



Rusbehandlingsutvalget

Vår saksbehandler:
Gyrd Steen

Vår referanse:
26/852

Vår dato:
24.06.2026

Deres referanse:

Medlemsnummer:

Skriftlig innspill til Rusbehandlingsutvalget

Norsk Sykepleierforbund (NSF) viser til rusbehandlingsutvalget sitt arbeid knyttet til fremtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling. NSF høringsinnspill er utarbeidet i samarbeid med aktuelle faggrupper og fagmiljø.

Mennesker med rusmiddel- og avhengighetslidelser må møtes med helhetlige, tilgjengelige og sammenhengende behandlingsforløp. Det innebærer tjenester som ivaretar psykisk helse, somatisk helse, levekår, bolig, arbeid, aktivitet og sosial inkludering. For å lykkes må tjenestene ha riktig kompetanse, tydelig ansvarsdeling, gode samhandlingsstrukturer og finansieringsordninger som understøtter helhetlige pasientforløp. Kommunale helse-, omsorgs- og sosiale tjenester må få en nøkkelrolle i å fange opp behov tidlig, etablere relasjon og sikre kontinuitet i oppfølgingen.

NSF mener fremtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling må være differensiert og dimensjonert slik at pasienter og brukere møter tjenester som er tilpasset deres behov. Samtidig må behandlingen organiseres som sammenhengende pasientforløp der ansvar, koordinering og oppfølging er tydelig avklart. Mange har sammensatte og langvarige behov som involverer både kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og andre deler av velferdssektoren. Erfaring viser at nettopp overgangene mellom tjenester er særlig sårbare, med risiko for behandlingsbrudd, tilbakefall og tap av nødvendig oppfølging. NSF mener derfor at koordinering må styrkes som en integrert del av behandlingen, og at pasienter med omfattende og sammensatte behov bør sikres en tydelig koordinerende helsepersonellfunksjon, for eksempel gjennom en pasientansvarlig sykepleier.

Utvalgets mandat gir en viktig anledning til å styrke kvaliteten, tilgjengeligheten og sammenhengen i behandlingstilbudet. NSF vil særlig understreke betydningen av sykepleiere og spesialsykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighet som en sentral del av behandlings- og oppfølgingstilbudet i hele pasientforløpet. Sykepleiefaglig kompetanse, slik vi ser det, bør i større grad benyttes i både kartlegging og oppfølging av mennesker med somatisk og psykisk helsesvikt.

NSF vil særlig fremheve følgende hovedbudskap:

- Rusbehandling må forstås som et helhetlig behandlings- og rehabiliteringsforløp.
- Tjenestene må være differensierte og dimensjonerte for ulike pasientgrupper og individuelle behov.

- Somatisk helse må integreres som en naturlig del av et helhetlig behandlingstilbud.
- Sykepleiefaglig kompetanse må tydeliggjøres og inngå som kjernekompetanse i hele tjenestekjeden.
- Pasienter med sammensatte behov må sikres tydelig koordinering av tjenester, og det bør vurderes en pasientansvarlig sykepleier eller annen koordinerende helsepersonellfunksjon som følger pasienten gjennom behandlingsforløpet.
- Samhandling og integrert ettervern må styrkes med høy grad av medvirkning og involvering av den det gjelder.
- Finansieringsordningene må understøtte kontinuitet, koordinering og tverrfaglig samarbeid.

Innspillet er strukturert etter utvalgets mandat. Vedlagt er også en liste over helt konkrete tiltak som etter NSF's mening tydelig styrker kompetanse, organisering og finansiering av tjenestene.

Kunnskap og kompetanse

Kunnskapsgrunnlaget må omfatte hele pasientforløpet

NSF mener at kunnskapsgrunnlaget for rusmiddel- og avhengighetsbehandling må forstås bredt. Kunnskap om effekt av behandlingsmetoder er viktig, men gir ikke alene et tilstrekkelig grunnlag for å utvikle fremtidens tjenester. Utvalget bør også legge vekt på kunnskap om hvilke forhold som bidrar til at behandling virker i praksis, herunder relasjon og tillit mellom pasient og tjeneste, kontinuitet i oppfølgingen, bruker- og pårørendemedvirkning, samhandling mellom tjenester og tilgang til bolig, arbeid og meningsfull aktivitet.

NSF mener også at somatisk helse må vies større oppmerksomhet i kunnskapsgrunnlaget. Sykepleiefaget må forstås og tydeliggjøres som en viktig del av ett tverrfaglig kunnskapsgrunnlag. Personer med rusmiddel- og avhengighetslidelser har betydelig høyere forekomst av somatisk sykdom og forventet levealder sammenlignet med befolkningen for øvrig. Mange har omfattende helseutfordringer knyttet til blant annet infeksjonssykdommer, ernæringssvikt, hjerte- og karsykdommer, smerteproblematikk, sirkulasjonssvikt, nyresvikt og redusert tannhelse. I tillegg vet vi at kreft andre alvorlige sykdommer tar lenger tid før det oppdages, kamuflert av rus, som igjen gir høyere dødelighet av tilstander som kunne vært unngått ved rett kompetanse, tillit og relasjon. Utvalget bør derfor legge til grunn at behandling av rusmiddel- og avhengighetslidelser innebærer systematisk kartlegging, oppfølging og behandling av somatisk helse.

NSF mener det er viktig at utvalget tydeliggjør at rusbehandling skjer både i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten. Kommunene har ansvar for helsehjelp, behandling, habilitering, rehabilitering, lavterskeltilbud, skadereduksjon og langvarig oppfølging, ikke bare oppfølgingstjenester etter behandling i TSB.

Behandlingsintervensjoner

NSF mener fremtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling må bygge på et differensiert og dimensjonert tjenestetilbud. Pasientgruppen er heterogen, og behovene varierer betydelig både i alvorlighetsgrad og varighet. Noen vil ha behov for kortvarige og målrettede tiltak, mens andre vil ha behov for langvarig, integrert og spesialisert oppfølging.

Et likeverdig behandlingstilbud innebærer derfor ikke at alle mottar de samme tjenestene, men at tjenestene er tilpasset den enkeltes behov. Utvalget bør derfor beskrive hvordan lavterskeltilbud, oppsøkende tjenester, ambulante team, polikliniske tilbud, dag- og døgnbehandling, LAR og langvarig kommunal oppfølging samlet kan utgjøre en helhetlig behandlingskjede. Det må være tydelig hvem som har ansvar før, under og etter behandling, hvordan kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide, og hvordan overganger til bolig, arbeid, NAV, barnevern, somatiske helsetjenester og andre deler av velferdssektoren skal ivaretas.

NSF vil samtidig understreke at kommunene ikke bare har en oppfølgingsfunksjon etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunale helse- og omsorgstjenester er en viktig del av selve behandlings- og rehabiliteringstilbudet gjennom lavterskel helsehjelp, skadereduksjon, rehabilitering, psykisk helse- og rustjenester og langvarig oppfølging.

LAR må forstås som rehabilitering

NSF mener utvalget bør legge til grunn at legemiddelassistert rehabilitering er mer enn legemiddelbehandling. Pasienter i LAR har ofte omfattende og sammensatte behov knyttet til psykisk helse, somatisk helse, bolig, arbeid, aktivitet og sosial deltakelse. Rehabiliteringsdelen må derfor styrkes og være en integrert del av tilbudet.

Likeverdig tilgang til LAR forutsetter samtidig god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene, fastleger og øvrige velferdstjenester. NSF mener at rehabiliteringsperspektivet må være styrende for organisering, finansiering og innhold i tilbudet.

Tvangstiltak etter kapittel 10

NSF at tvang i rusbehandling bare kan brukes der det er strengt nødvendig for å ivareta liv og helse, og bare der frivillige tiltak er forsøkt eller vurdert utilstrekkelige. Samtidig er det avgjørende at utvalgets vurderinger ikke begrenses til de juridiske rammene for tvang, men også omfatter innholdet og kvaliteten i behandlingstilbudene.

Institusjoner som skal ivareta pasienter etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 må ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere komplekse somatiske og psykiske helseutfordringer, abstinensproblematikk, vold og trusler, traumer og omfattende omsorgsbehov. NSF mener videre at behandling under tvang må sees i sammenheng med planlegging av frivillig oppfølging og ettervern. Risikoen for behandlingsbrudd og tilbakefall er særlig stor i overgangene mellom tvungne og frivillige tjenester.

Kompetanse i ulike tjenestetilbud

NSF mener at kompetansespørsmålet er et av de viktigste temaene i utvalgets mandat. Fremtidens tjenester vil være avhengige av at riktig kompetanse er tilgjengelig på riktig nivå og brukes på en måte som ivaretar pasientenes samlede behov. Et godt tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å realisere målene om helhetlige, trygge og sammenhengende tjenester. Det er nødvendig for å sikre kontinuitet, integrasjon og pasientsikkerhet i pasientforløp som ellers lett blir fragmenterte.

Rusmiddel- og avhengighetslidelser berører psykisk helse, somatisk helse og sosiale forhold samtidig. Dette innebærer at tjenestene må ha tilgang til tverrfaglig kompetanse, inkludert medisinsk, psykologfaglig, sosialfaglig og sykepleiefaglig kompetanse.

NSF mener at sykepleiekompetansen må beskrives tydeligere som en del av tjenestenes kjernekompetanse. Sykepleiere og spesialsykepleiere bidrar med kliniske vurderinger, oppfølging av somatisk helse, legemiddelhåndtering, relasjonsarbeid, koordinering og kontinuitet i pasientforløpene. Sykepleiefaglig kompetanse er særlig viktig i tjenester som krever en helhetlig helsefaglig oppfølging, både akutt og i et lengre behandlingsforløp, samt ettervern.

Både Riksrevisjonen og UKOM peker på at svikt i koordinering, manglende helhet og svak oppfølging over tid er sentrale årsaker til svikt i tjenestene til denne pasientgruppen. Integrerte tjenester, som viser at kontinuitet i relasjon og oppfølging, er avgjørende for å redusere behandlingsbrudd og forbedre helseutfall for personer med ruslidelser og samtidig psykisk lidelse. Kontinuitet i den helse- og sosialfaglige oppfølgingen er avgjørende for å forebygge brudd i behandling, redusere risiko for tilbakefall og sikre at pasienten får helhetlig oppfølging. Overganger mellom nivåene er særlig sårbare og krever tett koordinering, og her er sykepleiere svært viktige for å sikre koordinerte tjenester. Sykepleierkompetansen representerer et nødvendig og komplementært perspektiv i rusmiddel- og avhengighetsbehandlingen, ved å bidra med en helhetlig og kontinuerlig tilnærming til pasientens helse og livssituasjon.

Sykepleieren i rus- og avhengighetsfeltet er en helsefaglig kjerneprofesjon med ansvar for helhetlig klinisk vurdering, kontinuitet, koordinering og oppfølging av somatisk og psykisk helse i sammenheng med rusmiddelbruk og livssituasjon. For å realisere dette må masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet prioriteres, og spesialistgodkjenning må brukes som virkemiddel for kvalitet, rolleavklaring og rekruttering.

Utvalget bør også vurdere hvordan masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet kan bidra til å styrke kvaliteten i både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Utdanningen svarer på behovet for avansert klinisk kompetanse i møte med pasienter med sammensatte, langvarige og uforutsigbare forløp.

Ansvars- og oppgavedeling

Oppgave- og funksjonsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

NSF mener at oppgave- og funksjonsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må ta utgangspunkt i pasientenes behov og ikke i organisatoriske eller administrative skillelinjer. Personer med rusmiddel- og avhengighetslidelser har ofte behov for

tjenester fra begge nivåer samtidig, og kvaliteten på tilbudet vil derfor være avhengig av hvordan tjenestene samarbeider og utfyller hverandre.

Kommunene har en sentral rolle i fremtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling. De kommunale tjenestene har ansvar for tidlig identifikasjon, lavterskel helsehjelp, psykisk helse- og rustjenester, rehabilitering, skadereduksjon, boligoppfølging og langvarig støtte. Dette innebærer at kommunene ikke bare må forstås som mottakere av pasienter etter behandling i spesialisthelsetjenesten, men som en aktiv del av behandlings- og rehabiliteringskjeden.

Spesialisthelsetjenesten må samtidig ha ansvar for spesialisert utredning og behandling, akutte tjenester, avrusning, døgntilrettelagt behandling, LAR, ambulante tjenester, forskning, utdanning og fagutvikling. Spesialisthelsetjenesten har også et viktig ansvar for kompetansestøtte og veiledning til kommunene.

NSF mener det er avgjørende at oppgaver ikke flyttes mellom nivåene uten at ansvar, kompetanse, kapasitet og finansiering følger med. Erfaringene fra tidligere reformer viser at manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser kan føre til fragmenterte tjenester og økt risiko for svikt i pasientforløpene.

Et mer samlet og helhetlig behandlingstilbud

NSF mener fremtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling må utvikles som et sammenhengende forløp snarere enn en rekke enkeltstående tjenester og behandlingsopphold. For mange pasienter oppstår de største utfordringene ikke under behandlingen, men i overgangene mellom tjenester, nivåer og livsfaser.

Utvalgets arbeid med behandlingsforberedende tiltak og integrert ettervern er derfor særlig viktig. Etter NSF's vurdering bør ettervern forstås som en integrert del av behandlingsforløpet og ikke som et tilbud som først etableres etter utskrivelse. Planlegging av videre oppfølging bør starte tidlig i behandlingsforløpet, og kommunale tjenester bør involveres allerede mens pasienten mottar behandling i spesialisthelsetjenesten. For pasienter med omfattende og sammensatte behov er det ofte ikke mangel på tjenester som er hovedutfordringen, men mangel på koordinering mellom dem. En pasientansvarlig sykepleier kan være et hensiktsmessig virkemiddel for å samle trådene, sikre informasjonsflyt og bidra til at pasienten opplever ett koordinert tjenestetilbud fremfor en rekke enkeltstående tjenester.

Et helhetlig behandlingstilbud må også omfatte andre deler av velferdssektoren. Tilgang til bolig, arbeid, utdanning, aktivitet og sosial deltakelse har stor betydning for behandlingsresultatene. Mange pasienter har behov for bistand fra NAV, kommunale tjenester, skole- og utdanningssektoren eller barnevernet samtidig som de mottar helsehjelp. Utvalget bør derfor vurdere hvordan tjenestene kan organiseres slik at pasientene opplever ett samlet hjelpeapparat fremfor mange parallelle tjenester.

NSF mener videre at brukerstyrte plasser, ambulante tjenester og fleksible oppfølgingstilbud kan bidra til større kontinuitet og redusert risiko for behandlingsbrudd. Særlig for pasienter med alvorlige og langvarige lidelser vil kontinuitet i relasjoner og kontaktpersoner være avgjørende for å lykkes. I tillegg er det viktig at bruker- og pårørendeperspektivet integreres i hele

pasientforløpet. Brukermedvirkning kan ikke reduseres til samvalg i enkeltbeslutninger, men må handle om at tjenestene er tilgjengelige, fleksible og tilpasset pasientens livssituasjon.

Samhandling med andre deler av velferdssektoren

NSF mener utvalget bør legge til grunn at rusmiddel- og avhengighetslidelser ikke kan forstås som et rent helseproblem. For mange pasienter vil forhold knyttet til bolig, arbeid, økonomi, utdanning, oppvekst og familie være like avgjørende for bedring som selve behandlingen.

Dette innebærer at samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene, NAV, arbeids- og velferdsforvaltningen, barnevernet og utdanningssektoren må styrkes. Særlig viktig er dette for barn og unge, både som pasienter og som pårørende. Barn som vokser opp i familier med rusproblemer har økt risiko for psykiske helseutfordringer, skolefravær, utenforskap og senere egne utfordringer knyttet til rus. Tidlig identifisering og koordinert innsats mellom tjenester er derfor avgjørende.

NSF mener at tilknytning til arbeidslivet bør forstås som en integrert del av rehabiliteringen. Arbeid og aktivitet bidrar til struktur, sosial tilhørighet, økonomisk selvstendighet og bedre helse. Utvalget bør derfor vurdere hvordan behandlingstilbud og arbeidsrettede tiltak i større grad kan utvikles og gjennomføres parallelt.

Økonomiske virkemidler som understøtter faglig utvikling og samhandling

NSF mener dagens finansieringsordninger i for liten grad understøtter de målene som trekkes frem i mandatet om helhetlige forløp, samhandling og koordinering. Finansieringssystemene belønner i stor grad aktivitet og avgrensede behandlingskontakter, mens arbeid med relasjoner, koordinering, ettervern og oppfølging over tid i mindre grad synliggjøres.

Utvalget bør derfor vurdere hvordan økonomiske virkemidler kan bidra til bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Finansieringsordningene bør stimulere til tidlig innsats, ambulante tjenester, integrert ettervern og oppfølging på tvers av nivåer og sektorer. Det bør også vurderes hvordan samhandlingstid og koordineringsarbeid kan gis større verdi i finansieringssystemene.

NSF mener videre at finansiering må ses i sammenheng med kompetansepolitikk. Dersom tjenestene skal ha tilgang til nødvendig spesialisert kompetanse, må finansieringsordningene understøtte rekruttering, kompetanseutvikling og stabile fagmiljøer. Dette gjelder både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

For pasientene er det mindre viktig hvem som finansierer tjenestene enn at hjelpen oppleves som sammenhengende. Utvalget bør derfor vurdere finansieringsmodeller som i større grad fremmer felles ansvar og felles mål på tvers av forvaltningsnivåene.

Samarbeid med private aktører

NSF mener at det offentlige må ha hovedansvaret for å sikre befolkningen tilgang til nødvendige helse- og sosialtjenester innen rusmiddel- og avhengighetsbehandling. Samtidig har ideelle aktører over tid bygget opp betydelig kompetanse, særskilte behandlingsmiljøer og tilbud som utgjør en viktig del av det samlede behandlingstilbudet.

Utvalgets vurderinger bør ta utgangspunkt i hvilke tjenester som er nødvendige for å sikre robuste fagmiljøer, akuttberedskap, forskning, utdanning og fagutvikling innenfor helseforetakenes ordinære ansvar. NSF mener derfor at grunnleggende TSB-tjenester som akutte tjenester, avrusning, poliklinikk, ambulante tjenester, LAR og sentrale døgnfunksjoner må bestå og være tilgjengelige i helseforetakenes egen regi.

Ideelle aktører kan samtidig bidra med viktig kapasitet, innovasjon, rehabilitering, ettervern og spesialisert kompetanse. For at denne kompetansen skal kunne videreutvikles, mener NSF at samarbeidet må være preget av langsiktighet og forutsigbarhet. Kortsiktige anbudskontrakter kan bidra til usikkerhet for pasienter, ansatte og fagmiljøer, og kan svekke mulighetene for langsiktig kvalitetsutvikling.

NSF mener derfor at utvalget bør vurdere modeller som i større grad legger til rette for langsiktige samarbeidsavtaler med ideelle aktører. Slike modeller bør understøtte forskning, utdanning, kompetanseutvikling og pasientkontinuitet, samtidig som ansvarsforholdene mellom helseforetak, kommuner og private aktører er tydelige.

Utvalget er også bedt om å vurdere hvilke tjenester som bør tilbys i helseforetakene, og hvilke som eventuelt kan anskaffes fra private eller ideelle aktører. Etter NSF's vurdering bør dette spørsmålet ikke bare vurderes ut fra kapasitet og kostnader, men også ut fra hensynet til kvalitet, kompetanseutvikling, arbeidsvilkår, forskning og utdanning. Eksempelvis skal brukerrum kunne settes bort til ideelle aktører etter lovendring. En anbefaling fra utvalget kan være at slike høyspesialiserte lavterskeltilbud vises særlige hensyn knyttet til kompetanse og arbeidsmiljø. Stabile fagmiljøer er en forutsetning for kvalitet i tjenestene, og arbeidstakernes vilkår må derfor ses som en del av tjenestenes kvalitetsgrunnlag.

NSF støtter målet om bedre samordning mellom de regionale helseforetakene når det gjelder anskaffelser og samarbeid med private aktører. Dagens ordninger kan bidra til variasjon i tilbud, kontraktsformer og kvalitetskrav. Mer samordnede løsninger kan bidra til større forutsigbarhet, bedre ressursutnyttelse og mer likeverdige tjenester på tvers av landet.

Behandlingsforberedende tiltak, integrert ettervern og behandlingsslengde

NSF støtter målet om å utvikle behandlingsforberedende tiltak og integrert ettervern. Mange pasienter vil ha behov for omfattende støtte både før og etter et behandlingsopphold for å kunne nyttiggjøre seg behandlingen og opprettholde varig endring.

Etter NSF's vurdering bør behandlingsforberedelse, behandling og ettervern forstås som deler av ett samlet forløp. Dette krever tett samarbeid, samhandling og informasjonsflyt mellom

kommuner, spesialisthelsetjeneste og øvrige velferdstjenester. Risikoen for tilbakefall, overdoser og behandlingsbrudd er størst i overgangene, og det er derfor her innsatsen må styrkes.

Når det gjelder behandlingsslengde i døgnbehandling mener NSF at dette må baseres på faglige vurderinger og individuelle behov. Pasientgruppen er sammensatt, og behovene varierer betydelig. For noen vil kortvarige opphold være tilstrekkelig, mens andre vil ha behov for langvarig behandling og rehabilitering. Utvalget bør derfor være varsom med å definere standardiserte behandlingsslengder og heller vektlegge kvalitet, innhold og måloppnåelse i behandlingen.

Med vennlig hilsen

Lill Sverresdatter Larsen
forbundsleder

Gyrd Steen
avdelingsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur.

NSFs anbefalinger til Rusbehandlingsutvalget

For å realisere målene i mandatet mener NSF at utvalget må foreslå tiltak som tydelig styrker kompetanse, organisering og finansiering av tjenestene. NSF anbefaler at utvalget:

- 1. Legger til grunn en bred forståelse av rusmiddel- og avhengighetsbehandling.**
Behandling må forstås som mer enn avgrensede behandlingsmetoder, legemiddelbehandling eller institusjonsopphold. Helsehjelp, oppfølging, rehabilitering, skadereduksjon, mestringsarbeid og ettervern må ses som deler av et samlet behandlings- og oppfølgingstilbud.
 - 2. Anbefaler en sammenhengende tjenestekjede.** Fremtidens tjenester må organiseres som en helhetlig kjede fra tidlig identifikasjon, lavterskel helsehjelp og kommunal oppfølging til TSB, LAR, døgnbehandling, ettervern og langvarig kommunal oppfølging.
 - 3. Tydeliggjør kommunenes ansvar for behandling, ikke bare oppfølging.** Kommunale helse- og omsorgstjenester må beskrives som en del av rusmiddel- og avhengighetsbehandlingen, med ansvar for helsehjelp, behandling, rehabilitering, skadereduksjon, lavterskeltilbud og langvarig oppfølging.
 - 4. Anbefaler nasjonale beskrivelser av nødvendig kompetanse i ulike tjenestetilbud.** Det bør beskrives hvilken kompetanse som trengs i kommunale tjenester, lavterskeltilbud, brukerrom, TSB poliklinikk, ambulante tjenester, avrusning, døgnbehandling, LAR, ettervern og tilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10.
 - 5. Beskriver sykepleiefaglig oppfølging som en del av behandlingsinnholdet.**
Sykepleiefaglig oppfølging må beskrives som en del av selve behandlingen og oppfølgingen, og ikke som en støttefunksjon rundt behandlingen.
 - 6. Tydeliggjør sykepleierens rolle som helsefaglig kjernekompetanse i rusfeltet.**
Sykepleiere må beskrives som en sentral profesjon i helhetlig klinisk vurdering, somatisk helseoppfølging, observasjon, risikovurdering, legemiddeloppfølging, relasjonsarbeid, koordinering og kontinuitet.
 - 7. Anbefaler et nasjonalt kompetanseløft i hele tjenestekjeden.** Kompetansen må styrkes både i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, særlig knyttet til rus, psykisk helse, somatisk helse, legemiddelavhengighet, pårørendearbeid, samhandling og helhetlige pasientforløp.
 - 8. Prioriterer masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet.**
Masterutdanningen bør bygges ut nasjonalt, gjøres tilgjengelig uavhengig av geografi og
-

brukes målrettet for å styrke avansert klinisk kompetanse i kommuner, TSB, LAR, ambulante tjenester, døgnbehandling og lavterskeltilbud.

- 9. Anbefaler styrket ruskompetanse i hele helsetjenesten.** Alkoholbrukslidelser og legemiddelavhengighet må møtes med kompetanse også utenfor TSB, blant annet i somatiske tjenester, legevakt, fastlegekontor, hjemmetjeneste, sykehjem, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, jordmortjeneste og kommunale psykisk helse- og rustjenester.
 - 10. Tydeliggjør LAR som helhetlig rehabilitering.** LAR må forstås som mer enn legemiddelbehandling, og rehabiliteringsdelen må omfatte somatisk helse, psykisk helse, legemiddeloppfølging, bolig, arbeid, aktivitet, sosial deltakelse og koordinering mellom tjenester.
 - 11. Definerer reell tverrfaglighet.** Tverrfaglighet må forstås som integrert samarbeid med tydelige profesjonsbidrag, felles ansvar for pasientforløpet og avklart oppgavedeling. Sykepleiefaglig kompetanse må beskrives på linje med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse.
 - 12. Anbefaler tydeligere samhandlingsstrukturer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.** Det må være tydelig hvem som har ansvar før, under og etter behandling, og hvordan kommunale tjenester, TSB, somatiske tjenester og velferdstjenester skal samarbeide.
 - 13. Anbefaler en tydelig koordinerende helsepersonellfunksjon for pasienter med omfattende behov.** For pasienter med alvorlige, langvarige og sammensatte rus- og psykiske helseutfordringer bør det vurderes en tydelig definert koordinerende funksjon, for eksempel pasientansvarlig sykepleier.
 - 14. Anbefaler robuste grunnleggende TSB-tjenester i helseforetakene.** Helseforetakene bør ha ansvar for grunnleggende TSB-tjenester i egen regi, herunder poliklinikk, ambulante tjenester, akutte tjenester, avrusning, dag- og døgnbehandling, LAR, integrert ettervern, forskning, utdanning og fagutvikling.
 - 15. Sikrer at grunnleggende TSB-tjenester har tilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse.** Dette gjelder særlig tjenester med behov for døgnkontinuerlig observasjon, abstinensvurdering, somatisk helseoppfølging, legemiddeloppfølging, overdoseforebygging, miljøterapi og koordinering av videre forløp.
 - 16. Integrerer bruker- og pårørendeperspektivet i hele tjenestekjeden.** Brukermedvirkning må ikke reduseres til samvalg i enkeltbeslutninger. Tjenestene må være fleksible nok til å
-

møte tilbakefall, ambivalens, ustabilitet og skiftende hjelpebehov.

- 17. Tydeliggjør barn og unge både som pasienter og pårørende.** Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jordmortjenesten, barnevern, BUP, fastlege, kommunale tjenester og TSB må ses i sammenheng der barn og unge berøres av rusmiddelproblemer i familien.
 - 18. Anbefaler en restriktiv, rettssikker og kompetansebasert tilnærming til tvang.** Tvang må ikke forstås som behandling i seg selv, men som en rettslig ramme som forutsetter høy faglig kvalitet, etisk refleksjon, brukermedvirkning, pasientsikkerhet og overgang til frivillig behandling og ettervern.
 - 19. Stiller tydelige kompetansekrav til institusjoner som ivaretar tvang etter kapittel 10.** Slike tilbud må ha tilstrekkelig tverrfaglig og sykepleiefaglig kompetanse til å håndtere somatisk risiko, abstinens, psykisk uhelse, traumer, vold og trusler, legemiddeloppfølging, miljøterapi og deeskalering.
 - 20. Anbefaler langsiktige samarbeidsmodeller med ideelle aktører.** Ideelle aktører kan være viktige samarbeidspartnere, hvor samarbeidet må bygge på langsiktighet, kvalitet, forsvarlighet, kompetanse, forskning, utdanning, utvikling og gode fagmiljø.
 - 21. Tydeliggjør at ideelle aktører skal supplere, ikke erstatte, offentlig ansvar.** Helseforetakene må fortsatt ha ansvar for grunnleggende TSB-tjenester og robuste fagmiljøer.
 - 22. Vurderer anbud som et kvalitets- og arbeidslivsspørsmål.** Anskaffelser innen TSB påvirker pasientkontinuitet, fagmiljø, kompetanseutvikling, forskning, utdanning, arbeidstakernes vilkår og pasientsikkerhet.
 - 23. Anbefaler at kortsiktige anbudsmodeller unngås der de svekker kvalitet og kontinuitet.** Anbudsmodeller må ikke føre til brudd i pasientforløp, tap av kompetanse, svekkede arbeidsvilkår eller redusert mulighet for fagutvikling.
 - 24. Anbefaler finansieringsordninger som understøtter helhetlige pasientforløp.** Finansiering må støtte tverrfaglig samarbeid, ambulant arbeid, koordinering, ettervern, samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og riktig bruk av kompetanse.
 - 25. Anbefaler mer profesjonsnøytrale finansieringsordninger.** Finansieringen må legge til rette for at oppgaver løses av den kompetansen som er best egnet, inkludert sykepleiere med masterutdanning.
-

26. Anbefaler at oppfølging, koordinering og kontinuitet synliggjøres og verdsettes i finansieringssystemene. Dette er sentrale elementer i behandlingen av personer med rusmiddel- og avhengighetslidelser, men fanges i dag for svakt opp i styrings- og finansieringssystemene.

27. Anbefaler at finansiering og kompetansepolitikk ses i sammenheng.

Finansieringsordningene må gjøre det mulig å etablere, rekruttere og beholde avansert klinisk sykepleierkompetanse.

Kopi til
Øystein Skjælaaen
