

Helsereformutvalget@hod.dep.no

Rusbehandlingsutvalget@hod.dep.no

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Rus- og avhengighetsbehandling, avdeling

Vår ref.:

Deres ref.:

Saksbeh.:
Hilde Harwiss

Dato:
24.06.2026

Fremtidens rus- og avhengighetsbehandling.

Som ansvarlige for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i universitetssykehusene i Norge ønsker vi å komme med et felles innspill som sendes parallelt til de to sentrale utvalgene som begge har oppdrag som vil kunne påvirke faglige, organisatoriske og økonomiske rammer for fremtidens rusbehandling. Brevet inneholder sentrale forutsetninger og konkrete forslag for å skape en god fremtid for rusbehandling i Norge.

1. Rus- og avhengighetsbehandling må være organisert som øvrig helsetjeneste

Etter vår vurdering må styrings- og finansieringssystemet understøtte helhetlige, faglig styrte og sammenhengende pasientforløp der ansvar, ressurser og behandlingstilbudene plasseres nærmest pasientene. Dette betyr at Rus- og avhengighetsbehandling må være organisert som øvrig helsetjeneste, med helseforetakene som de sentrale tjenesteleverandørene. I Helsefelleskapene bør det forankres tydelige forventninger og avtaler om oppgave- og ansvarsdeling mellom kommunale aktører, fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Oppbygging og videreutvikling av basistjenester i TSB (poliklinikk, ambulante tjenester, legemiddelassistert rehabilitering (LAR), akutte tjenester, avrusning og dag- og døgnbehandling) i alle landets helseforetak er en forutsetning for å redusere ubegrunnede geografiske forskjeller og sikre befolkningen likeverdig tilgang til spesialisert rusbehandling. For å sikre helhetlige pasientforløp, fagutvikling, forskning og utdanning bør disse basistjenestene i hovedsak bygges opp og driftes i helseforetakenes egen regi, og ikke bare være tilgjengelige gjennom eksterne avtaler innenfor helseforetakenes opptaksområder.

Organisering av TSB som øvrig spesialisthelsetjeneste bidrar til normalisering av mennesker med rus- og avhengighetsutfordringer. En slik organisering forutsetter at ansvar og virkemidler henger sammen. De aktørene som har ansvar for behandlingen bør også ha ansvar for at pasientforløpene er faglig målrettede, ressurseffektive og tilpasset pasientenes behov. Dagens ordning innebærer flere steder at helseforetakene bærer det økonomiske

ansvaret for behandling levert av private aktører, uten tilsvarende mulighet til å påvirke innhold, varighet og ressursbruk i pasientforløpene. Etter vår vurdering bør fremtidige finansierings- og avtaleordninger i større grad understøtte felles ansvar for kvalitet, kostnadseffektivitet og gode pasientforløp

Et styrket TSB i Helseforetakene vil muliggjøre en tydeligere samhandlingsstruktur mellom kommunene og TSB, hvor det er poliklinikk i helseforetaket som har hovedansvar for å samhandle med kommunale tjenester, slik det er beskrevet med bl.a. integrert ettervern i Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet (St. melding 5 (2024-2025)).

2. Helseforetakene må få et reelt helhetsansvar for TSB

For å etablere bærekraftige løsninger må en større andel av TSB-midlene styres via lokale helseforetak gjennom et tydeligere og mer samlet ansvar for hele pasientforløpet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Finansierings- og styringssystemet i TSB må understøtte helhetlige, faglig styrte og sammenhengende pasientforløp med ansvar og ressurser plassert nærmest tjenestene og pasientene. Vi ønsker derfor å påpeke noen grunnleggende premisser som bør legges til grunn for utvalgenes anbefalinger.

Behovsanalysene må ta utgangspunkt i analyse av utfordringene til det enkelte sykehusområde, gjøres i nært samarbeid med kommunale aktører og med god brukermedvirkning. Det bør etableres et mer dynamisk og helhetlig system.

Det bør vurderes nye modeller for samhandling mellom lokale helseforetak og private aktører slik at pasienttilbudet i større grad kan tilpasses lokale behov. Målet bør være å forsterke, og samtidig forenkle samhandlingen, skape felles arenaer for kvalitetsforbedring og læring. Dette kan innebære å flytte hele eller deler av ansvaret for avtaleinngåelse og/eller oppfølging av den private avtaleporteføljen til lokalt helseforetak. På den måten kan en sikre faglig styring, økonomisk styring og innovasjon, forskning og fagutvikling.

Dagens system er både økonomisk og faglig krevende. Det er store regionale forskjeller på hvordan dette praktiseres. I Helse Sør-Øst som er den største helseregionen, har det lokale helseforetaket 100 % av betalingsansvaret for eget forbruk ved de private avtalepartnerne, mens eksempelvis Helse Vest ikke har en slik avregning. Felles for helseforetakene er at vi har begrenset innflytelse på avtaleinngåelsen og oppfølgingen av de private aktørene. Det er i dagens modell også ulik tilgang på styringsdata. Alle HF'ene får ikke løpende innsikt i forbruk slik rapporteringsordningene er lagt opp og et er vanskelig å holde oversikt. Det er derfor i praksis etablere lokale skyggeregnskaper for å holde oversikt over eget forbruk i flere HF. Dette skaper unødvendig merarbeid. Etter vår vurdering er det også urimelig å bli belastet for kostnadene til forløp som det enkelte Helseforetak ikke har styring over. Dette er en generell og betydelig svakhet ved dagens finansieringsordning som bør endres slik at helseforetakene får et reelt helhetsansvar for TSB.

Etter vår vurdering skaper det uheldig konkurranse, og det hindrer nødvendig fagutvikling og innovasjon, metode og forskning i fagfeltet, og bidrar til å kamuflere mangler hos andre aktører, både i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Samhandling mellom helsefagområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB er av avgjørende betydning for at pasientene skal få god behandling. Helseforetakene må dekke sentrale tjenestefunksjoner som er avhengig av riktig kompetanse/ekspertise og eventuelle øvrige medisinske fasiliteter, som laboratorietjenester m.m.

Underkapasitet i psykisk helsevern fører til et press på kapasiteten i TSB både for voksne og barn- og unge. Det samme er mangler i kommunale bo og velferdstjenester. Det er en økende bekymring i fagfeltet for at pasienter som trenger sin primærbehandling i psykisk helsevern og/eller tilrettelagte bo- og omsorgstilbud i kommunene, «skyves over» til TSB. I denne sammenheng må det tydeliggjøres ytterligere hva formålet med døgnbehandling i TSB skal være. Vi er opptatt av å opprettholde spesialisthelsetjenestens behandlingsformål. Det er derfor nødvendig med en forventningsavklaring slik at pasienter, pårørende og samarbeidspartnere i kommuner og spesialisthelsetjenesten ikke tror at TSB kan benyttes til rene omsorgsformål, akutte botilbud, alternativ til egen bolig etc.

Dagens forventningsbrist kompliserer samhandlingen med aktørene. Et eksempel på dette er samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene rundt LAR-pasienter. LAR-pasientene blir eldre, og de har et økt behov for omsorg og pleie. Stram kommuneøkonomi og prioriteringer i kommunene gir et økt press på at TSB blir brukt til å gi et tilbud som ikke hadde vært gitt for andre pasientgrupper i spesialisthelsetjenesten. Normaliseringen av TSB, må også gjelde LAR ved at kommunale tjenester blir tilgjengeliggjort på lik linje som for andre innbyggere i kommunen.

Trygg, forutsigbar økonomi er bærebjelken for god og fremtidsrettet rusbehandling. Dette er ledere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) omforent om (Erlandsen m. fl. 2022). Et samlet rusfelt er kritiske til at økonomi vektet 60 prosent, mens kvalitet vektet 40 prosent når landets største helseregion kjøper private plasser for over 1,3 milliard kroner. Forutsigbarhet og langsiktighet i samarbeidet mellom aktører (offentlige, ideelle og kommersielle) er avgjørende for kvalitet i pasientforløpene. En sterkere styring og oppfølging fra de lokale Helseforetakene vil muliggjøre dette.

Rusbehandling i Norge har lange tradisjoner, hvor ideelle aktører fortsatt er sentrale i drift av mange rusbehandlingstilbud, særlig døgnbehandling. God og forutsigbar funksjons- og arbeidsdeling mellom helseforetak og private aktører er derfor av stor betydning for å sikre helhetlige pasientforløp. Etter vår vurdering har mange av de private aktørene sin styrke i å tilby rehabiliteringstjenester for pasienter som er utredet for sin tilstand, og som trenger bo- og aktivitetstrening, og trening av aktiviteter i dagliglivet som en del av rehabiliteringsprosessen. Mange private aktørene har bygget opp betydelig kompetanse som erfaringsmessig kan bli presset dersom pris blir vektet for høyere enn kvalitet i anskaffelser. I TSB er kvalitet først og fremst knyttet opp til personell. Som helsefagområdet er vi derfor særlig sårbare for at fenomenet «vinnerens forbannelse» trer inn hvor de med høyest

kvalitet og høyest pris ikke få kontrakt. Det er derfor av stor betydning at de økonomiske rammene for også de private aktørene er forutsigbare, med en tydelig oppgave og samhandlingsforventning til de lokale helseforetakene. Pasienter som har komplekse, komorbide tilstander som krever samtidig behandling av somatiske og/eller psykiske tilleggslidelser, bør primært få behandling i helseforetaket. Det kommer i tillegg til de nevnte basisfunksjonene.

3. Integrert ettervern kan muliggjøre det helhetlige behandlingstilbudet.

I forebygging og behandlingsreformen for rusfeltet vedtok et samlet Storting å gi begrepet Integrert ettervern et nytt innhold. Etter vår vurdering er det faglig riktig fordi det gir mulighet for økt gjennomføring og bedre pasientforløp, og sikre at pasienten opplever å motta sammenhengende og tilpassede tjenester for sin lidelse. Det er også strategisk nødvendig fordi det styrker helseforetakenes koordineringsansvar for det helhetlige pasientforløpet, og er økonomisk rasjonelt fordi det bidrar til redusert døgnforbruk og tiltak for å unngå behandling som ikke er virksom. Tiltaket innebærer ikke en utvidelse av behandlingstilbudet, men en omdisponering og strukturering av innsats for å sikre bedre ressursutnyttelse.

Integrert ettervern forsterker også mulighetene for sterkere samhandling med kommunale aktører. En praktisk konsekvens av dette er at det bør være en nasjonal føring på at poliklinisk virksomhet bør være del av helseforetakets tilbud og ikke anskaffes fra private avtalepartnere. For å utløse potensialet i Stortingsmeldingen er det, etter vår vurdering, behov for en finansieringsordning som understøtter hele pasientforløpet og den samlede pasientpopulasjonens behov. Dette er i praksis ikke mulig å få til når finansiering av deltjenester som døgnbehandling anskaffes isolert. Det er behov for å samle det helhetlige behandlingstilbudet og forsterke innsatsen på forskning, utvikling og innovasjon f.eks. med utbygging av ambulante og digitale tjenester.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) bør moderniseres slik at modellen for integrert ettervern effektivt lar seg realisere. Vi mener ISF-regelverket bør endres slik at alle polikliniske/ambulante kontakter, uavhengig om pasienten er innlagt i døgnbehandling eller ikke, utløser ISF-refusjon. ISF bør derfor koples til pasientforløp, ikke enkelt tjenester. ISF må også understøtte samhandlingsaktiviteter internt i spesialisthelsetjenesten, all den tid forankringen av pasientforløpet skal være i poliklinikken må koordineringen det innebærer gi reell uttelling.

Der det er forventning om høyt belegg i døgnbehandling hos både TSB i helseforetak og private aktører, bør det revurderes. Etter vår erfaring kan et slikt beleggs krav føre til en økt risiko for overbehandling før å unngå negative konsekvenser for den enkelte virksomhet.

Vi vil også anbefale at ISF i større grad legger opp til positive virkemidler som bedre betaling av ambulante konsultasjoner og samhandlingsmøter, enn mer negative virkemidler som

betaling for utskrivningsklare pasienter. Vi vil også utfordre utvalgene til å analysere om virkemiddelbruken har andre konsekvenser i TSB enn i andre deler av helsetjenestene våre?

Et modernisert ISF vil kunne bidra til kostnadseffektiv pasientbehandling gjennom hele pasientforløpet og i større grad understøtte samhandling og kompetanseoverføring mellom nivåene i helsetjenesten, i tråd med de politiske intensjonene. Det vil også kunne ha positiv effekt på samhandling med kommuner/fastlege og også kunne bidra til å sikre overgang mellom fengsel og løslatelse. Finansieringssystemet må justeres slik at faglige hensyn styrer pasientforløpet – ikke økonomiske tilfeldigheter.

4. Metode og kunnskapsutviklingen må forankres i forskning

Det legges til rette for metode og kunnskapsutvikling i TSB slik at metodemangfoldet for ulike pasientgrupper reelt kan utvikles basert på forskning. Universitetssykehusene har et lovpålagt ansvar for å drive klinisk nær forskning. Det er et uttalt nasjonalt mål at 5 % av pasientene til enhver tid deltar i klinisk forskning. Dette er krevende å realisere når så mye av ressursene bindes opp til aktører som ikke har kompetanse eller faglige rammer for å delta i dette arbeidet. Ideelle aktører i TSB har hatt og har fortsatt en betydelig rolle i TSB. Da tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten i 2004 innebar det nye krav til kvalitet i tjenestene og at behandlingsmetodene som benyttes skal være kunnskapsbaserte og forankret i forskning.

Etter vår vurdering er det åpenbare faglige svakheter i det som ofte omtales som et «mangfold» i TSB. Slik vi kjenner behandlingstilbudet er mangfoldet i for stor grad knyttet til tradisjoner og mangfold av adresser, fremfor et reelt kunnskapsbasert mangfold av behandlingsmetoder tilpasset spesifikke pasientgrupper. Det er en tydelig forventning til spesialisthelsetjenesten, med universitetssykehusene i spissen, om at de skal bidra til å styrke kunnskapsbaserte behandlingsmetoder gjennom å ta i bruk og undersøke nye behandlingsmetoder.

Etter vår vurdering er det for eksempel et stort potensial i å utvikle persontilpasset behandling. Det er veldokumentert at ulike pasienter kan ha ulik respons på samme behandling. Å gi pasientene rett behandling, til rett tid, med riktig intensitet, på rett nivå og samtidig systematisk evaluere progresjonen, vil gi en vesentlig merverdi både for pasientene og for muligheten til å gi kostnadseffektiv behandling. Ved å utvikle mer persontilpasset behandling vil vi kunne utvikle en modell der behandling styres av respons og endring over tid. Et annet viktig område med potensiale for å heve kvaliteten og kunnskapsutvikling er substitusjonsbehandling og integrert behandling. Eksperimentell behandling skal følges opp med forskning. Et sterkere TSB i helseforetakene er i praksis en forutsetning for å styrke metode og kunnskapsutviklingen i TSB.

Utvalgene bør også vurdere om det bør foreslå et nasjonalt forskningsløft, slik at klinisk forskning innenfor vårt fagfelt kan styrkes og komme opp på et slikt nivå at både forskningsstrukturen og forskningskompetansen har et nivå som sikrer bærekraft på sikt.

Kvarus som et modernisert, felles nasjonalt kvalitetsregister med automatisk datafangst, vil være en viktig ressurs i dette arbeidet.

5. Universitetssykehusenes rolle som utdanningsinstitusjon bør forsterkes

Rus- og avhengighetsmedisin ble etablert som egen medisinsk spesialitet i 2012, og landets første spesialist i rusmedisin ble godkjent i 2015. Universitetssykehusene, flere helseforetak og enkelte private aktører har også godkjenning som utdanningsinstitusjon for hele eller deler av utdanningsløpet for spesialister i rus- og avhengighetsmedisin. Dette er positivt og vi ser frem til igangsatt prosess for at helseforetakene også skal få større ansvar for utdanning av fremtidens psykologspesialister i rus- og avhengighetspsykologi.

Utvalgene bør også vurdere om det bør foreslås et nasjonalt løft for å sikre at vi utdanner tilstrekkelig med spesialister i rus- og avhengighetsmedisin og i rus- og avhengighetspsykologi.

Utdanningsvirksomheten bør også innlemme spesialisering i rus- og avhengighetsbehandling for helse- og sosialfaglig personell (særlig sykepleiere, vernepleiere og sosionomer) etter modell av ordningen for leger og psykologer.

Oppsummert anbefaler vi utvalget å:

- **Fastslå at TSB skal organiseres og styres som øvrig helsetjeneste**, med tydelig ansvarslinje og forventninger mellom kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten.
- **Anbefale at de lokale helseforetakene får et større helhetsansvar for TSB**, inkludert tilgang på styringsdata over den konkrete pasientstrømmen i eget sykehusområde, og at den faglige og økonomiske oppfølgingen av pasientstrømmen sees i sammenheng.
- **Videreutvikle og bygge opp basistjenester i TSB** i helseforetakenes egen regi, og sikre en tydelig funksjons- og ansvarsdeling mellom helseforetak, private aktører og psykisk helsevern.
- Etablere finansieringsordninger som i større grad **knytter økonomisk ansvar, styringsmulighet og faglig ansvar sammen**, og som understøtter helhetlige og kostnadseffektive pasientforløp.
- Påpeke nødvendigheten av å dreie ressursbruken bort fra ensidig vekt på privat døgnbehandling, og **prioritere ambulante, intensive, digitale og kunnskapsbaserte behandlingsformer og helhetlige forløp med persontilpasset behandling** vil skape bedre effekt av rus- og avhengighetsbehandling..
- **Understøtte implementeringen av integrert ettervern** forankret i helseforetakenes tilbud, og understøttet av et finansieringssystem som dekker hele pasientforløpet.

- **Foreslå en modernisering av ISF-ordningen**, slik at faglige hensyn, samhandling og ambulante tjenester belønnes, og at økonomiske insentiver ikke styrer behandlingstilbudet i uheldig retning, men **skaper insentiv for helhetlige forløp.**
- **Ta initiativ til et nasjonalt løft innen forskning, metodeutvikling og utdanning i TSB**, med styrket rolle for universitetssykehusene slik at vi når mål om ønsket kunnskapsutvikling og utdanner tilstrekkelig med spesialister.

Vennlig hilsen

Espen Ajo Arnevik

Leder Avdeling rus- og avhengighetsbehandling, Oslo Universitetssykehus

Geir Hugo Bolle

Leder Rusavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge

Christian Ohldieck

Direktør Rus og avhengighetsklinikken Haukeland Universitetssykehuset

Kristin Smedsrud

Klinikkjef, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital

Geir Fiskå

Avdelingsleder, Avdeling rus- og avhengighet, Stavanger Universitetssykehus

Marthe Preteni-Isefjær

Avdelingsleder, Avdeling rus- og avhengighet, Akershus Universitetssykehus