



STORTINGET

Innst. 215 S

(2024–2025)

Innstilling til Stortinget
fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:5 (2024–2025)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og vel- ferdstjenester til personer med samtidige rusmid- dellidelser og psykiske lidelser

Til Stortinget

1. Sammendrag

Personer med alvorlige ROP-lidelser (samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse) utgjør en spesielt sårbar gruppe i samfunnet. Samtidig har det offentlige tjenestetilbudet store utfordringer med å gi et godt nok tilbud til disse innbyggerne. Denne revisjonen ble startet fordi flere rapporter tidligere har dokumentert at

- kommunene ikke har nok egnede boliger, og personer med ROP-lidelser ofte er bostedsløse
- personer med ROP-lidelser ikke får helsetilbudet de har behov for, fra kommunene eller spesialisthelsetjenesten
- mange personer med ROP-lidelser ikke har noen eller svært lite meningsfull aktivitet
- det er store utfordringer med samhandlingen mellom de relevante aktørene.

Målet med undersøkelsen har vært å belyse årsaker til mangler i tjenestetilbudet til voksne personer med ROP-lidelser og deres pårørende. Videre var målet å belyse konsekvensene av disse manglene og å finne eksempler på godt utformede tjenester. Undersøkelsen omfatter perioden 2019 til 2024. Riksrevisjonen har tidligere belyst temaet psykisk helse og rus i en forvaltningsrevisjon om psykiske helsetjenester for barn og

unge som ble oversendt Stortinget i Dokument 3:13 (2020–2021).

Denne rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet ved brev av 4. november 2024. Kommunal- og distriktsdepartementet har i brev av 2. desember 2024, og Arbeids- og inkluderingsdepartementet samt Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 3. desember 2024, gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i Riksrevisjonens dokument. Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementene av 18. desember 2024 og statsrådenes svar av 13., 14. og 17. januar 2025 følger som vedlegg til Dokument 3:5 (2024–2025).

1.1 Konklusjoner

- Helsetjenestene har ikke gjort nok for å tilpasse helsetilbudet til personer med ROP-lidelser.
- Kommunene klarer ofte ikke å skaffe egnede boliger til personer med ROP-lidelser.
- Arbeidsrettet oppfølging og andre aktivitetstiltak er lite tilrettelagt for personer med ROP-lidelser.
- Tjenestene involverer og ivaretar pårørende i liten grad.
- Dårlig samhandling mellom tjenestene og tjenestenivåene fører til svikt i oppfølgingen av personer med ROP-lidelser.

1.2 Overordnet vurdering

1.2.1 STERKT KRITIKKVERDIG

Personer med ROP-lidelser har svært mange og sammensatte behov. De trenger ulike tjenester fra ulike

tjenesteytere, og tjenestene må være både fleksible og tilpasset behovene. I dag fungerer verken helsetjenestene, arbeidsrettet oppfølging og andre aktivitetstiltak eller de boligsosiale tjenestene på en slik måte. Tilbudene er ofte fragmenterte, og det mangler koordinering mellom de ulike tjenestene. Blant tjenestene som er fleksible og tilpasset disse personenes behov, finnes oppsøkende (ambulante) team, døgnbehandling i psykisk helsevern, IPS (Individual Placement and Support) og Housing First. Men disse er ofte ikke tilgjengelige, og der hvor tilbudet finnes, er det begrenset kapasitet. Tjenestene må bedre tilpasses de individuelle behovene til personer med ROP-lidelser, og det må sikres at tilpassede tjenester er tilgjengelige og har nok kapasitet til å møte behovene. En helhetlig tilnærming som inkluderer både helsetjenester, bolig, arbeid og/eller meningsfull aktivitet, er nødvendig for å gi et godt tilbud.

Det er sterkt kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet ikke har gjort nok for å sørge for at personer med samtidig rusmiddellidelser og psykiske lidelser får den hjelpen de trenger, i form av behandling, aktivitet og oppfølging.

Det er også sterkt kritikkverdig at samhandlingen mellom tjenestene ikke fungerer etter hensikten. Manglende behandling kan i dette tilfelle ha særlig store konsekvenser både for den enkelte og for samfunnet.

1.3 Utdyping av konklusjoner

Målet med regjeringens helse- og omsorgspolitikken er ifølge Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode, trygge og likeverdige tjenester i hele landet. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) hadde tre innsatsområder: tidlig innsats (flere skal få hjelp før de utvikler rusmiddelproblemer), behandling (styrke kapasiteten og kvaliteten i behandlingstilbudet) og oppfølgingstjenester (prioritere bolig, arbeid og aktivitet). Det overordnede målet i opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp, skal få god og lett tilgjengelig hjelp.

Mange personer med alvorlige ROP-lidelser er ofte uten arbeid eller meningsfull aktivitet og mangler bolig. De har hyppigere akuttinnleggelser og avrusninger enn andre personer med rusmiddelproblemer, de er oftere innlagt på tvang, og de har høyere risiko for selvmord og overdose. I tillegg har de dårligere fysisk helse, og har kortere levetid enn resten av befolkningen.

Disse personene har ofte behov for mange ulike tjenester samtidig innenfor helse og omsorg, bolig og arbeidsrettet oppfølging og aktiviteter, men klarer ikke å

nyttiggjøre seg tjenestene på grunn av flere barrierer. Det skyldes både at de er i en situasjon som gjør det vanskelig å orientere seg i tjenestetilbudet og kreve de tjenestene de har rett til, og at de kan ha behov for bistand til å delta i tjenestetilbudet over tid.

Barrierene finnes for ulike typer tjenester og på flere nivåer, både for psykisk og somatisk helsehjelp, hos fastlege, i spesialisthelsetjenesten, hos kommunen og i Nav, jf. figur 2 i Dokument 3:5 (2024–2025).

Også måten tjenestene er utformet på, kan utgjøre en hindring. I tillegg framstår tjenestene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene som fragmenterte, og organiseringen er ofte ulik fra sted til sted. Personer med ROP-lidelser er særlig utsatt når tjenestene mangler kontinuitet, eller når en tjeneste ikke samhandler godt nok med andre tjenester. Slik svikt i tjenestene rammer personer med ROP-lidelser mer enn befolkningen for øvrig. Samlet stiller dette store krav til de statlige og kommunale tjenestenes arbeid med å gi nødvendig hjelp og behandling.

1.3.1 HELSETJENESTENE HAR IKKE GJORT NOK FOR Å TILPASSE HELSETILBUDET TIL PERSONER MED ROP-LIDELSER

1.3.1.1 Pasientene klarer ikke å gjøre seg nytte av tilbudet og har heller ikke reell medvirkning på utformingen av det

Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter rett til lik tilgang til helsehjelp, uansett hvor de bor. Pasientrettighetene forutsetter også at helsehjelpen skal gis innen fastsatte frister. Mange personer med ROP-lidelser ønsker ikke tjenester, er bostedsløse eller utilgjengelige for tjenestene av andre grunner eller møter ikke opp til timeavtaler. Undersøkelsen viser at en av årsakene til dette er at tjenestene i for liten grad er tilpasset målgruppen. Mange ønsker ikke eller unnlater å oppsøke tjenester fordi de ikke har råd til å betale egenandel, eller fordi de ikke klarer å gjøre seg nytte av fragmenterte tjenester.

Når personer med ROP-lidelser ikke møter opp til timeavtaler, får de ofte heller ikke i fortsettelsen tjenester de har behov for. For eksempel skriver spesialisthelsetjenesten ut personer med ROP-lidelser som unnlater å møte til timer mange ganger, uten at de får tilbud om annen behandling. Noen får heller ikke innleggelser i TSB eller i psykisk helsevern, fordi de ikke klarer å møte opp til poliklinisk undersøkelse først. Når tilbudet ikke er tilpasset pasientgruppens evne til å gjøre seg nytte av det, fører det i praksis til at mange personer med ROP-lidelser ikke får lik tilgang til helsehjelp.

Pasient- og brukerrettighetsloven forutsetter at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren. ROP-retningslinjen peker blant annet på at brukervedvirkning er viktig fordi brukeren

kan oppnå kontroll over viktige forhold i livet sitt og gjennom dette få en økt myndighet. Retningslinjen sier at personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres.

Omtrent 30 pst. av kommunene, psykisk helsevern og TSB oppgir at personer med ROP-lidelser ofte medvirker mindre enn andre pasienter i utformingen av helsetilbudet. Hver fjerde kommune opplyser at de i liten eller svært liten grad sikrer brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser på systemnivå. Ifølge en brukererfaringsundersøkelse gjennomført av KORUS, har det siden 2017 vært en forbedring i hvor mye innflytelse brukere med rusmiddelproblemer opplever at de har på utformingen av kommunens tjenester, men fortsatt mener 22 pst. av brukerne at de i liten grad har innflytelse på tjenestene de mottar. Heller ikke psykisk helsevern og TSB gjør nok for å innhente og bruke erfaringer fra pasienter med ROP-lidelser i forbedringsarbeidet. Over halvparten av psykisk helsevern og over 40 pst. av TSB svarer at de bare i noen grad bruker erfaringene fra pasienter med ROP-lidelser i forbedringsarbeidet. Og det er 13 pst. av psykisk helsevern og 21 pst. av TSB som svarer at de gjør det i liten grad. Også evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus og rapportering fra Pasient- og brukerombudet viser at brukerne opplever at de ikke har reell brukermedvirkning.

Brukermedvirkning forutsetter at tilbudene er utformet slik at brukerne har reell mulighet til å påvirke dem. Brukerne som er best i stand til å formulere sine ønsker og etterspørre tjenester, vil ha lettere tilgang til tjenestene og vil kunne medvirke mer. For at personer med ROP-lidelser skal kunne få helsehjelp på lik linje med andre innbyggere og kunne medvirke i utformingen av egne helsetilbud, er det etter Riksrevisjonens vurdering viktig at tjenestene utformes på en måte som tar hensyn til de barrierene som hindrer personer med en ROP-lidelse i å gjøre seg nytte av tjenestene. I den forbindelse viser Riksrevisjonen også til at ROP-pasienter ofte ikke krever pasientrettighetene sine, og at de sjeldnere enn andre pasienter klager på tilbudet de får. Ikke minst derfor er det viktig at også tjenestene selv er oppmerksomme nok på å involvere disse brukerne i behandlingen, og at de får den helsehjelpen de trenger.

1.3.1.2 Personer med ROP-lidelser får ikke døgninnleggelser på grunn av lav kapasitet i døgntilbudet

Ifølge Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser er det mange personer med ROP-lidelser som ikke oppnår bedring av poliklinisk behandling. Det kan være lettere å oppnå bedring under et institusjonsopphold.

Undersøkelsen viser at det er for lav kapasitet i døgntilbudet i psykisk helsevern. Dette gjør at det

er vanskelig å få døgninnleggelser for personer med ROP-lidelser, og at innleggelsene ofte varer for kort. Nesten 60 pst. av kommunene oppgir at det er vanskelig å få til planlagte innleggelser for personer med ROP-lidelser i spesialisthelsetjenesten, og en tredjedel av psykisk helsevern oppgir at det er altfor liten kapasitet i psykisk helsevern til planlagte, frivillige innleggelser. Rundt tre fjerdedeler av psykisk helsevern og TSB oppgir at det er altfor lav kapasitet i døgntilbudet for personer med høy voldsrisiko. Flere informanter beskriver hvordan den lave kapasiteten går ut over de sykeste pasientene. For eksempel sier flere at personer med ROP-lidelser ikke får døgninnleggelse før de har blitt veldig dårlige, og da er innleggelsene ofte så korte at de fortsatt er i en svært dårlig fase når de kommer ut.

Døgnplassene i psykisk helsevern per voksne innbygger har blitt redusert med 35 pst. fra 2010 til 2023. Et flertall på Stortinget ba i 2021 regjeringen om å umiddelbart stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern samt gjennomgå den tilgjengelige kapasiteten og behovene i psykisk helsevern med sikte på å øke døgnkapasiteten. I Innst. 11 S (2022–2023), jf. Prop. 1 S (2022–2023), merker helse- og omsorgskomiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Fremskrittspartiet, seg at framskrivinger gjort av de regionale helseforetakene viser at nivået på døgnplasser ikke bør bygges ned, og at det noen steder vil være behov for å bygge opp kapasiteten. Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i undersøkelsesperioden – fra 2019 til 2024 – inneholder krav om vekst i døgnaktiviteten i psykisk helsevern.

På landsbasis ble det til sammen 53 færre plasser i psykisk helsevern for voksne fra 2019 til 2021. Mellom 2021 og 2023 ble det 8 flere plasser, og antallet døgnplasser i 2023 var da 3 296. Denne beskjedne økningen har ikke holdt tritt med befolkningsveksten, slik at døgnkapasiteten likevel har gått ned, også etter 2021. I perioden fra 2019 til 2023 har alle regionene en nedgang i antall døgnplasser per 10 000 innbyggere. Også i perioden fra 2021 til 2023 har de fleste regionene en nedgang i døgnplasser.

Alle regionene hadde en nedgang i antall døgnplasser per voksne innbygger mellom 2019 til 2023, jf. figur 3 i Dokument 3:5 (2024–2025). Også i perioden fra 2021 til 2023 har de fleste regionene nedgang i døgnplasser. De største nedgangene var i Helse Vest og Helse Sør-Øst, mens Helse Midt-Norge hadde en marginal økning i perioden. Riksrevisjonen konstaterer at denne utviklingen er i strid med Stortingets forutsetning om at antallet døgnplasser i psykisk helsevern ikke skulle reduseres ytterligere etter 2021. Etter Riksrevisjonens vurdering er det bekymringsverdig at mangelen på kapasitet går ut over de sykeste pasientene som ofte har behov for døgntilbudet, både de med og de uten høy voldsrisiko.

1.3.1.3 FACT/ACT er et tilpasset tilbud, men har lav kapasitet

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser anbefaler bruk av oppsøkende (ambulante) metoder for pasienter som helseforetakene og kommunene ellers ikke når på en tilfredsstillende måte. Undersøkelsen viser at FACT (Flexible Assertive Community Treatment) og ACT (Assertive Community Treatment) gir gode resultater og bedre samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen viser imidlertid at tilbudet er lite utbredt. 42 pst. av kommunene svarer at de ikke har tilgang til FACT/ACT. Selv blant kommunene med mer enn 20 000 innbyggere er det 28 pst. som mangler tilbudet. Tilbudet har også for lav kapasitet mange steder. Fire av ti psykisk helsevern og fem av sju TSB som har slike team, mener at kapasiteten er for lav.

FACT/ACT skal i utgangspunktet være tilpasset personer som er vanskelige å nå og behandle. Noen barrierer gjør likevel at flere faller utenfor også dette tilbudet. Over en tredjedel av kommunene som deltar i FACT/ACT, svarer at diagnosekriterier er en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får tjenester de trenger fra teamet. For eksempel er noen team kun rettet mot personer med psykoselidelser. Noen av teamene tar egenandel, og dette fører til at flere med behov for oppfølging av FACT/ACT takker nei til tilbudet og for eksempel ikke får medisinen de trenger.

Det er positivt at Helse- og omsorgsdepartementet satser på FACT/ACT. Etter Riksrevisjonens vurdering ser det imidlertid ut til at FACT/ACT, som er en av de få modellene som er tilpasset pasientgruppen, har for liten kapasitet. Dette gjør at flere personer med ROP-lidelser som kunne ha nytte av tjenestene deres, faller utenfor tilbudet.

1.3.1.4 Spesialisthelsetjenesten har ikke gjort nok for å få til behandling som både er spesialisert og gis samtidig for rusmiddellidelser og psykiske lidelser

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser anbefaler at behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan.

Undersøkelsen viser at personer med ROP-lidelser sjelden får tjenester som både er spesialiserte og gis samtidig for rusmiddellidelser og psykiske lidelser. For eksempel trekker Samtykkeutvalget fram at pasienter med ROP-lidelser har typisk gjentatte, men korte, innleggelser i psykisk helsevern, ofte med henvisning til tvungent vern. Mange har lite eller ingen oppfølging fra spesialisthelsetjenesten etter at de er skrevet ut. Riksrevisjonens undersøkelse viser at spesialisthelsetjenesten ofte krever at personen skal være rusfri for å bli utredet for psykiske lidelser. Fem psykisk helsevern (33 pst.) og

fire TSB (29 pst.) opplyser at det i stor grad stilles krav om rusfrihet for å bli utredet for psykiske lidelser. Fler-tallet av psykisk helsevern og TSB svarer også at det i noen grad stilles krav om at personer med ROP-lidelser skal være rusfrie for å få behandling for psykiske lidelser. Over halvparten av psykisk helsevern og TSB svarer at personer med ROP-lidelser bare i noen grad får døgntbehandling når personen ikke er i stand til å oppnå rusfrihet gjennom poliklinisk/ambulant behandling. Både spørreundersøkelsen og intervjuene viser at noen ikke får behandling fordi spesialisthelsetjenesten vurderer at de ikke har nytte av behandlingen. Da må kommunen ivareta pasienten.

Undersøkelsen viser videre at mangelen på samtidig og spesialisert behandling har flere årsaker. Blant annet er det for lite døgncapasitet og mangel på tilbud om samtidig behandling av ROP-lidelser i psykisk helsevern. Nesten ingen psykisk helsevern har spesialiserte døgnenheter for ROP-lidelser, og de fleste mangler kapasitet i døgntilbud for samtidig behandling av psykose og rusmiddellidelser. At tilbudet for samtidig behandling av lidelser er lite utviklet, kan være en årsak til at spesialisthelsetjenesten vurderer at pasienter med ROP-lidelser ikke har nytte av behandlingen.

En annen årsak er kompetansemangel i psykisk helsevern. Omtrent halvparten av dem som i løpet av livet har hatt en psykisk lidelse, har også hatt rusmiddellidelser. Psykisk helsevern er også vanligvis ansvarlig for å behandle personer med ROP-lidelser ved både mindre alvorlig og alvorlig rusmiddellidelse. ROP-retningslinjen stiller derfor krav om at psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter som har en kombinasjon av en alvorlig psykisk lidelse og en hvilken som helst rusmiddellidelse. Likevel viser undersøkelsen at psykisk helsevern mangler kompetanse på rusmiddellidelser, og at psykisk helsevern og TSB ikke klarer å samarbeide slik at pasientene får behandling for rusmiddellidelsene.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det beklagelig at spesialisthelsetjenesten ikke klarer å gi personer med ROP-lidelser integrert og samtidig utredning, behandling og oppfølging i tråd med anbefalingene i den nasjonale retningslinjen. Videre fører mangelen på spesialisert og samtidig behandling til at personer blir gående med udiagnostiserte psykiske lidelser som de ikke får riktig behandling og oppfølging for, og som igjen gjør at de blir sykere. Etter Riksrevisjonens vurdering er det ikke betryggende at pasienter blir overlatt til bistand fra en kommunal tjeneste når tilstanden tilsier at de trenger en type oppfølging og behandling som bare gis i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også personer med høy voldsrisiko, siden kommunen mangler både kapasitet til å følge opp personene og hjemmel til å utøve tvang.

1.3.2 KOMMUNENE KLARER OFTE IKKE Å SKAFFE EGNEDE BOLIGER TIL PERSONER MED ROP-LIDELSER

1.3.2.1 Bostedsløshet blant personer med ROP-lidelser er et stort og økende problem

I Innst. 240 S (2015–2016) peker helse- og omsorgs-komiteen på at de er kjent med at personer med rus-middelproblemer og/eller psykiske lidelser er overrepresentert blant bostedsløse, og at disse konkurrerer om kommunale boliger med andre som trenger bolig. Komiteen mener dette er sterkt bekymringsfullt i og med at det å ha et trygt sted å bo kanskje er det aller viktigste i rehabiliteringsprosessen. I 2020 ble det registrert 3 325 bostedsløse i Norge, og omtrent en fjerdedel av disse var personer med ROP-lidelser. I perioden 2021–2023 har antallet bostedsløse gått kraftig opp, til om lag 4 200.

Undersøkelsen viser at over en tredjedel av kommunene har bostedsløse innbyggere med ROP-lidelser, og at det gjelder 80 pst. av de store kommunene, det vil si kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Bostedsløse med ROP-lidelser er mer utsatt enn andre bostedsløse: En større andel har blitt kastet ut fra boligen sin, de er mer utsatt for vold og diskriminering, de sliter mer med somatisk sykdom/skade, flere venter på behandling og flere sliter med gjeld.

Arbeids- og velferdsforvaltningen i kommunen er etter sosialtjenesteloven forpliktet til å finne midlertidig botilbud til dem som ikke klarer det selv. Riksrevisjonen konstaterer at det i mange tilfeller ikke skjer. Omtrent 20 pst. av kommunene har ikke klart å skaffe midlertidige botilbud til alle personer med ROP-lidelser som har bedt om det det siste året. Blant de store kommunene er andelen 36 pst. En tredjedel av kommunene opplyser at en årsak til at kommunene ikke klarer å oppdrive midlertidige botilbud, er at personen er utestengt fra alle tilgjengelige botilbud, for eksempel på grunn av utagerende adferd.

Når kommunen ikke klarer å oppdrive midlertidig botilbud, må brukerne klare seg selv. For noen er løsnin-gen å bo hos familie eller andre nære, mens andre må bo på gata.

Ifølge rundskriv til sosialtjenesteloven skal midlertidig botilbud begrenses i omfang og lengde, og opphold som varer mer enn tre måneder, bør kun unntaksvis forekomme. Antallet husstander som bodde i midlertidige botilbud i mer enn tre måneder, doblet seg fra 2019 til 2023. Undersøkelsen viser at dette gjelder personer med ROP-lidelser: 46 pst. av kommunene opplyser at én eller flere personer har bodd i midlertidig botilbud i mer enn tre måneder i løpet av det siste året. Konsekvensene ved å ikke ha et sted å bo eller å bo i midlertidige botilbud over lang tid kan være utrygghet, dårligere helse og svekket livskvalitet.

Målene i de nasjonale strategiene Bolig for velferd (2014–2020) og Alle trenger et trygt hjem (2021–2024) om at alle skal bo trygt og godt, og at alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet, ble ikke nådd. Riksrevisjonen viser til at antallet bostedsløse blant personer med ROP-lidelser tvert imot øker, og konstaterer at mange kommuner bryter sosialtjenesteloven ved at de ikke klarer å skaffe midlertidig botilbud til alle som ber om det.

1.3.2.2 Kommunene mangler egnede boliger

Hva som er egnet bolig for den enkelte, avhenger blant annet kvaliteter ved selve boligen, boligens beliggenhet og om det er tilbud om rett type oppfølging og tjenestetilbud. Videre er egnethet avhengig av personens funksjonsnivå og utfordringer. Husbanken erfarer at hardbruksboliger med institusjonsliknende uttrykk, blant annet med betongoverflater og toaletter av stål, kan påvirke personer med ROP-lidelser negativt. De anbefaler derfor boliger med interiør som ser mer vanlig ut. Videre anbefaler Husbanken kommunene å ta i bruk Housing First-modellen. Den kombinerer bolig, tjenester og brukermedvirkning på en god måte.

Undersøkelsen viser at to tredjedeler av kommunene oppgir å ha innbyggere med ROP-lidelser som bor i et varig uegnet botilbud. Husbankens kommuneundersøkelse fra 2022 og 2023 viser at kommunene har dårligere tilgang på egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser enn til andre grupper av vanskeligstilte på boligmarkedet.

64 pst. av kommunene mener de har svært dårlig eller dårlig tilgang på egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, jf. figur 4 i Dokument 3:5 (2024–2025). Dette er en økning fra 2022.

Det er særlig stor mangel på boliger for personer med høy voldsrisiko. Mer enn halvparten av kommunene svarer at de mangler varige botilbud med en fysisk utforming som er egnet for å ivareta sikkerheten til ansatte og naboer.

Undersøkelsen viser videre at en del kommuner plasserer personer med ROP-lidelser i belastede områder. Blant de store kommunene (over 20 000 innbyggere) er det 20 pst. som svarer at de i stor eller svært stor grad bosetter personer med ROP-lidelser som er rusfrie, for eksempel etter fengselsopphold eller rusbehandling, i aktive rusmiljøer. Etter Riksrevisjonens vurdering er denne praksisen ikke betryggende, blant annet fordi den kan være ødeleggende for behandlingen og kan øke faren for tilbakefall.

40 pst. av kommunene opplyser at en persons bohistorikk kan gjøre at hen ikke får kommunal bolig utenfor rusmiljø. Dermed er det lett å havne i en negativ spiral.

At personer med ROP-lidelser tilbys tilpassede og fleksible boligsosiale tjenester, er ofte avgjørende for at

de skal kunne mestre et liv i egen bolig. Undersøkelsen viser likevel at mange personer med ROP-lidelser ikke får god nok oppfølging i sine boliger. Videre viser undersøkelsen at bostedsløse og personer med voldsrisko er mer utsatt for å ikke motta tjenester som sikrer en stabil bosituasjon. Riksrevisjonen konstaterer at mange med alvorlige ROP-lidelser som har behov for tett oppfølging i boligene sine, ikke får det og dermed ikke klarer å mestre sin bosituasjon.

1.3.2.3 Mange kommuner prioriterer personer med ROP-lidelser lavere enn andre vanskeligstilte ved tildeling av kommunale boliger

Det er et mål i boligpolitikken at alle skal bo trygt og godt. Kommunal- og distriktsdepartementet skal bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet kan skaffe seg en egnet bolig og beholde den. I Innst. 240 S (2015–2016) er en samlet helse- og omsorgskomite opptatt av at de økonomiske ordningene via Husbanken må være optimale for å kunne bidra til et boligsosialt løft.

Undersøkelsen viser at personer med ROP-lidelser ofte blir lavere prioritert enn andre vanskeligstilte når presset på kommunale botilbud vokser. Nesten en tredjedel av kommunene opplyser at andre brukergrupper i stor eller svært stor grad blir prioritert over personer med ROP-lidelser ved tildeling av kommunal bolig.

Tilskuddet til utleieboliger ble avvirket i 2023. Dette var det mest målrettede virkemiddelet for å skaffe flere boliger til personer med ROP-lidelser, og det bidro til utbygging av flest boliger for denne gruppen i perioden 2019–2023. Kommunal- og distriktsdepartementet har mottatt tilbakemeldinger fra KS, Husbanken og kommuner om at avvirkningen av dette tilskuddet påvirker boligsituasjonen for personer med ROP-lidelser negativt. Den 14. juni 2024 vedtok Stortinget å be regjeringen gjeninnføre Husbankens tilskuddsordning for utleieboliger. Ordningen har ikke blitt gjeninnført, men departementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

1.3.3 ARBEIDSRETTET OPPFØLGING OG ANDRE AKTIVITETSTILTAK ER LITE TILRETTELAGT FOR PERSONER MED ROP-LIDELSER

1.3.3.1 Aktivitetstiltak treffer ofte ikke personer med ROP-lidelser

Til tross for at det finnes mange ulike tiltak i regi av kommunene, Nav og frivillige organisasjoner, viser undersøkelsen at personer med ROP-lidelser i liten grad deltar i disse. Aktiv rus og utagerende atferd gjør at mange ekskluderes fra slike tiltak.

Ett av de fem målene i Opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020) var at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Ifølge evalueringen ble dette målet oppnådd i svært liten grad. Det var svært få brukere som

kunne vurderes å ha et tilfredsstillende sosialt nettverk, være i tilfredsstillende aktivitet eller i arbeid.

Brukerplankartlegginger viser at de fleste personer med alvorlig ROP-lidelse har svært lite eller ingen form for meningsfull aktivitet. Av de åtte levekårsområdene som kartlegges, er det flest brukere som har dårligst score på området meningsfull aktivitet. Nesten 90 pst. av kommunene svarer i Riksrevisjonens spørreundersøkelse at de har innbyggere med ROP-lidelser som ikke har tilstrekkelig meningsfull aktivitet. I undersøkelser av hvordan personer med rusmiddelproblemer opplever kommunale tjenester de mottar, svarer 40 pst. av brukerne at de i liten grad får praktisk hjelp fra tjenestene til å begynne med meningsfulle aktiviteter. Flere tilbakemeldinger peker på ensomhet og lite kontakt med andre.

Mange personer med alvorlige ROP-lidelser har en meget svekket inntektsevne og klarer ikke å komme tilbake til arbeid. Det er få personer i denne målgruppen som har lønnet arbeid. Andelen deltakere i arbeidsrettet oppfølging er også lav sammenlignet med personer med kun rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser.

Mange med ROP-lidelser mangler et sosialt nettverk, har dårlig økonomi og føler seg isolert. Etter Riksrevisjonens vurdering er det uheldig at de fleste av disse ikke har noen form for meningsfull aktivitet eller arbeid. Dette kan igjen bidra til å forsterke rusmiddel lidelsene og de psykiske problemene.

1.3.3.2 Navs ordninger er ikke godt nok tilpasset for personer med ROP-lidelser

Personer med ROP-lidelser har ofte komplekse og sammensatte behov som krever kontinuerlig oppfølging av veiledere i Nav og mye hjelp som ikke kan planlegges i detalj på forhånd. At Nav blir mer digitalt tilgjengelig, gjør ofte ikke tjenestene mer tilgjengelige for disse personene, fordi flere mangler nødvendig digital kompetanse og digitale verktøy. Mange steder er det reduserte åpningstider for oppmøte uten avtale, lite tid til oppfølging og utfordringer med å nå veiledere på telefon. Dette gjør det vanskelig for mange personer med ROP-lidelser å nyttiggjøre seg Nav-tjenestene.

Undersøkelsen viser videre at personer med ROP-lidelser oftere mottar midlertidige ytelser og sjeldnere varig trygd. De får sjelden innvilget arbeidsavklaringsstiltak, og de som får det, har risiko for å miste tiltaket raskt fordi de ikke klarer å innfri vilkårene, for eksempel ved at de ikke møter opp til behandling eller gjennomføring av andre tiltak. Disse personene kan ha utfordringer med å få dokumentert nedsatt inntektsevne og funksjonssvikt, som er et vilkår for å få uføretrygd. Det fører til at mange blir mottakere av økonomisk sosialhjelp, som er en midlertidig stønad for å dekke nødvendige utgifter i en kort periode. Sosialhjelpen gir som regel mindre økonomisk uttelling enn uføretrygd, og det må sø-

kes om sosialhjelp hver tredje måned. Konsekvensen kan være at disse ROP-brukerne får dårligere økonomi enn de eventuelt skulle hatt. Tilpassede helsetjenester legger gode rammer for å avklare spørsmål om arbeid, som igjen kan føre til en mer stabil økonomi. Evalueringen av FACT- og av ACT-team i Norge viser at flere av brukerne deres får stabil inntekt i form av uføretrygd etter at de fikk oppfølging fra teamene, og færre har økonomisk sosialhjelp eller arbeidsavklaringspenger som hovedinntekt.

Personer med ROP-lidelser har ofte utfordringer på flere områder og dermed et stort behov for tjenesten råd og veiledning etter sosialtjenesteloven § 17. Undersøkelsen viser eksempler på at denne tjenesten ikke tilbys ofte nok til personer med ROP-lidelser. En god oppfølging av disse personene krever både kompetanse og tid fra Nav-veiledere for å opparbeide tillitsfulle relasjoner og tilpassede løsninger. Når Nav-veiledere er presset på tid, prioriterer de ofte akutte oppgaver, som for eksempel utbetalinger av stønad. Det fører til at personer med ROP-lidelser kan få større sosiale problemer, som dårlig økonomi og å opparbeide seg gjeld, som igjen kan føre til forverring av livskvaliteten og helsetilstanden.

Riksrevisjonen viser til at personer med ROP-lidelser ofte har et omfattende behov for Navs ordninger, men konstaterer at denne målgruppen ofte ikke klarer å gjøre seg nytte av ordningene fordi de ikke er tilpasset godt nok. Disse personene har behov for bedre tilgang til Nav-veilederne for å kunne få hjelp med både aktuelle problemer og mer omfattende behov.

1.3.3.3 IPS (Individual Placement and Support – individuell jobbstøtte) er et målrettet tiltak, men er ikke tilgjengelig for mange

Undersøkelsen viser at IPS er nesten den eneste arbeidsrettede oppfølgingen som tilbys personer med ROP-lidelser. Undersøkelsen viser videre at IPS (individuell jobbstøtte) ikke er tilgjengelig i litt under halvparten av kommunene. Der det er i bruk, er kapasiteten ofte for lav.

Store kommuner (over 20 000 innbyggere) har gjennomgående bedre tilgang til IPS-tjenester enn mellomstore (5 000–19 999 innbyggere) og små kommuner (0–4 999 innbyggere), jf. figur 6 i Dokument 3:5 (2024–2025).

Det har vært en økning i antall årsverk til IPS-jobbspesialister i alle Nav-regionene fra 2020 til 2023, men antallet årsverk til IPS-jobbspesialister varierer betydelig. Nordland og Innlandet har med mer enn sju årsverk per 100 000 innbyggere det høyeste antallet årsverk i 2023, mens Øst-Viken og Vest-Viken ligger på rundt en tredjedel av dette.

Innlandet og Nordland har også det største antallet deltakere i IPS oppfølging per 100 000 innbyggere med

henholdsvis 74 og 72 deltakere. Alle Nav-regionene unntatt én har hatt en økning i antall deltakere i perioden 2020 til 2023.

Imidlertid er det mange forutsetninger som må være oppfylt for å få oppfølging av IPS. Personen må bo i en kommune, der IPS er tilgjengelig og være under behandling i psykisk helsevern eller TSB i spesialisthelsetjenesten, eller få oppfølging av en tjeneste i kommunen, hvor IPS rutinemessig tilbys pasientgruppen. I tillegg er IPS-oppfølging tidsbegrenset og må som regel avsluttes samtidig med helsebehandlingen, selv om IPS-metodikken legger opp til tidsbegrenset oppfølging.

1.3.4 TJENESTENE INVOLVERER OG IVARETAR PÅRØRENDE I LITEN GRAD

1.3.4.1 Helse- og omsorgstjenestene involverer pårørende i liten grad

Å være pårørende til en person med ROP-lidelser er krevende. Tilstrekkelig og godt tilrettelagt informasjon kan redusere usikkerheten hos pårørende og gi dem bedre forståelse av hva de kan forvente, og hvordan de kan håndtere ulike situasjoner. Det bidrar også til at pårørende kan gi bedre emosjonell og praktisk støtte til personen med ROP-lidelser.

Undersøkelsen viser at det ofte er vanskelig for pårørende å få nødvendig informasjon fra tjenestene, selv om pasienten gir samtykke til det. Pårørende forteller at de ofte må presse seg på for å bli involvert, og at de ofte føler seg utestengt fra tjenestene. Forholdet til pårørende hos en person med ROP-lidelser kan endre seg over tid. Derfor anbefaler Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser at muligheten for å involvere pårørende bør revurderes kontinuerlig. I tilfeller der pasienten ikke gir samtykke til å dele informasjon med pårørende, kan helsepersonell gi generell informasjon. Bruker- og pårørendeorganisasjoner peker på at helsepersonell ofte mangler kunnskap om hvilken informasjon de kan dele med pårørende, og at dårlig opplæring om taushetsplikt er en årsak til dette.

I den nasjonale pårørendeveilederen fra Helsedirektoratet løftes det fram at de pårørende er den viktigste støtten pasienten har, at de er en viktig ressurs i behandlingstilbudet, og at de kan spille en viktig rolle i å ivareta pasientens interesser. Pårørende er også en viktig kilde til informasjon om voldsriskoen til personer med ROP-lidelser, og det er viktig at helsepersonell spør de pårørende om dette.

Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i hvordan pårørende involveres i tjenestene. Noen ser på pårørende som en viktig ressurs og involverer dem tidlig, mens andre nedprioriterer dette på grunn av ressursmangel, arbeidspres eller fravær av systemer og rutiner for varsling av pårørende. De aller fleste i tjenestene sa

seg imidlertid enig i at involvering av pårørende er viktig både når det gjelder utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med ROP-lidelser.

Riksrevisjonen mener at det er positivt at Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, har utviklet flere normerende produkter for å forbedre pårørendeinvolveringen, blant annet pårørendeveilederen, pårørendeavtalene, faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenester innenfor rus og psykisk helse. Det er også positivt at direktoratet siden 2017 har gjennomført brukererfaringsundersøkelser og systematisk har innhentet pårørendes erfaringer. Undersøkelsen viser likevel at det varierer hvordan tjenestene involverer pårørende i praksis. Etter Riksrevisjonens vurdering mangler både kommuner og helseforetak fortsatt systemer og rutiner som legger til rette for god og systematisk involvering av pårørende.

1.3.4.2 Pårørende med omfattende omsorgsoppgaver får lite støtte og avlastning

Pårørende til personer med alvorlige ROP-lidelser må ofte ta på seg omsorgsoppgaver som helse- og omsorgstjenesten ikke dekker, noe som kan være både fysisk og psykisk krevende. Pårørende lever ofte med konstant usikkerhet om hvordan det går med personen de bryr seg om, og må håndtere krisesituasjoner som kan oppstå. Dette kan være svært belastende og gjøre at de føler en maktesløshet og stress. Samfunnet har ofte mindre forståelse for psykisk sykdom og rusmiddelproblemer, noe som kan gjøre det vanskelig for pårørende å få støtte og forståelse fra omgivelsene. Noen pårørende blir utsatt for vold, noe som forsterker belastningen og traumene de opplever.

Undersøkelsen viser at støttetilbud til pårørende varierer mellom kommunene og helseforetak. Kun 28 pst. av kommunene, 40 pst. av psykisk helsevern og 50 pst. av TSB oppgir at de tilbyr støttetiltak i stor grad. Videre viser undersøkelsen at helsetjenestene sjelden kartlegger pårørendes behov godt nok, og at pårørende til personer med ROP-lidelser ofte faller utenfor de vanlige støttetilbudene.

Mange pårørende sliter med dårlig helse på grunn av belastningen og har derfor behov for avlastningstiltak. Bare 8 pst. av kommunene oppgir at de tilbyr avlastningstiltak til pårørende i stor grad. 60 pst. av kommunene oppgir at disse tiltakene tilbys i liten eller svært liten grad. Riksrevisjonen mener at pårørende får for lite støtte og avlastning. Det kan føre til flere negative konsekvenser for pårørende, blant annet helseproblemer, redusert livskvalitet, økonomiske utfordringer og sosial isolasjon. Å sikre at pårørende får nødvendig støtte er derfor viktig både for deres egen helse og velvære og for hvor mye og hvor god omsorg de er i stand til å gi.

1.3.5 DÅRLIG SAMHANDLING MELLOM TJENESTENE OG TJENESTENIVÅENE FØRER TIL SVIKT I OPPFØLGINGEN AV PERSONER MED ROP-LIDELSER

Staten må opptre samordnet i møte med brukerne og andre innbyggere, selv om ansvaret eller oppgavene er plassert i ulike organisatoriske enheter eller tilhører ulike saksområder. I St.meld. nr. 19 (2008–2009) Ei forvaltning for demokrati og fellesskap går det fram at samordning er særlig viktig når ulike statlige virkemidler blir rettet mot de samme målgruppene. I Innst. S. nr. 321 (2008–2009) understreker kommunal- og forvaltningskomiteen at det er viktig at offentlig sektor er effektiv og enkel å forholde seg til. Dette krever ifølge komiteen god og tett dialog mellom statsetatene og andre offentlig etater på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer slik at alle trekker i samme retning.

Dette er etter Riksrevisjonens vurdering særlig viktig for personer med ROP-lidelser som har behov for langvarige og koordinerte helse- og velferdstjenester på flere plan, og som samtidig ofte trenger hjelp til å ivareta sine rettigheter.

1.3.5.1 Uklare ansvarsforhold kan føre til at personer med ROP-lidelser blir kasterballer i systemet

Godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, Nav og kommunene er viktig for å sikre at personer med ROP-lidelser får nødvendig behandling og oppfølging. Undersøkelsen viser at ansvaret for tjenester til personer med ROP-lidelser ofte ikke er avklart mellom tjenestene. For eksempel svarer rundt halvparten av kommunene og omkring 60 pst. av psykisk helsevern og TSB at det bare i noen grad er klart hva som er spesialisthelsetjenestens og kommunens ansvar når det gjelder behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Det er også mellom 13 og 15 pst. av kommunene, psykisk helsevern og TSB som i liten grad syns det er klart. Uklare ansvarsforhold fører til ansvarsfraskrivelse og ansvarsforskyvning og er en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får tjenestene de har behov for. De mange tilgrensende områdene mellom tjenestene medfører at enkelte personer befinner seg i gråsonen mellom tjenestenes ansvarsområder. Dette gjelder særlig personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko.

Undersøkelsen viser videre at mange kommuner ikke får god nok veiledning og informasjon fra spesialisthelsetjenesten om personer med voldsrisiko. Voldsrisikovurderinger er viktige for å kunne vurdere bemanning, hva som er et egnet botilbud, og ansattes tilnærminger til brukere i kommunen.

Når brukeren har behov for mange ulike tjenester på flere nivåer, er det etter Riksrevisjonens vurdering

viktig at tjenestene opptrer samordnet, og at ansvaret for behandling og oppfølging er definert og omforent mellom tjenestene. Riksrevisjonen mener at det er uforvarlig når tjenestene ikke klarer å samhandle på en måte som gjør at sårbare personer får et helhetlig og koordinert tilbud og hjelp til å ivareta sine rettigheter.

1.3.5.2 Mangelfull samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fører til ineffektiv behandling og flere innleggelser

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud. En vesentlig forutsetning for å sikre at utskrivningsklare pasienter får et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud i kommunene, er at de kommunale tjenestene samarbeider godt, og at spesialisthelsetjenesten og kommunen har god samhandling. Spesialisthelsetjenesteloven pålegger helseforetakene å legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten, mens helse- og omsorgstjenesteloven krever at kommunene må legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen.

Undersøkelsen viser at spesialisthelsetjenesten skriver ut noen pasienter med ROP-lidelser for tidlig, mens de fortsatt har behov for en spesialisthelsetjeneste. De fleste kommuner har vært uenige med spesialisthelsetjenesten om når pasienter med ROP-lidelser er utskrivningsklare. Uenigheten dreier seg ofte om pasientenes funksjonsnivå og om de kan anses som ferdig behandlet. Spesielt gjelder det personer med høy voldsrisiko. Ifølge kommunene har ikke spesialisthelsetjenesten tilstrekkelig opplegg for å ivareta samfunnsvernet i kommunene, og ifølge kommunene beskriver sykehuset ofte at pasientene har behov for tjenester som ikke finnes i kommunen. For eksempel tar spesialisthelsetjenesten utgangspunkt i at det er avgjørende at pasienten har begrenset tilgang til rusmidler eller restriksjoner i bevegelsesfrihet for at hen skal oppleve bedring, og for å forebygge en forverring. Men i § 9 i forskrift om kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter står det at tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar. Det betyr at når sykehuset vurderer at det er nødvendig å videreføre tvangstiltak i kommunen, er pasienten i realiteten ikke utskrivningsklar.

Videre viser undersøkelsen at noen pasienter forblir innlagt i spesialisthelsetjenesten over lang tid på grunn av mangel på egnede bo- og tjenestetilbud i kommunen. Psykisk helsevern i de fleste helseforetak svarer at utskrivningsklare pasienter i stor grad må forbli innlagt fordi kommunen mangler egnet botilbud til pasienten. Halvparten av TSB svarer at dette skjer i noen grad.

Dette gjelder pasienter som trenger bolig med tett oppfølging. I slike tilfeller opptar den utskrivningsklare personen en plass på sykehuset, som gjør at andre syke innbyggere ikke får plass.

Spesialisthelsetjenesten kan bruke betydelige midler på stabilisering og behandling mens personen er innlagt på sykehuset. Etter behandlingen kan personen havne i en uegnet kommunal bolig i et aktivt rusmiljø uten tilstrekkelig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester. I neste omgang legges personen inn i spesialisthelsetjenesten på nytt med forverret tilstand etter oppholdet i kommunen.

1.3.5.3 Integrasjonen mellom IPS (individuell jobbstøtte) og helsebehandling er svekket

IPS-modellen bygger på prinsippet om at jobbstøtte er integrert med helsebehandling. I april 2022 foretok Helsedirektoratet rettslige klargjøringer av personopplysningsloven, som resulterte i at IPS-jobbspesialister ikke lenger ble ansett som helsepersonell, og at de derfor skulle anses og finansieres av Nav. Dette førte til at IPS-jobbspesialistene ikke har tilgang til journalsystemene, noe som gjør det vanskeligere å dele informasjon mellom behandlere og IPS-spesialister og å koordinere felles innsats for pasientene.

Undersøkelsen viser at samarbeidet mellom Nav og helsesektoren og integrasjonen mellom arbeidsrettet oppfølging og helsebehandling er svekket. Det har blitt vanskeligere for IPS-jobbspesialister å holde seg oppdatert om brukernes behandlingsstatus og å informere behandlere om IPS-arbeid. Både behandlere og jobbspesialister opplever at manglende løpende kontakt og dialog kan føre til kritiske situasjoner for brukerne. For å bedre kommunikasjonen prøver IPS-tjenestene ulike løsninger, som anonymiserte behandlingsmøter og felles møter med samtykke fra brukerne. Men de juridiske begrensningene gjør det vanskelig å samarbeide på tvers av sektorene.

Etter Riksrevisjonens vurdering har Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ikke gjort nok for å legge til rette for samhandling og informasjonsdeling mellom Nav og helsetjenesten for å sikre at IPS er godt integrert i helsetjenestene og fungerer etter hensikten.

1.3.5.4 Virkemidler for bedre samarbeid fungerer ikke etter hensikten

Individuelle planer og koordinatorene skal sikre at tjenestetilbudet er samordnet både mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og innad i kommunen. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har etter helse- og omsorgstjenesteloven rett til å få utarbeidet en individuell plan, og kommunen har plikt til å tilby en koordinator. I evalueringen av pakke-

forløp for psykisk helse og rus ble individuell plan trukket fram som et viktig verktøy for å fremme brukermidvirkning og for å forenkle overgangen mellom tjenestene. Undersøkelsen viser at både individuell plan og koordinator er lite brukt. Som årsaker til at slike planer er lite brukt, nevner kommuner, psykisk helsevern og TSB blant annet at personen ikke ønsker det, at planen har liten praktisk nytte for tjenesteytere, og at det mangler en digital løsning for planen. Undersøkelsen viser også at TSB og psykisk helsevern opplever at det er uklart hvem som har ansvaret for individuell plan.

Det er 15 pst. av kommunene som svarer at de bruker koordinator i liten eller svært liten grad, mens 31 pst. svarer at de gjør det i noen grad. Halvparten av de kommunene som bruker koordinator i liten grad eller i noen grad, mener at det ikke er nødvendig med en koordinator når det er opprettet en ansvarsgruppe for personen. Omkring en tredjedel av personer med alvorlige ROP-lidelser har verken individuell plan, kriseplan, nettverksgrupper, ansvarsgrupper eller andre planer, for eksempel tiltaksplan.

Helsefellesskapene er i dag antatt å være et av de viktigste virkemidlene på systemnivå for å bedre samhandlingen og samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene. De skal blant annet bidra til at det utvikles felles planer og prosedyrer for innleggelse, utskriving og håndtering av medisinske problemstillinger. Selv om personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er én av fire prioriterte grupper i helsefellesskapene, viser undersøkelsen at få kommuner, psykisk helsevern og TSB mener at personer med ROP-lidelser prioriteres i praksis. Videre viser undersøkelsen at helsefellesskapene ennå ikke har hatt særlig effekt på tjenester til personer med ROP-lidelser. Halvparten av kommunene og tre fjerdedeler av psykisk helsevern og TSB mener at helsefellesskapene i liten grad har forbedret tjenestene til pasienter med ROP-lidelser, eller at det er for tidlig å vurdere om de har bidratt til forbedringer.

Riksrevisjonen mener at det ikke er tilfredsstillende at virkemidlene som skulle legges til rette for bedre samarbeid og samhandling mellom tjenestene både på individ- og systemnivå, brukes lite eller ikke fungerer etter hensikten. Et godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om behandlings- og oppfølgingstilbud for personer med ROP-lidelser er avgjørende for at disse personene får tilstrekkelig helsehjelp. Konsekvensen er at sårbare personer som har behov for ekstra hjelp, blir overlatt til seg selv.

1.4 Anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet som en del av styringen av de regionale helseforetakene påser at

- pasienter med ROP-lidelser får behandling som er spesialisert og samtidig når det er behov for det
- pasientenes og pårørendes erfaringer innhentes og brukes i forbedringsarbeidet av tjenestene
- behandlingstilbudet i psykisk helsevern i større grad må innrettes slik at ROP-lidelser avdekkes og behandles
- nedbyggingen av kapasiteten i døgnbehandling i psykisk helsevern stanses.

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet

- påser at Arbeids- og velferdsdirektoratet legger bedre til rette for at personer med ROP-lidelser i større grad kan nyttiggjøre seg Navs arbeidsrettede tiltak og tjenester, med sikte på aktivitet eller nødvendig avklaring.

Riksrevisjonen anbefaler at Kommunal- og distriktsdepartementet

- vurderer hvordan Husbanken kan bruke sine virkemidler til å bistå kommunene bedre i deres arbeid med å framskaffe flere egnede boliger til personer med ROP-lidelser.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet

- vurderer å bygge ut IPS-tilbudet flere steder og gjøre det mer tilgjengelig og langvarig
- legger til rette for samhandling mellom helsetjenestene og Nav om individuell jobbstøtte.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet

- legger til rette for samhandling mellom aktørene slik at personer med ROP-lidelser får de helse- og velferdstjenestene de har behov for, på en helhetlig og koordinert måte.

1.5 Statsrådenes svar

Dokument 3:5 (2024–2025) Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser ble oversendt statsrådene i Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet til uttalelse. Statsrådenes svar til Riksrevisjonen følger som vedlegg til Dokument 3:5 (2024–2025).

1.6 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådenes svar

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kari Henriksen, Frode Jacobsen og Kirsti Leirtrø, fra Høyre, lederen Peter Frølich og Svein Harberg, fra Senterpartiet, Eivind Drivenes og Trine Fagervik, fra Fremskrittspartiet, Carl I. Hagen, fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, fra Rødt, Seher Aydar, og fra Venstre, Naomi Ichihara Røkkum, viser til Dokument 3:5 (2024–2025) Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddel- og psykiske lidelser.

Komiteen merker seg at denne revisjonen ble startet med bakgrunn i at flere tidligere rapporter har dokumentert at kommunene ikke har nok egnede boliger, og at personer med ROP-lidelser (samtidig rusmiddel- og psykisk lidelse) ofte er bostedsløse og ikke får det helsetilbudet de har behov for, og at mange av pasientene har lite eller ingen meningsfull aktivitet.

Om Riksrevisjonens konklusjoner

Komiteen viser til Riksrevisjonens konklusjoner:

- Helsetjenestene har ikke gjort nok for å tilpasse helsetilbudet til personer med ROP-lidelser.
- Kommunene klarer ofte ikke å skaffe egnede boliger til personer med ROP-lidelser.
- Arbeidsrettet oppfølging og andre aktivitetstiltak er lite tilrettelagt for personer med ROP-lidelser.
- Tjenestene involverer og ivaretar pårørende i liten grad.
- Dårlig samhandling mellom tjenestene og tjenestenivåene fører til svikt i oppfølgingen av personer med ROP-lidelser.»

Komiteen slutter seg til Riksrevisjonens konklusjoner.

Om Riksrevisjonens overordnede vurdering

Komiteen viser til Riksrevisjonens overordnede vurdering:

«Personer med ROP-lidelser har svært mange og sammensatte behov. De trenger ulike tjenester fra ulike tjenesteytere, og tjenestene må være både fleksible og tilpasset behovene. I dag fungerer verken helsetjenestene, arbeidsrettet oppfølging og andre aktivitetstiltak eller de boligsosiale tjenestene på en slik måte. Tilbudene er ofte fragmenterte, og det mangler koordinering mellom de ulike tjenestene. Blant tjenestene som er fleksible og tilpasset disse personenes behov, finnes oppsøkende (ambulante) team, døgntilbud i psykisk helsevern, IPS (Individual Placement and Support) og Housing First. Men disse er ofte ikke tilgjengelige, og der hvor tilbudet finnes, er det begrenset kapasitet. Tjenestene må bedre tilpasses de individuelle

behovene til personer med ROP-lidelser, og det må sikres at tilpassede tjenester er tilgjengelige og har nok kapasitet til å møte behovene. En helhetlig tilnærming som inkluderer både helsetjenester, bolig, arbeid, og/eller meningsfull aktivitet, er nødvendig for å gi et godt tilbud.»

Komiteen merker seg at Riksrevisjonen mener det er sterkt kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet ikke har gjort nok for å sørge for at personer med samtidig rusmiddel- og psykiske lidelser får den hjelpen de trenger, i form av behandling, aktivitet og oppfølging, og at det også er sterkt kritikkverdig at samhandlingen mellom tjenestene ikke fungerer etter hensikten. Riksrevisjonen mener videre at manglende behandling i dette tilfellet kan ha særlig store konsekvenser for den enkelte og for samfunnet.

Komiteen slutter seg til Riksrevisjonens kritikk.

Om Riksrevisjonens anbefalinger

Komiteen viser til Riksrevisjonens anbefalinger:

«Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet som en del av styringen av de regionale helseforetakene påser at

- pasienter med ROP-lidelser får behandling som er spesialisert og samtidig når det er behov for det
- pasientenes og pårørendes erfaringer innhentes og brukes i forbedringsarbeidet av tjenestene
- behandlingstilbudet i psykisk helsevern i større grad må innrettes slik at ROP-lidelser avdekkes og behandles
- nedbyggingen av kapasiteten i døgntilbud i psykisk helsevern stanses.

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet

- påser at Arbeids- og velferdsdirektoratet legger bedre til rette for at personer med ROP-lidelser i større grad kan nyttiggjøre seg Navs arbeidsrettede tiltak og tjenester, med sikte på aktivitet eller nødvendig avklaring.

Riksrevisjonen anbefaler at Kommunal- og distriktsdepartementet

- vurderer hvordan Husbanken kan bruke sine virkemidler til å bistå kommunene bedre i deres arbeid med å framskaffe flere egnede boliger til personer med ROP-lidelser.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet

- vurderer å bygge ut IPS-tilbudet flere steder og gjøre det mer tilgjengelig og langvarig
- legger til rette for samhandling mellom helsetjenestene og Nav om individuell jobbstøtte.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet

- legger til rette for samhandling mellom aktørene slik at personer med ROP-lidelser får de helse- og

velferdstjenestene de har behov for, på en helhetlig og koordinert måte.»

Komiteen slutter seg til Riksrevisjonens anbefalinger.

Komiteen registrerer at rapporten er oversendt statsrådene i Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet til uttalelse.

Komiteen registrerer videre statsrådenes svar om hvordan Riksrevisjonens rapport følges opp i hvert enkelt departement og på tvers av departementene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Venstre merker seg videre at både Meld. St. 23 (2022–2023) Opptrappingsplan for psykisk helse og Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling, inneholder tiltak som skal bidra til å styrke tjenestetilbudet til pasientgruppen, herunder

- arbeid for å bedre bo- og tjenestetilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov, blant annet
 - utredning av bemannede botilbud og tilbud som gir bedre bruk av tilgjengelige ressurser fra begge nivå
 - utarbeide en helhetlig plan for å heve levealderen hos mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer
 - bedre bruk av koordinator for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer
 - tilrettelegge for å sikre bedre kommunikasjon om pasienter med langvarig og sammensatte tjenestebehov, herunder ROP-lidelser
 - understøtte tverrsektorielle, integrerte og ambulante tjenestetilbud i kommunene, der også frivillig og ideell sektor inngår.

Disse medlemmer vil videre peke på at ett av tre innsatsområder i den nylig vedtatte opptrappingsplanen er tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov.

Komiteen merker seg at det i Meld. St. 23 (2022–2023) Opptrappingsplan for psykisk helse og Meld. St. 33 (2023–2024) En forsterket arbeidslinje – flere i jobb og færre på trygd – blir pekt på det pågående arbeidet for bedre samhandling mellom aktørene for å etablere bedre systematiske rutiner og kultur for samarbeid også for personer med ROP-lidelser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at det er et resultatmål i opptrappingsplanen for psykisk helse at gapet i

levealder skal tettes, samt at hele planen skal evalueres, og det lages nå en egen plan for hvordan dette gapet skal tettes. Det samme gjelder Forebyggings- og behandlingsreformen innen rusfeltet (FBR), der det skal rapporteres for status i budsjettproposisjonen.

Disse medlemmer viser videre til sin støtte av Riksrevisjonens anbefalinger, blant annet om bedre tilrettelegging mellom aktørene slik at personer med ROP-lidelser får de tjenestene de har behov for, på en helhetlig og koordinert måte.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Senterpartiet og Venstre er bekymret over at Riksrevisjonen nok en gang konkluderer med manglende samhandling og dårlig oppfølging og tilbud til personer med ROP-lidelser, noe som også har vært dokumentert i tidligere rapporter. Disse medlemmer vil understreke at de ansvarlige statsråder nå aktivt må bidra til reelle tiltak som forbedrer hverdagen for denne gruppen.

Komiteen mener at samhandling mellom aktørene er helt avgjørende for det overordnede målet om at personer med ROP-lidelser skal få riktig hjelp og oppfølging.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen på egnet måte redegjøre årlig for oppfølgingen av Riksrevisjonens anbefaling om at Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet skal legge til rette for samhandling mellom aktørene, slik at personer med ROP-lidelser får de helse- og velferdstjenestene de har behov for, på en helhetlig og koordinert måte.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Venstre er spesielt bekymret for funnene i undersøkelsen som viser at ROP-pasienter ikke klarer å nyttiggjøre seg fragmenterte og lite tilpassede helse- og velferdstjenester, noe som i praksis fører til at mange personer med ROP-lidelser ikke får tilgang til helsehjelp de trenger. Vi er dermed langt unna målsettingen om likeverdige helsetjenester for denne gruppa, og tjenestene må tilpasses og tilrettelegges bedre for personer med ROP-lidelser.

Disse medlemmer er svært bekymret for at det er vanskelig å få døgnplasser i psykisk helsevern for ROP-pasienter. Døgnplassene i psykisk helsevern per voksne innbyggere har blitt redusert med 35 pst. fra 2010 til 2023. Dette gjør at det er vanskelig å få døgninn-

leggelser for personer med ROP-lidelser, og at innleggelsene ofte varer for kort.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Venstre, tilslutter seg Riksrevisjonens anbefaling om at nedbyggingen av kapasiteten i døgntilbud i psykisk helsevern stanses, og viser til vedtak nr. 688 til Innst. 387 S (2023–2024) fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 Vår felles helsetjeneste, hvor regjeringen bes sikre at det totale antallet døgnplasser i psykiatrien økes i tråd med framskrivingene for den enkelte helseregion, og at det skal være desentralisert psykiatrisk behandling med døgntilbud.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt deler Riksrevisjonens bekymring over at ROP-pasienter er overrepresentert blant bostedsløse, og at kommunene mangler egnede boliger med oppfølging til gruppen. Disse medlemmer mener derfor at Husbanken må bruke sine virkemidler til å bistå kommunene bedre i deres arbeid med å fremskaffe flere egnede boliger for ROP-pasienter.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til at undersøkelsen fra Riksrevisjonen påpeker at halvparten av kommunene og tre fjerdedeler av psykisk helsevern og TSB mener at helsefelleskapene i liten grad har forbedret tjenestene til pasienter med ROP-lidelser, eller at det er for tidlig å vurdere om de har bidratt til forbedringer. Samordning og samhandling, særlig mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, er en utfordring for en rekke pasientgrupper. Disse medlemmer mener at Riksrevisjonens påpekning av at «pasienter blir overlatt til bistand fra en kommunal tjeneste når tilstanden tilsier at de trenger en type oppfølging og behandling som bare gis i spesialisthelsetjenesten», er særlig urovekkende. Disse medlemmer mener Riksrevisjonens rapport understreker behovet for en revisjon av foretaksmodellen og helsefelleskapene, for en utredning av alternative måter å organisere spesialisthelsetjenesten og for tiltak som fremmer bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser for øvrig til Sosialistisk Venstrepartis merknader og forslag i Innst. 155 S (2024–2025) fra helse- og omsorgskomiteen om Trygghet, fellesskap og verdighet. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling. I tillegg viser dette medlem til Sosialistisk Venstrepartis merknader og forslag i

Innst. 108 S (2023–2024) fra helse- og omsorgskomiteen om Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033).

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet merker seg konklusjonene i Riksrevisjonens rapport og understreker at mye av det som kommer frem, har vært kjent over lengre tid, også gjennom revisjonens tidligere rapporter. Personer med ROP-lidelser møter dårlig oppfølging og et tilbud som er i ferd med å bli bygget ned flere steder i landet.

Dette medlem mener at avvikling av fritt behandlingsvalg har gitt katastrofale følger for pasientbehandling innenfor rus og psykiatri. Tilbud legges ned og antall døgnplasser reduseres. Dette går utelukkende ut over pasienter som har behov for helsehjelp. Dette medlem synes det er synd at regjeringens kamp mot private aktører synes viktigere enn å faktisk gi den enkelte med rusproblemer eller psykiske problemer den hjelpen de trenger. Dette medlem erkjenner at hvert individ er ulikt og har behov for ulike tilbud, og det sørget fritt behandlingsvalg for.

Dette medlem er bekymret for utviklingen hvor døgnplasser i rusomsorgen reduseres, og mener at tilgjengeligheten til slike plasser må økes betydelig. Dette medlem støtter tiltak som fremmer flere døgnplasser, men mener at dette må kombineres med en gjennomgang av ressursbruken i rusfeltet. Det er viktig at midlene prioriteres dit de har størst effekt, slik at brukerne oppnår varig bedring og rehabilitering. Dette medlem er svært skeptisk til regjeringens innstilling om at man skal gå bort fra døgntilbud og over til poliklinikk og dagtilbud i rusomsorgen. For mennesker i en kaotisk livssituasjon er det krevende å skulle møte opp et sted til samme tid hver dag, og for mange vil et langtids heldøgnsopphold være eneste vei ut av rusen.

Dette medlem mener at både private og ideelle aktører bør likestilles med det offentlige for å skape mangfold og gi brukerne større valgfrihet i behandlingstilbudet. Det er avgjørende at brukernes behov og rett til selvbestemmelse settes i sentrum, fremfor politisk styring og overstyring fra byråkratiet.

Dette medlem viser til at rusomsorgen bør base- res på kvalitet og målbare resultater fremfor ideologiske hensyn. Laveste pris bør ikke være det eneste kriteriet for anbudsprosesser, men kvaliteten på behandlingen må vektles høyt. Dette medlem mener også at det er avgjørende å sikre en geografisk spredning av behandlingstilbudet, slik at alle som trenger hjelp, får tilgang til nødvendige tjenester uavhengig av bosted.

Dette medlem viser til at Fremskrittspartiet konsekvent har arbeidet for at offentlige tjenester skal leveres til høyest mulig kvalitet og lavest mulig kostnad. En ensidig prioritering av ideelle aktører uten å åpne for konkurranse fra private kan medføre mindre effektiv ressursbruk og begrense muligheten for innovative løs-

ninger. Dette medlem understreker betydningen av at anskaffelsesprosesser fremmer kvalitet og sikrer at ressursene benyttes på en måte som gir best mulig tilbud til pasientene.

Dette medlem viser videre til den kaotiske anbudsprosessen i Helse Sør-Øst, hvor flere aktører over en lengre periode har hatt stor usikkerhet knyttet til om de vil kunne fortsette sin drift eller ikke. Først sa Helse Sør-Øst i oktober 2024 gjennom sin anbudskonkurranse at de ikke ønsket å fornye avtalen med flere ideelle aktører, deriblant Kvinnekollektivet Arken, som er det eneste kjønnsdelte behandlingstilbudet for rusavhengige kvinner som har opplevd vold og overgrep. Senere ble anbudet trukket tilbake, helseforetaket ble saksøkt og tapte. Anbudet ble dermed gjeldende igjen, og nå skal helseforetaket inn i enda en ny rettssak. Dette medlem er spent på hvor denne prosessen til slutt vil lande, men det er først og fremst svært kritikkverdig at en slik prosess i det hele tatt kan skje i det største regionale helseforetaket i landet.

Dette medlem merker seg at det vises til liknende tendenser i Helfo når det lyses ut et stort anbud for fristbrudd på psykisk helsevern, hvor opp mot ti selskaper har blitt diskvalifisert fra anbudet, i praksis fordi de ikke har hatt en tilsvarende kontrakt før. Det hindrer innovasjon og bedre tilbud til pasientene dersom kun de samme skal få anbud gang på gang.

På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen igangsette en helhetlig gransking av alle anbudsprosesser knyttet til rus og psykiatri.»

Komiteens medlem fra Rødt vil understreke at det går et viktig skille mellom private ideelle aktører og kommersielle aktører i helsetjenesten, og at ideelle og kommersielle ikke kan omtales under samme definisjon «private aktører». For kommersielle aktører er den økonomiske gevinsten hovedmotivet for å gå inn i velferden. Det skiller seg grunnleggende fra ideelle tilbydere, som driver non-profit.

Høsten 2024 lyste Helse Sør-Øst ut et anbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette medlem viser til at dette ikke ble reservert for ideelle, slik først forespeilet. Anbudet ble derimot også åpnet for kommersielle aktører, der pris ble vektlagt 60 pst. og kvalitet 40 pst. Når pris i en anbuds konkurranse veier tyngre enn kvalitet, vil kommersielle aktører se at det er mulig å vinne anbud på lav pris, nettopp fordi dette vei-

er tyngst. Konsekvensene av dette er at gode og seriøse aktører som ligger høyt på kvalitet og kjenner systemet, blir forskjøvet langt ned på prioriteringslista, da de ikke er billigst i tilbudene de tilbyr.

Dette medlem viser til at anbudsprosessen i Helse Sør-Øst har skapt, og fortsetter å skape, store bekymringer for ideelle behandlingstilbud. Når kommersielle aktører med store økonomiske muskler får konkurrere mot ideelle tilbud som har vært et mangfoldig supplement til offentlige tilbud, viser det behovet for å holde profittmotivet ute av helsetjenestene våre.

Dette medlem mener at Riksrevisjonens rapport er fullstendig knusende, og er svært bekymret for hvordan staten svikter de aller mest sårbare i samfunnet vårt, og hvordan de ikke får den hjelpen de trenger. Over lang tid har regjering etter regjering bygd ned helsetilbudene for mennesker med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser. Dette har hatt og har alvorlige konsekvenser for både den det gjelder, deres familie og samfunnet ellers. Dette medlem mener nedbyggingen av helsetilbudene må stanses snarest, og peker på hvordan rapporten viser at mennesker som har samtidige rus- og psykiske helseproblemer, «ofte kastes ut i bostedsløshet etter endt rusbehandling». Slik blir de også kastet tilbake til et liv i utrygghet, fattigdom og rus. For mange kvinner innebærer dette at de må selge kroppen sin for å få tak over hodet.

3. Forslag fra mindretall

Forslag fra Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen på egnet måte redegjøre årlig for oppfølgingen av Riksrevisjonens anbefaling om at Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet skal legge til rette for samhandling mellom aktørene, slik at personer med ROP-lidelser får de helse- og velferdstjenestene de har behov for, på en helhetlig og koordinert måte.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen igangsette en helhetlig gransking av alle anbudsprosesser knyttet til rus og psykiatri.

4. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og råår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument 3:5 (2024–2025) – Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 8. april 2025

Peter Frølich

leder

Kirsti Leirtø

ordfører

