

Innspillnotat til Rusbehandlingsutvalget

Innspillsnotatet omhandler faglige og organisatoriske utfordringer knyttet til fagområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Notatet gjenspeiler utfordringsbildet innen TSB slik de regionale helseforetakene kjenner det, og peker på mulige grep for videreutvikling av et kunnskapsbasert og godt tilpasset behandlingstilbud for fremtidens spesialiserte rusbehandling.

Innspillet er basert på de regionale helseforetakenes oppfølging av helseforetak og sykehus med eget opptaksområde og avtaleoppfølgingen av private virksomheter innen TSB. De regionale helseforetakene får gjennom oppfølgingen omfattende informasjon om utfordringer og utviklingstrender fra tjenestene. I tillegg har de regionale helseforetakene direkte kontakt med klinikklederne innen psykisk helsevern og TSB og i noen sammenhenger også direkte kontakt med avdelingsledere for TSB. Alle helseregionene har avtaler med private leverandører som bidrar inn i sørge-for-ansvaret innen TSB.

I tillegg til oppfølgingen av tjenestene har de fire regionale helseforetakene etablerte fagråd eller fagnettverk innen TSB, der både offentlige helseforetak, sykehus med eget opptaksområde og noen private avtaleparter deltar. Organiseringen av disse dialogarenaene varierer, men brukerrepresentanter inngår ofte som en del av fagrådene, samt representanter fra kommuner, universiteter og høyskoler og andre relevante kompetansemiljøer. I fagrådene diskuteres sentrale tema i feltet, og fagrådet er en arena for kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom de ulike delene av fagområdet TSB.

Vårt innspill kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

- Tilbudet til pasienter med ROP lidelser må videreutvikles i samarbeid med kommunene.
- Bruken av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder og persontilpasset behandling må økes.
- Pasientbehandlingen henger ikke godt nok sammen, og roller og ansvar må tydeliggjøres.
- Rusbehandling for barn og unge bør legges til psykisk helsevern for barn og unge, med et tett samarbeid med TSB.

Til slutt peker vi på noen mulige grep, som sammen med hovedpunktene ovenfor, kan gi retning for et fremtidig spesialisert rusbehandlingsbehandlingstilbud.

Bakgrunn

Rusreformen fra 2004¹ sørget for at mennesker med rus- og avhengighetslidelser fikk pasientrettigheter, og at behandlingstilbudene ble en del av spesialisthelsetjenesten. Reformen har bidratt til å styrke behandlingstilbudet for pasientgruppen, både kvalitetsmessig og i form av et bedre utbygget behandlingstilbud. Utviklingen er godt beskrevet gjennom framskrivningsarbeidet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling². Det er blant annet etablert basistjenester ved de aller fleste helseforetak og sykehus slik at pasientene får poliklinisk, ambulant og avrusningstilbud lokalt, samt tilbud om døgntilbud. Private leverandører står for deler av de lengre

¹ [Microsoft Word - rundskriv rusreformen.doc](#)

² [framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf](#)

døgnbehandlingsoppholdene i alle fire regioner, men det er variasjon mellom regionene i hvor stor andel av døgnbehandling dette gjelder.

Til tross for faglig og organisatorisk satsning på utvikling av fagområdet TSB de siste 20 årene, er det fremdeles utfordringer på flere områder. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet del I³ gir retning for utviklingen av tjenestetilbudet, og noen av anbefalingene er allerede fulgt opp med tiltak eller er i ferd med å utvikles som en del av behandlingstilbudet i helseforetak/sykehus og hos private avtaleparter.

Tilbudet til pasienter med ROP-lidelser må videreutvikles i samarbeid med kommunene

Pasienter med behov for rusmiddelbehandling er en heterogen gruppe, og mange har samtidige psykiske og somatiske lidelser. En betydelig andel av pasientene har derfor behov for samtidig og integrert behandling. Rapporter fra Helsetilsynet (2019)⁴ og fra Riksrevisjonen^{5 6} peker på alvorlige utfordringer mellom fagområder i spesialisthelsetjenesten og i samarbeidsflaten mot kommunene. For å gi et helhetlig tilbud til pasienter med ROP lidelser må samhandlingen innad i spesialisthelsetjenesten fungere, og også samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten⁷.

I perioden 2018-2024 har Helse Sør-Øst RHF registrert en økende innsøking til behandlingstilbud som spesielt retter seg inn mot samtidige lidelser (ROP). Helse Sør-Øst RHF har derfor økt behandlingsskapiteten hos de private avtalepartene med ROP-tilbud innen TSB de senere årene, og i den samme perioden⁸ har beleggsprosenten ved disse tilbudene blitt gradvis høyere. Andre regioner observerer også en økning av antall pasienter med ROP lidelser. Innen psykisk helsevern har vi sett den samme tendensen med økt behov for behandlingstilbud som retter seg inn mot samtidig rus- og psykisk lidelse.

Det kan være vanskelig å vurdere om pasienter med samtidige lidelser skal behandles innen psykisk helsevern eller TSB. Det er til dels overlapp mellom pasientgruppene innen de to fagområdene psykisk helsevern og TSB, noe som gjør det nødvendig med kompetanse til å behandle samtidige rus- og psykiske lidelser i begge fagområdene. I en nylig publisert UKOM rapport om tilbudet til pasienter med rusmiddelproblemer kommer det frem at behandlingstilbudet ikke er godt nok koordinert, og at det mangler sammenheng i behandlingsforløpet. UKOM anbefaler at pasienter med gjentatte innleggelser, psykosesyntomer eller uavklarte tilstander bør vurderes av team som består av fagpersoner fra både psykisk helsevern og TSB⁹. Også fagpersoner fra Nasjonalt senter for rus og avhengighetslidelser, alvorlige samtidige psykisk lidelser og personlighetsforstyrrelser, har nylig påpekt betydelige mangler i utredning og behandling av pasienter med samtidig psykosesyntomer og rusmiddelproblemer¹⁰.

³ [Meld. st. 5 \(2024–2025\)](#)

⁴ Helsetilsynet (2019). Et stykke igjen til likeverdige tjenester. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Rapport fra Helsetilsynet 5/2019.

⁵ [Myndighetene svikter en sårbar gruppe](#)

⁶ [Mange med psykiske lidelser får ikke hjelp når de trenger det](#)

⁷ [Fragmentert tjenesteapparat og utydelig ansvar - Ukom](#)

⁸ [Oppdatert behovsvurdering TSB](#)

⁹ [Anbefalinger - Ukom](#)

¹⁰ [Akuttbehandling eller utredning av rusutløste psykoser: En falsk dikotomi](#)

Somatisk helse og tapte leveår

Rusrelaterte lidelser peker seg ut som den diagnosen som er forbundet med flest tapte leveår av diagnoser innen psykisk helsevern og TSB¹¹. Somatisk kompetanse og oppfølging må derfor være tilgjengelig for å gi et helhetlig behandlingstilbud til denne gruppen, både i det offentlige og hos private avtaleparter. Spesielt er gruppen med ROP lidelser utsatt for somatiske helseutfordringer¹².

Også pasienter som oppsøker somatiske helsetjenester med samtidige avhengighetsproblemer, har behov for systematisk og helhetlig oppfølging. Det forutsetter tidlig identifisering av rus- eller avhengighetsrelaterte utfordringer. Kartlegging og dokumentasjon av rus- og avhengighetsproblematikk bør derfor inngå som en integrert del av den somatiske behandlingen.

Med dagens inndeling og ansvarfordeling mellom fagområdene er det viktig at prinsippene for kompetanse og ansvarsfordeling i den nasjonale faglige retningslinjen for ROP lidelser¹³ følges opp, slik at pasientene ikke faller mellom de ulike fagområdene. I tillegg til rapportene over, indikerer tilbakemeldinger fra praksisfeltet og bruker- og interesseorganisasjoner at dette er forhold som fortsatt krever ekstra oppmerksomhet¹⁴.

Ved en gjennomgang av behandlingstilbudet til pasienter med rusmiddelproblemer bør det vurderes om ansvarsforholdene mellom psykisk helsevern og TSB ivaretar pasientenes behandlingsbehov for sammensatte lidelser på en god nok måte, eller om det er behov for justeringer eller endringer for å sørge for at pasienter med sammensatte lidelser får et godt og helhetlig tilbud.

Bruken av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder og persontilpasset behandling må økes

Rus- og avhengighetslidelser er komplekse tilstander, og behandlingen må tilpasses den enkelte pasient og bygge på et best mulig kunnskapsgrunnlag. Likevel finnes det i dag evidensbaserte behandlingsmetoder som ikke tas i bruk^{15 16}, og det er behov for å styrke persontilpasningen av tjenestetilbudet¹⁷.

Når polikliniske og ambulante tjenester ikke gir tilstrekkelig effekt, anbefales det at pasienten tilbys døgntil behandling¹⁸. Varigheten av døgntil behandling må tilpasses pasientens tilstand og behov. Det er viktig at det gjøres grundige faglige vurderinger av pasienter som henvises til døgntil behandling i spesialisthelsetjenesten. Erfaringer tyder på at noen av pasientene som starter opp i poliklinisk behandling, ville hatt best nytte av å bli tilbudt døgntil behandling uten lengre poliklinisk behandling i forkant. På den annen side er det en del pasienter som henvises til lengre tids døgntil behandling, som ville hatt best nytte av et godt kommunalt tilbud med struktur og omsorg som viktige elementer. I tillegg vil det være andre som vil få et

¹¹ [framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf](#)

¹² [Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer - Helsedirektoratet](#)

¹³ [Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser – Nasjonal faglig retningslinje \(fullversjon\).pdf](#)

¹⁴ [Vestre samler rus- og psykisk helse-feltet til møte - regjeringen.no](#)

¹⁵ [Gleden ved å ruse seg](#)

¹⁶ [Persontilpasset behandling – et uutnyttet potensial i rus- og avhengighetsfeltet](#)

¹⁷ [Stayer-studien - Helse Stavanger HF](#)

¹⁸ [Behandlingsnivå i rusbehandling: Avbrudd, døgntil/dag-/ambulerende behandling, somatikk og straffegjennomføring - Helsedirektoratet](#)

fullverdig behandlingstilbud i poliklinikk¹⁹. Mye tyder på at det er behov for fortsatt styrking av de grunnleggende TSB tjenestene i det offentlige behandlingstilbudet, spesielt polikliniske og fleksible behandlingstilbud (for eksempel FACT-team), blant annet for å nå grupper som har behov for behandling, men som i dag ikke får spesialisert behandling for sin ruslidelse.

Kunnskapsgrunnlaget for lengre tids døgnbehandling er usikkert, og det stilles spørsmål ved det faglige grunnlaget for å hevde at lengre tids døgnbehandling er en mer effektiv behandlingsform enn andre tilnærminger^{20 21}.

Det er derfor behov for å vurdere hvorvidt organiseringen av tjenestetilbudet i Norge spiller en optimal sammensetning av tjenester. Det har lenge vært faglig uenighet om hva som defineres som langtidsbehandling²². I en systematisk gjennomgang av effekt av døgnbehandling for rusmiddelproblemer, beskrives stor variasjon i lengde av døgnbehandling, fra fire uker til 12 måneder²³.

I forbindelse med Rusreformen i 2004 oppfordret Helsedepartementet de regionale helseforetakene til å øke bevisstheten rundt bruk av døgnbehandling sammenliknet med poliklinisk behandling innen TSB²⁴. I det nylig reviderte framskrivningsarbeidet om psykisk helsevern og TSB, fremkommer det samtidig at TSB har tradisjon for å benytte døgnbehandling i større grad enn psykisk helsevern for barn, unge og voksne. Av pasientene som mottok poliklinisk behandling innen TSB, fikk 28 prosent også døgnbehandling.

Ettersom organiseringen av døgnbaserte tjenester innen rusbehandling er ulik mellom de skandinaviske landene, er det vanskelig å gjøre en direkte sammenlikning når det gjelder varigheten av døgnbehandling på ulike omsorgsnivå. I Norge er tjenesten i stor grad organisert i spesialisthelsetjenesten, mens det i Sverige er kommunene som har det overordnede ansvaret for lang-tids rehabilitering²⁵ og i Danmark er behandlingen i sin helhet organisert i kommunene²⁶. Tall fra internasjonale registre blir derfor vanskelig sammenlignbare. OECD publiserer gjennomsnittlig oppholdstid per diagnosekategori. Norge har tre ganger så lange oppholdstider for behandling av rusrelaterte lidelser som Sverige²⁷ (Danmark har ikke rapport data). Det er dermed indikasjoner på at Norge har en praksis med lengre døgnoophold i spesialisthelsetjenesten enn sammenlignbare land, uten et klart kunnskapsgrunnlag som understøtter en slik behandlingspraksis.

Et behandlingstilbud som gjør det lettere å søke hjelp

Det er sammensatte årsaker til at personer med rusmiddelproblemer ikke søker hjelp og behandling. Ambivalens knyttet til endring kan være sterk, og bekymring for negative sanksjoner, som begrensninger knyttet til førerrett, arbeidssituasjonen eller frykt for tiltak fra barnevern kan bidra til at man ikke søker hjelp. En del pasienter har heller ikke et ønske om å endre sine rusmiddelvaner, selv om forbruket medfører åpenbare negative konsekvenser. Enkelte brukerrepresentanter har også hevdet at det er mer stigmatiserende å søke behandling innen TSB enn i psykisk helsevern.

¹⁹ [Persontilpasset behandling – et uutnyttet potensial i rus- og avhengighetsfeltet](#)

²⁰ [Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for personer med rusavhengighet sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling?](#)

²¹ [Gleden ved å ruse seg](#)

²² [Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for personer med rusavhengighet sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling?](#)

²³ [The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review - ScienceDirect](#)

²⁴ [Meld. st. 5 \(2024–2025\)](#)

²⁵ [sweden-cdr-2019.pdf](#)

²⁶ [denmark-cdr-2019.pdf](#)

²⁷ [OECD Data Explorer • Hospital average length of stay by diagnostic categories](#)

TSB er det fagområdet i spesialisthelsetjenesten med krav om den korteste ventetiden. Regionene klarer i stor grad å overholde disse ventetidskravene, men til tross for korte ventetider og relativt lav avslagsprosent, er det kun en mindre del av gruppen med rusmiddelproblemer i befolkningen som henvises til TSB. Gitt de store negative konsekvensene som er forbundet med rusmiddelproblemer for den enkelte, men også for barn og familier og andre nærstående, er det av stor betydning at behandlingstilbudet er organisert på en måte som gjør at de når frem til de som trenger tjenestene. Det er behov for flere lett tilgjengelige behandlingstilbud for avhengighet som ikke oppleves som stigmatiserende²⁸.

I Forebyggings -og behandlingsreformen for rusfeltet, del 1²⁹ omtales også behovet for å redusere stigma knyttet til rusmiddelproblemer, og et av flere bidrag er å innrette tjenestene innen TSB på en måte som er mer lik andre deler av spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene mener dette er en riktig utvikling.

Digitale tilbud bør styrkes

Behandlingstilbudene må tilpasses slik at tilbudene oppleves relevante for dem som trenger behandling. De foreløpige erfaringene med eBehandling er lovende³⁰. En større andel kvinner oppsøkte eBehandling for alkoholproblemer enn de som oppsøker det tradisjonelle behandlingstilbudet, og det er indikasjoner på at det kan være lettere å søke hjelp i en tidligere fase av en problemutvikling gjennom eBehandling³¹. Utvikling av digitale verktøy og behandlingsprogrammer kan også være nyttig for andre pasientgrupper, for eksempel pasienter med cannabisavhengighet eller spillavhengighet.

Tilbudet til pasienter med problematisk bruk av alkohol

Tilgjengelighet av alkohol i samfunnet er forbundet med bruk av alkohol i befolkningen, og dersom bruken av alkohol i befolkningen øker, øker også sannsynligheten for at flere utvikler et problematisk bruk³². Alkohol er totalt sett forbundet med flere helsemessige og sosiale problemer enn narkotika, men det er likevel slik at rusbehandlingstilbudet i for liten grad er utviklet til å nå denne pasientgruppen.

Dekningsgraden for pasienter med problematisk bruk av alkohol ser ut til å være forbundet med den faktiske kapasiteten i poliklinikkene innen TSB. Det er altså indikasjoner på at videre utbygging av det polikliniske behandlingstilbudet bidrar til at helsetjenesten vil nå flere pasienter med alkoholproblemer. Det er derfor behov for å videreutvikle tjenestetilbudet for å nå disse gruppene, og samtidig vurdere hvordan tilbudene kan utformes slik at det oppleves mindre stigmatiserende å ta imot behandling. Innspill og samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner vil være nyttig i dette arbeidet.

²⁸ [Rus og avhengighet - tilbud til voksne | Stavanger kommune](#)

²⁹ [Meld. st. 5 \(2024–2025\)](#)

³⁰ [Alkoholproblem? Ny behandling for de som sliter med alkohol har truffet spesielt én gruppe – NRK Trøndelag – Lokale nyheter, TV og radio](#)

³¹ [Digitale selvhjelpsløsninger for alkoholreduksjon](#)

³² [Meld. st. 5 \(2024–2025\)](#)

Pasientbehandlingen henger ikke godt nok sammen, og roller og ansvar må tydeliggjøres

Det er godt kjent at risiko for tilbakefall, overdoser og selvmord øker ved overganger som for eksempel utskrivelse fra døgnbehandling. Pasienter som har vært i behandling innen TSB, har omtrent like høy risiko for selvmord som pasienter som er utskrevet fra behandling i psykisk helsevern³³. Årsakene til økt selvmordsrisiko er komplekse, men rapporten fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging peker på betydningen av god oppfølging gjennom hele behandlingsforløpet.

Helse Sør-Øst RHF har kartlagt oppfølgingen etter døgnbehandling både hos offentlige og private aktører. I 2025 ble 43 prosent av døgnoppholdene i psykisk helsevern for voksne fulgt opp med poliklinisk kontakt innen 1 uke etter utskrivelse. Etter TSB døgnbehandling i helseforetak var andelen 37 prosent, mens den hos private avtaleparter var 29 prosent. Dette indikerer et behov for større oppmerksomhet på oppfølging etter utskrivelse både i helseforetak og hos private avtaleparter. Ved å innføre prinsippene fra den nasjonale rapporten om «Integrert ettervern» vil sammenhengen i behandlingen bedres. I disse anbefalingene inngår det at planlagt døgnbehandling forankres i poliklinikk i helseforetakene, og at et premiss for helhetlig behandlingsforløp er poliklinikkens rolle underveis i behandlingsforløpet og i forkant av utskrivelse³⁴.

Behandlingstilbudene bør integreres tettere mot helseforetaksstrukturen

Henvisninger til TSB vurderes i dag ved de offentlige helseforetakene eller sykehus med eget opptaksområde. Dagens arbeidsdeling mellom private og offentlige virksomheter er godt beskrevet i Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, del I³⁵. Private leverandører står for en stor del av behandlingstilbudet innen TSB. Det er samtidig betydelige forskjeller mellom helseregionene. Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har for eksempel en vesentlig større andel av døgnbehandlingstilbudet hos private leverandører enn de øvrige regionene. Helse Sør-Øst RHF skilte seg også ut med å ha betydelig lengre oppholdstid per individ innen TSB hos privat avtalepart enn de andre tre regionene i 2023³⁶. Innad i gruppen av private behandlingstilbud er det stor variasjon når det gjelder grad av spesialisering og faglig innretning.

De regionale helseforetakene observerer pågående endringer og sesongsvingninger i bruken av private døgnplasser, som perioder med færre henvisninger og lavere belegg. Det kan være ulike årsaker til dette, som for eksempel endringer i pasientgruppen, lavere etterspørsel i perioder og en faglig utvikling der behandlere og spesialister sammen med pasienten vurderer andre tilbud som mer egnet.

For å legge til rette for et kunnskapsbasert og individuelt tilpasset behandlingstilbud bør det være faglig sammenheng mellom behandlingstilbudene, enten de tilbys i det offentlige eller hos private avtaleparter. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, del I, peker på at et godt og koordinert behandlingstilbud innebærer at alle behandlingstilbudene innen TSB må være godt integrert med helseforetaksstrukturen.

³³ [selvmord_tsb_2009_2017_digital_rapport.pdf](#)

³⁴ [100-2025-vedlegg-rapport-fra-prosjekt-integrert-ettervern.pdf](#)

³⁵ [122-2024-vedlegg-framskrivning-av-behov-for-helsepersonell-innen-phv-og-tsb.pdf](#)

³⁶ [122-2024-vedlegg-framskrivning-av-behov-for-helsepersonell-innen-phv-og-tsb.pdf](#)

Rusbehandling for barn og unge bør legges til psykisk helsevern med et tett samarbeid med TSB

Behandlingstilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer er i dag mangelfullt³⁷ ³⁸. Helse – og omsorgsdepartementet ga i 2025 de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle en nasjonal plan for utvikling av behandlingstilbudene for barn og unge med rusmiddelproblemer. I mai 2026 leverte de regionale helseforetakene en rapport til Helse -og omsorgsdepartementet med beskrivelse av et helhetlig og spesialisert rusbehandlingstilbud til barn og unge, med polikliniske og ambulante behandlingstilbud, avrusningstilbud og døgnbehandling.

Barn og unge som utvikler rusmiddelproblemer, kjennetegnes ved utfordringer på flere områder, og de fleste har også behov for behandling for psykiske lidelser, i tillegg til rusmiddelproblemene. Utviklingen av et slikt behandlingstilbud krever et tett samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og TSB.

De regionale helseforetakene anbefaler at ansvaret for det nye behandlingstilbudet legges til psykisk helsevern for barn og unge, i et tett samarbeid med TSB. Et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og barnevernsinstitusjoner er også avgjørende for å lykkes med etableringen av det nye behandlingstilbudet. Andre sentrale forhold for å lykkes er forpliktende samarbeid med kommunale tjenester, og kompetansetiltak i alle helseforetak og sykehus med eget opptaksområde.

Fremtidens spesialiserte rusbehandling

Avslutningsvis vil vi fremheve enkelte av punktene over og peke på mulige justeringer for å bringe rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten videre.

Pasientgruppen innen TSB er i endring, og av gruppen som mottar døgnbehandling, er det en større andel som er i akuttbehandling og avrusning enn tidligere. Færre søkes til lengre tids døgnbehandling hos private tilbydere. Noe av forklaringen kan være et bedre utbygget LAR tilbud og en endring i misbruksprofilen hos pasienter i spesialisthelsetjenesten. Reduksjon i bruk av liggedøgn for gruppen av pasienter med opiatavhengighet identifiseres både i helseforetakene og hos private tilbydere innen TSB. Kapasitet og faglig innretning av lengre tidsdøgnbehandling må derfor tilpasses behovet.

Organiseringen av behandlingen er viktig. Innføringen av integrert ettervern gir nye muligheter for å planlegge forløp med bedre sammenheng der døgnbehandling inngår som en del av et helhetlig behandlingstilbud sammen med polikliniske og ambulante tjenester. Varighet av døgnbehandlingen vil i større grad ta utgangspunkt i pasientens behov og i mindre grad tilpasses forhåndsbestemte tidskategorier. Døgnbehandling bør være innrettet slik at overgangen fra spesialisert behandling til rehabilitering gjennom sosial og velferdsmessige tiltak fungerer godt, og ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester er en viktig del i dette arbeidet.

Pasienter med rusmiddelproblemer oppfattes å ha mer komplekse tilstander enn tidligere. Mange av pasientene har samtidige psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Både psykisk helsevern og TSB må følge opp pasientenes somatiske sykdommer og henvise videre ved behov for mer spesialisert behandling. Tilsyn og revisjoner indikerer at inndelingen i hhv. psykisk helsevern og TSB for pasienter med ROP lidelser ikke fungerer

³⁷ [Derfor går det ikke så bra med unge som har vært i rusbehandling](#)

³⁸ [Tvillingane fekk ikkje forsvarleg helsehjelp | Statsforvaltaren i Vestland](#)

godt nok. En stor del av pasientene får ikke samtidig og integrert behandling. Det bør vurderes om tilbudet til pasienter med komplekse og samtidige lidelser bør organiseres slik at fagområdet med best kompetanse på sammensatte tilstander får ansvar for behandlingen. En risiko vil imidlertid være at psykisk helsevern, som har breddekompetansen, får flere oppgaver.

De fleste pasientene som henvises til TSB, vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, og andelen avslag ligger mellom 0-10 prosent. I årene fremover vil det være av stor betydning at helsetjenesten innretter behandlingstilbudene på en slik måte at det ikke kreves unødvendige personellressurser³⁹, og løsninger i retning av særomsorg bør unngås. Evalueringpunktene i nasjonalt pasientforløp og ordningen med integrert ettervern, forankret i helseforetakene, vil kunne gi tjenestene en mulighet til å videreutvikle den løpende vurderingen og prioriteringen som er nødvendig for å skape en bærekraftig tjeneste for framtiden.

Helsereformutvalget leverer sin rapport november 2026. Dersom skillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tilbud endres for denne pasientgruppen, eller tjenestene/tilbudene på tvers av nivåer delvis integreres, vil det ha betydning for innretning og kompetanse og personellbehov i behandlingsforløp av lengre varighet. Døgntilbud der omsorg og felleskap er de mest sentrale elementene, krever en annen type kompetanse og bemanning enn de mer spesialiserte tilbudene som retter seg inn mot aktiv behandling av komplekse tilstander som for eksempel ROP lidelser. Tilbudet ved helseforetak og sykehus vil i større grad rettes inn mot pasienter med et tydelig spesialisert behandlingsbehov, mens langvarige døgnopphold der det ikke er spesialiserte behandlingsintervensjoner, kan legges til kommunalt nivå.

³⁹ [Meld. st. 5 \(2024–2025\)](#)