



**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref
21/1017-

Dato
26. mars 2021

**Dokument 8:119 S (2020-2021) om en forebyggings- og
behandlingsreform på rusfeltet**

Jeg viser til dokument 8:119 S (2020-2021) oversendt fra Stortingets Helse- og omsorgskomite i brev av 23.02.2019. Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Aud Hove, Geir Adelsten Iversen, Per Olaf Lundteigen, Jan Bøhler og Emilie Enger Mehl om en forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet. Helse- og omsorgskomiteen ber om min vurdering av forslaget.

Stortingsrepresentantene fremmer et forslag om en forebyggings- og behandlingsreform som jeg oppfatter skal være et alternativ til regjeringens rusreform som er lagt frem for Stortinget. Det fremgår ikke av representantforslaget hva deres forebyggings- og behandlingsreform skal innebære, men det fremmes blant annet flere forslag om styrking av ulike deler av rusfeltet.

Til de konkrete foreslåtte vedtak har jeg følgende kommentarer.

1. Stortinget ber regjeringen fremme et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge, med mål om at andelen ungdom som prøver narkotika, skal reduseres. Programmet bør blant annet omfatte informasjons- og holdningskampanjer mot bruk av narkotika, etablering av foreldre- og pårørendestøtteprogram og en styrking av likemannsarbeidet og frivillige og ideelle organisasjoners arbeid.

God folkehelse og gode levekår har betydning for omfanget av rusrelaterte problemer i samfunnet og regjeringens innsats på området følger i hovedsak det etablerte folkehelsearbeidet.

Kommunene er en sentral aktør i arbeidet med å fremme god psykisk helse og å forebygge og begrense rusmiddelbruk. Det er den enkelte kommune som står nærmest til å kjenne utfordringer som finnes innenfor deres kommunegrenser og som dermed kan sette inn de nødvendige tiltak. I 2017 startet en tiårig satsing på kommunalt folkehelsearbeid. Satsingen skal bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Barn og unge, psykisk helse og rusforebygging er sentrale tema.

Jeg mener det er viktig at alt forebyggende arbeid bygger på et solid kunnskapsgrunnlag og er enig i at vi skal styrke og forbedre det rusforebyggende arbeidet. Derfor har jeg allerede igangsatt et arbeid der FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) gjennomgår Norges samlede forebyggingsinnsats og vurderer denne opp mot de internasjonale forebyggingsstandardene.

Jeg har også i proposisjonen om rusreformen vært klar på at jeg på bakgrunn av arbeidet over, vil komme tilbake til hvordan vi skal videreutvikle et offensivt forebyggingsarbeid som er i tråd med beste foreliggende praksis på området. På den bakgrunn anser jeg at representantenes forslag som allerede ivaretatt.

2. Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres pilotprosjekter for nærmiljøatsing som er basert på Islandsmodellen, for å forebygge rusmiddelbruk blant tenåringer.

Jeg mener det er viktig å se hen til erfaringene fra Islandsmodellen, der man har tatt i bruk virkemidler og tilnærminger som også Norge har benyttet over lang tid, herunder et bredt samarbeid mellom frivillige organisasjoner, idretten, foreldre, politi og skolen. I påvente av overnevnte arbeid er det likevel min mening at det er prematurt å peke ut en bestemt modell som skal prøves ut.

3. Stortinget ber regjeringen sikre at TIUR-modellen og liknende tverrfaglige satsinger blir et tilbud i hele landet for unge med begynnende narkotikaproblemer

Modellene det henvises til, og bakgrunnen for forslaget som sådan, handler å fortsatt kunne anvende tvang overfor ungdom i form av vilkår ved betinget påtaleunntatelse.

Det foreligger lite systematisk evalueringer av tiltak som er påtvunget, som for eksempel vilkår ved betinget påtaleunntatelse. Helsedirektoratet uttalte i sitt høringssvar at metodikken rundt bruken av ruskontakter ikke er kunnskapsbasert. Folkehelseinstituttets (FHI) har også pekt på at det for mange av de tiltak som benyttes overfor unge som utøver vold og annen kriminalitet, misbruker rusmidler og/eller viser andre former for utfordrende atferd, finnes liten eller ingen kjennskap til effektene. Av den grunn risikerer vi å iverksette tiltak med gode intensjoner, men som faktisk kan gjøre problemene verre.

Det finnes internasjonale forskningsoppsummeringer som viser at tvungen behandling kan ha et skadepotensial, samt øker risiko for rettighetsbrudd og integritetskrenkelser. Generelt mener jeg, med støtte i nasjonalt og internasjonalt kunnskapsgrunnlag, at vi skal være tilbakeholdne med å legge til rette for mer bruk av tvang og makt. At man skal være særlig

tilbakeholden med å utsette barn for tvangsinngrep ble også grundig behandlet av Tvangslovutvalget i deres utredning (NOU 2019:14).

Regjeringens rusreform hindrer ikke kommunene i å ha slike programmer og ruskontrakter kan benyttes på frivillig grunnlag. Det kan kanskje være grunn til å tro at mange ungdommer vil inngå slike avtaler frivillig, da formålet om å dokumentere rusfrihet overfor foreldre for å reetablere tillit, ofte oppgis som en sterk motivasjon. Regjeringen ønsker imidlertid å stimulere til etablering av evidensbaserte tiltak, herunder en mer fleksibel og ambulant tilnærming, som bygger på frivillighet og ønsker ikke å legge til rette for å videreføre tiltak som er tuftet på tvang.

4. Stortinget ber regjeringen fremme en plan for økt rusbehandling og ettervern i kommunehelsetjenesten. Planen må blant annet omfatte fastlegetjenesten, psykologtjenesten, økt bruk av ØHD-plasser og rehabiliterings- og institusjonsopphold, samt fengselshelsetjenesten. Det må settes mål om tverrfaglige rusbehandlingsteam i alle kommuner, ambulante tjenester, aktivitets- og boligtilbud, samt lavterskel drop-in-plasser som er tilgjengelige 24 timer i døgnet.

Regjeringens legger til rette for kommunenes mulighet til å etablere gode og forsvarlige tjenestetilbud til sine innbyggere. Og en slik plan som etterlyses er akkurat gjennomført; opptrappingsplan for rusfeltet (Prop. 15 S (2015-2016)), der kommunene blant annet er tilført 1,35 milliarder kroner direkte til kommunalt rusarbeid. Samlet var den økonomiske rammen for planen 2,4 mrd. kroner, et mål som ble overoppfyllt ved bevilgningen til planen i 2020.

Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har økt signifikant. Helsestasjon og skolehelsetjenesten er systematisk forsterket og styrket med til sammen 1,3 mrd. kroner. Vi har også flere tilskuddordninger, der kommunene stimuleres til å etablere evidensbaserte tiltak og metodikk på feltet og vi har faglige veiledere og retningslinjer som gir kommunene gode anvisninger for å utvikle gode helse- og velferdstjenester til målgruppen tråd med «beste praksis».

Regjeringen har en rekke pågående satsinger som til sammen ivaretar forslagets intensjoner. Jeg viser særlig til opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse. Videre har regjeringen og KS inngått en avtale om å etablere 19 helsefellesskap som skal få sykehusene og kommunene til å samarbeide bedre om pasientene. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusbrukslidelser er en av fire prioriterte pasientgrupper i de nye helsefellesskapene. Jeg vil også peke på at regjeringen har videreført den nasjonale overdosestrategien, og lansert en nasjonal strategien for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff, som bidrar til mer sammenhengende tjenester til personer som løslates fra fengsel og redusere tilbakefall til ny kriminalitet. Regjeringen har også lagt frem en ny nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken 2021-2024.

Regjeringen integrerer rus- og psykisk helse også i planer og strategier som har et bredere perspektiv en rusfeltet isolert sett, og disse sees i sammenheng og understøtter og utfyller hverandre. På den måten har regjeringen en helhetlig tilnærming til utviklingen på rus- og

psykisk helsefeltet innenfor rammen for utviklingen av den overordnede helse- og velferdspolitikken.

En konsekvens av representantforslaget kan være at det etableres særlige rettigheter for enkelte pasient- og brukergrupper som går utover dagens universelle bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven mv. Dette kan ha prinsipiell betydning. Et sentralt spørsmål vil være om slike særregler vil fremstå som rettferdig overfor andre grupper som også har behov for tett oppfølging og tilrettelegging. Dette kan være personer med psykiske helseutfordringer og adferdsforstyrrelser, men også grupper med somatiske helseplager mv. Samlet sett kan forslaget ha en uoverskuelig kostnadsside. Se også mine uttalelser i forbindelse med Stortingets behandling av lignende forslag som er vedlagt blant annet i Innst. 235 S (2020-2021) og Innst. 243 S (2020-2021).

5. Stortinget ber regjeringen utrede det økte kapasitetsbehovet i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som følge av at rusavhengige skal få helsehjelp fremfor straff, og foreslå en økning i behandlingskapasiteten i tråd med dette

Regjeringen har systematisk bygget opp kapasitet i rusbehandling, ventetiden til rusbehandling halvert siden regjeringen overtok. Innen psykisk helsevern for barn og unge og rusbehandling har andelen pasienter med ambulant tjeneste økt de siste årene til et nivå på om lag 30-40 prosent. I 2014 år økte regjeringen kapasiteten i TSB ved å kjøpe 200 døgnplasser fra private og ideelle aktører. Det ble bevilget ytterligere 255 millioner kroner til utvidelse av ledig kapasitet hos private med avtale med spesialisthelsetjenesten.

I 2015 ble ordningen «Fritt behandlingsvalg» innført innen psykisk helsevern og rusbehandling. Det har bidratt til redusert ytterligere ventetid og økt valgfrihet for disse pasientgruppene.

Pakkeforløp for psykisk helse- og rusområdet skal gi et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødige ventetid og gi pasienten mer innflytelse på behandlingen. Fra 2020 er det innført et nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KvaRus). Hensikten med registeret er å bidra til systematisk forbedring av kvaliteten på tjenestene.

Fra 2021 skal det etableres områdefunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for innsatte. Ordningen vil innebære tilstedeværelse fra spesialisthelsetjenesten i alle fengsler til faste tider på begge fagområder.

Når det gjelder fremtidig kapasitet leder Helse Sør-Øst leder et prosjekt som skal analysere det fremtidige behovet for psykisk helse- og rus tjenester og videreutvikle fremskrivningsmodellene innen psykisk helsevern og TSB. Dette omfatter både døgnbehandling, poliklinisk- og ambulant behandling. Oppdraget ble gitt i revidert oppdragsdokument 2019 og rapport om arbeidet skal etter planen leveres 1. april 2021. Alle fremskrivningsmodeller revideres løpende med hensyn til eventuelle lovendringer (som rusreformen), og det vil i alle tilfelle være innenfor de regionale helseforetakenes sørge-for ansvar å påse tilstrekkelig kapasitet til enhver tid.

Det er derfor etter min mening ikke nødvendig å utrede kapasitetsbehovet i TSB utover det arbeidet som allerede pågår.

6. Stortinget ber regjeringen sikre at Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) får rusfaglig kompetanse.

Det ligger til det enkelte helseforetak å sørge for tilstrekkelig kunnskap om rusproblematikk hos spesialister i BUP og kompetanse i intervensjoner og behandling. I pakkeforløp psykiske lidelser barn og unge er det presisert at barn og unge i kontakt med BUP må utredes også med tanke på rusproblemer og tilbys forsvarlig behandling. Behandlere må ha god kompetanse på barn og unge med hensyn til rus og avhengighetsproblematikk, slik at dette kan avdekkes og at behandlingen tar høyde for det.

Regjeringen har en målsetning om å utvikle det faglige samarbeidet mellom BUP og TSB, og derved også behandlingstilbudet til unge med skadelig bruk av rusmidler og rusbrukslidelser. I tillegg legger regjeringen til rette for å utvikle oppfølgings- og behandlingstilbudet til barn og unge med rusproblemer, jf. opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse. Gjennom regjeringens nylig fremlagte *Nasjonal alkoholstrategi 2021- 2025* fremgår det videre at regjeringen også ønsker å utrede tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge (TSB-Ung).

Regjeringen er allerede opptatt av å styrke kompetanse samt og utvikle og styrke behandlings- og oppfølgingstjenester i BUP til barn og unge med rusproblematikk. Jeg vil likevel vurdere nærmere på hvilken måte denne kompetansen kan styrkes ytterligere.

7. Stortinget ber regjeringen sikre planmessig forebygging, diagnostisering og behandling av hepatitt C med mål om en utrydding av sykdommen

Helse- og omsorgsdepartementet satte allerede i 2018 som mål at Hepatitt C skal elimineres som folkehelseproblem i Norge og fastsatte i «Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023» følgende to hovedmål:

1. Redusere forekomsten av hepatitt C med 90 prosent innen utgangen av 2023
2. Ingen i Norge skal dø eller bli alvorlig syke forårsaket av hepatitt C-virus

Helsedirektoratet har utarbeidet en implementeringsplan i form av nasjonale faglige råd og skal hjelpe kommunene og helseforetakene til å gjennomføre sørge-for-ansvaret for å forebygge smitte, diagnostisere og behandle alle med kronisk hepatitt C. De forebyggende tiltakene som beskrives vil bidra til å forebygge blodsmitte generelt. Planen er oversendt til alle landets kommuner, fylkesmenn og helseforetak.

8. Stortinget ber regjeringen utrede en ordning med "sosialt frikort" der personer med rusavhengighetssykdom fritas fra å betale egenandeler i helsetjenesten

Egenandelssystemet er både en del av finansiering av helsetjenestene og skal samtidig bidra til en regulering av befolkningens forbruk av helsetjenester. Det er allerede gjort flere unntak for enkelte grupper som fritas fra egenandeler, men med unntak av almenfarlige smittsomme sykdommer, er ikke slike fritak knyttet til særlige diagnoser eller diagnosegrupper.

Avgrensingen av målgruppen for et slikt «sosialt frikort» som her foreslås, vil være krevende. Avgrenses gruppen til de som har en diagnostisert rusbrukslidelse så vil det ekskludere pasienter og brukere av helsetjenester som har en tilstand som *kunne* falt inn under en slik diagnose og har samme behov. Det vil også være svært vanskelig å dra et klart skille mellom når en avhengighetstilstand er til stede og når den ikke er det. Mange med rusproblematikk vil bevege seg på en skala fra risikofull/skadelig bruk til avhengighetssyndrom. Det vil også være problematisk å fastslå når en rusbrukslidelse ikke lenger er til stede, det vil si om unntaket fra egenandelskravet også skal gjelde etter rusbehandling og eventuelt tilbakefall.

Økonomi kan være en barriere for å benytte helsetjenester. Men selv om en person har fått diagnostisert en rusbrukslidelse, er det ikke en automatikk i at vedkommende ikke kan betale egenandel for legebesøk og øvrige helsetjenester. I den utstrekning det kunne finnes en hensiktsmessig avgrensning som kunne løse ut rett til et slik egenandelsfritak for en gruppe pasienter vil det likevel kunne melde seg et spørsmål om også andre grupper som kan ha økonomiske utfordringer knyttet til sin diagnose, for eksempel psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser, også burde ha samme rettigheter. Dersom det skal legges andre kriterier enn diagnostiske til grunn, vil det måtte foretas en skjønnsmessig vurdering i hvert enkelt tilfelle, noe som kan medføre svært ulik praksis, og som også vil være ressurskrevende for helsepersonell.

Å gi generelt fritak for egenandeler i helsetjenesten for personer med rusproblematikk vil også potensielt være svært kostnadskrevende. Omfanget av rusbrukslidelser og rusproblematikk er i seg selv vanskelig å anslå presist med tanke på å beregne hva kostnadene opp til egenandelstaket vil kunne komme opp i. En videre utredning av muligheten for å innføre en slik ordning som foreslås fremstår derfor ikke som hensiktsmessig.

Det er i dag anledning å søke sosialtjenesten om å dekke egenandeler til helsetjenester. Det gjøres da en helhetlig vurdering av søkers økonomi og livssituasjon. Det er min oppfatning at dette fortsatt vil være en bedre løsning enn å forsøke å beregne et fritak for egenandeler for en vanskelig definerbar pasient- og brukergruppe.

9. Stortinget ber regjeringen sørge for en gjennomgang av LAR-ordningen med tanke på å forebygge overdosedødsfall med LAR-medisin.

Helsedirektoratet arbeider for tiden med å revidere retningslinjen for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Den nye retningslinjen forventes sendt på høring om kort tid. Regjeringen har og tatt initiativ til å følge-evaluere implementeringen av den nye retningslinjen. Hensikten er å sikre kompetansebygging i behandlingsapparatet, samt å motvirke uønskede variasjoner. Vi har også videreført den nasjonale overdosestrategien og

inkludert problematikken knyttet til overdoser på legemidler og jeg mener derfor at derfor at det ikke er behov for ytterligere tiltak på dette området.

10. Stortinget ber regjeringen fremme tiltak som sikrer at det etter avrusningstilbud ikke går mer enn 24 timer før pasienten får tilbud om videre poliklinisk eller annen behandling.

I denne sammenheng er de såkalte forløpstidene i pakkeforløpene for rus og psykisk helse sentrale. Pakkeforløpene skal blant annet bidra til mest mulige sømløse overganger mellom ulike trinn i et pasientforløp. Ved behov for og ønsker om videre behandling i TSB etter avrusning, er det allerede et uttalt mål at pasienten skal *direkte videre* i annen behandling. Ved akutt innleggelse til avrusning kan direkte overføring til døgnbehandling ivaretas ved hjelp av et stabiliseringsopphold i TSB eller kommune inntil plass på aktuell institusjon foreligger. Hvis pasienten skal videre til poliklinisk behandling etter avrusning, bør pasienten få time «i hånden» før utskrivelse. Denne timen bør maks være *tre kalenderdager* etter utskrivningsdagen.

Innføring av pakkeforløp innenfor psykisk helse og rusfeltet, samt at alle områder innen rusbehandling nå er dekket av nasjonale faglige retningslinjer, sikrer at personer som har pasientrettigheter og som skal ha videre døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten får dette uten opphold. Pasienter som skal ha videre oppfølging i poliklinikk vil også få dette i løpet av svært kort tid. Det er min oppfatning at dette dekker behovet og at en generell «24-timersgaranti» for poliklinisk oppfølging ikke har en nødvendig faglig begrunnelse.

Med hilsen



Bent Høie