsatsen. Enkelte store kommuner, som for eksempel Oslo, Bergen, Trondheim, Nordre Follo og Bærum, har flere koordinatører. I Oslo

er det en koordinator i hver bydel. Kommunen og politiet samarbeider om felles kunnskapsgrunnlag og utfordringsbilde, og sammen kan de utarbeide tiltaksplaner. Sekretariatet for konfliktrådene har det nasjonale ansvaret for faglig oppfølging og støtte til SLT-samarbeidet i kommunene. Modellen benyttes i dag i om lag 190 kommuner. Politiet skal delta aktivt i SLT-samarbeidet i de kommunene hvor dette er etablert, og benytte øvrige strukturer for samarbeid i de kommunene som har valgt en annen organisering av det forebyggende arbeidet overfor barn og unge.

mellom politi og kommune. Rusmiddelproblematikk er omtalt i veilederen som et av flere eksempler på felles utfordringer og gjensidige avhengigheter i samarbeidet.

Veileder - taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt

Samarbeidsaktørene bør ha kunnskap om hverandres rammebetingelser og forståelse for handlingsrommet innenfor lovverket. Det forutsettes at aktørene er godt kjent med eget mulighetsrom for å dele opplysninger.

Forvaltningen må ofte vurdere regler om forbud mot å dele opplysninger (taushetsplikt), adgang til å dele opplysninger (opplysningsrett) og plikt til å dele opplysninger (opplysningsplikt). Reglene er viktige, og i mange sammenhenger grunnleggende for utøving av offentlige tjenester, men de kan også framstå som kompliserte. Justis- og beredskapsdepartementet publiserte derfor i februar 2023 veilederen *Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen* (192). Veilederen er ment å hjelpe til med å finne den riktige løsningen når de konkrete spørsmålene oppstår.

Politiets adgang til å utlevere taushetsbelagt informasjon i forebyggende øyemed er regulert i politiregisterloven § 27 andre, tredje og fjerde ledd (188). Vilklårene er tydeliggjort i politiregisterforskriften § 9-3 (189). Etter politiregisterloven § 27 andre ledd kan det utleveres opplysninger til andre offentlige organer dersom det er nødvendig for å forebygge lovbrudd. Ved vurderingen av kravet om nødvendighet skal det legges vekt på om politiet har «objektive holdepunkter for at lov-

brudd av en viss alvorlighet vil bli begått, og det er grunn til å tro at utlevering av angjeldende opplysning til et annet offentlig organ vil bidra til at lovbruddet ikke vil bli begått». Er mottakeren privat, er vilklårene strengere. Det å gi informasjonen må da være «nødvendig for å forebygge lovbrudd og andre løsninger må antas å være utilstrekkelige». Dersom det er mulig og hensiktsmessig å varsle den registrerte, bør dette gjøres før utlevering skjer, jf. politiregisterloven § 27 tredje ledd.

Politiråd

Politiråd er et formalisert samarbeid mellom kommune og lokalt politi. Politirådet favner samarbeid om kriminalitetsforebygging, redning og beredskap og trygghet i lokalsamfunnet. Politirådet er et møtested på strategisk ledernivå nivå. Formålet er å utveksle informasjon, dele kunnskap og etablere felles problemforståelse av betydning for de prioriteringer og beslutninger som aktørene i kommunen foretar. Politirådene er en viktig arena for konkretisering av strategier, mål, innsatsområder og tiltak. Dette gjelder også samarbeid om rusforebyggende arbeid. Regjeringen mener at politiets lokalkunnskap er avgjørende for å kunne drive godt forebyggende arbeid.

Kunnskapsbasert forebygging

Kunnskapsbasert politiarbeid er en forutsetning for at forebygging skal kunne gi positive effekter. Politiet har behov for kunnskap om forhold som skaper eller kan skape kriminalitet eller uønskede hendelser, for å kunne gjøre de riktige prioriterin-

gene og sette inn egnede tiltak. I mange sammenhenger vil aktører utenfor politiet ha mer relevant og mer omfattende kunnskap som kan utfylle politiets situasjonsbilde. Det innebærer at politiet skal forholde seg aktivt til og anvende også annen type kunnskap enn egen erfaringsbaserte kunnskap.

Forskning er en viktig kilde til kunnskap om effekten av ulike forebyggende tiltak. Forskning på effekten av politiets tiltak vil også sette andre aktører både i og utenfor justissektoren bedre i stand til å prioritere sin innsats og utvikle mer kunnskapsbasert politikk, regelverk og praksis.

Rolleforståelseutvalget fremmet en rekke anbefalinger blant annet om at politiet må basere informasjon og virksomhet på det som til enhver tid anses som vitenskapelig kunnskap og at det må forskes mer på politiets forebyggende virksomhet (193). Utvalget påpekte også at det er *viktig for tilliten til politiet, at informasjon som kommer fra politiet, eller som kan antas å komme fra politiet, bygger på vitenskapelig kunnskap* (193).

Utvalget mente også at det er behov for mer forskning om begrunnelser for forebyggende tiltak og effektene av disse. Det ble pekt på at *siden forebygging er ment å komme i stedet for mer inngripende straff, kan det være en tendens til både å overse at forebyggende tiltak i seg selv kan være inngripende, og til å stille for små krav til kunnskap om tiltakenes effekt og konsekvenser* (193).

Ifølge utvalget er det også behov for mer forskning om begrunnelser for forebyggende tiltak og effektene av disse. Det ble pekt på at *siden forebygging er ment å komme i stedet for mer inngripende straff, kan det være en tendens til både å overse at forebyggende tiltak i seg selv kan være inngripende, og til å stille for små krav til kunnskap om tiltakenes effekt og konsekvenser* (193).

Tiltak for å sikre kunnskapsbasert informasjon og forskning på forebygging

Det er iverksatt flere prosesser som vil bidra til å presisere Politidirektoratets rolle som fagmyndighet for politiets forebyggende virksomhet. Til fagmyndighetsansvaret ligger også spørsmål knyttet til juridiske rammer for politiets forebyggende arbeid samt politiets rolle og ansvar sett opp mot samarbeidende etater.

Nasjonal retningslinje for politiets rolle i det rusforebyggende arbeidet

Nasjonal retningslinje for politiets rolle i det rusforebyggende arbeidet (Politidirektoratet, 2023) angir de overordnede rettslige rammer og grunn-

prinsippene for myndighetsutøvelse mot enkeltpersoner. Videre gis det en omtale av knyttet til politiets rolle og ansvar innenfor det rusforebyggende arbeidet på ulike områder. Retningslinjene omhandler politiets arbeid i det forebyggende sporet og har en avgrensning til politiets og påtalemyndighetens straffesaksbehandling. Denne grensedragningen kan bli påvirket av oppfølgingen av rushåndhevingsutvalgets rapport (45).

Veileder - kommune-politisamarbeid

Politidirektoratet har i samarbeid med KS utarbeidet en veileder publisert i 2023 (191). Formålet er å gi råd og anbefalinger om videre utvikling og styrking av samarbeidet mellom politi og kommune. Rus er omtalt i veilederen som ett av flere eksempler på felles utfordringer og gjensidige avhengigheter i samarbeidet, der aktørene skal ha god kunnskap om samfunns- og kriminalitetsutviklingen og om årsaker til kriminalitet og uønskede hendelser

Nasjonal retningslinje - Politiets møte med barn

Retningslinjen ble utgitt av Politidirektoratet i november 2022 (184). Den skal sikre at politiet møter barn på en måte som ivaretar barnets beste i alle de situasjoner de møter barn i sin oppgaveløsning. Retningslinjen er utarbeidet etter innspill og råd fra blant andre Barneombudet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Tiltak knyttet til forskning og utvikling

Politidirektoratet er i gang med å utvikle en egen forskning og utviklingsplan (FoU-plan) for å styrke og systematisere arbeidet med forskning og utvikling i politiet. Det er et mål at en slik plan skal bidra til bedre faglige råd og systematisk satsing på kunnskapsproduksjon. Arbeidet med planen ledes av Politidirektoratet ved strategisk ledelsesstab i samarbeid med Politihøgskolen. Det er tatt initiativ til en løpende fagdialog om temaet forskning på forebygging mellom Politidirektoratet og Politihøgskolen.

Politihøgskolen har en egen forskergruppe for forebyggende politiarbeid (PREVPOL). Forskergruppen skal inspirere og motivere til økt forskning på forebyggende politiarbeid. Politihøgskolen arrangerte 13. mars 2023 et seminar hvor temaet var oppfølging av anbefalinger fra rolleforståelseutvalget. I forlengelse av seminaret har forskere tilknyttet Politihøgskolen, Universitetet i Oslo og Institutt for samfunnsforskning, skrevet

fire artikler som er publisert i *Nytt Norsk Tidsskrift* nr. 4/2023 (194).

Politihøgskolen har høsten 2023 hatt undervisning i rolleforståelse og dilemmatrening for bachelorstudentene. Forskergruppen PREVPOL arrangerte 24. april 2024 et dagsseminar på Politihøgskolen om politiets forebyggende rolle. Målgruppen for seminaret er forskere og praktikere på forebyggingsfeltet samt ledere i politiet.

Justis- og beredskapsdepartementet har sendt på høring (190) forslag til endringer i politiregisterforskriften § 58-7 som innebærer at politiet vil kunne utlevere opplysninger fra bekymringssamtaler til forskning i henhold til politiregisterloven § 33(189). Høringsfristen var 16. februar 2024. Nærmere om bakgrunn og behov er omtalt under omtalen av bekymringssamtalen.

5.4.4 Forebygging på utdanningsarenaer

Utdanningsarenaer som skole og høyere utdanningsinstitusjoner er viktige arenaer for forebygging, holdningsskapende arbeid og helsefremmende innsatser. Tilhørighet, trivsel, et godt læringsmiljø, gode lærere og et tett samarbeid mellom foreldre/foresatte og skolen bidrar til en trygg oppvekst.

Helsedirektoratet har tatt initiativ til å oppdatere støttemateriell for rusmiddelforebyggende arbeid i skolen, som tidligere har blitt utformet sammen med Utdanningsdirektoratet. Oppdateringen ses i sammenheng med utvikling av kompetansepakke om det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring og det nasjonale rusforebyggende programmet for barn og unge.

Russefeiring og fadderuker

I Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025) er alkoholfrie arenaer en av seks hovedprioriteringer hvor utdanning er trukket frem som en sentral arena for innsats (196). Helsedirektoratet har invitert utdanningsinstitusjonene, studentsamskipnadene og elev- og studentorganisasjonene og andre aktuelle aktører til to rådslag om rusmiddelforebyggende arbeid i tilknytning til henholdsvis russefeiring og fadderukene.

Innspillene som Helsedirektoratet fikk i rådslagene tilsier at utfordringsbildet for de to merkingene er delvis overlappende, og at rusmidler inngår i et komplekst utfordringsbilde der forhold på mange livs- og samfunnsområder er sammenvevd og påvirker hverandre. Rusmiddelbruk må både i russetiden og fadderukene ses i sammenheng med andre utfordringer feiringene kan med-

føre, som psykiske helseproblemer, utenforskap og ensomhet, vold og overgrep, trafikksikkerhet og negative konsekvenser for utdanning. Rusmiddelforebygging på disse arenaene og overfor disse målgruppene krever innsats fra flere samfunnssektorer og aktører. Det er også en særskilt bekymring for at rusmiddelkultur som etableres i russetiden, tas med inn i fadderukene. På bakgrunn av rådslagene vurderer Helsedirektoratet at det er behov for styrket rusmiddelforebyggende innsats på området, og at utgangspunktet for styrket tverrsektorielt samarbeid og partnerskap om rusmiddelforebygging i tilknytning til russefeiring og fadderuker er godt. Regjeringen vil vurdere videre oppfølging av de foreslåtte tiltakene som framkom i rådslagene.

Laget rundt eleven

Regjeringen vil styrke laget rundt eleven og den tidlige tverrfaglige innsatsen med blant annet barne- og ungdomsfaglig kompetanse, miljøarbeidere, miljøterapeuter og styrket skolehelsetjeneste. Gjennom å styrke laget rundt barna og lærerne vil det også gi lærerne større muligheter til å konsentrere seg om sine kjerneoppgaver. Det vil kunne bidra til bedre konsentrasjon og mer læring for alle elever. Tiltakene skal bidra til at alle kommuner har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse tett på barna og elevene, og at tjenestene samarbeider godt. Målet er å oppdage utfordringer tidlig slik at elevene får nødvendig hjelp og god tilrettelegging for å trives, utvikle seg og oppleve mestring.

Det tverrfaglige samarbeidet er relevant for blant annet utvikling av gode læringsmiljø, tidlig innsats til utsatte grupper, rask hjelp til elever som trenger oppfølging fra andre tjenester, frigjøring av tid til undervisning og økt læringsutbytte. Dette er områder som faller inn under tematikken i stortingsmeldingen Meld. St. (2023–2024) *En mer praktisk skole* (197) og den kommende stortingsmeldingen om sosial utjevning og sosial mobilitet.

Folkehelse og livsmestring

I 2020 tok skolene i bruk et nytt læreplanverk der folkehelse og livsmestring er prioritert som ett av tre tverrfaglige tema. Folkehelse og livsmestring skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og skal gi mulighet til å ta ansvarlige livsvalg. Aktuelle områder er rusmidler, levevaner, seksualitet og kjønn, mediebruk, forbruk og personlig økonomi. Regjeringen støtter skolene i å ta i bruk de nye læreplanene.

5.4.5 Forebygging i barnevernstjenesten

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Barnevernet skal også bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. I ny barnevernslov er det presisert at barnevernet skal sette inn tiltak tidlig for å forebygge alvorlig omsorgssvikt og atferdsvansker, og at barnevernstjenesten har ansvar for å gi hjelp, omsorg og beskyttelse når det er nødvendig på grunn av barnets omsorgssituasjon eller atferd. På barnevernsområdet handler forebygging blant annet om å sette inn virksomme hjelpetiltak i hjemmet som bidrar til positiv utvikling for foreldre og/eller barnet, og forebygger mer inngripende tiltak som omsorgsovertakelse. Å snu en negativ utvikling på et tidlig tidspunkt vil også kunne forebygge utvikling av rusmiddelproblemer.

Barnevernet har enkelte tiltak som er rettet spesifikt mot ungdom som har utviklet rusmiddelproblemer, ofte i kombinasjon med at de strever på andre livsområder. Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) kan tilby det spesialiserte hjelpetiltaket Multisystemisk terapi (MST) til kommuner som etterspør det. MST er et behandlingstilbud for familier med ungdom i alderen 12–18 år med alvorlige atferdsvansker, som kan inkludere rusmiddelproblemer. Med bakgrunn i familiens behandlingsplan skal MST-terapeuten bistå med å utvikle strategier som setter familien i stand til å møte utfordringer ved å framheve det positive og bruke sterke sider i familien som en ressurs for å oppnå endring. Terapien består av intervensjoner rettet mot både individet, familien, venner og skolen.

5.4.6 Forebygging i arbeids- og velferdsforvaltningen NAV

Forebyggende sosialt arbeid er en viktig del av en helhetlig innsats for å forebygge rusmiddelproblemer. De siste årene er det tatt flere initiativ for å bedre kvalitet og måloppnåelse for de individuelle sosiale tjenestene, men det har i liten grad vært gjennomført tiltak rettet mot det generelle forebyggingsansvaret som følger av sosialtjenesteloven.

Arbeids- og velferdsdirektoratet fikk derfor i 2023 hovedansvaret for å gjennomføre et program for å styrke og videreutvikle forebyggende sosialt arbeid og helhetlig forebyggende innsats (198). Program forebygging skal bidra til økt oppmerksomhet rundt forebyggingsansvaret som følger av sosialtjenesteloven, og til å tydeliggjøre og legge til rette for NAV-kontorets rolle i kommunens

samlede forebyggende arbeid. Et overordnet mål for programmet er å forebygge utenforskap og sosiale problemer, slik at færre blir stående permanent utenfor arbeids- og samfunnsliv. Gjennomføring av programmet må ses i nær sammenheng med andre relevante innsatser på området.

Programmet har en varighet på fem år og inneholder kompetansehevende tiltak, arenaer for utveksling av erfaringer, tilskuddsmidler til forsøks- og utviklingsarbeid, tilrettelegging av statistikk og styringsdata samt nasjonale (samordnede) forventninger om forebygging.

Fire statsforvalterembeter har i 2024 fått i oppdrag å bidra i gjennomføring av programmet. Embetene skal delta i oppfølgingen av NAV-kontor som mottar tilskuddsmidler til forebyggende arbeid i samarbeid med frivillig sektor. Embetene skal også, i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet, legge til rette for, etablere og følge opp læringsnettverk for kontorene som har fått tilskuddsmidler. Satsingen skal ses i sammenheng med statsforvalternes øvrige kompetansearbeid.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har i 2024, i samråd med statsforvalterne, invitert tolv utvalgte NAV-kontor til å søke om tilskudd til å utvikle samarbeidet med frivillige organisasjoner og sosiale entreprenører. Det er et ønske at dette samarbeidet knyttes opp mot kommunens ansvar for forebyggende arbeid etter sosialtjenesteloven.

5.4.7 Forebygging på arbeidsplassen

Rusmiddelrelatert sykefravær og nedsatt yteevne er noen konsekvenser av rusmiddelbruk for arbeidslivet. Også der man er til stede på jobb i bakrus eller i beruset tilstand, kan det ha negative konsekvenser for den enkelte, for arbeidsplassen og for kolleger, med følger som nedsatt produktivitet og kvalitet og risiko for feil og ulykker.

Arbeidsplassen er en viktig arena for rusmiddelforebyggende tiltak. I Norge har Akan en lang tradisjon i det rusmiddelforbyggende arbeidet. Akan er en ideell organisasjon som er eid av LO, NHO og staten. Formålet er å sette norsk arbeidsliv i stand til å forebygge og håndtere rusmiddel- og avhengighetsproblemer. Akan bidrar med veiledning og opplæring av arbeidslivet gjennom Akan-modellen der det sikres en systematisk innsats både på virksomhetsnivå og på individnivå. Hensikten er å forebygge rusmiddelbruk på arbeidsplassen og gi tilbud om hjelp til de som utvikler et problem. Det kan tilbys en individuell Akan-avtale, som er et frivillig tilbud om oppfølging som er tilpasset den enkelte arbeidstaker (199).

Dette illustrerer også at problemer knyttet til alkohol og andre rusmidler, kan avdekkes andre steder enn i kontakt med helse- og omsorgstjenesten, og betydningen av samarbeid mellom arbeidslivet og disse tjenestene.

5.5 Regulatoriske virkemidler for redusert tilgjengelighet

De største helsemessige og sosiale problemene knyttet til rusmiddelbruk tilskrives alkohol siden dette er det mest brukte rusmiddelet. Ettersom alkohol er en lovlig, men strengt regulert vare, finnes det flest forebyggende virkemidler på alkoholområdet, og da særlig de regulatoriske virkemidlene som tar sikte på å regulere tilgjengelighet. Reseptbelagte legemidler er også gjennomgående regulert.

For ulovlige rusmidler, inkludert forbudet mot omsetning og besittelse, er det færre regulatoriske virkemidler til rådighet, og justissektoren, herunder Politiet og Tolletaten, har et særlig ansvar for innførsels- og omsetningskontroll. Regjeringen vil videreføre de regulatoriske virkemidlene og anerkjenner betydningen disse har som effektive forebyggende virkemidler.

Alkohol

Norge har en folkehelseorientert alkoholpolitikk der de virkemidlene som er dokumentert å være mest effektive og anbefalt av Verdens helseorganisasjon (200) er tatt i bruk. De fleste regulatoriske virkemidlene har som mål å redusere tilgjengelighet, men noen reguleringer har som hovedmål å påvirke holdninger og etterspørsel etter alkohol. Et eksempel er forbudet mot alkoholreklame. Rammene for disse virkemidlene er i stor grad fastsatt i alkoholloven, der formålet er å begrense de samfunnsmessige og individuelle skadene som alkoholbruk kan medføre i størst mulig utstrekning. Som ledd i dette sikter loven på å begrense forbruket av alkoholholdig drikk. De viktigste virkemidlene er høye særavgifter, statlig monopol på salg av alkoholholdig drikk over 4,7 volumprosent, bevillingssystem for salg og skjenking, begrensninger i salgs- og skjenketider, tiltak mot promillekjøring, aldersgrenser og reklameforbud.

Norsk alkoholpolitikk favner også en rekke andre virkemidler som opplysnings- og holdningskampanjer og tiltak på skjenkesteder, i tillegg til tidlig intervensjonstiltak og behandling. Nasjonal alkoholstrategi ble lagt fram i 2021. I 2022 ble strategiperioden forlenget til 2030 (48).

Verdens helseorganisasjon vedtok i 2022 en global handlingsplan mot alkohol for 2022–2030 og endret samtidig målet om 10 prosent reduksjon i skadelig bruk innen 2025 til 20 prosent reduksjon innen 2030. I Norge er en stor del av gevinsten allerede tatt ut gjennom den gjeldende alkoholpolitikken. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom folkehelsemeldingen stadfestet at målet skal opprettholdes. For å oppnå dette er det nødvendig å verne om de mest effektive virkemidlene og opprettholde en helhetlig og konsistent alkoholpolitikk. Da må hensynet til folkehelse veie tungt sett opp mot andre hensyn, som for eksempel økt tilgjengelighet og næringsutvikling.

Avhengighetskapende legemidler

Tilgjengeligheten til avhengighetskapende legemidler reguleres ved at de ordineres av lege med rekvireringsrett. Disse legemidlene er klassifisert i spesielle reseptgrupper med ulike rekvirerings- og utleveringsbestemmelser (201, 202). Helsedirektoratet utgir en veileder for rekvirering av legemidler (203), og en egen nasjonal veileder som gir faglige rammer for ordinerings- og rekvirering av avhengighetskapende legemidler (74). Det ytes stønad gjennom blåreseptordningen til blant annet opioider ved langvarige, sterke smerter, palliativ behandling i livets slutfase og til sentralstimulerende midler ved ADHD (204). Vilkåret er at avhengighet vurderes som underordnet det medisinske behovet for behandling.

Norske leger har i stor grad en restriktiv og kunnskapsbasert holdning til rekvirering av disse legemidlene for å sikre rett forskrivning og bruk. Rekvireringen overvåkes av Helsetilsynet ved lokale representanter hos Statsforvalteren i hvert fylke. Helsetilsynet etterprøver legers ordinerings- og rekvirering, journalføring og forsvarlighet av behandling etter mottatte bekymringsmeldinger. Etter innføring av e-resept i 2011–2013 er det ikke lenger et problem at pasienter oppsøker mange ulike leger for å skaffe seg disse legemidlene, da rekvirenter har oversikt over andre legers rekvirering. Det er heller ikke mulig å forfalske elektroniske resepter, og legers rett til å rekvirere avhengighetskapende legemidler på papirresept eller annen rekvirering utenfor reseptformidleren, er begrenset til tre døgn forbruk (201).

Regjeringen har gjennomført høring av forskriftsendringer for å pålegge helprivate helsetjenestetilbydere å rapportere på lik linje med offentlig aktører til Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Forskriftsendringene ble vedtatt 6. september

2024. Sammen med data fra Legemiddelregisteret vil dette gi bedre kunnskap om smertebehandling og rekvirering av avhengighetsskapende legemidler i den privatfinansierte helsetjenesten.

Internasjonalt ser vi at kontrollen med vanedannende legemidler kan ha utilsiktede konsekvenser. I enkelte land er det i dag så streng regulering av smertedepende og avhengighetsskapende legemidler at det har ført til underbehandling av blant annet kreftsmerte (205). Nærmere 85 prosent av verdens befolkning mangler tilstrekkelig tilgang til opioider for smertebehandling (206).

Ulovlig rusmidler

I Norge er omsetning, utlevering og forsendelse av narkotika bare tillatt til medisinsk og vitenskapelig bruk. Direktoratet for medisinske produkter har utarbeidet prosedyrer for behandling med cannabis innenfor dagens regelverk (207). All annen befatning med narkotika er ulovlig etter straffelovens § 231, og det gjelder også bruk og besittelse til egen bruk (195). I tillegg rammer straffeloven § 162 øvrige narkotikalovbrudd som ikke er knyttet til egen bruk, og som regnes som del av den profesjonelle narkotikaomsetningen og som har strafferamme på opptil 21 års fengsel. Legemiddeloven § 24 omfatter mindre alvorlige forhold som bruk og besittelse av små mengder, hvor maksimumsstraffen er inntil seks måneder fengsel, jf. legemiddeloven § 31 (208).

Narkotika brukes som et samlebegrep for en rekke ulike stoffer (også legemidler som benyttes til å oppnå ruseffekt). Hva som til enhver tid anses som narkotika, bestemmes av den såkalte narkotikalisten (209). Oppføring og oppdatering av narkotikalisten gjøres blant annet ved at det internasjonale narkotikakontrollrådet (INCB) etter anbefaling fra Verdens helseorganisasjonen (WHO) vedtar oppføringen under FNs konvensjoner om henholdsvis narkotika og psykotrope stoffer. Dette er konvensjoner som Norge har sluttet seg til, og Norge oppdaterer sin narkotikaliste med det aktuelle stoffet uten å gjennomføre en nasjonal høring. Utvelgelse av stoffer som vurderes for nasjonal oppføring i Norge, kan også gjøres etter innspill fra blant annet Politiet, Tolletaten og Folkehelseinstituttet.

Som et supplement til oppføring av enkeltstoffer åpner narkotikaforskriften for å føre opp grupper av stoffer på narkotikalisten (209). I dag er det tolv slike grupper i narkotikalisten. Nyutviklede stoffer som tilhører stoffgruppene, havner automatisk på listen over narkotiske stoffer. Det gjelder for eksempel syntetiske cannabinoider som omfattes av de aktuelle stoffgruppene.

Muligheten til å føre opp stoffgrupper gjør at myndighetene i større grad kan være i forkant av utviklingen og på forhånd definere nyutviklede stoffer som narkotika. Dette gir Politiet, Tolletaten og rettsapparatet et godt verktøy i arbeidet mot nye narkotiske stoffer.

Dopingmidler

Doping utenfor den organiserte idretten ble kriminalisert og samtidig innlemmet i rusmiddelpolitikken i 2013 og det ble innført forbud mot bruk og besittelse av dopingmidler blant annet for å harmonisere reguleringen av dopingpreparater med narkotikalovgivningen (26). Overtredelse av forbudet straffes i Norge med bøter, fengsel inntil seks måneder eller begge deler. Utviklingen på dette lovområdet framstår derfor i noen grad mer skjerpet enn på narkotikafeltet ellers.

Stiftelsen Antidoping Norge (ADNO) ble etablert i 2003, og har som oppgave å verne om de rene idrettsutøverne og bidra til et dopingfritt samfunn. ADNO driver informasjonsarbeid, jobber forebyggende, gjennomfører kontroller av utøvere, initierer forskning på dopingrelaterte temaer og jobber internasjonalt. Til arbeidet som gjøres inn mot idretten får ADNO midler fra Kulturdepartementet, mens tilskuddet til arbeidet mot doping som samfunnsproblem kommer fra Helsedirektoratet. Antidoping Norges forebyggende arbeid retter seg både inn mot idretten og inn mot ungdoms- og treningsmiljøer. ADNO har utviklet verktøy og programmer som kan tas i bruk av utøvere, av idrettslag og av treningssentre, og jobber for å øke kunnskap om tematikken for å bygge gode holdninger mot doping i samfunnet og øke bevissthet rundt problemet.

Pengespill

Pengespillmarkedet i Norge reguleres først og fremst gjennom en enerettsmodell der Norsk Tipping har enerett til å tilby pengespill og Norsk Rikstoto har tillatelse til å tilby pengespill på hest.

Det overordnede målet med regjeringens politikk på pengespillmarkedet er å sikre at lotterier og pengespill tilbys i trygge og ansvarlige former. Pengespillpolitikken ligger under Kultur- og likestillingsdepartementets sektoransvar.

Det er primært tre allmenne hensyn bak den norske pengespillpolitikken og dagens enerettsmodell:

- hensynet til å forebygge problematisk spilleatferd

- hensynet til å forebygge økonomiske misligheter
- hensynet til å begrense privat fortjeneste slik at mest mulig av inntektene fra pengespill går til gode formål.

Sistnevnte hensyn er sekundært og må vike dersom det kommer i konflikt med det overordnede målet om ansvarlighet.

Uregulerte pengespill som tilbys ulovlig på det norske markedet via internett og av operatører lokalisert i utlandet, utfordrer enerettsmodellens gjennomslagskraft som et sosial- og kriminalpolitisk virkemiddel og utgjør en av de største utfordringene for norsk pengespillregulering.

Gjennom Handlingsplan mot spilleproblemer (210) bidrar regjeringen til å øke kunnskap, kunnskapsdeling og styrke forskning og sikre tidlig identifisering og god behandling av personer med spilleproblemer. Planen gir enkelte målgrupper særskilt prioritet, deriblant yngre voksne menn, pårørende og familier, minoriteter og personer med lav inntekt.

Lotteri- og stiftelsestilsynet har gjennomgått status for alle tiltakene i handlingsplanen. Rapporten fra tilsynet ble overlevert Kultur- og likestillingsdepartementet som ansvarlig sektordepartement i 2023, og videre oppfølging skjer i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet. Det avsettes årlig midler fra overskuddet til Norsk Tipping til tiltak rettet mot forebygging, hjelp og behandling i helsesektoren for spilleproblemer.

5.6 Nasjonalt rusmiddelforebyggende program for barn og unge

For å styrke det kunnskapsbaserte rusmiddelforebyggende arbeidet har regjeringen igangsatt et arbeid for å utvikle og implementere et nasjonalt program for rusmiddelforebyggende arbeid blant barn og unge. Programmet dekker både alkohol, narkotika og andre rusmidler og omfatter universelle/primærforebyggende og selektive strategier, samt tidlig intervensjon. Formålet med det nasjonale programmet er å forebygge rusmiddelbruk blant barn og unge og begrense skadene som rusmiddelbruk kan medføre, gjennom å implementere kunnskapsbaserte verktøy og metodikk hos aktører med ansvar for rusforebygging. I denne sammenhengen defineres program som en samling av verktøy, metodikk og tiltak som skal bidra til at aktører i det rusmiddelforebyggende arbeidet i større grad jobber kunnskapsbasert.

En faggruppe nedsatt av Helsedirektoratet har i perioden 2023–2024 arbeidet med å utvikle et faglig innhold og struktur for programmet. Faggruppen la fram sine anbefalinger for videre arbeid i februar 2024 (211). Effektive tiltak kan gjøre en stor forskjell for å redusere rusmiddelrelaterte skader, og fremme god helse, trivsel og trygghet. Faggruppen anbefaler derfor at det i større grad tas i bruk tiltak med god evidens for effekt på rusmiddelbruk og skader. De forebyggende tiltakene som er best dokumentert med hensyn til effekt, er de regulatoriske virkemidlene for å regulere tilgang til alkohol som allerede er implementert, som særavgiftene, håndheving av aldersgrenser og reklameforbudet. Disse bør videreføres, men faggruppen anbefaler tiltak for å sikre bedre håndheving av aldersgrenser i butikker. I tillegg har kartlegging og tidlig intervensjon i helsetjenesten god effekt på risikofylt alkoholbruk, og det har et betydelig forebyggingspotensial. Tidlig intervensjonstiltak er imidlertid i liten grad tatt i bruk, og dette forklares med barrierer i helsetjenesten som blant annet stigma, og at alkohol er et tema som kan oppleves vanskelig å ta opp med en pasient.

Videre mener faggruppen det er behov for å framskaffe et bedre kunnskapsgrunnlag for en norsk kontekst for noen tiltak, slik som for eksempel et selektivt forebyggingsprogram i skolen og lokalsamfunnstiltak med flerpartssamarbeid mellom ulike aktører. I tillegg bør ungdom og foreldre/foresatt ha bedre tilgang til tilrettelagt informasjon om rusmiddelrelaterte skader.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å tilrettelegge for videre iverksettelse av programmet med utgangspunkt i faggruppens forslag og anbefalinger. Programmet følger to parallelle spor: iverksette tiltak med god dokumentasjon og utprøving av enkelte piloter lokalt, og samtidig bygge mer kunnskap som grunnlag for videre satsinger og evalueringer. Slik kan det gradvis utvikles en kunnskapsbasert tiltaksportefølje som kan iverksettes på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Helsedirektoratet har i 2024 startet arbeidet med å styrke kunnskapsformidling til aktører med et forebyggingsansvar og gi ungdom og foreldre/foresatte bedre tilgang til informasjon om helseskader og konsekvenser av rusmiddelbruk. Programmet blir gradvis iverksatt fra høsten 2024. Programmet er ikke tidsavgrenset. Helsedirektoratet skal vurdere egnet form for informasjon og kommunikasjon rundt programets innhold, tiltak og iverksettelse.

Utviklingen av programmet ses i sammenheng med anbefalinger i andre relevante programmer og oppdrag. Dette gjelder gjennomgangen av

norsk forebyggingsinnsats (RePS) foretatt av FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) i samarbeid med KORUS Oslo, se omtale under kapittel 5.2, samt håndboka European Prevention Curriculum (EUPC) som det europeiske narkotikabyrået (EUDA, tidligere EMCDDA) har utarbeidet, og som er tatt i bruk i 25 europeiske land. Begge arbeidene er nylig oversatt til norsk med tanke på tilrettelegging for anvendelse i en norsk sammenheng og for opplæring blant aktører som jobber med forebygging.

Programmet har et tverrfaglig perspektiv, og ses i sammenheng med andre relevante programmer, som blant annet program for folkehelsearbeid i kommunene, program for forebyggende sosialt arbeid og helhetlig forebyggende innsats lokalt, samt satsingen på å utvikle kvalitet og metodikk i oppsøkende sosial- og helsefaglig arbeid i kommunene.

Det legges opp til at framtidige rusmiddelforebyggende innsatser for barn og unge i stor grad skal baseres på implementering av tiltak og virkemidler som vil framgå av programmet, og derved også bidra til at rusmiddelforebyggingen blir mer kunnskapsbasert.

5.7 Tverrsektorielt arbeid for bedre forebygging

Det forebyggende arbeidet er forankret i flere lovverk, se også omtale i kapittel 5.4.1, og med det er

det mange aktører med ulikt ansvar og tilgjengelige virkemidler i det forebyggende arbeidet. Det er nødvendig med bedre samordning og koordinering av aktørene.

Helsedirektoratet fikk i 2023 i oppdrag å etablere og lede et arbeid med formål å videreutvikle og få bedre effekt av den samlede tverrsektorielle forebyggende innsatsen rettet mot barn og unge. Politidirektoratet, Sekretariatet for konfliktrådene, Kriminalomsorgsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har også vært involvert i arbeidet. Oppdraget er forankret i kjernegruppen for samordning av arbeidet for utsatte barn og unge (KUBU). Helsedirektoratet leverte i 2024 en rapport fra utredningsarbeidet med anbefalinger (212).

I rapporten beskrives et utfordringsbilde der kommunens ansvar for forebyggende tiltak er nedfelt i flere sektorlover med ulike formål og innenfor ulike fagområder. Fragmenteringen medfører utilsiktet variasjon i kommunenes rusmiddelforebyggende innsats. Det er også slik at barn og unge ikke fanges opp tidlig nok, det er ulik problemforståelse av rusmiddelbruk på tvers av sektor og fagområder, og innsats og ansvar kan glippe i sårbare overganger.

På statlig nivå er det manglende helhetlig samordning av tverrsektoriell styring på rusmiddelfeltet. Det er et uklart ansvar for koordinering og formidling av kunnskapsbasert informasjon om rusmidler til befolkningen og barn og unge, og det er

Boks 5.7 Departementenes kjernegruppe for utsatte barn og unge

Det er et stort behov for å koordinere samarbeid om utsatte barn og unge på tvers av sektorområder og forvaltningsnivåer. Det ble derfor høsten 2021 etablert en kjernegruppe for samordning av arbeidet for utsatte barn og unge (KUBU). Kjernegrupper er en ny arbeidsform for å sikre flerfaglig samarbeid og forankring ved gjenstridige problemer i strategi for utvikling av departementsfellesskapet – gode hver for oss best sammen (2021–2025) (213). Kjernegrupper skal ivareta samordnet utvikling og gjennomføring av tverrgående politikk på komplekse områder. Kjernegrupper skiller seg fra ordinære interdepartementale grupper ved at hovedmål og målgrupper er felles, samarbeidet er tettere og samordningsbehovet er på et høyere nivå. Gjennom arbeidet i kjernegruppene skal departementene

bli bedre til å utforme gode og samordnede beslutningsgrunnlag, og til å ivareta helhetlig gjennomføring av politikk. Arbeidet omfatter både utrednings-, beslutnings- og iverksettingsfasene.

Det overordnede samfunnsmålet er at utsatte barn og unge får nødvendig hjelp og oppfølging, uavhengig av hvilken tjeneste eller forvaltningsnivå som er ansvarlig.

Kjernegruppen ledes av Barne- og familiedepartementet. Deltakende departementer er Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

manglende samordning av nasjonale normerende produkter. Det pekes også spesifikt på utfordringer når det gjelder regulering og innsikt i barn og unges digitale liv, innsats rettet mot russetid, at mangfolds- og ulikhetsperspektiver i for liten grad gjenspeiles i det forebyggende arbeidet, og at evaluering av rusmiddelforebyggende tiltak er ressurskrevende og komplekst.

Arbeidsgruppen har foreslått flere tiltak og modeller for bedre koordinering og samordning av arbeidet (212). Flere av tiltakene som foreslås er egnet til å følges opp gjennom det nasjonale rusforebyggende programmet. Programmet er også foreslått av prosjektet som en koordineringsmekanisme. Det er også foreslått at en styrket koordinering kan oppnås gjennom å gi Helsedirektoratet ansvar for å koordinere og samordne den nasjonale rusmiddelforebyggende innsatsen på direktoratsnivå, og at det opprettes en tverrsektoriell struktur der relevante direktorater deltar.

Arbeidsgruppen har vurdert at det kan være hensiktsmessig at de rådgivende enhetene for russaker gis en tydeligere forebyggende funksjon, og enkelte kommuner har allerede slik organisering. Arbeidsgruppen anbefaler imidlertid at den enkelte kommune bør stå fritt til å avgjøre slik organisering, avhengig av den lokale konteksten og kapasitet ved enhetene, se omtale av enhetene i kapittel 5.9.

Regjeringens nye opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner peker også på at samarbeidet mellom sektorene svikter (50). Det innebærer blant annet at det bør tas høyde for å inkludere politikkområder som helse, sosialpolitikk, integrering, likestilling, familie- og oppvekst, kriminalpolitikk og digitalisering. Opptrappingsplanen inneholder derfor flere tiltak med formål å styrke samarbeidet mellom departementene for å bidra til en helhetlig og samordnet innsats mot vold og overgrep. I tillegg til behov for mer helhetlig og samordnet innsats, peker planen på flere utfordringer beslektet med det rusmiddelforebyggende arbeidet, som tidlig innsats og betydningen av at arbeidet mot vold og overgrep også ivaretas i folkehelsearbeidet.

5.8 Oppsøkende sosial- og helsefaglig arbeid

Oppsøkende sosial- og helsefaglig arbeid er en metodikk og en måte å jobbe på som er anvendelig overfor flere målgrupper. Ofte er målgruppen barn og unge som oppholder seg i såkalt utsatte miljøer, eller at de har en atferd som bekymrer.

Oppsøkende ungdomsarbeid, utekontakter eller oppsøkende sosial- og helsefaglige tjenester er hovedsakelig kommunalt forankret, men har ulike navn og ulik tilknytning til kommunen. Oppsøkende ungdomstjenester er ikke lovpålagt, og hver kommune står derfor fritt til å etablere og utforme en slik tjeneste. Felles for tjenesten er en tillitsbasert tilnærming med mål om å nå utsatte unge tidlig, på ungdommenes arenaer, bygge gode allianser og være et bindeledd til øvrig hjelpeapparat. Oppsøkende arbeid henvender seg også i varierende grad til miljøer preget av omsetning og daglig bruk av illegale rusmidler, med formidling til helse- og sosialfaglige hjelpetilbud. Det oppsøkende arbeidet baseres på høy grad av fleksibilitet, tilgjengelighet og mulighet til raske omsvinger og omprioriteringer ut fra brukerens ønsker og behov. Historisk har utekontakter stått for en helhetlig tilnærming til ungdom. De har sett både deres utfordringer og ressurser og vært viktige støttespillere for ungdom som trenger hjelp.

Ved å oppsøke og treffe ungdom på en respektfull måte på deres egne arenaer, enten det er på skoler, fritidsklubber, eller i mer utsatte miljøer som for eksempel miljøer der rusmidler brukes, kan de komme tett på ungdom og intervjue tidlig. Utekontaktene bidrar også med viktig dokumentasjon og formidling av ungdommenes opplevelser og levekår, og til å styrke kunnskapsgrunnlaget om ungdomsbefolkningen lokalt.

Oppsøkende sosial- og helsefaglige tjenester kan være viktig for å identifisere barn som kan ha behov tiltak etter barnevernloven. Det bidrar også til ivaretagelse av deres rettigheter til medvirkning og vern mot ulovlig bruk av og handel med narkotika etter FNs barnekonvensjon. Videre er de oppsøkende tjenestene viktige for å bidra til at de som har behov for det, får tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Oppsøkende sosial- og helsefaglige tjenester er et supplement til ansvaret som ligger i hver enkelt tjeneste.

I 2023 oppga 48 prosent av kommunene at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, for eksempel i form av utekontakter/ungdomsteam og/eller har FACT-/ACT-team. Tilsvarende andel i 2016 var 41 prosent. Det er en klar tendens til at andelen er høyere i større kommuner (214). Regjeringen har ønsket å stimulere til økt etablering av oppsøkende virksomheter og Stortinget bevilget 20 millioner kroner i 2023 for å stimulere til etablering av slike virksomheter. Formålet med satsingen er å forebygge skader som rusmiddelbruk kan medføre, og å forebygge psykisk helseproblematikk ved tidlig identifisering og

intervensjon, henvisning til behandlings- og oppfølgingstilbud og ved økt tilstedeværelse i målgrupperelaterte ungdomsmiljøer.

Det er stor variasjon i organisering, ressursbruk og kontinuitet i de oppsøkende tjenestene. Oslo kommune har, sammen med KORUS Oslo, utviklet en egen faglig standard (Oslostandard for oppsøkende arbeid med utsatt ungdom) for det oppsøkende arbeidet rettet mot barn og unge. Standarden skal sikre at de oppsøkende tjenestene i Oslo kan levere kvalitativt gode og likeverdige tjenester. Det er også etablert et storbynettverk bestående av landets største utekontakter (Oslo, Bergen Tromsø, Stavanger, Trondheim og Drammen) for utveksling av informasjon om utviklingstrekk i målgrupper og miljøer i de ulike byene, samt fag- og tjenesteutvikling for oppsøkende sosialt og helsefaglig arbeid.

For å utnytte potensialet som ligger i oppsøkende arbeid best mulig, og sikre tydelige nasjonale føringer for faglig kvalitet og utvikling av oppsøkende tjenester, bevilget regjeringen i 2024 12,5 millioner kroner til en nasjonal satsing på utvikling og implementering av oppsøkende metodikk i kommunene. Satsingen skal legge til rette for at et nasjonalt kompetansemiljø får hovedansvar for å utvikle nasjonale føringer for likeverdige og ungdomsvennlige oppsøkende tjenester, systematisk utvikling og implementering av oppsøkende metodikk, samt tilrettelegging for nasjonale og regionale fagnettverk. Kompetansemiljøet må vurdere om det er behov for nasjonale faglige retningslinjer for å sikre kvalitet i arbeidet eller andre faglige virkemidler med samme formål. Det skal vurderes hvordan denne satsingen kan ses i sammenheng med etablering av det nasjonale programmet for rusmiddelforebygging.

Ungdomsmiljøer utvikler og endrer seg stadig. Det samme gjør tilgjengeligheten til rusmidler og hvordan disse brukes, hvem som bruker og hvor de brukes. Et nasjonalt kompetansemiljø for oppsøkende sosialt og helsefaglig arbeid kan også ha en viktig rolle for raskt å fange opp slike utviklingstrekk og bidra i en beredskapstenkning på rusfeltet som regjeringen ønsker å legge til rette for, se omtale i kapittel 10. Utekontakter har en unik kunnskap om utsatte ungdomsmiljøer og rusmiddelsituasjonen lokalt som gjør at de kan samle og bidra med oppdatert kunnskap om rusmidler i omløp og i lokale hurtigkartlegginger eller føre var-beskrivelser av rusmiddelsituasjonen.

5.9 Rådgivende enhet for russaker

Fra 2022 fikk kommunene plikt til å etablere rådgivende enheter for russaker. Enhetene har ansvar for å møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår for en bestemt strafferettslig reaksjon, inkludert å gjennomføre ruskontroll etter straffeloven § 37 første ledd bokstav d, dersom det er satt som vilkår. Brudd på vilkårene kan medføre at vedkommende tilbakeføres til straffesak.

Kommunene står fritt til å organisere de rådgivende enhetene etter lokale forhold, og Helsedirektoratet har utviklet veiledende materiell for enhetens virksomhet. Ordningen skal særlig være en måte å nå unge brukere av narkotika med informasjon og hjelp ved behov. Tilbud om helsehjelp og oppfølging forutsetter samtykke på samme måte som for andre helse- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2023 Helsedirektoratet i oppdrag å igangsette en følgeevaluering av de rådgivende enhetene (215). I 2023 var det imidlertid et begrenset antall saker som var overført fra påtalemyndigheten og evalueringen ble utsatt. Per april 2024 anslår Helsedirektoratet, etter en undersøkelse blant kommunene, at det totalt er overført om lag 100–150 saker til enhetene. Direktoratet vurderer at dette ikke gir grunnlag for evaluering, og regjeringen vil komme tilbake til når det er aktuelt å igangsette evaluering av enhetene.

Det lave antallet saker kan ha flere årsaker. Blant annet har trenden med færre anmeldte narkotikaovertrедelser etter legemiddeloven, som primært er saker som kan overføres til enhetene, vart over flere år, og fortsatte i 2023 (101). Sammen med Riksadvokatens klaggjøringer av politiets adgang til straffeprosessuelle tvangsmidler i slike saker (41), kan dette bidra til at få saker overføres enhetene.

Vilkår om oppmøte for enhetene er en straffereaksjon som kan benyttes i større grad. Justis- og beredskapsdepartementet har anmodet Riksadvokatembetet og Politidirektoratet om å redegjøre for status og eventuelle tiltak. Redegjørelsen inneholder ikke entydige konklusjoner eller tydelige tiltak, men må vurderes for videre oppfølging. Riksadvokatembetet trekker blant annet fram at Riksadvokatens narkotikarundskriv skal revideres. Anvendelsesområdet til den nye bestemmelsen bør omtales og klargjøres. Det pekes videre på eventuelle tiltak på lovreguleringssiden. Regjeringen vil i del II av forebyggings- og behandlingsreformen komme tilbake til ulike spørsmål rundt betinget straffereaksjon med vilkår om oppmøteplikt i rusrådgivende enheter. Dette sees i sam-

menheng med øvrige strafferettslige spørsmål som er behandlet av rushåndhevingsutvalget, se omtale i kapittel 1.5.

I 2022 ble det varslet at enhetene i forbindelse med forebyggings- og behandlingsreformen kunne tillegges flere funksjoner enn den avgrensingen som i dag følger av helse- og omsorgstjenesteloven (103). De rådgivende enhetene har derfor vært tematisert i flere tverrsektorielle oppdrag som er gitt til de underliggende etatene. Blant annet fikk Sekretariatet for konfliktrådene, Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i 2022 i oppdrag vurdere hindringer og muligheter for tverrsektorielt samarbeid og tjenestenes deltakelse under gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Etatene vurderte regelverket for oppfølging og ruskontroll i straffesaksspolet som fragmentert, og praksis er ulik avhengig av om oppfølgingen skjer i regi av konfliktrådet, kriminalomsorgen eller er *henvist* fra politiet/påtalemyndigheten til de rådgivende enhetene. Etatene anbefalte at de rådgivende enhetene for russaker kan ha kontaktpunktfunksjon overfor andre aktører som har behov for råd og veiledning, for eksempel kriminalomsorgen/ konfliktrådene, politiet, skolen, utekontakter og andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I den sammenheng er det også pekt på enhetene som kontaktpunkt for oppfølging av unge som legges inn eller kommer i kontakt med legevakt ved alkoholforgiftning og overdoseproblematikk. Etablering av enhetene hadde en klart forebyggende intensjon, og enhetene kan potensielt også ha en rolle i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Interkommunalt samarbeid kan være hensiktsmessig.

Regjeringen mener at forslagene framstår som formålstjenlige og vil arbeide videre med disse som en del av reformen. Flere kommuner oppgir til Helsedirektoratet i forbindelse med undersøkelsen av saker til enhetene, at de allerede har tatt personell i enheten i bruk til flere oppgaver på rusmiddelfeltet. Dette er en ønsket utvikling, og regjeringen ser potensialet i at en ordning som allerede er etablert og lovregulert, utnyttes effektivt og i tråd med behovene på området.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å videreutvikle veiledende materiell, samt utvikle opplegg for støtte til kommunene for å legge til rette for at rådgivende enheter for russaker kan ha flere funksjoner i det forebyggende arbeidet. Mulige funksjoner kan være knyttet til det forebyggende arbeidet, kontaktpunkt, eller samhandlingsaktør for andre relevante sektorer og aktører, herunder skolen konfliktrådene og kriminalomsorgen, politi og, pårørende mv.

Boks 5.8 Rådgivende enhet i Stavanger kommune

Stavanger kommune ønsker å senke terskelen for å ta kontakt med hjelpeapparatet og bruker rådgivende enhet for russaker til råd- og veiledning om rusmiddelproblematikk til alle som trenger det, uavhengig av om det foreligger en straffereaksjon eller ikke. Kommunen har to årsverk knyttet til enheten. I tillegg til den lovpålagte funksjonen har de utvidet tilbudet til å omfatte alle innbyggere og ansatte som har behov for kunnskapsbasert informasjon, råd og veiledning om rusmiddelproblematikk, rusmidler og tjenestetilbud, og bistand til å komme i kontakt med kommunens og spesialisthelsetjenestens tilbud ved rusmiddelproblematikk. Årsverkene er fordelt på et tilbud for de unge, deres pårørende og ansatte som jobber med unge til og med 25 år, og et årsverk for tilbud for de over 26 år.

(Kilde: Stavanger kommune)

Arbeidet forutsetter samarbeid med andre relevante etater, kompetansesentre, bruker- og pårørendeorganisasjoner og kommunesektoren.

I forbindelse med Nasjonal helse- og samhandlingsplan (1) skal de lovregulerte koordineringsordningene gjennomgås for å se på hvordan de kan bli bedre innrettet. De rådgivende enhetenes eventuelle funksjon som mulig knutepunkt for koordinering og samhandling mellom aktører på rusfeltet kan også ses i sammenheng med dette arbeidet.

5.10 Ruskontrakt

Ruskontrakt er en tilnærming der det inngås en avtale mellom en som bruker ulovlige rusmidler og en offentlig instans. Avtalen innebærer at personen skal avstå fra bruk og dokumentere dette ved regelmessig rusmiddeltesting (ruskontroll). Kontraktene inngås i all hovedsak med unge mellom 15 og 18 år. Kontraktene ble opprinnelig brukt i et forsøk på å strukturere oppfølgingen av unge som var ilagt ruskontroll ved betinget påtaleunntatelse i bruk og besittelsessaker, og gjennomført i et samarbeid mellom politiet og kommunene. Uttrykket kontrakt var i den sammenheng misvisende da dette ikke var en avtale mellom to likeverdige parter med gjensidige rettigheter

Boks 5.9 Tiur-modellen

TIUR-modellen (Tidlig Intervensjon – Unge og Rus) var et rusforebyggende tverrsektorielt tiltak i Ringsaker kommune som sprang ut av SLT-samarbeidet (samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak) i et samarbeid mellom kommunen og politiet. TIUR ble etablert i 2011 og ble et permanent tiltak fra 2014. Tiltaket er et eksempel på et tverrsektorielt forebyggende arbeid der aktørene utviklet gode rutiner og prosesser for samarbeid.

Faste rutiner i TIUR var avdekking og kartlegging av bruk av narkotika, oppfølging av den enkelt unge med samtaler, urinprøvekontroll hos politi eller helsesykepleier og gjennomføring av en avslutningssamtale.

I 2019 var det 79 ungdommer som ble fulgte opp gjennom TIUR, i all hovedsak unge gutter. Halvparten hadde deltakelse i tiltaket som vilkår

for påtaleunntatelse for mindre alvorlige narkotikaovertrедelser. Evalueringen vurderte at tiltaket var en tilnærming som kan motivere ungdom til å ta bedre valg for eget liv (216). Erfaringen var likevel at ungdommer med lavest problembyrde «lyktes» best i tiltaket. Samtaletilbud og andre tilbud om individuell oppfølging ble oppfattet som positivt. Evalueringen problematiserte i liten grad rutinemessig bruk av urinprøvekontroller.

I dag er hovedmålet til TIUR «å styrke arbeidet med avdekking, tidlig innsats og oppfølging av ungdom som står i fare for å utvikle problemer knyttet til rus og kriminalitet. Kommunens og politiets virkemidler benyttes i en helhetlig tilnærming gjennom rask reaksjon, tverrfaglig samarbeid og individtilpassede tiltak» (217).

og plikter. Etter hvert ble også slike avtaler tilbudt unge på frivillig grunnlag. TIUR-modellen i Ringsaker kommune (se boks 5.9) og Tidlig Ute prosjektet i Bergen er eksempler på slike tiltak, som både fulgte opp ungdommer på frivillig grunnlag og som vilkår ved påtaleunntatelse.

Det er i denne sammenhengen viktig å skille mellom ruskontrakt som vilkår ved betinget påtaleunntatelse, og (frivillig) ruskontrakt som del av en helse- og sosialfaglig oppfølging, derfor brukes her rusmiddeltesting i helsesammenheng og ruskontroll i straffesak. Det er også viktig å understreke at ruskontrakt ikke utelukkende har handlet om testing for bruk av ulovlige rusmidler, men også ulike former for hjelp og oppfølging.

Ved frivillig ruskontrakt foreligger det ikke en trussel om straffereaksjon ved brudd på kontrakten. Kontrakten kan i prinsippet når som helst brytes av partene, men brudd på en frivillig inngått avtale, avhengig av avtalens innhold, kan også medføre negative konsekvenser, for eksempel bortfall av goder. Flere instanser, herunder Kommuneadvokaten i Oslo kommune (218) og Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) (119), har pekt på at dette er problematisk, fordi det ikke finnes et hjemmelsgrunnlag for å opprette slike avtaler og ved at det ilegges negative sanksjoner ved brudd på avtalen.

Frivillig ruskontrakt blir først og fremst omtalt som et forebyggende tiltak for unge med bekym-

ringsfull bruk av ulovlige rusmidler. Det er ikke uvanlig at en slik avtale inngås ut fra foreldres bekymring for den unges rusmiddelbruk. For de unge som inngår slike avtaler, er gjenopprettelse av tillit mellom ungdommen selv og foreldrene et ofte uttrykt motiv.

Kunnskapsgrunnlaget for å kunne fastslå om frivillig eller tvungen ruskontrakt har effekt på framtidig rusmiddelbruk eller rusmiddelproblem, er mangelfullt.

Selv om det ikke foreligger effektevalueringer av ruskontrakter, har likevel bruken av slike blitt vurdert i ulike rapporter og forskningsprosjekter. Funn fra noen av disse undersøkelsene viser at det ikke har vært en enhetlig praksis rundt bruk av ordningen, og det er funnet stor variasjon i innretning av ruskontrakter (219).

En undersøkelse har funnet at unge personer som har begått en narkotikaforbrytelse, sjeldnere blir registrert med nye lovbrudd når de får helse- og sosialfaglig oppfølging med ruskontroll i stedet for bøter (220). Oppfølgingen kunne imidlertid oppleves som inngripende og langvarig. Det var også få som sluttet å bruke rusmidler etter endt ruskontrakt, men tiltaket gav mulighet til å gjenopprette tillit til familiemedlemmer og samfunnet for øvrig. Denne studien omhandlet imidlertid kun ruskontrakt under gjennomføring av alternative straffereaksjoner for ungdom, ikke frivillige avtaler (220).

Selv om det ikke foreligger oversikt over antall ruskontrakter, er det kjent at bruken har gått betydelig ned. Oslo kommune vedtok i 2022 opphør av frivillige ruskontrakter, blant annet på grunn av manglende kunnskapsgrunnlag.

Helsedirektoratet fikk i 2024 i oppdrag å innhente data om ruskontroll som vilkår for betinget påtaleunntatelse ved de rådgivende enhetene for russaker og samtidig etterspørre kommunenes bruk av frivillig kontrakt. Undersøkelsen viser at det kun er 36 kommuner som benytter dette virkemiddelet overfor ungdom på frivillig grunnlag.

Regjeringen er opptatt av å finne gode virkemidler for å forhindre og forebygge at barn og unge bruker ulovlige rusmidler.

Frivillig avtale som omfatter testing for rusmiddelbruk synes ikke lenger å være et tiltak som benyttes i kommunene i særlig grad. Regjeringen er opptatt av å finne gode virkemidler for å oppnå målet om at barn og unge ikke skal brukte narkotika. Det handler om å komme raskt inn med hjelpetiltak og med forholdsmessige reaksjoner der det handler om overtredelse av forbudet mot bruk av narkotika. Regjeringen mener strukturerte psykososiale oppfølgingstilbud som tilbys i form av ungdomskontrakter kan være et godt virkemiddel for mange unge.

Det har vært uttrykt usikkerhet om regelverk knyttet til testing for bruk av rusmidler. Det dras her et skille mellom prøver som tas for medisinske formål og prøver som tas for kontrollformål. Dersom en pasient oppsøker sin lege eller annet helsepersonell med et rusmiddelproblem og ber om å levere urinprøver eller spyttprøver, så vil slike prøver kunne være en del av et medisinsk-faglig behandlingsopplegg. Det vurderes ikke at det behov for en særskilt regulering av dette. Der rusmiddelprøver vurderes som en del av en helsefaglig oppfølging av barn under 16 år, kan foreldrene samtykke til helsehjelp. Det understrekes likevel at barn og unge har rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven, jf. §§ 3-1, og 4-1 (221). Helsetjenesten kan ikke gjennomføre slik prøvetaking av barnet med tvang.

Om rusmiddeltesting bør inngå i et frivillig behandlingsopplegg vil bero på en medisinsk- og helsefaglig vurdering. Det vil ikke være formålstjenlig å pålegge den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eller helsepersonell for øvrig, å

tilby rusmiddeltesting på generelt grunnlag. Innenfor en samtykkebasert helse- og omsorgstjeneste vil det heller ikke være anledning til å pålegge pasienten rusmiddeltesting som en del av, eller som forutsetning for, annen behandling/oppfølging, om det ikke følger av gjeldende lov og forskrift.

Rusmiddeltesting kan også ilegges som særvilkår etter straffeloven § 37, bokstav d (195), ved betinget påtaleunntatelse og gjennomføres i de rådgivende for russaker, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 b (168). I straffespolet er rusmiddeltesting imidlertid ikke en helsefaglig intervensjon, men er tenkt som kontroll av overtreder (ruskontroll) og som forebyggende tiltak med normativ funksjon (individuell- og allmennprevenitiv effekt). Med det har målgruppen som helhet ikke nødvendigvis en bruk av ulovlige rusmidler som krever behandling eller annen helsefaglig oppfølging. Likevel er det av betydning at unge som ilegges ruskontroll som vilkår ved betinget påtaleunntatelse, også får tilbud om systematisk oppfølging ved behov. I oppdraget til Helsedirektoratet om veiledende materiell for rådgivende enheter for russaker, se omtale i kapittel 5.9, skal systematisk og tilrettelagt oppfølging av unge som er ilagt oppmøteplikt og ruskontroll som særvilkår inngå. Kommunene må imidlertid stå fritt til å organisere sine tjenestetilbud basert på lokale forutsetninger og behov.

Regjeringen vil prioritere å understøtte etablering og utvikling av og samtykkebaserte tilbud som kan gi psykososial støtte, bistand til å følge opp skole, arbeid, aktiviteter, bolig og sosiale relasjoner, også for unge med rusmiddelproblemer. I den sammenheng vises det til satsingen på oppsøkende virksomhet, lavterskel psykisk helsetilbud og forsøk med integrerte tjenester for unge (49), som også omfatter unge med rusmiddelproblemer. Slike tilbud må også ses i sammenheng med grepene i strategien for å styrke laget rundt barn og unge og Ungdomsgarantien (222).³

³ Regjeringen innførte fra 1. juli 2023 en ungdomsgaranti i Arbeids- og velferdsetaten, som skal sikre at unge får tidlig, tilpasset og tett oppfølging helt fram til arbeid. Garantien gjelder for personer under 30 år som er registrert hos Arbeids- og velferdsetaten med behov for hjelp for å komme i ordinært arbeid.

6 Fremme bruker-, pasient- og pårørendeperspektivet

6.1 Bakgrunn

Bruker-, pasient- og pårørendemedvirkning er en lovpålagt rettighet i helse- og omsorgstjenestene. I denne sammenhengen brukes uttrykkene *pårørende* og *familie* delvis synonymt. Medvirkning gir grunnlag for eierskap, deltakelse og motivasjon i egen behandling og et bedre tilpasset og hensiktsmessig tilbud. Medvirkning i egen behandling forbedrer også relasjonen mellom pasient og behandler, som er en viktig faktor for vellykket behandling.

Det har vært en positiv utvikling av tiltak og organisering for å tilrettelegge for bedre medvirkning og samarbeid med brukerne og deres pårørende. Likevel opplever fremdeles mange pasienter og brukere og deres pårørende at de ikke i tilstrekkelig grad har innflytelse på behandlingen, eller mulighet til å medvirke i å forme og utvikle tjenestetilbudet.

Familien, barn og partnere til personer med rusmiddelproblemer kan ha en hverdag preget av bekymringer og belastninger over tid, og ofte også en opplevelse av skam og manglende forståelse fra samfunnet rundt. Vanlige belastninger er bekymring for den som ruser seg, høyt stressnivå og ulike konflikter. Pårørende til personer med rusmiddelproblemer kjenner ofte personen godt, men er ikke alltid i posisjon til å hjelpe, noe som i seg selv kan være en belastning (223). Unge pårørende vurderer sin psykiske helse som dårligere enn ungdom generelt, de opplever mye stress, og de vurderer sjansen for å få et godt og lykkelig liv som dårligere enn for andre ungdommer (224). Pårørende til personer med rusmiddelproblemer har forhøyet risiko for fysiske og psykiske helseutfordringer og utvikling av egne rusmiddelproblemer. De har også høyere risiko for å bli utsatt for vold og traumer og for å bli påført stress og utfordringer i skole, familie- og hverdagsliv (225).

Det finnes mye kunnskap om betydningen av at pårørende involveres og mottar støtte, og spesielt om barn og unge som er pårørende til personer med psykiske helse- og/eller rusmiddelutfordringer (225). Likevel er det stor variasjon i hvil-

Boks 6.1 Resultatmål

- brukere og pasienter deltar aktivt og har økt innflytelse på behandling som gis
- ansatte og ledere i tjenestene har økt kunnskap og legger til rette for bruker- og pårørendemedvirkning
- økt involvering, veiledning og oppfølging av pårørende og barn som pårørende i henhold til faglige anbefalinger og bedre familietilnærming i tjenestene

ken grad pårørende selv opplever å bli involvert som samarbeidspartner og ressurs rundt behandling og oppfølging av personene de er pårørende til (226).

Fra 2014 har det vært et krav om brukermedvirkning i helseforskningen. Det skal bedre forskningens kvalitet og relevans, og forskningsresultater får større betydning og tas raskere i bruk når de oppleves som nyttige for brukere, pasienter og pårørende. Det kan også bidra til at brukerens og pasientens perspektiv, erfaringer og behov blir bedre reflektert i forskningen (227). Involvering av bruker-, pasient- og pårørenderfaringer gir ny kunnskap om svakheter og beskrivelser av mangelfull hjelp innen tjenestene (228).

Brukere, pasienter og pårørende trenger å bli lyttet til, få ta valg i samråd med behandler om hvilke tiltak som skal settes i verk, og få nødvendig informasjon så de kan bruke egne ressurser for å mestre hverdagen med sykdom. Videre forutsetter medvirkning også at tjenestene organiseres på en måte som ivaretar helheten i brukerens, pasientens og pårørendes liv. For brukere, pasienter og pårørende med annen språklig eller kulturell bakgrunn er det særlig viktig med tilrettelagt informasjon. Dette favner blant annet personer med samisk bakgrunn og personer med innvandrerbakgrunn (229).

6.1.1 Regjeringen vil

- implementere nye nasjonale faglige råd for bruker-, pasient- og pårørendemedvirkning
- legge til rette for systematisk bruk av tilbakemeldingsverktøy for måling av pasienters og pårørendes erfaring med og nytte av behandlingen
- tilrettelegge for mer familie- og pårørendeorientert tilnærming gjennom å:
 - implementere pårørendeavtaler i tjenestene
 - vurdere å innføre krav om pårørende med erfaringskompetanse på systemnivå for å fremme pårørendeinvolvering og familiestøtte i helse og omsorgstjenesten
 - vurdere å forskriftsfeste rett til refusjon av reiseutgifter for barn som pårørende, som en del av en helhetlig og effektiv finansiering av familiearbeid
 - tilrettelegge for informasjonsutveksling om familierettede tiltak mellom tjenester

6.2 Personer med egenerfaring i tjenestene

Bruk av ansatte med egen erfaring kan være en effektiv måte å få til bedre bruker- og pårørendeinvolvering på i tjenestene. Erfaringskonsulenter kan også bidra til mindre stigmatisering og redusere fordommer.

Erfaringssentrum, som er en nasjonal bruker- og interesseorganisasjon for erfaringskonsulenter, definerer erfaringskonsulent som: «[...] en person som er ansatt i en velferdstjeneste på bakgrunn av sin egenerfaring som bruker eller pasient.» (230).

Erfaringskonsulentene er aller mest benyttet innenfor psykisk helse- og rusmiddelfeltet i Norge, men også andre deler av velferdstjenestene begynner å få en forståelse for den merverdien som tilføres av mennesker med egenerfaring og som selv arbeider i tjenestene. I Norge er det ansatt erfaringskonsulenter i kommunale tjenester, i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og i spesialisthelsetjenesten, se nærmere om erfaringskonsulenter i kapittel 10.4.1.

Medarbeidere med egenerfaring bidrar til at pasientenes og brukernes stemmer og perspektiver i større grad blir hørt ved å vektlegge tilnærminger som fremmer livskvalitet og myndiggjøring hos pasienter og brukere (231). For pasientene, brukerne og pårørende kan andres erfaringer bidra til bedring av egen psykiske helse og styrke opplevelsen av håp, mestring og bedre livs-

kvalitet. Dette er viktige momenter i menneskers liv som gir bedre effekt av helsehjelpen som gis.

6.3 Nye nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning

Helsedirektoratet har i samarbeid med representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, erfaringskonsulenter og tjenestene startet et arbeid med å utvikle nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet. Rådene skal bidra til økt pasient- og brukermedvirkning i alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenester som yter tilbud til personer med rusmiddel- og/eller psykiske helseutfordringer.

På sikt skal rådene videreutvikles til også å omfatte bruker-, pasient- og pårørendemedvirkning i hele helse- og omsorgssektoren. Dette arbeidet har ført til en klargjøring og tydeligere definisjon av ulike brukermedvirkers roller og funksjoner.

Tjenestene er ofte ikke klar over forskjellene mellom bruker- og pårørendeorganisasjoner, brukerstyrte sentre, erfaringskonsulenter, likeperson og andre som representerer pasient-/brukerstemmen. Det er et mål med rådene at de skal bidra til en felles forståelse av hvordan tjenestene kan nyttiggjøre seg brukerkunnskapen fra de ulike aktørene på en best mulig måte. I tillegg skal rådene bidra til å øke bruker-, pasient- og pårørendemedvirkning og involvering på individ-, tjeneste- og systemnivå innen rus- og psykisk helsefeltet, redusere uønsket variasjon i medvirkning og sikre god kompetanse og kvalitet i tjenestene. I tilknytning til utviklingen av de faglige rådene er det gjennomført en kartlegging av hva som fremmer brukermedvirkning, og hva som finnes av kvalitativ forskning om bruker- og pårørendemedvirkning innenfor psykisk helse og rusmiddelfeltet. Målet med kunnskapsoppsummeringen var å definere kunnskapshull og være et grunnlag for kunnskapsbaserte prioriteringer for videre forskning (232). De nasjonale faglige rådene for bruker- og pårørendemedvirkning har vært på høring og er planlagt lansert i 2024.

6.4 Systematisk evaluering og tilbakemelding

Brukererfaringer har vist at evaluering av rutinemessig innhenting av tilbakemeldinger kan gjøre det lettere å samhandle om mål, planlegge

Boks 6.2 Tilbakemeldingsverktøy

Tilbakemeldingsverktøy (feedbackverktøy) er et virkemiddel for bedre pasient- og brukermedvirkning. Slike verktøy kan identifisere behandling som ikke er nyttig, og i verste fall skadelig, og kan bidra til å hindre drop-out fra behandling for rusmiddellidelser ved å bedre alliansen mellom pasient og behandler.

behandlingen og styrke brukerinvolvering. Derfor er dette et viktig mål i det nasjonale pasientforløpet for behandling av rusmiddellidelser. Gjennom bruk av tilbakemeldingsverktøy svarer de som mottar hjelp, rutinemessig på spørsmål om egen opplevelse av endringer og nytten av hjelpen. Bruk av feedbackverktøy kan bidra til bedre behandlingsallianse og mer individuelt tilpasset behandling (233). Ifølge rapportering fra kommunene er det 110 kommuner/bydeler som svarer at de har benyttet ulike typer av tilbakemeldingsverktøy (214). I en nylig gjennomført pasientundersøkelse framkommer det at opptil 70 prosent har gitt muntlig tilbakemelding på behandlingen de har fått, men det er bare om lag 15 prosent som oppgir at de har gitt tilbakemelding skriftlig eller digitalt (234). Dette indikerer at det er behov for å innføre og tilrettelegge bedre når det gjelder systematisk evaluering og tilbakemelding på behandlingen som gis. Kommuner og helseforetak skal ha systemer for å innhente pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter og for å bruke erfaringene i forbedringsarbeidet.

6.5 Familierettede tiltak

Helse- og omsorgstjenestene skal sørge for opplæring, veiledning og støttetilbud til pårørende (235). Tjenestene skal ha systemer og rutiner som legger til rette for løpende informasjon, og tilrettelagt og tett dialog med pårørende.

Anbefalt praksis for pårørendesamarbeid er i varierende grad tatt i bruk, og det grunnleggende familiesamarbeidet er mangelfullt. Ansvar for pårørendeinvolvering og samarbeid med familien er ofte ikke nedfelt i prosedyrer, men overlatt til den enkelte helsearbeiders initiativ og kompetanse.

Gode tilbud til pårørende og barn som pårørende kan forebygge framtidig uhelse og behov for mer omfattende helsehjelp. Belastninger og

traumer i barndommen er for eksempel assosiert med framtidig skadelig bruk av rusmidler (236). Dette understreker både betydningen av bevisstheten om traumer som utgangspunkt for problemutvikling og behovet for forebygging, god behandling og oppfølging.

Å legge familieperspektivet til grunn for tiltak og tjenester kan bidra til at barn og unge som pårørende og deres pårørende i større grad blir ivaretatt og involvert av tjenestene. Ifølge en nylig publisert kunnskapsoppsummering kan det være avgjørende at personell snakker med barn og unge om deres erfaringer, og gir støtte og forklaringer til barn og unge som pårørende når de har en forelder som har rusmiddelproblemer og/eller psykisk sykdom (237). Forskning viser også at samarbeid med pårørende og familien kan bedre pårørendes helse, føre til færre tilbakefall for pasienten, bedre medisinerings, færre sykehusinnleggelser og mindre belastning på helse- og omsorgstjenesten (238).

Forskning understreker viktigheten av familieinvolvering for å redusere tilbakefall for pasienter og brukere, og belastninger på pårørende og barn som pårørende (225). For å unngå svikt og avvik i arbeidet med pårørende og barn som pårørende, vil tilrettelegging av en mer familieorientert tilnærming i tjenestene kunne bidra til bedre involvering og oppfølging av pårørende og barn som pårørende.

Det er i dag økende oppmerksomhet rettet mot å gjøre tjenestene mer familieorienterte, men det er behov for noen strukturelle grep som tilrettelegger for mer familieinvolvering i tjenestene. Tjenestene er ofte ikke godt nok tilrettelagt for inkludering og samarbeid med familien ved tidlig intervensjon, behandling og oppfølging. Det er derfor nødvendig å vurdere mer effektive finansieringsløsninger slik at dette understøtter tjenestene til å kunne jobbe mer helhetlig med familien, der dette er mest hensiktsmessig.

Det er i liten grad tilrettelagt for å dokumentere arbeid og intervensjoner som gjøres med pårørende og barn som pårørende, og dette bidrar til at det kan forekomme svikt i formidling av informasjon mellom tjenestene. Forskningsprosjektet *Bedre pårørendesamarbeid* fant at faglige anbefalinger om familiefokusert behandling i liten grad var implementert (239). Gjennom prosjektet identifiserte de ulike barrierer der blant annet manglende finansiering av familiearbeid var en av de viktigste barrierene for at familiefokusert behandling ikke ble tatt i bruk. Anvendelse av og manglende kunnskap om taushetsplikten er også en barriere. I tillegg er det viktig med opplæring i

familiepsykoedukasjon til ansatte, etablere rutiner for dette og sikre at personell får kartlagt behov og ønske om, og ikke minst gjennomfører, familieinvolvering i praksis (238).

Mangelen på implementering og tilrettelagte rammer medfører at involvering av familien kan bli tilfeldig og lite systematisk, noe som ofte resulterer i svikt og avvik, og et dårligere og mindre helhetlig tjenestetilbud.

Videre er det utviklet flere opplæringsprogrammer som viser tjenestene hvordan de kan jobbe godt med familieinvolvering (240, 241).

6.5.1 Pårørendeavtaler

Helsedirektoratet har utarbeidet samarbeidsverktøyet pårørendeavtaler som har som formål å bidra til bedre pårørendemedvirkning, bedre informasjon og mer forutsigbarhet for pårørende med særskilt tyngende omsorgsoppgaver. Pårørende til pasienter og brukere med rusmiddel- eller psykiske helseproblemer har ikke vært en gruppe som har ligget til grunn for dette arbeidet. Det står likevel ikke i veien for at verktøyet kan brukes til pårørende av pasienter med psykiske helse- eller rusmiddelproblemer.

Pårørendeavtalene kan være med på å avklare roller og forventninger, og systematisere dialogen mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende. Samarbeidsverktøyet er innarbeidet i pårørendeveilederen og Helsedirektoratet har utarbeidet opplæringsmaterieell som kommunene kan ta i bruk. Pårørendeveilederen ble ferdig oppdatert i 2024 og vektlegger blant annet familiefokusert tilnærming (235).

Videre er det utviklet praktiske samtaleverktøy og opplæringskurs som kan være en støtte i det daglige arbeidet i kommuner og spesialisthelsetjenesten i arbeidet med barn som pårørende (242).

6.6 Bruker-, pasient- og pårørendeundersøkelser

Fra 2024 har Helsedirektoratet det nasjonale ansvaret for å gjennomføre bruker-, pasient- og pårørendeundersøkelser. Regelmessig gjennomføring av slike undersøkelser gir viktig informasjon både til tjenesteyter og til myndigheter om både kvaliteten på tjenesten som ytes, og hvordan den oppleves. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å utarbeide utkast til helhetlig plan for gjennomføring av brukererfaringsundersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i

spesialisthelsetjenesten. For å bidra til at resultater fra undersøkelsen blir benyttet til forbedring av tjenestetilbudet, skal Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet utrede modeller for systematisk oppfølging av bruker-, pasient- og pårørendeundersøkelser slik at erfaringene kommer til nytte i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten.

Kompetansesenter rus Midt-Norge (KORUS Midt) gjennomfører på vegne av Helsedirektoratet hvert andre år kartlegging av brukererfaringer blant personer med rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester i et utvalg av norske kommuner. Oppdraget var opprinnelig en del av det samlede evalueringsprogrammet for opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015–2016)). Brukertilfredshetsundersøkelsen har pågått over fire år og ble gjennomført i 2017, 2019 og 2021 (243). Resultatene fra undersøkelsen i 2023 viser at det er små endringer over tid, og brukerne oppgir i hovedsak å være fornøyd med tjenestene de får, og med tjenesteyterne. Det er forbedringspotensial knyttet til hjelp for psykiske vansker, bistand til praktiske gjøremål, økonomi, bolig og deltagelse i arbeid og meningsfull aktivitet (244).

Folkehelseinstituttet har gjennomført kontinuerlige, elektroniske målinger av bruker- og pasienterfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern og TSB (245). Per januar 2022 har 3000 pasienter delt sine erfaringer med døgnopphold i TSB. 39 prosent beskriver egen psykiske helse som relativt dårlig. I alt 79,2 prosent svarer at de har svært stort eller stort utbytte av behandlingen ved institusjonen. 36 prosent svarer at institusjonen ikke eller i liten grad har forberedt dem på tiden etter utskrivning. Av de som tidligere har fått hjelp fra kommunen, svarer 59 prosent at hjelpen ikke i det hele tatt, i liten grad eller i noen grad har vært tilfredsstillende, og 67 prosent svarer det samme om oppfølging etter tidligere innleggelses. Fastlege og ruskonsulent oppgis som de viktigste instansene når pasientene er skrevet ut. Det er særlig samarbeidet med kommunene og forberedelse av tiden etter utskrivning som beskrives som utfordrende (245).

I 2023 ble det gjennomført en ny stor bruker- og pasientundersøkelse om hvordan brukere og pasienter opplever det polikliniske behandlingstilbudet i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (234). Over 33 000 poliklinikkpasienter i psykisk helsevern, TSB og avtalespesialister svarte på undersøkelsen, hvorav 3199 i TSB. Blant pasienter i TSB som har svart, svarer 54 prosent at behandlingen hjelper i stor eller svært stor grad, mens 29 prosent

svarer i noen grad. Alt i alt svarer 60 prosent av pasientene i TSB at de i stor eller svært stor grad er fornøyd med behandlingen, mens 24 prosent svarer i noen grad. Analyser viser videre at pasienter med større utfordringer i mindre grad opple-

ver at behandlingen hjelper. Pasienter med lengre varighet i behandling og pasienter med flere koordineringstiltak rapporterer om større utbytte og tilfredshet. God behandlerrelasjon betyr aller mest for utbytte og tilfredshet.

7 Tjenestetilbud i kommunene

7.1 Bakgrunn

Kommunene skal tilby helse-, omsorgs-, og andre velferdstjenester til personer med rusmiddelproblemer som til den øvrige befolkningen. Oppfølging av personer med rusmiddelproblemer er et tverrsektorielt ansvar der også arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og barnevernstjenesten er viktige aktører. Ideell og frivillig sektor er også viktige bidragsytere og samarbeidspartnere.

De fleste kommuner har psykisk helse- og rustjenester med god kompetanse til å hjelpe personer med rusmiddelproblemer. Det er imidlertid ikke alltid åpenbart, verken for brukere eller personell i andre tjenester i kommunen, hvordan slike tjenestetilbud henger sammen med de øvrige tjenestene. Flere kommuner rapporterer for eksempel at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ikke er godt nok kjent av fastlegene (127).

Personer med rusmiddellidelser har ofte behov for samtidig og integrert behandling av sine sammensatte lidelser. Et fragmentert tilbud gir mindre helhetlige og sammenhengende tjenester til målgruppen. En slik organisering kan også være lite effektiv, faglig lite hensiktsmessig og på sikt ikke bærekraftig. Det kan underminere at de ordinære tjenestene opparbeider seg kompetanse om rusmiddelbruk, og dermed også bidra til å opprettholde stigma og negative holdninger overfor brukergruppen.

Mange personer med rusmiddelproblemer har levekårsutfordringer og mangler en mer aktiv og meningsfull tilværelse. Både på rusmiddel- og psykisk helseområdet er det forhold som ligger utenfor helsetjenestens ansvarsområde som har stor betydning for pasienter og brukeres livskvalitet som familie og sosiale relasjoner, bolig, økonomi, utdanning, arbeid og aktivitet mv. I tillegg til bedre samhandling mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten er det nødvendig med en bred tverrsektoriell innsats, koordinering og samhandling mellom helsesektoren og andre deler av forvaltningen for å få bedre effekt av den helsehjelpen som ytes, og redusere sosial ulikhet i

Boks 7.1 Resultatmål

- økt tilgang til tverrsektoriell oppfølging
- økt deltakelse i arbeid eller annen meningsfull aktivitet

helse. Det er også nødvendig med økt oppmerksomhet på oppfølging etter behandling knyttet til arbeid, aktivitet og sosialt nettverk.

Kommunene har mange faglige ressurser å spille på i behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer: fastlege, psykolog, arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), psykisk helse- og rustjenester og øvrig helse- og omsorgstjeneste, frisklivsentraler med mer. Samarbeid og samhandling mellom instansene i en tverrfaglig og helhetlig tilnærming øker sjansene for at problemene reduseres eller ikke forverres. Ved langvarige og mer alvorlige rusmiddellidelser er det viktig at kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider, slik at det gis tilgjengelige tjenester i helhetlige og sammenhengende forløp (246).

Over flere år har det vært statlige satsinger, herunder to opptrappingsplaner,¹ som har bidratt til å styrke kapasitet, kvalitet og kompetanse i kommunalt rusarbeid. Samtidig er det stor variasjon i den kommunale innsatsen (31, 214). Det er også stor variasjon i kommunene når det gjelder omfang av rusmiddelproblematikk, utfordringer og tjenestebehov hos personer med rusmiddelproblemer. Andelen personer med rusmiddelproblemer i større kommuner er ikke alltid høyere enn i mindre kommuner, men utfordringene kan arte seg ulikt (247). Det brukes for eksempel mer ulovlige rusmidler i byene, og det kan oppstå større miljøer med brukere som har omfattende levekårsutfordringer og samsykkelighet.

¹ For periodene 2007–2012 og 2016–2020

7.1.1 Tilgjengelige og bærekraftige tjenester

Gapet mellom tilgjengelige ressurser og behovet for helsetjenester vil fortsette å øke. Dette gjelder også helse- og omsorgstjenester til personer med rusmiddelproblemer. Norge går inn i en varig samfunnsendring med en høyere andel eldre i befolkningen. Gruppen over 80 år vil øke med over 250 000 personer mellom 2020 og 2040 (248). Samtidig bremses veksten i tilgjengelig arbeidskraft før den stopper mot midten av 2030-tallet (249).

Regjeringen deler Helsepersonellkomisjonens analyse av et stramt arbeidsmarked for alle sektorer framover, og at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke vil kunne fortsette å øke vesentlig. Som følge av den demografiske utviklingen må det tas høyde for nye løsninger i sektoren.

Tjenestetilbudet til mennesker med rusmiddelproblemer bør baseres på alvorlighetsgrad og antatt varighet av et rusmiddelproblem hvor mildere og kortvarige problemer kan håndteres i kommunen, mens mer alvorlige problemer krever samarbeid med eller behandling i spesialisthelsetjenesten.²

Personell med helsefaglig kompetanse er en begrenset ressurs. Det vil derfor være nødvendig å trekke veksler på andre yrkesgrupper og sektorer, og det legges til grunn en tverrsektoriell tilnærming på alle deler av rusmiddelfeltet. Dette kan handle om hvordan andre yrkesgrupper og sektorer, særlig hvordan kompetanse og virkemidler i sosialtjenesten, kan inngå sammen med helse- og omsorgstjenestene og frivillige aktører i integrerte tjenestetilbud. Her er det også et potensial for å kunne benytte den ressursen som personer med brukererfaring utgjør, for eksempel erfaringskonsulenter mv.

7.1.2 Regjeringen vil

- følge opp prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge, som anbefaler helsetjenesten å være særlig oppmerksom på sårbare grupper

- styrke samarbeidet mellom barnevern og helseforetakene og kommunal helse- og omsorgstjeneste
- bidra til bedre bruk av koordinator for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer
- be Helsedirektoratet vurdere hvordan det kan tilrettelegges for å sikre bedre kommunikasjon om pasienter med langvarig og sammensatte tjenestebehov, herunder ROP pasienter
- understøtte tverrsektorielle, integrerte og ambulante tjenestetilbud i kommunene, der også frivillig og ideell sektor inngår
- få flere i arbeid, aktivitet eller utdanning ved å
 - styrke tilgang til aktiviteter og arbeidsrettede tilbud, herunder Individuell jobbstøtte (IPS) i TSB og i kommunene til personer med rusmiddelproblemer
 - stimulere til at kommunene etablerer samarbeid mellom psykisk helse- og rustjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) om tiltak for arbeidsinkludering, tilpasset personer med rusmiddelproblemer
 - vurdere endringer i relevante tilskuddsordninger for å styrke tilbud om meningsfull aktivitet for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer
- bygge videre på tidligere tverrsektorielt samarbeid om boligsosialt arbeid og utrede om det digitale fagsystemet Kobo kan videreutvikles for å sikre bedre prosesser og styrke samarbeidsstrukturer i sårbare overganger, etter døgntilbud, løslatelse fra fengsel mv
- utrede hvordan det kan stimuleres til etablering av tilrettelagte botilbud for ROP-pasienter
- gjennomgå regelverket om reduksjon i folketrygdytelse under institusjonsopphold i TSB, blant annet for å sikre at ingen skal miste boligen sin på grunn av slik reduksjon
- at tilskuddsmidler på psykisk helse- og rusmiddelfeltet skal benyttes mer målrettet og effektivt, samt innrettes på en måte som understøtter en helhetlig og sammenhengende utvikling på feltet
- igangsette en helhetlig gjennomgang av tilskuddsordninger på psykisk helse- og rusmiddelfeltet som ivaretar hensyn til både søkere og brukere
- ha god dialog med frivillig og ideell sektor om roller og oppgaveløsning mellom kommunene og frivillig sektor for best mulig samordning av offentlig og frivillig og ideell innsats på psykisk helse- og rusmiddelfeltet

² Dette er i tråd med anbefalinger i Nasjonal veileder om psykisk helse- og rusarbeid for voksne om at kommunen i planlegging av tjenestetilbudet til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer bør vurdere en inndeling i tre hovedforløp.

7.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester

7.2.1 Fastlege og tverrfaglige fastlegekontor

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos en fastlege. I tidligere brukerplanrapporteringer³ framkommer det at fastlegen er den helse- og omsorgstjenesten som flest brukere med rusmiddelproblemer oppgir at de benytter mest (247). Kapasitet i allmennlegetjenesten vil derfor være viktig for at personer med rusmiddelproblemer, som andre innbyggere, skal motta nødvendig helsehjelp og for tilgjengelighet og kontinuitet i behandlerrelasjonen.

Fastlegen har ansvar for medisinskfaglig koordinering, henvisning til spesialisthelsetjenesten og kan være en viktig veiviser til andre kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblemer. Fastlegen møter personer med risikofull bruk eller problembruk av rusmidler som ikke er kjent for eller oppsøker andre deler av tjenesteapparatet. I den årlige kartleggingen som SINTEF gjennomfører blant alle landets kommuner/bydel, er det tilnærmet 90 prosent som oppgir at fastlegene er viktige i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (214). Det generelle bildet er at de aller fleste andre tjenesteutøverne i kommunene har et godt samarbeid med fastlegene. Likevel er det, basert på tidligere rapporteringer (127), et potensial for at fastlegene kan få en bedre oversikt over de aktuelle tjenestetilbudene til personer med rusmiddelproblemer.

Regjeringen har et pågående arbeid for blant annet å styrke kapasiteten i og rekruttering til allmennlegetjenesten. Dette er nødvendig for å sikre likeverdige og tilgjengelige tjenester for alle innbyggere og for å bedre samhandlingen innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og med spesialisthelsetjenesten.

Forslag om endringer i organisering og finansiering i rapporten fra ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, inkluderer tiltak for økt tverrfaglighet. I arbeidet med å styrke allmennlegetjenesten ønsker regjeringen å tilrettelegge for tverrfaglige fastlegekontorer med styrket ledelse. Teambasert arbeid og tverrfaglighet vil bidra til

³ Brukerplan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av rus- og/eller psykiske helseproblemer blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Verktøyet brukes til kartlegging, kvalitetssikring, utvikling og planlegging av tjenester. Brukerplan kan også brukes som grunnlag for tjenesteforskning. Stavanger universitetssjukehus (SUS) drifter Brukerplan på oppdrag fra Helsedirektoratet.

økt tilgjengelighet, større bredde i tilbudet, bedre samhandling med andre deler av tjenestene og riktig bruk av personellens kompetanse.

7.2.2 Psykisk helse- og rustjenester

Kommunene kan organisere sine tjenester slik de finner det formålstjenlig. Det er derfor variasjoner i organisering av tjenestetilbudet i kommunene. Mange kommuner har organisert egne psykisk helse- og rustjenester. I andre kommuner kan oppgavene være lagt til ulike enheter, som det lokale NAV-kontoret, som en del av eller samorganisert med kommunens psykiske helse-tjeneste, eller det kan være del av hjemme-tjenestene.

Tjenestetilbudet kan omfatte råd og veiledning, utredning og behandling og psykososial oppfølging, herunder sosial- og arbeidsrettet rehabilitering og plass i institusjon ved behov.

Kommunen har sentrale oppgaver i arbeidet med individuell plan (IP) og skal ha rutiner og prosedyrer for samhandling med spesialisthelsetjenesten om oppfølging under og etter opphold i behandlingsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. Kommunale rustjenester er også ofte sentrale i oppfølgingen av pasienter i LAR. Sammen med andre velferdstjenester har den kommunale helse- og omsorgstjenesten medansvar for å bidra til tilbakeføring til samfunnet for innsatte i fengsel, som ofte kan ha rusmiddelproblemer.

Mange kommuner har også oppsøkende tjenester og skadereduserende tiltak som lavterskel helsetilbud og utdeling av brukerutstyr mv. Kommunene kan også opprette brukerrom for personer med alvorlige rusmiddelproblemer for overvåket og tryggere inntak av ulovlige rusmidler i henhold til brukerromsloven (250) og brukerromsforskriften (128).

Kommunalt rusarbeid må ta hensyn til at det kan være store variasjoner i den enkeltes rusmiddelproblemer og mestrings- og funksjonsnivå. Noen bruker mye rusmidler i kortere perioder, andre har langvarige rusmiddellidelser og kan ha omfattende psykiske og somatiske plager samt sosiale vansker med behov for bredt sammensatte tjenester.

7.2.3 Hjemmetjenester mv.

Helse- og omsorgstjenester som helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, praktisk bistand, opplæring og støttekontakt, er mange steder involvert i rusarbeidet. Dette kan blant annet handle om utlevering av LAR-medikamenter mv.

Selv om flere unge mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet, er det den eldre befolkningen som er den største mottakergruppen av slike tjenester. Helse- og omsorgspersonell erfarer at de mangler kunnskap og kompetanse for å avdekke og forebygge problematisk rusmiddelbruk hos eldre. Flere eldre vil i de kommende årene ha behov for kommunale tjenester, og flere eldre vil få problemer relatert til psykisk helse og/eller rusmiddelbruk. I 2023 rapporterte imidlertid 42 prosent av kommunene at de systematisk kartlegger de eldres alkoholvaner, en positiv økning fra 32 prosent i 2022 (214). Det er likevel relativt få kommuner som kartlegger behov for tjenester innen psykisk helse, eller som har dette som tema i forebyggende hjemmebesøk, og som gjennomfører kompetansehevede tiltak for sine ansatte (251).

7.2.4 Tjenester til barn og unge

Under gjennomføringen av opptrappingsplanen for psykisk helse skal det legges til rette for å styrke lavterskeltilbud til personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer i kommunene, som inkluderer lavterskeltilbud til barn og unge (49). Det skal også utredes og pilotes en integrert ungdomstjeneste. Dette innebærer at kommunen og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide på ett nivå, der samarbeid med barnevern og Arbeids- og velferdsetaten vil være relevant. Dette vil også være viktige tjenestetilbud for barn og unge med rusmiddelproblemer. Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (HFU) er et lavterskeltilbud som mange unge benytter seg av. Andre viktige tilbud for unge er fortsatt satsing på etablering av FACT ung og tilrettelegging for at Rask psykisk helsehjelp også inkluderer unge med rusmiddelproblemer. Nettsiden Ung.no er også en viktig informasjonskanal for ungdom.

Flere rapporter (252-254) og tilsyn (255) har avdekket alvorlig svikt og mangler i tjenestetilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer og tilbudene til barn og unge framstår ofte som fragmentert. Det er uklart hvor ansvaret ligger, og kvaliteten i tilbudene er ikke alltid god nok. Den tverrsektorielle og oppsøkende tilnærmingen er ofte mangelfull. Det er i mange tilfeller ikke lagt til rette for samarbeid mellom tjenesteytere. Dette kan ha som konsekvens at barn og unge ikke får helhetlige, koordinerte og forsvarlige tjenester. I 2022 styrket regjeringen tilskuddordningen til kommunalt rusarbeid med 20 millioner kroner for å bidra til at kommunene styrker oppsøkende virksomhet, som er en anbefalt tilnærming for å

nå unge med potensielle rusmiddelproblemer (256). Se nærmere omtale i kapittel 5.8.

Ifølge Riksrevisjonen oppgir nesten 40 prosent av kommunene at behandlingstilbudet til unge med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer ikke er godt i deres kommune, og opptil 20 prosent av kommunene mangler et tilbud til ungdom med rusmiddelproblemer (253). Mangel på gode kunnskapsbaserte tjenestetilbud til barn og unge er også en tilbakevendende problemstilling knyttet til unge som gjennomfører alternative straffereaksjoner utenfor fengsel, en gruppe som ofte har rusmiddel- og psykiske helseproblemer.

Flere kommuner uttrykker bekymring for at de ikke i tilstrekkelig grad har tjenester som fanger opp unge med rusmiddelproblemer tidlig (31). Det er bekymring for ungdom som eksperimenterer med rusmidler, og for unge med en omfattende rusmiddelbruk som kommunene ikke kommer i kontakt med. Flere kommuner ønsker mer oppsøkende tjenester og flere lavterskeltilbud til unge. I evalueringen tok flere kommuner opp betydningen av rusmiddelkompetanse hos instanser som har kontakt med unge som følge av problemer med for eksempel et sted å bo eller økonomi. Mange som er i en utsatt posisjon for å utvikle et rusmiddelproblem, ikke bare unge, vil ikke nødvendigvis oppsøke kommunens rus- og psykisk helsetjeneste.

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler (skolehelsetjeneste) og helsestasjonstjeneste. For å ivareta formålet med tjenesten og for at tjenestene skal løse oppgavene sine på en forsvarlig måte, må tjenestene være lett tilgjengelige lavterskeltilbud for barn, ungdom og deres foreldre (257).

Når et barn eller en ungdom har rusmiddelproblemer, vil det ofte være behov for samarbeid med flere instanser. Komplekse utfordringer som går på tvers av ulike ansvarsområder, kalles gjerne gjenstridige problemer. Dette er samfunnsproblemer som er vanskelige å løse nettopp fordi de krever innsats som går på tvers av samfunnsområder og forvaltningsgrenser (258). Når ingen enkelt aktørs tiltak er tilstrekkelig og ingen tar eierskap til helheten i utfordringene barnet eller ungdommen har, finnes det en risiko for at barnet/ungdommen ikke får den hjelpen de behøver. Utfordringene kompliseres ytterligere av at de ulike tjenestene gjerne har ulik tilnærming og problemforståelse (259). Derfor vedtok regjeringen endringer i 14 velferdstjenestelover med virkning fra 1. august 2022. Her understrekes ansvaret og viktigheten av samarbeid, samordning, barnekoordinator og individuell plan (260).

Det er utarbeidet en veileder som gir anbefalinger om hvordan tjenestene i større grad kan samarbeide om utsatte barn, herunder barn med rusmiddelproblematikk (259). Veilederen skal bidra til å øke kompetansen om psykisk helse-, rus- og voldstematikk innenfor og utenfor helse- og omsorgstjenestene.

Barnevern og helse

Barn i barnevernet har et større omfang av helseplager enn andre. Forskning viser at barn som mottar hjelp fra barnevernet, har høyere forekomst av psykiske vansker, rusmiddelproblemer, somatiske helseplager, tannhelseproblemer og seksuelle helseproblemer enn andre barn (261). Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten er derfor av stor betydning for å yte helhetlige tjenestetilbud til barn og unge med rusmiddelproblemer samt til barn som pårørende av personer med rusmiddelproblemer.

Mange unge i barnevernet har samtidige psykiske plager eller lidelser og rusmiddelproblemer. I regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) framgår det at uavklart omsorgssituasjon eller rusmiddelproblematikk ikke skal være avslagsgrunn for psykisk helsehjelp. I Helsedirektoratets prioriteringsveileder om psykisk helsevern for barn og unge, står det at spesialisthelsetjenesten skal ha en spesiell oppmerksomhet overfor sårbare grupper som har økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser, som barn og unge med tiltak fra barnevernet. Regjeringen ønsker å følge opp prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge som anbefaler helsetjenesten å være særlig oppmerksomme på sårbare grupper, som barn i barnevernets omsorg.

Barnevernreformen trådte i kraft i 2022 og ga kommunene et større ansvar for barnevernet, både faglig og økonomisk. Et av målene med reformen er at kommunene skal styrke arbeidet med tidlig innsats og forebygging i hele oppvekstsektoren (262). Bedre samhandling med andre kommunale tjenester vil være sentralt for å oppnå formålet med reformen, og det er en rekke pågående tverrsektorielle arbeider som skal samordne og forbedre innsatsen overfor utsatte barn og unge. Det er et potensial for bedre samhandling mellom barnevernet og øvrige kommunale tjenestetilbud. Kun 35 prosent av psykisk helse- og rustjenestene i kommunene oppgir at de i stor eller svært stor grad samarbeider med barnevernstjenesten (214).

Nasjonalt forløp for barnevern er «grunnmuren» i helsesatsingen i barnevernet (263). Dette

kan tilbys alle barn som er i kontakt med barnevernet dersom det er indikasjon på at de kan ha behov for helsehjelp. Det er utviklet kriterier som barnevernstjenesten skal bruke for å vurdere om det er behov for å starte forløpet, og det er presisert at det skal være lav terskel for å starte forløpet. Forløpet skal sikre at barn i barnevernet får kartlagt sine behov, og får nødvendig helsehjelp når kartleggingen viser at det er behov for det. Forløpet beskriver ansvar, oppgaver og samarbeid mellom den kommunale barnevernstjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for barn og unge.

For barn som skal flyttes ut av hjemmet, er det under etablering tverrfaglige helsekartleggingsteam med spesialisert personell i tillegg til barnevernfaglig kompetanse. Formålet er å skaffe barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner tilstrekkelig informasjon om barnets hjelpe- og helsebehov, slik at barnet kan få riktig oppfølging ved valg av plasseringssted og i videre oppfølging i barnevernet og i helsetjenesten.

Det er etablert to funksjoner som skal forenkle samarbeidet mellom barnevernsinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten: helseansvarlig ved alle barnevernsinstitusjoner og barnevernansvarlig innen psykisk helsevern barn og unge i de regionale helseforetakene.

For å bidra til at barn i barnevernsinstitusjon får bedre tilgang på helsehjelp, fikk de regionale helseforetakene i 2024 i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenesteteteam forankret i psykisk helsevern for barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og rusmiddelproblemer. I tillegg til å tilby helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjonene, legges det opp til at teamene skal gi nødvendig veiledning til personellet ved institusjonene. Av oppdraget framgår det at teamene på egnet måte bør knytte til seg relevant personell fra kommunal helse- og omsorgstjeneste, og bygge på erfaringer med ambulante tjenester som FACT ung.

Barnevernsinstitusjonsutvalget la i 2023 fram et helhetlig forslag til framtidens institusjonsbarnevern (264). Utvalget har en bred omtale av rusmiddelproblematikk i barnevernet. Regjeringen har lagt fram en strategi som viser en ny retning for barnevernets institusjonstilbud og en ny innretning av institusjonsstrukturen og ansvarsfordeling (265). Regjeringen jobber også for en bedre innretning av tverrfaglig helsekartlegging, og som det framgår av strategi for barnevernets institusjonstilbud planlegges det for en overføring av

ansvar og ressurser fra Bufetat til helsesektoren. De økonomiske, administrative, juridiske og personellmessige konsekvensene av overføring skal utredes, og om formålet skal endres fra sakkyn-digoppdrag til helsehjelp. Helse- og omsorgsdepartementet vil som del av videreutviklingen av tilbudene vurdere nærmere på hvilken måte slik kartlegging kan inngå i ordinære helse- og omsorgstjenester.

Et av målene i strategien om barnevernets institusjonstilbud omhandler barn som har utfordringer som følge av bruk av rusmidler, og at disse barna skal få trygg og helhetlig hjelp (265). Rusmiddelbruk kan utvikle seg til både et sosialt problem og et helseproblem, og ansvaret lar seg ikke enkelt plassere i den ene eller den andre sektoren. Mange av barna trenger både beskyttelse og omsorg samt helsehjelp. Noen barn blir introdusert for rusmidler og utvikler alvorlige rusmiddelproblemer mens de bor i en barnevernsinstitusjon. Som det framgår av strategien, må barnevernsinstitusjonene styrke sin kompetanse og settes bedre i stand til å avdekke og forebygge rusmiddelbruk, håndtere barn som bruker rusmidler, og samtidig beskytte andre barn på institusjonene (265). Å gi god og riktig hjelp og behandling til barn og unge med rusmiddelproblemer krever tett samarbeid. Ifølge strategien vil regjeringen også styrke behandlingstilbudene for barn og unge i helse- og omsorgstjenesten og gjøre behandlingstilbud med nødvendig ruskompetanse tilgjengelig som en del av spesialisthelsetjenesten (265). Regjeringen mener at det også er behov for å tydeliggjøre hvem som har ansvaret for behandling av rusmiddellidelser for barn og unge. Av strategien framgår det at regjeringen i arbeidet med kvalitetsreformen for barnevernet vil planlegge for at ansvar for rusbehandling flyttes fra barnevernet til spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil som en del av utredningen vurdere hvordan tilbudet til barn og unge i barnevernet som har behandlingstrengende rusmiddelproblemer, kan utvikles og styrkes som en del av det samlede tilbudet i spesialisthelsetjenesten. For nærmere omtale av behandling av barn og unge med rusmiddelproblemer vises det til kapittel 9.5.

Regjeringen skal legge fram en kvalitetsreform i barnevernet. I Hurdalsplattformen uttrykker regjeringen at den vil gjennomføre «Programfinansiering er en tilnærming som blant annet har blitt anbefalt av kommunesektoren, særlig i forbindelse med finansiering av satsinger rettet mot barn og unge». Regjeringen vil på denne bakgrunn legge fram en reform som omfatter både kommunalt og statlig barnevern. Formålet

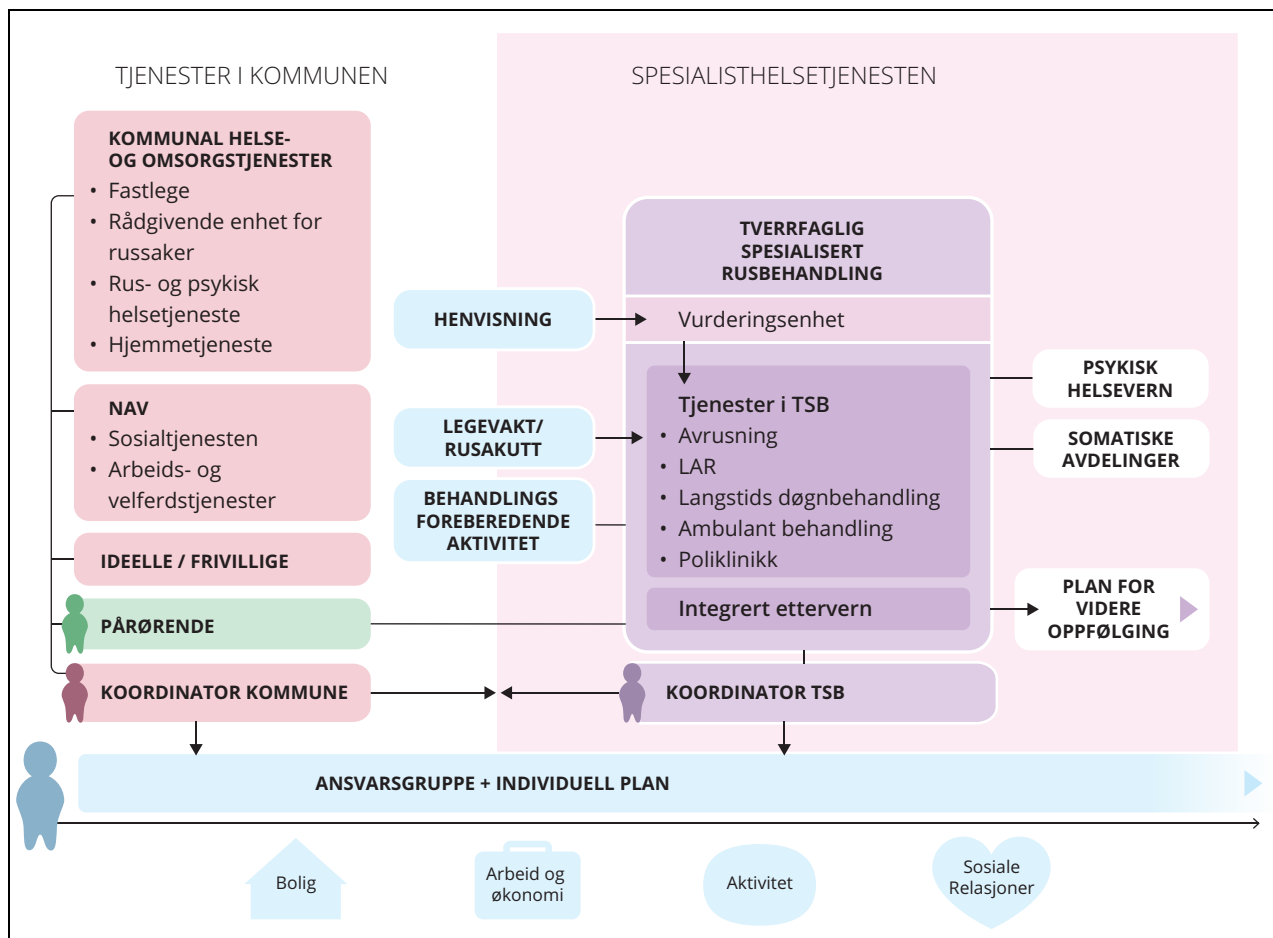
er å møte de viktigste utfordringene i barnevernssektoren. Barne- og familiedepartementet tar sikte på å legge fram reformen for Stortinget våren 2025 som en lovproposisjon med meldingsdel. Oppfølging av utredningene fra både barnevernsutvalget (NOU 2023: 7) (266) og barnevernsinstitusjonsutvalget (NOU 2023: 24) (264) inngår i dette arbeidet.

7.3 Sammenhengende forløp

Gjennom Nasjonal helse- og samhandlingsplan har regjeringen lagt til rette for samarbeid mellom kommuner og sykehus for å skape gode pasientforløp med trygge overganger, særlig for pasienter med store og sammensatte behov. Forebyggings- og behandlingsreformen tar for seg hvordan behandling av rusmiddellidelser i større grad kan knyttes tettere til andre helse- og omsorgstjenester. Regjeringen vil legge til rette for gode tjenester der folk bor gjennom interkommunalt samarbeid, en fremtidsrettet allmennlegetjeneste og en desentralisert spesialisthelsetjeneste som jobber på nye måter.

En del store kommuner har bred og god tverrfaglig kompetanse på fagområdet psykisk helse- og rusarbeid, og kan med sine tjenester dekke et bredt spekter av ulike behov. De aller fleste kommunene er likevel avhengige av et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om personer med alvorlige og sammensatte utfordringer. Samhandlingsutfordringene er særlig knyttet til utskrivning fra institusjon og overgang til kommune, og til koordinering og samhandling mellom tjenestetilbudene. Selv om innføring av nasjonale pasientforløp har redusert utfordringer med samhandling noe, er det fortsatt et betydelig forbedringspotensial.

Både regelverk (20) og normering gjennom nasjonale retningslinjer og pasientforløp (153) har som formål å tilrettelegge for at pasienter og brukere både underveis og i etterkant av behandling i spesialisthelsetjenesten, skal få god oppfølging fra kommunen. Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 skal kommunene inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket eller med det helseforetaket som det regionale helseforetaket bestemmer. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Avtalen skal som minimum inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige



Figur 7.1 Pasientreise rusbehandling

og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Avtalen skal også inneholde retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Det er helt sentralt at aktørene etterlever krav i lov og forskrift og etablerer de prosedyrer og rutiner som er nødvendig for at pasientene skal få de tjenestene de har krav på.

Figur 7.1, illustrerer en *pasientreise* der kommunale tjenestetilbud er til stede for pasienten før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. En slik kontinuitet er særlig viktig ved døgnbehandling. I tillegg til at de ulike aktørene må etterleve krav i lov og forskrift er opprettelse av individuell plan (IP) og ansvarsgruppe gode verktøy for sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud. Bruken av ansvarsgrupper har lang tradisjon på rusmiddelfeltet, men det er et potensial for økt bruk av IP og koordinator. I figuren peker ansvarsgruppe og IP utover den avgrensede tiden en pasient er innskrevet i spesialisthelsetjenesten.

En slik pasientreise utfylles av et koordinert tjenestetilbud mellom de ulike tilbudene innen TSB der også psykisk helsevern og somatiske sykehusavdelinger kan ha viktige funksjoner. En slik integrert tilnærming der kommunen er med pasienten gjennom hele forløpet i TSB, og der spesialisthelsetjenesten også har behandlingsforberedende tiltak og ettervern etter døgnbehandling, kan være viktig for et helhetlig pasientforløp innad i TSB og for videre oppfølging etter utskrivning. Se også omtale av integrert ettervern i kapittel 9.4.3.

Regjeringen vil styrke helsefellesskapene som arena for samarbeid, felles tjenesteutvikling og planlegging mellom kommuner og helseforetak. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er en av pasientgruppene som regjeringen mener at kommuner og sykehus bør prioritere å planlegge og utvikle tjenester til gjennom helsefellesskapene. Dette er personer med komplekse behov som trenger tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen mener at mestring, forebygging, rehabilitering og habilitering bør

vektlegges i arbeidet med å skape bedre tjenester til de prioriterte pasientgruppene. For mange med samtidige lidelser vil det også være behov for tjenester utenfor helse- og omsorgstjenesten, som bistand til å finne og etablere seg i bolig og tjenester fra arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Helsefellesskapene oppfordres til å inkludere andre sektorer i det faglige arbeidet med å utvikle gode tjenester til pasientgruppene der det er relevant.

Flere innspill til Helse- og omsorgsdepartementet har pekt på at finansieringsordningene i kommunene og spesialisthelsetjenesten oppleves som en barriere for samarbeid og gode pasientforløp. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan har regjeringen presentert flere endringer i finansieringsordningene som vil legge til rette for bedre samarbeid. Som en del av oppfølgingen av planen har regjeringen etablert et rekrutterings- og samhandlingstilskudd som skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tilskuddsmidlene er bevilget som en del av rammen for de regionale helseforetakene. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner. Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet er blant annet ment å gjøre det enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om felles planlegging, tjenesteutvikling og gode pasientforløp for de fem prioriterte pasientgruppene gjennom helsefellesskapene.

7.3.1 Nasjonale forløp

Alle tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern er dekket av nasjonale pasientforløp. Nasjonale pasientforløp er standardiserte kunnskapsbaserte pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon med pasient og pårørende, ansvars plassering og konkrete forløpstider.

I tråd med Hurdalsplattformen har Helsedirektoratet gjennomgått de nasjonale pasientforløpene for psykisk helse og rus. Forløpene er forkortet og forenklet. De reviderte pasientforløpene er planlagt publisert høsten 2024.

De sentrale målene for nasjonale pasientforløp videreføres og skal bidra til å sikre forutsigbarhet og god kvalitet i tjenesten for pasienter og pårørende:

- økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- sammenhengende og koordinerte pasientforløp

- unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

7.3.2 Individuell plan og koordineringsordninger

Pasienter og brukere med behov for langvarige og sammensatte helse- og omsorgstjenester har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 rett til individuell plan (IP) (221). En IP skal sikre koordinert og helhetlig oppfølging av tjenestebehov og kan involvere flere sektorer og aktører. Videre har pasienter og brukere med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, rett til koordinator etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 b. Koordinator skal legge til rette for at ulike tjenesteytere samhandler på en måte som sikrer koordinert og helhetlig oppfølging. Det kan være utfordrende både for pasienter, pårørende og tjenestene selv å få oversikt over omfanget av og innholdet i ulike koordineringsordninger og forholdet mellom dem. Regjeringen vil derfor starte et arbeid for å se på hvordan dagens lovregulerte koordineringsordninger kan bli bedre innrettet. Regjeringen vil blant annet vurdere om endringer i lov og forskrift kan bidra til nødvendig forenkling og klargjøring slik at det blir enklere å få oversikt over hva koordineringsordningene omfatter, hvem de omfatter, hvordan forholdet er mellom dem og hvordan tjenestene kan innrette seg for å oppfylle kravene (1).

Bare en mindre andel personer med rusmiddelproblemer har individuell plan (IP) (234, 247). Det er grunn til å tro at et større antall personer med rusmiddellidelser kunne kvalifisere til IP, og det er grunnlag for å se nærmere på bruk av IP på rusmiddelfeltet og hvordan det kan legges til rette for at dette virkemiddelet kan fungere etter hensikten. Det kan være at kommunene i for liten grad tilbyr IP fordi nytteverdien oppfattes som lav (31). Dette handler blant annet om manglende systematikk for oppdatering og evaluering av etablerte planer, og at tiltak ikke blir fulgt opp i praksis.

SINTEF sin pasient- og brukerundersøkelse i 2024 viser at 26 prosent av pasienter i TSB svarer at de har IP, 23 prosent har ansvarsgruppe og 18 prosent oppgir at de har koordinator (234). Det kan synes som om koordinator spiller en større rolle enn IP i seg selv, da brukere med koordina-

tor med eller uten IP generelt er mer fornøyd med tjenestetilbudene enn brukere uten koordinator (234). SINTEFs undersøkelse viser også at svært få pasienter i TSB svarer at de ikke ønsker koordinator.

Det er over tid innført flere lovregulerte ordninger som skal bidra til bedre koordinerte tjenester, som kontaktlege/kontaktpsykolog i spesialisthelsetjenesten og koordinator og koordinerende enhet i både kommuner og helseforetak. De lovregulerte koordineringsordningene som koordinator, individuell plan og kontaktpsykolog gjelder også for pasienter med rusmiddelproblemer. I tillegg er det ordninger som ikke er lovregulerte, men som også skal bidra til bedre koordinering, som forløpskoordinator i nasjonale pasientforløp, ansvarsgrupper og case-koordinator i teambaserte tjenester.

Regjeringen vil at alle pasienter og brukere skal oppleve et forutsigbart og godt koordinert tjenestetilbud. Behovet for koordinering varierer betydelig mellom pasienter avhengig av funksjonsnivå, diagnoser, helsekompetanse og andre forhold. Bruk av riktig innrettede koordineringsordninger vil bidra til gode, sammenhengende tjenester. Samtidig vil det kunne være ressursbesparende ved å bidra til riktig behandling på rett sted til rett tid og ved å redusere behovet for framtidige tjenester. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan framgår det at regjeringen vil starte et arbeid med å forenkle de lovregulerte koordineringsordningene slik at de er til nytte for både pasienter, pårørende og personell.

7.3.3 Utskrivningsklare pasienter og oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten

Som en del av samhandlingsreformen ble det i 2012 innført en kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i somatikken. Formålet var å gi kommunene insentiver til å etablere egne tilbud for å kunne ta imot pasientene. Fra 2019 ble ordningen utvidet til også å gjelde pasienter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I perioden 2019–2022 økte antallet utskrivningsklare pasienter fra 84 til 118. Ifølge Norsk pasientregister (NPR) økte antallet overliggerdøgn fra 520 til 1960. Andelen akutte reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning fra TSB var 6,8 prosent i 2022, som er en økning fra 5,5 prosent i 2019 (267).

Forskrift om kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter inkluderer flere vilkår om hva som må være oppfylt for at pasienten kan regnes som utskrivningsklar. I forskriften § 9,

Boks 7.2 Gode overganger

«Det er jo viktig å prøve å få til et godt samarbeid med sykehuset. Det har blitt vanskeligere nå det siste året, og det har jo noe med presset i hele systemet å gjøre. Men vi blir for lite involvert i utskrivelser. Pasienter vi ikke kjenner, skrives ut på tvang før vi får møtt dem. [...] Hele greia med samarbeidet med sykehuset er å skape gode overganger, ikke sant, og at vi får til en god overgang der pasienten for det første er stabilisert godt nok på sykehus, men også at vi og sykehuset ser at ting er på plass ute. At det er ryddet opp i den leiligheten som ble forlatt i et psykotisk kaos, og at ting er på plass med økonomi. Det er kjempeviktig for å sikre en fortsatt bedring.» (ansatt, Sammen om bolig) (268)

fjerde ledd, framkommer det at: «for pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, også kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten» (20).

I det nasjonale pasientforløpet for TSB legges det stor vekt på at tjenestene må samarbeide for å ivareta pasientenes behov for oppfølging etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten (153). Det anbefales blant annet at det utarbeides individuell plan (IP) der det er behov for koordinering av tjenester og oppfølging av pasienter. Det er også tydeliggjort at det er viktig å samarbeide med familie/pårørende for å bidra til bedre ivaretagelse og oppfølging av pasientene etter utskrivning. Pasienter med flere koordineringstiltak opplever også større utbytte og tilfredshet med det polikliniske behandlingstilbudet i psykisk helsevern og TSB (234).

Regjeringen har i Nasjonal helse- og samhandlingsplan foreslått flere tiltak for å skape bedre forutsetninger for samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil blant annet evaluere dagens forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter, herunder nivået på betalingssetningen og kostnadsdekning, i dialog med

kommunesektoren. Formålet med evalueringen er å understøtte gode pasientforløp med trygge overganger, og at tjenester ytes på rett nivå. Dette er ikke minst viktig for pasienter med rusmiddel-diagnose.

I overkant av halvparten av kommunene oppgir at de har til dels store problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten. Dette handler ofte om manglende botilbud, og at de får for kort tid på å etablere tilbudet.

Gjennom ulike brukertilfredshetsundersøkelser framkommer det at mange pasienter/brukere opplever at de ikke får god nok oppfølging av kommunen etter behandling i spesialisthelsetjenesten, spesielt etter døgnbehandling (243, 245). Hovedansvaret for å yte tjenester til personer med rusmiddelproblemer, også etter døgnopphold i TSB, ligger til kommunen. Dette kan handle om helse- og omsorgstjenester, men også tjenester fra arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Disse tjenestene er rettighetsfestet og er knyttet til individuelle behov. Det er likevel et spørsmål om de er tilgjengelige nok for pasienter som er i behandling, eller skrives ut fra spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen mener det er nødvendig å legge bedre til rette for sammenhengende forløp, behandlingsforberedende tiltak og bedre oppfølging under og etter utskrivning fra døgnbehandling i TSB.

7.3.4 Samhandling om personer med langvarige og sammensatte behov

Det er av stor betydning at både kommunene og spesialisthelsetjenesten finner løsninger på hvordan man best kan nå ut til personer som i dag ikke oppsøker behandling, eller som har utviklet alvorlige tilstander, før de oppsøker hjelp. Det er særlige utfordringer med å gi et kvalitativt godt tjenestetilbud til brukere med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (ROP).

Gjennom landsomfattende tilsyn med tjenestetilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) i 2017 og 2018, ble det dokumentert at det ofte var uklarheter i oppgave- og ansvarsfordeling både i kommuner og helseforetak (106). Tilsynet påpekte at samordnede og/eller integrerte tjenester er vesentlig når pasienter og brukere har komplekse lidelser og utfordringer. I kommunene kunne uklarheter i arbeidsdeling gjelde både mellom ulike kommunale etater og innad i helse- og omsorgstjenestene. I spesialisthelsetjenesten var det i flere distriktspsykiatriske sentre (DPS) uklar-

heter som gjaldt arbeidsdeling mellom DPS og fastleger, og i arbeidsdeling mellom DPS og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Brukere og pasienter var ikke sikret et helhetlig tjenestetilbud (106).

Dagens regjeringspartier fremmet i 2019 flere forslag som omhandlet ROP-pasienter (269). Regjeringspartiene var særlig opptatt av at spesialisthelsetjenesten og kommunene har gode kommunikasjons- og samhandlingsrutiner (varslingssystem), slik at pasienter ikke blir skrevet ut til bostedsløshet og manglende tjenestetilbud. I denne meldingen peker regjeringen på flere grep som bidrar til bedre og mer sammenhengende tjenester til denne gruppen. Pasientgruppen er også prioritert i helsefellesskapene og faller inn under mange av tiltakene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (1).

Et kjennetegn på godt samarbeid er ofte at de ansatte har god dialog og kjenner hverandre. Samarbeidet er også formalisert i planer som angir de ulike aktørenes ansvar og oppgaver, og hvordan de skal forholde seg når uønskede situasjoner oppstår, jf. de lovpålagte samhandlingsavtalene mellom kommuner og helseforetak (168). Somatiske helseproblemer og psykiske lidelser opptrer ofte samtidig med rusmiddellidelser (270). ROP-pasienter er en særlig utsatt gruppe som ofte har somatiske helseproblemer i tillegg til rusmiddelavhengighet og alvorlig psykisk lidelse. Dødeligheten for denne gruppen er høy (271). Mange pasienter med rusmiddelproblemer har derfor behov for samtidige tjenester fra psykisk helse og somatikk. Tilsvarende vil en del pasienter som blir behandlet for somatisk sykdom ha behov for hjelp til sitt rusmiddelproblem og psykisk helse-tjenester. Å sørge for at den tjenesten som pasienten først blir henvist til har kompetanse til å kartlegge, intervenere og igangsette koordinering og samarbeid med andre tjenestoområder, er avgjørende for at pasienten får riktig behandling og et helhetlig og forsvarlig tilbud.

Det er behov for å styrke tjenester med lav terskel for kontakt og tilgang til hjelp. Eksempler på dette er lavterskel helsetilbud som feltpleie og brukerrrom mv, se også omtale av nærklinikk for personer med ROP-lidelser i kapittel 3.5.2.

Mange ROP-pasienter har heller ikke tilgang til egnede boliger. Det er derfor fortsatt behov for å sikre brukerne en trygg bosituasjon, se omtale i kapittel 7.6.

En annen gruppe som kan være særlig sårbare for manglende ansvarsavklaring og samhandling er personer med utviklingshemming. I Norge anslås en forekomst av utviklingshemming på om lag 1,5 prosent men tallene er usikre (272). Inter-

nasjonal forskning har funnet en prevalens av rusproblematikk på 0,5 -6 prosent blant personer med kjent utviklingshemming, men også her er tallene usikre (273).

Det kan være en prevalens opp til 39 prosent for såkalt for borderline utviklingshemming eller utviklingshemming blant pasienter i rusbehandling (274-276). En litteraturstudie fra 2029 konkluderte med at personer med borderline utviklingshemming og lettere utviklingshemming kan ha forhøyet risiko for rusmiddellidelser (277).

Oppmerksomheten og kompetansen til å identifisere denne problematikken hos pasienter med rusmiddelproblemer må styrkes og informasjon, behandling og oppfølging må tilpasses pasientgruppens behov. Samtidig må tjenestene vær oppmerksomme på rusmiddelproblematikk blant tjenestemottagere eller pasienter med utviklingshemming.

Slik det fremgår i meldingens kapittel 3 og kapittel 10 ønsker regjeringen å øke oppmerksomheten om rusmiddelproblematikk generelt i tjenestene, og vil iverksette tiltak for å heve kompetansen og utvikle tjenestetilbudene innen rusmidelfeltet.

Pasienter med psykisk utviklingshemming har rett til samme tjenester som den generelle befolkningen. Det vil være nødvendig med en særlig oppmerksomhet om pasientgruppens behov, både når det gjelder tilpasset informasjon, kompetanse hos helse- og annet personell, samt tilrettelegging av behandlings- og oppfølgingstilbud for å yte gode tjenester til målgruppen.

7.3.5 Samhandling om barn og unge

Helsedirektoratet påpeker at det er behov for å styrke samarbeidet mellom sektorene som arbeider med barn og unge med rusmiddelproblemer. For barn og unge med sammensatte utfordringer oppgir kommunene at det er behov for bedre og tettere samarbeid med BUP, og mer kompetanse og ambulering spesialisert helsehjelp/FACT ung (214).

Det er de siste årene utarbeidet veiledere og samarbeidskonstruksjoner som skal sørge for god samhandling. Det er innført en samordningsplikt for kommunene ved ytelse av velferdstjenester, rett til barnekoordinator samt utvidelse av helse- og omsorgstjenestens ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler. Formålet er å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene. FACT ung er under etablering, som et samarbeid mellom helseforetak og kommuner.

FACT ung-teamene skal gi integrert og langvarig behandling til ungdom med store og sammensatte behov. Dersom FACT ung skal lykkes med å gi god behandling for rusmiddelproblemer, vil også FACT ung-teamene ha behov for nødvendig kompetanse for behandling av rusmiddellidelser.

For å styrke tilgang til helsehjelp for barn i barnevernsinstitusjoner har de regionale helseforetakene i 2024 fått i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenestetsteam forankret i psykisk helsevern for barn og unge. Etablering av slike helseteam forankret i spesialisthelsetjenesten er også et av forslagene til barnevernsinstitusjonsutvalget (264).

7.3.6 Digital samhandling

Tilgang på relevant informasjon til rett tid er en forutsetning for god samhandling og trygge overganger mellom de ulike aktørene og nivåene i helse- og omsorgstjenesten.

De nasjonale e-helseløsningene, kjernejournal, helsenorge.no, e-resept og helsenettet, bidrar til samhandling innad i helse- og omsorgstjenestene og med innbyggerne. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan presenterer regjeringen sin strategi for å digitalisere helse- og omsorgstjenesten som legger vekt på å ta ut gevinster underveis, tydeliggjøre de ulike aktørenes roller og ansvar for digitalisering, prioritering av digital samhandling og etablering av en helseteknologiordning for å understøtte det lokale ansvaret for å anskaffe og innføre digitale løsninger.

7.4 Ambulant og tverrsektoriell innsats

Det er en utvikling i retning av at kommunene i større grad organiserer tjenestene i form av ambulant virksomhet i kombinasjon med stasjonære tilbud (214). Dette er en utvikling som regjeringen ønsker å understøtte.

Tverrfaglige og ambulering tjenester og team kan bidra til bedre samtidig helsehjelp og økt tilgjengelighet, mer sammenhengende behandling og dermed bedre oppfølging. Slike team kan yte integrerte tjenestetilbud som innebærer en samordnet tilnærming, der ulike aspekter av brukerens behov for oppfølging kan bli bedre ivarettatt. Dette omfatter psykososial oppfølging som hjelp med psykiske vansker og sosiale relasjoner, men også praktisk bistand, hjelp til økonomi, finne bolig og opprettholde boforhold med mer.

Boks 7.3 ACT og FACT

Enkelte personer med alvorlige og komplekse problemer fanges ikke opp av det ordinære tjenesteapparatet. Det er godt dokumentert at bruk av aktivt oppsøkende behandlingsteam med tverrfaglig sammensetning er effektivt i slike tilfeller. Eksempler på slike aktivt oppsøkende behandlingsteam er såkalte Assertive Community Treatment Team (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment Team (FACT). Disse teamene yter samtidige tjenester både fra kommunene og spesialisthelsetjenesten og er forankret i samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Modellene er utarbeidet innen psykisk helse primært for å ivareta pasienter med psykoser. En stor andel pasienter som mottar bistand fra slike team, har også rusmiddelproblemer, og modellene har vist seg å ha effekt også på psykoselidelser i kombinasjon med rusmiddelproblemer (ROP).

Flere kommuner og helseforetak har etablert tverrfaglige oppsøkende team for personer med psykiske lidelser og samtidige rusmiddel- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg av de ordinære tjenestene. Evalueringer av både ACT-modellen og FACT-modellen i Norge konkluderer med at teamene gir et bedre tilbud til pasienter i målgruppen, sammenliknet med tilbudet som ble gitt tidligere (278, 279).

I opptrappingsplanen for psykisk helse framgår det at regjeringen vil videreføre og videreutvikle oppsøkende tjenester som ACT-/FACT-team og FACT ung (49). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) samarbeider nært med statsforvalterne, regionale kompetansesentre innen psykisk helse, rusmiddel- og voldsfeltet og flere brukerorganisasjoner om implementering av ACT- og FACT-modellene i Norge.

Et resultatmål for reformen er økt tilgang til tverrsektoriell integrert oppfølging i kommunene for personer med rusmiddelproblemer. Mennesker med rusmiddelproblemer kan ha utfordringer med å nyttiggjøre seg av kontorbaserte tjenester. Flere lever kaotiske liv, har ustabile boforhold og psykiske vansker, noe som igjen medfører at det kan være vanskelig å følge opp avtaler og møte innenfor

Boks 7.4 Integrert behandling av ROP-lidelser

Integrated Dual Disorders Treatment (IDDT), på norsk Integrert behandling av ROP-lidelser, er et kunnskapsbasert verktøy for behandling av personer med ROP-lidelser som har god effekt (280). IDDT bygges opp rundt ulike faser og tar i bruk ulike verktøy avhengig av hvilken fase pasienten er i. Motiverende intervju, Housing First og psykoedukativ familiebehandling er blant behandlingsverktøyene som inngår i IDDT. I tillegg er det viktig å sikre pasientene en stabil bolig etter utskrivning, tilgang til arbeid og andre sosiale aktiviteter. Dette er sentrale faktorer som kan bidra til å redusere ensomhet og utenforskap, og med det redusere risiko for tilbakefall.

kontortid. Under halvparten av kommunene har tjenester for personer med rusmiddelproblemer tilgjengelig på ettermiddags- og kveldstid (214).

Det er en betydelig andel personer med mindre kompliserte tilstander som ikke har behov for spesialisert behandling fra tilbud som ACT- og FACT-team, men som likevel har behov for samtidig og koordinert bistand, både fra helse- og omsorgstjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).

Etablering av integrerte og arenaflexible tjenester, for eksempel i form av modeller der personell fra sosialtjenesten kan inngå i team med personell fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, kan være formålstjenlig. Slike tverrsektorielle team kan avlaste og supplere hverandre slik at den samlede helse- og sosialfaglige kompetansen og de ulike virkemidlene i sektorene utnyttes mer riktig, samordnet og effektivt. Personer med egenerfaring kan inngå og forsterke en slik tverrsektoriell tilnærming i tillegg til at frivillig og ideell sektor kan ha en viktig rolle.

Slike team kan supplere spesialiserte behandlingsteam og delta i ansvarsgrupper og ha koordinatorfunksjoner. Teamene kan følge opp personer under behandling i TSB og under straffegjennomføring i og utenfor fengsel, herunder å forberede og sikre gode overganger. Teamene kan også være en del av eller understøtte det boligsosiale arbeidet rettet mot målgruppen ved å bistå med å forebygge eventuelle konflikter med naboer, borettslag og utleiere samt forebygge tvangsfravikelser mv.

Boks 7.5 Hekta på jobb

«Hekta på jobb» er et forskningsprosjekt ved RusForsk ved Oslo Universitetssykehus HF (288). Et team på fire jobbspesialister var ansatt i avdeling for rus- og avhengighetsbehandling i tre år og tilbød IPS (Individual Placement and Support) integrert i behandlingen. Pasientene som deltok i prosjektet, var hovedsakelig avhengige av heroin og andre opioider, alkohol og cannabis. Blant de som mottok IPS, kom 46 prosent i jobb eller utdanning. Nøkkelen til suksessen er vurdert til å være at jobbspesialistene har fått god opplæring og tett integrering mellom jobbstøtte og behandling. Dette innebar at jobbspesialistene hadde kontor sammen med behandlerne, deltok på behandlingsmøter og dokumenterte i journal. Behandlerne opplevde at enkel tilgang på jobbspesialistene var avgjørende for samarbeidet og bruken av jobbstøtte i behandlingen. Pasientene vektla at det å være i jobb handler om verdighet og selvrespekt, tilknytning til samfunnet, innhold i hverdagen og å føle at man bidrar og duger. Hekta på jobb består av en randomisert kontrollert studie (RCT), en observasjonsstudie og en kvalitativ studie. Vitenskapelige publikasjoner for prosjektet er ventet fra høsten 2024.

7.5 Arbeid, utdanning og aktivitet

Et av regjeringens mål med forebyggings- og behandlingsreformen er at personer med rusmiddelproblemer skal oppleve verdige liv med god tilgang på behandling og oppfølging, samt deltakelse i arbeid, utdanning eller annen meningsfull aktivitet. For å realisere dette målet er det behov for i større grad å styrke oppmerksomheten og forståelsen av betydningen av arbeid, aktivitet og sosial inkludering også i helse- og omsorgstjenestene. Deltakelse i arbeidslivet er sentralt for sosial inkludering, mestring og opplevelse av egenverdi, i tillegg til økonomisk trygghet. Arbeid og arbeidsrettede tiltak er også viktig som et rehabiliteringstiltak og oppfølging etter behandling. Arbeidsplassen er en viktig arena for forebygging, og å være i arbeid er som regel helsefremmende ved at det er en kilde til sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst og økonomisk trygghet (281). Det er økt oppmerksomhet om betydningen av

arbeid og aktivitet for personer med rusmiddelproblemer, men fortsatt er dette et område med utviklingsbehov (31).

Statistikk fra Arbeids- og velferdsetaten viser at andelen unge uføre i aldersgruppen 18–29 år har økt betydelig de siste årene. For å sikre at unge utenfor arbeid får tidlig, tilpasset og tett oppfølging helt fram til arbeid, er det innført en ungdomsgaranti i Arbeids- og velferdsetaten (222). Regjeringen foreslår å styrke innsatsen overfor unge ytterligere, jf. stortingsmeldingen om arbeidsmarkedspolitikken (52).

Psykiske helseproblemer oppgis som en betydelig årsak til at mange unge ikke er sysselsatt. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er blant de viktigste årsakene til tapte år på grunn av uførhet blant ungdom i høyinntektsland (282). I kategorien atferdsforstyrrelser er det også mange unge med rusmiddelproblemer. Arbeidsledigheten blant personer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling er også høy. Det anslås at mellom 81–89 prosent av denne pasientpopulasjon er uten arbeid (283).

De årlige brukerplankartleggingene har over tid vist at personer med rusmiddelproblemer oftere står uten arbeid enn personer med psykiske problemer (247). En høy andel har offentlige ytelser som viktigste inntekt. Selv om en andel av disse må antas å motta uføretrygd, er det et potensial for å inkludere flere i arbeid. Utdringsbildet er likevel sammensatt, og det er variasjoner mellom kommunene.

Brukertilfredshetsundersøkelser viser at mange brukere med rusmiddelproblemer opplever å få lite hjelp til å komme i arbeid og aktivitet (243). Det er et fåtall som rapporterer om meningsfulle aktiviteter. I tillegg har de ofte lite tilfredsstillende sosiale nettverk. Mange kan trenge bistand for å kunne ta del i aktivitetstilbud og for å komme i arbeid og i utdanning eller i ordinære aktivitetstilbud.

Blant unge med rusmiddelproblemer (18–25 år) var det et utbredt ønske om et *vanlig liv*. De ønsket seg mer aktivisering og oppfølging etter endt rusbehandling. For mange er derfor NAV viktig, men flere opplevde NAV som utilgjengelig og lite tilpasset deres behov (284).

Det har tradisjonelt vært en oppfatning at personer med rusmiddelproblemer har redusert sannsynlighet for å kunne nyttiggjøre seg arbeid som et tiltak i eller under behandling (285). En slik tilnærming kan bidra til å heve terskelen for at pasientgruppen skal få tilbud om arbeidsrettede tiltak, tilrettelagt jobbtilpassing eller utdanning som de kunne ha nyttiggjort seg av.

Boks 7.6 «Brygga»

Brygga driftes av Stavne Arbeid og Inkludering KF på oppdrag fra Trondheim kommune. Tiltaket et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud for personer som fullfører rusbehandling i døgnhet, eller mottar poliklinisk spesialisert behandling. Brygga samarbeider tett med ulike aktører innenfor hjelpeapparatet samt frivillige og byens næringsliv. Brygga skal bistå den enkelte i å mestre eget liv uten avhengighet i de ulike overgangene mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og inkludering i ordinært arbeids- og samfunnsnivå.

All tilnærming i tiltaket er basert på recovery-perspektivet¹ der et viktig element er bygging av mestringstillit, det vil si tro på egne evner til å håndtere ulike livsområder. Stor grad av brukerinvolvering har vært det viktigste suksesskriteriet for utvikling av tilbudene ved Brygga. Deltakerne har tilbud om fast kontakt-

person, individuelle samtaler, grupper, kurs/seminarer, råd og veiledning, økonomisk rådgivning, treffstedet Arena med mer. Deltakerne ved Brygga har tilbud om individuell jobbstøtte (IPS) og bistand til gjennomføring av kurs, utdanning mv. Deltakerne benytter seg av Brygga ut fra egne ønsker og behov. Det gis også tilbud til barn og pårørende.

Brygga hadde 144 deltakere i 2023, der 89 prosent sto i arbeidsrettede behandlingsforløp i en kombinasjon av oppfølging fra Brygga, deltakelse i arbeidsliv og gjennomføring av ulike utdanningsløp. 27 deltakere avsluttet i 2023 oppfølging i IPS. Over halvparten, 56 prosent, gikk til ordinært lønnet arbeid og 11 prosent til egenfinansiert utdanning.

¹ Se nærmere om recoveryperspektivet i Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (IS-2027)

Individuell jobbstøtte er den norske betegnelsen på den internasjonale arbeidsrehabiliteringsmodellen «Individual Placement and Support», ofte forkortet til IPS. IPS er utviklet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og har vist gode resultater på arbeidsdeltakelse også i Norge. IPS er en kunnskapsbasert Supported Employment (SE)-metodikk, der integrering av jobbspesialister i behandlingsteam i helse- og omsorgstjenesten står sentralt.

Det foreligger imidlertid få studier om IPS for personer med rusmiddelproblemer, og det er behov for mer forskning på modellens effekt for personer med rusmiddelproblemer (286). Enkeltstudier viser imidlertid positive resultater og erfaringer fra tiltak som tilbyr IPS til denne gruppen. Blant annet har IPS vist seg lovende som et sysselsettingstiltak for personer med opioidbrukslidelser i medikamentell behandling (LAR) (287).

Erfaringer fra prosjekter som har tilrettelagt IPS for personer med rusmiddelproblemer tilsier at det kan være behov for noe tettere og lengre oppfølging av brukere med rusmiddelproblemer enn for andre pasienter og brukergrupper. Erfaringen er at tilnærmingen gir gode resultater når det gjelder å få denne gruppen ut i ordinært arbeid. Tilrettelegging for ordinært arbeid kan derfor være nyttig for personer med rusmiddelproblemer også, både under behandling og i rehabilitering (283).

I 2023 rapporterte 43 prosent av kommunene at de har tatt i bruk IPS eller arbeid med støtte (supported employment, SE) i sitt rusarbeid, som er en betydelig vekst i kartleggingen i 2017 da andelen var på 16 prosent (214). 50 prosent av kommunene/bydelene oppgir at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid, og dette er en økning fra 19 prosent fra 2017. Tidligere var det de store kommunene som hadde tatt dette i bruk, men siste kartlegging viser at det er en økning, uavhengig av kommunestørrelse (214).

IPS-tilnærmingen har vist seg å ha god effekt spesielt overfor unge. I en studie vises det til at effekten er størst for deltakere under 30 år, personer som ikke har fullført videregående skole ved fylte 21 år, og de som har alvorlige psykiske lidelser (289). Disse funnene tyder på at IPS har størst betydning for personer som har en særlig svak posisjon på arbeidsmarkedet. Det er derfor trolig mulig å bruke IPS-tilnærmingen overfor unge som har rusmiddelutfordringer i større grad enn i dag. På oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet har OsloMet ferdigstilt en evaluering av et forsøk med individuell jobbstøtte for unge, IPS ung (290). Den viser at IPS ung bidrar til økt arbeidsdeltakelse. Flertallet er fornøyd med IPS ung og mener at jobbspesialisten har hjulpet dem med å komme i utdanning og jobb. Jobbspesialistene framstår som dedikerte og engasjerte. Respon-

Boks 7.7 Nyttig Arbeid

«Nyttig Arbeid» er et jobbrettet tiltak i Oslo kommune for personer med rusmiddelproblemer. Siden oppstart i 2013 har Nyttig Arbeid vokst til å bli en organisasjon som består av en rekke separate virksomheter. Til enhver tid er ca. 50 personer tilknyttet tiltaket. Fellesskap, normalisering og mestringsopplevelser i et rusfritt arbeidsmiljø er bærebjelker i tiltaket. Rundt 80 prosent av de som får et engasjement, blir værende over tid og utvikler viktige jobb- og relasjonsferdigheter. All virksomhet blir drevet etter ordinære prinsipper for yrkeslivet der kva-

litetskrav til leveranser og tidsmarginer ikke fravikes. Suksessfaktorene er gründer- og næringslivskompetanse, profesjonelle arbeidsplasser ledet og utviklet av fagfolk med yrkesfaglig bakgrunn og bruk av erfaringskompetanse.

«Gjennom jobben i Nyttig Arbeid har jeg fått tilbake selvrespekten. Fra å være mye alene og ruse meg, gleder jeg meg til neste dag, til å møte arbeidskolleger og å spise lunsj. Det er fantastisk å føle at man er til nytte for andre enn en selv.» (sitat fra deltaker)

dentene gir likevel uttrykk for utfordringer som trolig skyldes at de befinner seg mellom to systemer – Arbeids- og velferdsetaten og helse – som har ulike faglige tradisjoner og mål. Resultatene viser at samarbeidet med skolesektoren også kan være utfordrende (290).

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan framgår det at regjeringen vil inkludere flere med helseutfordringer i arbeid, og styrke arbeidsrettet rehabilitering (1). Blant innsatsområdene er forsterket samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren, satsing på effektive samhandlingsmodeller, at arbeidsinkludering i større grad inkluderes som behandlings- og/eller rehabiliteringsmål i helse- og omsorgstjenesten og samordning og styrking av kompetanse og kvalitet innen arbeid og helse. Dette er tiltak som også skal bidra til at personer med rusmiddelproblemer kommer i arbeid og aktivitet.

Regjeringen vurderer at det er gode grunner for å iverksette tiltak som gir denne gruppen mulighet til å komme i ordinært arbeid på lik linje med mennesker som har psykiske lidelser. Dette ses i lys av de foreløpige resultatene fra studier som «Hekta på jobb» og positive erfaringer fra tiltak som «Brygga,» Stavne Arbeid og Inkludering i Trondheim, se boks 7.6. Det er derfor et mål å bidra til at så mange som mulig får tilbud om tiltak som tar sikte på ordinært lønnet arbeid.

Det er også behov for tilrettelagte arbeidstilbud for personer med rusmiddelproblemer som ikke har ordinært arbeid som mål. Det finnes flere gode eksempler for eksempel som «Nyttig Arbeid», se boks 7.7 i regi av Oslo kommune og «I jobb» som drives av Kirkens bymisjon. Arbeidsrettede tiltak som kan være relevante for personer

med rusmiddelproblemer, omtales nærmere i opptrappingsplanen for psykisk helse (49).

Det finnes ulike modeller og tiltak gjennom Arbeids- og velferdsetaten som kan bidra til at personer med rusmiddelproblemer i større grad kommer i arbeid eller utdanning. I noen tilfeller vil IPS være relevant. I andre sammenhenger kan tjenestesamhandlingsmodellene mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenesten, som Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet jobber med å utvikle og iverksette, være aktuelle. Målgruppen i tjenestesamhandlingsprosjektet er særlig personer med milde til moderate psykiske lidelser, med eventuelle samtidige rusmiddelproblemer. Det kan være av betydning at det stimuleres til ytterligere samarbeid mellom psykisk helse- og rustjenestene og Arbeids- og velferdsetaten, slik at flere med rusmiddelproblemer inkluderes i arbeid eller utdanning.

Arbeids- og velferdsforvaltningen – NAV

Sosialtjenesteloven skal fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet og bidra til å bedre levekårene for vanskeligstilte og til økonomisk og sosial trygghet. Loven gir kommunene ansvar for flere oppgaver knyttet til informasjon og forebyggende virksomhet og individuelle sosiale tjenester. De fem individuelle sosiale tjenestene er opplysning, råd og veiledning, økonomisk stønad til livsopphold (økonomisk sosialhjelp), kvalifiseringsprogrammet, midlertidig botilbud og individuell plan. Alle disse tjenestene kan være aktuelle for mange med rusmiddelproblemer. Det forebyggende arbeidet og de individuelle sosiale tjenestene utgjør en vik-

tig del av en helhetlig innsats for å forebygge rusmiddelproblemer og et samlet tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Arbeids- og velferdsforvaltningen inngår i en rekke tverrsektorielle arbeider, særlig knyttet til arbeid og helse, men også i tilknytning til det boligsosiale arbeidet. 60 prosent av kommunene beskrev i 2023 samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer mellom NAV og de øvrige kommunale tjenestene utenfor NAV, som god eller svært god (214).

Sosialhjelpsmottakere er en sammensatt gruppe. Noen kan relativt raskt komme i arbeid, mens andre har komplekse og sammensatte behov som krever tett og mer langvarig oppfølging. En kartlegging gjennomført av Oslo Economics i 2023 viser at det er stor variasjon i hva slags aktiviteter og tiltak sosialhjelpsmottakerne tilbys (291).⁴ Kartleggingen tyder på at kommunene i noe større grad bruker statlige arbeidsmarkedstiltak framfor kommunale tiltak. Flere NAV-kontor oppgir at de ikke har kommunale tiltak for sosialhjelpsmottakere. I disse kommunene må veilederne på NAV-kontorene bruke mer tid på å følge opp brukerne og definere aktiviteter selv. Det kan være hyppigere møter med NAV-kontoret eller oppmøte i kommunale lavterskeltiltak rettet mot bredere målgrupper.

Kartleggingen viser at god oppfølging av sosialhjelpsmottakere krever tett og koordinert oppfølging fra kompetente veiledere med interesse og forståelse for brukerens situasjon. Det handler ofte om kommunens og NAV-kontorets ressurser, men også om organisering og prioritering ved NAV-kontoret.

7.5.1 Meningsfull aktivitet, tilhørighet og mestring

I tillegg til arbeidsrettede tiltak og utdanning er det viktig å legge til rette for aktivitet og møteplasser for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Mestringsopplevelser og deltakelse i fellesskap er viktig, og fysiske og sosiale aktiviteter bidrar til god helse og sosial inkludering. For noen kan det også være et springbrett til videre rehabilitering, utdanning og arbeidsliv.

Det følger av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester at kommunen skal sikre at den enkelte har mulighet til å ha en aktiv og menings-

Boks 7.8 Tilskudd til utvikling av de sosiale tjenestene i NAV-kontoret

Arbeids- og velferdsdirektoratet forvalter en tilskuddordning som har som formål å stimulere til utvikling av de sosiale tjenestene i NAV-kontoret. Målgruppen er sosialt og økonomisk vanskeligstilte som har behov for sosiale tjenester, og andre som står i fare for å komme i en vanskelig livssituasjon. Det kan gis tilskudd både til lokalt initierte tiltak og til lokale tiltak som inngår i nasjonale forsøk og satsinger. Eksempler på målgrupper for lokalt initierte tiltak er unge med svak tilknytning til arbeidslivet, unge med psykiske helseutfordringer og/eller rusmiddelproblemer, familier med lavinntekts- og levekårsproblemer, flyktninger og innvandrere samt langtidsmottakere av sosialhjelp.

fylt tilværelse i fellesskap med andre, og iverksette velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det. Å sikre gode og inkluderende aktivitetstilbud kan bidra til bedret livskvalitet, mestring og mulighet for en aktiv og meningsfull tilværelse. Det er viktig at virkemidler, som for eksempel tilskuddsordninger rettet mot ideell og frivillig sektor, bidrar til at det finnes et likeverdig og mangfoldig aktivitetstilbud til utsatte grupper. Dette ses også i sammenheng med opptrappingsplanen for psykisk helse der regjeringen vil jobbe for at mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har tilgang til meningsfull aktivitet, tilhørighet og mestring (49).

7.6 Bolig og døgntilbud

7.6.1 Bolig, boligsosialt arbeid og oppfølgingstjenester i bolig

Tilgang til en trygg bolig er et av våre mest grunnleggende behov. Verdens helseorganisasjon (WHO) regner bolig som en av de viktigste faktorene som påvirker helsen, både fysisk og psykisk. Dårlige boforhold eller bostedsløshet kan ha store negative konsekvenser. Uten en stabil bosituasjon blir det for eksempel vanskelig å ta imot og ha nytte av helse-, omsorgs- og velferdstjenester, og å gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet.

⁴ Kartleggingen er avgrenset til personer som har økonomisk sosialhjelp som hovedinntekt

De mest sårbare på boligmarkedet er de som ikke disponerer en egen fast bolig. Halvparten av de som var bostedsløse i 2020, hadde rusmiddelproblemer, og 24 prosent hadde et samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse (ROP-lidelse) (292). Sammenliknet med andre bostedsløse har personer med ROP-lidelser oftere tilbakevendende problemer med å finne seg et sted å bo eller beholde boligen. For å oppnå en stabil bosituasjon har de ofte behov for både en tilrettelagt bolig, oppfølging i bolig, helsetjenester og andre tjenester (293).

En kartlegging fra 2015 viste at 40 prosent av pasientene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var bostedsløse ved avsluttet behandling (294). Dette var likt både ved døgnbehandling og poliklinikk. I 2020 var mer enn en av ti i institusjonsbehandling for rusmiddel- eller psykisk helserelaterte problemer uten en egnet bolig å flytte til (292).

Jo mer sammensatte problemer brukerne har, jo større er sannsynligheten for at de har en lite tilfredsstillende bosituasjon, noe som samsvarer med at mange kommuner forteller at det er særlig krevende å gi gode botilbud til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (31). Videre peker kartleggingen på mangel på egnede boliger til målgruppen. Det er et mål i helse- og velferdspolitikken at flest mulig skal leve og bo selvstendig, og i størst mulig grad være integrert i ordinære bomiljøer. Det handler både om normalisering og sosial inkludering og at det kan være uheldig å ha for store konsentrasjoner av mennesker med sammensatte levekårsutfordringer. Kommunene møter imidlertid ofte lokal motstand når de planlegger boliger til ROP-gruppen i ordinære bomiljø (51).

Husbankens lån til utleieboliger til vanskeligstilte skal bidra til flere egnede boliger til personer eller familier som av ulike årsaker er vanskeligstilte på boligmarkedet. Vanskeligstilte på boligmarkedet er personer som ikke har mulighet til å skaffe seg eller beholde et tilfredsstillende boforhold på egen hånd. Lånet kan gis til kommuner og private aktører som bygger eller kjøper egnede boliger for utleie til vanskeligstilte på boligmarkedet. For å få lån må boligene ha tilfredsstillende standard, og funksjonene og lokaliseringen må være egnet for de som skal bo der. For private aktører som får lån, er det en forutsetning at de inngår en avtale med kommunen som gir kommunen rett til å tilvise 40 prosent av boligene til sine boligsøkere i 20 år. Boligene skal hovedsakelig etableres i ordinære og gode bomiljøer.

Kommunene har et overordnet ansvar for å gi bistand til personer som ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, og som derfor trenger bistand til å skaffe eller beholde en egnet bolig. Et viktig grep i den sosiale boligpolitikken var innføring av en ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet (295), som trådte i kraft 1. juli 2023. Formålet med loven er å få et klarere og mer samlet regelverk på feltet. Loven kan bidra til at flere vanskeligstilte får nødvendig hjelp, og at nivået på den boligsosiale bistanden blir mer likeverdig mellom kommuner.

Loven inneholder blant annet en plikt for kommunene til å ha oversikt over behovet for ordinære og tilpassede boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet, og at denne oversikten skal inngå som grunnlag for kommunens planstrategi. Loven presiserer også at kommunen skal gi individuelt tilpasset bistand til vanskeligstilte på boligmarkedet.

Regjeringen la våren 2024 fram en stortingsmelding om boligpolitikken (51). Ett av fire innsatsområder i meldingen er en forsterket innsats for dem som ikke selv klarer å skaffe seg og beholde en egnet bolig. Mange vanskeligstilte på boligmarkedet får den hjelpen de trenger og oppnår en bedre bosituasjon gjennom de boligsosiale virkemidlene bostøtte og startlån. Men noen personer kan ha særlige utfordringer som gjør at boligsosiale tiltak og virkemidler ikke er nok til at de oppnår en god og trygg bosituasjon. De har behov for ulike oppfølgingstjenester i tillegg. Dette kan være komplekse og sammensatte utfordringer som krever langvarig innsats. Det må sikres at de boligsosiale virkemidlene treffer disse gruppene på en god måte. Regjeringen vil utrede om Kobo (se boks 7.9) kan videreutvikles for å sikre bedre prosesser for brukerne og styrke samarbeidsstrukturer i sårbare overganger for eksempel etter utskrivning fra institusjon.

Å skaffe bolig og etablere boforhold er bare en del av bildet. Mange trenger også oppfølgingstjenester i bolig som kan omfatte alt fra somatisk og psykisk helsehjelp til praktisk bistand og sosial og psykososial rehabilitering.

Regjeringen har sørget for å styrke kommunene med 150 millioner kroner gjennom veksten i kommunerammen i 2024 begrunnet med psykisk helse og rus, og har i budsjettet for 2025 foreslått ytterligere vekst i rammetilskuddet med 150 millioner kroner begrunnet med psykisk helse. Veksten i rammen kan bidra til styrket psykisk helse- og rusarbeid som også kan omfatte oppfølgings-tjenester i bolig.

Boks 7.9 Kobo – digitalt system for kommunale utleieboliger og boligsosialt arbeid

KS og Husbanken har samarbeidet med 19 kommuner om utvikling av et digitalt fagsystem for kommunale utleieboliger og boligsosialt arbeid, Kobo. Kobo letter prosessen med å søke, tildele og administrere kommunale utleieboliger og gjør det lettere å følge opp beboere og bidra til gode data. Kobo gjør det enklere å søke kommunal bolig for de som trenger det. Søknadsprosessen blir enklere og raskere. Det blir lettere å få innsyn i egen sak og sikre trygg behandling av personopplysninger. Kobo gjør det også enklere å få bolig som er tilpasset og som ligger i et egnet bomiljø, og bidrar til at den enkelte får bedre oppfølging. For kommunene er det

enklere å fatte vedtak, finne egnet bolig til den enkelte søker, tildele bolig, sikre rett oppfølging og administrere leieforholdet. Med god oversikt over søkere, boliger og leietakere kan kommunen planlegge ut fra behov og utnytte boligmassen bedre. Kobo vil også hjelpe kommunene med å følge opp lovkravene i den nye boligsosiale loven. I 2024 gikk prosjektet over i driftsfase, og løsningen tilbys alle kommuner. Det er kostnadsfritt for kommunene å ta løsningen i bruk, og over 100 kommuner bruker nå Kobo. Kobo vil utvikles videre i samarbeid med kommunene. Regjeringen vil at alle kommuner tar Kobo i bruk.

Det har vært flere tverrsektorielle arbeider knyttet til de to siste strategiene for boligsosialt arbeid og sosial boligpolitikk (296, 297). Begge har hatt tiltak særskilt rettet mot personer med rus- eller psykiske lidelser og særlig gruppen med samtidige psykiske lidelser (ROP). I 2021 utarbeidet Husbanken, Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet en skisse til et innovasjonsprogram for nye, brukerorienterte modeller for bolig- og tjenestetilbud til personer med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske lidelser. Regjeringen mener det er behov for nye grep overfor de mest utsatte gruppene med rusmiddelproblemer, herunder de med samtidige psykiske lidelser (ROP). Det vil være hensiktsmessig å bygge videre på dette arbeidet sett i lys av mulighetene for videreutvikling av Kobo.

Gode tjenester bør utformes etter brukerens behov, og de bør så langt som mulig basere seg på samarbeid med den enkelte bruker. Regjeringen mener det er positivt at mange kommuner jobber med brukermedvirkning i utvikling av tjenestene. Husbankens tilskudd til boligsosiale tiltak støtter opp under utvikling av nye boligsosiale løsninger. Tilskuddet stimulerer til utvikling av nye metoder, konsept og løsninger. Frivillige og private aktører, forsknings- og utdanningsinstitusjoner og kommuner kan søke om tilskudd.

7.6.2 Døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten og bemannede botilbud

Heldøgns helse- og omsorgstjenester og opphold i institusjon inngår i kommunenes sørge for-ansvar. Kommunene skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 gi tilbud om plass i institusjon, og etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 skal de sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp (168). Denne plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom og fra 2017 er plikten utvidet til også gjelde pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

Behovet for døgntilbud i kommunene kan spenne fra korte stabiliseringsopphold, herunder brukerstyrte plasser og akutte døgntilbud (KAD-plasser), til lengre rehabiliteringsopphold og langtidsopphold for personer med langvarig bistandsbehov, herunder plass i sykehjem.

Mange kommuner samlokaliserte boliger eller oppretter botilbud med ulik grad av bemanning og samtidige helse- og omsorgstjenester. Det kan være uklart om tilbudet er å anse som institusjon etter forskrift (298) eller om de er å anse som bolig, der tjenester ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven (168), og selve boforholdet reguleres av husleieloven (299). Det har betydning for hvordan oppholdet kan reguleres for eksempel i form av adgangskontroll, bruk av rusmidler, regulering av besøk mv. Kommunene opplever at de i mindre grad enn spesialisthelsetjenesten har vir-

kemidler som sikrer gode tjenester i egen bolig til pasienter med sammensatte lidelser og utfordrende atferd som samtidig ivaretar personellens sikkerhet.

Det er et behov for mer kunnskap om døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten. På oppdrag fra Helsedirektoratet kartla SINTEF i 2023 kommunenes tilgang til og bruk av døgntilbud til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, herunder omfang og type døgntilbud og en vurdering av om det ivaretar ulike grupperes behov (300).

Rapporten viser at om lag en tredjedel av kommunene og bydelene oppgir at de har egne heldøgns institusjonsplasser til målgruppen, hvorav de store kommunene har den høyeste andelen heldøgns institusjonsplasser. 47 prosent av kommuner med færre enn 50 000 innbyggere har egne heldøgns institusjonsplasser og 88 prosent av bydelene i Oslo.

Nesten halvparten av kommunene kjøper tjenester fra private leverandører for personer med psykiske lidelser og eller rusmiddellidelser. De fleste av plassene som kjøpes er langtidstilbud.⁵

Enkelte større kommuner har egne institusjonstilbud til personer med rusmiddelproblemer, både med rehabiliterende formål, men også for langtidsomsorg. For eksempel har Oslo kommune en egen spesialenhet for pasienter med rusmiddelproblemer ved Stovnerskogen sykehjem, og Stavanger kommune har langtidsplasser ved avdeling for rusomsorg ved Stokka sykehjem.

Det er 84 prosent av kommunene/bydelene som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnoophold for personer med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Mange bygger imidlertid tilbudet på eksisterende døgntilbud etablert for somatiske pasienter, og flere kommuner oppgir at akuttplassene i liten grad benyttes av målgruppen. Årsakene er blant annet at tilbudene ikke er tilpasset brukergruppens behov, at andre tilbud er mer aktuelle, som innleggelse i spesialisthelsetjenesten eller oppfølging fra hjemmetjeneste, men også at tilbudet ikke er godt kjent blant legene, eller at reiseveien er for lang.

Under 30 prosent av kommunene har institusjonsplasser tilgjengelig for personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer (300). Dette kan ha sammenheng med en overordnet retning i velferdspolitikken over mange år om at personer med bistandsbehov skal kunne bo i egen bolig og ikke i institusjon. Dette gjenspeiles blant annet ved at både helse- og omsorgstjenesten og

sosialtjenesten skal legge til rette for at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig (4, 168).⁶ Kommunene kan da vektlegge etablering i egen bolig, eventuelt med tilbud om tjenester i hjemmet. I tillegg kan en høy innleggesrate for pasientgruppen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ha bidratt til et mindre opplevd behov for kommunale døgntilbud.

SINTEF kartlegging gir samlet sett et bilde av at det ikke er tilstrekkelig døgntilbud for personer med rusmiddel- og psykiske lidelser i kommunene. Det gjelder særlig målgruppen med antatt forhøyet voldsrisiko, ofte i kombinasjon med ROP-lidelser.

Et bedre bolig- og oppfølgingstilbud til personer med rusmiddelproblemer og pasienter med ROP-lidelser kan også bidra til mindre behov for døgnoophold i kommunene, og det må fortsatt være et mål at de som har nytte av et lavere nivå av oppfølging, skal leve og bo selvstendig. Likevel vil det være et antall personer som i kortere eller lengre tid vil ha behov for døgkontinuerlig oppfølging og tydeligere rammer enn det ambulans oppfølging kan gi, men som ikke har behov for døgntilbud i spesialisthelsetjenesten. Særlig enkelte pasienter med ROP-lidelser synes å ha mer utbytte av å bo i bofellesskap enn i egen bolig (301). Personer som har eller har hatt et omfattende og alvorlig rusmiddelproblem får også aldersrelaterte plager tidligere enn den øvrige befolkningen og kan med det også få behov for døgntilbuderte helse- og omsorgstjenester i kommunen.

Regjeringen ser behovet for døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten i sammenheng med blant annet investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser. Investeringstilskuddet forvaltes av Husbanken og skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Slik det framgår av opptrappingsplanen for psykisk helse, vil regjeringen jobbe for et bedre bo- og tjenestetilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov. Dette omfatter å utrede bemannede botilbud og tilbud som gir bedre bruk av tilgjengelige ressurser både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten (49). Målgruppene omfatter personer med rusmiddelproblemer.

⁵ 60 døgn eller mer per kalenderår

⁶ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-1, nr. 3. og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 1, første ledd.

Regjeringen ser det som hensiktsmessig å utrede hvordan det kan stimuleres til etablering av tilrettelagte botilbud for målgruppene innenfor gjeldende eller nye ordninger. Boligtilbudene bør imidlertid, for å kunne ha nødvendige rammer, falle inn under forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon og etableres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og gjennom interkommunalt samarbeid der det er hensiktsmessig. Etablering av bemannede botilbud kan understøttes av målrettet, tidsbegrenset bruk av tilskuddsmidler til rekruttering av personell, og for å sikre ambulante eller stedlige tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Tiltaket ses i sammenheng med innsatsen rettet mot bolig og boligsosialt arbeid omtalt i kapittel 7.6.1.

7.6.3 Tilskuddsfinansierte døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten

Staten finansierer gjennom en egen tilskuddsordning flere døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten til personer med rusmiddelproblemer, som er drevet av ideelle aktører.⁷ Helsedirektoratet som forvalter ordningen, rapporterer at kommunene i liten grad benytter disse institusjonstilbudene til pasienter og brukere med rusmiddelproblemer. Kommunene oppgir blant annet usikkerhet om kvalitet som en årsak. Regelverket for tilskuddsordningen gir mulighet til å kreve en mindre egenbetaling fra brukerne, men uten kommunal delbetaling er virksomhetene avhengige av tilskudd fra staten. Uten kommunal medvirkning har brukere som benytter slike tilbud ikke vedtak på tjenesten og heller ikke nødvendigvis en kopling til kommunale tjenester. Dette øker risikoen for at brukerne i mindre grad mottar sammenhengende og helhetlige tjenestetilbud og rehabiliteringsløp.

Regjeringen har tatt grep for å sikre en rettferdig fordeling av tilskudd til formålet, blant annet ved å avvikle øremerkinger i statsbudsjettet slik at tildelinger og utmåling av tilskudd kan skje etter objektive og kvalitative kriterier. Tilskuddsfinansierte døgntilbud må utvikles i sammenheng med kommunale tilbud og utviklingen i spesialisthelsetjenesten slik at tjenestetilbudet til målgruppen blir helhetlig, og de samlede ressursene og kompetansen utnyttes mest mulig effektivt. Tilskuddsordningen inngår i den samlede vurderingen av tilskudd på området, se omtale i kapittel 7.9.

⁷ Grunntilskudd til institusjonsbaserte tilbud for personer med rusmiddelproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester

Det kan være formålstjenlig å se både de kommunale døgntilbudene og tilskuddsfinansierte døgntilbud i sammenheng, eller som en del av utredningsarbeidet som er omtalt i kapittel 8.10.

7.6.4 Krisesentertilbud til voldsutsatte med rusmiddel- eller psykiske helseproblemer

Det er en tydelig sammenheng mellom rusmiddelbruk og voldsutøvelse, hvor enten utøver, offer eller begge parter er påvirket av rusmidler, særlig alkohol (247, 302). En studie fra Sverige fant at over halvparten av kvinnene i rusbehandling hadde blitt utsatt for vold i nære relasjoner, og at en av tre hadde blitt utsatt for så grov vold at de trengte innleggelse på sykehus (303). Videre viste en kartlegging av partnerdrap begått i Norge i perioden 1990–2012, at opp mot 40 prosent av ofrene hadde rusmiddelproblemer (304).

Det følger av krisesenterloven § 2 første ledd at kommunen har plikt til å «sørge for eit krisesentertilbud som skal kunne nyttast av personar som er utsette for vald eller truslar om vald i nære relasjonar, og som har behov for rådgjeving eller eit trygt og mellombels butilbod» (305).

Kommunens ansvar omfatter kvinner, menn og barn, uansett vedkommendes utfordringer eller særlige behov.

Krisesenterstatistikken viser at det er få krisesentre som oppgir at de gir et ubetinget tilbud til personer med kjent rusmiddelproblematikk (306). Mange krisesentre vurderer i hvert enkelt tilfelle om de kan gi opphold. Mangel på tilrettelagte lokaler er en av årsakene til at disse utsatte ikke alltid får et botilbud på krisesentre. Dette er mennesker som ofte må skjermes, blant annet av hensyn til andre voksne og barn som oppholder seg på krisesentre, og som har behov for forutsigbarhet og trygghet. Videre har ikke krisesentertilbudene kompetanse eller mandat til å ta vare på personer som har behov for spesialisert helsehjelp eller sosialhjelp.

Det er mange voldsutsatte med rusmiddelproblemer som ikke oppsøker krisesentre fordi de vet at de ikke får et botilbud der, eller ikke kan bruke rusmidler mens de oppholder seg på krisesentre. Dette er beskrevet i en rapport om menneskerettigheter og rus fra Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) (119). Rapporten påpeker at personer med rusmiddelproblemer forskjellsbehandles, for eksempel ved at de ikke har et reelt tilbud i store deler av landet. NIM anbefaler myndighetene å utrede hvordan hjelpetilbudet til voldsutsatte som bruker rusmidler kan styrkes, og sikre

gruppen reell tilgang til et godt krisesentertilbud over hele landet.

Det kommer fram i forarbeidene til krisesenterloven at dersom et krisesenter ikke blir vurdert som velegnet for å imøtekomme de behovene en bruker har, må kommunen finne andre løsninger som sikrer et likeverdig tilbud. Kommunen har anledning til å opprette krisesenterplasser i andre botilbud, for eksempel innenfor rusomsorgen, så lenge disse oppfyller kravene til sikkerhet og innhold som framgår av lov og forskrift.

Barne- og familiedepartementet har sendt på høring forslag til endringer i krisesenterloven. Departementet foreslår blant annet å lovfeste et krav til likeverdige alternative botilbud som presiserer at der tilrettelegging ikke er mulig, skal kommunen sørge for likeverdige alternative botilbud. Dette vil bidra til at voldsutsatte som ikke kan oppholde seg på krisesenter på grunn av egen, eller andres sikkerhet, på grunn av individuelle behov eller av hensyn til andre brukere, vil kunne få et likeverdig tilbud.

Departementet presiserer likevel i høringsnotatet at krisesentrene skal være et lavterskeltilbud for de som er utsatt for vold i nære relasjoner, og at krisesentrene verken er eller skal være behandlingsinstitusjoner. Regjeringen ser det derfor som nødvendig å styrke tilbudene til voldsutsatte kvinner med rusmiddellidelser i spesialisthelsetjenesten, se nærmere omtale i kapittel 8.9.

7.6.5 Reduksjon i ytelser under institusjonsopphold

Personer som oppholder seg i statlig institusjon og mottar livsoppholdsytelser som blant annet sykepenge, arbeidsavklaringspenge, uføretrygd eller alderspensjon fra folketrygden, får reduksjon i ytelsene etter nærmere bestemmelser (307). Begrunnelsen for disse reglene er at det ikke er rimelig at personer som mottar trygd skal kunne motta uavkortede ytelser over lang tid samtidig som staten betaler for kost og løsj på institusjonen.

Ved opphold i kommunale institusjoner blir ikke ytelsene redusert etter disse reglene, men kommunen kan ta betaling og be Arbeids- og velferdsetaten legge inn trekk direkte i beboerens ytelse. For uføretrygd og pensjon er det gjort unntak fra reduksjon i ytelser ved opphold i somatiske sykehusavdelinger. Da unntaket ble innført i 1997 ble det begrunnet med at slike opphold gjennomgående er så kortvarige at reduksjon i ytelser ikke er aktuelt (308). Selv om også et mindretall av døgnoppholdene i TSB er av slik varighet at

ytelsene blir redusert, er oppholdstid gjennomgående lengre for pasienter i døgntilbud innen TSB enn i psykisk helsevern og somatiske avdelinger. Reglene treffer derfor personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser i større grad.

Det er en tilbakevendende problemstilling at pasienter skriver seg ut før behandlingen er avsluttet av frykt for reduksjon av trygdeytelser og tap av bolig. Dette er ikke minst aktuelt innen TSB. Reduksjon i ytelser fra folketrygden kan også bidra til at utskrivningsklare pasienter har unødige lange opphold i døgninstitusjon dersom de mister bolig underveis i behandlingsforløpet.

Det er unntak fra reduksjonsreglene for at pasienter skal kunne gjennomføre hensiktsmessig behandling uten frykt for å miste boligen. Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil gjennomgå disse reglene for å vurdere om regelverket og praksis i tilstrekkelig grad sikrer dette formålet. I den forbindelse vil det også gjøres en gjennomgang av andre sider ved regelverket om reduksjon i ytelser ved institusjonsopphold, blant annet reduksjonsgradene. Dersom gjennomgangen viser at det er behov for endringer, vil departementet ta initiativ til nødvendige justeringer.

7.7 Tannhelsetjenester

Regjeringen ønsker en gradvis utvidelse av den offentlige tannhelsetjenesten med mål om å likestille den med andre helsetjenester. Derfor oppnevnte regjeringen et utvalg i 2022 med mandat til å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten. Utvalget ble blant annet bedt om å vurdere forslag til skjermingsordninger for pasienter med særskilte behov for tannhelsehjelp. Utvalget leverte sin utredning, NOU 2024:18 *En universell tannhelsetjeneste – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar*, september 2024 (309). Utredningen vil bli sendt på høring før regjeringen foreslår videre oppfølging av rapporten.

Regjeringen har villet lovfeste tilbud om tannhelsetjenester til personer med rusmiddellidelser som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), eller mottar tjenester som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og § 3-6 (168).

Våren 2024 la regjeringen fram Prop. 60 L (2023–2024) *Endringer i lov om tannhelsetjenesten*, (310), som ble vedtatt i Stortinget 11. juni, med ikrafttredelse 1. juli. Endringene innebærer en lovfesting av rettigheter for unge voksne i alderen 21 til 24 år, personer med rusmiddelavhengighet som mottar visse helse- og omsorgstjenester, og innsatte i fengsel. Dette er rettighetsfesting i lov

av gjeldende praksis overfor pasientgrupper som i en årrekke har mottatt tannhelsehjelp med grunnlag i rundskriv og bevilgninger, men uten at de har hatt rettigheter etter loven. Lovendringene tydeliggjør ansvaret til den offentlige tannhelsetjenesten og styrker rettsstillingen til grupper med kjent dårlig tannhelse.

Pasienter med rusmiddellidelser har rett til nødvendig tannhelsehjelp dersom de omfattes av noen av de prioriterte gruppene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 (311). Mest aktuell er gruppen i § 1-3 første ledd bokstav c, som omfatter «eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie» og gruppen i ny bokstav e, som omfatter «personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar noen av følgende tilbud:

- personlig assistanse i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b
- avlastningstiltak for pårørende i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2 legemiddelassistert rehabilitering i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16»

Det er per i dag ikke mulig å gi et tall på hvor mange pasienter med rusmiddellidelser som får utført tannbehandling årlig. Vi mangler også talldata om behandlingen som foregår i det private markedet, der hoveddelen av voksne, betalende pasienter får utført sin tannbehandling. Det finnes imidlertid talldata på behandlinger som er utført i den offentlige tannhelsetjenesten i 2022. Samlet mottok 1150 pasienter med rusmiddellidelser tjenester etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c (der de er skilt fra øvrige pasienter i gruppen) tannbehandling, i tillegg til 6458 pasienter i LAR.

For pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer er tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (TOO) av betydning. Pasienter som fyller kriteriene, vil først få angstbehandling eller annen psykologisk behandling. Deretter tilbys de tannbehandling slik at de oppnår en akseptabel tannhelse (312). Tilbudet er nå etablert i den offentlige tannhelsetjenesten i alle fylker.

7.8 Frivillig og ideell sektor, bruker- og pårørendeorganisasjoner

Frivillig og ideell sektor er viktige bidragsytere til norsk velferdsproduksjon. Ifølge hovedorganisa-

sjonen Virke representerer tjenesteytende ideell sektor om lag 9 prosent av velferdsfeltet (313).

Frivillighetsfeltet, herunder bruker- og pårørendeorganisasjonene, er en betydelig ressurs i helsetjenestene også i et bærekraftperspektiv. Sektoren kan, blant annet gjennom lavterskeltilbud i form av sosial støtte, inkludering og fellesskap, supplere og utfylle offentlige tjenestetilbud. I Hurdalsplattformen slår regjeringen fast at den vil støtte opp om ideell sektor og ideelle tilbydere i helse- og omsorgssektoren, og frivillige og ideelle tilbydere på helse- og omsorgsfeltet må sikres gode rammevilkår og forutsigbar drift.

Historisk sett har frivillig og ideell sektor hatt stor betydning for utvikling av rusmiddelfeltet, og både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er det et betydelig innslag av ideelle aktører. Ideelle leverandører med avtale med de regionale helseforetakene har alltid hatt en sentral plass innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og utgjør en vesentlig del av kapasiteten i det totale tjenestetilbudet. Med det bidrar sektoren til både kvalitet, mangfold og faglig utvikling i tjenestene. Sektoren utfører også oppgaver som tangerer eller inngår i det kommunale ansvaret. For eksempel tilbys både helsetjenester, bo- og oppfølgings-tilbud og praktisk bistand av ideelle aktører. I noen sammenhenger er dette etter avtale der kommunen kjøper slike tjenester av ideelle tjenesteytere, men det foregår også i noen sammenhenger uten samarbeid eller at det er koordinert med kommunene.

Norge har et høyt innslag av representasjon fra sivil samfunn både i det forebyggende arbeidet, i utforming av rusmiddelpolitikken og i tjenesteutvikling, se også kapittel 6 om å fremme bruker-, familie- og pårørendeperspektivet.

Sammen med ruspolitiske organisasjoner er også bruker- og pårørendeorganisasjonene viktige premissleverandører for rusmiddelpolitikken. Mange av bruker- og pårørendeorganisasjonene framstår ofte like mye som ruspolitiske organisasjoner som interesseorganisasjoner for en bestemt pasientgruppe. Regjeringen ser nødvendigheten av bredde og mangfold når det gjelder sivil samfunns deltakelse og påvirkningskraft på rusmiddelpolitikken. Norge har hatt en høy internasjonal profil knyttet til sivilsamfunnets mulighet for å delta i politikktutvikling, og har lagt til rette for at organisasjonene også har kunnet delta på internasjonale samlinger, blant annet i de årlige møtene i FNs narkotikakommisjon (CND).⁸

⁸ CND ble opprettet i 1946 og er i dag det styrende organet for FNs kontor for Narkotika og kriminalitet UNODC

Boks 7.10 HUSET Bergen

HUSET er et brukerstyrt tiltak som er etablert og drives som et samarbeid mellom de tre brukerorganisasjonene A-Larm, Foreningen for Human ruspolitikk (FHN) og proLAR Nett.

I 2024 er det etablert tre brukerstyrte hus, HUSET Bergen, HUSET Oslo og HUSET Stavanger. Konseptet er likt i alle tre husene. Det legges til grunn et prinsipp om medborgerskap og at alle skal oppleve å bli behandlet som likeverdige medlemmer av samfunnet. Det innebærer at alle har den samme retten og plikten til å bidra til å skape et samfunn hvor alle har like rettigheter, like muligheter og lik verdi. HUSET benytter en bruker til bruker-tilnærming som gir rusmiddelavhengige, tidligere rusmiddelavhengige og pårørende en arena hvor de kan oppleve tilhørighet, samhold, verdi, håp, muligheter og ansvar.

At HUSET er brukerstyrt, skiller det fra andre tilbud hvor brukere inviteres til å medvirke eller gis mulighet til å ha innflytelse. HUSET har selv ansvar for alle kjerneoppgaver, mens eksterne samarbeidspartnere medvirker for eksempel med støtte, kvalitetssikring, opplæring og forskning. HUSET samarbeider med mange aktører som næringsliv, andre frivillige organisasjoner, naboer, kommune, spesialisthelsetjeneste og forskningsinstitusjoner. Mye av dette samarbeidet er initiert og driftes av HUSET.

HUSET jobber utadrettet mot politikere, naboer og samfunnet ellers og bidrar til forskning, opplysning og til å bygge ned barrierer og stigma.

Kilde: Marianne Cook Pierron, daglig leder HUSET Bergen.

Bruker- og pårørendeorganisasjoner på psykisk helse- og rusmiddelfeltet er viktige for å fremme brukernes interesser og behov gjennom å integrere brukermedvirkning både på system- og tjenestenivå. Bruker- og pårørendeorganisasjoner er godt representert i offentlige organer i helse- og omsorgstjenesten, for eksempel i ulike brukerråd, både i kommuner, helseforetak og hos overordnede helsemyndigheter. Helsedirektoratet har et eget brukerforum (Brukerrop) som består av bredden av organisasjonene på psykisk helse- og rusmiddelfeltet. Helse- og omsorgsdepartementet har et kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenestene. Se også omtale av brukermedvirkning i kapittel 6.

Flere brukerorganisasjoner tilbyr også sosiale aktivitetstilbud for sine målgrupper og/eller medlemmer. Det være seg kafeer og væresteder som Kafé X i Tromsø og Huset Bergen eller de brukerstyrte sentrene.

Frivillig og ideell sektors aktivitet på rusmiddelfeltet kjennetegnes av at en relativt stor andel av aktiviteten er finansiert over statsbudsjettet i form av tilskuddsordninger. Mange av tilskuddsordningene over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett som er rettet mot personer med rusmiddelproblemer, er felles med psykisk helsefeltet og omfatter også voldsproblematikk.

Det pågår et løpende arbeid for å ha tilskuddsordninger som understøtter helsemyndighetenes

overordnede mål på psykisk helse- og rusmiddelfeltet, samtidig som mangfold og tilskuddsmottakernes behov for forutsigbarhet ivaretas. Det ble gjort store endringer i tilskuddsordningene i 2023. Helsedirektoratet har i 2024 gjennomgått tilskuddsordningene som er rettet mot psykisk helse- og rusmiddelfeltet over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Direktoratet har blant annet vurdert behovet for tilpasninger og endringer i regelverket til bruker- og pårørendeorganisasjoner slik at tilskuddene i større grad støtter formålet med bevilgningene. Dette innebærer også tilpasninger og justeringer slik at godt kvalifiserte søkere som i dag ikke passer inn i dagens ordninger, kan ivaretas.

Det har særlig vært behov for en mer forutsigbar og tilpasset ordning for paraplyorganisasjonene på psykisk helse- og rusmiddelfeltet, også der formålet ikke er å fremme bruker- og pårørende medvirkning spesielt. Regjeringen foreslår i budsjettet for 2025 å opprette en ny tilskuddsordning til etablerte paraplyorganisasjoner innen psykisk helse, rusmiddel- og voldsfeltet.

Tilskuddsordningen til oppfølgingstilbud til personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer og/eller erfaring fra salg og bytte av seksuelle handlinger som ble etablert i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i 2024, videreføres i 2025. Tilskudd gis til frivillige og ideelle virksomheter som driver lett tilgjengelige

oppfølgingstilbud uten egenbetaling. Tilskuddet omfatter blant annet oppfølging av helseproblemer i målgruppen, forebygging av helseskade ved rusmiddelbruk og bistand til praktiske gjøremål mv.

Regjeringen anser at brukerstyrte tilbud har en særlig merverdi fordi de på ulike måter involverer brukerne av tilbudet i driften, noe som bidrar til mening og mestring. Gjennom tilbud om sosial støtte, inkludering og fellesskap er de brukerstyrte «husene» en viktig del av det sosiale nettverket som trengs i forbindelse med behandling i kommune eller spesialisthelsetjeneste. Bevilgningen inngår på den måten i regjeringens arbeid med godt ettervern knyttet til oppfølging etter behandling. Regjeringen har i budsjettet for 2025, foreslått å bevilge 2 millioner kroner til en egen tilskuddsordning for brukerstyrte hus på rusmiddelfeltet.

7.9 Videreutvikle tilskuddsordninger på psykisk helse- og rusmiddelfeltet

Formålet med statlige tilskudd er å legge til rette for å nå prioriterte mål og tar ofte sikte på å dekke områder der det er opplevd mangler eller er identifisert utviklingsbehov. Tilskudd er et potent virkemiddel for å realisere politikk. Det er imidlertid ikke alltid det foreligger en grundig utredning av et behov før en tilskuddsordning etableres eller endres. Ofte er ordningene hver for seg små og forutsetter ikke nødvendigvis en utredning i henhold til kravene i utredningsinstruksen (314).

Tilskudd omfatter både utviklingsarbeid i kommunene, i spesialisthelsetjenesten og til ideell og frivillig sektor. Ordninger rettet mot kommuner og frivillig og ideell sektor over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett forvaltes i hovedsak av Helsedirektoratet. Det er høy etterspørsel etter tilskudd på noen områder der antall søknader langt overskrider de disponible rammene, og presset er økende. På andre områder er etterspørselen lav, og det er stadig behov for justeringer. Det kan stilles spørsmål ved om de ulike tilskuddsordningene i tilstrekkelig grad ses i sammenheng og understøtter hverandre. Videre er det spørsmål om dagens fordeling av bevilgninger på de ulike ordningene er i samsvar med overordnede politiske mål, faglig utvikling og behovene på feltet.

Helsedirektoratet og tilskuddsforvalterne i andre sektorer gjennomfører regelmessig evalueringer av utvalgte ordninger i tillegg til løpende

forbedringsarbeid. Evaluering av tilskudd til institusjonsbaserte tiltak og aktivitetstilbud rettet mot personer med psykiske problemer, rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring kan vise til at deler av formålet med de enkelte ordningene blir nådd, for eksempel mål om mangfold i tjenestetilbudet til målgruppen, men mindre om effekt av tilbudene på bruker- og samfunnsnivå (315).

Fragmenterte, kortvarige og spesifikke tilskuddsordninger på statlig nivå kan gi kommuner og andre aktører dårlige forutsetninger for å jobbe langsiktig, systematisk og bærekraftig med lokale utfordringer. En områdegjennomgang av øremerkede tilskudd til kommunesektoren i 2017 viste at tilskuddsordningene ga dårlig og lite effektiv statlig styring av kommunesektoren (316). De mange tilskuddsordningene bidrar også til store administrasjonskostnader både for forvalter og søkere.

Det gis tilskudd til ideell og frivillig sektor til aktivitet som overlapper kommunale helse- og omsorgstjenester. Ved kjøp av tjenester er det kommunen som er ansvarlig for at tilbudene fyller kravene til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og at pasient- og brukerrettigheter ivaretas. For noen tilskuddsfinansierte tilbud er kunnskapsgrunnlaget mangelfullt, og det trenger derfor å styrkes. Som hovedregel bør tilskuddsfinansiert aktivitet bidra til å realisere overordnede mål på feltet og etableres som en integrert del av samfunnets samlede innsats på feltet.

Flere departementer har tilskuddsordninger rettet mot frivillig og ideell sektor som treffer personer med rusmiddelproblemer. Arbeids- og inkluderingsdepartementet viser til at tilbud gjennom ideelle og frivillige organisasjoner bidrar til et mangfold i tjenestetilbudet til målgruppene, og anses som viktig for å møte variasjonene i målgruppens behov. Tilskudd til aktivisering og arbeidstrening og tilskudd til sosialt entreprenørskap er eksternt evaluert. Ifølge evalueringen bidrar prosjektene til gode løsninger for inkludering av målgruppene ved at det tilbys fleksible løsninger (317). Det pekes imidlertid på at det er en utfordring med videreføring av tiltak og finansiell bærekraft på sikt. Arbeids- og inkluderingsdepartementet følger opp evalueringen for å se på hvordan tilskuddsordningene bør innrettes mest mulig formålstjenlig.

Øremerkede tildelinger til enkeltaktører, særlig over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, har bidratt til både å binde opp bevilgninger i søkbare tilskuddsordninger og til at både mottakere og tilskuddsbeløp har framstått som relativt vilkårlig. Regjeringen avvirket derfor i 2022 og

2023 en rekke øremerkede tilskudd, noe som gjør det mulig å fordele tilskudd mer rettferdig og etter tydeligere kriterier. Rapporteringen fra Helse- og omsorgsdepartementet viser likevel flere skjevheter i fordeling av tilskudd, ikke minst geografisk. For eksempel søker små kommuner sentrale tilskuddsordninger i mindre grad enn større kommuner og byer.

Ordninger som er rettet mot kommunene, har ofte krav i regelverk om at mottaker må vise hvordan det skal arbeides for at tilskuddsfinansierte tiltak tas inn i økonomiplaner og budsjetter. Også her er det et tilbakevendende problem at tiltak som etableres med tilskudd, ikke videreføres etter at tilskudd faller bort, og det er usikkert i hvilken grad metodikk og kompetanse som utvikles, overleveres og lever videre. Tiltak i regi av frivillig og ideell sektor kan i liten grad bli selvfinansiert og er helt avhengig av tilskudd. Dette binder framtidige bevilgninger og gir mindre rom for utviklingsarbeid og nye tilskuddsmottakere.

Tilskuddsmottakerne rapporterer ofte om utfordringer knyttet til kompliserte søknadsprosesser, lang saksbehandlingstid, komplisert regelverk og generell uforutsigbarhet, blant annet om videreføring, utmåling og utbetaling av tilskudd.

De søkbare tilskuddsordningene som omfatter rusmiddelfeltet over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, utgjør en betydelig økonomisk ressurs og er et viktig virkemiddel for å realisere faglige og politiske mål på psykisk helse- og rusmiddelfeltet. Det er imidlertid et potensial for bedre, mer effektiv og samordnet bruk enn i dag. Det er også viktig å vurdere om dagens innretning og fordeling mellom ordninger er i samsvar med mål i forebyggings- og behandlingsreformen og opptrappingsplanen for psykisk helse.

Evalueringer og revideringer av enkeltstående tilskuddsordninger har stor nytteverdi, men gir en

fragmentert tilnærming. Regjeringen ser behov for en større og mer helhetlig gjennomgang av tilskuddsordninger rettet mot psykisk helse og rusmiddelfeltet. Dette handler om behov for en formålstjenlig og effektiv bruk av de samlede ressursene på feltet, hensynet til kommunens behov for å benytte tilskudd etter lokale behov, hensynet til faktiske behov blant brukere i målgruppen for tilskuddsfinansiert aktivitet og hensynet til tilskuddsmottakernes behov for forutsigbarhet og kontinuitet.

Det kan vurderes om det finnes mer hensiktsmessige finansieringsordninger enn tilskuddsordninger for å stimulere til ønsket aktivitet og utvikling på psykisk helse- og rusmiddelfeltet. Et alternativ til dagens ordninger kan være ulike former for programfinansiering for å få større kraft og sammenheng på særlige områder. Programfinansiering er en tilnærming som blant annet har blitt anbefalt av KS, særlig i forbindelse med finansiering av satsinger rettet mot barn og unge.

Det kan også være aktuelt å vurdere om alle ordninger forvaltes på riktig nivå. En del av utviklingsarbeidet kan være å vurdere å delegere flere av ordningene eller deler av bevilgningene til Statsforvalteren, eventuelt vurdere om instanser som fylkeskommunen/kommunen kan forvalte enkelte ordninger. En slik tilnærming kan bidra til en mer helhetlig innretning av rusmiddelfeltet ved at rammefinansierte og tilskuddsfinansiert aktivitet samordnes, og trekker i samme retning ut fra lokale behov. I en videre utvikling av tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kan det også være relevant å se til overlappende eller tilstøtende ordninger over andre departementers budsjetter for en samordning på tvers av sektorene. I et slikt arbeid vil det være nødvendig at alle relevante aktører blir involvert.

8 Behandling av rusmiddellidelser

8.1 Bakgrunn

Rusmiddelproblematikk har et spenn fra risikofull rusmiddelbruk til alvorlige avhengighetslidelser og personer med rusmiddelproblemer har behov for ulike tilnæringer og behandlings- og oppfølgingstilbud. For mange vil det være tilstrekkelig med korte intervensjoner for at de endrer sitt bruksmønster. Andre vil ha nytte av langvarig behandling og oppfølging fra fastlege og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, mens noen har omfattende hjelpebehov som krever spesialisert behandling. Noen pasienter har også behov for behandling for samtidige rus- og psykiske lidelser og *samtidige* tjenestetilbud fra begge nivåer i helsetjenesten. Derfor må behandling for rusmiddellidelser opprettholdes og videreutvikles både i kommunene, i spesialisthelsetjenesten og på tvers av nivåene.

For og tjeneste- og behandlingstilbud til barn og unge med rusmiddelproblemer, se kapittel 7.2.4 og kapittel 9.5.

8.1.1 Regjeringen vil

- følge opp tiltak i Nasjonal alkoholstrategi innen kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten
- legge til rette for at flere får behandling for alkoholbrukslidelser, ved å
 - øke kunnskap om følgeskader av alkohol og ferdigheter hos personell
 - øke kunnskapen om legemidler som kan brukes for å behandle alkoholproblemer, herunder om muligheten til å søke individuell stønad etter blåreseptforskriften
 - øke personellens oppmerksomhet for å identifisere tilstander der alkohol er en medvirkende årsak til sykdomsbildet
 - etablere en ny behandlingsretningslinje for tidlig intervensjon for alkoholproblemer
- legge til rette for at flere får behandling for legemiddelavhengighet, og at færre utvikler slik avhengighet, ved å
 - øke rekvirenters kompetanse og kvalitet i rekvireringspraksis
 - vurdere endringer i regelverket for rekvirering og offentlig finansiering av avhengighetsskapende legemidler
 - øke tilgjengeligheten av og kompetansen om andre behandlingsmetoder enn legemidler ved langvarige smerter
 - legge til rette for tverrfaglig samarbeid både innad og mellom ulike nivåer i helsetjenesten
 - legge til rette for at de regionale helseforetakene kan styrke kapasiteten til veiledning, utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten av pasienter med langvarige smerter og legemiddelavhengighet
- sette ned et offentlig utvalg som skal utrede framtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling, hvor oppgave- og funksjonsfordelingen og samhandling mellom ulike nivåer og aktører optimaliseres. Utredningen skal blant annet omfatte
 - gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget innen behandling av rusmiddel- og avhengighetslidelser for å gi personer med rusmiddelproblemer og deres familier et behandlingstilbud med god kvalitet
 - utredning av mulige endringer i LAR for fortsatt å sikre et helhetlig og kunnskapsbasert tilbud til pasienter med opioidavhengighet og medikamentell behandling av andre og samtidige rusmiddelavhengigheter, i og utenfor spesialisthelsetjenesten
- oppsummere kunnskap og erfaringer om anvendelse av tvang på rusmiddelfeltet
- sørge for at det bygges opp kapasitet i behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med rusmiddellidelser i spesialisthelsetjenesten
- legge vekt på mulighetene for et godt helse- og velferdstilbud ved endringer i kriminalomsorgens struktur
- styrke rusmestringstilbudene i norske fengsler
- styrke samarbeidet mellom kriminalomsorgen og helseforetakene
- følge opp anbefalinger og tiltak fra straffereaksjonsutvalget herunder

- om hvordan innsattes helse best kan ivaretas under varetekt, straffegjennomføring og ved tilbakeføring til samfunnet
 - avklare og tydeliggjøre forholdet mellom helsetjenestenes plikt til å yte helsetjenester til innsatte, og kriminalomsorgens tilretteleggeransvar slik at innsatte får den helsehjelpen de har rett på og behov for
- sikre tidlig identifisering og god behandling av personer med spilleproblemer

8.2 Behandling av alkoholproblemer

Mange pasienter med alkoholproblemer kommer i kontakt med helsetjenestene for ulike psykiske og somatiske helseproblemer uten at den bakenforliggende alkoholbruken nødvendigvis er kjent. En stor andel av pasientene som er innlagt ved somatiske sykehusavdelinger, har rusrelaterte helseproblemer, der rusmiddelbruken kan ha forårsaket eller komplisert innleggelsen.

Mange har barrierer mot å snakke om sine alkoholproblemer. Dette kan handle om skam og stigma, men også redsel for konsekvenser knyttet til tap av relasjoner, førerkort og/eller arbeid (318). Holdninger og mangel på kunnskap, kan være barrierer for helsepersonell mot å ta opp alkoholproblematikk med sine pasienter.

Å arbeide systematisk for å redusere skam og stigma ved rusmiddelproblematikk kan bidra til at pasienter tør å ta opp denne typen helse spørsmål med fastlegen eller annet personell i helsetjenesten. Det er derfor viktig at personellet har kompetanse om hva som fremmer og hemmer samtaler om alkohol og alkoholproblemer. Det er et potensial for å øke både kunnskap og kompetanse og tilgang til gode verktøy for å identifisere og intervensjon ved risikofull eller skadelig alkoholbruk. Dette gjelder for personell i spesialisthelsetjenesten, for fastlege, helsesykepleiere og jordmødre samt hjemmetjeneste og bedriftshelse-tjeneste m.fl.

Boks 8.1 Resultatmål

- Ansvar og oppgaver mellom tjenestenivåer og sektorer følges opp i tråd med ny kunnskap og utviklingen i øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Screening og korte intervensjoner

Helsetjenesten har blitt oppfordret til å screene pasienter for alkoholproblemer, særlig ved indikasjon på skadelig bruk. Det er viktig at personell har nødvendig kunnskap om muligheter og begrensninger ved ulike screeninginstrumenter. Brukes de feil, kan slike instrumenter føre til feilaktige konklusjoner og lite treffsikker oppfølging.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) er et mye brukt verktøy til bruk overfor den generelle befolkningen og i forskning for å avdekke mulige alkoholproblemer. Tilsvarende verktøy finnes for identifisering av problembruk av ulovlige rusmidler, for eksempel DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test).

Et stort antall studier har vist at kartlegging av risikofylt alkoholbruk (f.eks. ved hjelp av AUDIT) og motiverende intervju (MI) som intervensjon overfor personer som har risikofylt alkoholbruk, har god effekt (319). Likevel har man i liten grad lykkes med å iverksette dette i stor skala. Dette gjelder ikke bare i Norge, men også i mange andre land (320, 321). Heller ikke en egen refusjonstakst har brakt bruken opp på et tilfredsstillende nivå.

Fastleger og annet personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i relevante sykehusavdelinger bør ha grunnleggende kunnskap om korte intervensjoner for alkoholproblemer. Dette er små eller korte intervensjoner med enkel opplæringsvirksomhet om alkoholens skadevirkninger og enkle spørreteknikker.

Ved korte intervensjoner er ofte motiverende intervju (MI) benyttet både av behandlere i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. MI er en samarbeidsbasert samtalem metode som har som mål å styrke personens indre motivasjon og ønske om endring. Det er godt dokumentert i forskning at MI har god effekt ved risikofull og skadelig alkoholbruk (322-324).

Motiverende intervju anbefales som metode i samtale med pasienter/brukere med rusmiddelproblemer, i henhold til *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* og *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (325, 326).

Øke kunnskapen om legemiddelbehandling for alkoholbrukslidelser

Basert på tilgjengelig kunnskap er det internasjonal konsensus om at legemiddelbehandling for

alkoholbrukslidelser benyttes i for liten grad (327). I Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet foreslås legemidler brukt som støttebehandling til personer med alkoholavhengighet etter en grundig klinisk vurdering. Dette er i tråd med hva andre land det er naturlig å sammenlikne med, har gjort (328). Pasienter med et problematisk alkoholkonsum bør i større grad gis adgang til i behandlingsopplegg som består av forskjellige behandlingsmetoder for å oppnå endring. Medikamentell behandling har følgelig en naturlig plass i behandling av pasienter med alkoholbrukslidelse, og kunnskapen og anbefalingene i retningslinjene bør gjennomføres i større grad.

Legemidler for alkoholbrukslidelse kan dekkes av blåreseptordningen etter individuell søknad til Helfo. Det kommer få slike søknader, og det kan tyde på at muligheten for slik stønad er lite kjent blant leger.

8.3 Legemiddelassistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for opioidavhengighet er en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten. Pasienter henvises til LAR fra fastlege, psykolog, helse- og sosialtjenesten i kommunen eller annen spesialisthelsetjeneste.

Behandlingen i LAR er medikamenter i kombinasjon med rehabiliteringstiltak. De vanligste medikamentene er buprenorfin og metadon. I 2023 ble 24-timers morfin godkjent som et nytt legemiddel til bruk i LAR ved utilstrekkelig behandlingseffekt eller alvorlige bivirkninger av andre medikamenter.

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) utarbeider årlig en nasjonal statusrapport for LAR som oppsummerer relevant informasjon og sentrale utviklingstrekk. I 2023 mottok 8467 pasienter legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge, der kvinneandelen utgjorde om lag 30 prosent (133).

R'en i LAR (rehabilitering) har vært gjenstand for kritikk og det har vært pekt på at denne komponenten ikke har blitt prioritert sammenlignet med den medikamentelle oppfølgingen.¹ Status for pasienter i LAR viser at de skårer dårlig på en del levekårsvariabler som naturlig faller inn under rehabiliteringsbegrepet (133). Samtidig har gjen-

Boks 8.2 Heroinassistert behandling

Det ble i 2022 iverksatt et prøveprosjekt i Oslo og Bergen med heroinassistert behandling (HAB) som del av legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Prøveprosjektet har fem års varighet. Målet er å utvide LAR til å omfatte medisinsk heroin (diacetylmorfin) enten i injiserbar eller peroral (tablett) form som kan gjøre det mulig å behandle personer der standardforløpet i LAR ikke har ført til tilfredsstillende resultat. Prosjektet følgeevalueres av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF). Det foreligger en midtveisrapport (329) som viser foreløpige gode resultater for mange pasienter. Endelig rapport skal være ferdig i første halvdel av 2026.

nomsnittsalderen for pasienter i LAR steget og gruppen har en høy grad av samsykelighet, som også har betydning for pasientgruppens status. Likevel er det viktig å understreke at retningslinjer for behandling og rehabilitering ved rusmiddelproblemer og avhengighet også gjelder for pasienter i LAR. Pasienter i LAR har rett til et helhetlig og koordinert tjenestetilbud herunder oppfølging av koordinator og individuell plan. Et slikt helhetlig tjenestetilbud kan omfatte både helse- og andre velferdstjenester som er viktig i et rehabiliteringsperspektiv.

Forskning viser at LAR gir lavere dødelighet enn annen behandling av opioidavhengighet (330), reduksjon i rusrelatert sykkelighet og reduksjon i kriminalitet (331). Det er anslått at LAR-behandling i Norge bidrar til i overkant av 100 færre døde årlig (332). Et sentralt utviklingstrekk er at gjennomsnittsalderen for pasientene i LAR øker. Mange mennesker med opioidavhengighet eldes nå med sykdommen. Samtidig innebærer økt gjennomsnittsalder at pasientene i større grad opplever somatiske helseutfordringer og et økende behov for tjenester fra andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Generelt er pasientgruppen i LAR preget av høy sykdomsbyrde, både når det gjelder somatisk og psykisk helse (133).

Tilgjengeligheten til LAR anses som god. Det er likevel anslått at mange som kunne ha nytte av slik behandling, ikke mottar LAR (134). Dette kan være brukere som er særlig vanskelig å nå for de

¹ Se eksempelvis Dokument 8:29 S (2017–2018) Representantforslag om ei offentlig utgreiing (NOU) om norsk ruspolitikk

Boks 8.3 Langtidsvirkende naltrekson mot opioidavhengighet

Naltrekson er en opioid antagonist som blokkerer effekten av heroin og andre opioider. Behandlingen kan dermed forhindre ulovlig opioidbruk og beskytte mot overdoser. Injeksjoner med langtidsvirkende naltrekson har fire ukers virketid, og er en vel utprøvd behandlingsmulighet for personer med opioidavhengighet som ikke ønsker behandling med agonister. Naltrekson er ikke avhengighetsskapende og gir ingen rusmiddel-effekt. Langtidsvirkende naltrekson er foreløpig ikke tilgjengelig i Norge, men har blitt utprøvd i to kliniske studier i regi av henholdsvis SERAF (333) og Ahus (334). Resultater fra studiene viser blant annet at behandling med langtidsvirkende naltrekson kan føre til redusert bruk av rusmidler, mindre ønske om å bruke opioider, bedret psykisk helse og økt tilfredshet med livet (335-339).

ordinære tjenestene, eller som av andre grunner ikke selv søker behandling.

I tillegg kan det være grupper som ikke har avhengighet til opioider som hoveddiagnose, men som likevel kan ha behov for medikamentell behandling for ulike lidelser og avhengigheter. Det er imidlertid lite kunnskap om virkning av medikamentell behandling ved avhengigheter til andre rusmidler enn opioider. Regjeringen har derfor tatt initiativ til å framskaffe mer kunnskap om slike avhengigheter med tanke på videre utvikling av behandlingstilbudene.

8.3.1 Regulering av LAR

LAR-behandling reguleres gjennom *forskrift om legemiddelassistert rehabilitering* (LAR-forskriften) (340) og nasjonal faglig normering følger av to nasjonale faglige retningslinjer: *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet* (341) og *Gravide i legemiddelassistert rehabilitering* (171). Spesialisthelsetjenesten og kommunen skal samhandle om pasientens rehabilitering som beskrevet i *Nasjonal veileder om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (342). Pasienter i LAR følges også opp i henhold til *Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (153). Pasientens alder, varig-

het og omfang av bruken er momenter som vurderes når LAR tilbys som behandling for opioidavhengighet.

Nasjonal faglig retningslinje for LAR ble revidert i 2022. Endringene handler om økt brukermedvirkning, økt grad av individuelle vurderinger, kontrolltiltak og flere legemidler i LAR. Det vil fortsatt være mulig å kreve urinprøver i tillegg til observasjon og dialog når dette anses som nødvendig og forholdsmessig. Et viktig formål med revisjonsarbeidet har vært å integrere LAR bedre i helse- og omsorgstjenesten og bidra til at pasienter i LAR får et helhetlig behandlingstilbud.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB ved Oslo universitetssykehus utvikler ulike typer opplæringsmaterieell om LAR. Dette skal bidra til å gjøre anbefalingene i den reviderte LAR-retningslinjen kjent og redusere uønsket variasjon. Det er behov for en felles kunnskapsbase for alle som møter og samhandler rundt pasienter som enten mottar LAR-behandling eller hvor LAR kan være en aktuell behandlingsform. Et nasjonalt faglig nettverk for LAR er etablert for å bedre kvaliteten.

Implementeringen av revidert retningslinje følgesvaluert av SERAF. Dette vil gi kunnskap om hvordan pasienter, behandlere og ledere opplever, vurderer og forholder seg til de nye retningslinjene, og et grunnlag for å vurdere behov for endringer og tiltak. Evalueringen kan gi mer kunnskap om ytterligere utviklings- og endringsbehov og ses i sammenheng med regjeringens ønske om en videre utvikling av medikamentell behandling av rusmiddellidelser.

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) har vurdert dagens regulering og praksis i LAR i lys av menneskerettighetene (119). Det handler primært om utfordringer knyttet til retten til privatliv (EMK art. 8) og inngripende tiltak i form av hente- og utleveringsordninger og kontrolltiltak. NIM anbefaler at myndighetene bør iverksette tiltak som sikrer at regelverket for LAR gjennomføres og praktiseres likt over hele landet, og vurdere om enkelte vurderingstemaer bør løstes fra retningslinjen til LAR-forskriften.

8.3.2 Lavterskel-LAR

Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet (LAR-retningslinjen) (341) åpner for at helseforetakene i samarbeid med kommunene, kan gjøre tilpasninger som bidrar til at vurdering og oppstart i LAR blir tilgjengelig for brukere med opioidavhengighet, som ellers er vanskelige å fase inn i de ordinære godkjeningsprosessene.

Boks 8.4 Medikamentell behandling av avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler

Helse Vest koordinerer et oppdrag om å lede nasjonale kliniske behandlingsstudier for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende rusmidler.

Bakgrunnen for oppdraget er behovet for dokumenterte behandlingsmetoder for slike avhengighetstilstander som er like effektive og trygge som substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet (LAR). Formålet er å undersøke effekt og sikkerhet av slik behandling med sikte på å forbedre overlevelseshastighet, helsestatus og livskvalitet hos pasientgruppen.

Som en del av oppdraget gjennomføres to randomiserte kontrollerte multisenterstudier for substitusjonsbehandling ved henholdsvis

avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende rusmidler, kalt BMX-studien og ATLAS4Dependence-studien.

For å øke muligheten for rekruttering og tettere oppfølging av studiedeltakere vil begge studiene i første omgang inkludere pasienter i LAR. Brukere har medvirket i både planlegging og gjennomføring av begge studiene, og det er etablert samarbeid med internasjonale fag- og forskningsmiljøer på området.

Resultatene fra studiene vil kunne bidra til mer kunnskapsbasert behandling av pasienter med alvorlig avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende rusmidler.

Formålet er å sikre at flest mulig brukere med opioidavhengighet, og som ønsker slik behandling, blir vurdert og raskt får tilbud om oppstart LAR.

Dette kan gjøres på flere måter avhengig av målgruppens størrelse og lokale forhold. I mindre kommuner kan det være mest formålstjenlig å integrere lavterskel LAR i den ordinære strukturen for samhandling mellom helseforetakene og kommunene. I større byer og kommuner kan det være aktuelt med egne lavterskel-LAR enheter. I slike enheter kan personer med opioidavhengighet møte opp uten henvisning for å bli vurdert for LAR og hvor LAR kan starte opp poliklinisk (341).

Et eksempel på det siste er tilbud om *legemiddelassistert skadereducerende substitusjonsbehandling i Oslo* (LASSO). LASSO er etablert ved Dalsbergstien hus, et av Oslo kommunes døgntilbud for målgruppen. Tiltaket tilbyr substitusjonsbehandling til personer som er avhengig av opioider, også uten henvisning. Behandlingen har et skadereducerende formål, men tar også sikte på å bidra til at pasienter får videre hjelp, herunder rusbehandling i spesialisthelsetjenesten.

8.3.3 Videreutvikling av LAR

Ansvar for både å tilby og finansiere LAR ble overført til spesialisthelsetjenesten i 2004. Etter 20 år med LAR som spesialisthelsetjeneste er det behov for å gjøre en ny vurdering av hvilken rolle den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør

ha for denne pasientgruppen ut over å tilby tjenester som faller inn under rehabiliteringsbegrepet. Etter at LAR-forskriften ble fastsatt, har kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten blitt styrket. Blant annet har det fra 2017 vært krav om å være spesialist eller under spesialisering i allmennmedisin for å få fastlegeavtale.

Beslutning om innskrivning og utskrivning av legemiddelassistert rehabilitering treffes av lege i spesialisthelsetjenesten. Gjennomføring av behandlingen, herunder rekvirering av legemidler til bruk i legemiddelassistert rehabilitering, kan delegeres til allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Allmennlegens oppfølging av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering skal skje i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I 2021 var behandlingen hovedsakelig forankret i TSB for 73 prosent av pasientene, mens allmennlege i kommunen hadde blitt delegert ansvar for oppfølging for 26 prosent. Det er store forskjeller mellom helseforetakene og innad i det enkelte helseforetak for hvorvidt allmennlege i kommunal helse- og omsorgstjeneste er delegert ansvar for oppfølging av pasienter i LAR. Dette varierer fra 15–95 prosent mellom helseforetakene (343).

Helsedirektoratet har kartlagt helseforetakenes vurdering av dagens arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Der formidler de fleste helseforetakene at det er uproblematisk å overlate oppgaven til allmennlegene, hvis pasientene er trappet opp på legemiddel og har en stabil livssitua-

sjon. I tråd med prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå er det Helsedirektoratets vurdering at et forpliktende samarbeid kan etableres på kommunalt nivå, og at allmennleger kan delegeres oppgaven med å forskrive LAR-legemidler for flere pasienter enn i dag.

Legemidlene i LAR finansieres av helseforetakene, jf. prinsippet om at finansieringsansvar følger av behandlingsansvar. Ved kommunal utlevering av LAR-legemidler må helseforetakene inngå avtale med hver enkelt kommune.

Allmennlegene har et selvstendig faglig ansvar for oppfølging og forskrivning av avhengighetsskapende legemidler til andre pasientgrupper, som smertepasienter uten livstruende sykdom. De har ikke et selvstendig faglig ansvar for oppfølging av pasienter i LAR. Samtidig har man en aldrende LAR-populasjon som i økende grad har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg finnes andre pasientgrupper som kunne ha nytte av LAR, for eksempel pasienter som har utviklet avhengighet etter smertebehandling, men som ikke passer inn i dagens LAR. I tråd med prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå bør det vurderes om kommunale helse- og omsorgstjenester kan og bør ha et større ansvar enn i dag.

LAR er en av de best dokumenterte behandlingsmetodene for behandling av opioidavhengighet og LAR skal fortsatt være et helhetlig og kunnskapsbasert tilbud til denne pasientgruppen. Samtidig er det personer med opioidavhengighet og avhengighet til flere typer rusmidler, som av ulike grunner står utenfor LAR. Regjeringen vil derfor innhente kunnskap og utrede mulige endringer i LAR, samt legge til rette for medikamentell behandling av andre og samtidige rusmiddelavhengigheter, i og utenfor spesialisttjenesten. Dette innebærer å videreføre utprøving av medikamentell behandling for avhengighet av benzodiazepiner og sentralstimulerende midler. Regjeringen vil også videreføre forsøket med heroinassistert behandling.

Videre utvikling av LAR vil inngå i mandatet for utvalget som skal utrede framtidens rus- og avhengighetsbehandling. Se omtale under kapittel 8.10.

8.4 Behandling av legemiddelavhengighet

Problematisk bruk av avhengighetsskapende legemidler er et folkehelseproblem. Langvarig medisinsk bruk av avhengighetsskapende legemidler

øker risikoen for at pasienten utvikler iatrogen avhengighetssyndrom, bedre kjent som legemiddelavhengighet. Antallet pasienter med problematisk bruk av opioider ved langvarige smertetilstander er økende, og en økende andel overdosedødsfall skyldes reseptbelagte avhengighetsskapende legemidler.

De fleste pasienter som bruker avhengighetsskapende legemidler vil over tid oppleve tilvenning og økt toleranse. Det vil derfor være behov for doseøkninger som øker risikoen for abstinens-tilstand ved opphør, eller reduksjon av tilførsel av legemidler. Når pasienter har behov for økt dosering, kan det tyde på at de er i ferd med å utvikle eller har utviklet avhengighetssyndrom. Fastlegene klarer ikke alltid å trappe ned og avslutte behandlingen med disse legemidlene. Det er behov for et forsterket behandlingstilbud til disse pasientene.

Avvenning kan være vanskelig. Eksisterende behandlingstilbud for avrusing og nedtrapping er først og fremst innrettet for personer med rusmiddel- og diagnoser. Personer som har utviklet avhengighet etter å ha fått avhengighetsskapende legemidler etter resept fra lege, identifiserer seg ikke nødvendigvis med pasienter som har utviklet avhengighet til rusmidler.

Det er derfor behov for tiltak som kan bidra til å redusere problematisk bruk av slike legemidler, herunder behandling av legemiddelavhengighet og å øke tilbudet av andre behandlingsmåter ved langvarige smertetilstander.

I følge Folkehelseinstituttets folkehelse- rapport oppgir 30 prosent av den voksne befolkningen at de har langvarige smerter (344). Behandling av langvarige smertetilstander må tilpasses den enkelte pasient med vekt på symptomlindring samt forbedret mestring, funksjon og livskvalitet. Behandling med legemidler kan være aktuelt, men skal ikke være den eneste behandlingen. Eksempler på ikke-medikamentelle tilbud er fysioterapi, fysisk trening, lærings- og mestringstilbud og psykologisk behandling. Nasjonal veileder for vanedannende legemidler anbefaler at før oppstart av et avhengighetsskapende legemiddel bør lege i samråd med pasient vurdere behandling med andre behandlingsmetoder enn bruk av avhengighetsskapende legemidler (74).

De fleste med langvarige smerter får hjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i form av rådgiving og/eller behandling. Pasienter med langvarige og sammensatte smertetilstander kan imidlertid ha flere ulike behov som fastlegen ikke alene kan møte. Tilbakemeldinger fra mange fastleger er at de opplever å stå alene, at det er lite

bistand og veiledning å få fra spesialisthelsetjenesten, og at behandlingen er forbundet med en rekke dilemmaer.

Ettersom fastlegene står for en stor andel av forskrivningen av avhengighetsskapende legemidler og følger opp pasienter over tid, har de samtidig et særskilt ansvar for nedtrapping og forebygging av avhengighet og for å tilby alternativ behandling (74). Samtidig opplever fastlegene at ordinerings og rekvirering av legemidler med rusgivende effekt og avhengighetspotensial er svært krevende i praksis, og at de mangler alternative behandlingsstrategier. Smerteklinikker bør konsulteres tidlig ved sammensatte smertetilstander og ved tilstander der smerteklinikkene har spesiell kompetanse og behandlingstilbud. Ventetiden fra mottatt henvisning til første time kan imidlertid være lang. Smerteklinikkene opplever ofte at de kommer sent inn i pasientbehandlingen der tidligere innsats i større grad kunne forebygget legemiddelavhengighet.

Behandling med opioider starter ofte i spesialisthelsetjenesten, for eksempel i forbindelse med smertetilstander etter operasjoner. Ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og overføring av behandlingsansvar til fastlegen er det viktig å avklare hvilket behov pasienten har for videre smertestillende behandling med opioider. Legemiddellisten i epikrisen kan oppfattes som en anbefaling fra sykehuslege. Fastlegen er avhengig av tydelig informasjon om varighet og plan for behandling fra spesialisthelsetjenesten.

I 2016 ble vilkårene for stønad til legemidler på blå resept ved langvarige smertetilstander justert i tråd med daværende anbefalinger i Nasjonal veileder for vanedannende legemidler. Krav om individuell søknad til Helfo ble beholdt, men vilkårene åpnet blant annet for at også fastleger skal kunne rekvirere opioider, mens det tidligere var krav om at behandlingen skulle være igangsatt av spesialist. Den individuelle stønadsordningen er imidlertid ikke i tråd med veilederen slik den foreligger i dag, og ordningen kan legitimere bruk av opioider som ikke er faglig begrunnet. Den vitenskapelige dokumentasjonen på effekt ved langvarig bruk er mangelfull, og vilkår for stønad til avhengighetsskapende legemidler er ikke revurdert i tråd med prioriteringskriteriene (nytte, ressursbruk og alvorlighet). Gjennom endringene i blåreseptregelverket i 2018 ble det presisert at disse også gjelder for individuell stønad.

For å ivareta pasientgruppen er det behov for bred kompetanse både hos fastleger, andre legemiddelrevirerter og annet personell, om for eksempel alternativer til legemidler for smertebe-

handling og om avhengighet til legemidler. Det er behov for å øke revirerterens kompetanse og kvalitet i rekvireringspraksis og tilgjengeligheten av, og kompetansen om, andre behandlingsmetoder enn legemidler ved langvarige smerter. Videre er det behov for å legge til rette for tverrfaglig samarbeid, i og mellom nivåene i helsetjenesten og for at de regionale helseforetakene kan styrke kapasiteten til veiledning, utredning og behandling av pasienter med langvarige smerter og legemiddelavhengighet. Det vil også være behov for å vurdere endringer i regelverket for rekvirering og offentlig finansiering av avhengighetsskapende legemidler.

8.5 Behandlingstilbudet til personer som bruker anabole steroider og andre prestasjonsfremmende midler

Bruk og besittelse av anabole steroider og andre prestasjonsfremmende midler ble kriminalisert i 2013. Rundt samme tid fikk personer med tidligere eller nåværende bruk av prestasjonsfremmende midler, herunder anabole steroider, rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det nasjonale steroideprosjektet ble etablert for å samle og bygge opp kunnskapen om anabole steroider og behandling i TSB.

Bruk av steroider kan gi fysiske helseskader (for eksempel hjerte- og karsykdom, leverskade), psykiske helseproblemer (for eksempel angst, depresjon og paranoia) og atferdsendring (for eksempel irritabilitet, impulsivitet og aggressivitet). En av tre som bruker steroider utvikler avhengighet. Når kroppen tilføres anabole steroider, vil egenproduksjonen av testosteron opphøre. Etter avsluttet bruk av anabole steroider, og de tilførte steroidene er skilt ut av kroppen, oppstår symptomer på testosteronmangel som depresjon, utmattelse, seksuell dysfunksjon og noen får selvmordstanker. Det kan ta måneder eller år å få egenproduksjonen tilbake, noen får det aldri. I stedet for å søke behandling, benyttes ofte ulike ulovlige hormonpreparater for å igangsette hormonsystemet. Andre gjenopptar bruk av anabole steroider for å unngå plagsomme symptomer. Selvmedisinering er en kjent barriere for å søke behandling.

Behandling i TSB foregår primært poliklinisk og består av samtalerterapi, utredning og behandling av fysisk og psykisk helse og samhandling med relevante aktører i første- og andrelinjertjenesten. Hormonterapi tilbys ikke i TSB på grunn

av manglende kunnskapsgrunnlag. Det er viktig å videreutvikle kunnskap og kompetanse i TSB om anabole steroider og andre prestasjonsfremmende midler.

I TSB og blant innsatte i fengsel er det pasienter med både rusmiddellidelser og erfaring med anabole steroider. I en studie oppga 36 prosent av mennene og 8 prosent av kvinnene i TSB døgnbehandling at de hadde erfaring med bruk av anabole steroider (89). Innsatte i norske fengsler oppga tilsvarende tall: 30 prosent av mennene og 6,4 prosent av kvinnene (345). I disse populasjonene er bruk av steroider ofte en markør for mer alvorlig rusmiddelbruk. Det er derfor viktig å kartlegge bruk av steroider blant alle pasienter i TSB og blant innsatte, for å tilby tilpasset behandling til de som ønsker og trenger det.

I befolkningen er det betydelig høyere forekomst av ulovlig rusmiddelbruk blant brukere av anabole steroider sammenliknet med dem som ikke bruker anabole steroider. Ulike faktorer kan ha virket som barrierer mot å oppsøke avhengighetsbehandling i denne gruppen. Flere har opplevd negative holdninger og lavt kunnskapsnivå i tjenestene eller at behandler ikke ønsker eller kan gi ønsket behandling, for eksempel hormonterapi. Frykt for eventuelle konsekvenser kan også ha betydning for å oppsøke hjelp da bruk av slike midler er belagt med straffansvar (346-349). I tillegg identifiserer ikke brukere av anabole steroider seg nødvendigvis med pasientgruppen med rusmiddelproblemer. De vet ikke alltid hva slik behandling går ut på, og kan være skeptiske til å søke rusbehandling for sin avhengighet av anabole steroider.

Det viktigste tiltaket for å nå personer som bruker anabole steroider er informasjonskampanjer på sosiale medier (steroidelab.no) og en anonym nasjonal lavterskel informasjonstjeneste der brukere og deres pårørende kan ringe for å få informasjon om behandlingstilbudet. Et økende antall fastleger og annet personell fra spesialisthelsetjenesten kontakter steroideprosjektet og mottar veiledning fra spesialisthelsetjenesten om anabole steroider, helseskader, utredning og behandling.

8.6 Tvang på rusmiddelfeltet

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) kapittel 10 inneholder bestemmelser om tvangstiltak overfor personer med rusmiddellidelser (168). Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og

dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder (hol. § 10-2).

For tilbakehold uten samtykke for gravide med rusmiddelbruk av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og hjelpetiltak vurderes som utilstrekkelige, gjelder tilbakehold under hele svangerskapet, jf. hol. § 10-3. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelproblem, og for å bli i stand til å ta vare på barnet. Barnevernet skal informeres om vedtaket.

Det ligger til kommunen å fremme sak for Barneverns- og helsenemnda om innleggelse i institusjon uten eget samtykke. Vedtak kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby personen tilfredsstillende hjelp. Kommunen kan også treffe midlertidige vedtak etter hol. §§ 10-2 og 10-3 dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta, kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. Barn mellom 12 og 16 år kan tas inn i institusjon med grunnlag i samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret, jf. hol. 10-4.

Pasienter over 16 år i behandling for rusmiddellidelser kan etter hol. § 10-4 selv samtykke til å bli holdt tilbake i institusjon i spesialisthelsetjenesten. Tilbakehold gjelder i tre uker etter at samtykket er trukket tilbake og kan bare effektueres tre ganger ved hvert behandlingsopphold. Et slikt samtykke gis til institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner.

Det foreligger ingen helhetlig statistikk om vedtak fattet i henhold til tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven. De siste årene har det vært et stabilt antall saker om tilbakehold. Det er relativt sett flere kvinner enn menn som får vedtak om tilbakehold uten samtykke. Dette skyldes delvis at tvang oftest anvendes overfor gravide rusmiddelbrukere. Det finnes heller ikke oversikt over antall personer som har samtykket til tilbakehold i institusjon etter hol. § 10-4.

Noen personer med alvorlige rusmiddelproblemer ønsker ikke å ta imot hjelp eller behandling for sin rusmiddellidelse. Dette kan være en svært vanskelig situasjon, både for pårørende og tjenesteytere. Oppsøkende arbeid kan være av stor betydning for å motivere til behandling. Kommunene har etter hol. § 10-1, også plikt til å undersøke om det er grunnlag for å fatte vedtak

Tabell 8.1 Antall vedtak fattet i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10

	Midlertidig vedtak		Klage på vedtak mv		Hovedsak	
	10-2	10-3	10-2	10-3	10-2	10-3
2017	97	34	11	9	121	17
2018	116	23	13	2	110	11
2019	113	28	12	2	118	13
2020	115	40	16	3	120	17
2021	92	19	15	1	92	9
2022	86	21	11	3	104	9

Kilde: Sentralenheten for barneverns- og helsenemnda

etter tvangsbestemmelserne, etter melding fra pårørende.

Regjeringen har som utgangspunkt at det ikke bør anvendes mer tvang i helse- og omsorgstjenestene til personer som bruker ulovlige rusmidler. Samtykke til helsehjelp er hovedregelen for behandling av rusmiddellidelser som for alle andre lidelser. Imidlertid kan det være nødvendig å anvende tvang i noen sammenhenger der vilkår for tvang er oppfylt for å kunne gi nødvendig helsehjelp. Regjeringen er opptatt av å øke kunnskapen og bevisstheten om bruk av tvang slik at det sikres riktig bruk i helse- og omsorgstjenestene.

Om tvangstiltak bør benyttes må baseres på en avveining mellom etikk, forsvarlighet og hva som er formålstjenlig for brukeren/pasienten. Helsedirektoratet har utgitt en veileder om bruk av tvang/tilbakehold etter bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven. Veilederen vektlegger brukermedvirkning og skal bidra til både å forebygge bruk av tvang og til en mer formålstjenlig bruk av tvang, der det vurderes nødvendig (350). Veilederen tydeliggjør at tjenesteutøvere som har myndighet til å fatte tvangsvedtak, må være bevisst behovet for den sammensatte vurderingen, herunder de etiske sider ved tvang. Ved opphold i institusjon uten samtykke er samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, herunder god planlegging av utskrivning, av særlig stor betydning.

Som det framgår av regjeringens strategi for barnevernets institusjonstilbud (265), vil regjeringen i arbeidet med kvalitetsreformen for barnevernet planlegge for at ansvar for rusbehandling flyttes fra barnevernet til helse- og omsorgstjenesten ved spesialisthelsetjenesten. I den forbindelse vil også behovet for og konsekvenser av

utvidet adgang til tilbakeholdelse i helselovgivningen utredes. Det framgår samtidig av strategien at behandling av rusmiddelproblemer i hovedsak skal baseres på barnets samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (221), og behovet for bruk av tvang skal forebygges. Se omtale av rusbehandling i barnevernet i kapittel 9.5.2.

Kunnskapsgrunnlaget for tvang på rusmiddel-feltet er svakt (351), men det er ikke dokumentert at behandling ved tvang har bedre utfall enn samtykkebasert behandling (352). Bruk av tvang kan være helt nødvendig, men kan samtidig oppleves inngripende og er forbundet med økt risiko for integritetskrenkelse og rettighetsbrudd (352). Omfanget av pasienter som får vedtak om tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10, er lite, sammenlignet med antall pasienter i behandling for rusmiddellidelser totalt. Regjeringen mener likevel at det er nødvendig å framskaffe mer kunnskap om effekt og konsekvenser av tvang overfor personer med rusmiddelproblemer.

8.7 Behandling av rusmiddellidelser under straffgjennomføring

Innsatte i fengsler har en opphopning av negative levekårsvariabler. En stor andel har rusmiddelproblemer, ofte med psykiske helseproblemer i tillegg (353). For å forebygge tilbakefall til ny kriminalitet etter soning er det av stor betydning at det gis gode behandlingstilbud under straffgjennomføringen, og at oppfølging etter soning forberedes i god tid før løslatelse. Det handler både om bolig, økonomi, arbeid og aktivitet, men også om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Innsatte i fengsel har samme rett til offentlige velferdstjenester som andre innbyggere. Det innebærer at instanser som skal yte tjenester til befolkningen, skal tilby sine tjenester også til domfelte og innsatte. Dette omtales som «importmodellen» fordi tjenester «importeres» til kriminalomsorgen fra de respektive sektorer. Import av tjenester gjøres blant annet av hensyn til uavhengighet og faglig utvikling framfor at kriminalomsorgen selv ansetter eget undervisningspersonell, helsepersonell mv. Gjennom samarbeid med andre offentlige etater skal kriminalomsorgen *legge til rette* for at innsatte får de tjenester som lovgivningen gir dem rett til. Samarbeidet skal bidra til en samordnet innsats for å dekke innsattes behov og fremme deres tilpasning til samfunnet, jf. straffegjennomføringsloven § 4 (354).

Kommunene der fengsel er plassert skal yte nødvendige helse- og omsorgstjenester til de innsatte, jf helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9. Tilsvarende skal de regionale helseforetakene sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester, jf. *lov om spesialisthelsetjenester* § 2-1 a. første ledd (355). Fylkeskommunen har ansvaret for å tilby tannhelsetjenester til innsatte i fengsler.

Kriminalomsorgen skal som hovedregel framstille innsatte til behandling i spesialisthelsetjenesten når den innsatte ikke kan møte selv. De regionale helseforetakene fikk likevel i 2020 i oppdrag å etablere stedlige spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for innsatte. Hensikten er å sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i fengslene. Kriminalomsorgsdirektoratet fikk i oppdrag å bistå i etableringen av en områdefunksjon innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for helseforetak med ansvar for fengsel.

Det ble utarbeidet en plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjennom et samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene, Kriminalomsorgsdirektoratet, kriminalomsorgsregionene, kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) og Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB). I planprosessen ble det gjennomført en kartlegging av eksisterende tjenester og utarbeidet en oversikt over planlagt styrking av tjenestene (356).

Tilbudene til personer med rusmiddelproblemer i kriminalomsorgen

Kriminalomsorgen kan i medhold av straffegjennomføringsloven § 12 beslutte at domfelte skal

Boks 8.5 Avrusingsenheten ved Bjørgvin fengsel

I forbindelse med statsbudsjettet for 2019 ble det besluttet å etablere en pilot med en avrusingsenhet ved Bjørgvin fengsel i Bergen kommune. Formålet med avrusingsenheten var å kunne gi et avrusingstilbud i fengsel som vil kunne motivere den innsatte til å søke videre rusbehandling. Tilbudet skulle redusere rusmiddelbruk for den enkelte, legge til rette for bedre overgang fra straffegjennomføring i fengsel til hjemkommune og videre rehabilitering ved å redusere faren for tilbakefall til rus og kriminalitet. Dette til gevinst for den enkelte, pårørende og samfunnet.

Kriminalomsorgsdirektoratet rapporterer at målgruppen nå har mindre behov for døgnbasert avrusing fra helsetjenesten. Kriminalomsorgen har sammen med Helse Bergen derfor vurdert at midlene bør anvendes til et bredere tilbud til alle rusmiddelavhengige ved enhetene i Bergen, slik at opprinnelig målgruppe for satsingen sikres. Gjennom omleggingen forventes det at flere pasienter i målgruppen vil nås, og man vil kunne følge innsatte med rusmiddelutfordringer på en bedre måte fra start til slutt i straffegjennomføringen.

gjennomføre hele eller deler av straffen i institusjon. Dette tiltaket er særlig aktuelt i tilfeller der domfelte har behov for døgnbehandling i TSB.

Det er flere som gjennomfører straff i samfunnet enn i fengsel. Kriminalomsorgens viktigste straffegjennomføringsformer i samfunnet for domfelte med rusmiddelproblemer er straffereaksjonene «Program mot ruspåvirket kjøring» og «Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)». Mange domfelte som gjennomfører straff med elektronisk kontroll (fotlenke) eller samfunnsstraff, har et rusmiddelproblem.

Kriminalomsorgens personell tilbyr rusprogrammer, russamtaler og tilbakeføringsarbeid ved overgang til samfunnet.

I kriminalomsorgen er det 18 rusenheter/rusmestringsenheter som gir tilbud om rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i fengsel. Enhetene skal sørge for god samhandling mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i fengsel. Det skal også legges til rette for samhandling ved tilbakeføring av innsatte til samfunnet. Enhe-

tene skal motivere og forberede innsatte med rusmiddelproblemer til å fortsette behandling etter fengselsoppholdet. Rehabiliteringen kan fortsette enten ved at innsatte overføres til soning etter straffegjennomføringsloven § 12 i behandlings- eller omsorgsinstitusjon, eller ved at innsatte får poliklinisk behandling etter løslatelse.

Enhetene har tilgang på kompetanse hentet fra spesialisthelsetjenesten (TSB), men mangler ofte kompetanse fra psykisk helsevern. Kriminalomsorgsdirektoratet peker i sitt innspill til meldingen på at det ved etablering av nye rusenheter eller andre rusbehandlingstilbud til innsatte bør vurderes særlig tilbud til innsatte med ROP-lidelser.

Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel

En forutsetning for å lykkes med overgangen fra fengsel til samfunn er god samordning mellom kriminalomsorgen og helse- og velferdsforvaltningen.

Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel i 2022 konkluderte med at oppfølgingen av de innsattes behov ikke er satt i system, og at det er mangler i tjenestetilbudet (357). Et av Riksrevisjonens hovedfunn var at innsatte med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser ikke får fullgod tilgang til helsetjenester. Dette peker både på helse-tjenestene og på kriminalomsorgen som har et ansvar for å tilrettelegge for at innsatte kan motta slike tjenester. Det kan oppstå situasjoner der både helsetjenesten og kriminalomsorgen kan sies å oppfylle sine lovpålagte oppgaver, samtidig som pasienten/den innsatte opplever å ikke få tilfredsstillende oppfølging.

For å følge opp Riksrevisjonens funn ble det i 2023 gitt felles føringer til Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Husbanken og Kriminalomsorgsdirektoratet om å videreføre samarbeidet for å bidra til at innsatte i fengsel mottar tjenester i henhold til sektorlovverk, basert på kunnskap om målgrup-penes behov og rettigheter.

Unge som gjennomfører straff

Mange av ungdommene som gjennomfører de alternative straffereaksjonene ungdomsstraff og ungdomsoppfølging har helseutfordringer, herunder rusmiddelproblemer, og det er viktig for rehabiliteringen at de får nødvendig oppfølging og bistand. Dette gjelder uavhengig av om de har fått

Boks 8.6 Straffereaksjonsutvalget

Regjeringen satte i 2023 ned et offentlig utvalg som blant annet skal utrede hvordan innsattes helse, med særlig vekt på alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming, best kan ivaretas under varetekt, straffegjennomføring og ved tilbakeføring til samfunnet. En del av mandatet til utvalget er å utrede løsninger innenfor dagens arbeidsdeling og organisering mellom kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten (importmodellen).

Videre skal utvalget tydeliggjøre hvilke krav som må stilles til kriminalomsorgen for å forebygge helseskade hos innsatte, og ivareta deres helse under varetekt og straffegjennomføring, samt presisere hva kriminalomsorgens tilretteleggeransvar innebærer i praksis og foreslå eventuelle nødvendige tiltak.

Straffereaksjonsutvalget skal avgi sin utredning våren 2025.

en straffereaksjon grunnet bruk, erverv, besittelse eller oppbevaring av narkotika til egen bruk, eller ikke. Evalueringen av disse reaksjonene viste at det er utfordringer knyttet til tverrsektoriell samhandling, og at ungdom i mange tilfeller ikke får den hjelpen de har behov for under straffegjennomføringen (358).

Sekretariatet for konfliktrådene, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, fikk i 2022 et felles oppdrag om å utrede hvilke hindringer og muligheter som finnes for tverrsektorielt samarbeid og de ulike velferdstjenestenes deltakelse under gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. I rapporten fra fellesoppdraget viser direktoratene til at det er utfordrende for konfliktrådene å skaffe seg oversikt over kommunens og spesialisthelsetjenestens hjelpetilbud til personer med rusmiddelproblemer. Tjenestetilbudene er ulikt organisert, og konfliktrådene har ikke anledning til å forplikte kommunen med tanke på egnede hjelpetilbud for den enkelte ungdom som gjennomfører ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging.

Direktoratene har flere anbefalinger knyttet til tverrsektorielt samarbeid om denne gruppen. En av anbefalingene er at de rådgivende enhetene for russaker kan fungere som kontaktpunkt for kriminalomsorgen og konfliktrådene ved tjenestebehov under straffegjennomføring i samfunnet, se omtale

i kapittel 5.9. Enhetene kan ha samme funksjon også for voksne med rusmiddelproblemer som gjennomfører straff i samfunnet, herunder straffedømte i Narkotikaprogram med domstolskontroll.

Personer i gruppen 18-24 år som er under straffegjennomføring, er en særlig sårbar gruppe, og mange har rusmiddelproblemer. Som ledd i å bedre samordning og tverrsektorielt samarbeid for gruppen både før, under og etter straffegjennomføring, har Kriminalomsorgsdirektoratet i 2024 fått et oppdrag med å identifisere hindringer for samarbeid og foreslå tiltak til forbedringer. Oppdraget skal gjennomføres i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Rapporten skal leveres våren 2025.

Manglende samhandling og koordinering av tjenester og tilbud mellom nivåer og sektorer gjelder imidlertid ikke bare for unge lovbytere. De samme utfordringene gjør seg gjeldende for personer med sammensatte tjenestebehov generelt og for voksne straffedømte, for eksempel under gjennomføring av dommer med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) (359). Denne gruppen domfelte er blant de som har størst risiko for tilbakefall til ny kriminalitet, og det er av stor betydning at de får god behandling for sitt rusmiddelproblem.

8.8 Videreutvikling av behandlingstilbud for spilleproblemer

De regionale helseforetakene har ansvar for at personer med spilleavhengighet har et tilgjengelig og likeverdig behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det offentlige behandlingstilbudet for spilleavhengighet gis i hovedsak på behandlingssteder som er spesialister på rusmiddelavhengighet og annen avhengighetsproblematikk. Personer med spilleproblemer har ofte andre psykiske problemer og problemer med rusmidler (3). Ideelle aktører er viktige for å kunne gi et tilfredsstillende behandlingstilbud til pasienter med spilleavhengighet.

Det finnes flere behandlingsformer for spilleavhengighet. Hvilke behandlingsformer og metoder som brukes, varierer mellom tjenestesteder og mellom helseregionene. Det er ikke gitt nasjonale faglige føringer for hvilke manualer og kartleggingsverktøy som bør benyttes i behandling av spilleproblemer og spilleavhengighet. Det finnes

heller ingen oppdatert og samlet oversikt over hvilke klinikker som tilbyr behandling for spilleproblemer, og hva slags behandling som er tilgjengelig på de ulike stedene.

Både kartleggingsvirksomheten og behandlingen av penge- og dataspillavhengighet i Norge framstår som lite spesifikk, og det er lite standardisering av metodikk på tvers av behandlingssteder (360).

Kun 35 av 52 behandlingssteder oppgir at de har en særskilt kompetanse på behandling for pengespillavhengige, og 21 av 30 behandlingssteder for dataspillproblematikk. Av disse er det flere som oppgir at de ikke benytter standard kartleggingsverktøy i behandling av pasientene.

Mange med pengespillproblemer tar først kontakt når problemet har utviklet seg til å bli omfattende. Det er også en utfordring at spilleproblemer er tabubelagt. Det kan skyldes manglende kunnskap og forståelse i samfunnet om at dette er en avhengighet, og at terskelen for å søke hjelp er for høy. At personell og andre i tjenestene identifiserer problematisk spilleatferd tidlig er av stor betydning for å kunne komme tidlig inn med god hjelp og behandling.

I følge Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning ved Univeristetet i Bergen (SPILL-FORSK), tyder tilbakemeldinger fra bruker- og pårørendeorganisasjoner på at det også kan være utfordrende for pasienter å finne et behandlingstilbud som svarer til den enkeltes behov (360). En studie viser at pårørende ønsker å bli mer involvert i behandlingen, og at de ønsker mer emosjonell støtte og veiledning som familie (361). Familiene har behov for en bred tilnærming, herunder praktisk bistand, økonomisk hjelp og familiestøtte.

Ifølge Helsedirektoratet er det behov for en bedre nasjonal koordinering av behandlingstilbudet til personer med spilleproblemer. Dette innebærer å samle sentrale aktører i fagfeltet og gi råd til klinikere og ledere, gi veiledning og undervisning, samt bidra til generell faglig utvikling for å gjøre helsetjenesten bedre rustet til å forebygge og behandle spillproblemer. Det er videre behov for å utvikle nasjonale standarder for kartleggingsverktøy og behandlingsmetoder. Regjeringens handlingsplan mot spilleproblemer utløper i 2025. Helsedirektoratet har igangsatt evaluering av de tiltakene som retter seg mot forebygging og behandling av spilleproblemer. Formålet er å vurdere måloppnåelse for tiltakene. Arbeidet skal ferdigstilles 31. mars 2025.

8.9 Behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med rusmiddellidelse

Bruk av rusmidler øker risikoen for å bli utsatt for vold. Det kommunale krisesentertilbudet skal gi hjelp til kvinner, menn og barn utsatt for vold i nære relasjoner. Krisesentrene gir likevel ikke et behandlingstilbud til personer med rusmiddellidelse. Det er også mange voldsutsatte kvinner med rusmiddelproblemer som ikke oppsøker krisesentre fordi de vet at de ikke får et botilbud der eller fordi de ikke kan bruke rusmidler mens de oppholder seg på et krisesenter, se kapittel 7.6.4.

Det er derfor nødvendig å bygge opp kunnskapsbaserte behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten til voldsutsatte kvinner med en rusmiddellidelse. Tilbud til denne gruppen sårbare pasienter er blant de mest spesialiserte tjenestene, og det er særlig behov for nærhet til andre tjenester både innen somatikk og psykisk helsevern. Det ligger allerede i dag i de faglige anbefalingene at helseregionene sørger for kjønnsespesifikke behandlingstilbud innen TSB, men det er behov for et tydeligere definert tilbud til voldsutsatte kvinner med en rusmiddellidelse. Et slikt tilbud bør bygges opp innenfor helseforetakene, for å sikre robuste tjenester med nødvendig nærhet til annen spesialisthelsetjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2024 et oppdrag til de regionale helseforetakene om å sørge for at det bygges opp kapasitet i behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten til voldsutsatte kvinner med en rusmiddellidelse.

8.10 Utredning av framtidens rus- og avhengighetsbehandling

Sørge-for-ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) etter spesialisthelsetjenesteloven ligger til de regionale helseforetakene, mens kommunen har sørge-for-ansvar for helse- og omsorgstjenester etter helse og omsorgstjenesteloven, herunder forebygging, behandling og oppfølging av rusmiddelproblemer. Det er imidlertid ikke alltid klart hvilken rusmiddel- og avhengighetsbehandling som bør tilbys i spesialisthelsetjenesten, og som er å anse som spesialisert behandling, og hvilken behandling som bør og forsvarlig kan gis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Etter rusreformen i 2004 der ansvaret for spesialisert rusbehandling ble overført fra fylkes-

kommunene til spesialisthelsetjenesten, har det vært en betydelig faglig utvikling innen TSB. De fleste aspekter ved behandling av rusmiddellidelse er dekket av nasjonale faglige retningslinjer mv. Parallelt har det vært en betydelig faglig utvikling i mange kommuner. Flere metodiske tilnærminger som benyttes i spesialisthelsetjenesten, benyttes også av kommunale behandlingstilbud og behandlere. For eksempel brukes motiverende intervju (MI) og elementer fra kognitiv og emosjonsfokustert terapi av kvalifisert personell ved de kommunale hasj avvenningsprogrammene (HAP), og miljøterapeutiske intervensjoner kan være de samme i kommunale døgntilbud og i døgntilbud som driftes av ideelle utenfor spesialisthelsetjenesten. Samtidig mangler det fortsatt kunnskap om hvor virksom ulike behandlinger er og hvilke metoder som er mest virksomme for ulike tilstander eller pasientgrupper. Flere av anbefalingene i de nasjonale faglige retningslinjene er basert på et svakt kunnskapsgrunnlag. Dette gjør det krevende for behandelende personell å vite hvilke behandlingsmetoder som bør benyttes. Mangelfull kunnskap gjør det også utfordrende å avgjøre hvilken kompetanse det er behov for og på hvilket nivå behandling bør gis. Samtidig er det mye som tyder på at intervensjoner og behandling som virker, i for liten grad tas i bruk.

Regjeringen mener at det er behov for en samlet gjennomgang og vurdering av det faglige grunnlaget for behandling av rusmiddellidelse, samt organiseringen og innretningen av tilbudene, herunder samhandling og oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet er helhetlige forløp, god oppgavedeling og riktig bruk av kompetanse og personell, til det beste for de som trenger hjelp og behandling.

Regjeringen ser derfor behov for et offentlig utvalg som skal utrede framtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling, hvor oppgave- og funksjonsfordelingen optimaliseres og behandling av pasienter med rusmiddellidelse blir mer lik behandling av andre pasientgrupper. Utredningen skal også følge opp Hurdalsplattformens punkt om å sikre at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) gir et helhetlig og kunnskapsbasert tilbud for rusmiddelavhengige, se også omtale av LAR i kapittel 8.3.

Formålet med utredningen skal blant annet være å sikre god kvalitet i tjenestene, rask tilgang til riktig behandling, best mulig effektive omsorgsnivå (god oppgavedeling), helhetlige forløp og riktig bruk av kompetanse og personell,

samt et bedre system for å undersøke nytten av behandlingen som gis. Det vises i denne sammenheng til ekspertutvalget for tematisk organisering av psykisk helsevern, som skulle svare på hvilke tilstander og pasientgrupper som kan nyttiggjøre seg mer spesialisert organisering, hvordan det

kan legges til rette for at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandlingen, og hvordan dette best kan organiseres slik at tjenestene blir koordinerte, helhetlige og av god kvalitet for pasienter og pårørende (362).

9 Spesialisthelsetjenester

9.1 Bakgrunn

Regjeringen vil tilrettelegge for at behandling av rusmiddellidelser skal gjøres mer tilgjengelig, og tilbudet skal være koordinert og sammenhengende. Dette innebærer at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) må knyttes tettere til somatiske avdelinger og psykisk helsevern, og integreres bedre i den offentlige helseforetaksstrukturen.

Dersom helseforetakene skal kunne lykkes med å bygge opp tjenestetilbud i henhold til de behov som er beskrevet i framskrivningsmodellen (363) og i denne meldingen, er det nødvendig at helseforetakene selv har kontroll med kostnader, planlegging og utvikling av det faglige innholdet. Dette har regjeringen lagt til rette for ved å utvikle godkjenningsordningen innen fritt behandlingsvalg, og samtidig gitt oppdrag til helseregionene om å bygge opp grunnleggende TSB-tjenester i alle helseforetak.

Sammenhengende tjenestetilbud er viktig. Særlig der det er vurdert behov for lengre tids døgnbehandling. Det må legges til rette både for behandlingsforberedende tiltak der det er nødvendig, og for oppfølging etter behandling, jf. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, nasjonale faglige retningslinjer og pasientforløpene for behandling av rusmiddellidelser. Det er av betydning at det også etableres kontakt med arbeids- og velferd forvaltningen (NAV) og eventuelt andre deler av velferdstjenestene for tverrsektorielle tjenestetilbud.

9.1.1 Tilgjengelige og integrerte tjenester

For å kunne vurdere hvordan spesialisthelsetjenester til personer med rusmiddelproblemer bør videreutvikles, må det tas utgangspunkt i en erkjennelse av hvilken betydning omfanget av alkoholbruk og alkoholbruksproblemer har sammenliknet med andre rusmiddellidelser og avhengighetstilstander.

Problematiske bruk av alkohol er tabubelagt. Svært mange mennesker har alkoholproblemer

Boks 9.1 Resultatmål

- TSB utvikles i større grad som en del av den offentlige helseforetaksstrukturen for å sikre et tjenestetilbud som er bedre integrert med øvrige fagområder i spesialisthelsetjenesten

uten at dette erkjennes og tematiseres. Under 10 prosent av de som har et alkoholproblem kommer noen gang i behandling (364). Hovedutfordringen er følgelig å nå flere med alkoholbruksproblemer med tilgjengelig og kunnskapsbasert helsehjelp.

En annen utfordring er å behandle pasienter med legemiddelavhengighet. Det kan være krevende å motivere slike pasienter til behandling innen TSB fordi mange ikke identifiserer seg med «rusmiddelavhengige». Samtidig viser erfaringer at både pasienter og fastleger opplever gode forløp når et slikt samarbeid først opprettes. Det fordrer ofte god informasjon om avhengighet og om behandlingstilbudet i TSB for denne pasientgruppen.

Mange pasienter med alkoholproblemer er i kontakt med spesialisthelsetjenesten for ulike psykiske og somatiske helseproblemer uten at den bakenforliggende alkoholbruken tematiseres. En stor andel av pasienter som er innlagt ved somatiske sykehusavdelinger har også rusmiddelrelaterte helseproblemer. Rusmiddelbruk kan tilsløre symptom bildet, vanskeliggjøre diagnosen og behandlingen. Samtidig er det viktig at disse pasientene får behandling og oppfølging, både av de somatiske helseplagene og også av rusmiddelproblemer sine.

Mange av pasientene som blir lagt inn i somatiske avdelinger og psykisk helsevern, vil ha behov for tjenester fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det er derfor nødvendig med økt kompetanse om rus- og avhengighet både i somatiske avdelinger og i psykisk helsevern. Samtidig må kunnskapsbaserte tjenester innen rus- og

avhengighetsbehandling gjøres mer tilgjengelig for pasienter som ikke er henvist til slike tjenester.

Mange pasienter som blir henvist til TSB, har stor grad av samsykelighet (270), og de har behov for tjenester både fra psykisk helsevern og somatisk helsetjeneste. Pasienter med sammensatte rus- og psykiske lidelser er en særlig utsatt gruppe som ofte har somatiske helseproblemer i tillegg. Dødeligheten for denne gruppen er høy (271).

Det er avgjørende at tjenesten som pasienten først blir henvist til, har kompetanse til å kartlegge og igangsette koordinering og samarbeid med de andre tjenesteområdene. Helsedirektoratet anbefalte allerede i 2016 at pasienter som legges inn i somatiske eller psykiatriske enheter, burde kartlegges/screenes for rusmiddelproblemer og henvises til adekvat hjelp i kommune eller TSB (365).

Helseforetakene har fått i oppdrag å etablere et system ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusmiddelproblemer og eventuelt henvise dem videre til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er satt i gang noen kartleggingsprosjekter (366) ved somatiske avdelinger, herunder rutiner for kontakt og henvisning mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB.

Nasjonal alkoholstrategi 2021–2025 (utvidet til 2030) (196) løfter fram utfordringer med å oppdage underliggende rusmiddelbruk hos innlagte i somatiske avdelinger, og manglende kompetanse til å se problemene. Fagpersonell ved somatiske avdelinger og i psykisk helsevern, hjemmetjenestene og fastleger har ofte lav kompetanse om rusmidler og avhengighet og lite kjennskap til enkle kartleggingsverktøy og rutiner for henvisning til TSB. Dette er fagfolk som ofte møter pasientene først. Med avgrenset og kunnskapsbasert opplæring kan ansatte i disse tjenestene i større grad oppdage tidlige tegn og symptomer, og dermed bidra til å redusere ytterligere negativ utvikling for en del pasienter.

Det er begrenset med forskning på problemstillinger knyttet til somatisk helse og rusmidler. I 2016 ble det etablert et forskersamarbeid på området, *Nettverk for klinisk forskning innen rus og somatikk* (367), hvor forskningsresultater deles og forskere kan drøfte mulige og pågående forskningsprosjekter.

Når alkoholproblemer eller risikofull alkoholbruk identifiseres, bør det være lett å få kontakt med og tilgang til tjenester fra TSB. Dersom personell opplever at slike tjenester er utilgjengelige i sykehuset, vil de som avdekker alkoholproblemer hos pasientene, også tendere til ikke å tematisere

dette. Hvordan man nærmer seg denne problemstillingen, avhenger av på hvilket tjenestenivå problemet identifiseres, i kommunal helse- og omsorgstjeneste eller spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten bør kunne tilby veiledning og rådgivning til den kommunale helse- og omsorgstjenesten på generell basis, men også rettet mot enkeltpasienter, jf. utadrettet virksomhet fra psykisk helsevern (368). Slik virksomhet bør være i form av jevnlig møtepunkter mellom TSB og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, oftest ved at spesialister i TSB er tilgjengelige for fastlegene. Andre modeller er faste faglige møter hvor lokalsykehuset inviterer fastlegene inn.

For spesialisthelsetjenesten viser kunnskapsgrunnlaget at en konsultasjonsordning, i likhet med det som finnes enkelte steder innen psykisk helsevern, vil være nyttig (369). En slik tjeneste kan tilby rask og tilstedeværende hjelp i somatiske tjenester og i psykisk helsevern. En annen variant er at det ansettes ruskonsulenter i sykehusavdelinger, noe som det er gode erfaringer med (370). En tredje variant er rask og forpliktende henvisning til TSB fra somatiske tjenester og psykisk helsevern.

9.1.2 Regjeringen vil:

- styrke kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i henhold til framskrivninger og innenfor rammen av sykehusøkonomien
- følge opp kravet om basistjenester i alle helseforetak, herunder tilgang til brukerstyrte plasser
- at helseforetakene tilbyr flere grunnleggende TSB-tjenester i egen regi og i større grad utvikler seg som en del av den offentlige helseforetaksstrukturen
- videreutvikle det gode samarbeidet med ideelle aktører innen TSB, og utnytte handlingsrommet i anskaffelsesregelverket for å prioritere ideelle tjenesteytere og langsiktige avtaler basert på kvalitet
- utvikle en tjeneste med behandlingsforberedende tiltak, integrert ettervern som inkluderer brukerstyrte plasser, og som legger til rette for sammenhengende forløp, og bedre oppfølging under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunene
- igangsette følgeforskning i forbindelse med videreutviklingen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og integrert ettervern
- tydeliggjøre det faglige grunnlaget for behandlingens lengde innen døgnbehandling i TSB

- klargjøre hvilke TSB-tjenester som skal prioriteres, utvikles og tilbys innenfor helseforetakene, og hvilke tjenester som kan/bør anskaffes av private/ideelle
- utrede hvordan anskaffelser innen TSB i større grad kan samordnes mellom de regionale helseforetakene
- styrke retten til valg av behandlingssted gjennom å gjøre informasjon om de enkelte tilbudene bedre kjent for pasientene
- stille krav om at gjennomsnittlige ventetider til behandling i TSB holdes lave og kortere enn til annen sykehusbehandling
- videreutvikle aktivitetsmål for psykisk helsevern og TSB for en felles måte å måle behandlingsaktivitet på, på tvers av somatikk, psykisk helsevern og TSB
- redusere og effektivisere rapportering i psykisk helsevern og TSB
- gjøre tverrfaglig spesialisert rusbehandling mer tilgjengelig for kommunale helse- og omsorgstjenester og for somatiske avdelinger og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten
- avklare og tydeliggjøre hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge skal tilbys i det enkelte helseforetak
- øke kompetansen på utredning og behandling av rusmiddelproblemer for barn og unge
- planlegge for at ansvar for rusbehandling flyttes fra barnevernet til spesialisthelsetjenesten
- videreføre, fornye og styrke helsesatsingen i barnevernet
- øke tilgang på helsehjelp for barn i barnevernet gjennom en bedre innretning av tverrfaglig helsekartlegging og ambulante helseteam
- utrede behandlingstilbud for unge med voldsproblematikk og samtidig psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem

9.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er ett av tre tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten, sammen med psykisk helsevern og somatikk. TSB omfatter akutte tjenester, elektive avrusingstilbud og polikliniske, ambulante og døgnbaserte tilbud. Utredning og behandling i TSB kan foregå i poliklinikk, i ambulante tjenester eller under døgninnleggelse. Ambulante tjenester gis i noen sykehusområder, ofte i nært samarbeid med kommunen som ACT- og FACT-team. I noen sykehusområder gis også tilbud om dagbehandling.

Tverrfagligheten i TSB innebærer at vurdering, utredning og behandling skal ivaretas i et samarbeid mellom personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse.

Relevant spesialistkompetanse både innen spiss- og breddespesialiteter for flere helsepersonellgrupper er sentralt for å etablere gode behandlingstilbud, ivareta behovet for tverrfaglig tilnærming og for godt teamarbeid. Offentlig spesialistgodkjenning for leger i rus- og avhengighetsmedisin ble etablert i 2014. Psykologer har kunne spesialisere seg i rus- og avhengighetspsykologi siden 1983.

9.2.1 Nasjonale nøkkeltall og utviklingstrekk

Rapporterte aktivitetsdata for 2023 viser at over 34 000 pasienter var i behandling i TSB hele eller deler av dette året (371). Dette tilsvarer en økning på 3 prosent sammenliknet med 2022. Det er rapportert om poliklinisk aktivitet for tilnærmet alle de 34 000 pasientene, mens 28 prosent av pasientene i tillegg til dette var innlagt for døgnbehand-

Tabell 9.1 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – nasjonale nøkkeltall for 2022 og 2023

Nøkkeltall	2022	2023	Prosent endring
Pasienter	33 503	34 360	3 %
<i>Herav døgnpasienter</i>	<i>9 841</i>	<i>9 813</i>	<i>0 %</i>
Døgnopphold	15 754	15 416	-2 %
Oppholdsdøgn i perioden	650 117	608 359	-6 %
Polikliniske kontakter	570 076	568 528	0 %

ling i TSB i løpet av året. For 2023 ble det rapportert om 15 400 døgnopphold og om nærmere 570 000 polikliniske kontakter. 15 prosent av de polikliniske kontaktene gjaldt utdeling av LAR-medikamenter (legemiddelassistert rehabilitering).

Selv om det ble behandlet flere pasienter i TSB i 2023 enn i 2022, viser ikke rapporterte aktivitets-tall vekst verken i polikliniske aktiviteter eller i døgnbehandling. Antall døgnpasienter, døgnopphold og oppholdsdøgn var derimot færre i 2023 enn året før, men en høyere andel av oppholdene var kodet som øyeblikkelig hjelp. Summen av polikliniske kontakter er tilnærmet uendret fra 2022 til 2023, men aktivitetstallene viser noe vekst i volumet av samarbeidsmøter. Bruken av tele- og videokonsultasjoner er redusert siste år, og det var også noe nedgang i ambulante kontakter.

Kjønns- og aldersfordeling

Mens det er flere kvinner enn menn i psykisk helsevern for voksne, viser aktivitetsdata rapportert for TSB at den største andelen av pasientene i dette tjenesteområdet er menn (371). I 2023 var 66 prosent av pasientene i TSB menn, og overvekten av menn gjaldt alle aldersgrupper. Andelen har holdt seg stabil i perioden 2009–2023. Det var flest pasienter i aldersgruppen 30–39 år, men 53 prosent av pasientene i denne delen av spesialisthelsetjenesten var eldre enn det. Det er svært få pasienter under 18 år med rusmiddeldiagnose som

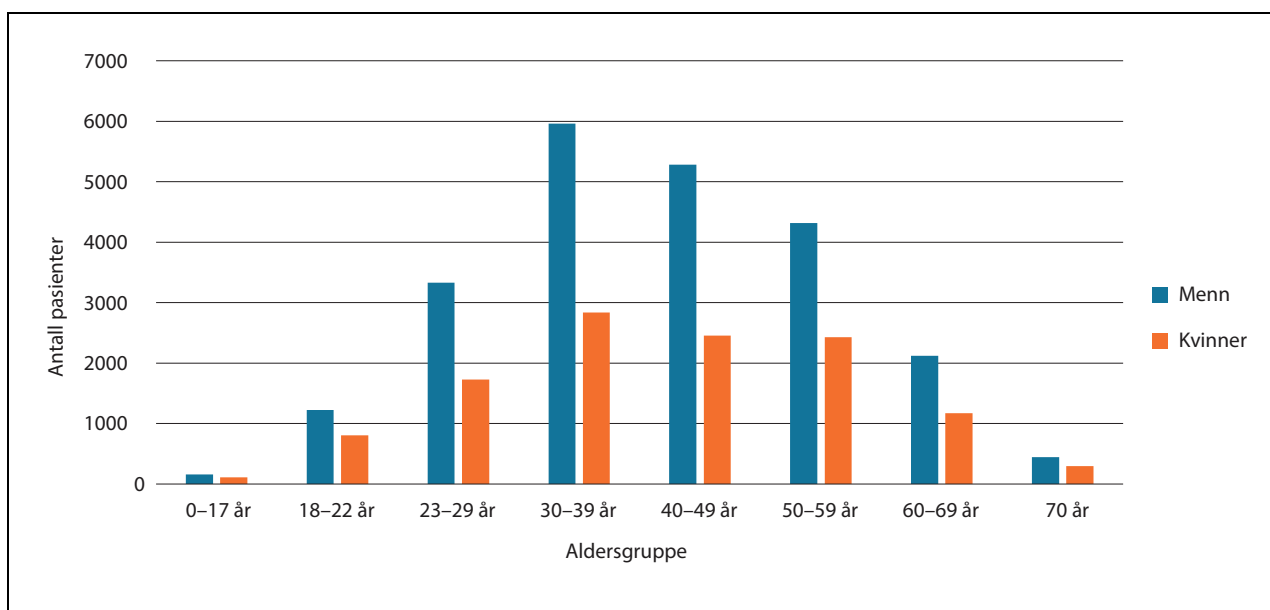
legges inn på døgnavdeling i TSB, psykisk helsevern for voksne eller psykisk helsevern for barn og unge. Nesten alle døgninnleggelseser for unge under 18 år foregår i somatiske avdelinger. Det er sannsynlig at en stor andel av disse er innlagt for medisinsk avrusning.

9.2.2 Tjenestetilbudene i TSB

Det er ifølge en kartlegging utført av Nasjonal kompetansetjeneste TSB behov for å styrke rusbehandlingstjenester innen akutt-, avrusing- eller døgnbehandling for pasienter med sammensatte lidelser, samt innen poliklinikk og ambulant virksomhet.¹ Andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelseser utgjorde 21 prosent av innleggelsene i TSB i 2022. Flere av helseforetakene har organisert akuttilbud i samarbeid med psykisk helsevern eller somatikk. Denne formen for akuttilbud garanterer imidlertid ikke at pasienten vurderes av lege/psykolog med relevant spesialistkompetanse.

Døgntilbud er det mest ressurskrevende behandlingstilbudet innen TSB, og det har vært en høy innleggesrate med høyt antall liggedøgn per pasient. Samlet er det beregnet om lag 600 000 liggedøgn per år i TSB (363). Hovedande-

¹ Det vises til en kartlegging Nasjonal kompetansetjeneste TSB gjorde av TSB i 2021. Kompetansetjenesten har også utviklet en interaktiv oversikt over alle behandlingstilbudene i TSB i Norge som skal gjøre det enklere å finne frem i tjenestetilbudet, og gi grunnlag for behovsanalyser og tjenesteutvikling.



Figur 9.1 Kjønns- og aldersfordeling for pasienter behandlet i TSB i 2023

Kilde: SAMDATA

len av døgnkapasiteten tilbys fra private leverandører i alle helseregioner etter avtale med et regionalt helseforetak. Mellom offentlige helseforetak og private og ideelle leverandører er det i stor grad en oppgavefordeling der private og ideelle leverer langtids døgnbehandling, mens helseforetakene har døgnkapasitet rettet mot utredning, polikliniske og akutte tjenester og kortere tids behandling.

Bruken av ulike typer tjenestetilbud påvirkes både av tilgangen til de forskjellige tilbudene og hvordan tjenestene tilbys og organiseres. Da Universitetssykehuset i Nord-Norge eksempelvis videreutviklet akuttilbudet innen TSB, fikk de en sterk økning i alkoholrelaterte lidelser og en økning i henvisninger fra somatikken av eldre pasienter med alkoholrelaterte lidelser.

Pasienter med alkoholbrukslidelse som hoveddiagnose² utgjør nær halvparten av pasientpopulasjonen i TSB, og legger beslag på i underkant av halvparten av døgnbehandlingene i TSB.

² Mange bruker flere rusmidler og hovedrusmiddel kan variere. Ikke alle bi-diagnoser (avhengigheter) blir kartlagt like godt.

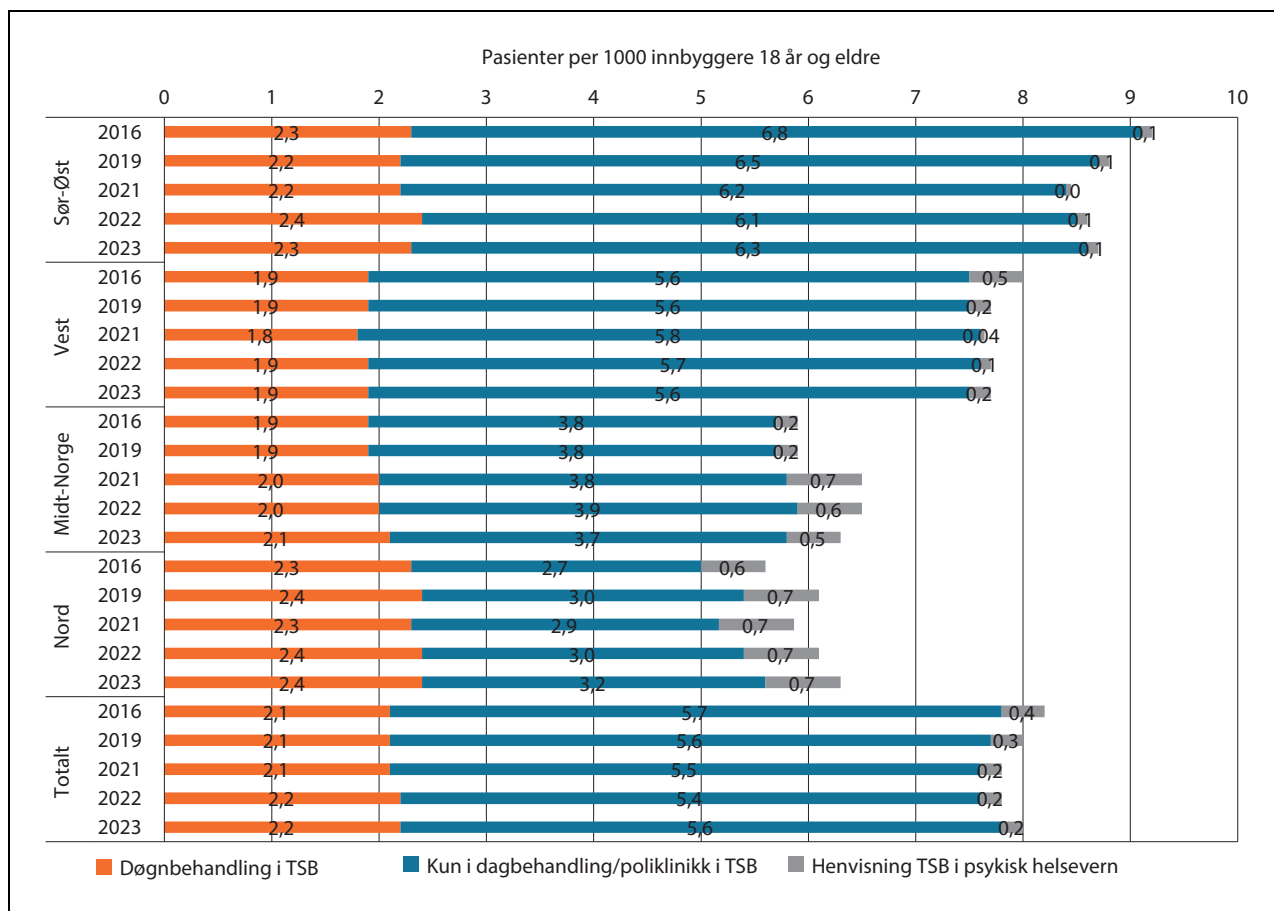
Pasienter med rusmiddellidelse grunnet cannabisbruk utgjør 5 prosent av populasjonen i TSB og legger beslag på 11 prosent av døgnkapasiteten. Den nest største pasientgruppen i TSB har opioidbruk som hovedproblem og utgjør om lag 20 prosent av pasientpopulasjonen.

Pasienter med rusmiddellidelse forårsaket av cannabis eller sentralstimulerende stoffer har de lengste døgnbehandlingene. Målt i antall oppholdsdøgn i løpet av 2022 utgjør pasienter med rusmiddellidelse forårsaket av alkohol 40 prosent, bruk av opioider 20 prosent, bruk av cannabis 9 prosent og bruk av stimulanter (amfetaminer, kokain mv.) 11 prosent.

Det største polikliniske volumet er for alkoholrelaterte tilstander. Dette utgjør 30 prosent av det polikliniske volumet i alle helseregioner. Unntaket er Helse Midt-Norge der det utgjør 40 prosent.

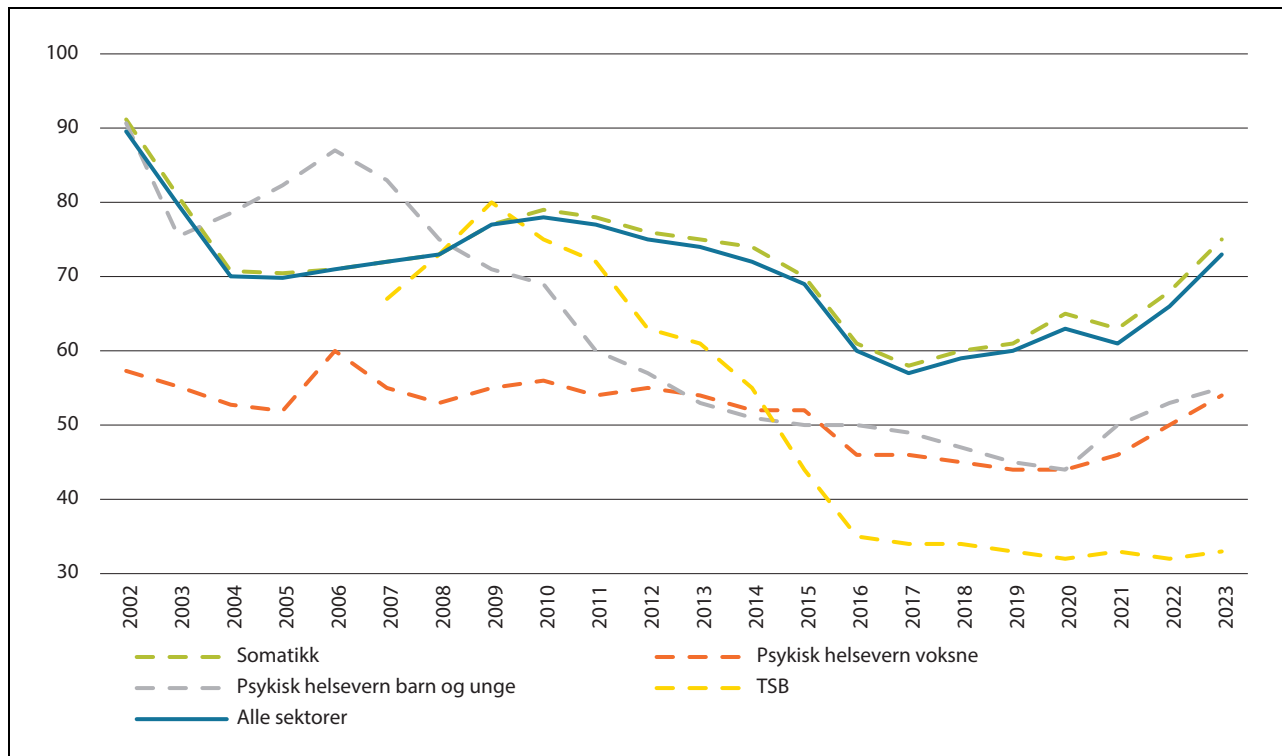
De geografiske forskjellene i behandlingstilbud i TSB blir beskrevet årlig i SAMDATA (372).

Figur 9.2 viser regionale forskjeller i pasienter i TSB i løpet av perioden 2016–2023. Det har vært små justeringer i retning av mindre forskjeller i ratenivå mellom regionene. Det var i all



Figur 9.2 Pasienter i TSB og bidrag fra psykisk helsevern. Bostedsregioner 2016, 2019, 2021, 2022 og 2023.

Kilde: SAMDATA



Figur 9.3 Utvikling i ventetider i spesialisthelsetjenesten 2002–2023

Kilde: SAMDATA

hovedsak polikliniske tilbud som bidro til forskjellene, hvor Helse Nord og Helse Midt-Norge har en lavere pasientrate. Figuren viser at det er relativt liten variasjon i de regionale pasientratene innen døgnbehandling. Det var imidlertid forskjeller i innretningen av døgntilbudet i regionene.

9.2.3 Ventetider

For pasienter med rusmiddellidelser kan ventetid til behandling være avgjørende for behandlingsutfall. Det kan eksempelvis være en krise som gjør at en pasient kommer i kontakt med helsetjenesten, og at motivasjon for å komme i behandling er situasjonsutløst. Dersom det ikke raskt tilbys helsehjelp, kan det medføre at ambivalens og karakteristika ved avhengighetslidelsen gir risiko for at pasienten avslår et tilbud om helsehjelp som vedkommende ellers kunne ha takket ja til på et tidligere tidspunkt. Dette er en av årsakene til at det stilles strengere krav til gjennomsnittlig ventetid innen TSB enn innen psykisk helsevern og somatikk.

Helseforetakene lykkes i stor grad med å nå dagens gjennomsnittlige ventetidsmål for TSB, mens det har vist seg mer utfordrende å redusere ventetider til somatikk og psykisk helsevern etter pandemien. En mulig forklaring er at pasienttil-

strømningen til TSB er mer stabil enn til psykisk helsevern, som har opplevd en betydelig økning av henvisninger, særlig under og etter pandemien. Utviklingen de siste årene viser at den gjennomsnittlige ventetiden nasjonalt innen TSB har gått ned, til nær 30 dager. Dette er også gjeldende resultatmål for de regionale helseforetakene, mens resultatmål for ventetid i psykisk helsevern for voksne er 40 dager og i psykisk helsevern for barn og unge er ventetiden 35 dager. Målene er også forankret i Opptrappingsplan for psykisk helse (49).

Behandlingen som tilbys pasientene i TSB må alltid være relatert til behandlingsbehovet, og en helhetlig utredning av pasientens samlede helsebehov må ligge til grunn. For enkelte pasienter kan det innebære noe tid til forberedelse før en planlagt innleggelse, mens for andre kan det være nødvendig at behandling tilbys umiddelbart i en akutsituasjon. De nasjonale pasientforløpene skal blant annet bidra til sammenhengende og koordinerte pasientforløp og å unngå unødvendig ventetid.

En vurdering av ventetid for denne pasientgruppen må ta høyde for at mange pasienter med rus- og avhengighetslidelser ikke ønsker eller er i stand til å ta imot hjelp, og at store deler av helsetjenesten – både i primær og spesialisthelsetje-

Boks 9.2 Ventetidsløftet

13. mai 2024 inngikk regjeringen ventetidsløftet sammen med Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeforening, Delta, Psykologforeningen, Spekter, Virke, NHO Geneo og de regionale helseforetakene. Partnerskapet har forpliktet seg til å jobbe sammen på nye måter for å snu trenden og sørge for en nedgang i gjennomsnittlig ventetid i 2024 og 2025, slik at det i perioden blir en markant reduksjon i ventetidene.

Hovedsporene for tiltak i ventetidsløftet er helsepersonell, innovasjon og samarbeid. Eksempler på tiltak er arbeid for bedre oppgavedeling, kvelds- og helgeåpne poliklinikker, digitale løsninger og innovasjoner som frigjør arbeidstid og samarbeid med private aktører, blant annet gjennom kjøp av ledig kapasitet etter avtale med og prioritering av det offentlige. Det skal legges særlig vekt på tiltak som raskt kan gi resultater og samtidig varige effekter, og som i tillegg ivaretar de ansatte og arbeidsmiljøet.

Tiltakene skal rettes mot områder der minst ett av følgende kriterier er oppfylt:

- tjenestene har pasienter med alvorlige tilstander med høy risiko for forverret helse ved lange ventetider
- tjenestene har mange pasienter på venteliste og/eller i forløp
- tjenestene har lang ventetid

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2024 ble det bevilget 2100 mill. kroner for å bidra til at ventetidene i spesialisthelsetjenesten skal reduseres markant, i tråd med ambisjonene i ventetidsløftet. Av dette er 400 mill. kroner til ettårige tiltak og 1700 mill. kroner til en varig bevilgningsøkning som også skal legge til rette for aktivitet og investeringer som målrettet og effektivt bidrar til å redusere ventetidene raskt.

nesten – fortsatt mangler kompetanse om rus og avhengighet. Samtidig må det sees hen til tilgjengeligheten av brukerstyrte plasser i de enkelte sykehusområdene. Umiddelbar tilgang på brukerstyrt plass gir en trygghet for pasientene og kan hindre tilbakefall/re-innleggelse. Regjeringen har derfor gitt et eksplisitt oppdrag til helseforetakene om å bygge opp slike tjenester i forbindelse med etablering av integrert ettervern. Se omtale i kap. 9.4.3.

Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen i ventetider nøye og drøfter tematikken med de regionale helseforetakene i månedlige oppfølgingsmøter. De regionale helseforetakene rapporterer blant annet på status og på arbeid for å redusere ventetider og fristbrudd. Helse- og omsorgsdepartementet vil arbeide videre med statistikken innenfor TSB for å få bedre data om ventetider for ulike diagnoser og behandlingsforløp.

9.3 Framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse

Helse Sør-Øst RHF har hatt i oppgave å lede et nasjonalt utredningsoppdrag som skal framskaffe en helhetlig analyse og framskrivning av behov for

tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB. Rapporten inneholder også konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats. Det overordnede utfordringsbildet for TSB beskrives slik:

«Det er fremdeles utfordrende å framskrive behovet for kapasitet innen TSB. Dette skyldes at organiseringen er relativt ulik, og det er sannsynligvis flere pasientgrupper som burde hatt et bedre tilbud. Dette gjelder unge med rusproblemer og ROP-lidelser og utviklingen i misbruk/avhengighet av cannabis, amfetamin, samt A- og B-preparater. Alkoholrelatert problematikk er høyt forekommende og har store helsekonsekvenser, men behandles i mindre grad. Det er vesentlig med en styrking av kompetansen i TSB, og det er viktig at denne kompetansen også tilkommer PHBU [psykisk helsevern for barn og unge] og VOP [voksenpsykiatri] (363).»

Rapporten skisserer også flere utviklingsområder, blant annet at bruk av ressurser og prioriteringer i TSB ikke harmonerer med at det er alkoholbrukslidelser som utgjør de hyppigste rusmiddellidelsene i Norge, og som medfører størst helseskade. Det er videre estimert at det er 11 000 personer

med problematisk bruk av amfetamin i Norge, men antallet som er i behandling, er svært lavt. Det bør derfor etableres flere virksomme behandlingsformer for denne gruppen. Se nærmere omtale av kliniske studier på dette området i kapittel 10.5.

Antallet pasienter med cannabisutløst psykose øker, og det er høy grad av sammenheng mellom rusutløst psykose og utvikling av alvorlig psykoselidelse. Yngre menn er mest utsatt (373). Pasienter med rusmiddelproblemer har ofte samtidige psykiske problemer og somatiske lidelser, og mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser har rusmiddelproblemer. I 2022 var 27 prosent av pasientene i TSB også pasienter i psykisk helsevern. Tilsyn har vist at flere distriktpspsykiatriske sentre (DPS) ikke hadde sikret tilstrekkelig spesialistkompetanse inn i forløpene, slik at pasientens samlede behandlingsbehov ikke nødvendigvis ble tatt hånd om. Videre kan uklar rolle og ansvarsfordeling mellom TSB og psykisk helsevern gjøre det tilfeldig om en pasient mottar integrert behandling i henhold til retningslinjer (106). Det er fortsatt behov for kompetanseutvikling, kompetansespredning, opplæring, kvalitetsheving og forskning på tjenestene til personer med ROP-lidelser, herunder utredning, kartlegging, behandling og samhandling. Dette gjelder både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (363).

Det er høy forekomst av traumerelaterte tilstander blant pasienter med rusmiddellidelser. Mange pasienter med avhengighetslidelser har opplevd traumatiske hendelser, jf. også omtale av voldsutsatthet under omtalen av tilbud om krisesenter under kapittel 7.6.4. En viss andel av disse vil kunne oppfylle kriteriene for posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Denne pasientgruppen får i dag trolig ikke tilstrekkelig tilpasset behandling og har høyere drop-out enn andre pasienter (363).

Både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten må derfor ha høy bevissthet om traumeproblematikk hos sine pasienter. Det vil være hensiktsmessig å se tiltak for bedre behandling og oppfølging av traumeutsatte pasienter med rusmiddelproblemer i sammenheng med relevante tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse (49) og kompetansehevede tiltak i spesialisthelsetjenesten.

Det er mange personer som ikke oppsøker behandling, eller som har utviklet alvorlige tilstander innen de oppsøker hjelp. Det er derfor behov for å videreutvikle konsultasjonstjenestene som TSB har overfor somatikk og kommunehelsetjenesten. Dette gjelder spesielt unge og personer

med alkoholbrukslidelse, og kan også bidra til å forebygge overdosedødsfall relatert til avhengighetsskapende legemidler.

Framskrivingsmodellen legges til grunn for videre utvikling av tjenestetilbudet innen TSB på samme måte som for psykisk helsevern (49).

9.4 Videreutvikling av tjenestetilbudet innen TSB

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester. Dette gjelder også tverrfaglig spesialisert rusbehandling, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4. I henhold til spesialisthelsetjenesteloven kan helseforetakene etablere tjenester i egen regi eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere. Innen TSB er omfanget av slike avtaler betydelig, spesielt innen døgnbehandling.

Oppgavefordelingen mellom helseforetak og private ideelle leverandører varierer mellom helseregionene, og det er begrenset samordning mellom helseregionene når det gjelder anskaffelser av slike tjenester.

TSB er heller ikke enhetlig organisert på sykehusnivå. Tilgjengelighet, kapasitet og kvalitet på tjenester innen TSB varierer i stor grad med hvor man bor. Det er også betydelig variasjon i tilgang på spesialistkompetanse innen rus- og avhengighet.

Helseforetakene må ta hensyn til lokale forhold i organisering av tjenestene, men de må samtidig sikre tilgang på nødvendige tjenester med en kvalitet som er forutsatt i lovverk, myndighetskrav og faglige anbefalinger, både i akutte situasjoner og i planlagte behandlingsforløp.

For å sikre tilgjengelighet og forsvarlige tjenester er det viktig å videreutvikle TSB-tjenestetilbudet innenfor spesialisthelsetjenestens struktur og organisering med de samme kvalitative kravene til spesialistkompetanse som for andre fagområder i spesialisthelsetjenesten. En slik videreutvikling vil styrke det samlede tilbudet i de offentlige helseforetakene og bidra til at TSB blir bedre integrert i spesialisthelsetjenesten, og mer tilgjengelig for pasienter i andre deler av spesialisthelsetjenesten og kommunene. Behandlingen vil i tillegg bli mer tilgjengelig for flere pasientgrupper som i dag ikke mottar nødvendig behandling i TSB, samt bidra til kontinuitet i kvalitet, fagutvikling og tilgang til personell. En mer tilgjenge-

lig organisering vil si en struktur der både poliklinikk, døgntilrettelagt og ambulerende tilnærming er samlet innenfor en egen TSB fagsøyle i sykehusene.

Gjennom organisering av TSB må helseforetakene sørge for at TSB i større grad utvikler seg som en del av den offentlige helseforetaksstrukturen, for å sikre et tilbud som er bedre integrert med øvrige fagområder i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil derfor at helseforetakene skal tilby flere grunnleggende TSB-tjenester i egen regi enn i dag.

Regjeringen legger helseregionenes egne framskrivninger til grunn for dimensjonering av tilbudet i de enkelte sykehusområdene, i tråd med deres sørge-for-ansvar og kjennskap til behovene i den enkelte region. Framskrivningene viser behovet for styrking av enkelte tjenestetilbud, herunder poliklinikk, dagbehandling og ambulante og akutte tjenester. For døgntilrettelagt viser framskrivningene en flat eller nedadgående utvikling av behov.

9.4.1 Helseregionenes samarbeid med ideelle leverandører

Ideell sektor har hatt og har stor betydning for utvikling av tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet. Ideelle leverandører er sentrale innen TSB, og det er behov for et godt samarbeid om utvikling av tjenestene. Et slikt samarbeid må ha kontinuitet og forutsigbarhet, og det må være til stede både forut for anbudskonkurranser og underveis i kontraktperiodene.

Regjeringen ønsker å videreutvikle det gode samarbeidet med ideelle aktører innenfor helse- og omsorgssektoren, og utnytte handlingsrommet i anskaffelsesregelverket for å prioritere ideelle tjenesteytere og langsiktige avtaler basert på kvalitet.

9.4.2 Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg

Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble innført i 2015 gjennom endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 og ny § 4-3 i spesialisthelsetjenesteloven med tilhørende forskrift (374). Endringene trådte i kraft 1. november 2015. Målet med å innføre fritt behandlingsvalg var å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Det ble samtidig understreket at det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private også framover, skulle være gjennom anbud.

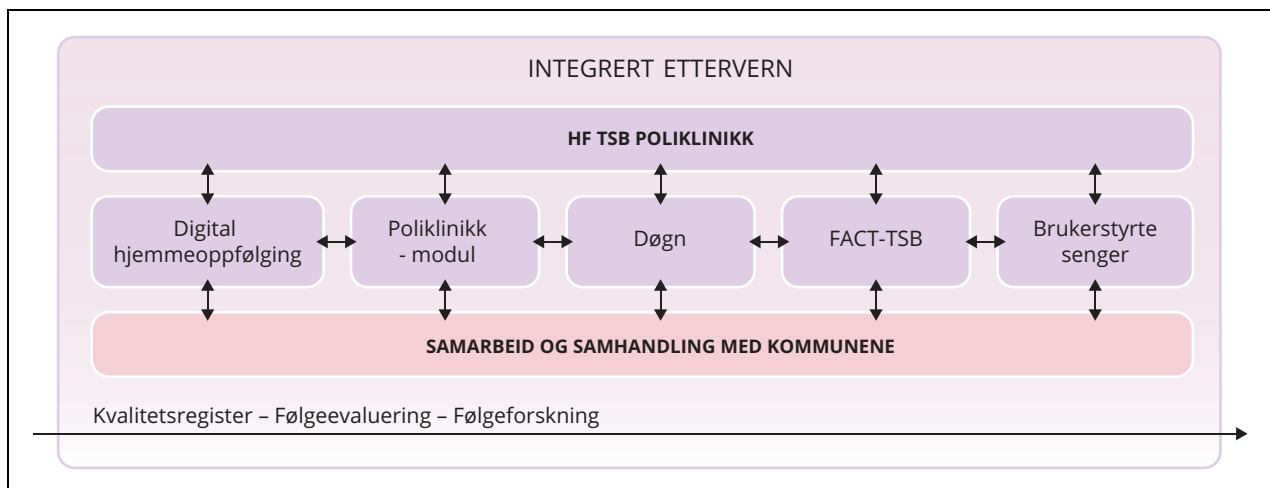
Før 1. november 2015 var pasientens rett til å velge behandlingssted omtalt som «fritt sykehusvalg». Retten til fritt sykehusvalg omfattet offentlige sykehus, distriktspsykiatriske sentre, private radiologiske institusjoner eller institusjoner som tilbød tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eller behandlingssted i en slik institusjon og private institusjoner som de regionale helseforetakene hadde inngått avtale med. Det var en forutsetning at institusjonen enten var eid av et regionalt helseforetak, eller hadde inngått avtale med et regionalt helseforetak.

Med godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble pasientens valgtrett utvidet til også å omfatte private institusjoner godkjent av Helfo, men uten avtale med et regionalt helseforetak. Godkjenningsordningen innebar at private virksomheter kunne få godkjenning for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten ved de regionale helseforetakene, og omfattet blant annet døgntilrettelagt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern (for voksne og barn og unge over 13 år), utvalgte somatiske tjenester, habilitering av barn med hjerneskade og utvalgte rehabiliteringstjenester.

Det var relativt få pasienter som valgte å benytte seg av godkjente private aktører, tatt i betraktning at over to millioner pasienter er i kontakt med spesialisthelsetjenesten hvert år. Antallet pasienter som mottok helsehjelp hos en godkjent leverandør, økte likevel hvert år fra ordningen ble innført. Innen TSB utgjorde imidlertid aktiviteten i godkjenningsordningen en klart høyere andel av den samlede aktiviteten i spesialisthelsetjenesten enn innen de andre fagområdene. Eksempelvis var det i 2022 totalt om lag 13 700 innleggelses i TSB og 9800 pasienter som mottok døgntilrettelagt. Om lag 900 pasienter mottok døgntilrettelagt i TSB gjennom godkjenningsordningen.

Evalueringen av ordningen fra 2021 viste at ordningen fritt behandlingsvalg i liten grad oppfylte de målene man hadde satt: Den ga ikke kortere ventetider eller mer effektive sykehus. Valgfriheten var mer tilgjengelig for pasienter med kapasitet til å manøvrere seg gjennom systemet, og tilbudene var først og fremst aktuelle for pasienter i Helse Sør-Øst (375).

Det ble også pekt på at både mulighet for kostnadskontroll og styring av ressursbruk i helseforetakene reduseres vesentlig av ordningen. Det framgikk tydelig at en viktig forklaring på hvorfor kostnadskontrollen med godkjenningsordningen opplevdes som vanskeligere enn anbudsavtaler,



Figur 9.4 Integrert ettervern innen TSB

var at kun sistnevnte hadde volumbegrensninger, og at de regionale helseforetakene ikke hadde noen kontroll med det faglige innholdet i tilbudet. Helseforetakene ville derfor ikke kjenne omfanget på forhånd, som i en anbudsavtale. Fra et styringsperspektiv er dette utfordrende, og spesielt er det alvorlig innenfor et mindre fagområde som TSB der andre nødvendige tjenester, spesielt akutt- og avrusningsplasser, i utgangspunktet var svakt utbygd da ordningen med fritt behandlingsvalg ble innført. Fraværet av kontroll med utvikling både i kostnader og det faglige innholdet i tilbudet var en begrensende faktor for utviklingen av tilbudet innen TSB fram til godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble avviklet. Manglende innsyn i tilbudene og manglende kontroll av kvaliteten på tilbudet var også en utfordring med godkjenningsordningen.

De regionale helseforetakene fikk i 2022 et oppdrag om å sørge for nødvendige basis-tjenester innen TSB i alle helseforetak (376) samtidig som godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble avviklet fra 1. januar 2023, i tråd med Hurdalsplattformen. Dersom helseforetakene fram mot 2040 skal kunne lykkes med å bygge opp tjenestetilbudene innen TSB i henhold til de behov som er beskrevet i framskrivningen, er det nødvendig at helseforetakene selv har kontroll med kostnader, planlegging og utvikling av det faglige innholdet, uansett om tjenesten leveres i egen regi eller etter avtale med private ideelle eller private kommersielle leverandører. Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg er derfor uforenlig med ønsket utvikling innen TSB.

9.4.3 Integrert ettervern innen TSB

For å ivareta pasienter med behov for behandling og oppfølging over tid, skal det utvikles et behandlingsforløp med *integrert ettervern* med mulighet for brukerstyrte innleggelses. Slik begrepet *integrert ettervern* brukes i denne meldingen skiller det seg innholdsmessig noe fra *ettervern* slik det tidligere har blitt oppfattet, men begrepet videreføres fordi det er så innarbeidet, jf. omtale under kapittel. 3.2.

Et moderne forløp med *integrert ettervern* vil omfatte *vurdering, samhandling, organisering og koordinering av tjenester som ytes mens vedkommende pasient mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten – altså både forberedelser før, og oppfølging under og etter en eventuell døgnbehandling*. Det sentrale er samhandling og at helseforetakene tar et koordineringsansvar gjennom hele forløpet så lenge pasienten mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av om behandlingen gis av helseforetakene eller hos private tjenesteleverandører. Hensikten er å sikre god behandling på riktig nivå. I de fleste tilfeller vil det være naturlig at koordineringsansvaret blir lagt til TSB poliklinikken i helseforetaket.

Det er pasientens behov som skal definere omsorgsnivå og behandlingsintensitet. For de fleste pasientene vil kontakten med TSB omhandle mange andre tjenester enn døgnbehandling. God samhandling og samarbeid med kommunene er helt sentralt.

Gjennom revidert nasjonalbudsjett for 2024 sørget regjeringen for midler for å understøtte et nytt oppdrag til helseregionene om å utvikle et integrert ettervern som beskrevet over. Effekter

av et styrket *integrert ettervern* innen TSB skal følges via kvalitetsregistre og planlagt følgeforskning.

9.5 Spesialisthelsetjenester til unge med rusmiddelproblemer

Det er få barn og unge som mottar behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten. De siste fem årene har antall pasienter under 18 år med rusmiddeldiagnose i spesialisthelsetjenesten vært stabilt. Det var 33 pasienter i aldersgruppen 13–15 år med en rusmiddeldiagnose registrert i TSB i 2021,³ 121 i gruppen 16–17 år og 1906 i aldergruppen 18–22 år. En noe lavere andel pasienter under 18 år med rusmiddeldiagnoser mottar behandling i psykisk helsevern og/eller i somatikk.

Det framgår av flere rapporter og tilsyn (33, 119, 253, 264, 377) at tilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok, at det ikke er tydelig hvem som har ansvaret, og at det er behov for endring. Eksempelvis påpekte Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) i 2022 at:

«Både i kommunesektoren og i spesialisthelsetjenesten mangler det både kompetanse og ressurser, og tilbudet fremstår mangelfullt. Det er alvorlig at mange barn med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser står uten et reelt behandlingstilbud, og i flere tilfeller gis behandling beregnet på voksne. Dette er ikke forenlig med de forpliktelser staten har etter barnekonvensjonen artikkel 24 og artikkel 33.» (119)

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 (253) viser at ungdom under 18 år med rusmiddelproblem som blir behandlet i psykisk helsevern for voksne eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, ofte får behandling som er beregnet på voksne, og de får ikke samtidig behandling i BUP. Mange poliklinikker i BUP mangler basiskompetanse om rusmidler og avhengighet og kompetanse til å avdekke rusmiddelbruk.

Helsedirektoratet fikk derfor i 2022 i oppdrag å utrede hvordan kunnskapsbasert spesialisert rusbehandling bør tilbys barn og unge med rusmiddelproblemer, og beskrive konkrete forslag til styrking av tjenesten. Ifølge Helsedirektoratets

utredning framsto tilbudet til barn og unge som fragmentert med stor variasjon, og det er utydelig hvor ansvaret i spesialisthelsetjenesten ligger (378). Noen helseforetak har egne dedikerte ambulante team til barn og unge forankret i TSB, andre gir generelle tilbud gjennom psykisk helsevern for barn og unge eller tilbud gis innen psykisk helsevern for voksne og/eller TSB for voksne (378).

Videre framkom det at både ungdom selv og bruker- og pårørendeorganisasjoner peker på at tjenestene må ta et større ansvar for å møte og anerkjenne rusmiddelutfordringer hos barn og unge. De vurderer at spesialisert rusbehandling må ha god kompetanse i behandling av rusmiddelbruk, og de ønsker å bli møtt av anerkjennende holdninger (378). Holdninger til personer med rusmiddelproblemer og stigma ved bruk av ulovlige rusmidler kan føre til at ungdommene er engstelige for sanksjonære konsekvenser hvis de åpner opp om sine rusmiddelproblemer, og de kan vegre seg imot å oppsøke eller ta imot helsehjelp. For å nå denne målgruppen anbefaler Helsedirektoratet at spesialisthelsetjenesten arbeider oppsøkende og arenafleksibelt (378). Ambulerende tilnærming er en av anbefalingene for barn og unge i nasjonal faglig retningslinje (326), se også omtale av ACT og FACT/FACT ung i kapittel 7.3.4 og i opptrappingsplan for psykisk helse (49).

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har siden 2004 systematisk bygd opp kunnskapsbasert praksis om utredning og behandling av avhengighetslidelser. Denne kompetansen er i hovedsak tilpasset den voksne befolkningen. Psykisk helsevern for barn og unge har ikke bygd opp sin kompetanse om rusmiddelproblemer i samme grad som TSB. Dette kan bety at barn og unge som har rusmiddelproblemer og behov for spesialisthelsetjenester, ikke får like gode tjenester som voksne. Regjeringen jobber systematisk med å tette disse hullene og for at barn og unge skal få likeverdig og god behandling.

9.5.1 Tydeliggjøring av ansvar for rusbehandling for unge

Mange barn og unge som har rusmiddel- og psykiske helseutfordringer, vil ikke ha behov for spesialisert rusbehandling, men få god hjelp og oppfølging av kommunale tjenester som helses- tasjons- og skolehelsetjenesten, fastlegen, egne lavterskeltilbud og oppsøkende tjenester. BUP har bred erfaring med å samhandle med for eksempel skolehelsetjenesten eller barnevern og kan derfor også representere et godt behand-

³ Hdir: Rusmiddeldiagnosen er ICD-10: F10-19 –uttrekk fra Norsk pasientregister

lingstilbud for unge som har utviklet et alvorlig rusmiddelproblem. Barn og unge med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer vil uansett bli henvist til psykisk helsevern barn og unge (PHBU) for behandling. Noen barn og unge får behandling for sine rusmiddelproblemer i barnevernsinstitusjon.

Helsedirektoratets utredning viser at det er et behov for å avklare og tydeliggjøre ansvaret for å yte spesialisert rusbehandling til barn og unge i spesialisthelsetjenesten (378). Utredningen viser at tilbudet om spesialisert behandling til barn og unge med rusmiddelproblemer varierer i stor grad mellom de enkelte helseforetakene, og det er utydelig hvilken fagsøyle i spesialisthelsetjenesten som har ansvar for tilbudet til denne gruppen. Det betyr at det kan være vanskelig for henviser å vite hvor man skal henvise barn og unge med rusmiddelproblematikk. Utredningen viser også at det er utfordringer knyttet til samhandling. Blant innspill som Helsedirektoratet mottok, pekte de fleste på at BUP bør yte spesialisert rusbehandling for barn og unge, da dette fagområdet har bred erfaring med å samhandle med for eksempel skolehelsetjenesten eller barnevernet. Andre tiltak som foreslås, er etablering av tverrfaglige team i helseforetakene bestående av BUP og TSB. Noen aktører mener at TSB bør gi tilbud til unge ned mot 16 (15) år.

Helsedirektoratets utredning viser også at det er et behov for å utrede/klargjøre utredningsverktøy og behandlingsmetoder tilpasset barn og unge ved komorbide tilstander. En slik utredning bør også bidra til å klargjøre oppgavefordeling mellom ulike sektorer og gi en tydelig retning for hvilke kunnskapsbaserte metoder som bør implementeres.

For å følge opp Helsedirektoratets utredning fikk de regionale helseforetakene i 2024 i oppdrag å *avklare og tydeliggjøre hvordan spesialisert rusbehandling til barn og unge skal tilbys*. Helsedirektoratet fikk i samarbeid med de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede *hvordan kunnskapsbasert spesialisert rusbehandling bør tilbys barn og unge med rusmiddelproblemer*. Et framtidig godt behandlingstilbud til barn og unge med rusmiddelproblemer er også viktig for barn i barnevernet. Dette vil også være et ledd i helsesatsingen i barnevernet der *Nasjonalt forløp for barnevern* utgjør basis. Forløpet skal sikre at alle barn i barnevernet får helsehjelp hvis barnet har helseproblemer, psykiske vansker, tannhelseproblemer eller rusmiddelproblemer, se kapittel 7.2.4.

Øke kompetanse om rusmiddelbruk

Barnevernsinstitusjonsutvalget anbefaler å styrke kompetansen i spesialisthelsetjenesten når det gjelder barn og unge med rusmiddelproblemer (264). Dette behovet underbygges også av Helse- og omsorgsdepartementets utredning (378). Barnevernsinstitusjonsutvalget mener også at den generelle ruskompetansen i barnevernsinstitusjonene må styrkes. Alle barnevernsinstitusjoner må ha kompetanse til å forebygge rusmiddelbruk og møte og hjelpe barn som står i fare for å utvikle rusmiddelproblemer. De må også kunne vurdere om barnet kan ha behov for spesialisert rusbehandling. Forslaget følges opp av Barne- og familiedepartementet.

Regjeringen ser behovet for å styrke den generelle kompetansen om rusmiddelbruk i barnevernsinstitusjonene og styrke kompetansen om rusmiddelproblematikk i den samlede helse- og omsorgstjenesten. Oppdraget til de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet i 2024 om å tydeliggjøre hvordan spesialisert rusbehandling til barn og unge skal tilbys, samt å tilgjengeliggjøre behandlingstilbud med nødvendig kompetanse, er et første steg for å følge opp Barnevernsinstitusjonsutvalgets forslag om styrket kompetanse i tjenestene til barn og unge.

9.5.2 Rusbehandling i barnevernet

Ifølge barnevernsinstitusjonsutvalget framstår det tilfeldig om barn med behov for rusbehandling får hjelp i en barnevernsinstitusjon eller fra helsetjenesten (264). Hvorvidt barnet får hjelp fra barnevernet eller helsetjenesten påvirker innholdet i tilbudet, de ansattes kompetanse og adgangen til bruk av tvang. Når et barn har vist alvorlige atferdsvansker ved *vedvarende problematisk bruk av rusmidler*, kan det fattes vedtak, med eller uten barnets samtykke, om rusbehandling i barnevernsinstitusjon i inntil tolv måneder, jf. barnevernsloven §§ 6-1 og 6-2. Vedtaket kan forlenges med ytterligere tolv måneder.

I løpet av 2023 var det totalt 150 barn og unge som bodde på rusinstitusjon i barnevernet. 93 av disse hadde oppstart i løpet av året, og 75 var i rusinstitusjon ved utgangen av året. Målt på disse tre måtene gikk omfanget av målgruppen betydelig ned mellom 2016 og 2022, mens det skjedde en viss økning fra 2022 til 2023.

Det er seks spesialiserte barnevernsinstitusjoner som tilbyr behandling til barn som har utviklet et alvorlig rusmiddelproblem. Tre av disse er statlige behandlingstilbud basert

på læringsbasert rusbehandling (LBR), mens tre er ideelle ruskollektiv. De tre ideelle institusjonene er inndelt i flere avdelinger. I tillegg er det andre som tilbyr rusbehandling, og det foretas enkeltkjøp hos private leverandører.

Barnevernsinstitusjonsutvalget finner at kunnskapsgrunnlaget for spesialisert rusbehandling i barnevernet er svakt, og mener det er kritikkverdig at barn kan tilbakeholdes på institusjon inntil to år, uten at det kan dokumenteres om behandlingen de mottar virker.

Bruk av rusmidler i barnevernsinstitusjoner er et utbredt problem og er ikke begrenset til institusjonene som tilbyr rusbehandling. Utvalget mener at barnevernet fortsatt skal hjelpe barn som bruker rusmidler, men at barn med alvorlige rusmiddelproblemer må få samme tilgang på spesialisert rusbehandling som voksne i spesialisthelsetjenesten. Utvalget foreslår derfor at ansvaret for tilbudet til barn med behov for *spesialisert rusbehandling* legges til spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at utrednings- og behandlingskompetansen må styrkes, blant annet gjennom økt kompetanse om rusmiddelbruk i BUP og/eller en videreutvikling og styrking av TSB, som i dag er en spesialisthelsetjeneste for voksne.

Utvalgets forslag innebærer å utvikle egne institusjoner for barn med rusmiddelproblemer i barnevernet.

Videre anbefaler utvalget at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer en utvidelse i helselovgivningen fra tre til seks måneders tilbakehold i institusjon uten samtykke, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2. Utvalget mener at utrednings- og behandlingskompetansen i spesialisthelsetjenesten må styrkes, at det er behov for en ny faglig retningslinje for barn og unge med samtidig rusmiddellidelser og psykiske lidelser, og at helseteamene må være tett på institusjonene.

Utvalget mener også at de fleste barna vil kunne få hjelp gjennom polikliniske tilbud, men at spesialisthelsetjenesten må tilby døgntilbud for de barna som har behov for det. Utvalget anbefaler at det bygges videre på eksisterende avtaler mellom helseforetakene og institusjoner for barn med rusmiddelproblemer i barnevernet.

Barnevernsinstitusjonene skal også ha tilknyttet helseteam fra spesialisthelsetjenesten med kompetanse innen psykisk helse og rusmiddellidelser, og det må sikres trygge overganger mellom tilbudet i barnevernet og i helsetjenesten.⁴ De regionale helseforetakene er i 2024 gitt i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjo-

ner har tilknyttet et helseteam. Teamene som skal tilknyttes barnevernsinstitusjonene, er omtalt i kapittel 7.2.4.

Nærmere om forslaget om overføring av ansvar for rusbehandling

Både barnevern og helse- og omsorgstjenesten har et ansvar for tilbudet til barn med rusmiddelproblemer. I barnevernsloven defineres vedvarende problematisk bruk av rusmidler som alvorlige atferdsvansker, mens det i helselovgivningen defineres som et helseproblem som kan utløse en rett til helsehjelp. Når det gjelder ansvarsfordelingen mellom helse og barnevern, vurderes det som riktig at *spesialisert* rusbehandling først og fremst skal gis alle barn og unge, uavhengig av omsorgssituasjon, i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen mener det er behov for å tydeliggjøre hvem som har ansvaret for rusbehandling for barn og unge, og vil i arbeidet med kvalitetsreformen for barnevernet planlegge for at ansvaret for rusbehandling flyttes fra barnevernet til spesialisthelsetjenesten. Det skal utredes nærmere hva som er konsekvensene av eventuelle endringer. Dette omfatter både økonomiske, administrative, juridiske og personellmessige konsekvenser, inkludert behovet for økonomiske overføringer mellom sektorene.

Samtidig, og som barnevernsinstitusjonsutvalget også viser til, vil barn som i dag får et tilbud om rusbehandling i regi av barnevernet, ofte ha flere utfordringer i tillegg til rusmiddelproblemer. Institusjonene representerer også en omsorgsbasis for disse barna. Det er derfor viktig at konsekvenser på barnevernsiden vurderes nøye når forslaget om overføring av ansvar til helsesektoren vurderes nærmere. Målet er at barna skal ha god helsehjelp og omsorg – både i og utenfor barnevernet.

I helsesektorene er det en sterk tradisjon for frivillig behandling framfor tvang. Dette gjelder også innen rusbehandling. Utvalgets foreslåtte endringer i tilbakeholdsbestemmelsene vil derfor måtte vurderes særskilt.

Utvalgets forslag om overføring av ansvar for tilbud til barn med behov for spesialisert rusbehandling, vurderes nærmere som en del av kvalitetsreformen i barnevernet.

⁴ Utvalget foreslår at RHF etablerer ambulante helseteam tilknyttet alle barnevernsinstitusjoner.

10 Personell, kompetanse og kunnskap

10.1 Bakgrunn

God kompetanse om rusmidler i befolkningen og i helse- og omsorgstjenestene kan forebygge skade hos den enkelte, samt redusere belastningen for pårørende, tjenestene og samfunnet ellers.

Befolkningen har behov for oppdatert kunnskap om ulike rusmidler, og hvilke konsekvenser bruk kan føre til. Helsemyndighetene har et særskilt ansvar for å gi kvalitetssikret og kunnskapsbasert informasjon som styrker befolkningens helsekompetanse. Slik informasjon skal kommuniseres på en saklig og tilgjengelig måte, slik at befolkningen kan ta informerte valg.

Lav kompetanse om rusmidler hos personell i helse- og omsorgstjenestene, kan føre til utilstrekkelig kartlegging og avdekking av rusmiddelbruk hos pasienter og brukere. Dette kan igjen gi negative konsekvenser for pasientenes og brukernes prognoser, behandlingstilbud og pasientrettigheter. Manglende kompetanse hos personell kan også være uttrykk for ubevisste holdninger som fører til at pasienter med rusmiddellidelser opplever at de blir stigmatisert og forskjellsbehandlet.

Ansatte med egenerfaring som tjenestemottager kan være en viktig ressurs på rusmiddelfeltet. Det er også nødvendig å ta i bruk nye tilnærminger, f.eks. digitale løsninger for kunnskapsutvikling og kvalitetsarbeid, og tilbakemeldingsverktøy i pasientbehandling.

Boks 10.1 Resultatmål

- økt kompetanse om rusmidler og helse- og risikofaktor i befolkningen
- personell med erfaringskompetanse inngår i større grad i arbeid for personer med psykisk helse og rusmiddelproblemer
- økt kompetanse om rusmiddelbruk og avhengighet i helse- og omsorgstjenesten og andre velferdssektorer
- utviklingen på rusmiddelfeltet følges systematisk

Høyere måloppnåelse for rus- og avhengighetsbehandling forutsetter at det pågår et kontinuerlig kunnskaps- og kompetanseutviklingsarbeid på fagfeltet innenfor de etablerte systemene for forskning, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling. Det er sentralt at kvalitetssikret kunnskap gjøres tilgjengelig, spres og tas i bruk.

Kunnskap om trender, omfang og utvikling av rusmiddelbruk er også viktig for å kunne iverksette tiltak raskt. Det er derfor nødvendig å ha gode systemer å kunne følge den løpende utviklingen på rusmiddelfeltet.

10.1.1 Regjeringen vil

- øke befolkningens helsekompetanse om bruk av ulike rusmidler og avhengighetskapende legemidler, samt øke kunnskapen om helse- og risikofaktor
- utvide bruken av personell med erfaringskompetanse i tjenestene for personer med psykisk helse og rusmiddelproblemer
- bidra til at personell har relevant og tilstrekkelig kompetanse om rusmiddelbruk og avhengighetsproblematikk, ved å understøtte kunnskaps- og kompetanseutvikling innen rus- og avhengighetsbehandling blant annet gjennom etablerte systemer for utdanning, spesialisering og forskning
- arbeide for bruk av digitale verktøy blant annet innen beslutningsstøtte, kunnskapsutvikling, kvalitetsforbedring og i behandlingstilbud
- systematisk bruke kompetansesentrene innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet for å heve og ta i bruk relevant kunnskap og kompetanse
- se tiltak for bedre behandling og oppfølging av traumeutsatte pasienter med rusmiddelproblemer i sammenheng med relevante tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse og kompetansehevende tiltak i spesialisthelsetjenesten
- utrede et helhetlig system for monitorering av rusmiddelsituasjonen og innføre beredskapstankning på rusmiddelområdet, herunder vurdere etablering av rusmiddelanalysetjeneste

10.2 Kunnskap i befolkningen

Befolkningen må ha tilgang til kunnskap om forhold som har betydning for helse og egen helsesituasjon. Slik kunnskap omfatter også kunnskap om bruk av rusmidler og konsekvensene det kan ha. Dette er helsekompetanse som er definert som

«personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.» (379)

For at pasienter og brukere skal være aktive deltakere i forhold som gjelder egen helse og behandling, må de ha kunnskap om egen situasjon og sykdom. De må gis mulighet til å finne ut av, vurdere og forstå helseinformasjon og hvilke rettigheter de har. Myndighetene må legge til rette for at folk med ulik grad av helsekompetanse, språkkompetanse og digital kompetanse har tilgang til tilpasset informasjon. Regjeringen vil derfor forsterke innsatsen for å øke helsekompetansen i befolkningen, og har varslet at det skal utarbeides en ny strategi om helsekompetanse (1).

Helsedirektoratet gir informasjon om alkohol og råd til befolkningen for å redusere alkoholbruk som en del av kampanjen om levevaner. På helsenorge.no gis det mer omfattende omtale av helsekonsekvenser ved alkoholbruk. Regjeringen vil foreslå å innføre advarselsmerking på alkoholholdig drikke for å øke befolkningens kunnskap om risiko ved alkoholbruk, jf. Nasjonal alkoholstrategi. Helsedirektoratet har gjennomført en utredning som skal følges opp med en vurdering av praktiske løsninger for å innføre advarselsmerking og hva som kan være egnet og relevant advarselsmerking i Norge. Regjeringen vil også starte en prosess for å foreslå nasjonale krav til merking av alkoholholdig drikke med ingrediensliste og næringsdeklarasjon, og det arbeides samtidig for å få til felles europeiske regler for dette.

Ulike smertetilstander er utbredt, særlig i den voksne delen av befolkningen. Disse behandles ofte med legemidler, både sterke smertestillende som opioider, og ikke-opioider som paracetamol og NSAIDs¹. Bruk av smertestillende legemidler, spesielt paracetamol, har økt over tid. Det er en

bekymring for at økningen kan bety at det er lavere toleranse for smertetilstander i samfunnet og hos individer, og at terskelen for bruk av smertestillende legemidler har blitt lavere. I Ungdata 2024 kommer det fram at 21 prosent av alle ungdommer under 18 år bruker reseptfrie smertestillende én eller flere ganger i uken, og to prosent bruker smertestillende daglig (55). Ungdata junior 2024 viser dessuten at 26 prosent av barn i alderen 10-12 år rapporterte at de har brukt smertestillende tabletter i løpet av siste uke (380). På grunn av bekymring for denne utviklingen har Helsedirektoratet hatt kampanjer om bruk av legemidler ved smerte, som er rettet både mot unge og voksne. Målet med kampanjene er å øke befolkningens kompetanse og bevissthet om slike legemidler og mulige konsekvenser av bruk.

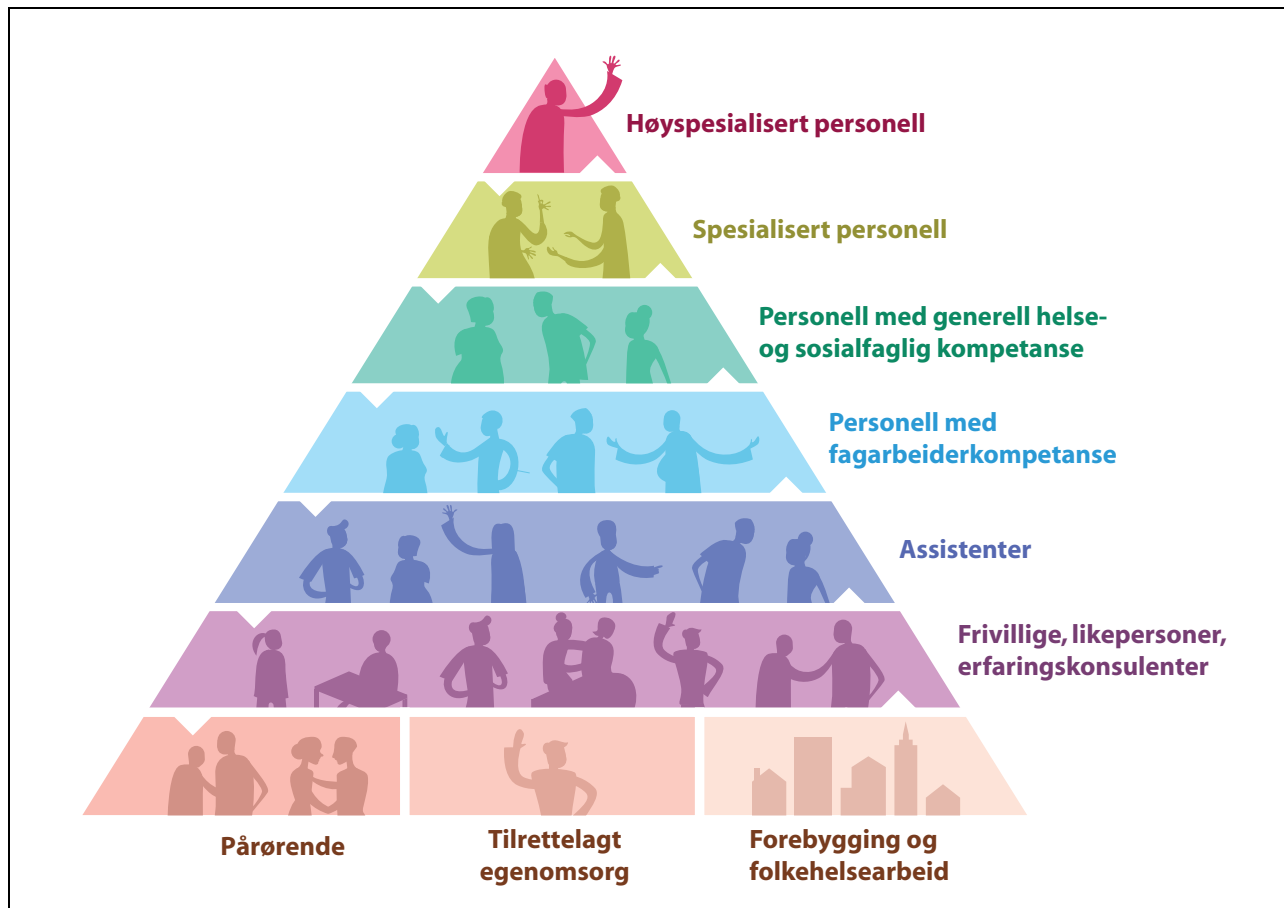
10.3 Tilgang til personell

Helsepersonellkomisjonens utredning viser at mangel på personell er den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor (381). Det er i dag stor konkurranse om arbeidskraft mellom spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og privatfinansierte leverandører av helse- og omsorgstjenester. Utfordringene med mangel på personell vil være størst i den kommunale omsorgstjenesten. Regjeringen deler Helsepersonellkomisjonens analyse av et stramt arbeidsmarked for alle sektorer framover, og at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke vil kunne fortsette å øke vesentlig. Som følge av den demografiske utviklingen må man belage seg på nye løsninger. Både i kommunene og sykehusene må det gjøres systematiske vurderinger av om formell helsekompetanse er nødvendig for oppgaveutførelsen, eller om den kan ivaretas av personell uten slik kompetanse. Dersom helsefaglig kompetanse er nødvendig, må det sørges for at oppgavene til enhver tid ivaretas på riktig kompetansenivå, samtidig som kravet til forsvarlighet legges til grunn. Gjennom helsefellesskapene vil regjeringen stimulere til å arbeide videre med optimalisering av oppgavedeling og samarbeid mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten.

10.3.1 Riktig bruk av personell

Bruk av nye arbeidsformer og hensiktsmessig oppgavedeling er nødvendig for å sørge for bærekraftig bruk av personell, uavhengig av tjeneste-

¹ Ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler, de vanligste er ibuprofen, naproxen og diklofenak.



Figur 10.1 Skjematisk framstilling av oppgavedeling, bygd nedenfra

Kilde: NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

sted. Forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene skal alltid legges til grunn ved endret oppgavedeling. I den samlede helse- og omsorgstjenesten må det gjøres systematiske vurderinger av hvilken formell helsefaglig kompetanse som er nødvendig for oppgaveutføring, og om den kan ivaretas av personell uten slik kompetanse, men alltid under forutsetning av at kravet til forsvarlighet legges til grunn. Det må utvikles og tas i bruk digitale løsninger for å frigjøre tid til pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring, uten at det går ut over kvalitet og pasientsikkerhet. Regjeringen legger til grunn at digitale løsninger og innføring av ny teknologi fortrinnsvis skal være personellbesparende og bidra til redusert vekst i personellbehov (1). Det fordrer riktig implementering og bruk i samarbeid med fagfolk, pasienter, brukere og pårørende.

Målsettingen om en desentralisert helse- og omsorgstjeneste og likeverdige tjenester til befolkningen i hele landet fordrer gode løsninger for bruk av de samlede personellressursene. I møte med utfordringene bør kommuner og syke-

hus i større grad se de samlede ressursene i sammenheng. Delte stillinger vil kunne bidra til bedre bruk av de samlede ressursene og fremme kvaliteten i tjenesteytingen. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å kartlegge muligheter og legge til rette for kombinerte stillinger i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Kommunene er oppfordret til å vektlegge interkommunalt samarbeid og arbeide for sambruk av personell der det er formålstjenlig (1).

10.3.2 Tillit, rapportering og kunnskap om personellbehov

Regjeringens tillitsreform har som formål å forbedre offentlige tjenester, og bidra til at fagfolkene har en arbeidsdag hvor kjerneoppgavene prioriteres. Det skal være mindre detaljstyring og de som jobber i tjenestene skal få økt handlingsrom. Det er et mål å redusere og effektivisere rapportering i psykisk helsevern og TSB.

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag i 2023 å gjennomgå rapporteringskrav i psykisk

Boks 10.2 Informasjon til unge

Helsemyndighetene har flere kanaler for å nå ungdom med informasjon om konsekvenser ved bruk av ulike rusmidler, for eksempel rusinfo.no, faktaark om rusmidler på tsb.no, og ung.no. Dette er kanaler som gir pålitelig informasjon til det ungdom lurer på om rusmidler, både gjennom omtale av ulike rusmidler og helserisiko forbundet med bruk, og gjennom chattefunksjoner eller via telefon. I tillegg har Helsedirektoratet informasjonskampanjen www.weedensenteret.no som gir spesifikk informasjon om cannabis. Steroidelab.no formidler også særskilt kunnskap til unge om bruk av anabole androgene steroider. Å formidle informasjon om helsekonsekvenser av ulike rusmidler kan også kanaliseres gjennom det nasjonale rusforebyggingsprogrammet for barn og unge.

Boks 10.3 Tørn

Tørn-prosjektet er utvidet til å omfatte hele helse- og omsorgstjenesten for å støtte opp under arbeidet om effektiv organisering av arbeidsprosesser og hensiktsmessig oppgavedeling mellom personell. Programmet skal støtte opp om forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer, forsøk for å fremme riktig oppgavedeling på tvers og innenfor flere tjenesteområder, nivåer og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, bruk av kombinerte stillinger, hensiktsmessig oppgavedeling, alternative arbeidstids- eller turnusordninger og samlokalisering av tjenester. I 2024 var bevilgningen til Tørn-programmet om lag 69 millioner kroner. KS, de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet følger opp Tørn-programmet. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i programmet.

helsevern og TSB, og å gi forslag til eventuelle endringer i rapporteringskrav og tiltak som kan bidra til effektivisering av nødvendig rapportering. Målet er lavere rapporteringsbyrde for behandlere og klinikere, og at rapporteringen skal oppleves som nyttig for arbeidet med pasientsikkerhet, forskning og kvalitet- og tjenesteutvikling. Rapporteringen skal ivareta behovet for å følge med, samtidig som det skal bli enklere for tjenestene, og unødvendig rapportering unngås. Sluttrapport for arbeidet ble sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i 2024. Helsedirektoratet har samtidig jobbet med å videreutvikle og forenkle de nasjonale pasientforløpene, herunder reduksjon i rapportering. Målet er enklere og mer fleksible forløp som vil gi behandlere mer tid med pasienten.

Det er viktig å sørge for bærekraft i bruken av personell. Regjeringen har stilt krav om at personellkonsekvenser skal utredes som en del av beslutningsgrunnlaget for alle tiltak innenfor departementets sektoransvar (1). Kravet henger sammen med oppdraget til Helsedirektoratet om å starte et arbeid med gjennomgang og revidering av nasjonale veiledere med formål å vurdere nødvendigheten av profesjonsspesifikke krav og anbefalinger, samt anbefalinger om bemanningsnormer i veilederne (1). Videre er det behov for fortløpende analyser av behovet for personell og kompetansebehov samt statistikk om personellsituasjonen. Regjeringen har også besluttet at aktivitet

fra privatfinansierte spesialisthelsetjenester skal inkluderes i Norsk pasientregister (NPR) og privatfinansierte helse- og omsorgstjenester i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) (382).

10.4 Kvalifisering, utdanning, spesialistgodkjenning og forskning

De fleste som arbeider i helse- og omsorgssektoren vil møte pasienter og brukere med rusmiddel- og avhengighetsproblematikk, uavhengig av hva som er deres primære helseutfordringer. Tjenestene trenger personell med opplæring og utdanning fra videregående opplæring, høyere utdanning, spesial- og spesialistutdanning. De helse- og sosialfaglige utdanningene, spesialistutdanningene, samt det strukturerte løpende arbeidet for kompetanseutvikling, skal speile tjenestenes behov, blant annet med hensyn til holdningsskapende arbeid, kunnskap om årsaksfaktorer og rusmiddelkompetanse. Alle personellgrupper har behov for formell og uformell kompetanseutvikling gjennom hele yrkeskarrieren slik at tilgang til relevant generalist-, bredde- og spisskompetanse sikres. Det er også et stort behov for kompetanseutvikling og kvalifisering av personell som ikke har formell helsefaglig kompetanse.

10.4.1 Erfaringskonsulenter

Erfaringskonsulenter kan være brobyggere mellom fagfolk og brukere. Mange med psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk har verdifull erfaring og kompetanse som bør benyttes mer. For pasienter og brukere kan andres erfaringskompetanse bidra til bedre effekt av helsehjelpen og styrke opplevelsen av håp, mestring og bedre livskvalitet.

Flere kommuner og helseforetak har ansatt erfaringskonsulenter, f.eks i ACT- og FACT-team, og Helse- og omsorgsdepartementet har blant annet lagt til rette for dette gjennom tilskuddsordninger for kommunene. Det er imidlertid behov for mer kunnskap om erfaringskonsulentenes rolle, og hvordan deres kompetanse best kan brukes. For eksempel kan det være en barriere mot å bruke erfaringskonsulenter at de kan bli satt til å ivareta de samme oppgavene og rollene som fagansatte har. På den andre siden kan de selv oppleve å bli utestengt fra det faglige fellesskapet (231). Begge deler indikerer manglende rolleavklaring og kunnskap om hva erfaringskonsulenter kan bidra med.

Erfaringskonsulenter som er ansatt i helse- og omsorgstjenesten, er underlagt helsepersonellovens bestemmelser på lik linje med andre ansatte (383).² Det er viktig at kolleger og ikke minst ledere har bevissthet og kunnskap om deres kompetanse. Dersom det er lav rollebevissthet og liten kunnskap om hverandres kompetanse, kan det utvikles barrierer for hensiktsmessig bruk av både kompetanse og tid for alle ansatte.

Det er opprettet ulike opplæringstilbud og utdanning for brukere med erfaring. På sikt kan det være behov for å vurdere om og eventuelt hvordan det vil være hensiktsmessig å etablere felles og tjenestenære kompetansehevede tiltak for erfaringskonsulenter. Regjeringen vil derfor vurdere hvordan de med erfaringskompetanse i større grad kan inngå i arbeid i helse- og omsorgstjenestene, med vekt på tjenestetilbudet innen rusmiddelfeltet og psykisk helsevern. Relevante aktører skal involveres i arbeidet.

I budsjettet for 2025 foreslår regjeringen å opprette en tilskuddsordning for erfaringskompe-

Boks 10.4 Erfaringskolen i Oslo

Erfaringskolen i Oslo kommune har som mål at mennesker med egne erfaringer skal ha mulighet til å bruke sin kunnskap i utviklingen av gode og helhetlige tjenester. Personer som har erfaring som pasient eller bruker av kommunale helse- og omsorgstjenester, eller som pasient i spesialisthelsetjenesten, har nyttig erfaringsbasert kunnskap som er nødvendig for å forbedre kommunens tilbud til denne målgruppen.

Erfaringskolen skal bidra til at mennesker som ønsker å bruke egne erfaringer fra levd liv for å hjelpe andre, får et grunnlag for en slik rolle. Medarbeidere med egenerfaring vil bidra til mer kunnskapsbaserte psykisk helse- og rustjenester. Egenerfaring er verdifull kunnskap i møte med brukere av tjenester, i møte med pårørende, i samarbeid med hjelpeapparatet og ved utvikling av tjenester på systemnivå.

Kilde: Oslo kommune

tanse innen psykisk helse, rusmiddel- og voldsfeltet. Formålet er å fremme erfaringskompetanse i form av erfaringskonsulenter, som en sentral del av tjenestetilbud og fagutvikling innen tjenesteområdene. Tilskudd gis til ideelle og frivillige virksomheter som bidrar til rekruttering gjennom veiledning og rådgivning til personer som ønsker å bli erfaringskonsulenter, som gir informasjon og rådgivning til arbeidsgivere og som driver informasjon og påvirkningsarbeid på systemnivå.

10.4.2 Fagarbeidere

Regjeringen har lansert et fagarbeiderløft som er beskrevet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027). Det innebærer blant annet tiltak for å rekruttere og beholde lærlinger og bedre kvaliteten i yrkesfaglig fordypning. Fagskoler tilbyr høyere yrkesfaglig utdanning også i psykisk helsearbeid og rusarbeid, og i tverrfaglig miljøarbeid innen rusmiddelfeltet og psykisk helse.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede hvordan det kan legges til rette for systematisk, standardisert og dokumenterbar kompetanseutvikling for fagarbeidere. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere et samarbeid for å identifisere og utvikle spesialutdanninger for

² Helsepersonelloven omfatter alle som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1. Det gjelder også personell som ikke er autorisert eller yter tjenester som er helsehjelp (Rundskriv Helsepersonelloven med kommentarer, Helsedirektoratet)

fagarbeidere som dekker nasjonale behov i spesialisthelsetjenesten (1).

10.4.3 Grunn- og videreutdanning i universitets- og høyskolesektoren

Helse- og sosialfagutdanningene i universitets- og høyskolesektoren har forskriftsfestet at de ferdigutdannede kandidatene skal ha «kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov» (384).

I 2022 fastsatte Kunnskapsdepartementet forskrift om en masterutdanning for sykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighet (385). Det er også etablert en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid. Tilbudet er rettet mot flere profesjonsgrupper og skal ivareta behovet for tverrfaglighet i psykisk helse- og rusarbeid. I begge utdanningene er det et viktig mål å sikre kompetanse innen somatiske helseproblemer hos pasientgruppene, og de er begge innrettet mot behovene både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

10.4.4 Offentlig spesialistgodkjenning

Det tas også sikte på å etablere offentlig spesialistgodkjenning for sentrale sykepleiergrupper. Blant disse er sykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighet og helsesykepleiere (1). Tilgang til disse personellgruppene og deres kompetanse har vært utfordrende over lang tid. Offentlig spesialistgodkjenning kan være et viktig virkemiddel for å rekruttere, utvikle og beholde disse sykepleiergruppene i helsetjenesten.

Det skal også utredes offentlig spesialistgodkjenning for utvalgte grupper av kliniske psykologer (1). Spesialistutdanningen for psykologer ivaretas i dag av Norsk psykologforening, og psykologspesialister oppnår ikke offentlig spesialistgodkjenning. Relevante aktører skal involveres i arbeidet.

Fastlegen, som i hovedsak skal være under spesialisering i allmenntidmedisin eller ferdig spesialist i allmenntidmedisin, er sentral i behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer. Norge har også etablert en offentlig godkjent spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin for leger. De utreder og behandler pasienter med ruslidelser samt andre typer avhengighet som for eksempel

til prestasjonsfremmende midler og pasienter med spilleavhengighet. Om lag 80 leger har denne spesialiteten, og vel 90 leger er i spesialisering. På grunn av særlige behov for spesialister innen psykisk helsevern, ble det i statsbudsjettet for 2023 bevilget midler til 31 ekstra LIS1-stillinger med kobling til videre spesialisering i psykiatrispesialitetene. Stadig flere helseforetak inkluderer psykiatri, i tillegg til indremedisin og kirurgi, i sykehuspraksisen i LIS1. Læringsmålene i LIS1 inkluderer spesifikk kompetanse innen diagnostikk og behandling av ruslidelser. De regionale helseforetakene har også fått i oppdrag å øke antall LIS i psykiatri.

10.4.5 Forskning

Gjennom forskning utvikles kunnskapsgrunnlaget for behandlings- og tjenestetilbudet. Helseforetakene har forskning som en av sine lovpålagte oppgaver. De kommunale helse- og omsorgstjenestene har et medvirkningsansvar for forskning. Regjeringen har som mål at forskningen skal tas i bruk, jf. langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2030 (165), der helse er ett av de tematiske prioriteringene. I nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027) framkommer det at regjeringen vil etablere et tjenestenært kunnskapssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester, og at regjeringen vil legge til rette for økt omfang av implementeringsforskning gjennom Forskningsrådet, for å fremme overføring av resultater fra klinisk forskning til praktiske bruksområder (1). Klinisk forskning skal være en integrert del av all pasientbehandling og klinisk praksis (386).

Det er de senere årene lagt til rette for nasjonale kliniske behandlingsstudier innenfor rusmiddefeltet. Dette har skjedd gjennom en ekstraordinær utlysning i 2022 i nasjonalt program for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) (387) innenfor områder med stort behov for ny kunnskap. Tildelingen resulterte i finansieringen av en nasjonal klinisk behandlingsstudie.

Regjeringen har lagt til rette for en tildeling på i alt 16,5 millioner kroner gjennom KLINBEFORSK-programmet for gjennomføring av nasjonale kliniske behandlingsstudier innenfor fagfeltet. Programmet brukes til rapportering og oppfølging av de nasjonale kliniske behandlingsstudiene som inngår i oppdraget om forsøk med medikamentell behandling for avhengighet av benzodiazepiner og sentralstimulerende midler, gitt gjennom Prop. 1 S (2022–2023).

**Boks 10.5 Behandling med dekstroamfetamin for avhengighet til amfetaminer
(ATLAS4Dependence studien)**

Dette er en randomisert, placebokontrollert og dobbeltblindet multisenterstudie som ledes av Haukeland universitetssykehus, der regjeringen har sørget for øremerket finansiering over statsbudsjettet. Prosjektet har som mål å undersøke effekten og sikkerheten av daglig foreskrevet dekstroamfetamin hos amfetaminavhengige pasienter som er i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (388). I tillegg til å undersøke effekten av bruk av illegale amfetaminer og total mengde amfetaminbruk, vil studien også se på om denne behandlingen forbedrer mental og fysisk helse, livskvalitet, kognitiv funksjon, behandlingsetterlevelse og privatøko-

nomi, og om den reduserer bruk av andre rusmidler og kriminell aktivitet. Avhengighet til amfetaminer (amfetamin eller metamfetamin) er relatert til høy sykdomsbyrde og øker risiko for infeksjoner, hjerte- og karhendelser og psykose, i tillegg til økt dødelighet og redusert livskvalitet. Denne studien er internasjonalt viktig siden kunnskapsbasert behandling for amfetaminavhengighet mangler. Omtrent 300 deltakere vil bli vurdert for å oppnå 222 deltakere. Disse vil bli randomisert til enten å få intervensjon (dekstroamfetamin) eller placebo i totalt 24 uker (2 x 12 uker), 111 pasienter i hver gruppe. Studiens varighet forventes å være tre år.

De regionale helseforetakene utarbeider årlig en nasjonal rapport om forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Denne inneholder også nøkkeltall om blant annet antall prosjekter finansiert av regionale forskningsmidler som defineres som rusforskning (389). Forskning innenfor rusmiddelfeltet finansieres også gjennom Forskningsrådet.

Det er et nasjonalt mål at 5 prosent av alle pasienter skal delta i kliniske behandlingsstudier i spesialisthelsetjenesten innen 2025 (386). Med handlingsplan for kliniske studier ble det vist at det er behov for et bedre og mer mangfoldig tilbud om deltakelse i kliniske studier. Variasjoner mellom fagfelt kan forklares ut fra hvor Norge har sterke fagmiljøer, etablerte forskergrupper eller samarbeid med næringslivet. Det kan også henge sammen med kulturforskjeller mellom fagene. Utvikling av ny kunnskap er viktig for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten og for å kunne evaluere og sammenlikne behandlingsmetoder.

10.5 Kompetanseutvikling i kommuner og spesialisthelsetjeneste

Personell i tjenestene skal ha god, oppdatert og relevant kompetanse om rusmiddelproblematikk. Det bidrar til å bygge tillit og er avgjørende for at pasienter og brukerne skal få gode og virksomme helse- og omsorgstjenester.

Prinsippene for kompetanseutviklingsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten framkommer av

nasjonal helse- og samhandlingsplan (1). Personell trenger oppdatert kompetanse om fagutvikling, nye teknologiske løsninger, bruk av digitale verktøy og nye arbeidsformer. Arbeidsgiver må jobbe systematisk med kompetanseutvikling og livslang læring for sine ansatte. Kompetanseutviklingsarbeidet gir også et nødvendig kunnskapsgrunnlag for dimensjonering av behov for personell, grunnlag for hensiktsmessig oppgavedeling, og det vil også kunne bidra til å dempe etterspørselen etter personell.

Muligheter for kompetanseutvikling er også et av de viktigste virkemidlene for å beholde fagfolk. Lederne er de nærmeste til å kartlegge kompetansebehov på gruppe- og individnivå. Derfor må ledere ha god kompetanse i å planlegge og organisere arbeidsprosessene som skal ivaretas. Arbeidsgiver må kartlegge og være kjent med de ansattes kompetanse for å kunne identifisere behov for kompetanseutvikling og rekruttering. Det har over tid pågått et arbeid med å styrke lederkompetanse i helse- og omsorgstjenesten, blant annet som en del av kompetanseløftet 2025 og opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten (390).

Opptrappingsplanen for rusfeltet hadde som mål å øke kompetansen om rusmiddelproblematikk i alle sektorer (27). Følgeevalueringen indikerer at kapasitetsøkningen i perioden har bidratt til kompetanseheving i kommunalt rusarbeid (31). I tillegg til en vekst i årsverk med videreutdanning innen rusarbeid, har det blitt flere med helse- og sosialfaglig utdanning og med erfaringskompetanse. Det har

også vært en betydelig faglig utvikling gjennom tiltak i regi av kompetansesentrene og statsforvalterne. Evalueringen viser imidlertid også at det er stort behov for mer systematisk innsats.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er fremdeles et relativt ungt fagområde, bruksmønstre og brukergrupper endrer seg, og det er et stort behov både for å utvikle kunnskap og kompetanseheving på fagområdet. I TSB har det vært betydelig fagutvikling og kvalitetsarbeid over mange år, og de ulike delene av dette fagområdet er nå dekket gjennom nasjonale faglige retningslinjer. Det er imidlertid fortsatt utfordringer knyttet både til kapasitet og kvalitet i tjenestetilbudet, herunder videreutvikling av innholdet i behandlingen, integrering av private og ideelle tilbydere og samhandling med somatiske tjenester og psykisk helsevern, i tillegg til kommunale helse og omsorgstjenester, tjenester fra arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) mv.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB har utarbeidet en nettbasert oversikt over alle behandlingstilbudene i TSB (TSB i Norge) som skal gjøre det enklere å finne fram i tjenestetilbudet, og gi grunnlag for behovsanalyser og tjenesteutvikling. Oversikten viser at det ikke er et likeverdig behandlingstilbud innenfor TSB på nasjonalt nivå.

10.5.1 Nasjonale kompetansetjenester og kompetansesentre

Kompetansetjenester, kompetansesentre og kompetansemiljøer innen psykisk helse- rusmiddel- og voldsfeltet, bidrar til å bygge og tilgjengeliggjøre oppdatert kunnskap om rusbehandling og om psykisk helse- og rusarbeid. Kompetansehevende tiltak som i dag tilbys av kompetansetjenester og sentre og -miljøer i og utenfor spesialisthelsetjenesten vil være viktig for realisering av forebyggings- og behandlingsreformens målsettinger, både for den samlede helse- og omsorgstjenesten og for andre aktører som arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og barnevernstjenesten.

Kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten har Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) som ble etablert i 2012 og Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB) fra 2013, hatt viktige roller i kvalitets- og normeringsarbeid og som kunnskaps- og kompetanseformidlere.

Boks 10.6 Nasjonale faglige retningslinjer på rusmiddelområdet

Nasjonale faglige retningslinjer innenfor rusområdet:

- avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler
- behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet
- legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet
- gravide i legemiddelassistert rehabilitering
- utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser

En nasjonal kompetansetjeneste i spesialisthelsetjenesten har en virketid på ti år, og NK-TSB og NKROP skal derfor avvikles som del av det forskriftsregulerte systemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, men blir omorganisert og videreført utenfor system for nasjonale tjenester.

Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for omorganiseringen av de nasjonale kompetansetjenestene. De regionale helseforetakene legger opp til å videreføre Nasjonal kompetansetjeneste TSB som et nasjonalt senter, driftet av Oslo Universitetssykehus, sammen med Nasjonal kompetansetjeneste ROP og Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP) fra 2025. Dette legger til rette for å videreføre og videreutvikle Nasjonal kompetansetjeneste TSB sitt nasjonale arbeid med å bygge opp og spre kompetanse i TSB, også etter avvikling som en egen nasjonal kompetansetjeneste.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB har i dag ansvaret for sentrale kompetansetiltak innenfor TSB. Ett eksempel er TSB-skolen hvor kompetansetjenesten har bygd en struktur for kunnskapsdeling og systematisk kompetanseutvikling. Et annet eksempel er kartet over TSB i Norge og ledernetverket. Kartet over TSB i Norge er en sentral ressurs også for henvisende instanser i kommune og øvrig spesialisthelsetjeneste, og inneholder oppdatert og kvalifisert informasjon om TSB i hele landet. Kompetansetjenesten har også ansvaret for å lage tilgjengelig opplæringsmaterieell for implementering av ny faglig retningslinje for LAR og organiserer en årlig samling for ledere i TSB. Kompetansetjenesten samarbeider med andre relevante kompetansetjenester og sentre i og utenfor spesialisthelsetjenesten.

Boks 10.7 Kurspakker fra KORUS

Kurspakker som er utviklet av KORUS:

- E-læringsprogram om aldring, alkohol og legemidler. Programmet gir grunnleggende kunnskap om hvorfor eldre er sårbare for alkohol og legemidler, hvorfor det er viktig å snakke med eldre om alkohol og legemidler mv. Målgruppen for kurset er alle som møter eldre i sin arbeidshverdag i ulike tjenester.
- E-læringskurs om somatisk helse og rus. Målgruppen er ansatte som ikke har helsefaglig bakgrunn, men som jobber med mennesker med rusutfordringer, arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) lavterskeltilbud, i hjemmetjenesten mv.
- Kunnskapsmoduler om integrert behandling av rus- og voldutfordringer som er utviklet i samarbeid med RTVSene. Noen av kunnskapsmodulene er e-læringskurs, mens andre er workshopbasert.

Kompetansesentrene

Sentrale kompetansesentre for rusmiddelfeltet utenfor spesialisthelsetjenesten er de sju regionale kompetansesentrene på rusområdet (KORUS) og de regionale ressursentrene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). I tillegg har Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) en sentral rolle som formidler av kunnskap og fagutvikling, og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse arbeider med å spre erfaringsbasert kompetanse i tjenestene.

Både KORUS og RVTS gir tilbud om kurs i ulike formater og på ulike flater. Det må arbeides videre for å tilgjengeliggjøre det samlede kompetansehevingstilbudet og fremme bruken av sentrene som virkemiddel i systematisk kompetanse- og kvalitetsforbedringsarbeid i kommunene.

Blant pasienter og brukere med rusmiddelproblemer er traumeerfaringer hyppig forekommende. RVTSene har et særlig ansvar for kompetanseutviklingsarbeidet på vold- og traumefeltet, og tilbyr ulike traumerelaterte kompetanseprogrammer til tjenestene. Både kommuner og spesialisthelsetjenesten må ha høy bevissthet om traumeproblematikk og tilstrekkelig kompetanse til å gi gode tjenester til traumeutsatte.

Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt et arbeid for å utrede en mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten, i samråd med berørte departementer. En mer samlet organisering skal bidra til bedre bruk av ressursene og være mer tilpasset behovene i kommunal sektor. Utredningen skal legge til grunn en desentralisert struktur med kompetansemiljø nær tjenestene.

10.5.2 Kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten

Det er opprettet koder for de nasjonale pasientforløpene i Norsk pasientregister (NPR) for å kunne følge med på om målene for forløpene nås. Basert på kodene er det utviklet relevante kvalitetsindikatorer. Det er til sammen 11 nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor rusbehandling. Indikatorene gir sentrale helsemyndigheter et grunnlag for planlegging, og de kan brukes til lokal kvalitetsforbedring på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Resultatene kan brukes for sammenlikning med tilsvarende enheter, og som utgangspunkt for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. I 2019 ble det første nasjonale medisinske kvalitetsregisteret på fagområdet etablert (Kvarus). Registeret gir et viktig grunnlag for forskning og kvalitetsforbedring innenfor TSB.

Pasienter med rusmiddellidelser har ofte samtidig psykiske lidelser og/eller somatiske helseplager. Kvalitetsregistre på rusmiddelområdet kan utfylle pasientopplysninger i Norsk pasientregister og gi tilleggsinformasjon som muliggjør nyanseringer av pasientpopulasjonen. Det vil også gi grunnlag for å sammenlikne behandlingssteder og vurdere geografiske forskjeller.

Framtidig kopling av data fra kvalitetsregistre med data fra NPR, KPR og medisinske kvalitetsregistre innenfor somatikk og psykisk helsevern gir mulighet for å skaffe mer helhetlig kunnskap om pasienter med rusmiddellidelser får behandling i tråd med nasjonale pasientforløp, nasjonale faglige retningslinjer, om de har fått behandling innenfor psykisk helse og/eller somatikk, og hvordan dette samlet sett har betydning for resultatet av behandling i TSB og helseutfall for pasientene.

10.6 Kunnskapsutvikling

Det er et mål at forebyggende innsatser og behandlings- og oppfølgingstjenester skal være kunnskapsbaserte. For å få kunnskap om hva

Boks 10.8 Kvarus

Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (Kvarus) har fra 2020 samlet informasjon om pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (391). Opplysninger samles inn gjennom hele behandlingsforløpet, fra pasienten tas inn i pasientforløp til pasienten skrives ut, og videre på et oppfølgingstidspunkt et år etter utskrivelse.

Kvalitetsregisteret skal inkludere alle nye behandlingsløp for rusmiddellidelser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og er et viktig verktøy for kvalitetsforbedring innenfor TSB. Registeret skal bidra med kunnskap om hvilke resultater som oppnås i behandling av pasienter med ulike typer rusmiddellidelser, og med varierende grad av tilleggspblemer som psykisk helse, somatiske helseplager og vanskelig livs-

situasjon (392). Videre skal registeret bidra til en mer spesifikk, systematisk, likeverdig og geografisk lik behandling av rusmiddellidelser i Norge (393).

Ifølge årsrapport 2023 fra Kvarus var det i 2023 totalt 48 virksomheter innen TSB (394). Antallet virksomheter er betydelig redusert fra 2022 etter at ordningen med fritt behandlingsvalg ble avvirket 1. januar 2023. 79 prosent av virksomhetene i TSB er tilsluttet registeret, samtidig er det store lokale variasjoner i registreringsaktivitet. Antall årlige registreringer økte med 16 prosent fra 2022 til 2023, men den totale dekningsgraden er lav.

Det er meldeplikt til medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status, og de regionale helseforetakene har ansvar for å legge til rette for økt dekningsgrad.

som er god kvalitet, må det blant annet legges til rette for tilgjengelige og gode data på området. Disse dataene må brukes til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Systematisk kunnskapsinnhenting gjennom kvalitetsregistre og pasient- og brukererfaringer er utgangspunkt for en kunnskapsbasert praksis, samt implementering av nasjonale faglige anbefalinger og råd.

Tilgang til relevante og oppdaterte data er sentralt for å følge kvalitet og utvikling på feltet, som grunnlag for å utforme politikk, for fagutvikling og iverksettelse av treffsikre forbedringstiltak. I opptrappingsplanen for psykisk helse er det foreslått å videreutvikle kommunalt pasient- og brukerregister slik at det kan inkludere det kommunale tjenestetilbudet knyttet til psykisk helse og rusmiddelområdet. Dette vil gi mulighet for bedre kommunale tjenestedata om utviklingen på feltene. Det er også behov for å videreutvikle Nasjonalt pasientregister for å gi bedre og mer helhetlige forløpsdata, og det er behov for å øke dekningsgrad og datakvalitet i Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (Kvarus).

Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap innenfor TSB. Helsedirektoratet har utgitt fem nasjonale faglige retningslinjer der målgruppen er personer med rusmiddelbruk. Det er

behov for å oppdatere kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for disse retningslinjene.

Regjeringen vil blant annet på den bakgrunn sette ned et utvalg som også skal se nærmere på det faglige grunnlaget for rusbehandling.

10.6.1 System for helhetlig monitorering av rusmiddelsituasjonen

Kunnskap om trender, omfang og utvikling av rusmiddelbruk i Norge og internasjonalt er viktig for å planlegge, iverksette, evaluere og kvalitetssikre tiltak, men også som grunnlag for å utvikle treffsikker politikk. Det er behov for regelmessige undersøkelser og forskning på bruk av alkohol, avhengighetsskapende legemidler og illegale rusmidler i den generelle befolkningen og i enkelte grupper av spesiell interesse, som barn og unge. I tillegg krever internasjonale forpliktelser og samarbeid, blant annet rapportering til det europeiske narkotikabyrået (EUDA, tidligere EMCDDA), Verdens helseorganisasjon og FNs kontor for narkotika og kriminalitets World Drug Report, oppdatert informasjon om tilgjengelighet til, beslag av og bruk av ulike rusmidler og informasjon om personer som bruker rusmidler. Dette forutsetter flere tilnærminger og metoder for innhenting av data, og datakildene må brukes og tolkes med høy faglig kompetanse.

De siste årene har det skjedd store endringer i nasjonal og internasjonal politikk og praksis knyttet til ulovlige rusmidler. Det har også vært en teknologisk utvikling som direkte og indirekte endrer befolkningens omgang med, holdninger til og tilgang til rusmidler. Eksempelvis gjelder dette av- og dekriminalisering av ulovlige rusmidler og legalisering av cannabis i en rekke land, tilgang på nye syntetiske opioider og nye produkter som inneholder psykoaktive cannabinoider, og økt omsetning via internett og sosiale medier mv. Det er behov for å følge med på hvordan slike pågående endringer påvirker bruk og bruksrelaterte konsekvenser, for eksempel om det vil føre til økt forbruk og helseskader.

Norske helsemyndigheter har særlig bekymring for fentanylanaloger, nitazener og andre nye opioider. Slike stoffer har hittil kun sporadisk dukket opp i Norge, men utviklingen internasjonalt, og i Nord-Amerika spesielt, fordrer en ny beredskapstenkning på dette området. Det vurderes som sannsynlig at narkotikasituasjonen i Norge vil kunne endre seg raskt, med potensielt betydelige negative helsekonsekvenser for brukere av ulovlige rusmidler.

Utfordringene begrenser seg ikke til dagens brukere av ulovlige opioider. Erfaringene fra andre land er at også andre ulovlige rusmidler kan «forurenses» av fentanylanaloger, nitazener og andre nye opioider, og ramme brukere som ikke nødvendigvis har en problematisk rusmiddelbruk. En endring av narkotikasituasjonen i Norge vil følgelig også kunne utfordre dagens tiltaksapparat for å forebygge overdoser, så vel som behandlingstilbudet.

I dag er det flere undersøkelser og datakilder som hver for seg gir informasjon og kunnskap om situasjonen på rusmiddelfeltet, men et helhetlig system for innhenting og sammenstilling av data mangler eller er ikke godt nok utviklet.

Regjeringen ønsker å etablere et system for helhetlig monitorering av rusmiddelsituasjonen og innføre en beredskapstenkning på rusmiddelområdet og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede et slikt system. Det finnes allerede flere undersøkelser og datakilder som kan gi god informasjon og kunnskap om situasjonen og som kan inkluderes i et slikt helhetlig system; nasjonale og lokale befolkningsundersøkelser, lokale hurtigkartlegginger, informasjon fra politi, kriminalomsorg og toll, informasjon fra pasientdata, og kunnskap og informasjon fra ulike analyser av rusmidler (innhold i brukte sprøyter, avløpsvan-

nanalyser og analyser av innhold i rusmidler mv.). Utredningen må også avdekke om det er informasjon som ikke er tilfredsstillende dekket av eksisterende undersøkelser, og hvordan de ulike elementene i større grad kan ses i sammenheng.

Formålet med et slikt system er å gi myndighetene et løpende kunnskapsgrunnlag, både for å få oversikt over den generelle rusmiddelbruken i samfunnet, men også for å kunne iverksette nye tiltak dersom situasjonen skulle tilsi det. For raskt å kunne respondere på endringer i type rusmidler og brukermønstre, vil det være formålstjenlig å innføre en beredskapstenkning også på rusmiddelfeltet og en struktur for samarbeid mellom ulike sektorer.

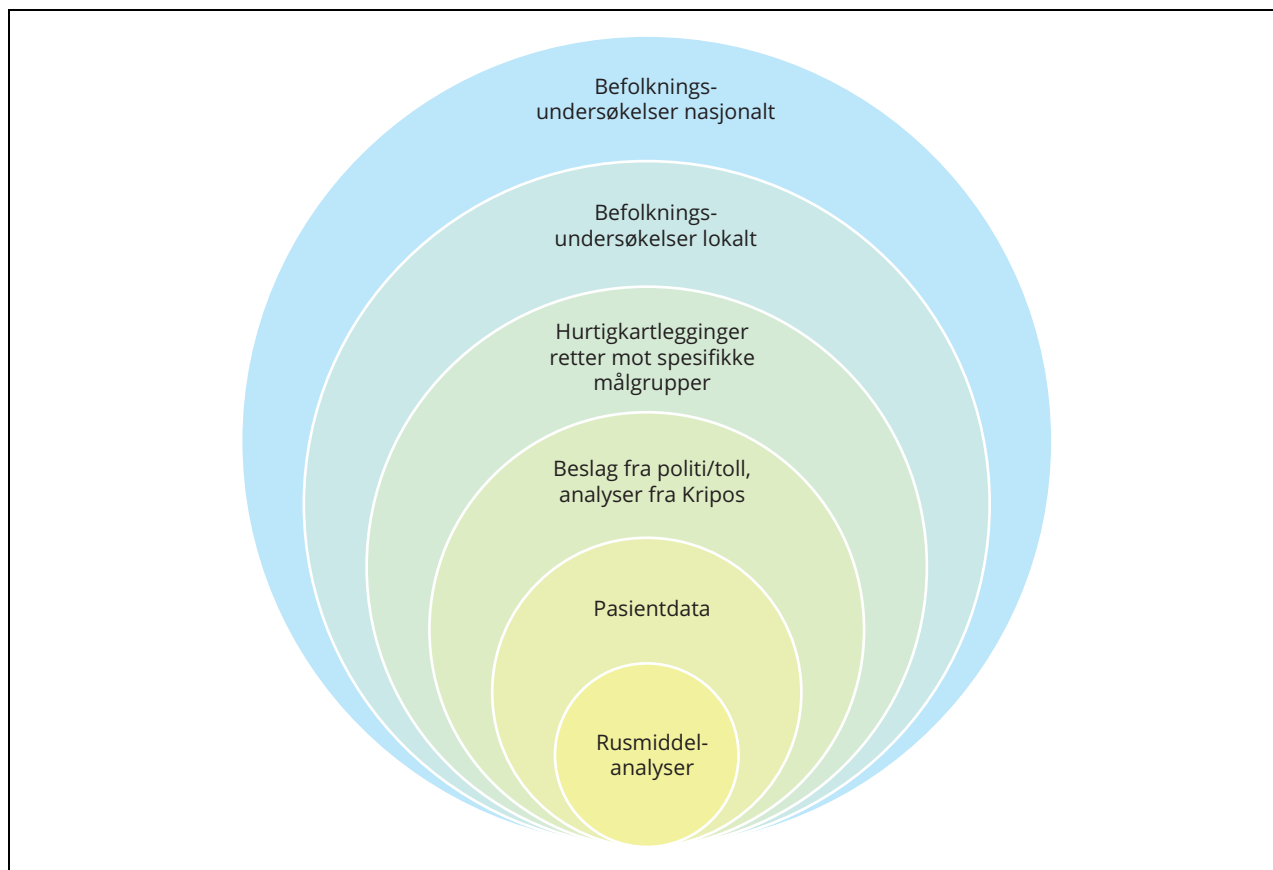
Folkehelseinstituttet har hatt hovedansvaret for å overvåke rusmiddelsituasjonen i Norge og var til 2024 nasjonalt kontaktpunkt for EUDA. Ansvar og oppgaven er overført til Helsedirektoratet. Det er også andre aktører som innhenter og analyserer data om rusmidler og som kan bidra med informasjon til et monitoreringssystem, ikke minst gjelder dette politi- og tollmyndigheten.

Befolkningsundersøkelser

For å få kunnskap om bruk av rusmidler benyttes ofte undersøkelser blant et representativt utvalg av befolkningen. Informasjon som framskaffes i slike befolkningsundersøkelser kan også danne grunnlag for videre forskning og evaluering.

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomfører årlig en undersøkelse om bruk av rusmidler i befolkningen på oppdrag fra Folkehelseinstituttet. Den har som formål å kartlegge bruken av tobakk, alkohol og andre rusmidler, samt bruk av avhengighetsskapende legemidler og dopingmidler. Undersøkelsen er med på å danne grunnlag for tiltak og evaluering av virkemidler på rusmiddelfeltet.

Ungdata-undersøkelsene gjennomføres jevnlig både på nasjonalt og lokalt nivå. Undersøkelsene dekker også spørsmål om ungdoms bruk av rusmidler og er et godt utgangspunkt for å få nasjonal og lokal kunnskap om barn og unge. I tillegg gjennomføres det hvert fjerde år en undersøkelse på 10. trinn om ungdoms bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler, den såkalte European School Survey Project (ESPAD-undersøkelsen). Dette er en europeisk undersøkelse som koordineres av EUDA og gjennomføres i Norge av Folkehelseinstituttet.



Figur 10.2 Elementer som kan inngå i system for helhetlig monitorering av rusmiddelsituasjonen

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

Beredskap og hurtigkartlegging

God beredskap krever sterke fagmiljøer og effektive systemer for overvåkning, analyser og risikovurderinger som grunnlag for scenarier, planarbeid, krisehåndtering og læring. I Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – fra pandemi til krig i Europa* (395) presenterer regjeringen den politiske og strategiske retningen for norsk helseberedskap. En viktig lærdom fra pandemien var betydningen av fleksibel og rask respons som var tilpasset endringer i situasjonen. Dette gir bedre mulighet til å ha kontroll på krisen og dermed minimere de samfunnsmessige konsekvensene.

I perioder kan det oppstå tilfeller med særlig farlige rusmidler i omløp eller situasjoner lokalt der det er bekymringer om alvorlig rusmiddelbruk blant barn og unge. Det europeiske narkotikabyrået (EUDA) beskriver en global situasjon med lett tilgang til og stor variasjon i ulike rusmidler. Dette understøtter et behov for en beredskapstenkning på rusfeltet der jevnlig befolkningsundersøkelser suppleres med hurtigkartleg-

ginger og der det systematisk innhentes oppdaterte data om her og nå-situasjonen og den faktiske utviklingen i bruk av rusmidler, og hvilke typer rusmidler som er i omløp. Slik kan relevante aktører komme raskere i posisjon med treffsikre tiltak. Dette gjelder både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Det regionale kompetansesenteret på rusområdet i Bergen (KORUS Bergen) har utviklet et kartleggingsverktøy som kan hjelpe kommuner med å utforske og få oversikt over slike lokale utfordringer (396). Basert på kartleggingen kan det utvikles forslag til løsninger og tiltak. Regjeringen ønsker at hurtigkartlegginger videreutvikles og tas mer systematisk og enhetlig i bruk, og det bør sikres at kommunene har tilgang på støtte til å få gjennomført slike lokale kartlegginger, og egnet metodikk må vurderes.

Kripos analyserer og sammenstiller beslag og funn av ulovlige rusmidler fra politi- og tollmyndighetene, og kriminalomsorgen. Narkotikastatistikken publiseres hvert halvår. Dette er en viktig kilde til den samlede kunnskapen om rusmiddelsituasjonen. Regjeringen ønsker å forsterke og

tydeliggjøre samarbeidet mellom justis- og helsemyndighetene slik at blant annet informasjon om særlig potente rusmidler som er i omløp, raskt blir kjent for brukere og personell og kan bli møtt med riktige tiltak. Early Warning System (EWS), som er en del av EUDA-arbeidet, er ett av bindeleddene mellom disse feltene. I det norske nettverket for EWS er både toll, politi, helse og andre relevante aktører samlet.

Som en del av arbeidet mot overdoser ønsker Helsedirektoratet også å utvikle et nasjonalt overdosevarslingssystem (OVS) for raskt å kunne varsle brukere om økt overdosefare. Brukergruppen av et slikt varslingsystem er de som står i fare for en overdose. Hovedformålet er å redusere antall overdoser. Dersom dette utvikles, kan det også ses i sammenheng med en beredskapstenkning på rusmiddelfeltet.

I et system for helhetlig monitorering av rusmiddelsituasjonen bør det, innenfor rammene av personvernreglene, også inngå informasjon fra pasientregistre. I tillegg kan man få informasjon gjennom måling av rusmidler eller omdannelsesstoffer fra rusmidler i avløpsvann og ulike analyser av rusmidler.

Rusmiddelanalysetjeneste

Rusmiddelanalysetjeneste er en tjeneste der rusmidler analyseres for å identifisere innholdet og eventuelt slå fast om stoffet er forurenset, eventuelt også renhet/styrkegrad. Resultater kan formidles umiddelbart til personen som ber om analysen, og tar sikte på å gjøre brukere i stand til å ta mer informerte beslutninger om risiko ved rusmidlene de inntar. Videre kan resultater fra analysene videreformidles til relevante tjenester og instanser. Formålet med en slik tjeneste er både å redusere risiko for skadelig bruk og forebygge overdoser, i tillegg til å bidra til bedre data om hvilke stoffer som til enhver tid er i omløp.

Rusmiddeltesting ble først tatt i bruk i San Francisco på 1970-tallet og spredte seg videre til klubber og festivaler. Testingen anses fremdeles som et aktuelt tiltak etter framveksten av nye og høypotente psykoaktive stoffer som fentanyl og nitazener som er forbundet med høy risiko for overdosedød. Teknologien for rusmiddeltesting har etter hvert blitt mer tilgjengelig og enklere i bruk med ulik grad av mobilitet, men også med varierende presisjon. En analysetjeneste vil kunne

gi informasjon om særlig farlige rusmidler som er i omløp og kan inngå i et overvåkings- og varslingsystem, og integreres i en beredskapstenkning på rusfeltet.

Senter for rusmiddel- og avhengighetsforskning (SERAF) beskriver tre hovedformål for rusmiddeltesting: forebygging, som folkehelseiltak og for å kartlegge/overvåke rusmiddelbruk (397). SERAF fant ingen studier som direkte kopler rusmiddeltesting for enkeltpersoner opp mot hvor effektivt tiltaket er for å redde liv, men fant heller ikke studier som viser at rusmiddeltesting kan forårsake skade.

Regjeringen ser på en slik analysetjeneste som et mulig grep, særlig med tanke på de potente rusmidlene som nå også oppdages i Norge. Tiltaket kan både være et sentralt skadeforebyggende tiltak og samtidig inngå i system for monitorering av rusmiddelsituasjonen lokalt og nasjonalt.

Helsedirektoratet har allerede startet utredning av en mulig pilotering og Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere de juridiske sidene av rusmiddelanalysetjeneste og igangsette et regelverksarbeid ved behov.

10.6.2 Rapportering til EUDA

Norge er tilknyttet det Europeiske narkotikabyrået gjennom en tredjelandsavtale. I 2024 fikk senteret et utvidet og mer omfattende mandat og endret status fra senter til byrå. Det nye mandatet skal bidra til at medlemslandene blir bedre rustet til å fange opp utviklingen og nye problemer på dette feltet. Dette vil skje på tre sentrale områder: overvåking, beredskap og kompetanseheving for bedre intervensjoner. Innsamling og analyse av data vil være en viktig oppgave for EUDA også framover, men de vil i større grad også være en beredskapsorganisasjon og blant annet opprette et varslingsystem for rusmidler med høy risiko, samt at helseperspektiver og sikkerhetsutfordringer vil utgjøre en betydelig større del av byråets innsatsområde. Det nye byrået vil blant annet medføre innhenting og hyppigere rapportering av mer oppdatert og her-og-nå-preget informasjon fra et bredere spekter av nasjonale kontaktpunkt. For å sikre at medlemslandene kan framskaffe relevante data om rusmidler til byrået, vil det være nødvendig å styrke rollen til de nasjonale kontaktpunktene. Fra 2024 er Helsedirektoratet Norges kontaktpunkt for EUDA.

Del III
Økonomiske og administrative konsekvenser

11 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forebygging- og behandlingsreformen tar utgangspunkt i de seks innsatsområdene:

- *fremme likebehandling og oppfylle rett til god helse og livskvalitet*
- *forsterket innsats mot overdoser*
- *fremme kunnskapsbasert forebyggende innsats*
- *fremme bruker-, pasient- og pårørendeperspektivet*
- *videreutvikle behandlings- og oppfølgingstilbud*
- *kunnskap og kompetanseutvikling*

Til hvert innsatsområde er det tilknyttet tiltak og resultatmål som skal bidra til å realisere regjeringens overordnede mål med reformen. Flere av tiltakene forutsetter mer utredning og tid til planlegging, kostnadsberegning og gjennomføring. Det vil i mange tilfeller også være nødvendig å vurdere personellmessige konsekvenser av enkelte tiltak og satsinger.

Den økonomiske rammen for forebyggings- og behandlingsreformen ses i sammenheng med bevilgningene til opptrappingsplan for psykisk helse (49). Mange tiltak i de to meldingene overlapper eller rettes mot samme målgrupper. Også bevilgninger knyttet til oppfølging av andre meldinger fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder Nasjonal helse- og samhandlingsplan (1), er relevante, der disse koples til reformens innsatsområder og mål. Tilsvarende gjelder tiltak og satsinger på andre departementers budsjetter.

11.1 Samfunnsøkonomiske kostnader ved rusmiddelbruk

Rusmiddelbruk koster samfunnet betydelige beløp. I 2022 ble det anslått at befolkningens bruk av alkohol koster staten mellom 80 og 100 milliarder kroner i året (398). Av dette er kostnadene knyttet til tapt helse og livskvalitet estimert å utgjøre mellom 68 og 77 milliarder kroner, inkludert konsekvenser for pårørende. Kostnader i helse- og omsorgstjenesten anslås å utgjøre mellom 1,4 og 7 milliarder kroner, kostnader knyttet til sykefravær og redusert produktivitet anslås til å utgjøre mellom 10 og 13 milliarder kroner, og

ressursbruk i andre sektorer anslås til mellom 1,5 og 4 milliarder kroner.

Slik det redegjøres for i meldingen er rusmiddelproblemer forbundet med en rekke somatiske og psykiske lidelser, helsetap og for tidlig død. I 2023 var det i følge Folkehelseinstituttet 813 rusmiddelutløste dødsfall i Norge. Alkoholbruk er den viktigste risikofaktoren for dødsfall blant menn i aldersgruppen 20–49 år. I opptrappingsplanen for psykisk helse anslås verdien av tapte statistiske liv og leveår for mennesker med alvorlig psykisk sykdom og/eller alvorlig rusmiddelproblematikk til å være om lag 364 milliarder kroner.

Også pengespillproblemer kan gi betydelige negative konsekvenser for den enkeltes privatøkonomi og berører ofte familie, omgangskrets og arbeidsgivere direkte og indirekte. Ifølge en undersøkelse fra Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning (SPILLFORSK) koster penge spillproblemer samfunnet over 5 milliarder kroner i året. Det er blant annet store kostnader knyttet til arbeidsliv, behandling og nedsatt livskvalitet for både spillere og pårørende (360).

Helseutgiftene per innbygger utgjorde 83 084 kroner i 2022 (399). Folkehelseinstituttet har vurdert kostnadene for 144 sykdommer i Norge. For ungdom og voksne i aldersgruppen 15–49 år er nesten halvparten av helseutgiftene knyttet til psykiske lidelser og rusmiddelbruk (400). Selv om slike estimater er beheftet med usikkerhet, illustrerer dette at rusmiddelbruk er kostbart både for enkeltindividet og for samfunnet.

Årlig mottar over 30 000 personer behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og i 2023 brukte spesialisthelsetjenesten om lag 6,5 milliarder kroner på TSB (401). Ifølge Folkehelseinstituttet og helseregionene er det likevel stor underbehandling av rusmiddellidelser, det gjelder særlig for alkoholbrukslidelser (364).

Mange av tiltakene som foreslås vil ha positive samfunnsøkonomiske konsekvenser som det er krevende å tallfeste.

I arbeidet med å utrede konkrete tiltak innen og utenfor helse- og omsorgssektoren vil det arbeides for å belyse gevinstene av tiltakene. Stor-

tinget vil få forelagt forslag til konkrete tiltak i de årlige fagproposisjonene.

11.1.1 Økonomiske virkemidler

Regjeringen legger til grunn at mål og tiltak som er rettet mot kommunene som hovedregel skal finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. Dagens kommunale utgifter knyttet til rusmiddel-feltet dekkes i hovedsak gjennom inntektssystemet til kommunesektoren. En videre satsing gjennom kommunenes frie inntekter bidrar til forutsigbarhet for kommunene og forenkling sammenliknet med for eksempel søknadsbaserte tilskuddsordninger. Frie inntekter stimulerer også til effektiv ressursutnyttelse i tråd med lokale behov, slik at kommunene kan se sine velferdsoppgaver i sammenheng, herunder integrere det kommunale arbeidet med rusmiddelproblematikk inn i det ordinære tjenesteapparatet. Tilsvarende finansieres rusmiddelbehandling i spesialisthelsetjenesten på samme vis som tjenesten for øvrig gjennom basisbevilgningene og aktivitetsbaserte finansieringsordninger.

Regjeringen har i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettframlegg for 2025 foreslått å øke bevilgningene til psykisk helse og rusmiddelfeltet med 400 millioner kroner, hvorav 150 millioner kroner som vekst i rammetilskuddet til kommunene er begrunnet med psykisk helse. Videre er det foreslått 286 millioner kroner til rekrutterings- og samhandlingstilskuddet, som retter seg mot arbeid med å skape gode pasientforløp, også for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser. Det er foreslått 37 millioner kroner til egenandelsfritak for pasienter til og med 25 år i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og 7 millioner kroner til gratis langtidsvirkende prevensjon for kvinner som behandles for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten. I 2023 innførte regjeringen fritak for egenandel i poliklinikk for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Egenandelsfritaket er anslått til å utgjøre 42 millioner kroner (helårsvirkning) Regjeringen har også foreslått 12,5 millioner kroner til utvikling og iverksetting av det rusmiddelforebyggende programmet for barn og unge i 2025, se omtale i kapitel 5.6.

Kostnader ved enkelte prioriterte satsinger, herunder vurdering av fritak for egenandeler hos fastlege for pasienter med rusmiddellidelser, vil måtte utredes nærmere, og gjennomføring forutsetter prioritering i fremtidige budsjetter. Merkostnaden ble i 2023 beregnet til om lag 44 millioner kroner.

Faglig veiledning, eventuelt i kombinasjon med takst for årskontroll, vil gi fastlegene insentiv til å gjennomføre årskontroll som et tiltak for bedre oppfølging av utsatte pasientgrupper. Innretningen må ses i sammenheng med de endringene i finansieringsmodellen for fastlegeordningen som nå vurderes.

Rusmiddelfeltet er et område som er omfattende tilskuddsfinansiert, særlig med tilskudd rettet mot frivillig og ideell sektor. I tråd med reformens budskap om best mulig utnyttelse av de samlede ressursene på feltet vil en vurdering av eksisterende bevilgninger inngå i gjennomføring av reformen, herunder tilskuddsordninger på psykisk helse- og rusmiddelfeltet, jf. omtale av tilskuddsordninger under kapittel 7.9.

11.1.2 Gjennomføring og evaluering

Det er viktig å gjøre forebyggings- og behandlingsreformen kjent slik at den bidrar til utvikling av lokale innsatser og utviklingsarbeid i tråd med regjeringens mål. Helsedirektoratet vil få oppdrag knyttet til gjennomføring av reformen som må løses i samarbeid med relevante aktører, herunder Statsforvalteren. Dette arbeidet må ses i sammenheng med oppgavene Helse- og omsorgsdepartementet nå har i forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse mv. (49).

Forankring av innsats og tiltak i forebyggings- og behandlingsreformen i kommunale, administrative og politiske organer er sentralt for gjennomføring og måloppnåelse. Som forvalter av regjeringens politikk vil Statsforvalteren kunne yte et viktig bidrag til realisering av reformens mål. Statsforvalter har allerede oppgaver på psykisk helse- og rusmiddelfeltet, blant annet gjennom råd og veiledning og i å understøtte kommunene i planlegging og utvikling av lokalt psykisk helse- og rusarbeid. Oppgavene er kompensert ved bevilgninger på Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapittel 765, post 21. Statsforvalternes oppfølging av forebyggings- og behandlingsreformen ses i sammenheng med det arbeidet som allerede utføres på området, og skal ikke øke den samlede arbeidsbyrden for embetene.

Regjeringen vil komme tilbake med en plan for gjennomføring og evaluering av forebyggings- og behandlingsreformen.

11.2 Resultatoppfølging

Helse- og omsorgsdepartementet vil som koordinerende departement fortløpende følge opp fram-

driften og resultatoppnåelsen i forebyggings- og behandlingsreformen.

For å sikre en så lav rapporteringsbyrde som mulig skal det i hovedsak benyttes eksisterende datakilder for å følge med på utviklingen innen de oppsatte resultatmålene. Utviklingen i befolkningens bruk av ulike rusmidler dekkes hovedsaklig av ulike befolkningsundersøkelser i regi av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå og gjennom Ungdataundersøkelsene. Innsatsen i kommunene følges gjennom IS-24/8 Kommunalt psykisk helse og rusarbeid (Sintef). Data fra Brukerplan (Korfor) samt brukertilfredshetsundersøkelsene om kommunale tjenester som gjennomføres hvert annet år (KORUS Midt), vil gi verdifull informasjon om situasjonen i kommunene og om brukerne og deres levekår. Tilsvarende vil Norsk pasientregister (NPR) gjennom Samdatarapporten og Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (Kvarus) gi informasjon om utviklingen innen TSB. Det samme gjelder ordinær rapportering fra de regionale helseforetakene, samt den årlige undersøkelsen blant pasienter i LAR (SERAF). I denne sammenhengen kan også aggregerte data fra strukturerte tilbakemeldingsverktøy si noe om pasientenes opplevelse av behandlingseffekt. Utviklingen i

bruk av reseptbelagte, avhengighetsskapende legemidler utlevert fra apotek følges gjennom tall fra Legemiddelregisteret. Andre viktige datakilder er Dødsårsaksregisteret og Husbankens årsrapport benyttes til å følge med på kommunenes arbeid med å bidra til at flere vanskeligstilte på boligmarkedet får tilgang til gode og stabile boliger.

Eventuelle behov for å utvikle nye indikatorer for resultatmåling vil ses i sammenheng med tilsvarende utviklingsarbeid i nasjonal helse- og samhandlingsplan (1) og opptrappingsplanen for psykisk helse (49).

Status for forebyggings- og behandlingsreformen vil presenteres for Stortinget gjennom Helse- og omsorgsdepartementets årlige budsjettproposisjon.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 25. oktober 2024 om Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling blir sendt Stortinget.

Referanser

1. Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027–Vår felles helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024.
2. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) LOV-1999-05-21-30.
3. Bramness JG. Rusmiddellidelser i Norge. Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
4. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) LOV-2009-12-18-131.
5. Meld. St. 16 (1996–1997). Narkotikapolitikken. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1997.
6. Innst. S. nr. 184 (1996–1997). Innstilling fra sosialkomiteen om 1) narkotikapolitikken og 2) forslag fra stortingsrepresentant Ellen Chr Christiansen om å legalisere narkotika og å avkriminalisere brukerne. Oslo: Stortinget; 1997.
7. Nesvåg S m.fl. Arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe og behandlingstilbudet til rusmiddelbrukere: delrapport 1-3. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1999.
8. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Om lov om helseforetak m.m. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 2001.
9. Ot.prp. nr. 3 (2002–2003). Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere). Oslo: Sosialdepartementet; 2002.
10. Ot.prp. nr. 54 (2002–2003). Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan). Oslo: Sosialdepartementet; 2003.
11. Innst. O. nr. 4 (2003–2004). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan). Oslo: Stortinget; 2003.
12. Helsedepartementet. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier. Oslo: Helsedepartementet; 2004.
13. Lie T, Nesvåg S, Allred K. Evaluering av den statlige rusreformen – Oppsummering og foreløpige konklusjoner på grunnlag av delrapport. Rapport IRIS – 2006/035. Stavanger: International Research Institute of Stavanger; 2006.
14. Helsetilsynet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptappingsplan for rusfeltet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007.
16. Helsedirektoratet. Opptappingsplanen for rusfeltet – resultat og virkemidler IS-1999. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
17. St.prp. nr. 46 (2004–2005). Ny arbeids- og velferdsforvaltning Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet; 2005.
18. Prop. 91 L (2010–2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
19. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
20. Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter FOR-2011-11-18-1115.
21. Meld. St. 30 (2011–2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
22. Stoltenbergutvalget. Rapport om narkotika. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2010.
23. Arbeidsgrupperapport. Alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd. Intervensjonsprogram og motivasjonssamtale Oslo: Justis- og politidepartementet; 2011.

24. Prop. 135 L (2010–2011). Endringer i straffeloven, straffeprosessloven, straffegjennomføringsloven, konfliktrådsloven m.fl. (barn og straff). Oslo: Justis- og politidepartementet; 2011.
25. Prop. 57 L (2013–2014). Lov om konfliktrådsbehandling (konfliktrådsloven). Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2014.
26. Prop. 107 L (2012–2013). Endringer i legemiddeloven (utvidet forbud mot dopingmidler m.m.). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
27. Prop. 15 S (2015–2016). Opptappingsplan for rusfeltet (2016–2020). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
28. Helsedirektoratet. Nasjonal overdosestrategi 2014-2017. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
29. Edland-Gryt M. Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014-2017: Hvordan forebygge overdosedødsfall? Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
30. Helsedirektoratet. Nasjonal overdosestrategi 2019-2022. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.
31. Hansen ILS, Tofteng M, Holst LS. Et tjenesteområde i utvikling. Evaluering av opptappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport. Oslo: Fafo; 2021.
32. Prop. 92 L (2020–2021). Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2021.
33. NOU 2019: 26. Rusreform – fra straff til hjelp. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
34. Innst. 612 L (2020–2021). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.) og om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Jan Bøhler, Per Olaf Lundteigen, Kjersti Topp. Oslo: Stortinget; 2021.
35. Lovvedtak 148 (2020–2021). Innst. 612 L (2020–2021), jf. Prop. 92 L (2020–2021) og Dokument 8:111 S (2020–2021). Oslo: Stortinget; 2021.
36. Lund IO, Bye EK. Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg. Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
37. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World health organization; 2010.
38. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022–2030. World health organization; 2024.
39. United Nations Office on Drugs and Crime. Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem (UNGASS 2016) 2016.
40. Greer A, Bonn M, Shane C, Stevens A, Tosenard N, Ritter A. The details of decriminalization: Designing a non-criminal response to the possession of drugs for personal use. International Journal of Drug Policy. 2022;102:103605.
41. Riksadvokaten. Påtalemyndighetens legalitetskontroll med tvangsmiddelbruk – relevant etterforskningsformål og forholdsmessighet – særlig om ransaking i narkotikasaker. Oslo: Den høyere påtalemyndighet; 2021.
42. Folkhälsomyndigheten. Lagar inom doping Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022 [Hentet fra: <https://www.folkhal-somyndigheten.se/livsvillkor-levnads-vanor/andts/lagar-och-regler-inom-andts/lagar-inom-doping/>].
43. Lægemedelstyrelsen. Dopingmidler København: Lægemedelstyrelsen; 2021 [Hentet fra: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/special/dopingmidler/>].
44. Kainulainen H. Doping legislation in Finland: Dopinglinkki,; (u.d.) [Hentet fra: <https://dopinglinkki.fi/en/info-bank/doping-use-in-finland/doping-legislation-in-finland/>].
45. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Cannabis laws in Europe: questions and answers for policymaking. . Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2023.
46. SOU 2023:62. Vi kan bättre! Kunskapsbase-rad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus. Stockholm: Socialdepartementet; 2023.
47. NOU 2024: 12. Håndheving av mindre narkotikaovertrædelser. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2024.
48. Meld. St. 15 (2022–2023). Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
49. Meld. St. 23 (2022–2023). Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.

50. Prop. 36 S (2023–2024). Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) Trygghet for alle. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2023.
51. Meld. St. 13 (2023–2024). Bustadmeldinga – Ein heilskapeleg og aktiv bustadpolitikk for heile landet. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet; 2024.
52. Meld. St. 33 (2023–2024). En forsterket arbeidslinje – flere i jobb og færre på trygd. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet; 2024.
53. Folkehelseinstituttet. Alkohol i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.
54. ESPAD group. ESPAD report 2019: results from European school survey project on alcohol and other drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
55. Bakken A. Ungdata 2024. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA, OsloMet; 2024.
56. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Alcohol consumption (u.d.) [Hentet fra: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/alcohol-consumption.html#top>].
57. Rossow I. Norsk alkoholpolitikk i lys av oppdatert internasjonal forskning 2023 [Hentet fra: <https://www.forebygging.no/Artikler/2023/norsk-alkoholpolitikk-i-lys-av-oppdatert-internasjonal-forskning/>].
58. Bachs L, Bretteville-Jensen AL. Risikopreget alkoholbruk. Store medisinske leksikon: snl.no; sist oppdatert 2021.
59. Mørland J. Interaksjoner mellom legemidler og alkohol. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2002.
60. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willett P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*. 2018;391(10129):1513-23.
61. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010;817–43.
62. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Everett Jones S. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*. 2007;76-85.
63. Castaneda R, Sussman N, Westreich L, Levy R, O'Malley M. A review of the effects of moderate alcohol intake on the treatment of anxiety and mood disorders. *The Journal of clinical psychiatry*. 1996;57(5):207-12.
64. Leonard KE, Rothbard JC. Alcohol and the marriage effect. *Journal of studies on Alcohol, supplement*. 1999(13):139-46.
65. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Genève: World Health Organization; 2024.
66. Strøm M, Sveen K, Raknes G, Slungård G, Reistad S. Dødsårsaker i Norge 2023. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024.
67. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;387(10036):2383-401.
68. Folkehelseinstituttet. Legemiddelregisteret (u.d.) [Hentet fra: <https://statistikk.fhi.no/lmr>].
69. Olsen K, Skoufa I, Bakken G, Hammer T, Henjum K, Granum T, Sharikabad M. Legemiddelforbruket i Norge 2019-2023. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024.
70. Bramness JG, Sexton JA. The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004-9. *Norsk epidemiologi*. 2011;21(1).
71. Muller AE, Clausen T, Sjøgren P, Odsbu I, Skurtveit S. Prescribed opioid analgesic use developments in three Nordic countries, 2006–2017. *Scandinavian Journal of Pain*. 2019;19(2):345-53.
72. Mahic M, Fredheim O, Borchgrevink P, Skurtveit S. Use of prescribed opioids by children and adolescents: Differences between Denmark, Norway and Sweden. *European Journal of Pain*. 2015;19(8):1095-100.
73. Højlund M, Gudmundsson LS, Andersen JH, Saastamoinen LK, Zoega H, Skurtveit SO, et al. Use of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs in the Nordic countries between 2000 and 2020. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. 2023;132(1):60-70.
74. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for vanedannende legemidler Oslo: Helsedirektoratet; 2021.

75. Odsbu I, Handal M, Hjellvik V, Borchgre-vink PC, Clausen T, Nesvåg R, Skurtveit S. Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2022.
76. Folkehelseinstituttet. POINT-prosjekt, upu-bliserte analyser. 2023.
77. Hartz I, Lundesgaard E, Tverdal A, Skurtveit S. Disability pension is associated with the use of benzodiazepines 20 years later: A prospective study. *Scandinavian journal of public health*. 2009;37(3):320-6.
78. Hartz I, Tverdal A, Skille E, Skurtveit S. Disability pension as predictor of later use of benzodiazepines among benzodiazepine users. *Social science & medicine*. 2010;70(6):921-5.
79. Hartz I, Tverdal A, Skurtveit S. Langtids-bruk av BZD i kombinasjon med opioider og z-hypnotika blant uføretrygdde i Norge. Long-term use of BZD in combination with opioids and z-hypnotics among disability pensioners Only in Norwegian *Norsk Far-maceutisk Tidsskrift*. 2011;4:24-8.
80. Nestvold H, Skurtveit S, Hamina A, Hjellvik V, Odsbu I. Socioeconomic risk factors for long-term opioid use: A national registry-linkage study. *European Journal of Pain*. 2024;28(1):95-104.
81. European Union Drugs Agency. European drug report 2024. Lisboa: European Union Drugs Agency; 2024.
82. Folkehelseinstituttet. Narkotikabruk i Norge Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024
83. Bakken A. Ung i Oslo 2023. Ungdomssko-len og videregående skole. Oslo: NOVA, OsloMet; 2023.
84. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Recreational use of nitrous oxide: a growing concern for Europe Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2022.
85. Bramness JG, Vevelstad MSH, Sandøy TA, Bilgrei OR. Lystgass: Bruk, helseskader og regulering. Svar på oppdrag i tildelingsbrev fra HOD. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.
86. Skretting A, Bye EK, Vedøy TF, Lund KE. Rusmidler i Norge 2014: Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, snif-fing, doping og tjenestetilbudet. Oslo: Sta-tens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS); 2015.
87. Helsebiblioteket.no. Nitazener er nye høy-potente rusmidler i opioid-klassen Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024
88. Folkehelseinstituttet. Doping – bruk, beslag og straffereaksjoner. Oslo: Folkehelseinsi-tuttet; 2021.
89. Havnes IA, Jørstad ML, McVeigh J, Van Hout M-C, Bjørnebekk A. The anabolic androgenic steroid treatment gap: a nation-al study of substance use disorder treat-ment. *Substance abuse: research and treat-ment*. 2020;14:1178221820904150.
90. Folkehelseinstituttet. Narkotikabruk blant ungdom. Narkotika i Norge. Oslo: Folkehel-seinstituttet; 2021.
91. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Narkotikasituasjonen i Europa fram til 2023 – en oversikt og vurde-ring av nye trusler og trender (europeisk narkotikarapport 2023). Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2023.
92. Rossow I. Alkohol, narkotika og folkehelse. *Folkehelse i kommunene*. 2024. Oslo: Fol-kehelseinstituttet; 2024.
93. Gjersing LR. Skader og problemer knyttet til narkotikabruk. Narkotika i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
94. Nordfjærn T, Bretteville-Jensen AL, Edland-Gryt M, Gripenberg J. Risky substance use among young adults in the nightlife arena: An underused setting for risk-reducing interventions? *Scand J Public Health*. 2016;44(7):638-45.
95. Moan IS, Halkjelsvik TB, Bye EK. Bruk av alkohol, vanedannende legemidler og ille-gale rusmidler blant sysselsatte i Norge (2013–2022). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024.
96. Burdzovic J. Problembruk av narkotika. Narkotika i Norge. Oslo: Folkehelseinstitut-tet; 2022.
97. Kripos. Narkotika- og dopingstatistikk 1. halvår 2024. Oslo: Politiet; 2024.
98. Tolletaten. Tolletaten advarer: Flere beslag av svært potente stoffer Oslo: Tolletaten; 2023 [Hentet fra: <https://www.toll.no/no/om-tolletaten/nyheter/arkiv/20232/tolleta-ten-advarer-flere-beslag-av-svart-potente-stoffer/>].
99. Kripos. Narkotika- og dopingstatistikk 2023. Oslo: Politiet; 2024.
100. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. Wien: United Nations; 2023.

101. Politidirektoratet og riksadvokaten. Straffesaksbehandlingen i politiet 2023. Oslo: Politidirektoratet og riksadvokaten; 2024.
102. Pallesen S, Mentzoni RA, Syvertsen A, Kristensen JH, Erevik EK, Morken AM. Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2022. Bergen: Universitetet i Bergen; 2023.
103. Prop. 1 S (2022–2023). For budsjettåret 2023 under Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2022.
104. Agardh EE, Allebeck P, Knudsen AKS, Aronsson AE, Flodin P, Eikemo TA, et al. Disease Burden Attributed to Drug use in the Nordic Countries: a Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2019. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2023;1:32.
105. Skarstein S, Tanum LH. Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling. *Sykepleien*. 2021.
106. Helsetilsynet. Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse. Oslo: Statens helsetilsyn; 2019.
107. Borg M, Karlsson B, Stenhammer A. Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA); 2013.
108. Syse A, Grøholt EK, Madsen C, Aarø LE, Strand BH, Næss ØE. Sosiale helseforskjeller i Norge. *Folkehelse rapporten*. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
109. Pedersen W, Frøyland LR, Enstad F, von Soest T. Oslo – den delte byen: ungdom, rus og sosioøkonomisk status. *Tidsskriftet forebygging*, no. 2024;6.
110. Log T, Skurtveit S, Selmer R, AAge T, Furu K, Hartz I. The association between prescribed opioid use for mothers and children: a record-linkage study. *European journal of clinical pharmacology*. 2013.
111. Svendsen K, Fredheim OM, Romundstad P, Borchgrevink PC. Persistent opioid use and socio-economic factors: a population-based study in Norway. *Anaesthesiologica Scandinavica*. 2014.
112. Volkow ND, Gordon JA, Koob GF. Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2021;2230-2.
113. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 2011.
114. Legeforeningen. Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse. Oslo: Den norske legeforening; 2023.
115. Helsedirektøren. Veiledning i forskrivning av stoffer som kan fremkalle eufomani. *Resepthåndboken*. Oslo: Norges Apotekerforening; 1968.
116. Helsedirektoratet. Forkortelser, sentrale begreper og forslag til begrepsbruk på rusfeltet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
117. Government of Canada. Stigma around drug use 2023 [Hentet fra: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/stigma.html>].
118. Rusfeltets hovedorganisasjon. Positiv forskjellsbehandling heller enn diskriminering 2023 [Hentet fra: <https://www.rusfeltet.no/arkiv/positiv-forskjellsbehandling-heller-enn-diskriminering>].
119. Norges institusjon for menneskerettigheter. Rus og menneskerettigheter. Oslo: Norges institusjon for menneskerettigheter; 2022.
120. Ottesen CA, Berg K, Gulbrandsen H. Rusavhengig–stigmatisert og diskriminert. *Kritisk juss*. 2017;33(3):141-4.
121. NOU 2009: 14. Et helhetlig diskrimineringsvern — Diskrimineringslovutvalgets utredning om en samlet diskrimineringslov, grunnlovsvern og ratifikasjon av tilleggsprotokoll nr. 12 til EMK. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet; 2009.
122. Norges institusjon for menneskerettigheter. «Du har ikke noe her å gjøre» En undersøkelse av rusavhengiges opplevelser av diskriminering og stigmatisering Oslo: Norges institusjon for menneskerettigheter; 2024.
123. Tollisen KH, Bjerva M, Hadley CL, Dahl GT, Högwall LM, Sandvik L, et al. Substance abuse-related admissions in a mixed Norwegian intensive care population. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2020; 64(3): 329-37.

124. Folkehelseinstituttet. Helse i den samiske befolkningen. Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024.
125. Bongo BA. Samer snakker ikke om helse og sykdom. Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur. Doktorgradsavhandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2012.
126. Pettersen RJ, Debesay J. Substance use and help-seeking barriers: a qualitative study of East African migrants' experiences of access to Norwegian healthcare services. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):107.
127. Ose SO, Kaspersen SL. IS-24/8 Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. Oslo: SINTEF; 2022.
128. Forskrift om ordning med brukerrøm for inntak av narkotika (brukerrømsforskriften) FOR-2004-12-17-1661.
129. Olsen H, Skretting A. Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom. Oslo: SIRUS; 2007.
130. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):Cd012021.
131. Årstad J, Bosnic H, Nesvåg S. Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk Kommuneundersøkelse 2020. Stavan-ger: KORFOR; 2020.
132. Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven] LOV-1994-08-05-55.
133. Nesse L, Lobmaier P, Skeie I, Lillevold PH, Clausen T. Tjuefem år med legemiddelassisert rehabilitering (LAR). Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2024.
134. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I. Statusrapport LAR 20 år Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2018.
135. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018.
136. Folkehelseinstituttet. Hepatitt C- håndbok for helsepersonell. Smittevernhåndboka. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024.
137. Gjersing LR. Narkotikautløste dødsfall 2023. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024.
138. Snowdon J. Drug overdose death rates in different countries: Who should be alarmed? *Australasian psychiatry*. 2022;30(1):26-30.
139. National Records of Scotland. Drug-related deaths in Scotland in 2021. Glasgow: National Statistics Scotland; 2022.
140. Folkhälsomyndigheten. Läkemedels- och narkotikaförgiftningar, död efter ålder, kön och år. Antal per 100 000 inv. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.
141. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2023. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2023.
142. United Nations Office on Drugs and Crime. Afghanistan opium survey 2023 Cultivation and production after the ban: effects and implications. Wien United Nations; 2023.
143. Gjersing L, Jonassen KV, Biong S, Ravndal E, Waal H, Bramness JG, Clausen T. Diversity in causes and characteristics of drug-induced deaths in an urban setting. *Scandinavian journal of public health*. 2013;41(2):119-25.
144. Edvardsen HME, Clausen T. Opioid related deaths in Norway in 2000–2019. *Drug and alcohol dependence*. 2022;232:109281.
145. Odsbu I, Hjellvik V, Handal M, Hamina A, Clausen T, Lid TG, et al. Psykiske lidelser og plager ved vedvarende opioidbruk for langvarige ikke-kreftrelaterede smerter-en registerstudie. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2024.
146. Gjersing L, Amundsen E. Increasing trend in accidental pharmaceutical opioid overdose deaths and diverging overdose death correlates following the opioid prescription policy liberalization in Norway 2010–2018. *International Journal of Drug Policy*. 2022;108:103785.
147. Skurtveit S, Odsbu I, Gjersing L, Handal M, Lid TG, Clausen T, Hamina A. Individuals dying of overdoses related to pharmaceutical opioids differ from individuals dying of overdoses related to other substances: a population-based register study. *European Addiction Research*. 2022;28(6):419-24.
148. Helsedirektoratet. Overdose – lokalt forebyggende arbeid. Oslo: Helsedirektoratet; 2023.
149. Eide D, Gjersing L, Danielsen AW, Skulberg AK, Dale O, Braarud A-C, et al. Heightened mortality risk after a non-fatal opioid overdose: Risk factors for mortality in the week

- following emergency treatment. *Addiction*. 2024.
150. Heyerdahl F, Bjornaas MA, Dahl R, Hovda KE, Nore AK, Ekeberg O, Jacobsen D. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194(1):73-9.
151. Hodgins S, Larm P, Molero-Samuleson Y, Tengström A, Larsson A. Multiple adverse outcomes over 30 years following adolescent substance misuse treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009;119(6):484-93.
152. Bjornaas MA, Jacobsen D, Haldorsen T, Ekeberg O. Mortality and causes of death after hospital-treated self-poisoning in Oslo: a 20-year follow-up. *Clinical toxicology*. 2009;47(2):116-23.
153. Helsedirektoratet. Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oslo: Helsedirektoratet; 2020.
154. Universitetet i Oslo. Nalokson – nesesprayen som redder liv Oslo: Universitetet i Oslo; 2019 [Hentet fra: <https://www.nalokson.uio.no>].
155. Renland A. En vanlig helg på legevakten. *Rus & samfunn*. 2016;10(2):16-8.
156. Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017–En nasjonal registerstudie. Oslo: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo; 2020.
157. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oslo: Helsedirektoratet; 2024.
158. Burdzovic J, Rossow I, Pape H, Buvik K. Konseptualisering av rusmiddelforebygging i et folkehelseperspektiv Rapport av Folkehelseinstituttet. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
159. Lysen J, Østby L, Dzamarija MT. Innvandrere i Norge 2023. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2024.
160. NOU 2019: 3. Nye sjanser – bedre læring — Kjønnforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2019.
161. United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization. International Standards on Drug Use Prevention, Second updated edition. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization; 2018.
162. United Nations Office on Drugs and Crime. Review of National Prevention Systems based on the UNODC/WHO International Standards on Drug Use Prevention Final report of the pilot in Norway. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023.
163. Ekspertgruppe om Barn i fattige familier. En barndom for livet Økt tilhørighet, mestring og læring for barn i fattige familier Oslo: Barne- og familiedepartementet; 2022.
164. Departementene. Like Muligheter i oppveksten. Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier (2020–2023). Oslo: Departementene; 2020.
165. Meld. St. 5 (2022–2023). Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2022.
166. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) LOV-2011-06-24-29.
167. Lov om barnevern (barnevernsloven) LOV-2021-06-18-97.
168. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30.
169. Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) LOV-2008-06-27-71.
170. Helsedirektoratet. Nasjonalt pasientforløp for gravide og rusmidler. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
171. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for gravide i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.
172. Helsedirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
173. Traaen T. Kunnskapsgrunnlag om ernæring for personer med rusproblemer i Oslo. Oslo: KORUS Oslo; udatert.
174. Helsedirektoratet. Nasjonalt pasientforløp for somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
175. Helsedirektoratet. Systematisk fysisk aktivitet og treningskontakt (rusbehandling). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
176. Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin. Nasjonal kompetansetjeneste Trening som medisin. Trondheim: St. Olavs hospital; 2024 [Hentet fra:

- sentre/nasjonal-kompetansetjeneste-trening-som-medisin/.
177. Knutsson J, Søvik K-E. Problemorientert politiarbeid i teori og praksis: Politihøgskolen; 2005.
 178. Runhovde SR, Skjevraak PE. Kriminalitetsforebygging på norsk: En kunnskapsoversikt. Oslo: Politihøgskolen; 2018.
 179. Larsson P. Politistategier mot narkotika. In: Giertsen H, Gunnlaugsson H, editors. Drugs: what is the problem and how do we perceive it? Policies on Drugs in the Nordic countries. Århus: Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologi; 2015. p. 78-89.
 180. Riksadvokaten. Rundskriv – Etterforskning. Oslo: Riksadvokaten; 1999.
 181. Lov om politiet (politiloven) LOV-1995-08-04-53.
 182. Politidirektoratet. I forkant av kriminaliteten. Forebygging som politiets hovedstrategi (2021–2025). Oslo: Politidirektoratet; 2020.
 183. Politidirektoratet. Nasjonal retningslinje for politiets rolle i rusforebyggende arbeid. Oslo: Politidirektoratet; 2023.
 184. Politidirektoratet. Nasjonal retningslinje for politiets møter med barn. Oslo: Politidirektoratet; 2022.
 185. Ot.prp. nr. 22 (1994–1995). Om lov om politiet (politiloven). Oslo: Justis- og politidepartementet; 1994.
 186. Ot.prp. nr. 106 (2001–2002). Om lov om endringer i straffeprosessloven og politiloven m.m. (lovtiltak mot barne- og ungdomskriminalitet). Oslo: Justis- og politidepartementet; 2002.
 187. Gerell M. Kriminologiska funderingar Tankar och funderingar kring kriminalpolitik och kriminologi. [Hentet fra: <https://mgerell.blogspot.com/2020/03/vad-vet-vi-om-effekterna-av-orossamtal.html>].
 188. Lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven) LOV-2010-05-28-16.
 189. Forskrift om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterforskriften) FOR-2013-09-20-1097.
 190. Justis- og beredskapsdepartementet. Høringsnotat: Forslag til endring i politiregisterforskriften og kommunikasjonskontrollforskriften; 2023.
 191. Politidirektoratet og KS. Veileder for kommune og politisamarbeid. Oslo: Politidirektoratet og KS; 2023.
 192. Justis- og beredskapsdepartementet. Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. En veileder. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2021.
 193. Rolleforståelsesutvalget. Politi og rolleforståelse Forholdet mellom politiet og Norsk narkotikapolitiforening. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2022.
 194. Nytt norsk tidsskrift For politikk, kultur og vitenskap 4/2023: Universitetsforlaget; 2023. [Hentet fra: <https://www.idunn.no/doi/epdf/10.18261/nnt.40.4>].
 195. Lov om straff (straffeloven) LOV-2005-05-20-28.
 196. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025). En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2021.
 197. Meld. St. 34 (2023–2024). En mer praktisk skole — Bedre læring, motivasjon og trivsel på 5.–10. trinn. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2024.
 198. Meld. St. 32 (2020–2021). Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet; 2021.
 199. Akan. Hjelp en ansatt Oslo: Akan – Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk; 2024 [Hentet fra: <https://akan.no/hjelp-en-medarbeider/>].
 200. World Health Organization. Interventions to reduce the harmful use of alcohol Global Action Plan for Non-Communicable Diseases 2013-2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
 201. Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. FOR-2022-06-02-977.
 202. Forskrift om legemidler til mennesker (legemiddelforskriften) FOR-2009-12-18-1839.
 203. Helsedirektoratet. Veileder til forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
 204. Helsedirektoratet. Rundskriv til folketrygdloven § 5-14 – legemidler. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
 205. Greco MT, Roberto A, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S, Apolone G. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. J Clin Oncol. 2014;32(36):4149-54.
 206. World Health Organization. Left behind in pain – Extent and causes of global variations in access to morphine for medical use and

- actions to improve safe access: World Health Organization; 2023.
207. Direktoratet for medisinske produkter. Narkotikalisten. Oslo: Direktoratet for medisinske produkter; 2023.
208. Lov om legemidler m.v. (legemiddeloven) LOV-1992-12-04-132.
209. Forskrift om narkotika (narkotikaforskriften) FOR-2013-02-14-199.
210. Kultur- og likestillingsdepartementet. Handlingsplan mot spilleproblemer 2022-2025. Oslo: Kultur- og likestillingsdepartementet; 2022.
211. Helsedirektoratet. Forslag til nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2024.
212. Helsedirektoratet. Tverrsektorielt rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2024.
213. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Gode hver for oss. Best sammen. Overordnet strategi for departementsfellesskapet 2021–2025. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet; 2021.
214. Ose SO, Kaspersen SL. IS-24/8 Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. Oslo: SINTEF; 2023.
215. Helse- og omsorgsdepartementet. Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
216. Baklien B, Bye M. TIUR-modellen i Ringsaker-en forskningsbasert evaluering. Elvevum: Sykehuset Innlandet HF; 2018.
217. Ringsaker kommune. Rusforebyggende tiltak TIUR: Ringsaker kommune; (u.d.) [Hentet fra: <https://www.ringsaker.kommune.no/forebygging-av-rus-og-kriminalitet.408268.no.html>].
218. Kommuneadvokaten i Oslo. Kommuneadvokaten i Oslos brev, saksnr. 21/646-3 (4. april 2022).
219. Lien MI, Larsen Y. Flinkiser og «dropouts». Erfaringer med ungdom på frivillig ruskontrakt. Oslo: KoRus Oslo og KoRus Øst; 2015.
220. Sandøy TA. Alternative straffereaksjoner overfor unge i narkotikasaker. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.
221. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) LOV-1999-07-02-63.
222. Forskrift om oppfølgingstiltak i Arbeids- og velferdsetatens egenregi FOR-2023-06-20-1073.
223. Helse- og omsorgsdepartementet. Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (2021–2025) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020.
224. Opinion. Pårørendeundersøkelsen 2022 Unge pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2023.
225. Selbekk AS, Faugli A, Kuftås E, Løvås M, Ruud T. Kunnskapsoppsummering om situasjon og hjelp til barn med og partnere av personer med rusproblemer. Akershus universitetssykehus; 2019.
226. Opinion. Nasjonal pårørendeundersøkelse 2021-2022. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
227. Regionale helseforetak. Veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten. Regionale helseforetak; 2018.
228. Nordaunet OM. Menneskerettigheter, systemsvikt og pasientsikkerhet i psykisk helse-og rusarbeid–en litteraturgjennomgang. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2022;19(1):15-28.
229. Kour P, Lien L, Kumar B, Biong S, Pettersen H. Coping and Negotiating a Sense of Self: Immigrant Men's Experiences of Living with Co-Occurring Substance Use and Mental Health Disorders in Norway. American Journal of Psychiatric Rehabilitation. 2019;22(1):43-63.
230. Erfaringsssentrum. Ofte stilte spørsmål u.d. [Hentet fra: <https://erfaringsssentrum.no/ofte-stilte-sporsmal/>].
231. Åkerblom KB, Hammer AE. Integrering av erfaringskonsulenter: Hvilken vei vil vi gå? Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2021;18(1):91-5.
232. Helsedirektoratet. Kvalitativ forskning på brukermedvirkning innen psykisk helse og rus i Norden og Sápmi 2012-2022. Oslo: Helsedirektoratet; 2023.
233. Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Feedbackverktøy i rusbehandling. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2023 [Hentet fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/feedbackverktoy-i-rusbehandling>].
234. Ådnes M, Kalseth J, Kaspersen SL. Hva synes pasientene om den polikliniske behandlingen i psykisk helsevern og rusbehandling? Nasjonal bruker- og pasientundersøkelse blant voksne 2023. Oslo: SINTEF; 2024.

235. Helsedirektoratet. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet 2017 (siste faglige endring 13. mars 2024).
236. Broekhof R, Nordahl HM, Tanum L, Selvik SG. Adverse childhood experiences and their association with substance use disorders in adulthood: A general population study (Young-HUNT). *Addict Behav Rep.* 2023;17:100488.
237. Ytterhus B, Hafting M, Vallesverd VU, Wiig EM, Kallander EK, Trondsen MV. Children as next of kin's experiences, practices, and voice in everyday life: a systematic review of studies with Norwegian data (2010–2022). *Scandinavian Journal of Public Health.* 2024;14034948241232040.
238. Hansson KM, Romøren M, Pedersen R, Weimand B, Hestmark L, Norheim I, et al. Barriers and facilitators when implementing family involvement for persons with psychotic disorders in community mental health centres—a nested qualitative study. *BMC Health Services Research.* 2022;22(1):1153.
239. Hestmark L, Heiervang KS, Pedersen R, Hansson KM, Ruud T, Romøren M. Family involvement practices for persons with psychotic disorders in community mental health centres – a cross-sectional fidelity-based study. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):285.
240. Nasjonalt nettverk for psykoedukativt familiesamarbeid. Metodebok i psykoedukativt familiesamarbeid. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2023.
241. Akershus universitetssykehus. Familiefokusert praksis – Familiemodellen: Helse Sør-Øst; (u.d.) [Hentet fra: <https://kurskatalog.helse-sorost.no/kurs/11386/>].
242. KORUS. Barnespor: Når barn er pårørende (u.d.) [Hentet fra: <https://korus.no/verktoy-og-kartlegging/barnespor-for-barnsom-paaroerende>].
243. KORUS Midt. Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer Samlet sluttrapport 2017-2021 Trondheim: St. Olavs hospital; 2021.
244. KORUS Midt. Brukererfaringsundersøkelse: Hvordan opplever personer med rusmiddelproblemer de kommunale tjenestene de mottar? Trondheim: St. Olavs Hospital HF; 2024.
245. Holmboe O, Danielsen K, Aasgaard K, H E-DL, Iversen HKH. Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Årsrapporter 2022. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.
246. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
247. Hustvedt IB, Bosnic H, Håland ME. Brukerplan – årsrapport 2020: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Stavanger: Helse Stavanger HF; 2021.
248. Statistisk sentralbyrå. Befolkningen – hvor mange bor det i Norge? Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2024 [Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>].
249. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken, Nasjonale befolkningsframskrivninger, tabell 13599: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter kjønn, alder, innvandringskategori og landbakgrunn, i 15 alternativer (2022-framskrivningen) 2022 – 2100 2024 [Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/13599>].
250. Lov om ordning med brukerrrom for inntak av narkotika (brukerromsloven) LOV-2004-07-02-64.
251. Ose SO, Kaspersen SL. IS-24/8 Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. Oslo: SINTEF; 2021.
252. Hansen ILS, Tofteng M, Holst LS, Flatval VS, Bråthen K. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Andre statusrapport. Oslo: Fafo; 2018.
253. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester Dokument 3:13 (2020–2021). Oslo: Riksrevisjonen; 2021.
254. Helsedirektoratet. Psykisk helsearbeid for barn og unge – en innsiktsrapport. Oslo: Helsedirektoratet; 2021.
255. Helsetilsynet. «Barnas hjem. Voksnes ansvar» Oppsummering av landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018. Oslo: Statens helsetilsyn; 2019.
256. Helsedirektoratet. Unge, eldre og gravide i rusbehandling. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, Oslo: Helsedirektoratet.

257. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.
258. Hansen ILS, Jensen RS, Fløtten T. Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge. Oslo: Fafo; 2020.
259. Helsedirektoratet. Veileder om samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier Oslo: Helsedirektoratet; 2022 (siste faglige endring 02. august 2024).
260. Prop. 100 L (2020–2021). Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator). Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2021.
261. Kayed NS, Jozefiak T, Rimehaug T, Tjelflaat T, Brubakk A-M, Wichstrom L. Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, RKBUS. 2015.
262. Prop. 73 L (2016–2017). Endringer i barnevernloven (barnevernsreform). Oslo: Barne- og familiedepartementet; 2017.
263. Helsedirektoratet. Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus Oslo: Helsedirektoratet; 2020 (siste faglige endring 27. juni 2023).
264. NOU 2023: 24. Med barnet hele veien — Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillet. Oslo: Barne- og familiedepartementet; 2023.
265. Departementene. Vårt felles ansvar – ny retning for barnevernets institusjonstilbud. Oslo: Departementene; 2024.
266. NOU 2023: 7. Trygg barndom, sikker fremtid — Gjennomgang av rettssikkerheten for barn og foreldre i barnevernet. Oslo: Barne- og familiedepartementet; 2023.
267. Helsedirektoratet. Uttrekk fra Norsk pasientregister (upubliserte data). Oslo: Helsedirektoratet; (2023).
268. Hansen ILS, Olsen T. Når velferdstjenestene ikke strekker til: Oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer. Ulikhetens drivere og dilemmaer. Oslo: Universitetsforlaget; 2023. p. 211-25.
269. Dokument 8:130 S (2019–2020). Representantforslag om kraftfull styrking av innsatsen overfor personar med alvorleg rus- og psykisk lidning (ROP). Oslo: Stortinget; 2020.
270. Helsedirektoratet. Utfordringsbildet for psykisk helse- og rusfeltet sett i lys av målet om bærekraftige tjenester og forebygging. Innspill til ny opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
271. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, Næss Ø, et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PloS one*. 2018;13(8):e0202028.
272. Meld. St. 45 (2012–2013). Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet; 2013.
273. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry*. 2007;190:27-35.
274. Braatveit KJ, Torsheim T, Hove O. The Prevalence and Characteristics of Intellectual and Borderline Intellectual Disabilities in a Sample of Inpatients with Substance Use Disorders: Preliminary Clinical Results. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2018;11(3):203-20.
275. Juberg A, Røstad M, Søndena E. Substance use problems among people with mild/borderline intellectual disability: Challenges to mainstream multidisciplinary specialist substance treatment in Norway. *Nordisk Alkohol Nark*. 2017;34(2):173-85.
276. Luteijn I, Didden R, der Nagel JV. Individuals with Mild Intellectual Disability or Borderline Intellectual Functioning in a Forensic Addiction Treatment Center: Prevalence and Clinical Characteristics. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*. 2017; 1(4):240-51.
277. van Duijvenbode N, VanDerNagel JEL. A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *Eur Addict Res*. 2019;25(6):263-82.
278. Landheim A, Odden S. Evaluering av FACT-team i Norge – Sluttrapport. Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF; 2020.
279. Ruud T, Landheim A. Uprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene? Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF; 2014.

280. Mueser KT, Noordsy D, Drake RE, Fox L. Integriert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
281. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, et al. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of occupational rehabilitation*. 2018;28:1-15.
282. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*. 2011;377(9783):2093-102.
283. Rognli EB, Støme LN, Kværner KJ, Wilhelmson C, Arnevik EA. The effect of employment support integrated in substance use treatment: A health economic cost-effectiveness simulation of three different interventions. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2023;40(2):199-211.
284. KORUS Midt. Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer. Trondheim: St. Olavs hospital; 2021.
285. Interregional arbeidsgruppe. Prioritering av arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene; 2020.
286. Forsetlund I, Smedslund G, Hval G, Bergsund H. Individuell jobbstøtte for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet: en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.
287. Lones CE, Bond GR, McGovern MP, Carr K, Leckron-Myers T, Hartnett T, Becker DR. Individual Placement and Support (IPS) for Methadone Maintenance Therapy Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2017;44(3):359-64.
288. RusForsk. Hekta på jobb: Oslo universitetssykehus HF; 2023 [Hentet fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/forskning/forskningsmiljoer/rusforsk/hekta-pa-jobb>].
289. Holmås TH, Monstad K, Reme SE. Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme. *Social Science & Medicine*. 2021;270:113691.
290. Malmberg-Heimoen I, Bråthen M, Frøyland K, Spjelkavik Ø, Tøge AG. Evaluering av IPS ung. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet-storbyuniversitetet; 2024.
291. Oslo Economics. NAVs tjenestetilbud til sosialhjelpsmottakere. En kartlegging av hvordan NAV følger opp personer som mottar sosialhjelp. Oslo: Oslo Economics; 2023.
292. Dyb E, Zeiner H. Bostedsløse i Norge 2020-en kartlegging. Oslo: By- og regionsforskningsinstituttet NIBR, OsloMet; 2021.
293. Dyb E. Bostedsløs: Politikk og praksis. Oslo: Gyldendal; 2020.
294. Dyb E, Holm A. Rus og bolig: Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer. Oslo: By- og regionsforskningsinstituttet NIBR, OsloMet; 2015.
295. Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet [boligsosialloven] LOV-2022-12-20-121.
296. Departementene. Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020). Oslo: Departementene.
297. Kommunal- og distriktsdepartementet. Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021–2024). Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet; 2020.
298. Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon FOR-2011-12-16-1254.
299. Lov om husleieavtaler (husleieloven) LOV-1999-03-26-17.
300. SINTEF. Kartlegging av «Heldøgns helse- og omsorgstjenester i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: SINTEF; 2023.
301. Hansen GV. For noen beboere er bofellesskap en god løsning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2020;17, (2-3).
302. Rossow I. Alkohol og vold. *Alkohol i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019..
303. Börjesson P, Eriksson E-L, Lam P, Hellström C, Rödlund A. Vem ser oss? En studie om kvinnor i missbruk och deras upplevelser av våld i nära relation. . Västerås: Länsstyrelsen i Västmanlands län; 2021.
304. Vatnar SKB, Friestad C, Stål B. The influence of substance use on intimate partner homicide: Evidence from a Norwegian National 22-year cohort. *International Journal of Forensic Mental Health* 2019;18(2):99–110.
305. Lov om kommunale krisesentertilbud (krisesenterlova) LOV-2009-06-19-44.
306. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. Tilgjengelighet. [Hentet fra <https://www.buf>].

- dir.no/statistikk-og-analyse/krisesentrene/tilgjengelighet (u.d.)
307. Prop. 1 S (2023–2024). For budsjettåret 2024 under Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet; 2023.
308. Ot.prp. nr. 8 (1996–1997). Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (Oppfølging av Velferdsmeldingen). Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1996.
309. NOU 2024:18. En universell tannhelsetjeneste - Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024.
310. Prop. 60 L (2023–2024). Endringer i lov om tannhelsetjenesten mv. (rett til tannhelsetjenester for unge voksne, personar med rusmiddelavhengigheit mv.). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024.
311. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) LOV-1983-06-03-54.
312. Helsedirektoratet. Tilrettelagt tannhelsetilbud – TOO Oslo: Helsedirektoratet; 2024.
313. Virke. Helse- og sosialtjenester. (u.d.) [Hentet fra: <https://www.virke.no/pavirkningsarbeid/bransjer/helse-og-omsorgspolitikkk>].
314. Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) FOR-2016-02-19-184.
315. Deloitte. Evaluering av to tilskuddsordninger – institusjonsbaserte tiltak og aktivitets-tilbud rettet mot personer med psykiske problemer, rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring. Bergen: Deloitte; 2020.
316. Ekspertgruppe. Områdegjennomgang av øremerkede tilskudd til kommunesektoren Økt treffsikkerhet – bedre effekt – mindre byråkrati. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Finansdepartementet; 2017.
317. Proba samfunnsanalyse. Evaluering av tilskuddene til aktivisering, arbeidstrening, og sosialt entreprenørskap. Oslo: Proba samfunnsanalyse; 2021.
318. Finn SW, Mejdal A, Nielsen AS. Public stigma and treatment preferences for alcohol use disorders. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):76.
319. Finn SW, Andréasson S, Hammarberg A. Treatment of Alcohol Dependence in Primary Care Compared With Outpatient Specialist Treatment: Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial, With Trajectories of Change. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2020;81(3):300-10.
320. Nygaard P, Aasland OG. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(1):52-60.
321. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol and alcoholism*. 2010;45(2):207-12.
322. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71(5):843-61.
323. Kohler S, Hofmann A. Can Motivational Interviewing in Emergency Care Reduce Alcohol Consumption in Young People? A Systematic Review and Meta-analysis. *Alcohol and Alcoholism*. 2015;50(2):107-17.
324. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytical review *Alcohol and Alcoholism*. 2006;41(3):328-35.
325. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
326. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
327. Heldal AT, Skurtveit S, Lobmaier PPK, Vederhus JK, Bramness JG. Bruk av medikamenter for alkoholbrukslidelser i Norge 2004–16. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2018;138(18).
328. Soyka M, Kranzler HR, Hesselbrock V, Kasper S, Mutschler J, Möller HJ. Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: Alcoholism, first revision. *World J Biol Psychiatry*. 2017;18(2):86-119.
329. Eide D, Bjørnstad R, Brummer JE, Dadrás O, De Pirro S, Ellefsen R, et al. Midtveisrapport om heroinassistert behandling fra 2022-2023 Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2024.
330. Skeie I, Clausen T, Hjemseter AJ, Landheim AS, Monsbakken B, Thoresen M, Waal H. Mortality, Causes of Death, and

- Predictors of Death among Patients On and Off Opioid Agonist Treatment: Results from a 19-Year Cohort Study. *European Addiction Research*. 2022;28(5):358-67.
331. Skeie I, Clausen T, Bukten A. Legemiddelassistert rehabilitering–viktig behandling med dilemmaer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2014.
332. Rogeberg O, Bergsvik D, Clausen T. Opioid overdose deaths and the expansion of opioid agonist treatment: a population-based prospective cohort study. *Addiction* (2022;117(5):1363-71.
333. Kunøe N, Opheim A, Solli KK, Gaulen Z, Sharma-Haase K, Latif Z-e-H, Tanum L. Design of a randomized controlled trial of extended-release naltrexone versus daily buprenorphine-naloxone for opioid dependence in Norway (NTX-SBX). *BMC Pharmacology and Toxicology*. 2016;17(1):18.
334. Weimand BM, Solli KK, Reichelt WH, Tanum L. Enablers and hindrances for longer-term abstinence in opioid dependent individuals receiving treatment with extended-release naltrexone: A Norwegian longitudinal recovery trial (NaltRec study). *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2021;21:100728.
335. Gaulen Z, Benth JS, Fadnes LT, Brenna IH, Tanum L. Life satisfaction among individuals with opioid use disorder receiving extended-release naltrexone: A 12-week randomized controlled trial and a 36-week follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2022;135:108656.
336. Latif Z-e-H, Benth JS, Solli KK, Opheim A, Kunoe N, Krajci P, et al. Anxiety, Depression, and Insomnia Among Adults With Opioid Dependence Treated With Extended-Release Naltrexone vs Buprenorphine-Naloxone: A Randomized Clinical Trial and Follow-up Study. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(2):127-34.
337. Opheim A, Gaulen Z, Solli KK, Latif Z-e-H, Fadnes LT, Benth JS, et al. Risk of Relapse Among Opioid-Dependent Patients Treated With Extended-Release Naltrexone or Buprenorphine-Naloxone: A Randomized Clinical Trial. *The American Journal on Addictions*. 2021;30(5):453-60.
338. Solli KK, Latif Z-e-H, Opheim A, Krajci P, Sharma-Haase K, Benth JS, et al. Effectiveness, safety and feasibility of extended-release naltrexone for opioid dependence: a 9-month follow-up to a 3-month randomized trial. *Addiction*. 2018;113(10):1840-9.
339. Tanum L, Solli KK, Latif Z-e-H, Benth JS, Opheim A, Sharma-Haase K, et al. Effectiveness of Injectable Extended-Release Naltrexone vs Daily Buprenorphine-Naloxone for Opioid Dependence: A Randomized Clinical Noninferiority Trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(12):1197-205.
340. Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) FOR-2009-12-18-1641.
341. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
342. Helsedirektoratet. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helsedirektoratet; 2018.
343. Bech AB, Bukten A, Lobmaier P, Skeie I, Lillevold PH, Clausen T. Statusrapport 2021 Siste år med gamle LAR-retningslinjer. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2022.
344. Steingrimsdottir OA, Nielsen CS, Handal M, Odsbu I, Skurtveit SO. Langvarig smerte i Norge. *Folkehelse rapporten*. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.
345. Havnes IA, Bukten A, Rognli EB, Muller AE. Use of anabolic-androgenic steroids and other substances prior to and during imprisonment-Results from the Norwegian Offender Mental Health and Addiction (NorMA) study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020;217:108255.
346. Havnes IA, Skogheim TS. Alienation and lack of trust: barriers to seeking substance use disorder treatment among men who struggle to cease anabolic-androgenic steroid use. . *Journal of Extreme Anthropology*. 2019;3(2):94-115.
347. Havnes IA, Jørstad ML, Wisløff C. Anabolic-androgenic steroid users receiving health-related information; health problems, motivations to quit and treatment desires. . *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2019;14:1-12.
348. Yu J, Hildebrandt T, Lanzieri N. Healthcare professionals' stigmatization of men with anabolic androgenic steroid use and eating disorders. . *Body Image*. 2015; 15:49-53.
349. Zahnaw R, McVeigh J, Ferris J, Winstock A. Adverse effects, health service engagement, and service satisfaction among anabolic androgenic steroid users. . *Contemporary Drug Problems*. 2017;44(1):69-83.

350. Helsedirektoratet. Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
351. NOU 2019: 14. Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
352. Werb D, Kamarulzaman A, Meacham MC, Rafful C, Fischer B, Strathdee SA, Wood E. The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *Int J Drug Policy*. 2016;28:1-9.
353. Revold MK. Levekår før og under soning av fengselsstraff. Innsatt og utsatt. *Samfunnspeilet*. 2016;2.
354. Lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven) LOV-2001-05-18-21.
355. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) LOV-1999-07-02-61.
356. Regionale helseforetak. Plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon). 2021.
357. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel. Oslo: Riksrevisjonen; 2022.
358. Andrews TM, Eide AK. Mellom hjelp og straff – fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen? *Bodø: Nordlandsforskning*; 2019.
359. Kriminalomsorgen. Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) (u.d.) [Hentet fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/narkotikaprogram-med-domstolskontroll-nd.518691.no.html>].
360. Torvund AD, Flemmen GL, Mentzoni RA, Pallesen S. Kartlegging av behandlingsmetoder og behandlingssteder for penge- og dataspillproblematikk i Norge. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning, Universitetet i Bergen; 2018.
361. Klevan TG, Krane V, Weimand B. «Det går på en måte aldri over»: en kvalitativ undersøkelse av hverdagserfaringer og levekår i familier med spilleproblemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2018.
362. Ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern. Forenkle og forbedre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
363. Regionale helseforetak. Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2022 [Hentet fra: <https://www.helse-sorost.no/497adf/siteassets/documents/styret/styremoter/2022/1216/framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf>].
364. Torvik FA, Ystrom E, Gustavson K, Rosentrom TH, Bramness JG, Gillespie N, et al. Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(1):54-64.
365. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vane-dannende legemidler. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
366. Bogstrand ST, Gustavsen I, Vindenes V, Katadzic S. Er det enklere ikke å vite? Oslo universitetssykehus HF. 2023.
367. Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Nettverk i TSB: Oslo universitetssykehus HF; (u.d.) [Hentet fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nettverk-i-tsb/>].
368. Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(9).
369. Malt E, Bille H, Ekeberg Ø, Vandvik I. Konsultasjon-liaison-psykiatri i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1997;117:1753-6.
370. Lid T, Tvedt H, Idsøe B, Hustvedt I, Nesvåg S. Innlagt på somatisk avdeling – er det greit å bli spurt om alkoholvaner? *Sykepleien Forskning*. 2020;15:e-80932.
371. Folkehelseinstituttet. Aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, årsdata 2023. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024.
372. Helsedirektoratet. Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 2024 [Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/pasienter-i-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>].
373. Rognli EB, Heiberg IH, Jacobsen BK, Høye A, Bramness JG. Transition From Substance-Induced Psychosis to Schizophrenia Spectrum Disorder or Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*. 2023;180(6):437-44.
374. Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i

- spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus FOR-2010-12-17-1706.
375. Kaarbøe OM. Evaluering av fritt behandlingsvalg. HELED og SERAF, UiO og NORCE Samfunn; 2021.
376. Helse- og omsorgsdepartementet. Samleside for oppdragsdokument RHF 2024 [Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>].
377. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
378. Helsedirektoratet. Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys – konkrete forslag til styrking av tjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
379. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
380. Enstad F, Bakken A. Ungdata junior 2024. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA, OsloMet; 2024.
381. NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
382. Regjeringen.no. Registreringsplikt for private helsetjenester: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024 [Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/registreringsplikt-for-private-helsetjenester/id3052461/>].
383. Helsedirektoratet. Rundskriv Helsepersonelloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 2018.
384. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger FOR-2017-09-06-1353.
385. Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet FOR-2022-03-14-386.
386. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021–2025). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2021.
387. Program for klinisk behandlingforskning (KLINBEFORSK). Nasjonalt program for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten: Helse Sør-Øst RHF; (u.d.) [Hentet fra: <https://kliniskforskning.rhforsk.org/>].
388. Helse Bergen. ATLAS4dependence Amfetamin substitusjon -eit forskningsprosjekt i LAR 2024 [Hentet fra: <https://www.helsebergen.no/avdelinger/rusmedisin/rusmedisin-seksjon-forskning/bar/atlas4dependence-agonist-treatment-for-amphetamines-dependence/>].
389. Regionale helseforetak. Forskning og innovasjon til pasientens beste. Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2022. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2022.
390. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2022.
391. KORFOR (Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest). Kvarus Stavanger: Helse Stavanger; 2024 [Hentet fra: <https://www.helse-stavanger.no/kvarus>].
392. Nasjonalt kompetansemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS): Nasjonalt kompetansemiljø for medisinske kvalitetsregistre; (u.d.) [Available from: <https://www.kvalitetsregistre.no/register/psykisk-helse-og-rus/nasjonalt-kvalitetsregister-behandling-av-skadelig-bruk-eller>].
393. Bergesen O, Årstad J. Nasjonalt kvalitetsregister for skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler. Årsrapport for 2022 med plan for forbedringstiltak. Stavanger: KORFOR Stavanger universitetssykehus; 2023.
394. Bergesen O, Årstad J, Gottschlich K, Luzi AK. Nasjonalt kvalitetsregister for skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler. Årsrapport 2023 med plan for forbedringstiltak. Stavanger: KORFOR Stavanger universitetssykehus; 2024.
395. Meld. St. 5 (2023–2024). En motstandsdyktig helseberedskap – fra pandemi til krig i Europa Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
396. KORUS. Hurtig kartlegging og handling (HKH) - Hjelp til å løse lokale utfordringer (u.d.) [Hentet fra: <https://korus.no/verktoy-og-kartlegging/hurtig-kartlegging-handling>].
397. Eide D, Clausen T. Kunnskapsgrunnlag for tilbud om rusmiddeltesting for rusmiddelbrukere. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2019.
398. Oslo Economics. Analyse av kostnader knyttet til dagens regulering av illegale rus-

- midler til eget bruk og håndhevingen av den eksisterende kontrollpolitikken. Oslo: Oslo Economics; 2019.
399. Statistisk sentralbyrå. Helseregnskap. 2022. [Hentet fra: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>
400. Kinge JM, Dieleman JL, Karlstad Ø, Knudsen AK, Klitkou ST, Hay SI, et al. Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. *BMC medicine*. 2023;21(1):201.
401. Helsedirektoratet. Kostnader til spesialisthelsetjenesten Oslo: Helsedirektoratet; 2023
-
-

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon og øvrige illustrasjoner:
Melkeveien Designkontor AS

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 10/2024

