

VEDLEGG



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen  
Stortinget  
0026 OSLO

Deres ref.

Vår ref.

Dato

20/5165-

7. januar 2021

**Dokument 8:49 S (2020-2021) - Representantforslag om rusavhengige fortjener bedre behandling**

Jeg viser til Helse- og omsorgskomiteens oversendelse den 18.11.20 av Representantforslag 8:49 S (2020-2021) fra representantene Ingvild Kjerkol, Tuva Moflag, Tore Hagebakken, Hege Haukeland Liadal og Tellef Inge Mørland -Rusavhengige fortjener bedre behandling, hvor det bes om min uttalelse.

Jeg registrerer at deler av forslaget er tilsvarende forslag i blant annet Stortingets vedtak 843, 5. juni 2018 som var en del av representantforslag 179 S (2017-2018) om å sikre god oppfølging av personer etter rusbehandling. I min uttalelse til forslaget den gang understreket jeg betydningen av å ikke endre ansvarfordelingen mellom nivåene, noe jeg mener deler av dette forslaget fremdeles legger opp til.

Ved å vise til selektive data gis det inntrykk av at tilstanden for mange ruspasienter ikke har blitt bedre de siste årene. Det vil jeg tilbakevise. Mye har blitt bedre, selv om det gjenstår utfordringer. Det kommer godt frem i Fafos følgeevaluering av Opptappingsplanen for rusfeltet, i statistikk fra både FHI sine nasjonale bruker- og pasientundersøkelser, samt Sintefs kartlegging av årsverksinnsatsen i tjenestene. Jeg vil i det følgende uttale meg om punktene 1-8 i representantforslaget.

## **Forslag**

1. Stortinget ber regjeringen sikre at tilbyderne av døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser sørger for at det tilbys oppfølging etter behandling. Oppfølgingen skal ha mål om tilbakeføring til ordinært arbeidsliv, utdanning eller annen aktivitet og skal skje i samarbeid med kommunen og brukeren selv.

## **Svar:**

Det er stor enighet om at oppfølging av pasienter som har vært i døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller psykisk helsevern er av stor betydning for å sikre god effekt av den behandlingen den enkelte pasient har mottatt under et døgnopphold.

Regjeringen har gjennom Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) bevilget mer enn 2,4 milliarder kroner til en styrking av arbeidet med bedre tverrfaglige tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Da Opptappingsplanen for rusfeltet kom i 2016, var det 42 prosent som ikke hadde aktiviteter i løpet av dagen. I dag er vi nede i 28 prosent som ikke har slike aktiviteter (arbeid, utdanning eller aktivitetstilbud i regi av ideelle og frivillige organisasjoner). Dette er tall jeg mener gir en god indikasjon på at mange flere får hjelp og oppfølging.

Mange pasienter kan ha behov for poliklinisk oppfølging av spesialisthelsetjenesten etter endt døgnbehandling. Dette vil være i tillegg til kommunale tjenester som den enkelte vil ha behov for. For pasienter med stort behov for tjenester innenfor psykisk helse og rus, har spesialisthelsetjenesten og kommunene sammen etablert egne ACT- og FACT-team. Disse teamene har et helhetlig ansvar for oppfølging av pasientene som inngår i disse teamene. Tall fra Helsedirektoratet viser en betydelig økning i andel kommuner som oppgir at de har tilgang til ulike typer av oppsøkende flerfaglige team, som ACT eller FACT; fra 26 prosent i 2017, til 44 prosent i 2019.

Ved blant annet å styrke kommunale incentiver til oppfølgingsarbeid, som økte frie inntekter og øremerkede tilskudd, har kommunene kunne legge til rette for flere årsverk og bedre tjenester. I tillegg er tilskudd til et variert spekter av ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktiviteter, omsorg og motivasjonstilbud, styrket med om lag 50 millioner kroner. En nasjonal brukerundersøkelse viser at hele 8 av 10 brukere i stor grad opplever at de blir møtt med høflighet og respekt av ansatte i tjenestene, og at 7 av 10 har høy tillit til personene som er ansvarlig for deres oppfølging. At hovedvekten av brukerne også gir positive vurderinger av ansatte og i stor grad har fått nok tid til samtaler og

kontakt, mener jeg betyr at flere har forstått brukernes situasjon. Innføring av pakkeforløpene innen rus og psykisk helsevern fortsetter og bidrar til at flere får bedre tjenester.

For denne pasientgruppen er det særlig viktig å forbedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Pakkeforløpene skal tilrettelegge for god samhandling og samordning av tjenestene mellom de to forvaltningsnivåene – til beste for den enkelte pasient. I 2019 fikk mer enn 150 000 pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling tilbud om oppstart av pakkeforløp. Jeg er opptatt av å skape pasientenes helsetjeneste, og innføring av pakkeforløp er i den sammenheng et sentralt tiltak jeg har store forventninger til. Jeg vil følge nøye med på utviklingen i pakkeforløpene innen psykisk helse og rus.

Det er pasientene med størst hjelpebehov som oftest lider under at sykehus og kommuner ikke samarbeider godt nok. Regjeringen og KS har derfor inngått en avtale om å etablere 19 helsefelleskap som skal få sykehusene og kommunene til å samarbeide bedre om pasientene. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet er en av fire prioriterte pasientgrupper i de nye helsefelleskapene.

### **Forslag**

2. Stortinget ber regjeringen utrede en finansieringsnøkkel for å fordele kostnadene til ettervern for personer med rusproblemer mellom stat og kommune.

### **Svar:**

Jeg oppfatter at forslagsstillernes bekymring for manglende oppfølging av pasienter etter utskrivning fra døgnbehandling innen TSB, skal løses ved en ansvarsoverføring. Det er et forslag jeg ikke støtter. Å flytte ansvaret for oppfølging etter døgnbehandling (bolig, arbeid, aktivitet) fra kommunene til staten ved spesialisthelsetjenesten, vil jeg advare mot. En slik endring ville krevd en betydelig flytting av tilbud, ansatte, eiendommer og penger fra kommunene til staten. Og en endring i sørge for-ansvaret ville også skapt nye krevende samarbeidsflater mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Arbeid med å sikre at oppfølging etter døgnbehandling skal bli bedre integrert med behandlingsforløpet, bør skje med utgangspunkt i dagens sørge for-ansvar mellom kommunene og staten. Samarbeidsavtalene mellom kommunene og RHF regulerer dette.

Jeg registrerer at dette forslaget har blitt fremmet flere ganger, og jeg vil understreke at forslaget er vurdert. Det er like fullt ikke funnet hensiktsmessig å etablere et ansvar for

oppfølging etter rusbehandling (ettervern) innenfor spesialisthelsetjenesten, utover den oppfølgingen som følger av den eksisterende plikter og rettigheter. Grunnen til det er at det vil bryte med den ansvars- og oppgave fordelingen som gjelder mellom kommune og stat hva angår helse- og omsorgstjenestene. Dermed er det heller ikke grunnlag for å utrede en finansieringsnøkkel som skal fordele kostnaden mellom stat og kommune på dette området.

Jeg vil også understreke at det har vært en betydelig kapasitetsvekst i TSB og at innsatsen gjennom Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020, St.meld.nr. 15 S (2015-2016) har styrket kommunenes muligheter for å følge opp pasienter som skrives ut av TSB, i tillegg til annet rusfaglig arbeid for å følge opp kommunens øvrige innbyggere med rusmiddelproblematikk.

Jeg fastholder derfor at det ikke gir mening i å lage egne finansieringsnøkler for utvalgte diagnoser eller tverrfaglige behandlingsforløp. Jeg viser også til mitt svar på anmodningsvedtak 843 (2017-2018) til Stortinget :

*"Oppfølgingsarbeid kan vanskelig avgrenses i tid. Også innholdet i tjenestetilbudet kan ha store variasjoner etter brukerens behov. Å utrede en finansieringsnøkkel for oppfølgingsarbeid som skal fordele kostnaden mellom kommuner og helseforetak vil således bli svært vanskelig. Vi har i dag ingen kilder som beregner kommunenes kostnader for bredden av oppfølgings-tiltak som inngår i det kommunale rusarbeidet. Det skilles ikke på disse brukergruppene i det kommunale oppfølgingsarbeidet, og det gir heller ikke god mening å dra dette skillet. Mange pasienter med rusproblemer har andre helserelaterte eller sosiale utfordringer som kommunen har plikt til å hjelpe med. I tillegg har svært mange kommuner samorganisert sitt psykiske helse- og rusarbeid, noe som vil medføre ytterligere utfordringer for en slik kostnadsberegning per pasient."*

### **Forslag**

**3.** Stortinget ber regjeringen sørge for at personer som har kommet ut av aktiv rus, skal sikres et botilbud der de ikke plasseres sammen med personer som fortsatt er i aktiv rus. I den forbindelse bes regjeringen se på om man kan styrke Husbankens ordninger for å sikre godt egnede boliger til disse personene.

**Svar:**

Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider godt med Kommunal- og moderniseringsdepartementet om den boligsosiale politikken. Jeg har derfor bedt kommunal- og moderniseringsministeren om hans uttalelse til forslaget. Han skriver:

"Personer med rusproblemer har gjennom de senere årenes nasjonale innsatser "*Bolig for velferd (2014-2020)*" og "*Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*", vært prioritert innenfor Husbankens virkemidler. Siden 2016 har tilskudd fra Husbanken bidratt til over 900 nye boliger til personer med rusproblematikk og psykiske lidelser. Evaluering av innsatsene viser at deres bosituasjon har blitt bedre i løpet av disse årene. Selv om mange bor bedre, er det mange personer med rusproblemer som fortsatt ikke bor bra, som ikke har en egnet bolig i et trygt bomiljø, som ikke får bistand de trenger for å mestre boforholdet eller får nødvendig oppfølging for å komme ut av aktiv rus.

I desember 2020 lanserte regjeringen sin nye strategi for sosial boligpolitikk "*Alle trenger et trygt hjem – nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024)*". Strategien bygger på erfaringer, strukturer og kunnskap som er utviklet gjennom tidligere nasjonale boligsosiale innsatser og strategier. Tiltak som fungerer skal forsterkes og videreutvikles samtidig som nye tiltak og modeller skal utvikles.

Regjeringen mener det er behov for å tenke nytt for å styrke bolig- og tjenestetilbudet til personer med rusproblemer og psykiske lidelser. I samarbeid med kommunene, skal Husbanken utvikle flere egnede boliger og et større mangfold av bolig- og tjenestetilbud for målgruppen. Tilskudd til utleieboliger skal brukes til forsøk og innovative måter for å utvikle egnede boliger og botilbud både for personer med rusproblemer og for de som ikke lenger er i aktiv rus. Dette kan for eksempel være ulike overgangsboliger etter opphold i institusjon eller fengsel eller mer langvarige boløsninger. Forsøkene skal evalueres.

Representantene peker også i sitt forslag på at det i liten grad finnes god oversikt over hvor mange personer som har avsluttet aktiv rus, som tildeles boliger som samlokalisert med personer som fortsatt ruser seg. Mange kommuner mangler gode systemer for å behandle søknader, tildele og forvalte sine utleieboliger. Regjeringen har derfor tatt initiativ til å utvikle KOBO - en digital løsning for å søke, tildele og forvalte kommunale utleieboliger. I 2020 bevilget Stortinget 30 mill. kr til utviklingsarbeidet. Regjeringen foreslår å videreføre bevilgningen i 2021.

Det er kommunene som har hovedansvar for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. Hvilke forpliktelser kommunen egentlig har, er lite tydelig. Regjeringen vil derfor sende på høring et forslag om en ny lov som klargjør kommunenes boligsosiale ansvar. Lovforslaget innebærer i hovedsak presisering av ansvaret kommunene allerede har, men på enkelte punkter vil lovforslaget gå lenger og skjerpe kommunenes ansvar noe. Dette gjelder blant annet kommunenes ansvar for boligsosial planlegging. Gjennom helhetlig planlegging som også inkluderer boligsosiale hensyn, vil kommunene kunne legge bedre til rette for gode boliger i trygge bomiljø for alle. Dette er målet vi skal jobbe for gjennom den nye strategien." Jeg vil i likhet med med kommunal- og moderniseringsminister arbeide for at helse- og omsorgstjenestene bidrar til arbeidet med oppfylle ny nasjonal strategi for sosial boligpolitikk slik at flere vanskeligstilte med rus og psykiske problemer kan få gode bolig tjenester.

### **Forslag**

4. Stortinget ber regjeringen i samarbeid med KS sørge for at både den rusavhengige og pårørende skal sikres en ruskoordinator i kommunen de kan henvende seg til.

### **Svar:**

Som representantene kjenner til er det, utover de kompetansekrav oppgitt i lov, opp til kommunene å vurdere og bestemme hvilke typer personell som er nødvendig for å levere nødvendige og forsvarlige tjenester. Det er grunn til å minne om rettigheter og plikter i blant annet helse- og omsorgstjenesteloven som slår fast at kommunene har ansvar for å yte koordinerende tjenester til pasienter og brukere med langvarig behov, og at det i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21 er gitt utfyllende bestemmelser for slike tjenester. Det er også grunn til å understreke at koordineringsoppgavene ved opprettelsen av pakkeforløp også er hjemlet her. Helsedirektoratet har et særlig ansvar for implementeringen av pakkeforløp og i deres veiledning er hensyn til brukere og pårørende omtalt. For at et pakkeforløp skal bli vellykket står koordinatorens og andre tjenesteytere innsats sentralt. Hva slags kompetanse det er behov for vil naturligvis variere avhengige diagnose og hjelpebehov.

Jeg mener det er viktig å se til adekvat statistikk og forskning som indikasjon på hvordan det står til med tjenestene fordi det gir god informasjon på eventuelle mangler. FHI gjennomfører for eksempel kvartalsvise brukerundersøkelser for pasienter i TSB. I denne sammenheng vil jeg vise til første halvårsrapport 2020 som viser at 73 prosent av de spurte i noen, stor eller

svært stor grad, opplyser at de følges opp av sin bostedskommune under oppholdet, fordelt på kategoriene ruskonsulent, ansvarsgruppe, fastlege og boligsosial hjelp. Å legge opp til en ensidig satsning på ruskonsulenter slik representantene foreslår vil etter min mening ikke tjene behovet for fleksible tverrfaglige tjenester til brukere og deres pårørende.

Regjeringen har, som jeg har vist til i punktene over, lagt til rette for at kommunenes arbeid med rusfeltet har blitt styrket gjennom Opptappingsplanen for rusfeltet. Siden 2016 er det blitt 2600 flere årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. 22 prosent av årsverkene går til barn og unge. Fra 2019 til 2020 var økningen på 170 årsverk.

### **Forslag**

**5.** Stortinget ber regjeringen gjennomgå ordningen med LAR med sikte på å styrke individets rett til tilpasset oppfølging, samt øke fokuset på rehabiliteringsdelen av LAR, herunder etablere flere tilbud om nedtrapping innen LAR.

### **Svar:**

Det er omlag 8 000 pasienter som er inkludert i LAR i dag. Mange av disse har vært i LAR over mange år og har opparbeidet god livsmestring. Slik det fremgår av LAR-forskriften, er det kun spesialisthelsetjenesten som kan starte opp og avslutte LAR-behandlingen. De senere årene har flere LAR-pasienter uttrykt ønske om nedtrapping av LAR-medikamenter. Jeg ba derfor de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2017 om at alle helseforetakene skulle gi tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten tilrettelegger for slike ønsker fra pasientene sin side.

For at en slik nedtrapping skal kunne gjennomføres, må dette gjøres på en forsvarlig måte. I Helsedirektoratets gjeldende retningslinje for LAR (*Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet IS-1701*) fremkommer det under *kap. 13.1 Frivillig avslutning av substitusjonsbehandling* en nærmere beskrivelse hvordan en slik avslutning i LAR kan gjennomføres:

*"Noen pasienter velger av ulike grunner å avslutte substitusjonsbehandlingen (37). Beslutningen kan skyldes en stor grad av stabilitet i livssituasjonen, bivirkninger av substitusjonslegemiddelet eller misnøye med kontrolltiltak. I slike tilfeller er det pasienten selv som tar beslutningen etter rådgivning fra behandlingsansvarlig i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og ansvarsgruppa.*

*Erfaring tilsier at nedtrapping skal skje langsomt og etter avtale med pasienten. Avtale om en nedtrappingsplan og oppfølgings/veiledningssamtaler under og etter nedtrappingen kan bidra til å fange opp situasjoner som kan føre til svikt i rusmestringen. Nedtrapping kan da stanses, eller behandlingen kan gjenopptas for å redusere risiko for tilbakefall. Pasienter som har avsluttet LAR, og som har behov for ny oppstart på grunn av sin opioidavhengighet, anses å ha rett til TSB. Raskt inntak må sikres for å vurdere hensiktsmessig behandling."*

Av retningslinjen fremgår det videre at det anbefales pasienter som velger å avslutte LAR, bør følges opp med tett rådgivning og støtte under og etter nedtrapping for å redusere risiko for tilbakefall.

Jeg viser til at ordningen med LAR gjennomgås p.t ved at Helsedirektoratet arbeider med å revidere den gjeldende retningslinjen. Helsedirektoratet vil etter planen snart sende en revidert retningslinje på høring. I denne retningslinjen vil både rehabilitering og nedtrapping bli omtalt, samt eventuelle nye legemidler i LAR.

### **Forslag**

**6.** Stortinget ber regjeringen styrke tilbudet til medikamentell rehabilitering i døgnbehandling for rusavhengige.

### **Svar:**

Medikamentell rehabilitering av rusavhengige er et helsefaglig spørsmål. Hovedtyngden av behandling med legemidler er i avrusningsfasen. Legemidler brukt i legemiddelassistert rehabilitering er behandlet i egen retningslinje. Utover dette er det en del pasienter som har behov og nytte av støttebehandling med legemidler gjennom sitt behandlingsforløp. Dette omtales nærmere i nasjonale faglige retningslinjer, og spesielt *Nasjonale faglige veileder - vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet* som beskriver god praksis tilknyttet ulike tilstander.

Brukererfaring og klinisk erfaring tilsier at ikke-medikamentelle behandlingstiltak fortsatt er basis i behandlingen av alkoholproblemer. Legemidlene kommer som et tillegg. I retningslinjene foreslås legemidler brukt som støttebehandling til alkoholavhengige etter en grundig klinisk vurdering. I tillegg har vi medikamentell substitusjonsbehandling i LAR for over 8000 brukere. Det er nylig satt i gang arbeid med å legge til rette for et 5-årig forsøk



med heroinassistert behandling i Norge. Jeg mener det dermed er en god balanse i hva som tilbys av medikamentell og ikke medikamentell behandling og rehabilitering av rusavhengige.

## **Forslag**

**7.** Stortinget ber regjeringen utrede hvordan primær- og spesialisthelsetjenestene i større grad kan sikre at rusavhengige også får dekket sine somatiske behandlingsbehov.

**Svar:**Regjeringen ser meget alvorlig på forekomsten økt sykkelighet og dødelighet blant noen av de mest utsatte pasientgruppene våre. I flere år har jeg derfor hatt fokus på å redusere en av de styggeste ulikhetene vi har i Norge. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har 15 – 20 års kortere forventet levealder enn den øvrige befolkningen. Risiko for tidlig død og sykdom for de mest sårbare blant oss er en stor utfordring i Norge som i en del andre land. Jeg vil i det følgende nevne flere eksempler på hvorfor ytterligere utredninger ikke er det rette grep nå, men heller vise til det regjeringen har iverksatt og planlegger å gjøre mer for å styrke det somatiske helsetilbudet til rusavhengige.

Jeg vil først vise til at Regjeringen i 2017 innførte plikt til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen fagområdene psykisk helse og rus nettopp med det formål å gi disse pasientene et bedre tilbud. SINTEF IS 24/8 2019 viser at i overkant av 80 prosent av kommunene svarte at tilbudet er integrert i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, mens resten hadde organisert tilbudet som et eget døgntilbud for denne pasient-/brukergruppen. Andre kommuner har løst dette ved å etablere interkommunale KAD løsninger mens andre bruker kommunale bofellesskap eller sykehjem. Dette viser at endringen var viktig for å styrke det somatiske helsetilbudet. Regjeringen lanserte i 2018 en revidert nasjonal strategi mot hepatitter. Strategien har to overordnede mål: Forekomsten av hepatitt C i befolkningen skal reduseres med 90 prosent innen 2023 sammenlignet med 2018, og ingen i Norge skal dø eller bli alvorlig syk av hepatitt C.

Helsedirektoratet har som ledd i implementeringen av regjeringens fornyede overdosestrategi 2019-2022 og i pakkeforløpene innen rus og psykisk helsevern viktige tiltak for å sikre at rusavhengige i større grad får dekket sine somatiske behandlingsbehov. I overdosestrategien er det også prøvd ut tiltak med å lage felles måltider på f.eks. lavterskelsteder med mål om å utarbeide en veileder/kokebok slik at flere ruspasienter kan lære mer om ernæring samt få i seg viktige ernæringsriktig mat. Enkelte av disse tiltakene er stoppet under Korona pandemien, men vil forhåpentligvis starte opp igjen når forholdene ligger til rette for det.

Pakkeforløpene på sin side skal tilrettelegge for god samhandling og samordning av tjenestene – til beste for den enkelte pasient. I begge tilfellene er det og foreslått eksempler på gode livsstils intervensjoner som krever tilstrekkelige og adekvate tilbud i nærmiljøet, og god koordinering. De individuelle tiltakene utvikles i samarbeid med den enkelte pasient. Pakkeforløp psykisk helse og rus har og klare anbefalinger om tiltak for å følge opp pasientens somatiske helse- og levevaner som en del av behandlingen. Dette kan bidra til å redusere forskjellen i levealder. Helsedirektoratet vil følge med på implementeringen av pakkeforløpene og vurdere behov for ytterligere tiltak. Det er blant annet utviklet pakkeforløpsmodul ved oppfølging etter rusmiddeloverdose og en modul for ROP pasienter som vil tre ikraft i 2021.

I arbeidet med Folkehelsemeldingen ble det varslet at regjeringen ville komme med en ny Nasjonal strategi mot smittsomme sykdommer. Jeg vil i den forbindelse vurdere om den skal omfatte flere folkehelsesykdommer.

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Meld. St. 26 (2014-2015) (primærhelsetjenestemeldingen) beskriver hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. I den ble det presentert tiltak for å møte brukere som opplever at helse- og omsorgstjenestene som dårlig koordinerte og lite tilgjengelige. Det gjelder særlig for personer med store behov, der mange kunne hatt en lettere hverdag og færre sykehusinnleggelse dersom tjenestene var bedre organisert. Tiltak foreslått i meldingen om å legge til rette for bedre koordinerte tjenester hvor helsepersonell arbeider i flerfaglige team, er bl.a. fulgt opp gjennom flerfaglige team, både primærhelseteamforsøket og forsøk med oppfølgingsteam. Også handlingsplan for allmennlegetjenesten (2020-2024) tar opp i seg denne arbeidsmåten som et av tre sentrale målområder. Dette kan bidra til en mer proaktiv tilnærming der det er nødvendig. I tillegg til denne direkte innsatsen er forebygging og utvikling av tjenestene vesentlig for å redusere sykklighet og øke levealderen. Det har vært en vekst på over 2 500 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid de siste tre årene, og en betydelig økning i antall kommuner som nå har psykologkompetanse. Dette i sum har bidratt til bedre tjenester for rusavhengige. Oppsummert mener jeg bekymringen for ruspasienter somatiske helse er viktig men at regjeringen følger situasjonen nøye. Min ambisjon med stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten, Handlingsplan for allmennlegetjenesten, Nasjonal overdosestrategi, Hepatitt C strategien, og innføringen av pakkeforløpene er å bidra til at kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder fastleger, skal kunne ivareta rusavhengiges somatiske behandlingsbehov og yte helsehjelpen på en forsvarlig og omsorgsfull måte.

## **Forslag**

**8.** Stortinget ber regjeringen i forbindelse med behandlingen av NOU 2019:26 Rusreform – fra straff til hjelp sette i gang arbeidet med en behandlingsreform for rusavhengige.

Regjeringens forslag til en behandlingsreform for rusavhengige legges fram som en sak for Stortinget innen 31. desember 2021.

## **Svar:**

Det er innledningsvis ikke gitt noen informasjon om hva representantene mener en behandlingsreform skal inneholde eller bidra til. Som helse- og omsorgsminister har jeg satt prioritet av gode tjenester til pasienter med rus og psykisk helse høyt. Det gjøres veldig mye godt faglig arbeid innen TSB og vi har økt behandlingsskapiteten og redusert ventetidene. Regjeringen har og innført Nasjonalt kvalitetsregister innen TSB. KvaRus ble tatt i bruk i januar i år. Dette vil få stor betydning for utviklingen av god kvalitet i rusbehandlingen TSB i årene fremover. Kvalitetsregisteret vil styrke kunnskapsgrunnlaget om effekten av behandlingen innen TSB. Å få god nok kunnskap om hva som gir ønskede resultater vil være en sentral del helse- og omsorgstjenesten videre arbeid med å hjelpe enda flere som en del overføringen av ansvar for personer med rusmiddelproblemer fra justissektoren til helse. Med mer dokumentasjon på hva som virker og ikke virker – kan tjenestene tilpasse seg pasientens behov og ønsker i større grad.

Jeg vil og vise til at kunnskapsgrunnlaget er mye bedre nå i dag enn hva som var tilfelle da jeg tok over som helse- og omsorgsminister. Det betyr at vi følger utviklingen tett og kan justere ved behov. Fra 1. januar 2020 har Folkehelseinstituttet (FHI) på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helsedirektoratet (Hdir) startet opp med løpende, elektroniske målinger av brukererfaringer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern. I oppdragsdokumentet fra HOD til de regionale helseforetakene (RHF'ene) bes sistnevnte om å påse at helseforetakene deltar i de løpende undersøkelsene. Alle offentlige døgninstitusjoner og private døgninstitusjoner som har avtaler med RHF'ene er inkludert i undersøkelsen.

Utvikling av behandlingstilbudet er et pågående arbeid, men jeg kan ikke se at det ligger noen god begrunnelse for en behandlingsreform slik representantene tar til orde for. Hva

gjelder rusreform og NOU 2019:26 så vil Regjeringen vurdere høringsinnspillene som er kommet inn og komme tilbake til Stortinget på egnet måte våren 2021.

Med hilsen

A handwritten signature in blue ink that reads "Bent Høie". The signature is written in a cursive, flowing style.

Bent Høie