

Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser

Dokument 3:5 (2024–2025)



Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:5 (2024–2025)
*Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige
rusmiddellidelser og psykiske lidelser*

Dokumentet har følgende inndeling:

Riksrevisjonens konklusjoner, utdyping av konklusjoner, anbefalinger, statsrådens svar og Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar

Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Vedlegg 2: Statsrådens svar

Vedlegg 3: Riksrevisjonen brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 4: Statsrådens svar

Vedlegg 5: Riksrevisjonen brev til statsråden i Kommunal- og distriktsdepartementet

Vedlegg 6: Statsrådens svar

Vedlegg 7: Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger

Riksrevisjonen, 6. februar 2025

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	6
2	Konklusjoner	7
3	Overordnet vurdering	7
4	Utdyping av konklusjoner	8
4.1	Helsetjenestene har ikke gjort nok for å tilpasse helsetilbudet til personer med ROP-lidelser	10
4.2	Kommunene klarer ofte ikke å skaffe egnede boliger til personer med ROP-lidelser	15
4.3	Arbeidsrettet oppfølging og andre aktivitetstiltak er lite tilrettelagt for personer med ROP-lidelser	18
4.4	Tjenestene involverer og ivaretar pårørende i liten grad	21
4.5	Dårlig samhandling mellom tjenestene og tjenestenivåene fører til svikt i oppfølgingen av personer med ROP-lidelser.....	22
5	Anbefalinger	26
6	Statsrådets svar	27
7	Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar	27
	Vedlegg.....	28
	Vedlegg 1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Arbeids- og inkluderingsdepartementet	
	Vedlegg 2 Statsrådets svar	
	Vedlegg 3 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet	
	Vedlegg 4 Statsrådets svar	
	Vedlegg 5 Riksrevisjonens brev til statsråden i Kommunal- og distriktsdepartementet	
	Vedlegg 6 Statsrådets svar	
	Vedlegg 7 Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger	

Figuroversikt

Figur 1	Statlige og kommunale aktører som gir tjenester til personer med ROP-lidelser	6
Figur 2	Eksempler på barrierer for en person med ROP-lidelser	9
Figur 3	Utvikling i antall døgnplasser i psykisk helsevern per 10 000 voksne fra 2019 til 2023	12
Figur 4	Kommunenes tilgang på egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.....	16
Figur 5	Boligsklia	17
Figur 6	Andel kommuner med tilgang til IPS	20

Riksrevisjonen kan gi kritikk etter disse tre alvorlighetsgradene:

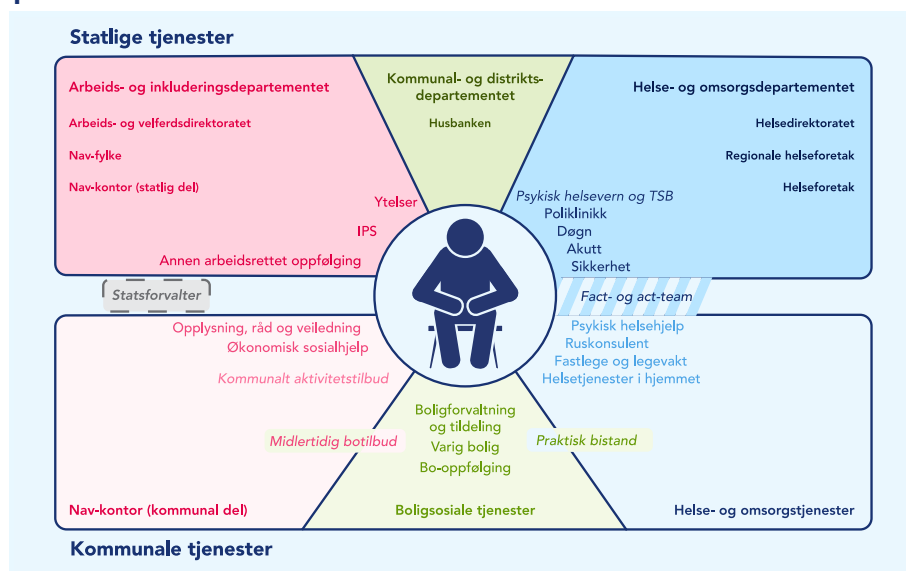
1. **Sterkt kritikkverdig** er Riksrevisjonens sterkeste kritikk. Vi bruker dette kritikknivået når vi finner alvorlige svakheter, feil og mangler. Ofte vil disse kunne få svært store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
2. **Kritikkverdig** bruker vi når vi finner betydelige svakheter, feil og mangler som ofte vil kunne få moderate til store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
3. **Ikke tilfredsstillende** bruker vi når vi finner svakheter, feil og mangler, men som i mindre grad får direkte konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

1 Innledning

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

Figur 1 Statlige og kommunale aktører som gir tjenester til personer med ROP-lidelser



Kilde: Riksrevisjonen.

Figur 1 viser aktører som gir tjenester innenfor helse (blå), bolig (grønn) og arbeidsrettet oppfølging og velferd (rød).

Målet med undersøkelsen har vært å belyse årsaker til mangler i tjenestetilbudet til voksne personer med ROP-lidelser og deres pårørende. Videre er målet å belyse konsekvensene av disse manglene og å finne eksempler på godt utformede tjenester. Undersøkelsen omfatter perioden 2019 til 2024. Vi 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



Personer med ROP-lidelser

I denne undersøkelsen er personer med ROP-lidelser definert som personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddellidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddellidelse når hver av de to typene lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt. Det finnes ikke nøyaktige tall, men et anslag er at det er rundt 5 200 innbyggere med ROP-lidelser i Norge.

kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementene av 18. desember 2024 og statsrådenes svar av 13., 14. og 17. januar 2025 følger som vedlegg.

2 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.

3 Overordnet vurdering

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 rusmiddelidelser 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.

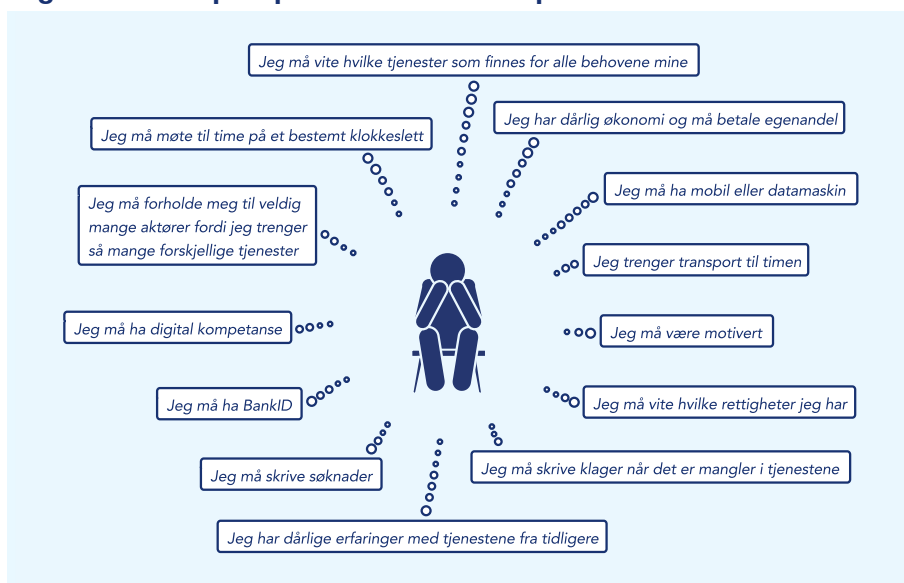
4 Utdyping av konklusjoner

Målet med regjeringens helse- og omsorgspolitik 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.

Figur 2 Eksempler på barrierer for en person med ROP-lidelser



Kilde: Riksrevisjonen.

Figur 2 illustrerer at 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.

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.

4.1 Helsetjenestene har ikke gjort nok for å tilpasse helsetilbudet til personer med ROP-lidelser

4.1.1 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 innleggelse 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 brukermedvirkning 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 prosent 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 prosent 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 prosent av TSB svarer at de bare i noen grad bruker erfaringene fra pasienter med ROP-lidelser i forbedringsarbeidet. Og det er 13 prosent av psykisk helsevern og 21 prosent 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.



Psykisk helsevern

Den delen av spesialisthelsetjenesten som undersøker og behandler mennesker med psykiske lidelser. Dette inkluderer døgntilbud, dagbehandling og poliklinisk behandling, samt ambulante tjenester og øyeblikkelig hjelp.



TSB

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer på spesialistnivå. Det omfatter tilbud om døgntilbud, dagbehandling og poliklinisk behandling, samt ambulante tjenester. TSB inkluderer også avrusning og øyeblikkelig hjelp.

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 vi 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.

4.1.2 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.

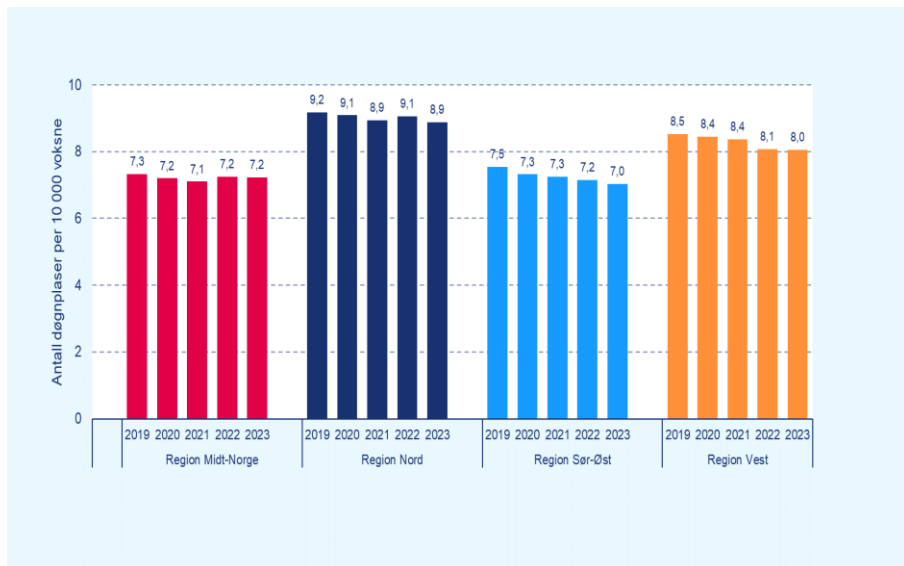
Undersøkelsen viser at det er for lav kapasitet i døgntilbudet i psykisk helsevern. Dette gjør at det er vanskelig å få døgninnleggelser for personer med ROP-lidelser, og at innleggelsene ofte varer for kort. Nesten 60 prosent av kommunene oppgir at det er vanskelig å få til planlagte innleggelser for 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 prosent 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 Fremskrittspartiet, seg at framskrivninger 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.

Figur 3 Utvikling i antall døgnplasser i psykisk helsevern per 10 000 voksne fra 2019 til 2023



Kilde: Samdata.

Figur 3 viser at alle regionene hadde en nedgang i antall døgnplasser per voksne innbygger mellom 2019 til 2023. 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 døgnbehandling, både de med og de uten høy voldsrisiko.

4.1.3 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 prosent av kommunene svarer at de ikke har tilgang til FACT/ACT. Selv blant kommunene med mer enn 20 000 innbyggere er det 28 prosent 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.

4.1.4 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 tvungen 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 prosent) og fire TSB (29 prosent) opplyser at det i stor grad stilles krav om rusfrihet for å bli utredet for psykiske lidelser. Flertallet 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 døgntilbud når personen ikke er i stand til å oppnå rusfrihet gjennom poliklinisk/ambulant behandling. Både



ACT og FACT

ACT står for Assertive Community Treatment, eller aktivt oppsøkende behandlingsteam på norsk. Teamene gir oppsøkende og helhetlige tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet, og som ofte også har rusmiddelproblemer. FACT står for Flexible Assertive Community Treatment, eller fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam på norsk. Hovedforskjellen mellom de to teamtypene er at ACT retter seg mot mennesker med et stort og kontinuerlig hjelpebehov grunnet psykoseproblemer, mens FACT har en bredere målgruppe med et mer varierende hjelpebehov.

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 døgnkapasitet 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.

4.2 Kommunene klarer ofte ikke å skaffe egnede boliger til personer med ROP-lidelser

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

I Innst. 240 S (2015–2016) peker helse- og omsorgskomiteen på at de er kjent med at personer med rusmiddelproblemer 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 prosent 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 prosent 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 prosent. 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 løsningen 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 prosent av kommunene opplyser at en 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-



Definisjon av bostedsløse

Som bostedsløs regnes personer som ikke disponerer egen eid eller leid bolig, men som er henvist til tilfeldige eller midlertidige botilbud, oppholder seg midlertidig hos nær slektning, venner eller kjente, befinner seg under kriminalomsorgen eller i institusjon og skal løslates eller utskrives innen to måneder og ikke har bolig, og personer uten ordnet oppholdssted kommende natt.

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.

4.2.2 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.

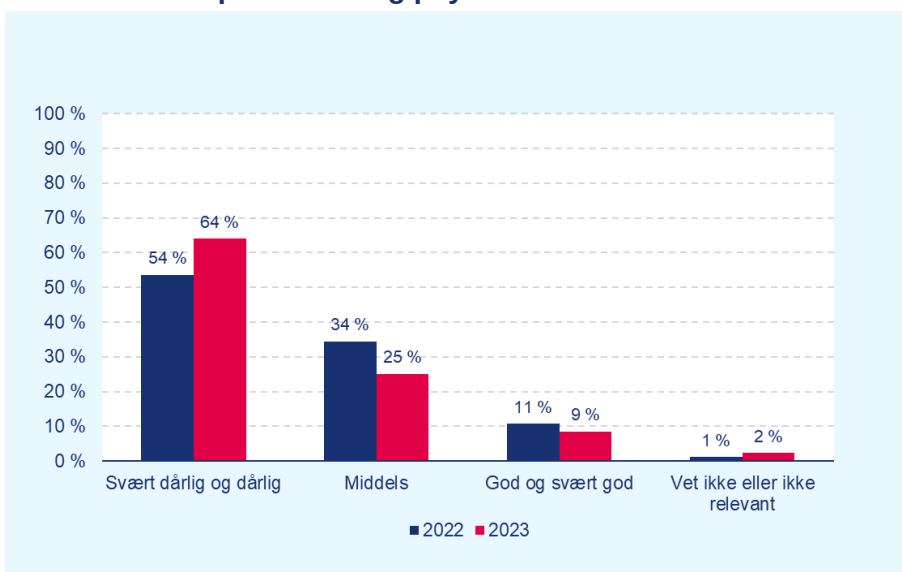
Undersøkelsen viser at to tredjedeler av kommunene oppgir å ha innbyggere med ROP-lidelser som bor i et varig uegnet botilbud. Husbankens kommuneundersøkelse fra 2022 og 2023 viser at kommunene har dårligere tilgang på egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser enn til andre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



Housing First

er en modell for varig bosetting av bostedsløse med rusmiddel-avhengighet og/eller psykiske helseproblemer. Modellen bygger blant annet på at deltakerne får tidsubegrenset oppfølging ut fra sine behov, med tjenester som kan inkludere helse, rusmestring, økonomi og arbeid/aktivitet, og framskaffelse av boliger i ordinære bomiljø. Det er rundt 23 Housing First team i Norge.

Figur 4 Kommunenes tilgang på egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser



Kilde: Husbanken. n = 211 kommuner i 2023 og n = 177 i 2022.

Figur 4 viser at 64 prosent av kommunene mener de har svært dårlig eller dårlig tilgang på egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Dette er en økning fra 2022.

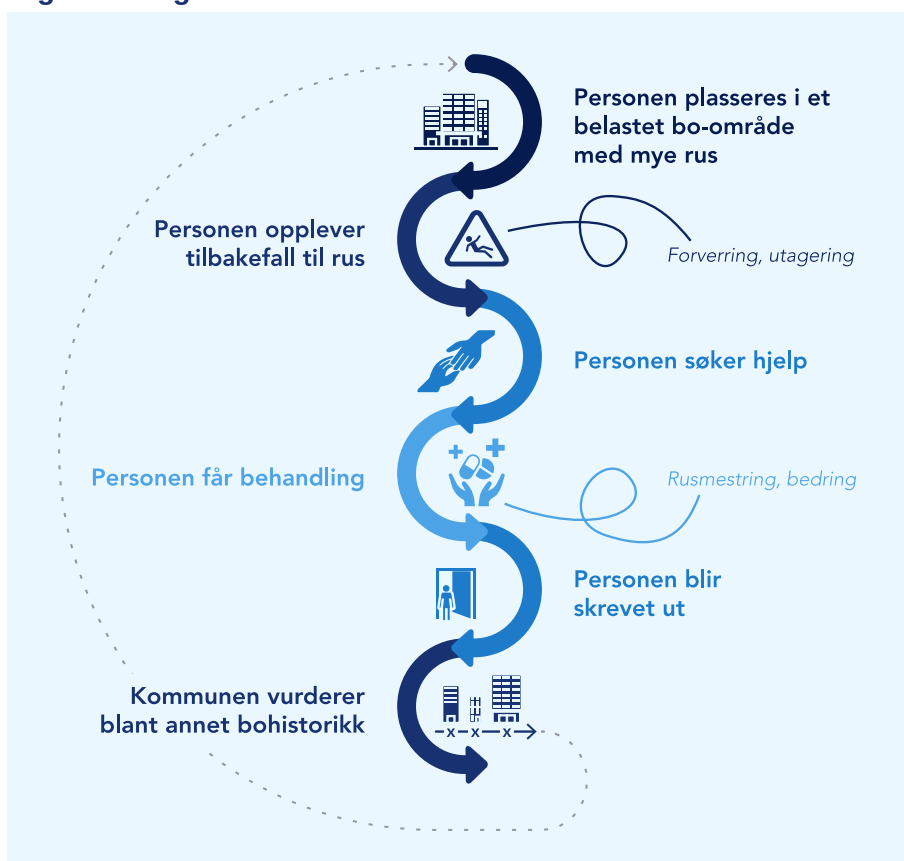
Det er særlig stor mangel på boliger for personer med høy voldsrisiko. Mer enn halvparten av kommunene svarer at de mangler varige botilbud med en fysisk utforming som er egnet for å ivareta sikkerheten til ansatte og naboer.

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 prosent 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 prosent 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, illustrert med den forenklede Figur 5.

Figur 5 Boligsklia



Kilde: Riksrevisjonen.

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 voldsrisiko 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.

4.2.3 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 avviklet 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 avviklingen 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.

4.3 Arbeidsrettet oppfølging og andre aktivitetstiltak er lite tilrettelagt for personer med ROP-lidelser

4.3.1 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 prosent 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 prosent av brukerne at de i liten grad får



Brukerplan

er et helseregister for kommuner som ønsker å kartlegge tjenestemottakere med rusmiddelproblem og/eller psykisk helseproblem. Formålet med Brukerplan er å få kunnskap om omfanget av tjenester og forventet etterspørsel etter tjenester til denne pasientgruppen.

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 rusmiddellidelsene og de psykiske problemene.

4.3.2 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 søkes 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,



Råd og veiledning etter sosialtjenesteloven § 17

Dette er en lavterskeltjeneste som skal styrke den enkeltes mulighet for å mestre egen livssituasjon på områder som arbeid, aktivitet, helse, fritid, hjemmesituasjon, omsorgsoppgaver, boligforhold, nettverk og økonomi.

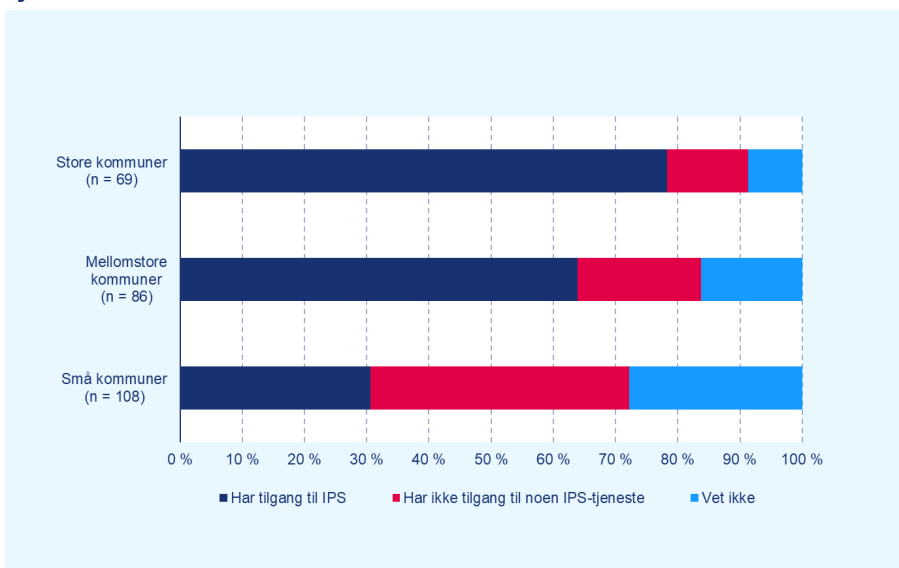
som dårlig økonomi og å opparbeide seg gjeld, som igjen kan føre til forverring av livskvaliteten og helsetilstanden.

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.

4.3.3 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 ikke er tilgjengelig i litt under halvparten av kommunene. Der det er i bruk, er kapasiteten ofte for lav.

Figur 6 Andel av kommuner med tilgang til minst en type IPS-tjeneste



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

Figur 6 viser at store kommuner (over 20 000 innbyggere) gjennomgående har bedre tilgang til IPS-tjenester enn mellomstore (5 000–19 999 innbyggere) og små kommuner (0–4 999 innbyggere).

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.



IPS (Individual Placement and Support – individuell jobbstøtte)

er et frivillig tilbud til pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som mottar behandling i helse- og omsorgstjenesten. Målet med IPS er å hjelpe pasienter som ønsker å delta i arbeidslivet, ut i ordinært, lønnet arbeid gjennom individuelt tilpasset behandling og arbeidsrettet oppfølging. Flere studier bekrefter at oppfølging etter IPS-modellen er mer effektiv for ROP-målgruppen enn den tradisjonelle arbeidsrettede oppfølgingen.

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.

4.4 Tjenestene involverer og ivaretar pårørende i liten grad

4.4.1 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, arbeidspress 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.

4.4.2 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 kritesituasjoner som kan oppstå. Dette kan være svært belastende og gjøre at de føler en makteløshet 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 prosent av kommunene, 40 prosent av psykisk helsevern og 50 prosent 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 prosent av kommunene oppgir at de tilbyr avlastningstiltak til pårørende i stor grad. 60 prosent 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.

4.5 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)¹ *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

¹ Innst. S. nr. 321 (2008–2009). Flertallet i komiteen bestod av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Partiene hadde flertall på Stortinget.

(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 offentlige 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.

4.5.1 Uklare ansvarsforhold kan føre til at personer med ROP-lidelser blir kasteballer 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 prosent 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 prosent 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 uforsvarlig 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.

4.5.2 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.

4.5.3 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 ansettes 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.

4.5.4 Virkemidler for bedre samarbeid fungerer ikke etter hensikten

Individuelle planer og koordinatører 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 pakkeforløp for psykisk helse og rus ble individuell plan trukket fram som et viktig verktøy for å fremme brukermedvirkning 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 prosent av kommunene som svarer at de bruker koordinator i liten eller svært liten grad, mens 31 prosent 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, utskrivning 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.

5 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

6 Statsrådets 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 er lagt i vedleggene 2, 4 og 6.

7 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 23. januar 2025

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Tom-Christer Nilsen

Helga Pedersen

Anne Tingelstad Wøien

Arve Lønnum

Jens A. Gunvaldsen

Vedlegg

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Arbeids- og inkluderingsdepartementet



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Anna Ræder 22241162
Vår dato
18.12.2024
Deres dato

Vår referanse
2024/01096-3
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl § 18 (2)

ARBEIDS- OG INKLUDERINGSDEPARTEMENTET
Postboks 8019 Dep
0030 OSLO

Til: statsråd Tonje Brenna

Oversendelse av Dokument 3:X (2024–2025) Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2024–2025) *Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Arbeids- og inkluderingsdepartementet ved vårt brev 4. november 2024, og på departementets svar 2. desember 2024. Likelydende brev er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 9. januar 2025.

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Vedlegg:

Dokument 3:x (2024–2025) *Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 2:

Statsrådets svar

Riksrevisjonen

Deres ref
2024/01096-3

Vår ref
22/4856

Dato
13. januar 2025

Forvaltningsrevisjon - helse- og velferdstjenester til personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser - Dokument 3:X (20XX-20XX) - uttalelse fra statsråden.

Riksrevisjonen har i Dokument 3:X (20XX-20XX) undersøkt helse- og velferdstjenester til personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser). På Arbeids- og inkluderingsdepartementets område framgår følgende anbefalinger av dokumentet:

- *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.*

Videre framgår følgende når det gjelder samarbeidet på tvers av sektorene, og som berører Arbeids- og inkluderingsdepartementet:

- *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.*

Jeg merker meg at Riksrevisjonen i Dokument 3:X (20XX-20XX) anser flere forhold som berører blant annet arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester til denne gruppen som sterkt kritikkverdig. Dette ser jeg alvorlig på, og vil derfor raskt gå i dialog med berørte ministre og Arbeids- og velferdsdirektoratet for å se nærmere på anbefalingene som er gjengitt ovenfor.

Arbeids- og velferdsforvaltningen består av den statlige Arbeids- og velferdsetaten og de delene av sosialtjenestene i kommunen som inngår i de felles, lokale kontorene. Nav-kontoret skal levere både kommunale og statlige arbeids- og velferdstjenester. Stat og kommune har selvstendig ansvar for hver sine tjenester. Arbeids- og velferdsetaten har ansvar for de statlige arbeids- og velferdstjenestene innenfor arbeid, trygd og pensjon, mens kommunene har ansvar for de sosiale tjenestene.

Jeg understreker at Nav-loven skal følges. Alle som henvender seg til Nav-kontoret, og som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, har rett til å få vurdert sitt bistandsbehov og en eventuell påfølgende aktivitetsplan. Brukere som har krav på en individuell plan fra kommunen, skal også få det i tråd med loven. De ulike delene av arbeids- og velferdsforvaltningen skal legge til rette for at aktivitetsplanen og den individuelle planen så langt som mulig blir samordnet. For personer med alvorlige ROP-lidelser vil den kommunale delen av arbeids- og velferdsforvaltningen, det vil si de sosiale tjenestene, ofte være mer aktuell når det gjelder arbeidsrettet oppfølging og aktivitet. Dette er det gjort nærmere rede for under overskriften De kommunale, sosiale tjenestene.

Nedenfor redegjøres det for enkelte forhold som er relevante for en del av de problemstillingene som tas opp i Dokument 3:X (20XX-20XX) og rapporten som dokumentet bl.a. bygger på.

Arbeidsmarkedstiltak

Arbeids- og velferdsetaten forvalter en rekke arbeidsmarkedstiltak. Hovedformålet med arbeidsmarkedstiltakene er å styrke den enkeltes muligheter til å få eller beholde arbeid. Deltakelse i arbeidsmarkedstiltak forutsetter ofte at deltakerne er motiverte og flere tiltak arrangeres på en arbeidsplass. Dette kan være utfordrende for personer med ROP-lidelser.

Flere arbeidsmarkedstiltak kan være aktuelle for personer med ROP-lidelser, blant annet arbeidsforberedende trening (AFT). Det er imidlertid bare tiltaket Individuell jobbstøtte (IPS) som er *spesifikt* rettet mot målgruppen.

Jeg er enig med Riksrevisjonen i at IPS er målrettet, egnet og kan gi gode resultater for ROP-gruppen. Samtidig merker jeg meg Riksrevisjonens påpekning av geografiske forskjeller i IPS-tilbudet og at tiltaket ikke er tilgjengelig for mange.

De siste årene har regjeringen lagt til rette for en styrking av IPS, og antallet jobbspesialister i Arbeids- og velferdsetaten har økt. Det legges til rette for å styrke innsatsen videre i 2025. Ambisjoner om å bygge ut tilbudet er også nedfelt i regjeringens Meld. St. 23 (2022-2023)

Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033) og i Meld. St. 33 (2023-2024) En forsterket arbeidslinje – flere i jobb og færre på trygd.

Kjernen i IPS-tiltaket er den tette og integrerte oppfølgingen fra Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenestene. Samarbeidet er nødvendig for å oppnå gode resultater, men kan også være utfordrende. Riksrevisjonen viser i sin rapport til at samarbeidet om og integrasjonen i IPS er svekket. Dette er funn jeg tar på alvor. Jeg vil derfor raskt gå i dialog med helse- og omsorgsministeren om de konklusjoner og anbefalinger Riksrevisjonen formidler knyttet til IPS. For øvrig viser jeg til helse- og omsorgsministerens svar.

De kommunale sosiale tjenestene

Mange personer med ROP-lidelser har et sammensatt utfordringsbilde og liten arbeidsevne. De vil ikke nødvendigvis kunne delta på ulike arbeidsrettede tiltak eller tjenester. Noen ganger vil de heller ikke fylle inngangsvilkårene fastsatt av Stortinget for å motta f.eks. helserelaterte ytelser eller dagpenger.

For en del personer med alvorlige ROP-lidelser vil derfor den kommunale delen av arbeids- og velferdsforvaltningen, det vil si de sosiale tjenestene, ofte være mer aktuelle når det gjelder arbeidsrettet oppfølging og aktivitet.

Formålet med lov om sosiale tjenester er nettopp å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.

Personer med alvorlige ROP-lidelser er en spesielt sårbar gruppe i samfunnet hvor behovet for å motta helhetlige og koordinerte tjenester over tid er stort. Jeg forutsetter at kommunene følger opp lov om sosiale tjenester på en god måte, videreutvikler tilbudet til de mest utsatte gruppene i samfunnet og samarbeider med øvrige tjenester ved behov.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har en fagdirektorsrolle for de sosiale tjenestene overfor kommunene, og statsforvalter bistår med relevant opplæring og kompetanseutvikling knyttet til lov om sosiale tjenester. Sosiale tjenester er viktige i et helhetlig tjenestetilbud til personer som står utenfor arbeid eller utdanning, og for dem som trenger bistand for å håndtere en vanskelig livssituasjon.

Som det fremkommer av de årlige tildelingsbrevene skal Arbeids- og velferdsdirektoratet på ulike måter bidra til god kvalitet i de sosiale tjenestene i Nav-kontoret. Videre skal Arbeids- og velferdsdirektoratet medvirke til at de sosiale tjenestene ses i sammenheng med statlige virkemidler i Nav-kontoret og inngår i et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til personer med flere og sammensatte behov.

Både direktoratet, statsforvalter og kommunene har viktige roller å spille på dette området, og jeg vil følge opp dette i styringsdialogene overfor Arbeids- og velferdsdirektoratet og statsforvalterne.

Tilgjengelighet ved Nav-kontorene

Det er i Riksrevisjonens rapport (vedlegg til Dokument 3:X (20XX-20XX)) vist til Helsetilsynets undersøkelse av Nav Kontaktsenter (NKS) 2020–2021. Ifølge Riksrevisjonens rapport viser undersøkelsen at personer som ikke har mulighet til å bruke digitale løsninger, oppfordres til å ringe et sentralt nummer for å stille spørsmål, få veiledning eller avtale en time med en veileder. Det framgår videre av Riksrevisjonens rapport at brukerne ofte har behov for informasjon og veiledning som ikke kan imøtekommes av NKS, og mange må derfor settes i kontakt med Nav-kontoret. Spørreanropene fra NKS til Nav-kontoret blir kun unntaksvis besvart, ifølge Riksrevisjonen.

Jeg er opptatt av at Nav-kontoret skal være tilgjengelig for alle som trenger bistand, råd og veiledning fra arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette gjelder ikke minst for de svakeste brukergruppene som ofte har sammensatte behov. Et viktig grep over tid har vært tilgjengelighet for alle og digitalisering av tjenester og ytelser fra arbeids- og velferdsforvaltningen for å øke tilgjengeligheten til disse. At stadig flere foretrekker og får god hjelp via nettet eller på telefon, gjør det mulig for Nav-kontoret å bruke mer av tiden sin på de brukerne som trenger personlig bistand og oppfølging.

Nav-kontoret skal være det siste sikkerhetsnettet for dem som trenger akutt bistand fra sosialtjenesten, for eksempel i form av økonomisk stønad eller tak over hodet. Personer med slike behov skal kunne få hjelp uten avtale på forhånd. Dette stiller krav til hvordan det enkelte Nav-kontor sikrer tilgjengeligheten til tjenestene. Ettersom det er store variasjoner mellom Nav-kontorene, er det den enkelte kommunen og det enkelte Nav-kontoret som best kan vurdere detaljene i hvordan tilgjengeligheten for alle brukere praktisk bør gjøres til beste for brukerne med ulike behov. De fleste Nav-kontorene har nå en vakttelefon som Nav Kontaktsenter kan nå, når brukere har akutt behov for kontakt med Nav-kontoret. Noen kontorer har ringeklokke som kan benyttes ved oppmøte utenfor åpningstid, og enkelte veiledere kan nås på telefon ved akutte behov. For råd og veiledning, for eksempel ved individuelle vurderinger om økonomisk stønad, vil det imidlertid som oftest være mest hensiktsmessig med en planlagt avtale, slik at både bruker og veileder kan være forberedt og ha mulighet til å sette av tilstrekkelig tid. Samtidig kan faste avtaler gjøre det lettere å ta hensyn til sikkerhet, i de tilfeller hvor det er nødvendig.

Av Arbeids- og velferdsdirektoratets virksomhetsrapport for 1. tertial 2024 framgår at for brukere med akutt behov for sosiale tjenester, har ordningen med vakttelefoner via NKS til Nav-kontorene gitt økt tilgjengelighet for brukerne. Antall anrop til vakttelefonene for sosiale tjenester ved Nav-kontorene har steget fra 224 per dag i gjennomsnitt for 1. tertial 2023 til 319 per dag for 1. tertial 2024. Andelen ubesvarte anrop har gått ned fra 11,8 prosent for 1. tertial 2023 til 9,7 prosent for 1. tertial 2024.

Med hilsen

A handwritten signature in purple ink, reading "Tonje Brenna". The signature is written in a cursive style, with the first name "Tonje" and the last name "Brenna" clearly visible.

Tonje Brenna

Vedlegg 3:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Anna Ræder 22241162
Vår dato
18.12.2024
Deres dato

Vår referanse
2024/01096-2
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Oversendelse av Dokument 3:X (2024–2025) Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2024–2025) *Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 4. november 2024, og på departementets svar 2. desember 2024. Likelydende brev er sendt til Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 9. januar 2025.

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Vedlegg:

Dokument 3:x (2024–2025) *Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 4:

Statsrådets svar

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Utsatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref
23/2861-

Dato
14. januar 2025

Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 18. desember 2024, der det bes om min redegjørelse for hvordan Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp konklusjoner og anbefalinger fra Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser).

Innledningsvis slutter jeg meg til det utfordringsbilde som framkommer i Riksrevisjonens rapport. Rapporten peker på at personer med ROP-lidelser trenger tjenester fra mange ulike tjenesteytere og at tjenestene må tilpasses de individuelle behovene til personer med ROP-lidelser på en bedre måte. 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 nødvendige for å gi et godt tilbud.

Helsetjenestene har ikke gjort nok for å tilpasse helsetilbudet til personer med ROP-lidelser

Regjeringen har i 2023 og 2024 lagt fram viktige styringsdokumenter for helsesektoren som gir føringer for tjenestetilbudet også til pasienter med langvarige og sammensatte behov. Overordnet, og med betydning for samhandling og koordinering av tjenester og god utnyttelse av personellressurser og kompetanse, ligger Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – vår felles helsetjeneste*. Videre vil vi trappe opp bevilgningene til psykisk helsefeltet over en tiårsperiode gjennom Meld. St. 23 (2023–2024) *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. I oktober 2024 la vi fram Meld. St. (2024-202) *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet*, som inneholder en rekke tiltak som møter målgruppens behov. Med disse dokumentene følger også betydelige økonomiske incentiver som skal stimulere til bedre tjenester og bedre samhandling og ressursutnyttelse.

Opptappingsplan for psykisk helse har tre innsatsområder, herunder tjenester til personer med langvarige og sammensatte behov. Opptappingsplanens analyser er i samsvar med Riksrevisjonens funn. Gjennom planperioden vil regjeringen styrke hele behandlingskjeden for mennesker med langvarige og sammensatte behov.

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har dårligere fysisk helse og lever som gruppe mange år kortere enn befolkningen for øvrig. Mennesker med psykiske lidelser skal ha de samme mulighetene for å leve lange, gode liv som resten av befolkningen. Regjeringen har derfor satt som et resultatmål i *Opptappingsplanen*, som også gjelder for *Forebyggings- og behandlingsreformen*, at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har økt levealder – og at forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert. For å bidra til dette har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide en helhetlig plan for å heve levealderen hos personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og etablere en indikator for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer blant personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem.

I *Opptappingsplanen* fremgår det også at regjeringen vil legge til rette for at de regionale helseforetakene kan styrke behandlingskjeden for mennesker med langvarige og sammensatte behov. Dette inkluderer både døgnkapasitet og polikliniske og ambulante tilbud.

Det har over flere år vært en betydelig satsing på å utvikle og spre modellene ACT, FACT og FACT ung. Det har vært en stor vekst i antall team. Det er nå etablert rundt 86 ACT/FACT-team i Norge. Regjeringen har i *Opptappingsplan for psykisk helse* sagt at den vil videreføre og videreutvikle oppsøkende tjenester, som ACT/FACT og FACT ung.

De regionale helseforetakene har over flere år hatt i oppdrag å hindre nedbygging av døgnplasser og prioritere pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i 2022, 2023 og 2024 er det stilt krav om økt døgnaktivitet sett opp mot året før. I oppdragsdokumentene for 2022 og 2023 stilles det krav om at døgnaktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere enn året før. I 2024 er det stilt krav om både høyere døgnaktivitet og kapasitet enn året før. I tillegg har de regionale helseforetakene fått et oppdrag om å gi en årlig status for faktisk døgnkapasitet i psykisk helsevern sett opp mot framskrevet behov. Regjeringen har også vært tydelig på dette i *Opptappingsplan psykisk helse*, hvor et av åtte resultatmål er å «Hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling». Etter mange år med nedgang i døgnplasskapasitet i psykisk helsevern, viser statistikk fra Helsedirektoratet at reduksjonen nå har stoppet opp. Det pågår tjenesteutvikling i alle helseregioner for å forebygge innleggelser og døgnkapasiteten dreies flere steder mot personer med alvorlige psykiske lidelser.

I *Opptappingsplanen* er vi videre tydelige på at helsetjenestene skal være tilpasset innsatte eller personer som er dømt til behandling eller tvungen omsorg. Det er laget en overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og domfelte pasienter som følges opp. I tillegg skal Straffereaksjonsutvalget blant annet utredet hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming best kan ivaretas under varetekt, gjennomføring av straff eller særreaksjon, og ved tilbakeføring til samfunnet.

Det er viktig å vise at det også er positive trekk innen feltet. SINTEF har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en ny digital bruker- og pasientundersøkelse blant over 30 000 pasienter som ble publisert i 2024. Undersøkelsen rettet seg mot voksne pasienters erfaringer med poliklinisk behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), samt hos avtalespesialist. Undersøkelsen viser at rundt 80 prosent opplever at behandlingen hjelper. Det tyder på at pasienter både i psykisk helsevern, i TSB og hos avtalespesialist er tilfredse med den polikliniske behandlingen de får eller har fått. Resultatene vil bli benyttet i videreutvikling av nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus, samt til arbeid med oppfølging av *Opptappingsplan psykisk helse*.

Kommunene klarer ofte ikke å skaffe egnede boliger til personer med ROP-lidelser

Ansvar for boligområdet ligger til Kommunal- og distriktsdepartementet og midlertidige botilbud til Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Samtidig har også helse- og omsorgstjenesten en sentral rolle. For mange er det avgjørende, både for tilfriskning og å forebygge forverring, at det ytes ambulante og tilpassede helse- og omsorgstjenester til pasienter med ROP-lidelser. Tilgang til behandling og oppfølging er viktig bidrag til opprettholdelse av boforhold og forebygge tvangsfravikelse. Dette adresseres både i *Opptappingsplanen* og i *Forebyggings- og behandlingsreformen*. I *Opptappingsplanen* framgår det at vi vil utrede bemannede botilbud med tjenester fra begge nivåer og i tillegg til oppsøkende behandlingsteam som ACT og FACT, og i *Forebyggings- og behandlingsreformen* framgår det at vi vil tilrettelegge for tverrfaglige team som kan blant annet gi oppfølgingstjenester i bolig.

Arbeidsrettet oppfølging og andre aktivitetstiltak er lite tilrettelagt for personer med ROP-lidelser

Nav forvalter en rekke statlige arbeidsmarkedstiltak. Individuell jobbstøtte (IPS) er spesifikt rettet mot personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som mottar behandling i helse- og omsorgstjenesten. Jeg ser positivt på at Riksrevisjonen løfter frem IPS som et målrettet og godt egnet tiltak for denne brukergruppen.

Modellen individuell jobbstøtte forutsetter en samtidig involvering av helse- og omsorgstjenestene og Nav. Riksrevisjonen peker på at det er en utfordring for IPS-forløpene at helsebehandlingen har kortere varighet enn behovet for jobbstøtte tilsier, og anbefaler mer langvarige tilbud. For å sikre en effektiv og hensiktsmessig ansvars- og oppgavedeling for tilbudene, har Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet over de siste årene gitt Nav og Helsedirektoratet i oppdrag å samarbeide om å utvikle felles faglige anbefalinger for IPS (inkludert HelseiArbeid). De faglige anbefalingene er nå på ekstern høring og skal etter planen ferdigstilles våren 2025.

Jeg er glad for at Riksrevisjonen retter søkelys mot betydningen av gode forutsetninger for samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene og Nav. Jeg merker meg at Riksrevisjonen mener at begrensninger i adgangen til å dele taushetsbelagt informasjon er en betydelig utfordring for samhandling på tvers av sektorene. Jeg er svært opptatt av å legge til rette for samarbeid for å ivareta brukerne best mulig. Samtidig har alle pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester rett til vern mot spredning av opplysninger om personlige og helsemessige forhold, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6. Helsepersonell skal hindre at uvedkommende får tilgang til opplysninger om pasientenes legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de har fått eller som er betrodd dem, jf. helsepersonelloven § 21.

Trygghet for at helsetjenesten ikke deler opplysninger som er gitt i fortrolighet, er viktig for at pasienten skal ha den nødvendige tilliten til behandleren sin. Det er derfor gode grunner til å informere pasienten om behovet for å dele taushetsbelagte opplysninger med jobb-spesialisten og å spørre om at pasienten samtykker til dette. Det er også viktig å påpeke at Probas kartlegging av status for IPS (2024) finner at det er tjenestesteder som allikevel får til samarbeidet godt. Jeg vil understreke at påbegynte tiltak som å etablere systematiske rutiner for å innhente samtykke fra brukerne til å dele informasjon, og at tjenestestedene jobber kontinuerlig med systemer og kultur for samarbeid, vil kunne styrke IPS-forløpene. Min ambisjon er å videreføre det viktige arbeidet med IPS i tråd med regjeringens Meld. St. 23 (2022-2023) *Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)* og Meld. St. 33 (2023-2024) *En forsterket arbeidslinje – flere i jobb og færre på trygd*, og å ha en tett dialog med Arbeids- og inkluderingsministeren i arbeidet.

Tjenestene involverer og ivaretar pårørende i liten grad.

Mange pårørende står i svært krevende omsorgsoppgaver over tid. Pårørende er en viktig ressurs, for sine nærmeste, for tjenestene og for samfunnet. Regjeringen er opptatt av at de pårørende skal oppleve å bli sett, hørt og anerkjent som en ressurs. Vi må bidra til å gi pårørende gode dager, for det kan være belastende å være pårørende.

For å klare å stå i en krevende situasjon og ivareta omsorgsoppgaver over tid er det helt nødvendig at pårørende får støtte og avlastning. Mange pårørende etterlyser hjelp, veiledning eller støtte for egne behov som pårørende. Helsetjenesten har en generell veiledningsplikt som innebærer at pårørende som henvender seg skal gis informasjon, for eksempel om aktuelt regelverk og rettigheter, samt om årsaker, symptomer og behandling dersom diagnosen er kjent.

Jeg vil også trekke frem erfaringene fra prosjektet «bedre pårørendesamarbeid» (BPS) ved Senter for medisinsk etikk ved UiO. 15 kliniske distriktpsikiatriske sentre (DPS) i Helse Sør-Øst har vært med på prosjektet. Prosjektet handlet om å bedre pårørendesamarbeidet i spesialisthelsetjenesten, samtidig som forskerne erfarte at kunnskapen også etterspørres og oppleves som relevant for kommunene.

Helseforetak og kommuner bør ha en tilgjengelig oversikt over lokale støttetilbud for pårørende, som gjøres kjent for pårørende og personell. Oversikten kan inneholde lavterskeltilbud som:

- Lærings- og mestringstilbud i regi av kommuner og spesialisthelsetjeneste
- Frisklivssentralen
- Kurs og pårørendeskoler
- Støttetelefoner og nettsider
- Støttetilbud og møteplasser i regi av brukerorganisasjoner, frivillige, private og ideelle organisasjoner

Jeg er glad for at Riksrevisjonen løfter frem verdien av pasientenes og pårørendes erfaringer med det for øyet å utvikle tjenester til det beste for pasienter, brukere og pårørende. Regjeringen prioriterer å innhente og bruke pårørendes erfaringer i forbedringsarbeidet av tjenestene. Helsedirektoratet utvikler nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i helse- og omsorgstjenesten innenfor områdene rusbehandling og psykisk helse. De nasjonale faglige rådene for bruker- og pårørendemedvirkning innen rus- og psykisk helsefeltet er planlagt lansert i 2025.

Helsedirektoratet har også utviklet en Pårørendeveileder som handler om involvering av og støtte til pårørende i helse- og omsorgstjenestene. Veilederen beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefalinger om god praksis. Helsedirektoratet forvalter også flere tilskuddordninger som retter seg mot pårørendeorganisasjoner og bedre pårørendesamarbeid. Et av hovedtiltakene i den gjeldende Pårørendestrategien er tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver. Andre sentrale tiltak i strategien er oppdatering av Helsedirektoratets ovennevnte veileder og utarbeidelse av samarbeidsverktøyet Pårørendeavtaler (se under). Helsedirektoratet har innarbeidet samarbeidsverktøyet som en del av Pårørendeveilederen.

Helsedirektoratet utvikler nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i helse- og omsorgstjenesten innenfor områdene rus og psykisk helse. De nasjonale faglige rådene for bruker- og pårørendemedvirkning i rus og psykisk helsefeltet er planlagt lansert høsten 2024, og implementeringen vil foregå i 2025.

Videre fikk Helsedirektoratet fra 2024 det nasjonale ansvaret for å gjennomføre bruker- og pasienterfaringsundersøkelser. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å utarbeide utkast til helhetlig plan for gjennomføring av brukererfaringsundersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. For å bidra til at resultater fra undersøkelsen blir benyttet til forbedring av tjenestetilbudet, skal Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet utrede modeller for systematisk oppfølging av bruker- og pårørendeundersøkelser slik at det kommer til nytte i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har gjennomført årlige pårørendeundersøkelser siden 2020. I 2021 hadde undersøkelsen som formål å undersøke pårørende til de fire prioriterte pasientgruppene i

Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*: Pårørende til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre.

Som Riksrevisjonen skriver ble samarbeidsavtalene *Pårørendeavtaler* lansert høsten 2024. Samarbeidsavtalene skal bidra til å legge til rette for gode rutiner for samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet har som oppfølging fått i oppdrag å videreutvikle opplæringsmaterieil for pårørendeavtalene i 2025.

I *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet* er bruker- og pårørendemedvirkning løftet fram som innsatsområde. Det foreslås konkrete tiltak for å styrke pårørendes mulighet for medvirkning både på system- og individnivå, samt et sterkere familieperspektiv i tjenestene.

Dårlig samhandling mellom tjenestene og tjenestenivåene fører til svikt i oppfølgingen av personer med ROP-lidelser.

Riksrevisjonen påpeker at det er uklarhet i ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene når det gjelder behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Et av flere virkemidler for å få til mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester for pasienter med store og sammensatte behov er innføring av 19 helsefellesskap. Regjeringen og KS fornyet avtalen og videreført prioriteringen av de fire pasientgruppene med store og sammensatte behov: herunder personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelidelser.

Jeg mener det er for tidlig, slik Riksrevisjonen også tar forbehold om, å fastslå at helsefellesskapene ikke har hatt betydning for samhandling om denne målgruppen. Jeg mener likevel at det er behov for å vurdere om organisering av tjenestene kan legge bedre til rette for at vi når mennesker med behov for integrerte og oppsøkende tjenester. Derfor har vi i *Opptappingsplanen* sagt at vi i løpet av planperioden vil utrede ulike modeller for samhandling og vurdere hvordan helsefellesskapene bedre kan settes i stand til å understøtte ønsket utvikling innen psykisk helse. Regjeringen varslet også i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* en evaluering av dagens modell for utskrivningsklare pasienter, herunder forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og kostnadsdekning for sykehusene, i dialog med kommunesektoren for å sikre gode pasientforløp med trygge overganger og effektiv ressursbruk.

Mange pasienter med ROP-lidelser har behov for tjenester også fra flere sektorer. I *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet* fremheves en tverrsektoriell tilnærming innen rusmiddelfeltet som helhet. Det er en rekke koordinatorordninger i sektorlovgivningen som skal bidra til bedre samhandling og sikre at pasienter får det sammensatte tjenestetilbudet de har behov for, når de har behov for det. Rapportering fra Helsedirektoratet viser at det er et potensial for mer bruk av koordinator og samhandlingsverktøyet individuell plan (IP).

I *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet* varslet regjeringen at det skal nedsettes et offentlig utvalg som skal utrede framtidens rusmiddel- og avhengighetsbehandling, hvor oppgave- og funksjonsfordelingen og samhandling mellom ulike nivåer og aktører optimaliseres. Utredningen skal blant annet omfatte gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget innen behandling av rusmiddel- og avhengighetslidelser for å gi personer med rusmiddelproblemer og deres familier et behandlingstilbud med god kvalitet.

Regjeringen har innført et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd som brukes etter enighet mellom aktuelle kommuner og helseforetak. Hensikten er å understøtte gode pasientforløp, effektiv ressursbruk og tjenesteutvikling gjennom samhandling mellom nivåene. Tilskuddsmidlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner. Det ble bevilget 280 mill. kroner til dette i 2024. Satsingen videreføres i 2025.

Koordineringsordningene er i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* pekt på som et område som skal gjennomgås, og i *Forebyggings- og behandlingsreformen* slås det fast at regjeringen vil bidra til bedre bruk av koordinator for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. I tillegg vil Helse- og omsorgsdepartementet be Helsedirektoratet vurdere hvordan det kan tilrettelegges for å sikre bedre kommunikasjon om pasienter med langvarig og sammensatte tjenestebehov, herunder ROP-pasienter.

Med hilsen



Jan Christian Vestre

Vedlegg 5:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Kommunal- og distriktsdepartementet



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Anna Ræder 22241162
Vår dato
18.12.2024
Deres dato

Vår referanse
2024/01096-4
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl § 18 (2)

KOMMUNAL- OG DISTRIKTSDEPARTEMENTET
Postboks 8112 DEP
0032 OSLO

Til: statsråd Erling Sande

Oversendelse av Dokument 3:X (2024–2025) Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2024–2025) *Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Kommunal- og distriktsdepartementet ved vårt brev 4. november 2024, og på departementets svar 2. desember 2024. Likelydende brev er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 9. januar 2025.

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Vedlegg:
Dokument 3:x (2024–2025) *Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 6:

Statsrådets svar

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0130 OSLO

Unnateke offentlegheit,
offl. § 5 andre ledd

Dykkar ref

Vår ref

Dato

22/7819-19

17. januar 2025

Dokument 3-xx om helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykiske lidelse

Eg viser til brev frå Riksrevisjonen av 17. desember 2024 om oversending av utkast til Dokument 3-xx (2024-2025) *Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykiske lidelse*. Riksrevisjonen ber meg gjere greie for korleis konklusjonar og tilrådingar vil bli følgde opp.

I rapporten fremjar Riksrevisjonen ei rekkje tilrådingar for å betre helse- og velferdstenestene til personar med samtidig rusmiddelliding og psykisk lidning (ROP-gruppa). Ei av tilrådingane gjeld mitt ansvarsområde og temaet for ei anna tilråding har Arbeids- og inkluderingsministeren, Helse- og omsorgsministeren og eg ansvar for saman.

Det er kommunane som har ansvar for å skaffe bustader til vanskelegstilte. Det inkluderer personar med samtidig rusmiddelliding og psykiske lidningar. Dette er ei krevjande oppgåve og personar med ROP-lidingar kan ha behov for bistand frå fleire offentlege instansar samtidig. Dette er ei gruppe som er i særleg risiko for å bli bustadlause. I dei fleste kommunane er det relativt få personar i ROP-gruppa, men kommunane opplever ofte arbeidet med å tilby dei eit eigna butilbod som utfordrande. Eg set difor stor pris på at Riksrevisjonen gjennom sin rapport set søkjelys på denne sårbare gruppa og dette krevjande arbeidet for kommunane.

I omtala om butilbod og bustader, som eg har ansvar for, stadfestar Riksrevisjonen at kommunane ikkje klarar å skaffe eigna bustader til personar med ROP-lidingar. Eg har behov for å nyansere biletet noko og peike på at kommunane disponerer *ein del* bustader som er eigna for personar med ROP-lidingar, men dei har ikkje *nok* eigna bustader. Det er òg krevjande for kvar enkelt kommune til ei kvar tid å ha eit tilstrekkeleg tilbod av eigna bustader

til denne gruppa, da situasjonen raskt kan endre seg. Eg vil difor fortløpande vurdere verkemidla og behovet for eventuelle justeringar.

I Meld. St. 13 (2023-2024) Bustadmeldinga – Ein heilskapleg og aktiv bustadpolitikk for heile landet varsla regjeringa ein forsterka innsats for dei som ikkje klarer å skaffe seg eller behalde ein eigna bustad sjølv. Nær éin av tre personar med ROP-lidingar og som tek i mot tenester, har ikkje ein permanent eller tilfredsstillande busituasjon. Samanlikna med andre bustadlause har personar med ROP-lidingar oftare tilbakevendande problem med å finne seg ein stad å bu eller behalde bustaden. For å oppnå ein stabil busituasjon treng dei ofte både ein tilrettelagd bustad, oppfølging i bustaden, helsetenester og andre tenester. I tillegg møter kommunane ofte lokal motstand når dei planlegg bustader til denne gruppa i ordinære bumiljø. Regjeringa vil gjennom økonomiske støtteordningar og verktøy, halde fram med å hjelpe kommunane i dette krevjande arbeidet. I meldinga varslar regjeringa å utgreie om Husbanken sitt nye digitale fagsystem for kommunale bustader og bustadsosialt arbeid, Kobo, kan vidareutviklast for betre å sjå bustader og tenester i samanheng.

Nedanfor viser eg til tiltak og innsatsar eg har, eller vil setje i gang, for å følgje opp dei to tilrådingane frå Riksrevisjonen som eg har ansvar og delansvar for.

1. 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.

Husbanken støtter kommunane i arbeidet overfor vanskelegstilte på fleire måtar. Saman med KS og ein rekkje kommunar, har Husbanken utvikla eit digitalt fagsystem for kommunale utleigebustader og bustadsosialt arbeid, kalla Kobo. Dette systemet lettar prosessen med å søkje, tildele og administrere dei kommunale bustadene. Kobo inneheld mykje informasjon om bustadene, deira kvalitet, fysiske utforming og i kva bumiljø dei ligg. I tillegg får saksbehandlarane tilgang til bakgrunnsinformasjon om søkjarane. Kobo gjer det dermed enklare for kommunane å finne rett bustad i rett bumiljø for kvar enkelte søkjar. Det er gratis for kommunane å ta Kobo i bruk og alle kommunar får tilbod om å bruke Kobo. Over 130 kommunar har til no teke systemet i bruk. Eg er òg kjend med at fleire nye kommunar no er i dialog med Husbanken for å kunne ta Kobo i bruk. Eg viser òg til Husbanken sitt tilskot til bustadtiltak som blant anna kan går til å utvikle nye metodar, konsept og løysingar i det bustadsosiale arbeidet. Husbanken skal greie ut om Kobo kan vidareutviklast for å sikre betre brukarreiser og styrke samarbeidsstruktur mellom sektorane i sårbare overgangar, som blant anna etter utskriving frå institusjon eller etter lauslating frå fengsel.

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

legger bedre 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.

Når det gjeld denne anbefalinga, vil eg vise til lova om kommunane sitt ansvar på det bustadsosiale feltet, som tredde i kraft 1. juli 2023. Lova presiserer kommunane sitt ansvar

på det bustadsosiale området og skjerpar krava til kommunane si bustadsosiale planlegging. Det står i lova at kommunen skal i sitt bustadsosiale arbeid sørge for samarbeid på tvers av sektorar og samordning av sine tenester. I tillegg skal kommunen samarbeide med andre offentlege aktørar som kan bidra til arbeidet for vanskelegstilte på bustadmarknaden. Kommunen skal òg ha oversikt over behovet for ordinære og tilpassa bustader til vanskelegstilte på bustadmarknaden. Oversikta skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunen si planstrategi. Vidare skal kommunen fastsette overordna mål og strategiar for det bustadsosiale arbeidet, med utgangspunkt i denne oversikta.

Generelt har Husbanken ei viktig oppgåve med å støtte kommunane i deira bustadsosiale arbeid. Det gjeld òg å støtte kommunane med å implementere den bustadsosiale lova. I dette arbeidet skal Husbanken vidareutvikle verktøy og metodar for godt bustadsosialt arbeid. Dett gjeld blant anna Kobo som er nemnd over. Kommunane vil trenge nøkkeldata og anna styringsinformasjon for å følge opp krava til planlegging. Videre skal Husbanken vurdere kommunane sine utfordringar i det bustadsosiale arbeidet og synleggjere eventuelle variasjonar mellom kommunane.

I *Meld. St. 23 (2023-2024) Opptappingsplanen for psykisk helse 2023-2033* varslar regjeringa at vi vil jobbe for betre bu- og tenestetilbodet for personar med langvarige samansette behov. Evalueringa av opptappingsplanen for rusfeltet frå 2021 viste at manglande tilgang på eigna bustader etter lauslating frå fengsel eller etter utskriving frå institusjon, er ei stor utfordring. Eg har derfor bede Husbanken greie ut moglegheita for å vidareutvikle Kobo for betre samarbeidsstrukturar mellom sektorane, jf. svar på anbefalinga over. Husbanken skal levere si vurdering av kva som er mogleg og tilråding for vidare utviklingsarbeid til departementet før sommaren 2025.

Med helsing



Erling Sande

Vedlegg 7:

Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger

Revisjonen er gjennomført som en forvaltningsrevisjon i henhold til

- **lov om Riksrevisjonen § 9 tredje ledd**
- **instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 9**
- **INTOSAI standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)**
- **Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon**

Innhold

1	Innledning	6
1.1	Bakgrunn	6
2	Mål og problemstillinger.....	8
3	Revisjonskriterier	9
3.1	Helse	9
3.2	Bolig	10
3.3	Arbeid og aktivitet.....	11
3.4	Pårørende	12
3.5	Samordning	12
4	Metodisk tilnærming og gjennomføring	13
4.1	Dokumentanalyse	13
4.2	Intervjuer	14
4.3	Tjenestekartlegging	16
4.4	Spørreundersøkelser til kommuner og helseforetak	16
4.5	Skriftlige spørsmål til statsforvaltere og regionale helseforetak.....	17
5	Barrierer	18
5.1	Systemet forutsetter at man søker tjenester selv og har digitale verktøy	18
5.2	Tjenestene er fragmenterte.....	19
5.3	Mange sliter med å møte opp til timeavtaler	19
5.4	Mange ønsker ikke tjenester eller er utilgjengelige for tjenesten	20
5.5	Personer med ROP-lidelser har ofte behov for hjelp til å ivareta sine egne rettigheter.....	21
6	Helse- og omsorgstjenester	23
6.1	Relevante føringer.....	23
6.2	Helsetilbudet er ikke tilpasset behovene.....	23
6.3	FACT/ACT er et tilpasset tilbud som ikke er tilgjengelig for mange.....	30
6.4	Det er vanskelig å få døgninnleggelse for personer med ROP-lidelser.....	36
6.5	Det er vanskelig å gi samtidig behandling i spesialisthelsetjenesten	44
6.6	Overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er ikke gode nok	52
6.7	Brukermedvirkningen for pasienter med ROP-lidelser kan forbedres	58
6.8	Samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok	60
7	Bolig	72
7.1	Relevante føringer.....	72
7.2	Mange med ROP-lidelser bor i uegnet bolig, og mange er bostedsløse	72
7.3	Årsaker til at kommunene ikke klarer å skaffe egnede boliger til personer med ROP-lidelser	80
7.4	Statlige virkemidler løser ikke boligproblemene til personer med ROP-lidelser	85
8	Arbeid, aktivitet og økonomi	91
8.1	Relevante føringer.....	91

8.2	Mange personer med ROP-lidelser har lite meningsfull aktivitet og dårlig økonomi	91
8.3	Navs ordninger er ikke godt nok tilpasset for disse personene	92
8.4	Arbeidsrettet oppfølging av personer med ROP-lidelser begrenses ofte til individuell jobbstøtte (IPS)	97
8.5	Årsaker til at denne gruppen i liten grad tar i bruk kommunale aktivitetstilbud.....	105
9	Pårørende.....	106
9.1	Pårørendeinvolvering i kommunene og spesialisthelsetjenesten er mangelfull	107
9.2	Pårørende får i liten grad oppfølging og behandling	111
10	Vurderinger	115
10.1	Helsetjenestene har ikke gjort nok for å tilpasse helsetilbudet til personer med ROP-lidelser	115
10.2	Kommunene klarer ofte ikke å skaffe egnede boliger til personer med ROP-lidelser	118
10.3	Arbeidsrettet oppfølging og andre aktivitetstiltak er lite tilrettelagt for personer med ROP-lidelser	120
10.4	Tjenestene involverer og ivaretar pårørende i liten grad	122
10.5	Dårlig samhandling mellom tjenestene og tjenestenivåene fører til svikt i oppfølgingen av personer med ROP-lidelser.....	123
11	Referanseliste.....	127
	Vedlegg.....	141
	Vedlegg 1: Revisjonskriterier	142
	Vedlegg 2: Oslo kommune – Matrise for rusfeltet	155

Tabelloversikt

Tabell 1	Metoder som er brukt for å belyse de ulike problemstillingene	13
Tabell 2	Svarprosent på spørreundersøkelsen til kommuner	17
Tabell 3	Ansvar for pasienter med ROP-lidelser	44
Tabell 4	Hvorfor kommunen mente at ROP-pasienten ikke var utskrivningsklar	52
Tabell 5	Årsaker til at kommunen ikke bruker koordinator for personer med ROP-lidelser	66
Tabell 6	Årsaker til at personer med ROP-lidelser ikke har tilfredsstillende boforhold (uegnet bolig eller bostedsløs)	82
Tabell 7	Utbetalt tilskudd til antall boliger for personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (antall boliger)	88
Tabell 8	Investeringsstilskuddet – utbetalt tilskudd til antall boliger til personer med ROP-lidelser	89
Tabell 9	Årsaker til at personer med ROP-lidelser ikke har tilstrekkelig meningsfull aktivitet.....	105

Figuroversikt

Figur 1	Oversikt over sentrale aktører som gir tjenester til personer med ROP-lidelser	7
Figur 2	Eksempler på barrierer som en person med ROP-lidelser kan møte.....	18
Figur 3	Oversikt over aktører som kan gi helsetjenester til personer med ROP-lidelser	23
Figur 4	Påstander om utskriving og tilbud til dem som ikke møter opp	24
Figur 5	Tilgang på poliklinisk eller ambulant behandling for pasienter med høy voldsrisiko	27
Figur 6	Kommuners tilgang til FACT-/ACT-team	31

Figur 7 Årsakene til at kommunene ikke har FACT og/eller ACT-team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.....	32
Figur 8 Tilgjengelig FACT/ACT i psykisk helsevern og TSB	33
Figur 9 Utviklingen i antall døgnplasser i psykisk helsevern og TSB, per 10 000 voksne innbyggere, 2010–2023	38
Figur 10 Utvikling i antall døgnplasser i psykisk helsevern per 10 000 voksne innbyggere fra 2019 til 2023	40
Figur 11 Årlig reduksjon i antall døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere i antall og prosent.....	41
Figur 12 Tilgjengelig døgnbehandling for pasienter med høy voldsrisiko i psykisk helsevern og TSB.	42
Figur 13 Psykisk helseverns vurdering av egen kompetanse på noen områder	46
Figur 14 Tilgjengelige døgntilbud som gir samtidig behandling i psykisk helsevern og TSB.....	49
Figur 15 Aktørenes rapporterte årsaker til at de ikke bruker individuell plan	64
Figur 16 Oversikt over sentrale aktører som kan gi bolig og boligsosiale tjenester til personer med ROP-lidelser	72
Figur 17 Har kommunen det siste året klart å framskaffe midlertidig botilbud til alle som har bedt om det?	74
Figur 18 Har en eller flere personer med ROP-lidelser bodd i midlertidig botilbud i mer enn tre måneder det siste året?	75
Figur 19 Kommunen bosetter personer med ROP-lidelser som er rusfrie, for eksempel etter fengselsopphold eller rusbehandling, i aktive rusmiljøer	76
Figur 20 Boligsklia	77
Figur 21 Mangel på egnet bolig er til hinder for annen hjelp	78
Figur 22 Andel kommuner som svarer hvor god tilgang på egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser de har	81
Figur 23 Kommunenes vurdering av Husbankens lån og tilskudd	87
Figur 24 Oversikt over aktører som kan gi arbeids- og velferdstjenester til personer med ROP-lidelser	91
Figur 25 Andel av kommuner med tilgang til minst en type IPS-tjeneste.....	99
Figur 26 Antall årsverk til IPS-jobbspesialister per 100 000 innbyggere i 2020 og 2023.....	100
Figur 27 Det er personer med ROP-lidelser i kommunen som kunne hatt nytte av IPS, men som ikke får IPS	101
Figur 28 Reglene for taushetsplikt er tydelige når det gjelder å dele informasjon med pårørende	108
Figur 29 Involverer pårørende så langt som mulig når pasienten ønsker det.....	110

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Grunnleggende IPS-prinsipper	97
Faktaboks 2 Godt eksempel på pårørendeinvolvering.....	109

Ordliste og forkortelser

ACT-team (aktivt oppsøkende behandlingsteam) gir oppsøkende og helhetlige tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet, og som ofte også har rusmiddelproblemer.

Arbeids- og velferdsetaten er den statlige delen av arbeids- og velferdsforvaltningen. Arbeids- og velferdsetaten har ansvaret for gjennomføringen av arbeidsmarkeds-, trygde- og pensjonspolitikken.

Brukerplan er et kartleggingsverktøy og et helseregister, som kommuner bruker til å kartlegge omfanget og karakteren av rus og/eller psykiske helseproblemer blant brukere av kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester.¹

Bostedsløs defineres slik i denne undersøkelsen: «Som bostedsløs regnes personer som ikke disponerer egen eid eller leid bolig, men som er henvist til tilfeldige eller midlertidige botilbud, oppholder seg midlertidig hos nær slektning, venner eller kjente, befinner seg under kriminalomsorgen eller i institusjon og skal løslates eller utskrives innen to måneder og ikke har bolig, og personer uten ordnet oppholdssted kommende natt.»²

FACT-team (fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam) er et tverrfaglig team som tilbyr helhetlig behandling og oppfølging til personer med alvorlige psykiske lidelser og ofte samtidig rusproblemer. Teamet gir oppsøkende hjelp og tjenester etter brukerens behov. ACT-team jobber på samme måte, men skiller seg fra FACT-team ved at de retter seg mot mennesker med psykoseproblemer. FACT-team har en bredere målgruppe.

Forvaltningskonto er en bankkonto som settes opp når Nav eller kommunen skal forvalte en privatpersons økonomi.

Individuell plan er et virkemiddel som skal sikre at personen får sine behov dekket på en helhetlig måte. Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren.

IPS-jobbspesialist er en fagperson som arbeider med å hjelpe mennesker med psykiske helseutfordringer eller rusproblemer å komme i jobb gjennom metoden individuell jobbstøtte (IPS).

Kronekort er et betalingskort som utstedes til personer som av ulike årsaker ikke får opprette bankkonto.

MO-sentrene (mottaks- og oppfølgingssentrene) er ressursentre for personer med rusavhengighet. Disse sentrene er lavterskeltilbud som finnes i flere norske kommuner. Målet med MO-sentrene er å forbedre livssituasjonen for rusavhengige ved å redusere de fysiske, psykiske og sosiale skadene som følger av avhengigheten.

Nav-kontoret består av den statlige arbeids- og velferdsetaten og de delene av kommunenes sosialtjenester som inngår i de felles lokale kontorene. Samlet omtales dette også som arbeids- og velferdsforvaltningen.

Psykisk helsevern viser til den delen av spesialisthelsetjenesten som undersøker og behandler mennesker med psykiske lidelser. Dette inkluderer døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling samt ambulante tjenester og øyeblikkelig hjelp.

ROP-lidelser er en samlebetegnelse for samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse.³

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er behandling av rusmiddellidelser på spesialistnivå og omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling samt ambulante tjenester. TSB inkluderer også avrusning og øyeblikkelig hjelp. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinsk, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse.⁴

¹ Helse Stavanger. (2024). Brukerplan. Hentet 20.9.2024 fra <https://www.helse-stavanger.no/brukerplan#hva-er-brukerplan>.

² Dyb og Zeiner. (2021). Bostedsløse i Norge 2020: En kartlegging, s. 18–19.

³ Helsedirektoratet. (2022). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser).

⁴ Oslo Universitetssykehus. (2024). Introduksjon til TSB.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Personer med alvorlige ROP-lidelser (samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse) utgjør en spesielt sårbar gruppe i samfunnet. Personer med ROP-lidelser har gjerne lav utdanning, er ofte uten arbeid og topper statistikken over bostedsløse. De blir hyppigere akuttinnlagt og avruset enn andre personer med rusmiddelproblemer, de er oftere tvangsinnlagt og har høyere risiko for selvmord og overdose. I tillegg har de dårligere somatisk helsetilstand. En mye gjengitt studie fra 2011 fant at pasienter med alvorlige psykiske lidelser lever 15–20 år kortere enn gjennomsnittet i den øvrige befolkningen.⁵

Rusbruk og psykiske lidelser påvirker funksjonsnivået til personer med ROP-lidelser. Flere sliter med å styre egen økonomi, delta i aktiviteter og gjennomføre daglige gjøremål, og mange opplever kognitive vansker.⁶ Mange bor i midlertidige boliger, også over lang tid, og enda flere bor i uegnede botilbud. Denne gruppen har ofte sammensatte problemer som kan kreve spesialtilpassede boliger og omfattende oppfølging fra helse- og sosialtjenester. Personer med alvorlige ROP-lidelser deltar lite i arbeid og meningsfulle aktiviteter. Mer enn halvparten av denne gruppen hadde i 2020 svært lite eller ingen form for meningsfull aktivitet.⁷

Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020) inneholdt flere mål for å bidra til mer flerfaglig og strukturert oppfølging av brukere med sammensatte behov. Noen viktige punkter i planen var å styrke kapasiteten og kvaliteten i behandlingstilbudet, prioritere bolig, arbeid og aktivitet, sikre reell brukerinnflytelse og tilby bedre støtte til pårørende. Et av innsatsområdene i opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) er å gi bedre oppfølging til personer med ROP-lidelser. Planen peker på at bruken av somatiske helsetjenester varierer stort mellom regionene, og framhever at samhandlingen innad i helse- og omsorgstjenestene og mellom ulike tjenester og sektorer er særlig en utfordring. Et av de åtte resultatmålene i planen er å øke levealderen for personer med ROP-lidelser og å redusere forskjellen i levealder mellom ROP-gruppen og den øvrige befolkningen.

1.1.1 Definisjon og forekomst

I denne undersøkelsen bruker vi en definisjon av personer med ROP-lidelser fra ROP-retningslinjen.⁸ Personer med ROP-lidelser er personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddellidelse. I tillegg omfatter definisjonen personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddellidelse når hver av de to typene lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt.

Med utgangspunkt i denne definisjonen er det vanskelig å anslå nøyaktig hvor mange dette gjelder. Det skyldes delvis mangelfulle data og delvis at det ikke finnes en klar definisjon av alvorlige psykiske lidelser og betydelig funksjonssvikt.

Helse Sør-Øst RHF gjorde likevel et forsøk på å anslå omfanget i sin rapport om framskrivninger i psykisk helsevern fra 2021. Rapporten viste at pasienter med ROP-lidelser utgjør om lag 4 200 personer, og i overkant 15 prosent av populasjonen med alvorlig psykisk lidelse i Norge (både hoved- og bidiagnose). Det antas at rusrelaterte lidelser er underdiagnostisert blant personer som har en alvorlig psykisk lidelse. Andelen ROP-lidelser av totalen var i vekst og økte fra 15,2 prosent i 2016 til 15,7 prosent i 2019.⁹

⁵ Wahlbeck mfl. (2011) *Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders*.

⁶ Helse Stavanger. (2020). *Brukerplan årsrapport 2019*, Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*, Legeforeningen. (2023). *Bedre helse og lengre liv*.

⁷ Helse Stavanger. (2020). *Brukerplan årsrapport 2019*.

⁸ Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*.

⁹ Helse Sør-Øst. (2020). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.

Brakerplan-kartleggingen, som er et verktøy for å kartlegge tjenestemottakere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer i kommuner, kategoriserte 5 262 som brukere med «alvorlig ROP» i 2019. 13 089 personer ble kategorisert med «mindre alvorlig ROP».¹⁰

1.1.2 Tjenestetilbudet til personer med alvorlige ROP-lidelser

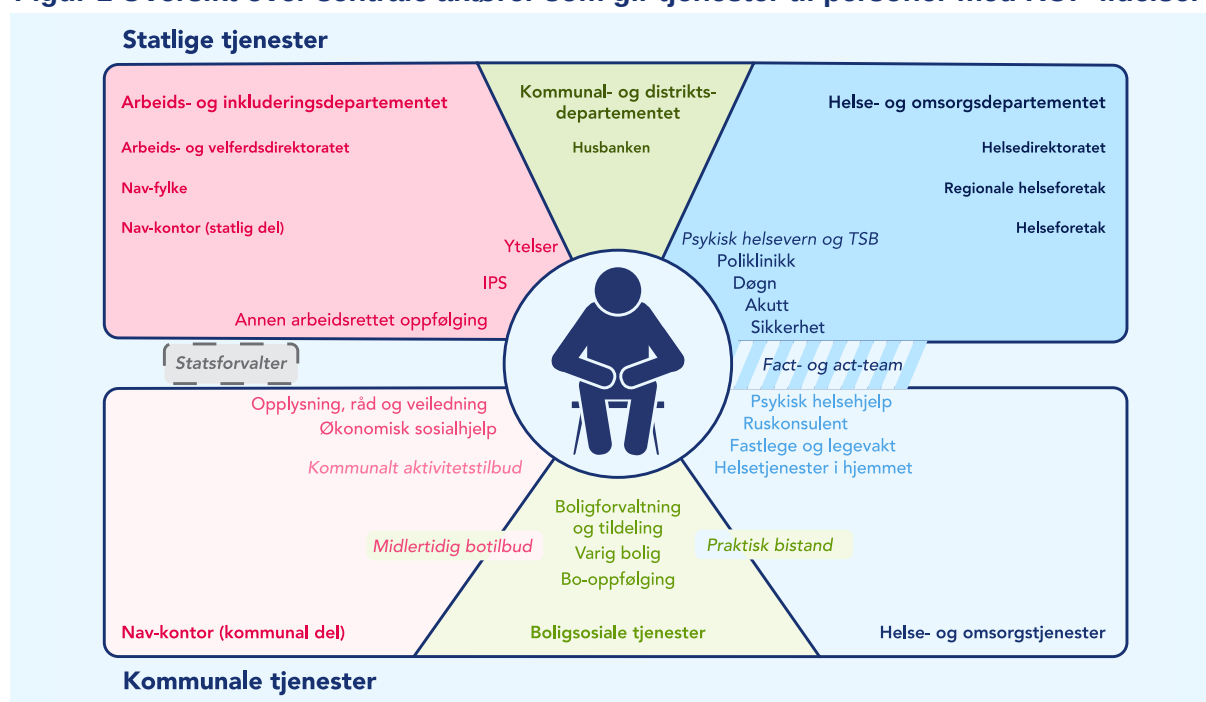
Personer med ROP-lidelser har et særlig behov for helhetlige, integrerte og langsiktige tjenester. De trenger ulike helsetjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten samt velferdstjenester som boligsosial oppfølging, økonomisk veiledning og støtte og oppfølging til arbeid og aktivitet. Svikt i tjenestetilbudet og i samhandlingen mellom tjenestene kan få alvorlige konsekvenser for både brukerne, deres pårørende og samfunnet generelt.

Det offentlige tjenestetilbudet har store utfordringer med å gi et godt nok tilbud til denne gruppen. Flere rapporter viser blant annet at

- kommunene ikke har nok egnede boliger, og mange med ROP-lidelser er bostedsløse¹¹
- personer med ROP-lidelser ikke får helsetilbudet de har behov for fra kommunene eller spesialisthelsetjenestene¹²
- mange personer med ROP-lidelser har ingen eller svært lite meningsfull aktivitet¹³

Videre er det store utfordringer med samhandlingen mellom de relevante aktørene. Figuren nedenfor viser en oversikt over de sentrale aktørene på feltet¹⁴:

Figur 1 Oversikt over sentrale aktører som gir tjenester til personer med ROP-lidelser



Kilde: Riksrevisjonen.

¹⁰ Ved siste gjennomførte kartlegging i 2020 var registreringer fra Nav og barnevernet ekskludert. Da ble 2 650 personer kategorisert som «alvorlig ROP», og 7 459 ble kategorisert som mindre alvorlig ROP.

¹¹ Dyb & Zeiner. (2021). Bostedsløse i Norge 2020: En kartlegging; Sørlly mfl. (2021). Nomader på lavterskel – Boligløsninger for personer med rusproblemer og psykiske lidelser; Hansen mfl. (2023). I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv; Røe mfl. (2021). Trygg bolig for en meningsfull hverdag: Utvikling av nytt bo- og tjenestetilbud for personer med ROP-lidelser og voldsrisko; Pasient- og brukerombudet. (2020). Psykisk helsearbeid i kommunene. Felles fokusområde 2019 for landets pasient- og brukerombud; Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). Bedre beslutninger, bedre behandling; NIBR og Oslo Economics. (2023). Evaluering av tilskudd til utleieboliger; Osnes & Sørvoll. (2023). Kommunale utleieboliger til vanskeligstilte på boligmarkedet i Norge.

¹² Dyb & Zeiner. (2021). Bostedsløse i Norge 2020: En kartlegging; Hansen mfl. (2023). I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv; Hansen mfl. (2020). Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Fjerde statusrapport; Helsetilsynet. (2019). Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse.

¹³ Helse Stavanger. (2019-2021). Brakerplan årsrapport 2018; Brakerplan årsrapport 2019; Brakerplan årsrapport 2020.

¹⁴ Det er forskjeller i hvordan tjenestetilbudet er organisert i de kommunale tjenestene.

Figuren viser statlige og kommunale aktører som gir tjenester innenfor helse (blå), bolig (grønn) og aktivitet, arbeidsrettet oppfølging og velferd (rød), som er relevante for behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser.

1.1.3 Barrierer i møte med det offentlige tjenestetilbudet

Personer med alvorlige ROP-lidelser opplever betydelige utfordringer i møte med det offentlige tjenestetilbudet. Tilbudet er ofte fragmentert, og det mangler koordinering mellom ulike tjenester. Videre er det en tendens til at tjenestene ikke er tilpasset de komplekse behovene til denne gruppen, som ofte har behov for helhetlig og langvarig oppfølging. Det gjør at personer med ROP-lidelser ofte ikke får de tjenestene de har behov for.

Manglende samhandling mellom tjenester gjør det også vanskelig for denne gruppen å navigere i systemet. For eksempel kan det være utfordrende for en person med en ROP-lidelse å holde oversikt over ulike avtaler og møter med forskjellige instanser, som fastlege, psykiater, og Nav. Digitale utfordringer, som manglende tilgang til eller kompetanse på bruk av digitale verktøy, kan ytterligere hindre dem i å få den hjelpen de trenger.

2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å belyse årsaker til mangler i tjenestetilbudet til voksne personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser og deres pårørende. Videre er målet å belyse konsekvensene av disse manglene og å finne eksempler på godt utformede tjenester.

På bakgrunn av målet med undersøkelsen har vi utformet fire hovedproblemstillinger:

1. Hva er de største svakhetene i tjenester som gis til voksne med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser og deres pårørende?
2. Hva kan forklare svakhetene, og hvordan har myndighetene fulgt dem opp?
3. Hvilke konsekvenser får et mangelfullt tilbud til voksne med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser og deres pårørende?

Undersøkelsesperioden er 2019–2024.

3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de kravene, normene og standardene som er relevante på området for den aktuelle forvaltningsrevisjonen. Sammen med faktabeskrivelsen utgjør de grunnlaget for Riksrevisjonens vurderinger. De kriteriene som ligger til grunn for vurderingene, er utdypet her. Revisjonskriteriene er mer utdypende beskrevet i vedlegg 1.

3.1 Helse

Etter *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) har pasienter rett til lik tilgang til helsehjelp uansett hvor de bor. Et viktig formål med både lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) og *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) er å bidra til et likeverdig tjenestetilbud for hele befolkningen, jf. § 1-1 i begge lovene. Det går fram av forarbeidene til begge lovene at dette innebærer at befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester uavhengig av forhold som alder, kjønn, økonomi, bosted, sosial status mv., jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) og Prop. 91 L (2010–2011).

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Kommuner og helseforetak skal ha systemer for å hente inn pasienters/brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter på flere nivåer og bruke disse erfaringene i forbedringsarbeidet.¹⁵

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at den enkelte pasienten eller brukeren skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud. Kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Det betyr at de må legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby lovpålagte tjenester. Innenfor rammen av nasjonale mål har kommunene stor frihet til å vurdere hvordan tjenestene skal organiseres, og hvilke virkemidler som skal tas i bruk. På samme vis har det regionale helseforetaket en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom blant annet ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak og med kommuner eller andre tjenesteytere for å tilby tjenester, jf. § 2-1 e i spesialisthelsetjenesteloven. Når det gjelder overgangen til kommunene, følger det av § 9 i *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* at tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og *lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (psykisk helsevernloven).¹⁶ Formålet med en individuell plan er at brukeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Kommunen har plikt til å tilby en koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. § 7-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Koordinatoren skal sørge for at den enkelte pasienten eller brukeren får nødvendig oppfølging, sikre samordning av tjenestetilbudet og sørge for framdrift i arbeidet med den individuelle planen.

Når det gjelder døgnplasser, vedtok et flertall, i forbindelse med behandling av Innst. 243 S (2020–2021), jf. Dokument 8:130 S (2019–2020) *Representantforslag om kraftfull styrking av innsatsen overfor personar med alvorleg rus- og psykisk lidning (ROP)*, at Stortinget ber regjeringen umiddelbart

¹⁵ Helseforetaksloven § 35, Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 og Helsedirektoratet (2017) *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*.

¹⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5

stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern.¹⁷ I Innst. 11 S (2022–2023), jf. Prop. 1 S (2022–2023), merker helse- og omsorgskomiteens flertall¹⁸ 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.

Pasient- og brukerrettighetsloven skal blant annet bidra til å sikre at til innholdet i og tidspunktet for helse- og omsorgstjenestene som tilbys, har god kvalitet. De er vanligst at hovedansvaret for å behandle personer med alvorlige ROP-lidelser ligger hos psykiske helsevern, både ved mindre alvorlig og ved alvorlig rusmiddellidelse. Dersom den psykiske lidelsen er stabilisert, kan imidlertid pasienten behandles innen TSB. Det forutsettes da et nært samarbeid med psykisk helsevern, og at psykisk helsevern har vurdert dette som forsvarlig behandling av alvorlig psykisk lidelse. Psykisk helsevern skal derfor ha kompetanse til å behandle pasienter med en kombinasjon av en alvorlig psykisk lidelse og en hvilken som helst rusmiddellidelse. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddellidelser skal ha kompetanse til å behandle pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig rusmiddellidelse.¹⁹

3.2 Bolig

Det er et mål i boligpolitikken at alle skal bo trygt og godt²⁰. Kommunene har ansvar for å forebygge boligsosiale utfordringer og å bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet får bistand til å skaffe seg og beholde en egnet bolig²¹. Kommunal- og distriktsdepartementet skal bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet kan skaffe seg en egnet bolig og beholde den.²² Dette gjør departementet ved å utvikle og forvalte regelverk, økonomiske støtteordninger og utvikle kunnskap.

Husbanken er et statlig organ for gjennomføring av boligpolitikken. Husbanken skal forvalte startlån, bostøtte og låne- og tilskuddsordninger for kommunene, og den skal medvirke til å utvikle kunnskap om mål, metoder og resultat innenfor det boligsosiale feltet.²³ Husbankens samfunnsoppdrag er å forebygge at folk blir vanskeligstilte på boligmarkedet, og bidra til at vanskeligstilte kan skaffe seg og beholde en egnet bolig.²⁴ 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.

Videre peker en samlet komite på at opptrappingsplanen for rusfeltet må ha som mål at alle rusavhengige får tilbud om et egnet sted å bo. I Innst. 240 S (2015–2016) viser komiteen til at personer med rusproblemer har ulike boligbehov. Kommunene bør oppfordres til å opprette varierte boligløsninger med ulik grad av støtte fra hjelpeapparatet, inspirert av eldreomsorgen.

Når det gjelder bostedsløshet, peker helse- og omsorgskomiteen i Innst. 240 S (2015–2016) på at de er kjent med at personer med rusproblemer 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 tilgang til en trygg bolig kanskje er det aller viktigste i rehabiliteringsprosessen.

Videre er arbeids- og velferdsforvaltningen i kommunen etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* (sosialtjenesteloven) forpliktet til å finne et midlertidig botilbud til dem som ikke

¹⁷ Vedtak 695, votering 5: Voteringsoversikt. Det var 57 stemmer for og 30 stemmer mot.

¹⁸ Alle komitemedlemmene unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet. Disse hadde flertall på Stortinget.

¹⁹ Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*.

²⁰ Alle trenger et trygt hjem – Nasjonal strategi for den boligsosiale politikken (2021–2024).

²¹ Boligsosialloven § 1.

²² Kommunal- og distriktsdepartementet. (2022). *Prop. 1 S (2022–2023)*, s. 172.

²³ Lov om husbanken § 1.

²⁴ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023). *Hovedinstruks for Husbanken*.

klarer det selv. Ifølge rundskriv til loven er det et mål at bruken av midlertidig botilbud skal begrenses i omfang, og opphold som varer mer enn tre måneder, bør kun unntaksvis forekomme.

3.3 Arbeid og aktivitet

Flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad har vært det overordnede målet for arbeids- og velferdspolitikken gjennom mange år. Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 47 (2005–2006), jf. Innst. O. nr. 55 (2005–2006) *Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)*, understreket en samlet arbeids- og sosialkomite at den nye arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav) skal legge vekt på arbeidslinjen, der målet er flere i arbeid og færre på stønad. Arbeidslinjen må ifølge komiteen ha et bredt nedslagsfelt og inkludere alle mennesker. En samlet komite understreket også at det er viktig at Nav samarbeider med ulike relevante tjenester som ligger utenfor forvaltningens myndighetsområde, for å sikre helhet og koordinering rundt brukere med sammensatte behov. Dette kan være helsetjenester i både stat og kommune samt pleie- og omsorgstjenester.

Den statlige delen av Nav, kalt arbeids- og velferdsetaten, forvalter de statlige tjenestene og ytelsene som reguleres i blant annet *lov om folketrygd* (folketrygdloven), *lov om arbeids- og velferdsforvaltningen* (NAV-loven) og *forskrift om arbeidsmarkeditak* (tiltaksforskriften). Arbeids- og velferdsetaten har en sentral rolle i å gjennomføre arbeids- og velferdspolitikken. Arbeids- og velferdsetatens bistand til ledige, personer med nedsatt arbeidsevne og arbeidsgivere skal bidra til et velfungerende arbeidsmarked der mange kommer ut i arbeid eller utdanning, og motvirke at flere faller varig ut av arbeidslivet. Målet er at ledige og permitterte raskest mulig skal komme tilbake i arbeid eller utdanning, og at utsatte grupper i arbeidsmarkedet får hjelp til å komme i arbeid eller utdanning.²⁵

I Innst. 240 S (2015–2016), jf. Prop. 15 S (2015–2016), skriver komiteen at det å ha et arbeid å gå til er svært viktig for personer med rusmiddellidelser, og at det er et behov for en særskilt politisk innsats for å få til gode tiltak på området arbeid og rusmiddellidelser. Komiteen viser til at mangel på aktivitet og arbeid for personer med rusmiddellidelser er et stort problem, som også ble påpekt av flere av høringsinstansene.

For at personer med sammensatte utfordringer skal ha nytte av den arbeidsrettede oppfølgingen fra Nav-kontoret, må det ifølge Meld. St. 33 (2015–2016) *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet* være lagt til rette for hensiktsmessig samhandling mellom enhetene i arbeids- og velferdsforvaltningen og tjenesteytere fra andre sektorer.

I Meld. St. 33 (2015–2016) påpekte regjeringen at den ville legge til rette for bedre samarbeid mellom Nav og helsevesenet slik at personer med helseproblemer skal kunne fortsette i eller komme raskere i arbeid. I Stortingets behandling av meldingen påpekte flertallet at arbeid er viktig for enkeltmenneskers helse og selvfølelse.²⁶ Det ble enstemmig vedtatt å be regjeringen sørge for at Navs tilbud til personer med psykiske lidelser styrkes, og å sikre at arbeidsmetodikken individuell jobbstøtte videreføres og videreformidles i etaten.²⁷

Kommunen skal gi opplysninger, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer, jf. sosialtjenesteloven § 17. Om kommunen ikke selv kan gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det, jf. sosialtjenesteloven § 17.

Opplysning, råd og veiledning kan handle om blant annet bolig og arbeid/aktivitet. Rundskrivet til sosialtjenesteloven peker på at sosiale problemer kan ha sammenheng med utfordringer på mange livsområder. Nav-kontoret skal se helhetlig på tjenestemottakerens livssituasjon på ulike områder,

²⁵ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2021) *Tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2022*.

²⁶ Innst. 49 S (2016–2017) til Meld. St. 33 (2015–2016) *Nav i en ny tid – for arbeid og aktivitet*. Flertallet bestod av alle unntatt medlemmene fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet.

²⁷ Vedtak 57, votering 13: Forslag nr. 4. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/Voteringsoversikt/?p=64464&dnid=1>

som arbeid og aktivitet, helse, fritid, hjemmesituasjon, omsorgsoppgaver, boligforhold, nettverk og økonomi. Nav-kontoret skal vurdere hvilke råd og veiledningsbehov den enkelte har, og tilpasse tjenesten ut fra dette. Tjenesten skal styrke den enkeltes mulighet til å mestre egen livssituasjon og baseres på aktiv involvering og deltakelse. Ot.prp. nr. 29 (1990–91) presiserer at plikten til opplysning, råd og veiledning vanligvis inntreffer når den som har behov for råd og veiledning, tar kontakt. Men det kan være situasjoner hvor arbeids- og velferdsforvaltningen i kommunen har plikt til å veilede gjennom oppsøkende virksomhet.

3.4 Pårørende

I Innst. 207 S (2012–2013) til Meld. St. 30 (2011–2012) viser helse- og omsorgskomiteen til at pårørende er en viktig ressurs for personer med rusmiddelproblemer og for helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgskomiteen viser videre til at pårørende har behov for informasjon om rusmiddelproblemene, om tjenestetilbudet som gis, og om hva slags oppfølging man kan få i etterkant av behandlingen. Videre kan pårørende ha behov for veiledning for å hjelpe pasienten og for å mestre sin situasjon, og noen ganger kan belastningen være så stor at pårørende selv trenger oppfølging og behandling. Komiteen påpeker at brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg, og ha innflytelse over tjenestetilbudet.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 handler om kommunenes plikt til å tilby støtte- og avlastningstiltak til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgave. Formålet med denne bestemmelsen er å sikre at pårørende som utfører omfattende omsorgsoppgaver får nødvendig støtte for å kunne opprettholde sin egen helse og livskvalitet. Tiltakene kan inkludere avlastningstjenester, veiledning, opplæring og annen praktisk hjelp som kan lette omsorgsbyrden.

3.5 Samordning

I St.meld. nr. 19 (2008–2009)²⁸ *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap* går det fram at samordning er særlig viktig når ulike statlige virkemidler blir rettet mot de samme målgruppene. Staten må opptre samordnet i møtet med brukerne og andre innbyggere selv om ansvaret eller oppgavene er plassert i ulike organisatoriske enheter eller tilhører ulike saksområder.

²⁸ Innst. S. nr. 321 (2008–2009). Flertallet i komiteen bestod av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Partiene hadde flertall på Stortinget.

4 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst med

- dokumentanalyse av rapporter, evalueringer og forskningsartikler på feltet
- intervjuer med ledere og ansatte i tre kommuner, to helseforetak og to Nav-kontor (både statlig og kommunal deler)
- tjenestekartlegging
- spørreundersøkelser til alle kommuner og til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i alle helseforetakene
- intervjuer med ledere og representanter for bruker- og pårørendeorganisasjoner
- skriftlige spørsmål til alle statsforvalterne og de regionale helseforetakene
- dokumentanalyse av relevante styringsdokumenter
- intervjuer med departementer og tilhørende direktorater

Tabell 1 Metoder som er brukt for å belyse de ulike problemstillingene

	Problemstilling 1 Hva er de største svakheterne i tjenester som gis til voksne med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser og deres pårørende?	Problemstilling 2 Hva kan forklare svakheterne, og hvordan har myndighetene fulgt opp?	Problemstilling 3 Hvilke konsekvenser får et mangelfullt tilbud til voksne med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser og deres pårørende?
dokumentanalyse	X	X	X
intervjuer	X	X	X
tjenestekartlegging	X	X	X
spørreundersøkelser	X	X	
skriftlige spørsmål	X	X	

Kilde: Riksrevisjonen.

4.1 Dokumentanalyse

For å få oversikt over tilgjengelig kunnskap om svakheter, årsaker og konsekvenser i tjenestene har vi gjennomført en dokumentanalyse av offentlige rapporter, evalueringer og utvalgt forskning som belyser tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelser. Dokumentene som er gjennomgått i forbindelse med dokumentanalysen, er integrert i referanselisten.

Rapportene ble først kategorisert innenfor helse, bolig, og arbeid og aktivitet. Innenfor hvert område har vi brukt programmet NVivo til å kode innholdet i rapportene. Hovedmålet var å svare på spørsmålet «Hva er de største svakheterne i oppfølging og behandling av personer med ROP-lidelser som belyses i dokumentene?» Videre kodet vi med mål om å svare på disse spørsmålene:

- Hvilke årsaksforklaringer beskrives i dokumentene?
- Hvilke konsekvenser for brukeren, de pårørende og samfunnet peker dokumentene på?²⁹

²⁹ Innenfor hver problemstilling hadde vi underkoder.

For å få oversikt over relevante statlige virkemidler innenfor de ulike områdene har vi kodet omtale av statlige virkemidler for seg. For hvert hovedområde og spørsmål laget vi oppsummeringer av dokumentanalysen. Dokumentanalysen lå til grunn for hvordan vi utformet både intervjuguider til intervjuene og spørreundersøkelsen til kommuner og helseforetak.

4.1.1 Dokumentanalyse av styringsdokumenter

Som ledd i analysene av svakheter i tjenestetilbudet og årsaker til disse har vi undersøkt hvordan departementene styrer og følger opp arbeidet med tjenester til personer med ROP-lidelser. Vi har gått gjennom strategier, planer, budsjettproposisjoner, tildelingsbrev, årsrapporter og referater fra etatsstyringsmøter og andre møter mellom departementene og underliggende virksomheter. I tillegg har vi innhentet tilgjengelig statistikk fra Helsedirektoratet, Husbanken og Arbeids- og velferdsdirektoratet.

4.2 Intervjuer

4.2.1 Intervjuer med ledere og ansatte i kommuner, helseforetak og Nav

Vi gjennomførte intervjuer med ansatte og ledere i tre kommuner og to helseforetak i perioden mellom oktober 2023 og januar 2024. Intervjuene ble gjennomført i Moss kommune, Steinkjer kommune og Helse Nord-Trøndelag HF, og Bergen kommune og Helse Bergen HF. Vi valgte å gjennomføre intervjuene i bykommuner (en stor og to mindre) med tilhørende helseforetak for å sikre at vi fikk snakket med informanter i hele tjenesteapparatet som behandlet og hadde oppfølging med personer med ROP-lidelser. Det er flest personer med alvorlige ROP-lidelser i byer og større kommuner. En del små kommuner har ikke personer med alvorlige ROP-lidelser i kommunen.

Formålet med intervjuene har vært å få kjennskap til hvordan kommunene og helseforetakene organiserer og leverer tjenester til personer med alvorlige ROP-lidelser, å undersøke hvordan de samarbeider med andre deler av tjenesteapparatet, og å undersøke hva informantene mener er de største svakhetene i tjenestene, og hva som kan være forklaringer på disse svakhetene. Enkelte intervjuer ble også brukt til å belyse konsekvenser for brukerne.

Med utgangspunkt i dokumentanalysen utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide med de følgende overordnede temaene:

- den ansattes oppgaver, arbeidshverdag og utfordringer
- samarbeid
- brukermedvirkning
- pårørendeinvolvering

I dialog med kommunene, helseforetakene og Nav har vi funnet fram til og gjennomført intervjuer med personer som er relevante i oppfølgingen av personer med ROP-lidelser innenfor helse- og omsorgstjenester, boligforvaltning og boligsosial oppfølging, og arbeids- og aktivitetsrettede tjenester. Fordi denne gruppen har svært sammensatte behov og mottar tjenester fra svært mange aktører, har det vært nødvendig å snakke med mange informanter for å forstå helheten i tjenestetilbudet. Vi har derfor gjennomført 69 intervjuer i kommuner, helseforetak og Nav.

I kommunenes helsetjeneste har vi intervjuet enhetsledere, rådgivere og fagkoordinatorer for psykisk helse og rus, ruskonsulenter, fastleger, ledere og ansatte i FACT-team og andre ambulerende tjenester, inkludert i ansatte som jobber ambulant og en leder i hjemmesykepleien. Innenfor boligfeltet har vi snakket med ledere og saksbehandler i boligforvaltningen, ansatte som jobber med bo-oppfølgingstjenester, saksbehandlere som jobber med midlertidig botilbud, og ledere og ansatte i bemannede boliger. Innenfor arbeid og aktivitet har vi snakket med ledere for Nav-kontor, ansatte som

jobber med arbeidsavklaring, IPS-jobbspesialister, fagutviklere/veiledere for arbeidsrettet oppfølging, jobbspesialister og Nav-veiledere som jobber med blant annet opplysning, råd og veiledning og økonomiske ytelser. Vi har også intervjuet ansatte som jobber på kommunale aktivitetstilbud til personer med rusmiddelproblemer.

I helseforetakene har vi intervjuet avdelingsledere for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Videre har vi snakket med ledere, overleger (psykiatere og russpesialister), psykologspesialister og psykologer i de seksjonene som driver med døgnbehandling av personer med ROP-lidelser. Det var psykiatriske akuttmottak, sikkerhetsseksjoner, psykoseseksjoner og enheter for rusbehandling. I helseforetakene har vi også snakket med ansatte i tre FACT-team, ansatte i en spesialisert døgnavdeling for behandling av personer med ROP-lidelser, og ansatte som jobber med inntak av nye pasienter i vurderingsteam, samt ansatte og ledere i to poliklinikker, blant annet psykologspesialist, overlege, sykepleier og sosionom.

Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert av et program for tale til tekst og analysert med utgangspunkt i en tilnærming som kalles kollektiv kvalitativ analyse³⁰. Etter hver bolk med intervjuer gjennomgikk og oppsummerte vi hvert referat i prosjektgruppen. Deretter kartla og grupperte vi temaene i intervjuene. For hver bolk med intervjuer laget vi overordnede oppsummeringer. Til slutt satte vi sammen materialet fra de tre intervjubolkene.

4.2.2 Intervjuer med kompetansesentre og Statsforvalteren

I tillegg til intervjuene nevnt ovenfor har vi gjennomført intervju med Statsforvalteren i Trøndelag for å forstå Statsforvalterens rolle bedre og innhente deres vurderinger av utfordringer på feltet. Vi har også intervjuet de følgende kompetansesentrene:

- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) jobber med å styrke lokalt psykisk helse og rusarbeid og jobber med å veilede kommunene om blant annet FACT/ACT, Housing First og IPS.
- KORUS Bergen er et regionalt kompetansesenter på rusfeltet som har jobbet mye med ROP-gruppen.
- Frivillighet og tvang er et kompetansesenter som jobber med forskning, fagutvikling og kompetanseheving på tvangsfeltet. Senteret bidro med forståelse av dilemmaer og praksis som gjelder utøvelse av tvang.

4.2.3 Intervjuer med bruker- og pårørendeorganisasjoner

Vi har intervjuet fire representanter for bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM, lederen for LPP – Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, og to ledere for et lokallag i LPP.

Hovedformålet med disse intervjuene har vært å belyse hvilke konsekvenser svakheter i tjenestene har for brukere og pårørende. Videre var målet å få informasjon om hva brukere og pårørende mener er svakheter i tjenestene, og hva som kan være årsaker til svakheter. Intervjuene med A-LARM og lederen for LPP ble gjennomført sommeren 2024, og intervjuet med lokallaget for LPP ble gjennomført i forbindelse med intervjuer i kommuner høsten 2023.

4.2.4 Intervjuer med direktorater og departementer

Vi har intervjuet representanter for Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Husbanken. Intervjuene ble gjennomført mellom 19. august og 12. september 2024. Formålet var å innhente departementenes og etatenes vurderinger av våre foreløpige

³⁰ Eggebø. (2020). *Kollektiv kvalitativ analyse* s. 106–122.

observasjoner og å stille enkelte oppfølgingsspørsmål. Vi spurte blant annet om departementenes og direktoratenes styring, samordning og samarbeid, og om bruken av ulike statlige virkemidler. Referatene fra intervjuene er verifisert.

4.3 Tjenestekartlegging

Ved hjelp fra Helsedirektoratet trakk vi et tilfeldig utvalg på 50 personer med alvorlige ROP-lidelser som er født i 2002 eller tidligere. Utvalget består av personer som har vært innlagt på tvang, og som fikk en rusdiagnose i løpet av innleggelsen.³¹ Utvalget er spredt på ulike diagnoser³², kommunestørrelser³³ og helseforetak³⁴. For disse personene hentet vi inn registerdata fra 2021–2022 om oppfølging i spesialisthelsetjenesten fra Norsk pasientregister (NPR) og om oppfølging i kommunene fra kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Dataene fra KPR dekket ikke vårt behov. Registeret inneholder kun data om fastlege, legevakt og kommunale helse- og omsorgstjenester som er registrert med nye vedtak i 2021 eller 2022. Videre er det enkelte utfordringer med kvaliteten på dataene.³⁵ For å kartlegge det samlede tjenestetilbudet til utvalget av personer med ROP-lidelser har vi derfor innhentet supplerende data fra de kommunene hvor personene var bosatt i perioden. Vi har stilt spørsmål til kommunene om vedtaksbaserte og ikke-vedtaksbaserte helse- og omsorgstjenester, om bosituasjon og tjenester tilknyttet boligen, samt tjenester knyttet til arbeid og aktivitet. Vi har fått svar med supplerende data fra kommunene om 43 av de 50 personene i utvalget. I rapporten er denne kartleggingen av tjenester omtalt som «tjenestekartleggingen».

4.4 Spørreundersøkelser til kommuner og helseforetak

Formålet med spørreundersøkelsene var å innhente informasjon om personer med ROP-lidelser, om tjenestetilbudet i kommunene, om behandlingen i helseforetakene og om samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene. Videre var målet å innhente vurderinger av svakheter i tjenestene og årsaker til disse svakhetene. Til slutt innhentet vi informasjon om kommunene og helseforetakene kjente til og brukte statlige virkemidler.

Vi utformet spørreundersøkelsen med bakgrunn i analyser av intervjuer, tjenestekartleggingen og dokumentanalysen av rapporter, evalueringer og forskningsartikler på feltet. Formuleringen av noen av spørsmålene er basert på spørsmål fra Fafos rapport om samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv³⁶ og Sintefs årlige kartlegginger av kommunalt psykisk helse og rusarbeid. Grunnen til at vi tok utgangspunkt i disse kildene, var at vi ønsket å undersøke noen av de samme forholdene som disse undersøkelsene belyser, men konkret for ROP-målgruppen.

Vi har sendt ut tre spørreundersøkelser. En gikk til de 15 bydelene i Oslo og til de 356 øvrige kommunene. Hvert av de 19 helseforetakene fikk to spørreundersøkelser: en til psykisk helsevern, og en til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Spørreundersøkelsene ble sendt ut mellom 12. mars og 10. april 2024.

Kommunene som har besvart undersøkelsen, er inndelt i små, mellomstore og store kommuner. De små kommunene har 0–4 999 innbyggere, de mellomstore har 5 000–19 999 innbyggere, mens de store kommunene har minst 20 000 innbyggere. Etter denne inndelingen er det 174 små kommuner, 117 mellomstore kommuner og 80 store kommuner. De små kommunene omfatter 7,3 prosent av

³¹ Utvalgskriteriene er valgt for å fange personer med alvorlige ROP-lidelser, og er like som i Samtykkeutvalgets rapport.

³² 10 med personlighetsforstyrrelse, schizofreni, og bipolar lidelse, og 20 med andre lidelser enn de vi har nevnt.

³³ Minst 10 personer bosatt i en liten kommune (færre enn 5 000 innbyggere), 10 personer bosatt i en mellomstor kommune (mellom 5 000 og 19 999 innbyggere) og 10 personer bosatt i en stor kommune (flere enn 20 000 innbyggere)

³⁴ Alle helseregionene var representert i utvalget.

³⁵ Helsedirektoratet. (2023). *Rapportering til KPR helse og omsorg for 2022 – forbehold*.

³⁶ Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*. s. 99–118.

befolkningen, mens de mellomstore kommunene omfatter 20,8 prosent av befolkningen, og de store kommunene 71,9 prosent av befolkningen.

Før spørreundersøkelsen ble distribuert, sendte vi en forespørsel til alle kommunene og alle bydelene i Oslo der vi ba om å få kontaktinformasjon til den personen som skulle svare på vegne av kommunen eller bydelen. Der kontaktpersonen ikke selv kunne svare på spørsmålene, ble hen bedt om å innhente informasjon fra andre i kommunen. Før utsendelse ble spørreundersøkelsen til kommunene pilotert i to kommuner. Spørreundersøkelsene til helseforetakene ble pilotert hos Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og i to helseforetak. Bydelene i Oslo er i undersøkelsen behandlet som kommuner og omtales som kommuner i rapporten.

Av de 356 kommunene og 15 bydelene har 259 kommuner og 14 bydeler svart på undersøkelsen, noe som gir en total svarprosent på 74 prosent. Blant de små kommunene er det også ni kommuner som svarer at de ikke hadde noen personer med ROP-lidelser, og en som svarer at de ikke vet. Svarprosenten varierer mellom små, mellomstore og store kommuner. Jo større kommunen er, desto høyere er svarprosenten:

Tabell 2 Svarprosent på spørreundersøkelsen til kommuner

	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner
Svarprosent	68 %	74 %	86 %

Kilde: Riksrevisjonen.

På spørreundersøkelsene om psykisk helsevern i hvert helseforetak fikk vi 15 bevarelser. Det innebærer en svarprosent på 79 prosent. Av helseforetakene som ikke svarte på undersøkelsen, ligger ett i Helse Sør-Øst, ett i Helse Nord, ett i Helse Vest og ett i Helse Midt-Norge.

Spørreundersøkelsen om tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble besvart av 14 av 19 helseforetak. Det innebærer en svarprosent på 74 prosent. Av helseforetakene som ikke har svart på undersøkelsen, ligger ett helseforetak i Helse Sør-Øst, to i Helse Nord, ett i Helse Vest og ett i Helse Midt-Norge.

4.5 Skriftlige spørsmål til statsforvaltere og regionale helseforetak

Vi sendte skriftlige spørsmål til de ti statsforvaltere og de fire regionale helseforetakene, og alle de regionale helseforetakene og alle ti statsforvaltere svarte. Formålet med spørsmålene til statsforvaltere var blant annet å innhente informasjon om hvilke oppdrag innenfor helse, bolig og velferdstjenester som er relevante for personer med ROP-lidelser, og hvordan statsforvalterne eventuelt har fulgt opp disse oppdragene. Videre skulle spørsmålene belyse samhandlingen mellom kommuner og helseforetak og gode prosjekter i kommunene som har bidratt til bedre tjenester til ROP-gruppen.

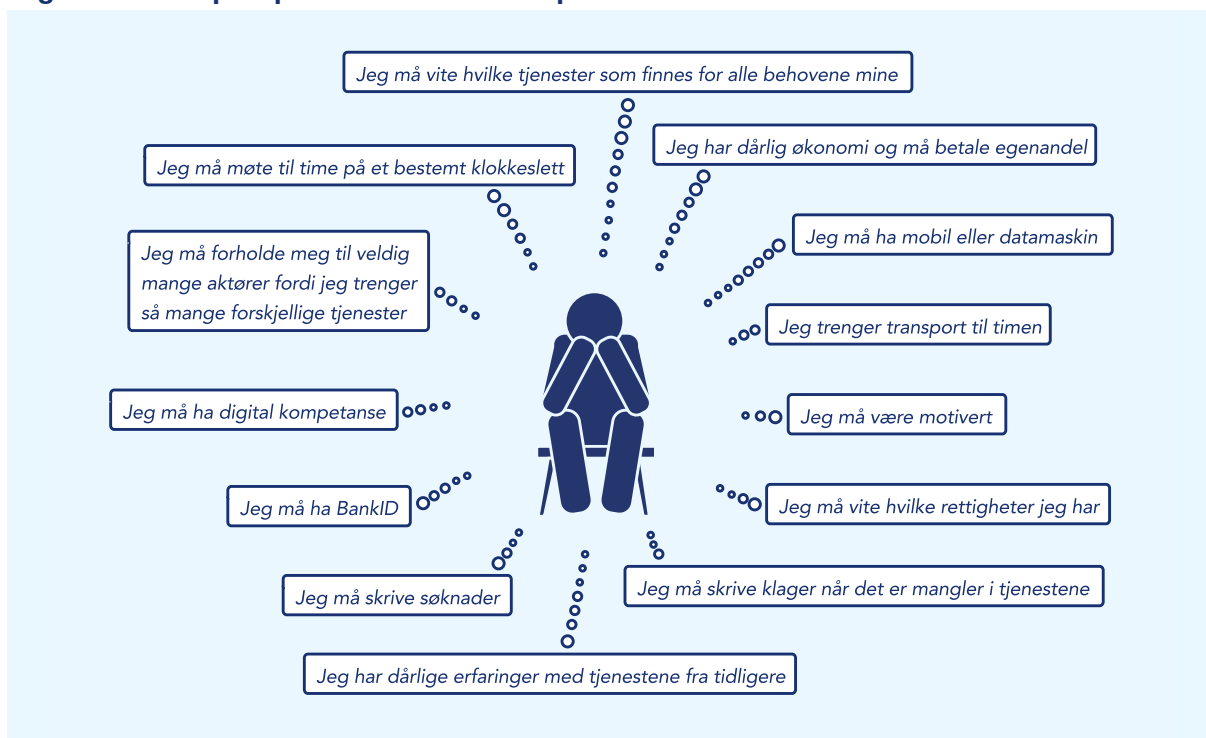
Formålet med spørsmålene til de regionale helseforetakene var blant annet å undersøke hvordan de arbeider med styring, finansiering, ansvarsdeling og samarbeid i helseforetaket og med kommunene om behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. I tillegg spurte vi hva de vurderer som mest utfordrende for å oppnå samordnet og integrert behandling av psykiske lidelser og rusmiddellidelser og utfordringer i samhandlingen med kommunene om utskrivningsklare pasienter med ROP-lidelser.

5 Barrierer

Lien og Lie (2022) viser til at personer med ROP-lidelser har vanskeligheter med å få den hjelpen og oppfølgingen de trenger, og tjenestene kan oppleves som fragmenterte og lite sammenhengende.³⁷

Vi ser at personer med ROP-lidelser opplever en rekke barrierer for å få helse- og velferdstjenestene de trenger. Barrierene finnes for alle typer tjenester og på ulike nivåer, både for psykisk og somatisk helsehjelp, hos fastlege, i spesialisthelsetjenesten, hos kommunen og på Nav. Barrierene gjør at mange personer med ROP-lidelser ikke klarer å benytte seg av tjenestetilbudet. Både dokumentanalysen, intervjuene og tjenestekartleggingen viser at systemet for å få helse- og velferdstjenester ofte ikke er tilpasset mange personer med ROP-lidelser. Figuren nedenfor viser eksempler på barrierer som en person med ROP-lidelser kan møte.

Figur 2 Eksempler på barrierer som en person med ROP-lidelser kan møte.



Kilde: Riksrevisjonen.

5.1 Systemet forutsetter at man søker tjenester selv og har digitale verktøy

Systemet for helse- og velferdstjenester krever ofte at personen selv søker om tjenester eller bestiller time. Men ofte etterspør eller oppsøker ikke personer med ROP-lidelser tjenester selv.

Mangel på digital kompetanse, elektroniske verktøy, som telefon, identifikasjonspapirer og BankID, er vanlige hindringer for å skaffe seg nødvendige tjenester, som for eksempel å bestille time hos fastlege, å hente ut medisiner eller å sjekke vedtak fra kommunen eller Nav.

En informant illustrerer noen av disse barrierene med et eksempel. Informanten hadde en pasient som fikk oppfølging fra en kommunal psykisk helsetjeneste. Vedtaket om tjenester utløp fordi pasienten ikke klarte å søke digitalt om forlengelse av vedtaket og heller ikke fikk til å søke på papir fordi

³⁷ Landheim, Odden & Clausen. (2022) *Samhandlingsmodeller: ACT & FACT* s. 238 i Lien og Lie (2022).

pasientens rusmiddellidelse forverret seg. Et annet eksempel er fra en informant som forteller om lange ventetider for å få bolig. Ifølge informanten stiller kommunen krav om at personer i kø må sende inn en oppdatert søknad ved jevne mellomrom. De personene som ikke oppdaterer søknaden, faller ut av køen.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det finnes løsninger innen helsetjenester som ikke forutsetter digital kompetanse. Helsenorge har for eksempel en telefontjeneste. Det krever imidlertid at man har tilgang til mobiltelefon.³⁸

5.2 Tjenestene er fragmenterte

Måten tjenestene er organisert på, er også en barriere for personer med ROP-lidelser. Med mange og sammensatte problemer vil personer med ROP-lidelser ofte trenge tjenester fra mange ulike instanser. Ofte må personen selv koordinere tjenestene, og det kan være vanskelig å vite hvem som har hovedansvaret.³⁹

Statsforvalteren i Rogaland peker på at tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelser er organisert på svært forskjellige måter i ulike kommuner. Det kan være forvirrende for både pasienter, pårørende og for andre deler av hjelpeapparatet. En informant fra en storbykommune sier at organiseringen av kommunen hindrer flyt i brukerreisen for personer med ROP-lidelser. Det er mange grensesnitt der aktørene ofte er uenige om ansvarsforhold, og tid går tapt. Det handler blant annet om at personer ikke vet hva de har rett på, og derfor ikke vet hva de skal søke om, og at heller ikke kontaktpersonene deres vet det. De ansatte kjenner ikke godt nok til de andre tjenestene, og kan ikke veilede videre i systemet. Samtidig viser tjenestekartleggingen og informasjon fra informanter at disse brukerne ofte flytter mellom kommuner.

Klarer ikke å gjøre seg nytte av et fragmentert tilbud

«Tilbudet er veldig fragmentert. Ifølge Brukerplan-kartlegginger mottar personer med de dårligste levekårene i snitt tjenester fra ti ulike instanser. Når de er så syke, klarer de ikke å gjøre seg nytte av så fragmenterte tjenester.»

Kilde: Representanter fra A-LARM.

5.3 Mange sliter med å møte opp til timeavtaler

Mange personer med ROP-lidelser har vanskeligheter med å møte til behandling eller oppfølging.⁴⁰ Dette fører til at personer ikke får tjenester de har behov for. For eksempel forteller fastleger om at personer med ROP-lidelser ofte avlyser timer eller ikke møter opp. Dermed får de ikke den oppfølgingen av psykisk helse, rusmiddellidelser og somatikk som de trenger. Nav-veiledere peker på at når brukerne med ROP-lidelser ikke møter opp, mister de retten til Nav-tiltak og må søke på disse på nytt. I tjenestekartleggingen ser vi også eksempler på at personer ikke møter opp til timeavtaler i kommunen, noe som fører til at de ikke får oppfølging.

³⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 3. desember). [Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen].

³⁹ Landheim, Odden og Clausen. (2022) *Samhandlingsmodeller: ACT & FACT* s. 239 i Lien og Lie (2022).

⁴⁰ Landheim, Odden & Clausen. (2022) *Samhandlingsmodeller: ACT & FACT* s. 238 i Lien og Lie (2022).

5.4 Mange ønsker ikke tjenester eller er utilgjengelige for tjenesten

En del personer med ROP-lidelser ønsker ikke de tjenestene de får tilbud om. For noen personer skyldes det at de selv ikke opplever å ha problemer de trenger hjelp til. Det kan også ha sammenheng med hvordan tjenestene er organisert og gjennomføres.⁴¹ For eksempel viser en kvalitativ undersøkelse fra Norges institusjon for menneskerettigheter at rusavhengige ofte opplever stigma og diskriminering i møte med helsevesenet og andre offentlige tjenester, og at dette blant annet kan føre til at flere unngår å oppsøke hjelp når de trenger det.⁴² Statsforvalteren i Rogaland peker på at det er en tilbakevendende utfordring at personer med ROP-lidelser ikke ønsker å motta tjenester fra helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Mange av disse har vonde opplevelser med hjelpeapparatet fra ung alder. Statsforvalteren mener at nye modeller som FACT (fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam) (se kapittel 6.3) gir gode muligheter til å komme i posisjon til å gi denne gruppen hjelp.

I spørreundersøkelsene svarer 78 prosent av kommunene og rundt halvparten av psykisk helsevern- og TSB at en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får tjenestene de har behov for, er at de ikke ønsker tjenester.⁴³ Det er 53 prosent av kommunene som svarer at det at personen ikke ønsker tjenester i bolig, er en årsak til at personer med ROP-lidelser bor i et varig uegnet botilbud eller er bostedsløse.⁴⁴ Rundt 40 prosent av kommunene svarer også at en årsak til at personer ikke får tjenestene de har behov for, er at personene er ikke er tilgjengelige når ambulante tjenester forsøker å møte dem. Intervjuer med kommunene, spesialisthelsetjenesten og Nav bekrefter også dette bildet.

Vanskelig å gi tjenester

«Det kan være utfordrende å gi tjenesten. Vedkommende ønsker ikke, er ikke hjemme, åpner ikke. Vi kan motivere, men ikke tvinge oss på.»

Kilde: En informant fra en kommune.

I tjenestekartleggingen av 43 personer med ROP-lidelser ser vi mange eksempler på at personer i liten grad ønsker tjenester eller takker nei til enkelte tjenester. For 13 personer beskriver kommunene at vedkommende i liten grad ønsker tjenester fra kommunen. Et eksempel er en person som bor i bemannet bolig, men bruker stadig mer rusmidler, omgås med andre i aktiv rus, gjør uønskede handlinger og velger bort tjenester i økende grad. Det er også 11 personer som velger bort noen av tjenestene, for eksempel personer som ikke ønsker aktiviteter eller individuell plan.

5.4.1 Motiverende og relasjonsskapende arbeid gjøres i varierende grad

Representanter fra A-LARM peker også på at en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke ønsker helse- og velferdstjenester, er at tilbudet i liten grad er basert på relasjoner. Ofte ønsker ikke personer med ROP-lidelser å motta tjenester i de dårligste periodene fra personer de ikke har en relasjon til. En undersøkelse fra Ukom peker på at sterkt hjelpetrengende pasienter blir stående uten oppfølging hvis de takker nei til helsehjelp. Ifølge Ukom ser det ut til at helse- og omsorgstjenestene i varierende grad har utnyttet mulighetene for å drive motiverende og relasjonsskapende arbeid.⁴⁵

⁴¹ Stensrud. (2022) «Når noen ikke vil» – perspektiver på tvang s.172 i Lien og Lie (2022).

⁴² Norges institusjon for menneskerettigheter (2024). *Befolkningens holdninger til rusavhengige. En spørreundersøkelse om rusavhengighet*

⁴³ På spørsmål om hva som er årsaken til at personer med ROP-lidelser ikke får tjenester de har behov for, krysser 78 prosent av kommunene (206 kommuner), 53 prosent av psykisk helsevern (8 enheter for psykisk helsevern) og 50 prosent av TSB (TSB i 7 helseforetak) av for «Personen ønsker ikke tjenester».

⁴⁴ Et varig uegnet botilbud innebærer en bolig eller et botilbud som tilbys over lengre tid ikke er egnet for den enkelte. På spørsmålet «Hva er årsaken(e) til at personer med ROP-lidelser bor i uegnet varig bolig eller er bostedsløse i kommunen?» krysser 30 prosent av for «Kommunen leverer ikke nok tjenester i bolig for å sikre en stabil bosituasjon». Spørsmålet ble stilt til 170 kommuner som svarte at de hadde innbyggere med ROP-lidelser som er bostedsløse og/eller bor i uegnet bolig. Kommunene kunne krysse av for flere alternativer.

⁴⁵ Ukom (2023). *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*.

På spørreundersøkelsene svarer de fleste kommunene, enhetene for psykisk helsevern og TSB at de i stor grad jobber med å motivere personer med ROP-lidelser som ikke ønsker tjenester, til å likevel motta tjenester.⁴⁶

I tjenestekartleggingen beskriver flere kommuner en omfattende jobb med å motivere personene til å motta tjenester. For eksempel skriver en kommune om en innbygger med et omfattende hjelpebehov som ikke ønsker tjenester selv. Kommunen har fattet vedtak om helsehjelp til personen uten å sende vedtaket fordi hen kan reagere negativt på vedtaket. De oppsøker hen og leverer mat på døra. Hen trenger blant annet praktisk bistand på grunn av brannsikkerhet, men tar ikke imot hjelpen. I andre tilfeller kommer nytten av arbeidet tydeligere fram. I intervju beskriver ansatte i et botiltak, som også jobber med ambulant oppfølging, hvordan de har lyktes med å komme i posisjon. De har gode erfaringer med å fortsette å møte opp, være til stede og tilby støtte i boligen, selv om brukeren ikke har uttrykt ønske om det. Ifølge de ansatte har en som tidligere tok tydelig avstand, nå begynt å ta mer kontakt. Det fører igjen til mer stabile boforhold.

Andre svar fra tjenestekartleggingen kan tyde på at kommunen jobber mindre med å motivere personer til å motta tjenester. og for eksempel avslutter tjenesten når brukeren ikke møter opp til time. I spørreundersøkelsen skriver en kommune at de ikke har kapasitet i helsetjenesten til å drive med lange motivasjonsløp.

Kommunale tjenester er nesten uten unntak frivillige for brukeren. Derfor spurte vi kommunene om det kunne være uklart hvor langt de kan gå i å jobbe med motivasjon overfor personer med ROP-lidelser. En høy andel av kommunene, 59 prosent, svarer at det i stor eller svært stor grad er tydelig hva kommunen har lov til å gjøre for å motivere. Men det er også en ikke ubetydelig andel, 28 prosent, som svarer at det i noen grad er tydelig, og 10 prosent som svarer at det i liten eller svært liten grad er tydelig. Det er en høyere andel av de mellomstore og små kommunene som svarer at det i noen grad eller i liten grad er tydelig. Det tyder på at en del kommuner kan oppleve grensene for hvor mye de kan jobbe med motivasjon, som uklare. Et eksempel er at en informant fra kommunen forteller at han er uenig med statsforvalteren når statsforvalteren sier at kommunen ikke bør akseptere at brukere takker nei til tjenester når de er veldig syke.

5.5 Personer med ROP-lidelser har ofte behov for hjelp til å ivareta sine egne rettigheter

Ifølge ROP-retningslinjen er det viktig å utrede muligheter for bedret økonomi og rettigheter innenfor trygdlovgivningen, sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Innbyggere har lik rett til helse- og velferdstjenester. Hansen og Olsen (2023) viser til at tjenestene samtidig utfordres av at brukere har ulike ressurser. De brukerne som er best i stand til å formulere sine ønsker og etterspørre tjenester, får lettere tilgang til tjenestene.⁴⁷ Brukertilfredshetsevalueringen av kommunale tjenester fra 2017 til 2021 tyder også på at opplevelsen av medvirkning er avhengig av den enkeltes ressurser.⁴⁸

Et eksempel på rettigheter som er vanskelig å ivareta for personer med ROP-lidelser, er pasientrettighetene. Pasienter har rett til lik tilgang til helsehjelp, uansett hvor de bor, eller hvordan tjenestene er organisert.⁴⁹ Pasientrettigheter forutsetter at helsehjelpen skal gis innen fastsatte frister, og pasienten skal være med på å ta beslutninger om egen helse. Rettighetene forutsetter også at

⁴⁶ 66 prosent av kommunene, 11 enheter for psykisk helsevern (73 prosent) og 10 TSB (71 prosent) svarer «i stor grad» eller «i svært stor grad» på påstandene «Kommunen jobber for å motivere personer med ROP-lidelser som ikke ønsker tjenester til likevel å motta tjenester», «Psykisk helsevern jobber for å motivere personer med ROP-lidelser som ikke ønsker tjenester til likevel å motta tjenester» og «TSB jobber for å motivere personer med ROP-lidelser som ikke ønsker tjenester til likevel å motta tjenester».

⁴⁷ Hansen & Olsen. (2023). *Når velferdstjenestene ikke strekker til: Oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer*.

⁴⁸ Hansen mfl. (2021); KORUS Midt. (2021). *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer*.

⁴⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven.

pasientene samarbeider for å dekke sine behov og ivareta sine interesser, for eksempel ved å klage hvis de ikke får den helsehjelpen de trenger.⁵⁰

Flere vi snakket med, peker på at personer med ROP-lidelser ofte ikke krever sine egne rettigheter, og at de heller ikke klager på mangler i helse- og velferdstjenester. Dette gjør at de ikke får tjenestene de har behov for. Videre svarer to av statsforvalterne at de mottar få klager på helse- og omsorgstjenester fra personer med ROP-lidelser. Nesten halvparten av psykisk helsevern og 40 prosent av kommunene svarer også på spørreundersøkelsen at personer med ROP-lidelser i stor grad klager sjeldnere enn andre målgrupper på mangler i helsetjenestene.

Personer med ROP-lidelser krever ikke rettighetene sine

«ROP-pasientene er lite flinke til å kreve sine rettigheter og skrive klager. Derfor kan de lett skyves bort. Paradokset er at de dårligste er i for dårlig forfatning til å få hjelp. De kommer heller ikke inn til rehabiliteringsopphold. For eksempel ble en pasient avvist fordi hun hadde et selvmordsforsøk for et halvt år siden og derfor ble vurdert som for ustabil til å få rehabilitering.»

Kilde: En fastlege som også jobber på legevakt.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at strukturell svikt i tjenestene slår mye hardere ut for personer med ROP-lidelser, og at det kan ha fatale konsekvenser. Det skyldes at mange med ROP-lidelser trenger hjelp til å ivareta sine egne rettigheter og ikke har pårørende som kan hjelpe dem når systemet svikter.

⁵⁰ Evjen mfl. (2020). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser* s. 184.

6 Helse- og omsorgstjenester

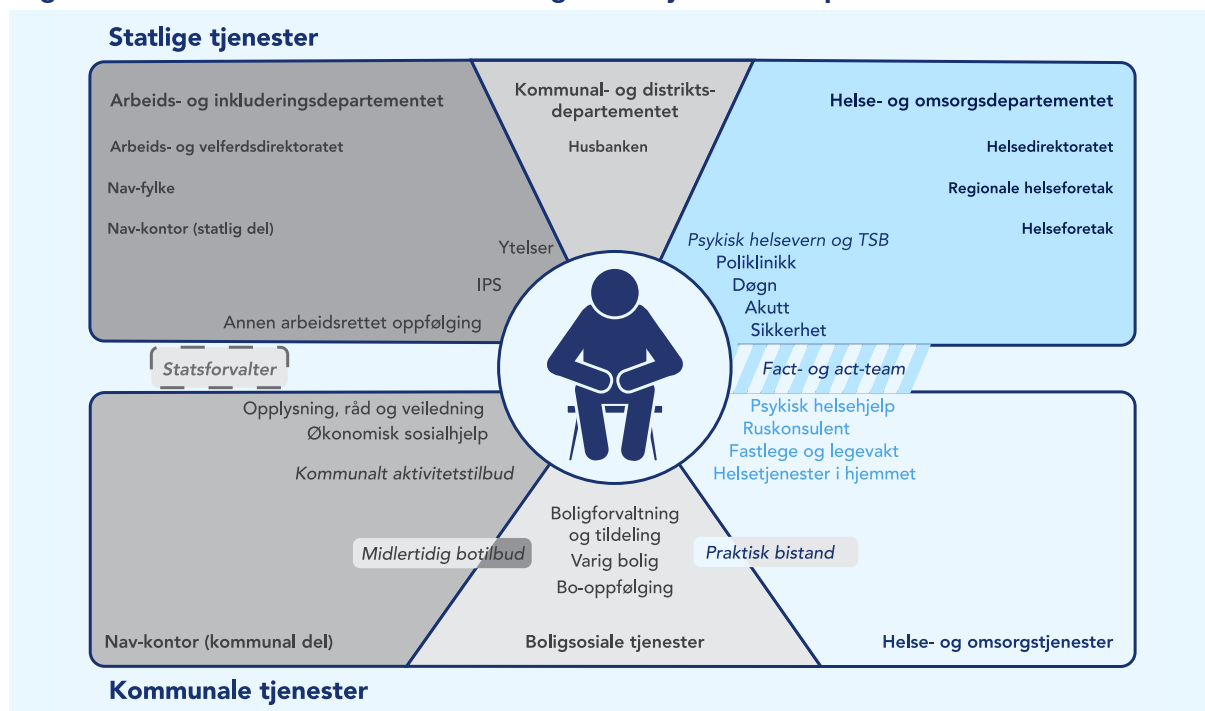
6.1 Relevante føringer

- Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester uavhengig av blant annet bosted.
- Helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlige. Det betyr blant annet at de må ha tilfredsstillende kvalitet og ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Føringerne for at tjenestene skal ha god kvalitet, er blant annet
 - at tjenesten skal være helhetlig og koordinert
 - at tjenesten bør bruke oppsøkende (ambulante) metoder for pasienter som ikke nås på annen måte
 - at psykisk helsevern skal ha kompetanse til å avdekke og behandle rusmiddellidelser i tillegg til psykiske lidelser
 - at personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett på å få utarbeidet individuell plan og oppnevnt koordinator
- Brukernes og pasientens behov skal brukes i utviklingen og forbedringen av helsetjenestene.

6.2 Helsetilbudet er ikke tilpasset behovene

I Figur 3 er eksempler på helsetjenester som personer med ROP-lidelser kan motta, framhevet i blått.

Figur 3 Oversikt over aktører som kan gi helsetjenester til personer med ROP-lidelser



Kilde: Riksrevisjonen.

Som beskrevet i kapittel 5 opplever personer med ROP-lidelser en rekke barrierer for ulike typer tjenester, inkludert helsetjenestene. I tillegg er det egne barrierer som gjør at helsetjenestene ofte ikke er tilpasset behovene til personer med ROP-lidelser.

6.2.1 Egenandel er en årsak til at mange ikke får helsetjenester

For de fleste personer med ROP-lidelser er økonomi et stort problem. Egenandeler er derfor en vanlig barriere for at personer med ROP-lidelser oppsøker eller følger opp somatisk og psykisk helse i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegen.⁵¹

Informanter fra alle deler av helsetjenestene og bruker- og pårørendeorganisasjoner peker på at egenandelen er en årsak til at mange med ROP-lidelser ikke ønsker å motta helsetjenester de trenger.

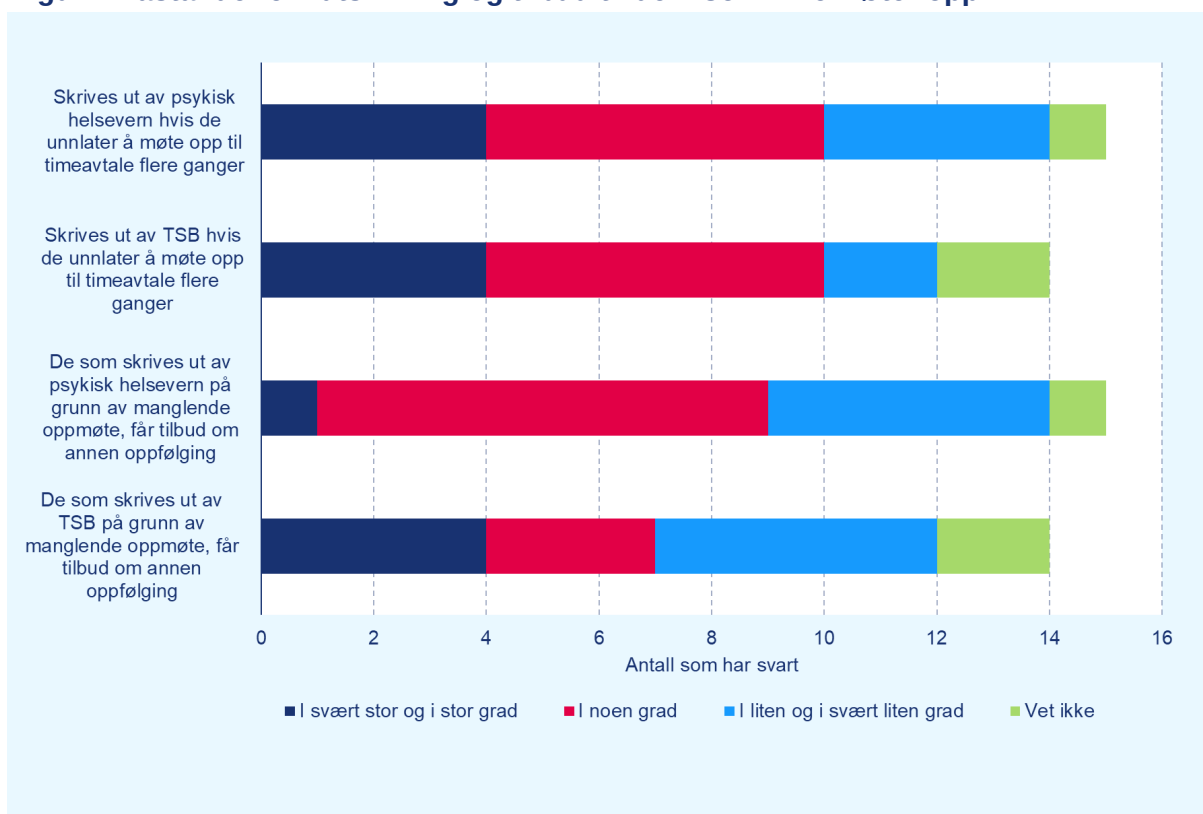
Representanter fra A-LARM sier at egenandelsordningen bør avvikles for personer med ROP-lidelser fordi målgruppen lever 20 år kortere enn resten av befolkningen.

6.2.2 Psykisk helsevern og TSB skriver ut personer som ikke møter opp til timer

Som beskrevet i kapittel 5.3 sliter personer med ROP-lidelser ofte med å møte opp til timeavtaler.

Når personene ikke møter opp, kan de bli skrevet ut av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddellidelser (TSB). Figur 4 viser at fire psykisk helsevern (27 prosent) og fire TSB (29 prosent) svarer «i stor grad» eller «i svært stor grad» på spørsmål om de skriver ut personer med ROP-lidelser som unnlater å møte opp til time mange ganger. En informant fra TSB forklarer at de kaller inn pasientene flere ganger og forsøker å få dem til å møte, men må skrive dem ut hvis de ikke møter over tid. Dette gjør de for å frigi kapasiteten til pasienter som møter opp.

Figur 4 Påstander om utskriving og tilbud til dem som ikke møter opp



Kilde: Spørreundersøkelser til psykisk helsevern og TSB.⁵²

⁵¹ Legeforeningen. (2023) *Bedre helse - lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel og avhengighetslidelse*. Lid. (2020) *Pasienten og fastlegen* s. 164 i Lien & Lie. (2022).

⁵² Spørsmål om i hvilken grad påstandene stemmer. Psykisk helsevern- tok stilling til påstandene «Personer med ROP-lidelser som unnlater å møte opp til timeavtaler flere ganger, skrives ut av psykisk helsevern» og «Personer med ROP-lidelser som skrives ut av psykisk helsevern på grunn av manglende

Når man skrives ut på grunn av manglende oppmøte, er det ikke gitt at man får tilbud om annen behandling. Som vist i Figur 4 svarer fem psykisk helsevern (33 prosent) og fem TSB (36 prosent) at personer som skrives ut på grunn av manglende oppmøte, i liten eller i svært liten grad får tilbud om annen oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

6.2.3 Noen får ikke innleggelser fordi de ikke møter opp til poliklinisk behandling først

To psykisk helsevern (13 prosent) og fem TSB (36 prosent) svarer at de i stor grad stiller krav til poliklinisk behandling eller utredning før døgntillegging. Det at pasienter ikke møter opp til poliklinisk behandling, kan derfor føre til at de ikke blir lagt inn.

Det er faglige årsaker til at spesialisthelsetjenesten ønsker poliklinisk behandling før døgntillegging. En informant i TSB forklarer at de krever forankring i poliklinikk blant annet fordi det gir bedre vurdering av behovene til pasienten, og fordi det forbereder pasienten på behandlingen. En informant fra kommunen sier at dette fører til at personer med ROP-lidelser ikke får døgntillegging:

Poliklinikk som kvalifisering til døgntillegging

«Nå får personene med ROP-lidelser hovedsakelig tilbud om poliklinisk behandling, men de klarer ikke å møte til dette når de er bostedsløse og ikke engang får plass på hospits. Poliklinisk behandling er nå blitt kvalifiseringen til døgntillegging, og de skrives ut av poliklinisk behandling fordi de ikke klarer å møte opp.»

Kilde: En informant fra en kommune.

6.2.4 Det er mange dilemmaer når det gjelder bruk av tvang i behandlingen av disse personene

Samtykkeutvalget mener at helsetjenesten bør være særlig oppmerksom på å ta vare på personer med ROP-lidelser. Dette er en sårbar pasientgruppe der mange opplever stigma og utenforskap. Bruk av rusmidler kan føre til at beslutningskompetansen varierer, og til forhøyet risiko for vold.⁵³

Dokumentanalysen viser at godt faglig arbeid reduserer bruken av tvang

Å bestemme over egen helse og hvilken helsehjelp man vil motta, er en grunnleggende rettighet. I noen tilfeller setter helsetjenestene denne retten til side gjennom lov, for å ivareta liv eller helse. Helsehjelp til og omsorg for mennesker med psykiske lidelser innebærer store faglige utfordringer. For ansatte i psykisk helsevern vil det ofte oppleves svært vanskelig å ikke kunne gi helsehjelp når det ut fra faglige vurderinger anses nødvendig. Bruk av tvang kan samtidig oppleves svært traumatisk for pasienten. Derfor bør psykiske helsetjenester i størst mulig grad baseres på frivillighet. Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet for å redusere bruken av tvang.⁵⁴ Det er krav om at avdelinger som har pasienter innlagt under tvungent psykisk helsevern, skal legge til rette for tilnærminger og tiltak som kan forebygge bruk av tvang.⁵⁵

Helsedirektoratet anbefaler at kommunen, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, har tjenester som styrker mulighetene for tidlig hjelp og forebygging av tvangsinnleggelser. Dette handler blant annet om å gi personer med risiko for tvangsinnleggelser, tjenester som sikrer en stabil bostedsituasjon,

oppmøte, får tilbud om annen oppfølging fra spesialisthelsetjenesten». TSB tok stilling til påstandene «Personer med ROP-lidelser som unnlater å møte opp til timeavtaler flere ganger, skrives ut av TSB» og «Personer med ROP-lidelser som skrives ut av TSB på grunn av manglende oppmøte, får tilbud om annen oppfølging fra spesialisthelsetjenesten»

⁵³ Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*.

⁵⁴ Helsedirektoratet. (2023) *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern*.

⁵⁵ Helsedirektoratet. (2021) *Nasjonale faglige råd. Tvang – forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne*.

ordnet økonomi, utdanning/arbeid eller meningsfull aktivitet og sosial tilhørighet.⁵⁶ Bruk av FACT- og ACT-team er et eksempel på tjenester som fører til reduksjon av tvangsinnleggelser (se kapittel 6.3).

I en bok om integrert behandling av ROP-lidelser understreker forfattere at reell frivillighet forutsetter at tjenestene utformer sine tilbud på en måte som gjør at frivillighet er mulig. Det betyr å ha differensierte tilbud med mulighet for tilpasninger basert på individuelle behov.⁵⁷

Tjenestene kan være uenige om når tvang bør utøves

I spørreundersøkelsen til psykisk helsevern spurte vi om hva som er eventuelle årsaker til at personer med ROP-lidelser ikke får tjenestene de trenger fra psykisk helsevern. De fleste psykisk helsevern (73 prosent) krysser av for at personen ikke tilfredsstiller vilkårene for tvang. Et av vilkårene for å kunne iverksette tvungent psykisk helsevern er at pasienten mangler samtykkekompetanse eller utgjør en fare for eget liv eller andres liv eller helse.⁵⁸

Flere informanter i psykisk helsevern opplever faglige dilemmaer i bruken av tvang overfor personer med ROP-lidelser. Informantene beskriver pasienter som er svært syke, men samtykkekompetente, og som selv bestemmer at de ikke ønsker behandling. I slike tilfeller kan det være vanskelig for samarbeidspartnere i kommunen å forstå hvorfor pasienten ikke får behandling fra spesialisthelsetjenesten. Andre rapporter og vår revisjon viser at det er en utbredt oppfatning i kommunehelsetjenesten at spesialisthelsetjenesten ikke alltid tar nok hensyn til personens fungering i bo- og nærmiljøet når den vurderer samtykkekompetanse eller fare, og at personer med ROP-lidelser ofte skrives ut før de er tilstrekkelig stabilisert.⁵⁹ Informanter fra spesialisthelsetjenesten etterspør på sin side bedre tilbud til pasientene i kommunen.

6.2.5 Tilbudet er ikke tilpasset personer med høy voldsrisiko

Vår revisjon og flere rapporter viser at det spesielt er personer med høy voldsrisiko som ikke får tjenestene de har behov for. I Fafos undersøkelse om samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv oppgir nesten alle kommunene i utvalget at det er brukere med voldsrisiko og alvorlig psykisk lidelse, eventuelt med samtidige rusmiddelproblemer, som ikke får den behandlingen de har behov for. De beskriver personer bosatt i kommunene med alvorlige helseproblemer, svært dårlige levekår og sammensatte problemer, som av ulike årsaker defineres ut av etablerte behandlingstilbud.⁶⁰

Også Sintefs kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid viser at det særlig trengs forbedring av arbeidet med personer som har antatt forhøyet voldsrisiko i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer. Mer enn hver tredje kommune (36 prosent) svarer at tilbudene i liten eller i svært liten grad er tilstrekkelig for å dekke behovene.

I spørreundersøkelsen til helseforetakene svarer nesten halvparten av psykisk helsevern og 64 prosent av TSB at tilbudet ikke er tilpasset personer med høy voldsrisiko, og at det er en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får spesialisthelsetjenestene de har behov for. Svar fra helseforetakene viser også at det ikke er uvanlig at personer ikke får behandling i psykisk helsevern og TSB på grunn av høy voldsrisiko.

Spørreundersøkelsen viser også at mange helseforetak mangler poliklinisk eller ambulant tilbud for personer med høy voldsrisiko. Som det framgår av Figur 5, svarer de fleste psykisk helsevern at det

⁵⁶ Helsedirektoratet. (2021) *Nasjonale faglige råd. Tvang – forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne*.

⁵⁷ Stensrud. (2022). *Når noen ikke vil – perspektiver på tvang* s. 184 i Lien & Lie. (2022).

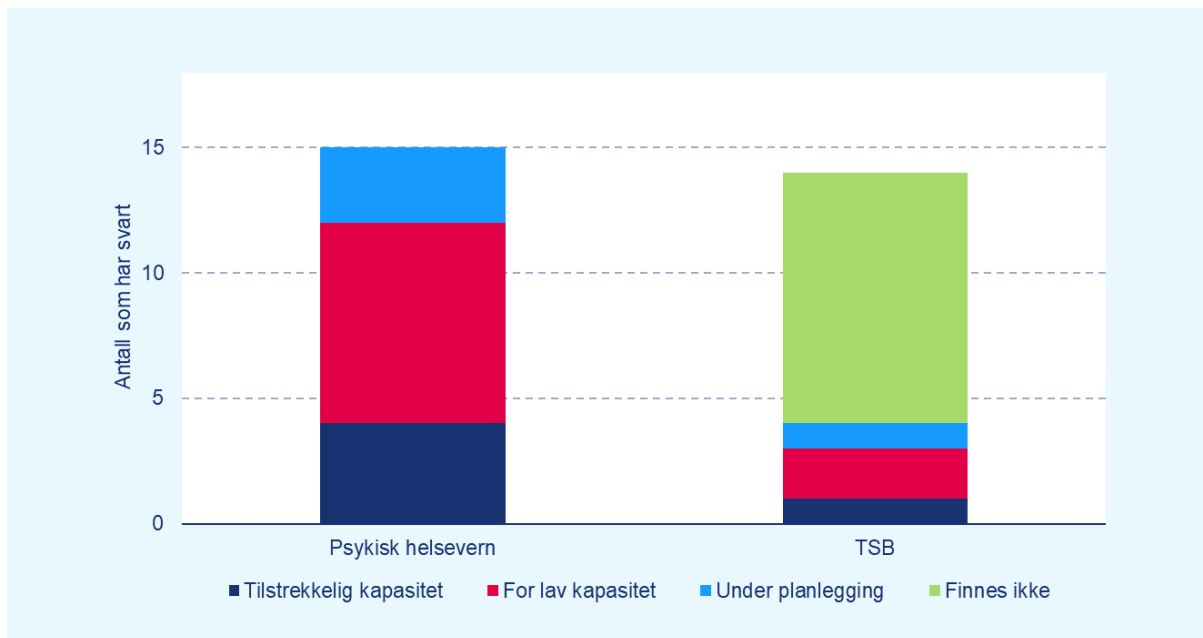
⁵⁸ Psykisk helsevernloven § 3-3.

⁵⁹ Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*; Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.

⁶⁰ Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.

polikliniske eller ambulante tilbudet de har for pasienter med høy voldsrisiko, har for lav kapasitet, eller at de er i gang med å opprette eller planlegge et slikt tilbud. De fleste TSB har ikke et slikt tilbud.

Figur 5 Tilgang på poliklinisk eller ambulant behandling for pasienter med høy voldsrisiko



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til psykisk helsevern og TSB i hvert helseforetak

Tjenestene sliter med å ivareta ansattes helse, miljø og sikkerhet

Aasen (2022) peker på at forekomsten av voldsrelatert arbeidsfravær blant helse- og sosialarbeidere innen psykisk helse og sosialtjenester har vært høyt og økende det siste tiåret i alle de nordiske landene. Helse- og sosialarbeidere i ambulante og oppsøkende helsetjenester er den enkeltstående yrkesgruppen med høyest risiko for å bli utsatt for yrkesrettet vold i Norge. Det har over tid vært en utvikling fra døgnbaserte til oppsøkende og ambulante tilbud, og i takt med dette har man sett en særlig voldsproblematikk i psykisk helsevern og rusomsorg.⁶¹

Det er vanskelig å skaffe oversikt over hvor mye vold og trusler ansatte blir utsatt for. Flere informanter forteller om en underrapportering av vold, trakassering og trusler fra ansatte. Informanter sier at ansatte blir syke av mange trusler.

I vår spørreundersøkelse svarer en tredjedel av kommunene og psykisk helsevern, og halvparten av TSB at det i stor grad er vanskelig å ta vare på ansvaret for ansattes helse, miljø og sikkerhet og samtidig opprettholde tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelser og høy voldsrisiko. En informant i kommunen forklarer at de ikke klarer å sikre lovpålagte tjenester til personer med ROP-lidelser og forhøyet voldsrisiko. Kommunen mangler tilbud til dem fordi det er vanskelig å sikre helse, miljø og sikkerheten for naboene, omgivelsene og de ansatte.

I likhet med Fafos undersøkelse om samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri⁶² peker informanter i vår undersøkelse på at kommunenes rammebetingelser begrenser evnen deres til å ta vare på personer med høy voldsrisiko. Det handler om at kommunale tjenester er frivillige, og at de ikke har noen

⁶¹ Aasen (2022) *Møter med vold og suicidalitet* s. 195 i Lien & Lie. (2022).

⁶² Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.

tvangstiltak. Det er ingen informanter i kommunene som mener at kommunen burde hatt tvangshjemler.

Kvalitative svar i spørreundersøkelsene peker på flere utfordringer med å gi pasienter med høy voldsrisiko behandling og oppfølging. For eksempel skriver en TSB om hva som er de største utfordringene med å levere spesialisthelsetjenester tilpasset behovene til personer med ROP-lidelser:

Klarer ikke å ta vare på personer med høy voldsrisiko innenfor eksisterende rammer

«Pasienter med høy voldsrisiko hvor man ikke kan tilby behandling uten å oppleve fare for egen sikkerhet, og liten mulighet til å iverksette adekvate tiltak som ivaretar dette. Der vil det ofte vurderes at pasienten ikke kan ivaretas innenfor eksisterende rammer.»

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse.

Helsedirektoratet peker på at det ikke bare er ansatte som kan bli skadelidende av at tilbudet ikke tilpasses, men også medpasienter av voldelige pasienter.⁶³

Kommunene har ulik kompetanse på voldsrisiko

I spørreundersøkelsen til kommunene svarer en høy andel at de ansatte som til daglig jobber med voksne med ROP-lidelser, at de i stor grad har kompetanse til å håndtere aggresjon og trusler, og det er få som svarer at de i liten grad har kompetanse.⁶⁴ Likevel er det litt over en tredjedel som oppgir at manglende kompetanse blant ansatte er en årsak til at det er vanskelig å ivareta ansvaret for ansattes helse, miljø og sikkerhet og samtidig ivareta tjenestetilbudet til personer med høy voldsrisiko. Det er også rundt en tredjedel som krysser av for at det er manglende kursing om møte med aggresjon. Andelen som krysser av for disse årsakene, er omtrent like stor blant store, mellomstore og små kommuner.⁶⁵

I intervjuer erfarte vi at det er forskjeller mellom og innad i kommuner når det gjelder kompetanse på voldsrisiko. I en av kommunene beskriver flere informanter at det er lite oppmerksomhet om voldsrisiko i tjenesten og ingen rutiner for dette, utover at ansatte går sammen med andre hvis de er usikre. I samme kommune beskriver ansatte og lederen ved én av enhetene at de har god kompetanse på voldsrisiko. De jobber blant annet med holdninger hos ansatte og konfliktdempende løsninger. I en annen kommune svarer alle ansatte vi spør om voldsproblematikk, at de deltar på kurs i møte med aggresjonsproblematikk (MAP). MAP er et opplæringsprogram for å forebygge og håndtere aggresjons- og voldsproblematikk i helse- og sosialsektoren. Sintefs kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid viser at 54 prosent av kommunene oppgir at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester.⁶⁶

I en undersøkelse skriver Ukom at oppgavene med å følge opp pasientgruppen med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko kan bli store. Det kan for eksempel være krevende å få tak i nødvendig kompetanse. Dette gjelder særlig for mindre kommuner. Ifølge Ukom vil mange kommuner aldri kunne

⁶³ Riksrevisjonen (2024) Referat fra intervju med Helsedirektoratet

⁶⁴ På spørsmål om i hvilken grad påstanden «Kommunens ansatte som til daglig jobber med voksne med ROP-lidelser har kompetanse til å håndtere aggresjon og trusler» stemmer, svarer 45 prosent «i stor grad» eller «i svært stor grad». 45 prosent svarer «i noen grad». 7 prosent svarer «i liten grad» eller «i svært liten grad». 2 prosent svarer «ikke aktuelt».

⁶⁵ På spørsmålet «Hva er eventuelle årsaker til at det er vanskelig å ivareta ansvaret for ansattes helse, miljø og sikkerhet og samtidig ivareta tjenestetilbudet for personer med ROP-lidelser?» krysser 35 prosent (92 kommuner) av kommunene av for «Manglende kompetanse blant ansatte». 32 prosent (84 kommuner) krysser av for «Manglende kursing om møte med aggresjon». Kommunene kunne krysse av for flere svaralternativer.

⁶⁶ Ose & Kaspersen. (2023). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023: årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*.

bli rustet til alene å kunne ta et så stort ansvar for enkelte personer som har alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko.⁶⁷

I spesialisthelsetjenesten svarer nesten alle psykisk helsevern at de i stor grad har kompetanse til å håndtere aggresjon og trusler. Blant TSB er det en høy andel (43 prosent) som svarer at de i noen eller i liten grad har kompetanse. Det er også fem TSB (36 prosent) som krysser av for at manglende kompetanse blant ansatte er en årsak til at det er vanskelig å opprettholde tjenestetilbudet til personer med høy voldsrisiko.

I intervjuer i psykisk helsevern erfarte vi at ansatte i større grad enn i kommunehelsetjenesten har gjennomgått kurs for håndtering og minimering av voldsrisiko, og at det var rutiner på området. Kompetanse på og rutiner for voldsrisiko var ikke et tema i intervjuene vi hadde med TSB.

6.2.6 Noen får ikke behandling i spesialisthelsetjenesten, fordi de vurderes å ikke ha nytte av den

Spesialisthelsetjenesten skal blant annet prioritere pasienter ut fra forventet nytte av behandlingen og kostnader i lys av behandlingens forventede effekt. Behandlingsnytte er altså et kriterium for tilgang til spesialisthelsetjenester. Noen steder er det ikke samsvar mellom hvilke tilbud enkelte brukergrupper har behov for, og de tilbudene som er utviklet. Manglende behandlingsnytte kan derfor også være et spørsmål om et lite utviklet behandlingstilbud.⁶⁸ For eksempel fortalte et FACT-team oss om personer med ROP-lidelser som ikke klarte å møte opp til poliklinisk behandling, og derfor hadde blitt vurdert å ikke ha nytte av behandlingen. Etter at FACT-teamet ble opprettet, utgjorde teamet et sikkerhetsnett for disse pasientene, som tidligere ikke hadde et egnet behandlingstilbud.

I spørreundersøkelsen svarer rundt halvparten av psykisk helsevern og TSB at personer med ROP-lidelser i noen eller i stor grad ikke får døgnbehandling, fordi de vurderes å ikke ha nytte av behandlingen.⁶⁹

Informanter forteller om pasienter med ROP-lidelser som avvises fordi de ikke vurderes å ha nytte av behandlingen. En informant fra spesialisthelsetjenesten forteller om pasienter med så komplekse lidelser at det ikke finnes noe godt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Når tjenesten har forsøkt alle tilgjengelige tilbud uten effekt, vurderes pasienten å ikke ha nytte av behandlingen. Da må kommunen ta ansvar for pasienten.

Helsedirektoratet har fått innspill fra både brukerorganisasjoner og helsepersonell om pasienter som har fått avslag som de oppfatter som stigmatiserende, der de ved nye henvisninger får avslag uten individuell vurdering.⁷⁰

I intervju sier Helsedirektoratet at underforbruk av tjenester, at personer ikke møter til timer, og at det vurderes at tjenestene gir lite nytte, i mange situasjoner henger sammen med at tjenestene ikke er godt nok tilpasset til personens behov.

Helse- og omsorgsdepartementet peker på at når spesialisthelsetjenesten opplever et stadig større press, blir det viktigere å prioritere hvem som har rett til hvilken helsehjelp. Alle pasienter skal få nødvendig og forsvarlig helsehjelp, men det vil også være behov for å prioritere innenfor gruppen av personer med ROP-lidelser, som for alle andre pasientgrupper.

⁶⁷ Ukom. (2023). *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*.

⁶⁸ Hansen mfl. (2022). *Sammen om trygg bosetting i møte med psykiske helseproblemer, rus og mulig voldsrisiko* s. 41–42.

⁶⁹ På spørsmål om i hvilken grad påstanden stemmer om «Personer med ROP-lidelser får ikke døgnbehandling i psykisk helsevern fordi de vurderes å ikke ha nytte av behandlingen» svarer én psykisk helsevern (7 prosent) «i stor grad», 6 (40 prosent) «i noen grad» og 8 (53 prosent) «i liten grad» eller «i svært liten grad». På spørsmål om i hvilken rad påstanden stemmer om «Personer med ROP-lidelser får ikke døgnbehandling i TSB fordi de vurderes å ikke ha nytte av behandlingen» svarer 8 TSB (57 prosent) «i noen grad» og 6 (43 prosent) «i liten grad».

⁷⁰ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

6.3 FACT/ACT er et tilpasset tilbud som ikke er tilgjengelig for mange

FACT og ACT er tjenestemodeller for oppsøkende og helhetlige tjenester til personer med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. ACT står for *Assertive Community Treatment*, eller aktivt oppsøkende behandlingsteam på norsk. Teamene gir oppsøkende og helhetlige tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet, og som ofte også har rusmiddelproblemer. FACT står for *Flexible Assertive Community Treatment*, eller fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam på norsk. Hovedforskjellen mellom de to teamtypene er at ACT retter seg mot mennesker med et stort og kontinuerlig behov for hjelp med psykoseproblemer, mens FACT har en bredere målgruppe med et mer varierende hjelpebehov.⁷¹ FACT og ACT er samhandlingsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, der det felles eierskapet reguleres gjennom samarbeidsavtaler.⁷² Brukermedvirkning er et av grunnprinsippene til modellen, og teamene skal først og fremst ta utgangspunkt i brukernes ønsker, behov og ressurser.⁷³

En internasjonal systematisk oversikt viser at ACT-modellen treffer og er nyttig for pasienter med ROP-lidelser, en gruppe det ellers er vanskelig å nå for hjelpeapparatet.⁷⁴ I Norge konkluderer evalueringer av både FACT-modellen og ACT-modellen med at teamene gir personer i målgruppen et bedre tilbud enn de hadde tidligere. Pasienter og pårørende er fornøyde, og det er reduksjon i antall oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten og i tvangsbruk.⁷⁵

En rapport fra Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) fra 2017 konkluderer med at det er stort potensial for flere FACT-/ACT-team i Norge, også i mindre tett befolkede områder. Ifølge en utredning vil FACT-/ACT-team kunne etableres i hele landet, med unntak av i DPS-regioner⁷⁶ med færre enn 15 000 innbyggere.⁷⁷

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene går det fram at FACT og ACT bør etableres der det er befolkningsmessig grunnlag for det. Helsedirektoratet skriver i årsrapporter at de arbeider kontinuerlig for å stimulere kommuner til å ta i bruk slike kunnskapsbaserte metoder.

6.3.1 FACT og ACT er ikke tilgjengelig i mange kommuner

FACT- og/eller ACT-team er, som det framgår av Figur 6, ikke tilgjengelig for innbyggere med ROP-lidelser i mange kommuner. I spørreundersøkelsen svarer 42 prosent av kommunene (111 kommuner) at de ikke har tilgang til FACT eller ACT. Det er flest små og mellomstore kommuner som ikke har tilgang til FACT-/ACT-team, men også en del store kommuner mangler team. Av de 69 store kommunene som svarte, var det 19 som ikke hadde tilgang.

⁷¹ Helsedirektoratet. (2024). ACT-, FACT- og FACT ung-team.

⁷² Helsedirektoratet. (2024). ACT-, FACT- og FACT ung-team.

⁷³ NAPHA (2024) ACT- og FACT-team.

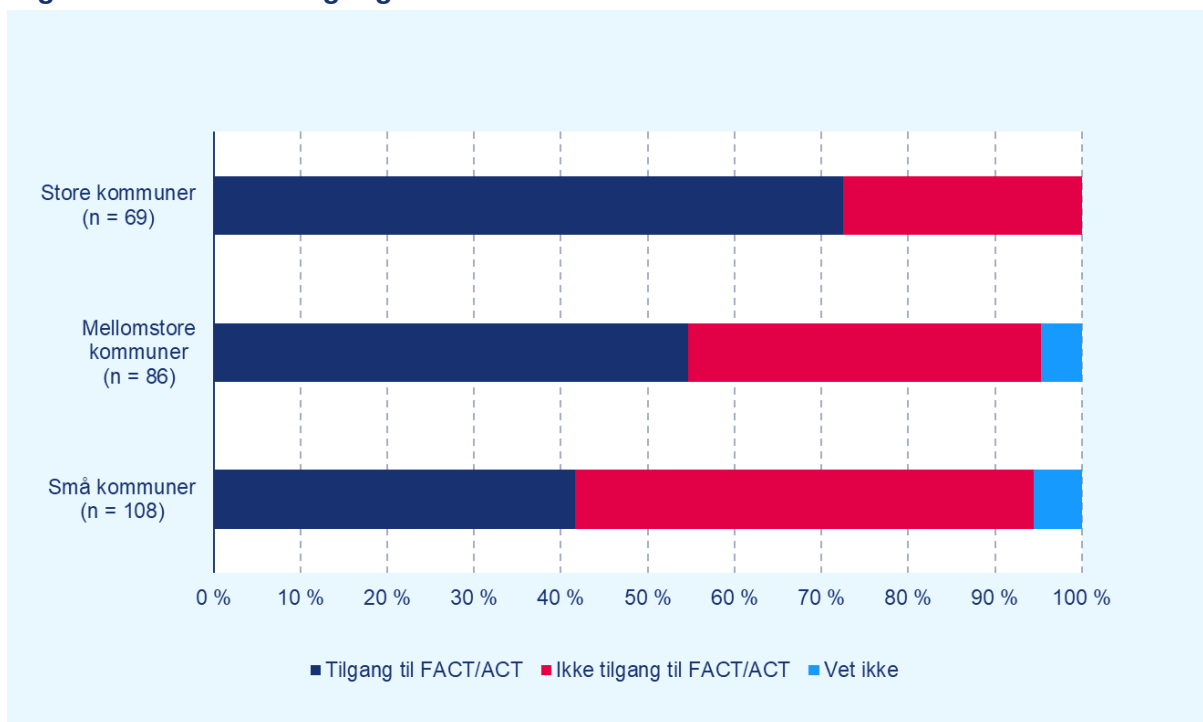
⁷⁴ Penzenstadler et. al (2023) *Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review*; NKROP (2019) *ACT-team er god behandling for ROP-pasienter*.

⁷⁵ Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2014) c?; Landheim og Odden (2020) *Sluttrapport. Evaluering av FACT-team i Norge*.

⁷⁶ DPS står for distriktspeskiatrisk senter. En DPS-region er DPS-enhetens opptaksområde, uavhengig av om enheten dekker én eller flere kommuner.

⁷⁷ Landheim mfl. (2017). *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*.

Figur 6 Kommuners tilgang til FACT-/ACT-team



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.⁷⁸

Spørreundersøkelsen til helseforetakene viser også at FACT/ACT ikke finnes alle plasser, men at de fleste helseforetak har FACT/ACT. I de fleste helseforetakene der tilbudet ikke finnes, er tilbudet under oppretting.⁷⁹

De kommunene som svarer at de *ikke* har FACT-/ACT-team i samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten,⁸⁰ fikk spørsmål om hva årsakene er til at de ikke har tilgang til et slikt team, jf. Figur 7.

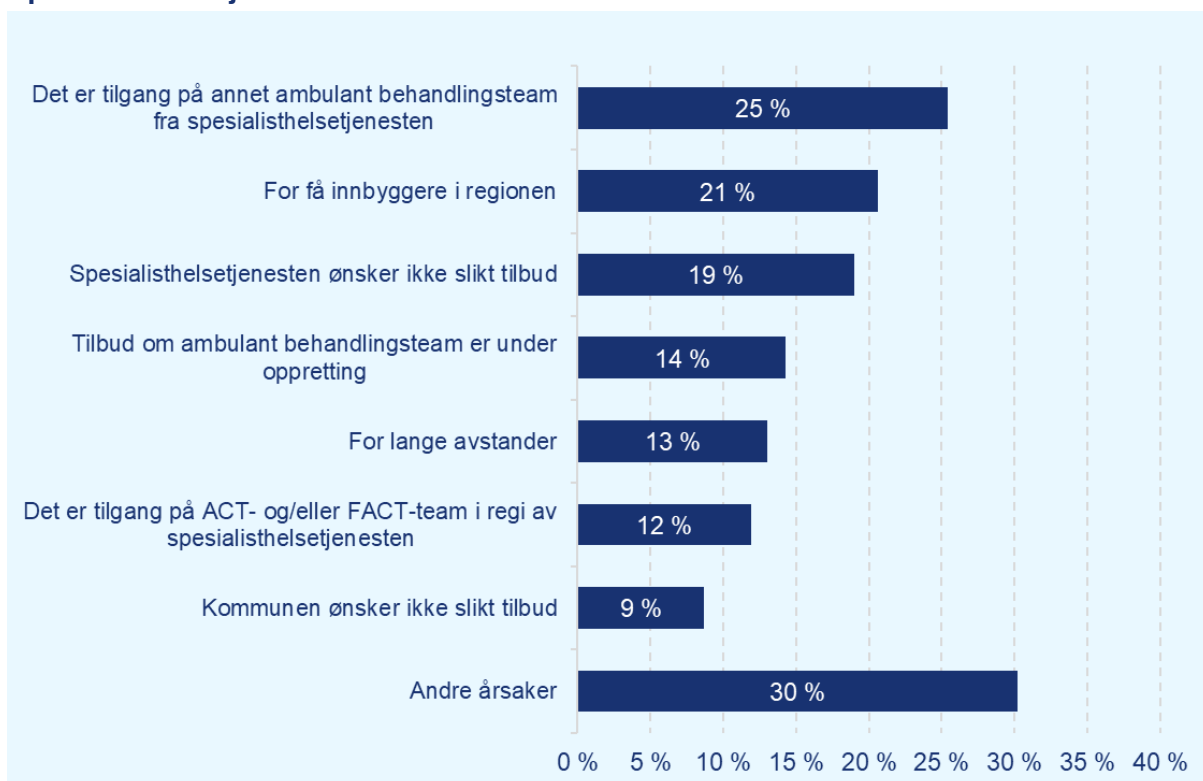
⁷⁸ Avkryssing på spørsmålet «Hvilke typer ambulant behandlingsteam fra spesialisthelsetjenesten har personer med ROP-lidelser i kommunen tilgang på?». Spørsmålet presiserte at dette omfattet både FACT/ACT i regi av spesialisthelsetjenesten og i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Formuleringen av spørsmålet er basert på rapporten Hansen, I.L.S., Markussen, T.E. og Bråthen, K. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.

⁷⁹ Vi stilte psykisk helsevern og TSB i hvert helseforetak spørsmålet «Har psykisk helsevern / TSB tilbud med følgende egenskaper?». Ett av spørsmålene handlet om de hadde FACT/ACT. Svaralternativene for psykisk helsevern var «Tilbudet finnes i psykisk helsevern og har tilstrekkelig kapasitet», «Tilbudet finnes i psykisk helsevern, men har ikke tilstrekkelig kapasitet», «Tilbudet er under planlegging/oppstart» og «Tilbudet finnes ikke i psykisk helsevern». For TSB var svaralternativene «Tilbudet finnes i TSB og har tilstrekkelig kapasitet», «Tilbudet finnes i TSB, men har ikke tilstrekkelig kapasitet», «Tilbudet er under planlegging/oppstart» og «Tilbudet finnes ikke i TSB.»

Tre av helseforetakene (20 prosent) svarte at tilbudet er under planlegging i psykisk helsevern, og tilbudet finnes ikke i TSB. To av helseforetakene svarer (13 prosent) at tilbudet ikke finnes i psykisk helsevern. En av disse har FACT i TSB, men med for lav kapasitet ifølge helseforetaket. Se også punkt 6.3.2.

⁸⁰ Spørsmålet ble stilt til kommunene som ikke krysset av for at innbyggere med ROP-lidelser ikke hadde tilgang til FACT/ACT i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og ikke krysset av for «Vet ikke». Nesten halvparten av alle kommuner (48 prosent) svarer at de har tilgang til FACT-/ACT-team i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Figur 7 Årsakene til at kommunene ikke har FACT og/eller ACT-team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene,⁸¹ n = 126.

Blant de store kommunene er det flest som krysser av for at det finnes andre ambulante behandlingsteam fra spesialisthelsetjenesten, mens de små og mellomstore kommunene har andre forklaringer på at slike mangler.

Noen kommuner kommenterer at det kan være vanskelig å få på plass et samarbeid med helseforetaket om FACT-team, og at noen av team blir avviklet. En kommune forklarer det slik:

FACT-team avvikles av spesialisthelsetjenesten tross protester fra kommunene

«Vi har i flere år samarbeidet med nabokommune om lokalt digitalt FACT-team. Dette har hatt avgjørende betydning for tjenesten og behandling for personer med behov for tjenester innen psykisk helse og rus. Spesialisthelsetjenesten og helseforetaket avviklet de lokale FACT-teamene i regionen i 2024, til tross for at dette er et nasjonalt satsningsområde, og tross protester fra de involverte kommunene. Nettverket av samarbeidende kommuner har også prøvd å påvirke dette avgjørelsen, men har ikke fått gehør for dette.»

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

Det distriktpsikiatriske senteret som deltok i det aktuelle FACT-teamet sier at teamet ikke ble videreført etter prosjektperioden. Årsaken til dette var blant annet manglende kapasitet. En annen årsak handlet om likebehandling av kommunene i opptaksområdet til sykehuset. Bare to av kommunene i opptaksområdet deltok i teamet, og pasienter fra de andre kommunene hadde ikke tilgang til FACT-team. Det distriktpsikiatriske senteret har fra før et ACT-team for pasienter med psykoselidelse med og uten ruslidelser. Dette er et ambulant tverrfaglig og oppsøkende team for

⁸¹ Kommunene kunne krysse av for flere årsaker.

aktuelle pasientgruppe, og som yter tjenester ut over hva et FACT-team tilbyr, inkludert sprøytepoliklinikk.

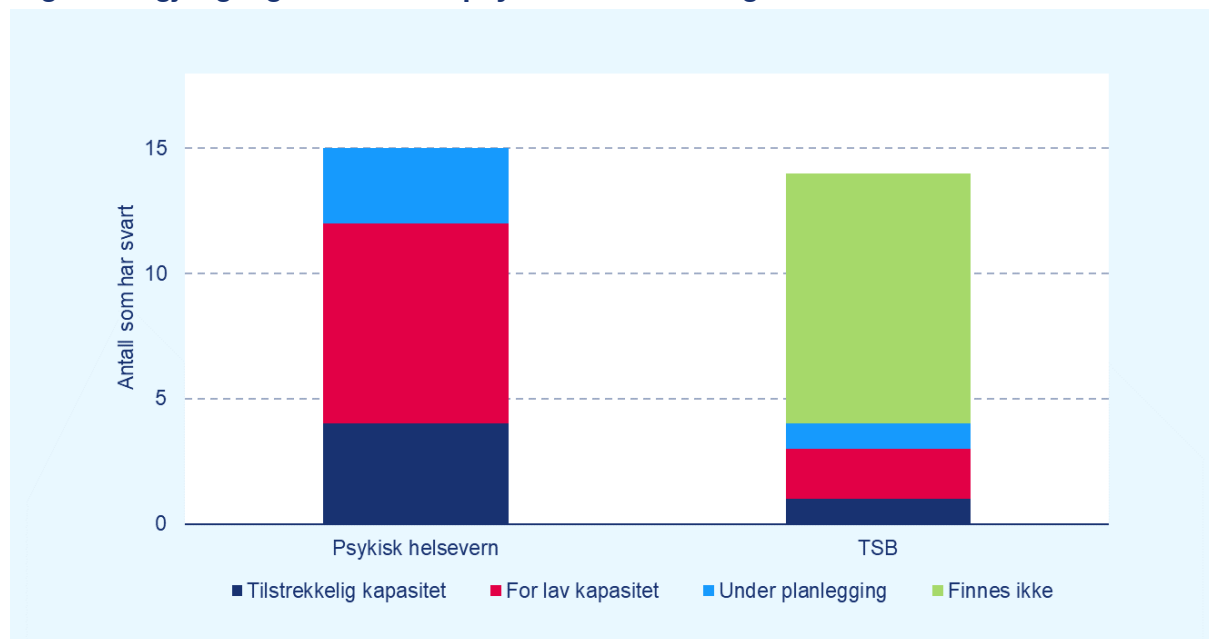
Flere statsforvaltere peker på at økonomi er en årsak til utfordringer med å opprettholde FACT-/ACT-tilbudet. Det er mulig å opprette FACT-/ACT-team ved å bruke tilskudd til oppfølging av voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester. Tilskuddet er tidsavgrenset, og flere kommuner sliter med å føre teamene over i vanlig drift etter at tilskuddsperioden er over. Statsforvalteren i Troms og Finnmark forteller at samarbeidet er vanskelig fordi det er ulike finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Mens helseforetakene mottar refusjoner for behandling i teamene, må kommunene kun bruke rammefinansiering etter at tilskuddsperioden går ut. NAPHA peker på at spesialisthelsetjenesten kan spare kostnader på å opprette team fordi behovet for døgnkapasitet går ned, mens kommunene ikke nødvendigvis opplever de samme lavere kostnadene.

Ifølge NAPHA er mangel på spesialister en utfordring i noen regioner, særlig i spredtbygde strøk. Statsforvalteren i Troms og Finnmark skriver at noen team legges ned etter kort tid på grunn av at spesialisthelsetjenesten ikke klarer å bidra med spesialistkompetanse i teamet. Statsforvalteren i Vestland viser til at samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i FACT-team kan være utfordrende på grunn av geografi og lange avstander. NAPHA peker på flere eksempler på team som fungerer godt i regioner med lange avstander og lav befolkningstetthet. Det er da en forutsetning at teamene er etablert som interkommunale samarbeid, noe som i enkelte regioner har vært krevende å få til.

6.3.2 Flere helseforetak oppgir at tilbudet har for lav kapasitet

Flere helseforetak som har FACT og/eller ACT, oppgir at tilbudet har for lav kapasitet. Vi stilte psykisk helsevern og TSB i hvert helseforetak spørsmål om FACT/ACT er tilgjengelig i deres enhet, og hvilken kapasitet tilbudet eventuelt har. Figur 8 viser at fire av de ti psykisk helsevern som oppgir at de har FACT/ACT, krysser av for at tilbudet har for liten kapasitet. Det er fem av de sju TSB som oppgir at de har FACT/ACT, som krysser av for at tilbudet har for lav kapasitet.

Figur 8 Tilgjengelig FACT/ACT i psykisk helsevern og TSB



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til psykisk helsevern og TSB i hvert helseforetak.

Noen kommuner trekker i spørreundersøkelsen fram at FACT/ACT har for liten kapasitet. Helse Midt-Norge RHF skriver at det trengs større kapasitet i FACT-team i regionen. NAPHA framhever at noen regioner har for få team. Dette gjør at teamene må prioritere, og at noen team derfor i praksis bare gir tilbud til de brukerne som har mest alvorlig problematikk. Helsedirektoratet peker på at kapasiteten til FACT-/ACT-team blir avgjort av kommunen og spesialisthelsetjenesten når de etablerer et samarbeid.

6.3.3 Egenandelen og inntakskriteriene til teamene gjør at noen ikke blir fulgt opp av FACT-team

Egenandel i FACT-team gjør at noen personer med ROP-lidelser ikke ønsker oppfølging

Ifølge etableringshåndboka for ACT og FACT kan økonomiske forpliktelser bli et hinder for relasjonsbyggingen og motivasjonen for å motta behandling.⁸²

I intervjuer blir det opplyst at alle FACT-teamene i storbykommunen vi besøkte, tar egenandel for ambulant og poliklinisk virksomhet. Informanter forteller at det gjør at noen personer med ROP-lidelser ikke tar imot helsehjelp og medisiner. Noen beskriver egenandelen som et hinder for at pasientene fortsetter med frivillig behandling etter at tvangsvedtak opphører.

En informant som jobber i FACT-team, opplyser at egenandelen er på 375 kroner, og at denne gjør at noen personer med ROP-lidelser takker nei til hjelp eller får gjeld fordi de ikke betaler regningene. Pasienter på tvang slipper egenandelen, men tvangen opphører ofte etter kort tid.

Ulike oppfatninger om egenandel i FACT-team

«Det gjør vondt å ta betalt. Alle bortsett fra de på tvang må betale. Noen takker nei til hjelp når vi informerer om at vi tar betalt. Man kan søke Nav om stønad til å dekke egenandeler for helsehjelp opp til egenandelstaket. Det brukes noe, men ikke alle får. Jeg mener bestemt at egenbetaling burde fjernes fra alle FACT-team. Det hindrer meg i jobben min og gjør at jeg påfører dem mer gjeld. Det er jo ingen av disse ROP-pasientene som kan betale disse regningene. Det hoper seg opp og blir til stor gjeld til slutt.»

«En fordel med at de betaler for FACT-tjenestene, er at de opparbeider seg frikort. Dette er en fordel for personene fordi de kan bruke fastlegetjenester og hente ut medisiner uten å måtte betale. Det er også bra for personene å gjøre opp for seg. Teamet forsøker å gjøre det slik at økonomi ikke skal være et hinder for å få tjenester. De avtaler for eksempel med pasienten at hvis de har tre avtaler i uka, betaler de kun for en av dem.»

Kilde: To informanter fra ulike FACT-team som tar egenandel.

En informant fra Nav forteller at de stadig møter personer som ikke får oppfølging fra FACT, fordi de må betale egenandel, og dette gjør at de ikke får medisinen de trenger. NAPHA sier at egenandelen i FACT-team er u hensiktsmessig og gjør det vanskelig å gi gode tjenester. Men NAPHA erfarer også at det er få team som tar egenandel.

I spørreundersøkelsen til psykisk helsevern og TSB i hvert helseforetak er det ingen som krysser av for at egenandel er en årsak til at personer med ROP-lidelser som har behov for tjenester fra FACT/ACT, ikke får det. Men én TSB i en annen storbykommune enn den vi besøkte, svarer at

⁸² Bakke & Strand. (2018). *Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team*.

egenandel i FACT er en av de største utfordringene med å levere spesialisthelsetjenester tilpasset behovene til personer med ROP-lidelser.⁸³

Helsedirektoratet sier at det ikke finnes noe generelt unntak fra egenandel for pasienter som mottar behandling i FACT eller ACT. *Forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta* inneholder noen unntak for når sykehusene kan kreve egenandel for helsehjelp. Noen av unntaksbestemmelsene kan gjøre at teamene ikke kan kreve egenandel, men disse skal ifølge Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet forstås strengt og vurderes i hvert enkelt tilfelle. For pasientene som er omfattet av unntaksreglene, kan sykehuset sende krav til Helfo for den ubetalte egenandelen. Når teamene ikke gir en poliklinisk spesialisthelsetjeneste, men for eksempel hjelper med praktiske oppgaver, kan teamene heller ikke kreve egenandel eller kreve refusjon fra Helfo.⁸⁴

Helsedirektoratet viser til at dersom pasienten som mottar behandling, ikke oppfyller noen av unntaksbestemmelsene, kan teamet kreve egenandel av pasienten. Helseforetakene er imidlertid ikke pålagt å kreve egenandel selv om de har hjemmel til det. Praksisen i helseforetakene kan derfor være ulik fordi noen helseforetak ønsker å skjerme enkelte pasienter eller pasientgrupper fra å betale egenandeler.⁸⁵

Personer med enkelte diagnoser og/eller voldsrisiko kan bli ekskludert

Tverrfaglige oppsøkende team har ulike inkluderings- og ekskluderingskriterier, noe som gjør at noen personer med ROP-lidelser faller utenfor. I en evaluering av FACT-team i Norge kom det fram at de fleste samarbeidspartnerne mente at målgruppen til FACT-teamene bør utvides. Personer med alvorlige atferdsproblemer, lavt funksjonsnivå og store og sammensatte problemer ble spesielt nevnt.⁸⁶ Casestudiene i evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet viser til at enkelte personer fungerer veldig dårlig og faller mellom to stoler: De har behov for veldig tett oppfølging, men er av ulike årsaker ikke i målgruppen til FACT-teamene. Dermed står de uten noe som oppleves som et godt nok tilbud.⁸⁷

Over en tredjedel av kommunene svarer at diagnosekriterier er en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får tjenestene de trenger fra FACT-/ACT-team. Seks prosent svarer også at tilbudet ikke er tilpasset personer med høy voldsrisiko.⁸⁸ Noen helseforetak svarer at diagnosekriterier er en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får tjenestene de har behov for fra FACT-/ACT-team. Noen få svarer at årsaken er at tilbudet ikke er tilpasset personer med høy voldsrisiko.⁸⁹

Det varierer hvem som faller utenfor kriteriene til FACT-team. De FACT-teamene vi snakket med, har ulike inntakskriterier. Ett av teamene var organisert i en psykoseklinikk, slik at pasienter med ROP-lidelser og uten psykoseproblematikk falt utenfor. Teamet hadde begynt å ta inn flere personer med rusutløste psykoser, men opplevde at det var utfordrende å komme i posisjon til disse pasientene fordi vedtak om tvang opphørte raskt og mange ikke ønsker behandling. Et annet team vi snakket med, tok

⁸³ Spørsmålet «Hva er eventuelle årsaker til at personer med ROP-lidelser som har behov for tjenester fra FACT eller ACT i psykisk helsevern / TSB, ikke får det?» ble stilt til de elleve psykisk helsevern og tre TSB som oppga at de hadde FACT-/ACT-team. Ingen krysset av for alternativene «Teamet tar egenandel for ambulant/poliklinisk kontakt» eller «Det er egenandel for medisiner som teamet gir».

⁸⁴ Riksrevisjonens intervjuer med Helsedirektoratet 27. august 2024 og med Helse- og omsorgsdepartementet 12. september 2024.

⁸⁵ Riksrevisjonens intervjuer med Helsedirektoratet 27. august 2024; *Forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta* (FOR-2016-12-20-1848), § 5.

⁸⁶ Landheim & Odden. (2020) *Evaluering av FACT-team i Norge. Sluttrapport*.

⁸⁷ Hansen mfl. (2020). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Tredje statusrapport*.

⁸⁸ Vi stilte spørsmål om årsaker til at personer med behov for tjenester fra FACT-/ACT-team ikke får det, til de kommunene som oppga at de deltar i FACT-/ACT-team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Av de 143 kommunene som svarte på spørsmålet, var det 37 prosent som svarte at årsaken var at personen ikke har en diagnose som teamene har teamet er rettet mot, og 6 prosent som svarte at tilbudet ikke er tilpasset personer med høy voldsrisiko. Det var mulig å krysse av for flere årsaker.

⁸⁹ Vi stilte spørsmål til psykisk helsevern- og TSB som oppga at de hadde FACT-/ACT-team, om hva som er årsaker til at personer med ROP-lidelser som har behov for det, ikke får tjenester fra team. Elleve psykisk helsevern og tre TSB svarte. Av disse var det fire psykisk helsevern (36 prosent) som svarte at årsaken var at personen ikke har en diagnose som teamene har som inntakskriterium. En psykisk helsevern (9 prosent) og én TSB (33 prosent) krysset av for at tilbudet ikke er tilpasset personer med høy voldsrisiko.

inn pasienter med andre psykiske lidelser enn psykose, men var ikke tilpasset personer med svært høy voldsrisiko, og de ga utelukkende frivillig oppfølging.

Ett regionalt helseforetak skriver at inklusjonskriteriene til FACT kan ha for høy terskel, og at det er mange pasientgrupper med lavt funksjonsnivå og hyppige innleggelser i spesialisthelsetjenesten som ville hatt nytte av slik samhandling.⁹⁰ I spørreundersøkelsen peker en TSB på at ruspasienter og/eller pasienter med høy voldsrisiko vurderes å ikke kunne gjøre seg nytte av tilbudet eller faller utenfor målgruppen.

6.3.4 Noen ønsker ikke tjenester fra FACT-/ACT-team

FACT og ACT er modeller som er tilpasset å gi oppfølging til personer som er vanskelige å nå og behandle.⁹¹ Evalueringene av FACT og ACT viser at brukerne er mer fornøyde med denne oppfølgingen enn med tidligere behandling. En rapport etter bruker-spør-bruker-metoden⁹² om ACT viser at norske ACT-brukere er mer tilfredse enn brukere av ordinære tjenester og ACT-brukere i flere andre land. De opplever ikke hjelpen som påtrengende og ønsket seg heller mer kontakt enn mindre.⁹³

Samtidig viser vår revisjon at en viktig årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får oppfølging fra FACT-/ACT-team, er at de ikke ønsker det selv. Et flertall av helseforetakene og kommunene svarer at dette en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får tjenester fra FACT-team. Det er også en del som svarer at en annen årsak er at det er vanskelig å få kontakt med personen.

Informanter fra alle de tre FACT-teamene vi har snakket med, har sagt at det er en utfordring at noen personer med ROP-lidelser ikke ønsker oppfølging, og at de ikke kommer i posisjon til å gi tjenester til noen personer med ROP-lidelser.

6.4 Det er vanskelig å få døgninnleggelser for personer med ROP-lidelser

Ifølge ROP-retningslinjen er det mange personer med ROP-lidelser som ikke responderer på poliklinisk behandling. Det kan være lettere å oppnå bedring under et institusjonsopphold i spesialisthelsetjenesten. I en institusjon vil det være tettere kontakt og høyere intensitet i behandlingen. Bedre formell og uformell kontroll med rusing og skjerming fra mange av dagliglivets påkjenninger og fristelser kan gi et godt utgangspunkt for ulike terapeutiske intervensjoner.⁹⁴

Det er flere grunner til at personer med ROP-lidelser kan ha behov for døgnbehandling i psykisk helsevern eller TSB. For eksempel har noen behov for døgnbehandling i korte perioder for å komme seg ut av en vanskelig situasjon eller for å få en grundigere utredning. Andre trenger døgnbehandling over lengre tid for å oppnå mer stabile og langsiktige endringer, ikke minst i bruken av rusmidler.⁹⁵

6.4.1 Mange blir først innlagt når tilstanden har blitt akutt

Mange har svingdørsforløp som gjør dem sykere

Samtykkeutvalget trekker fram at pasienter med ROP-lidelse har typisk gjentatte, men korte, innleggelser i psykisk helsevern, ofte med henvisning for tvungent vern. Mange får lite eller ingen oppfølging fra spesialisthelsetjenesten etter at de er skrevet ut. Av pasientene som ble henvist til

⁹⁰ Svar fra Helse Nord RHF på Riksrevisjonens skriftlige spørsmål.

⁹¹ Landheim m fl. (2022) *Samhandlingsmodeller: ACT & FACT*

⁹² Bruker-spør-bruker er en kvalitativ metode for evaluering av helse- og omsorgstjenester der personer med egen erfaring gjennomfører undersøkelsene i tjenester.

⁹³ Helsedirektoratet (2024) *ACT-, FACT- og FACT ung-team*

⁹⁴ Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*

⁹⁵ Helse Norge (2022) *Behandling av samtidige rusproblemer og psykiske lidelser*

og/eller innlagt under tvungent vern, er det flere akutt- og tvangsinnleggelser blant pasienter med rusmiddelmisbruk som tilleggsproblematikk enn andre pasienter. Kommunehelsetjenesten erfarer at pasienter i denne gruppen ofte skrives ut før de er tilstrekkelig stabilisert. Helsetjenesten erfarer at slike «svingdørsforløp» kan forverre pasientens tilstand og gi ytterligere utfordringer for kommunen som skal gi brukeren et tilstrekkelig bolig- og tjenestetilbud.⁹⁶

I spørreundersøkelsene er det omtrent halvparten av psykisk helsevern og TSB som svarer at personer med ROP-lidelser i noen grad har gjentatte korte innleggelser, uten oppfølging av spesialisthelsetjenesten mellom innleggelsene. Tre psykisk helsevern (20 prosent) og fem TSB (36 prosent) oppgir at for kortvarige behandlingstilbud er en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får helsetjenestene de har behov for.

Flere informanter utdyper hva dette betyr i praksis. Psykisk helsevern i et helseforetak skriver at pasientene kun får akuttbehandling under tvang, deretter utskrivelse ved gjenvunnet samtykke. En psykologspesialist fra psykisk helsevern forteller at hjelpen fra spesialisthelsetjenesten stort sett bare handler om medisiner og kort stabilisering av pasientene, som deretter sendes raskt tilbake til kommunene. Ifølge spesialisten er det da kommunen som igjen må følge opp veldig krevende pasienter med et betydelig voldspotensial. En informant fra en bemannet bolig i en kommune sier at han noen ganger mener at personer burde fått lengre behandling før de blir skrevet ut. Ifølge informanten skyldes de korte innleggelsene samhandlingsreformen, og han opplever ikke motvilje hos sykehusene. Han mener det er enkelte personer som ikke klarer å bo for seg selv, selv med veldig tett kommunal oppfølging. Ifølge informanten sier spesialisthelsetjenesten at personen er stabilt dårlig, og ikke blir friskere av å være i spesialisthelsetjenesten. Da gir kommunen dem den oppfølgingen de har muligheten til å gi.

Blir ikke innlagt før det er så alvorlig at personen må på tvang

«Vi får ikke pasienter inn på avrusning og stabilisering på kort varsel. Det er ressursmangel flere steder. Hvis pasienten blir destabilisert, er det nesten umulig å få til stabiliseringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Vi får som regel beskjed om å vente til pasienten blir så dårlig at hen må på legevakt og legges inn på tvang, og da kan pasienten være så dårlig at innleggelsen blir mer langvarig.»

Kilde: En informant fra kommunal institusjon.

Det er vanskelig å få lagt inn personer med ROP-lidelser

Nesten 60 prosent av kommunene svarer i spørreundersøkelsen at det er vanskelig å få til planlagte innleggelser i spesialisthelsetjenesten ved behov. Flest store kommuner svarer dette. En tredjedel av helseforetakene svarer at det i stor grad mangler kapasitet til planlagte, frivillige innleggelser i psykisk helsevern.

Flere informanter forteller at det blir vanskeligere og vanskeligere å få innleggelser i psykisk helsevern.

⁹⁶ Ekspertutvalg om samtykkekompetanse (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*.

Tidligere bidro lengre innleggelser til stabilisering

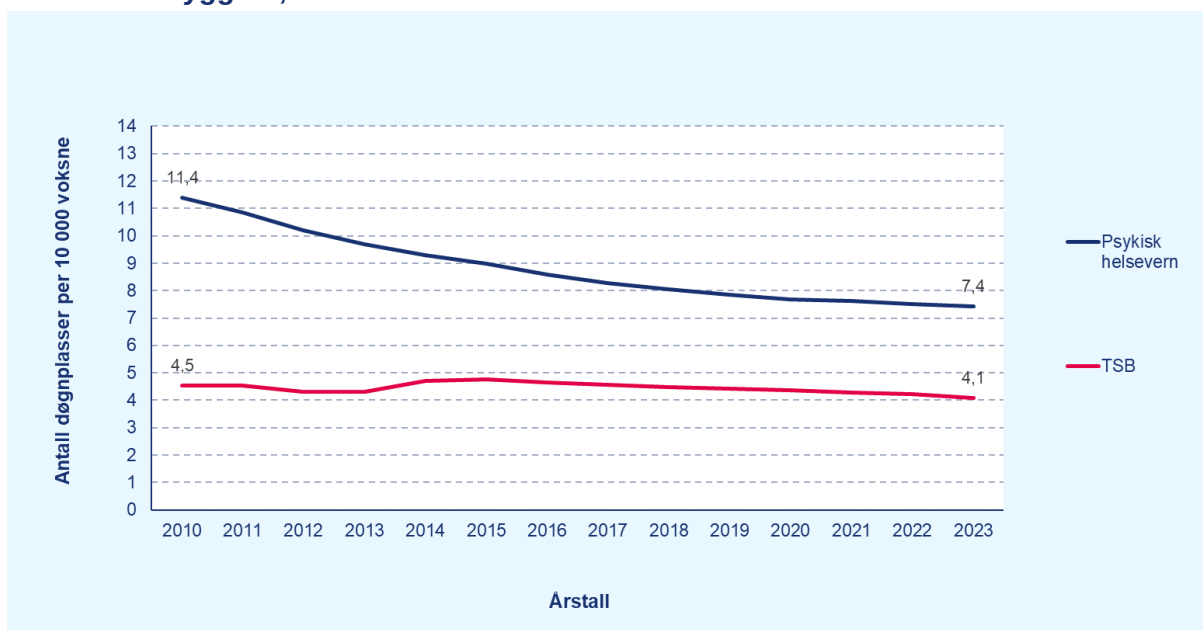
«Tidligere var det flere døgnplasser i rusbehandling- og psykiatrien. Personer med ROP-lidelser var også syke før, men at de kunne være innlagt i noen måneder og komme ut igjen, og få nytt opphold når de ble veldig syke. Det var kanskje ikke et behandlingsperspektiv for å innlegge dem i flere måneder før, men personene trengte den tiden for å rehabilitere seg sosialt og få hodet over vannet. Nå er de ute hele tiden og uten at det finnes et kommunalt tilbud. Den eneste veien for pasientene å få plass i psykiatrien er nå å bli psykotisk og framstilt av politiet. De får ikke plass der lenge, og når de kommer ut er de så syke at de nesten ikke klarer å kommunisere.»

Kilde: En informant fra Nav.

6.4.2 Kapasiteten i døgnbehandlingen i psykisk helsevern er redusert

De siste tiårene har det vært en markant nedgang i døgnplasser for voksne i psykisk helsevern. Fra 1990 til 2009 ble antallet døgnplasser for voksne halvert: antallet gikk fra 24 til 12 plasser per 10 000 voksne innbyggere. Figur 9 viser at nedgangen også har vært betydelig de siste årene, om enn mer gradvis. Fra 2010 til 2023 sank antall døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere fra 11,4 til 7,4 plasser, som er en nedgang på 35 prosent.⁹⁷ Antallet døgnplasser per innbygger i TSB har i samme periode falt mindre, fra rundt 4,5 til 4,1 plasser per 10 000 voksne, som er nedgang på om lag 10 prosent.

Figur 9 Utviklingen i antall døgnplasser i psykisk helsevern og TSB, per 10 000 voksne innbyggere, 2010–2023



Kilde: Samdata.

Døgnkapasiteten i 2023 i psykisk helsevern for voksne varierer mellom de ulike helseregionene. Helse Nord RHF, som er regionen med høyest dekning, har omtrent 8,9 døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere. Region Sør-Øst og Midt har lavest dekning, med omtrent 7,0 døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere. Antallet døgnplasser per 10 000 innbyggere har gått ned i alle regioner siden

⁹⁷ Statistisk sentralbyrå. (2023). Tabell 04511: Psykisk helsevern for voksne. Døgnplasser, utskrivninger, oppholdsdøgn, polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager, etter helseforetak (avslutta serie) 1990 – 2021; Helsedirektoratet. (2021). Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og utvalgte pasientgrupper. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021. Data fra Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet. Antall døgnplasser i perioden 1990 til 2009 og antall innbyggere over 18 år fra 1990 til 2009 er fra SSB. Antall døgnplasser i psykisk helsevern og TSB fra 2010 til 2023 er fra Samdata i Helsedirektoratet.

2010, men i ulik grad. Helse Nord RHF har hatt en reduksjon på rundt 26 prosent, mens det i Helse Sør-Øst RHF er en reduksjon på 39 prosent.⁹⁸

Nedgangen i døgnkapasiteten er en del av en ønsket utvikling. Psykiatri- og rustjenestene har gjennomgått store endringer de siste tiårene. Omstillingen kjennetegnes av færre døgnplasser, mer ambulant og poliklinisk oppfølging og økt desentralisering av tjenestene. Hensikten med endringene har vært å kunne tilby bedre og mer lokalbaserte helsetjenester til mennesker med rusmiddellidelser og psykiske helseproblemer. I tillegg har det vært mål å alminneliggjøre og redusere stigma rundt rusmiddel- og psykiske lidelser. Samtidig er denne utviklingen ikke nødvendigvis god for enkelte sårbare pasienter.⁹⁹

Mange har tatt til orde for at døgnkapasiteten i psykisk helsevern nå har blitt for lav. For eksempel framgår det av en statusrapport for akuttpsykiatri i 2021 at en utbredt oppfatning i fagområdet er at en del av pasientene som innlegges i dag, har et høyere symptomtrykk enn for noen år tilbake. I rapporten hevdes det at det er mangel på både akuttpsykiatriske plasser og døgnplasser for behandling over tid, særlig for pasientene med de alvorligste lidelsene.¹⁰⁰ En modell for framskrivninger i psykisk helsevern og TSB estimerer at behovet for døgnbehandling av pasienter med ROP-lidelser blir høyere, og anbefaler å øke døgnkapasitet med 15 prosent for målgruppen.¹⁰¹ Samtykkeutvalget vurderer at reduksjonen i planlagt og frivillig døgnbehandling i psykisk helsevern ikke er godt nok kompensert med adekvate behandlingstilbud utenfor døgnavdelingene.¹⁰² Å hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse er et resultatmål i *Opptappingsplanen for psykisk helse (2023–2033)*. En informant fra psykisk helsevern sier dette til oss:

Nedgangen i døgnplasser går ut over de sykeste pasientene

«Selvfølgelig påvirker nedgangen i døgnplasser i psykisk helsevern alle muligheter for innleggelser av de tyngste pasientene. Det er veldig bra at antall polikliniske behandlinger har økt vesentlig, og det er veldig bra for dem som er mindre syke. Men det er store negative konsekvenser for den gruppen som har de mest alvorlige lidelser, både når det gjelder psykotiske tilstander og rus. Det er disse pasientene som blir kortvarig innlagt og som blir skrevet for fort ut uten at de er ferdig utredet eller stabilisert. Konsekvensen blir mange nye runder med kortvarige innleggelser og utskrivinger.»

Kilde: En informant fra psykisk helsevern.

Spørreundersøkelsen viser at helseforetakene i stor grad vurderer egen døgnkapasitet i psykisk helsevern som for lav. Ni helseforetak (60 prosent av dem som har svart) oppgir at de mangler kapasitet i døgnbehandlingen i psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad. Bare ett helseforetak svarer at de mangler kapasitet i liten eller i svært liten grad. Til sammenligning svarer sju TSB (50 prosent av svarene) at de mangler kapasitet i døgnbehandlingen i liten eller i svært liten grad.

På grunn av ansvarsdelingen mellom psykisk helsevern og TSB om pasienter med ROP-lidelser hjelper ikke nødvendigvis kapasiteten i TSB flere i målgruppen. For eksempel forteller en informant fra en akuttpsykiatrisk post at de har mange pasienter og flere korridorpasienter, mens avdelingen for rusmedisin har 40 ledige senger. Informanten stiller spørsmål ved om det er en feil ressursutnyttelse.

⁹⁸ Helse Norge. (2022). *Behandling av samtidige rusproblemer og psykiske lidelser*.

⁹⁹ Stensrud. (2022). *Når noen ikke vil – perspektiver på tvang* i Lien & Lie. (2022).

¹⁰⁰ Kvamsdahl mfl. (2022). *Statusrapport Akuttpsykiatri 2021*.

¹⁰¹ Helse Sør-Øst. (2020). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.

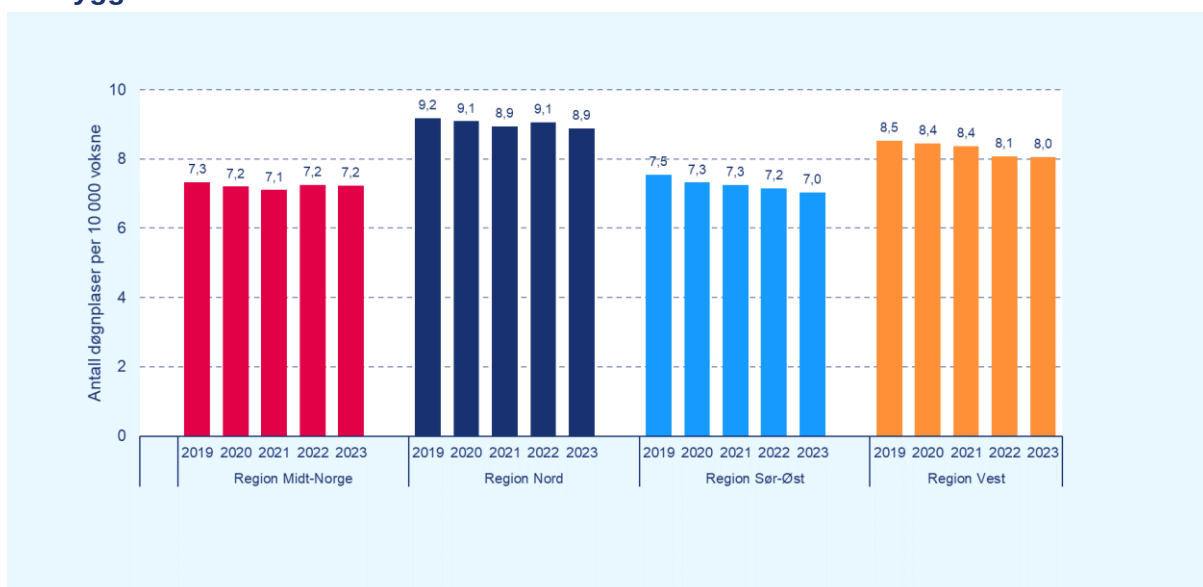
¹⁰² Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*.

Helseforetakene klarer ikke å øke døgnaktiviteten i psykisk helsevern

Et flertall i Stortinget ba i 2021 regjeringen om å stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern umiddelbart og gjennomgå den tilgjengelige kapasiteten og behovet i psykisk helsevern med sikte på å øke døgnkapasiteten.¹⁰³ Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i årene fra 2019 til 2024 inneholder krav om vekst i døgnaktiviteten i psykisk helsevern. Helseforetakene rapporterer på dette kravet tertialvis. Rapporteringen viser at de fleste helseforetakene ikke har klart å oppfylle dette kravet.

Som vist i Figur 10 har ingen av regionene fått til å øke antallet døgnplasser per 10 000 innbyggere fra 2019 til 2023. Alle regionene har hatt en reduksjon i døgnplasser, men i ulik grad. Mens regionene Midt-Norge og Nord har hatt en mindre nedgang på 1 og 3 prosent siden 2019, har regionene Sør-Øst og Vest hatt en reduksjon på 7 og 6 prosent. Mellom 2021 og 2023 har region Midt-Norge har en liten økning fra 7,1 plasser per 10 000 innbyggere til 7,2, men antallet døgnplasser i regionen er fortsatt lavere enn det var i 2019. Ingen andre regioner økte antallet døgnplasser fra 2021 til 2023. Helse Sør-Øst og Helse Vest reduserte i samme periode antallet plasser med henholdsvis 0,2 og 0,3 per 10 000 innbyggere.

Figur 10 Utvikling i antall døgnplasser i psykisk helsevern per 10 000 voksne innbyggere fra 2019 til 2023



Kilde: Samdata.

De regionale helseforetakene opplyser at årsakene til dette blant annet er en krevende økonomi som også innebærer behov for innsparing i psykiatrien, arealmessige utfordringer, behov for å rekruttere ansatte, økt sykefravær og at det tar tid å bygge døgnkapasitet.

De to regionale helseforetakene som har hatt størst nedgang i døgnplasser per voksne innbygger siden 2019, viser til at tradisjonelle døgnplasser ikke nødvendigvis er løsningen. De skriver blant annet at ambulerende og oppfølgende virksomhet er viktige tiltak. Helse Sør-Øst RHF peker på at bruken av FACT-team gir færre døgnopphold og frigjør døgnkapasitet. Helse Vest RHF svarer at en hovedårsak til at det ikke er vekst i døgnaktiviteten, er at helseforetakene vrir aktiviteten sin mot poliklinisk og ambulant behandling, noe som reduserer etterspørselen i døgn tilbudene. Helseforetakene satser på å bygge opp tjenester der behovene har vært vurdert som størst,

¹⁰³ Innst. 243 S (2020–2021), jf. Dokument 8:130 S (2019–2020) *Representantforslag om kraftfull styrking av innsatsen overfor personer med alvorlig rus- og psykisk lidning (ROP)* Vedtak 695, votering 5: Voteringsoversikt. Det var 57 stemmer for og 30 stemmer mot. Stemmene for var fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Miljøpartiet De Grønne.

ambulante og polikliniske tilbud, og bygge opp bedre tilbud innen sikkerhetspsykiatri. Ambulant behandling har ifølge Helse Vest RHF hatt en jevn stigning i perioden. Samtidig fortalte mange av dem vi snakket med i Bergen, både Nav-ansatte, kommuneansatte og ansatte ved sykehuset, at det var behov for høyere døgnkapasitet og riktig type døgnkapasitet for målgruppen. To av de tre helseforetakene fra Helse Vest RHF som har svart på spørreundersøkelsen vår, svarer at det i svært stor grad mangler kapasitet i døgntilbud i psykisk helsevern. Det tredje helseforetaket svarer at det mangler kapasitet i døgntilbud i noen grad.

Tall fra Samdata viser at antall døgnplasser for voksne var 3 341 i 2019 og 3 288 i 2021, altså en nedgang på 53 plasser. Helse- og omsorgsdepartementet oppgir at etter mange år med nedgang i døgnplasskapasiteten i psykisk helsevern har nedgangen stoppet. Fra 2022 til 2023 var det en svak økning i nasjonale døgnplasser i tjenestene til barn og unge (fra 331 til 332 døgnplasser) og voksne (fra 3 293 til 3 296 døgnplasser).¹⁰⁴

Figur 11 viser at reduksjonen i antall døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere har vært stabil på rundt en prosent årlig siden 2021.¹⁰⁵

Figur 11 Årlig reduksjon i antall døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere i antall og prosent



Kilde: Samdata.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev at nedgangen i døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere skyldes at den prosentvise veksten i folketallet var større for den voksne befolkningen (+1,4 prosent) enn veksten i antall plasser fra 2022 til 2023 (+0,1 prosent). Antall døgnplasser per 10 000 barn og unge har vært tilnærmet stabil i hele perioden fra 2019 til 2023, med 3 døgnplasser.¹⁰⁶

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at de vil følge med på utviklingen i døgnkapasitet og døgnaktivitet i psykisk helsevern. I tillegg publiserer Helsedirektoratet årlig statistikk som viser utviklingen i tjenestene. Departementet har jevnlig oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene og vil også følge opp gjennom ordinære styringskanaler som oppdragsdokumentet og foretaksmøter.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Riksrevisjonens intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 12. september 2024.

¹⁰⁵ Helsedirektoratet. (2023). *Psykisk helsevern - døgnplasser, behandlingssted*.

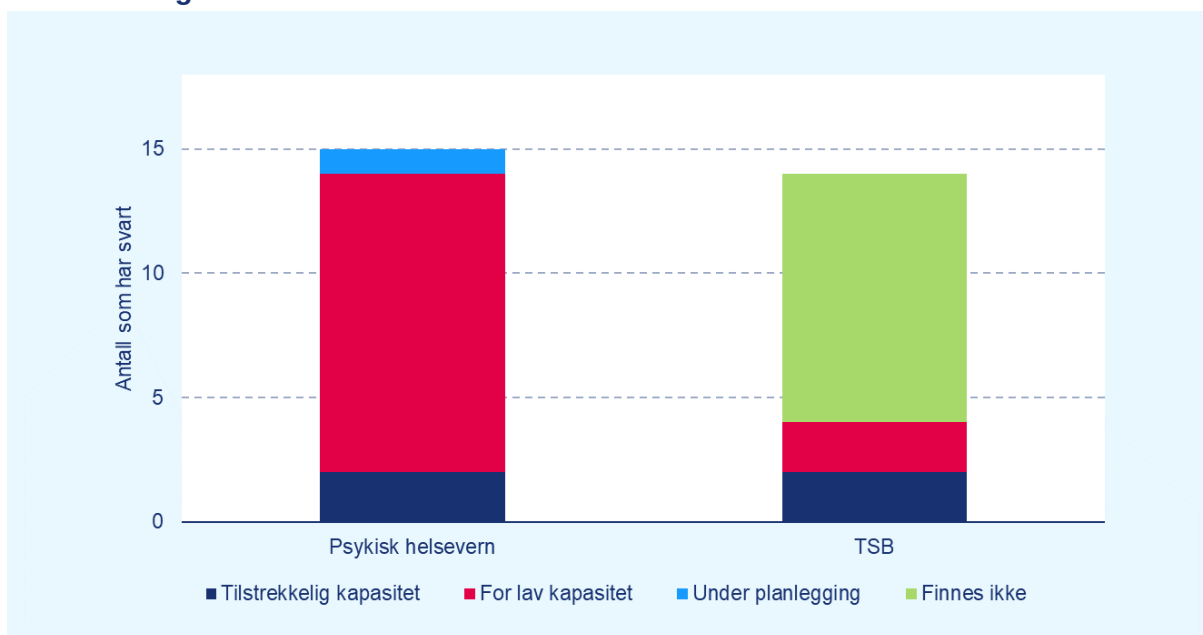
¹⁰⁶ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 3. desember). [Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen].

¹⁰⁷ Riksrevisjonens intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 12. september 2024.

6.4.3 Kapasiteten i døgntilbehandlingen for personer med høy voldsrisiko er for lav i både psykisk helsevern og TSB

Spørreundersøkelsen viser at helseforetakene i stor grad vurderer egen døgncapasitet til personer med høy voldsrisiko som for lav. Figur 12 viser at bare to psykisk helsevern (13 prosent) og to TSB (14 prosent) opplyser at de har et tilbud om døgntilbehandling for personer med ROP-lidelser og høy voldsrisiko, og at det har tilstrekkelig kapasitet.

Figur 12 Tilgjengelig døgntilbehandling for pasienter med høy voldsrisiko i psykisk helsevern og TSB



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til psykisk helsevern og TSB i hvert helseforetak.

Når vi spør om i hvilken grad døgncapasitet til personer med høy voldsrisiko mangler, svarer elleve psykisk helsevern (73 prosent) og elleve TSB (79 prosent) at det mangler i stor eller svært stor grad.

For liten kapasitet i døgntilbehandlingen for personer med høy voldsrisiko gjør at personer med ROP-lidelser ikke får behandlingen de trenger, fra spesialisthelsetjenesten. Elleve psykisk helsevern- (73 prosent) og sju TSB (50 prosent) svarer at mangelen på døgnplasser for personer med høy voldsrisiko er en årsak til at personer med ROP-lidelser ikke får de helsetjenestene fra spesialisthelsetjenesten som de har behov for.

Ifølge Helsedirektoratet er det en stor utfordring at spesialisthelsetjenesten mangler kapasitet i døgntilbehandling for personer med høy voldsrisiko. Det vil ofte innebære at kommunale tjenester, som mangler spesialisthelsetjenestens virkemidler, må ta ansvar for å ivareta personens behov.¹⁰⁸

Psykisk helsevern og TSB mangler skjermede sengeposter for å ta vare på personer med høy voldsrisiko

Vi stilte spørsmål til helseforetakene om eventuelle årsaker til at det er vanskelig å ivareta behandlingen av personer med ROP-lidelser med høy voldsrisiko. Den årsaken flest psykisk helsevern krysset av for, var at de har for få skjermede sengeposter som kan behandle pasienter med

¹⁰⁸ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

høy voldsrisiko. 13 psykisk helsevern (87 prosent) og 8 TSB (57 prosent) krysset av for at de mangler skjermede sengeposter.

En informant fra TSB forteller oss at de skal ruste seg til å ta imot flere pasienter med alvorlige ROP-lidelser, og trekker i den forbindelse fram at de må endre utformingen av lokalene ved å ha flere skjermingsrom.

Det mangler sikkerhetsplasser i psykisk helsevern

Det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet skal håndtere kompliserte og alvorlige psykiske tilstander og voldsproblematikk som det øvrige psykiatriske tjenestetilbudet ikke har rammebetingelser for å håndtere.¹⁰⁹

Statusrapporter fra Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) viser at antallet døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien har vært stabilt fra 2009 til 2019, og at det har økt litt fra 2019 til 2023. Antallet personer dømt til tvungent psykisk helsevern gått opp i samme periode, og det fortsetter å øke.¹¹⁰ I 2019 opptok domfelte pasienter 41 prosent av døgnplassene i sikkerhetspsykiatrien, mens i 2023 er andelen oppe i 52 prosent. Ifølge SIFER er det grunn til å tro at andelen vil fortsette å øke.¹¹¹ Tolv psykisk helsevern (80 prosent) svarer at det i stor grad mangler sikkerhetsplasser til personer med ROP-lidelser med høy voldsrisiko fordi plassene brukes til pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern.¹¹²

Ifølge statusrapportene for sikkerhetspsykiatri legger pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern beslag på sengeplasser i det psykiske helsevernet. Dette skjer i en tid hvor det totale antallet sengeplasser blir færre år for år, noe som igjen legger press på hele det psykiske helsevernet, inkludert sikkerhetspsykiatrien.¹¹³

De regionale helseforetakene beskriver også utfordringer i sikkerhetspsykiatrien. For eksempel skriver Helse Vest RHF at antallet som er dømt til tvungent psykisk helsevern eller er i varetektsurrogat, har økt, og at årsaken til dette er usikker. Personer som blir dømt til tvungent psykisk helsevern, blir ofte liggende i flere år i spesialisthelsetjenesten, og da særlig i sikkerhetspsykiatriske sengeposter. En informant fra sikkerhetspsykiatrien viser til at pasienter på dom ofte forblir innlagt lenge, og frykter at psykiatriens evne til å håndtere disse pasientene vil forsvinne i løpet av få år. Tall fra statusrapporteringen for sikkerhetspsykiatrien bekrefter at det er vanlig at pasienter er innlagt lenge. For eksempel er gjennomsnittlig tid for pågående behandlingsopphold i lokale sikkerhetsavdelinger 849 dager (median er 425 dager) i 2023.

Samtykkeutvalget peker på at dom til tvungent psykisk helsevern primært er ment som et virkemiddel for samfunnsvernet sett fra justissektorens side. Dommene til tvungent psykisk helsevern kan indikere at disse pasientene burde mottatt behandling tidligere, som kanskje kunne bidratt til å redusere et voldspotensial som vedkommende senere blir dømt for. Utvalgets syn er at den viktigste måten å forebygge en fortsatt stigning i antallet pasienter på dom er å sikre behandling av god kvalitet til personer med alvorlig psykisk lidelse og et forhøyet voldspotensial.¹¹⁴

Helse- og omsorgsdepartementet understreker at økningen i antallet personer dømt til tvungent psykisk helsevern er en utfordring. Utvalget for strafferettslige reaksjoner og psykisk helse (straffereaksjonsutvalget) skal evaluere forvaring, særreaksjonene tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg, og utrede ivaretagelsen av domfelte og innsatte med alvorlige psykiske lidelser eller

¹⁰⁹ Kilden mfl. (2024). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023*; De regionale helseforetakene (2023) *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*.

¹¹⁰ Kilden mfl. (2020). *Statusrapport for sikkerhetspsykiatri i Norge 2019*; Kilden mfl. (2024). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023*.

¹¹¹ Kilden mfl. (2024). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023*.

¹¹² Vi spurte psykisk helsevern om i hvilken grad påstanden stemmer for «Det mangler sikkerhetsplasser til personer med ROP-lidelser med høy voldsrisiko fordi plassene brukes til pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern». Tolv psykisk helsevern (80 prosent) svarte «i svært stor grad» eller «i stor grad».

¹¹³ Kilden mfl. (2020). *Statusrapport for sikkerhetspsykiatri i Norge 2019*; Kilden mfl. (2024). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023*.

¹¹⁴ Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*.

utviklingshemming. Utvalget skal levere sin utredning om dette innen 1. mars 2025. I brev peker departementet på at det er behov for økt kapasitet for pasienter med høy voldsrisiko i spesialisthelsetjenesten, og at departementet jobber med dette.

Samtidig som det er for lav kapasitet i sikkerhetsavdelingene, venter en del pasienter på overføring til andre tjenester som også mangler kapasitet. Statusrapporteringen for sikkerhetspsykiatrien viser at 250 pasienter var innlagt på lokale og regionale sikkerhetsavdelinger i slutten av 2023. Av disse var 31 utskrivningsklare pasienter som ventet på å bli overført til en annen avdeling. En av årsakene til at de ikke blir overført, er at det ikke er mange nok lukkede døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, og at det er et stort press på akutt plasser. Det er også vanskelig å overføre pasienter til DPS og kommunale tjenester, blant annet på grunn av utfordringer med økonomi, kompetanse og ressurser.¹¹⁵

De regionale helseforetakene ga ut en rapport med en overordnet plan for sikkerhetspsykiatri i 2023. Rapporten anbefaler 37 tiltak. To av tiltakene er å øke døgnkapasiteten i det sykehusbaserte psykiske helsevernet, inkludert døgnkapasiteten i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Et annet tiltak er en dreining av det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet, hvor de lokale sikkerhetsavdelingene får utvidede oppgaver gjennom rehabiliteringstilbud, overgangsboliger, ambulante sikkerhetsteam og eventuelle sikkerhetsboliger.¹¹⁶

6.5 Det er vanskelig å gi samtidig behandling i spesialisthelsetjenesten

Helseforetakene har ansvar for å sørge for at pasienter med ROP-lidelser får et samordnet og integrert behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Noen pasienter vil kunne havne mellom ansvarsområdene for ulike tjenester. Ifølge ROP-retningslinjen skal uenighet om ansvarsforholdene ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud, og at pasienten blir skadelidende.¹¹⁷

Tabell 3 Ansvar for pasienter med ROP-lidelser

Ansvar	Psykisk helsevern	Psykisk helsevern / Tverrfaglig spesialisert behandling	Tverrfaglig spesialisert behandling
Psykisk lidelse	Alvorlig psykisk lidelse	Mindre alvorlig psykisk lidelse	Mindre alvorlig psykisk lidelse
Rusmiddellidelse	Alvorlig rusmiddellidelse og mindre alvorlig rusmiddellidelse	Mindre alvorlig rusmiddellidelse	Alvorlig rusmiddellidelse

Kilde: ROP-retningslinjen.

Ut fra dagens organisering er det, som det framgår av Tabell 3, vanligst at psykisk helsevern har hovedansvaret for å behandle personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser, både ved mindre alvorlig og alvorlig rusmiddellidelse. Dersom den psykiske lidelsen er stabilisert, kan imidlertid pasienten behandles innen TSB. Det forutsettes da et nært samarbeid med psykisk helsevern og at psykisk helsevern har vurdert dette som forsvarlig behandling av en alvorlig psykisk lidelse. For pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser og mindre alvorlige rusmiddellidelser kan ansvaret

¹¹⁵ Kilden mfl. (2024). Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023
¹¹⁶ De regionale helseforetakene (2023) Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.
¹¹⁷ Helsedirektoratet (2022) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)

ligge enten i TSB eller i psykisk helsevern. Dersom rusmiddellidelsen dominerer, ligger hovedansvaret vanligvis i TSB, og i motsatt fall i psykisk helsevern.¹¹⁸

6.5.1 Organisering har betydning for muligheten til å behandle pasienter med ROP-lidelser

Det kan være behov for å fatte vedtak etter psykisk helsevernloven for å behandle svært syke pasienter med ROP-lidelser, for eksempel vedtak om tvungent vern med innleggelse, medisinerer eller tvangstiltak som skjerming. Psykisk helsevernloven krever at institusjoner som skal ha ansvar for undersøkelse og behandling av pasienter under tvungent psykisk helsevern, er spesielt godkjent for slikt ansvar. Det er kun enheter i psykisk helsevern som kan ha en slik godkjenning.¹¹⁹ I noen tilfeller kan det utøves tvang i rusbehandling, men dette omfatter kun tilbakeholdelse.¹²⁰ Det betyr at når det er behov for tvang i døgnbehandling etter psykisk helsevernloven og samtidig rusbehandling, må behandlingen gis i en enhet i psykisk helsevern.

I undersøkelsen har flere informanter fra psykisk helsevern og TSB trukket fram at måten tjenestene er organisert på, er en av årsakene til at de ikke får levert spesialisthelsetjenester til personer med ROP-lidelser. De peker blant annet på at de trenger behandlingsplasser som er lukket, og hvor det er hjemmel til å utøve tvang etter psykisk helsevernloven, med økt bemanning per pasient og langvarig behandling.

6.5.2 Psykisk helsevern mangler kompetanse om rusmiddellidelser og integrert utredning av ROP-lidelser

Omtrent halvparten av dem som i løpet av livet har hatt en rusmiddellidelse, har også hatt en eller flere psykiske lidelser, og omtrent halvparten av dem som i løpet av livet har hatt en psykisk lidelse, har også hatt en rusmiddellidelse.¹²¹ ROP-retningslinjen sier at pasienter i psykisk helsevern med en mindre alvorlig rusmiddellidelse bør få tilbud om behandling av rusmiddellidelsen samme sted, eventuelt i samarbeid med TSB. Psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter med en kombinasjon av en alvorlig psykisk lidelse og alle typer rusmiddellidelser. TSB skal ha kompetanse til å behandle personer med en mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig en alvorlig rusmiddellidelse.¹²²

Vi ba psykisk helsevern og TSB vurdere de ansattes samlede kompetanse på behandling på ulike områder. Resultatene, som er vist i Figur 13, viser at flere psykisk helsevern mangler kompetanse på rusmiddellidelser og integrert behandling. Bare tre psykisk helsevern (20 prosent) svarer at de har god kompetanse på rusmiddellidelser, både i poliklinikk og i døgnbehandling. Det er også relativt få som svarer at de har god kompetanse på integrert utredning av ROP-lidelser, spesielt i døgnbehandling.

¹¹⁸ Helsedirektoratet (2022) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*

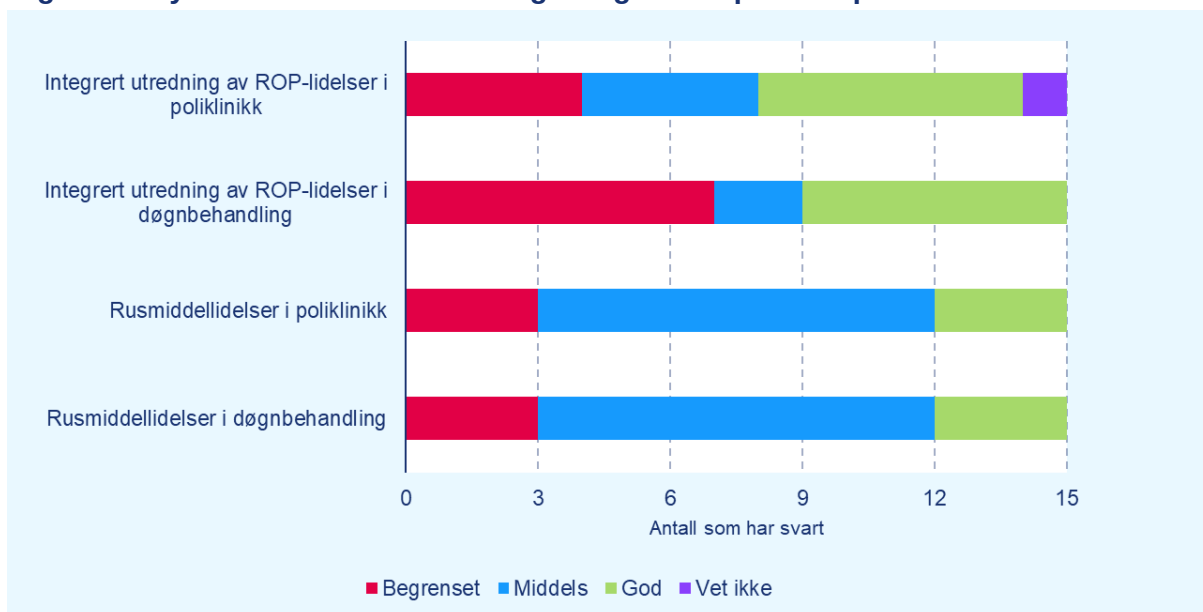
¹¹⁹ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024, Helsedirektoratet (2022) *Godkjenning av institusjoner for bruk av tvungent psykisk helsevern*.

¹²⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 gir regler om tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, § 10-3 om tilbakehold av gravide rusmiddelavhengige og i § 10-4 om tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke (såkalt «avtalt tvang»). Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 3. desember). [Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen].

¹²¹ Lie (2022) *Kartlegging og utredning*. s.45 i Lien & Lie. (2022).; Kessler mfl. (1996). *The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization*; Regier mfl. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study*.

¹²² Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*, anbefaling 77 og 78.

Figur 13 Psykisk helseverns vurdering av egen kompetanse på noen områder



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til helseforetakene.¹²³

Flere psykisk helsevern og TSB utdyper sin manglende kompetanse i kvalitative svar i spørreundersøkelsen. De trekker fram at det er vanskelig å rekruttere spesialister, at det mangler kompetanse på rusmiddelproblemer i psykisk helsevern, at det mangler psykiatrisk kompetanse i TSB, og at psykisk helsevern og TSB forstår rusavhengighet ulikt. En informant fra psykisk helsevern skriver for eksempel at det er behov for å integrere ruskompetanse mer i generelle tjenester (FACT, døgnavdelinger) for psykiske lidelser. Informanten peker på at psykisk helsevern ikke i stor nok grad ser på rus som sitt fagfelt på grunn av det opplevde skarpe skillet mellom «TSB» og «psykisk helse».

Det er også flere regionale helseforetak, helseforetak og kommuner som trekker fram at manglende kompetanse på rusmiddelproblemer er en utfordring. Når det mangler kompetanse, kan det føre til at personer med ROP-lidelser ikke får den oppfølgingen og de tjenestene de trenger og har rett på, siden psykisk helsevern ikke avdekker behovene. En overlege viser til at rusmedisin er en for liten del av utdanningen til leger generelt og i psykiaterspesialiseringen, og advarer om at manglende kunnskap om rusmedisin i spesialisthelsetjenesten medfører fare for at det utvikler seg en kultur blant leger der rus oppfattes som en «belastende og irriterende» faktor.

Psykisk helsevern og TSB har problemer med å rekruttere fagpersonell, noe som begrenser muligheten til å gi gode tjenester til personer med ROP-lidelser

Som nevnt ovenfor peker mange informanter på utfordringer med å rekruttere fagpersonell. Mange peker blant annet på at det mangler psykologspesialister og psykiatere, og at de derfor ikke klarer å heve tilbudets kvalitet og kapasitet. Alle de regionale helseforetakene nevner at mangel på fagpersonell er en av hovedutfordringene.

I spørreundersøkelsen svarer nesten alle TSB og psykisk helsevern at de har ledige stillinger innenfor psykisk helse og rus fordi det er vanskelig å rekruttere fagpersonell. Omtrent halvparten av psykisk helsevern og TSB svarer at mangel på leger/psykologer i stor grad begrenser mulighetene deres til å gi tjenester til personer med ROP-lidelser.

Helsedirektoratet viser til at det er mange årsaker til at det kan være vanskelig å rekruttere til psykisk helsevern og TSB. Statusen til fagområdet kan i mange tilfeller være en årsak. I en undersøkelse der

¹²³ Svar på spørsmålet «Hvordan vurderer psykisk helsevern de ansattes samlede kompetanse når det gjelder behandling av ...?». Svaralternativene var «Svært god», «God», «Middels», «Begrenset», «Svært begrenset» og «Vet ikke». Ingen svarte «Svært god» eller «Svært begrenset» på noen av områdene.

norske leger ble bedt om å rangere status til ulike sykdommer, ble de psykiske lidelsene rangert lavere enn de fleste somatiske lidelser.¹²⁴

6.5.3 Personer med ROP-lidelser får ofte ikke samtidig utredning og behandling for lidelsene sine

ROP-retningslinjen anbefaler at når det er mistanke om at en person har en ROP-lidelse, må det gjøres en diagnostisk utredning av både rusmiddellidelse og psykisk lidelse og sammenhengen mellom dem. Dersom den diagnostiske utredningen er gjort mens personen var ruspåvirket eller hadde abstinensreaksjoner eller kort tid etter, bør en eventuell psykiatrisk diagnose revurderes etter en til seks måneders rusfrihet. Selv om det ikke er mulig å oppnå rusfrihet, bør personen kartlegges, men resultatet må ifølge retningslinjen tolkes i lys av rusmiddelpåvirkningen.¹²⁵ Også pasientforløpet for rusbehandling (TSB) sier at hvis det ikke er mulig for pasienten å unngå rusmidler i utredningsfasen, bør kartleggingen likevel gjennomføres, og at resultatet må tolkes i lys av rusmiddelpåvirkning. Retningslinjen for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet anbefaler at differensialdiagnostisering¹²⁶ bør være basert på samtaler, sykehistorie, resultater fra standardiserte intervjuer og tester, observasjoner av atferd og klinisk tverrfaglig vurdering.¹²⁷

Fem psykisk helsevern (33 prosent) og fire TSB (29 prosent) opplyser at det i stor grad stilles krav om rusfrihet for å bli utredet for psykiske lidelser. Flertallet av psykisk helsevern og TSB svarer også at det i noen grad stilles krav om at personer med ROP-lidelser er rusfrie for at de skal få behandling for psykiske lidelser. Det er imidlertid ikke gitt at personene med ROP-lidelser får døgntilrettelagt behandling for å oppnå rusfrihet når rusfrihet er viktig. Over halvparten av psykisk helsevern og TSB svarer at personer med ROP-lidelser bare i noen grad får døgntilrettelagt behandling når de ikke er i stand til å oppnå rusfrihet gjennom poliklinisk/ambulant behandling.

De vi har snakket med i psykisk helsevern og TSB, beskriver en rekke utfordringer med samtidig behandling og utredning. Noen av utfordringene går ut på at det kan være motstridende faglige anbefalinger for behandling av de ulike lidelsene en pasient har, at pasienter med psykose ikke er kognitivt sterke nok til å gjennomføre rusbehandling, og at pasientenes aktive rus eller alvorlige lidelser påvirker de andre pasientene og behandlingsmiljøet i døgntilrettelagt behandling negativt. Flere beskriver at det ikke er mulig å utrede pasienter som er i aktiv rus.

Den ene behandlingsformen ekskluderer den andre

«Jeg har mest erfaring med at personer med ROP-lidelser ikke får behandlingen de skulle ha hatt. Vi får det ikke til. Den ene behandlingsformen ekskluderer den andre også. Det kan typisk være en ROP-pasient som kommer på posten og at jeg tenker «Dette kan jeg ikke. Det er en ruspasient som er ressurssterk, litt personlighetsproblematikk og god funksjon. Pasienten bør ha ett år på døgntilrettelagt behandling for rus.» Jeg snakker med TSB, som jeg har et nært samarbeid med, så realitetsorienterer de meg om hvilke krav rusinstitusjon stiller til funksjon. Jeg tenker «Jaja, han har noen vrangforestillinger. Det går bra.», mens TSB tenker at det vil ødelegge behandlingsmiljøet og så videre. Særlig hvis pasienten har fått en schizofrenidiagnose er det vanskelig å få til rusbehandling.»

Kilde: En informant fra psykisk helsevern.

Helsedirektoratet uttaler at personer med ROP-lidelser er den eneste pasientgruppen som blir avvist fra en rekke tjenester fordi de har symptomer på diagnosen sin. Dette medfører blant annet at mange

¹²⁴ Album mfl. (2017). *Stability and change in the prestige of diseases. Three studies over 25 years.*

¹²⁵ Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser).*

¹²⁶ Differensialdiagnose er å bruke alternative sykdommer som forklaring på et spesielt symptom eller funn.

¹²⁷ Helsedirektoratet. (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.*

har udiagnostiserte psykiske lidelser, som de ikke får behandling for. Flere brukerorganisasjoner melder til Helsedirektoratet at kravet om at personen skal være rusfri for å kunne få tilbud om behandling i psykisk helsevern, ofte oppfattes som urimelig, dårlig faglig fundamentert og moraliserende.¹²⁸

Personer med rusutløste psykoser kan gå lenge uten å få diagnose

Hvert år legges over 500 pasienter inn på norske sykehus med diagnosen rusutløst psykose. Men rusmiddelbruk er bare én av flere faktorer som bidrar til at disse pasientene blir psykotiske, og mange får senere en schizofrenidiagnose.¹²⁹

Flere vi har snakket med, peker på at spesialisthelsetjenesten har utfordringer med å behandle rusutløste psykoser. Personer kan bli gående i mange år uten å få riktig diagnose. Dette er fordi de gjenvinner samtykkekompetansen raskt og skriver seg ut etter en rusutløst psykose. Når dette gjentas mange ganger, får personene en dårligere prognose.

Syke pasienter med rusutløste psykoser faller mellom flere stoler

«Det er utfordrende for FACT-teamet å komme i posisjon til pasienter med rusutløste psykoser. Det er vanskelig for teamet å hjelpe dem på en god måte når de ikke ønsker behandling, men heller ikke tilfredsstiller vilkår for tvang. Disse pasientene kan få primærpsykosediagnose senere, men det er vanskelig å diagnostisere siden de hele tiden er i aktiv rus. De blir derfor «vaklende mellom» og får ikke noe godt tilbud. Samtidig ønsker de ikke døgntilbud og er ikke syke nok til å få tvungen observasjon. Hvis de ønsker behandling i TSB, slipper ikke TSB dem inn fordi de mener at TSB mener at de ikke er kognitivt sterke nok til å takle et behandlingsopplegg.»

Kilde: En informant fra FACT-team.

Noen mener at personer med antatte rusutløste psykoser forskjellsbehandles på en måte som er uhensiktsmessig. For eksempel skriver en TSB i et helseforetak at psykoseproblematikk kan avskrives som rusutløst uten at man egentlig er sikker på det. Mange løp er akutte innleggelser med rusutløste psykoser, før personen får en schizofrenidiagnose – kanskje etter 20 år. Når personer ikke bruker rusmidler, får de derimot tidlig intervensjon for psykosene. Det finnes ikke egnede plasser i psykisk helsevern der pasienter som bruker rusmidler, kan få tilstrekkelig observasjon og utredning av psykoseproblemer. Bramness mfl. (2023) erfarer at den typiske behandlingen er ett til to døgn på akuttpsykiatrisk med oppfordring til å avstå fra rusmiddelbruk, kanskje ledsaget med en henvisning til ruspoliklinikk. Pasienter med førstegangpsykoser som antas å ikke være rusutløst, tilbys derimot langvarig oppfølging.¹³⁰

6.5.4 Det mangler behandlingstilbud for samtidig behandling

Som vist i Figur 14 tyder svarene fra helseforetakene på at enkelte tilbud som kan gi samtidig behandling til personer med ROP-lidelser, enten ikke finnes eller har for lav kapasitet.

- I åtte helseforetak er det ikke nok kapasitet i døgntilbudet til psykisk helsevern for pasienter med en kombinasjon av psykoselidelser og rusmiddellidelser, og i to helseforetak finnes ikke tilbudet i psykisk helsevern.
- De fleste helseforetakene mangler døgntilbud for personer med en kombinasjon av personlighetsforstyrrelse og rusmiddellidelse i psykisk helsevern. Fire psykisk helsevern svarer at

¹²⁸ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

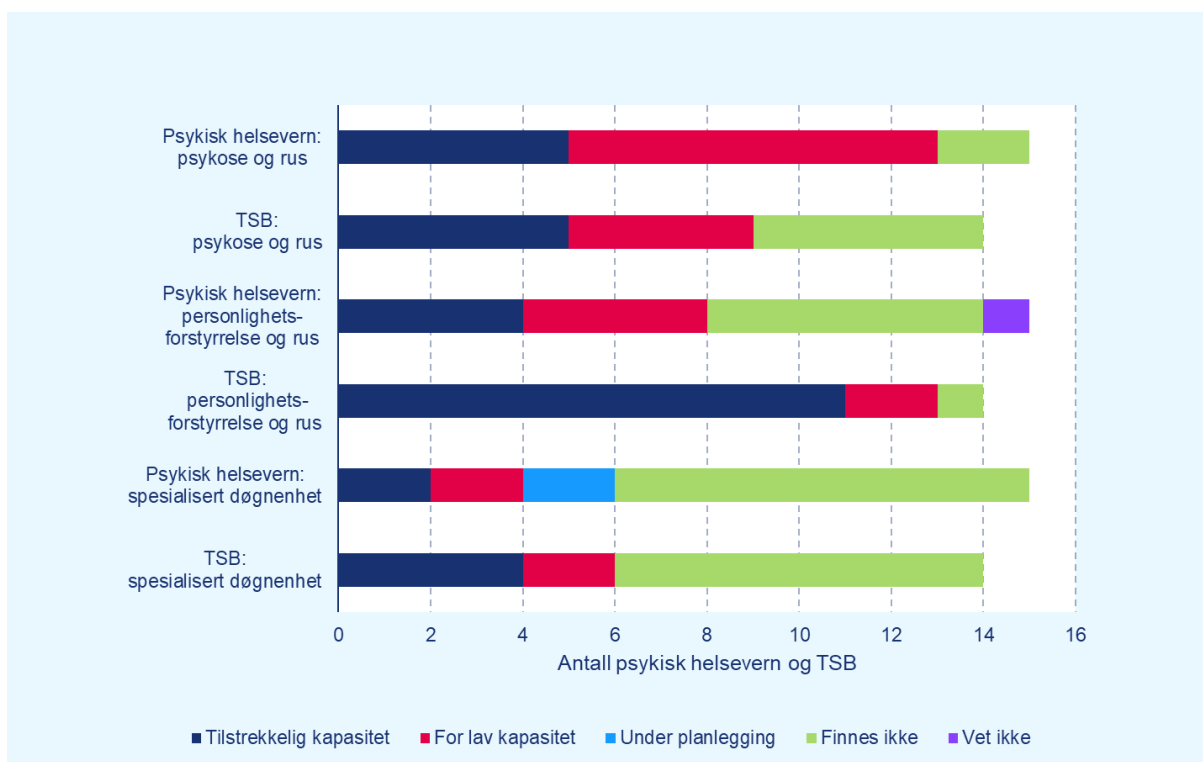
¹²⁹ Bramness mfl. (2023). *Rusutløst psykose – en problematisk diagnose*.

¹³⁰ Bramness mfl. (2023). *Rusutløst psykose – en problematisk diagnose*.

tilbudet finnes i psykisk helsevern, men har for lav kapasitet, og seks svarer at tilbudet ikke finnes i psykisk helsevern. Samtidig svarer de fleste TSB at tilbudet finnes og har tilstrekkelig kapasitet.

- Det er bare to psykisk helsevern og fire TSB som svarer at de har spesialiserte døgnenheter for pasienter med ROP-lidelser, og at tilbudet har tilstrekkelig kapasitet. I de fleste psykisk helsevern og TSB finnes ikke tilbudet.
- Som nevnt i kapittel 6.3.2 har FACT/ACT lav kapasitet i flere helseforetak.

Figur 14 Tilgjengelige døgntilbud som gir samtidig behandling i psykisk helsevern og TSB



Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene.

Flere informanter trekker fram utfordringer med å få til samtidig utredning og behandling for rusmiddellidelser og psykiske lidelser. De beskriver en situasjon der riktig behandlingstilbud mangler. Også i skriftlige svar til spørreundersøkelsen peker informanter på dette.

Mangel på tilbud gjør at mange blir gående udiagnostisert

«Psykisk helsevern tar det akutte, men har ikke tilbud om døgnopphold med miljøterapeutisk tilbud som sikrer rusfrihet samtidig med spesialisert utredning av alvorlige psykiske lidelser, alvorlig atferd og høy voldsrisko som ikke kan ivaretas i TSB. Det gjør at mange blir gående udiagnostisert.»

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse.¹³¹

I evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus beskriver pårørende at pasienten ble sendt mellom behandling i psykisk helsevern og rus, og at pasienten ble vurdert å ha for store rusproblemer til å få behandling i psykisk helsevern eller å ha for store psykiske utfordringer til å få behandling i

¹³¹Svar fra en TSB på spørsmål om hva er de største utfordringene med å levere spesialisthelsetjenester tilpasset behovene til personer med ROP-lidelser

TSB. De savnet et behandlingstilbud som kunne ivareta både psykiatri og rus på samme sted.¹³² Også flere i behandlingsapparatet nevner et behov for team eller døgnbehandlingstilbud i psykisk helsevern og TSB som kan gi samtidig behandling av ROP-lidelser. Ett av helseforetakene vi snakket med, hadde hatt en spesialisert ROP-enhet som ga langvarig behandling til pasienter med ROP-lidelser, men enheten ble lagt ned etter et snaut år. Denne enheten klarte å behandle pasienter som tidligere ikke fikk behandling fra verken psykisk helsevern eller TSB. Begrunnelsen for nedleggelsen var at det manglet areal og økonomiske midler fordi en annen enhet i psykisk helsevern trengte oppussing.¹³³

Pasienter med alvorlige ROP-lidelser

«Det er vanskelig å få personene inn i behandling. Hvis en person har en psykose som han er medisinerer for så blir dårlig og trenger rusbehandling, vil ikke rusbehandlingen ha personen, siden han har en psykose. Og når det er mye rus, så lurer psykisk helsevern på om det er rusutløst og man kan være usikker på hva som skal til av behandling, så vil ikke psykosebehandlingen ha dem. Så disse går mellom alle tilbudene som finnes, og sliter med å få behandling. Derfor var vi kjempeglade da ROP-enheten kom. Det har hjulpet mange. Så legger de ned. Det er helt krise. Konsekvensen er at vi ikke har noen å henvise til, og i verste fall går de da helt under. Jeg hadde en pasient som ble lagt inn der, og jeg tenker det var livreddende innleggelse. Oppfølgingen i FACT var ikke nok.»

Kilde: En informant fra FACT-team i psykisk helsevern.

Flere vi snakket med, trakk fram positive sider med den spesialiserte ROP-enheten som ble lagt ned. Men det var også noen som pekte på det de oppfattet som negative sider ved tilbudet. For eksempel sa noen at det var for mye rus på enheten, og at pasientene fikk for lange innleggelser slik at det ikke ble tilstrekkelig gjennomstrømming og for få personer fikk nytte av tilbudet.

Tilbudet var kostbart, som var en av årsakene til at ROP-enheten ble lagt ned. Flere viser til at økonomi er en hindring for å etablere slike tilbud. For eksempel skriver psykisk helsevern i ett helseforetak at det er behov for slik behandling i deres opptaksområde. Videre skriver de at dette må finansieres særskilt siden helseforetaket ikke klarer å prioritere ned andre pasientgrupper.

6.5.5 Det er svakheter i samarbeidet mellom psykisk helsevern og TSB

De fleste psykisk helsevern og halvparten av TSB, svarer at samarbeidet med den andre parten er godt eller svært godt. Bare én psykisk helsevern og én TSB svarer at samarbeidet er dårlig eller svært dårlig. Likevel er det en høy andel av både psykisk helsevern og TSB som savner bedre samarbeid med den andre parten om personer med ROP-lidelser.

Spørreundersøkelsen tyder på at det er flere utfordringer med ansvarsdelingen mellom psykisk helsevern og TSB. Det er for eksempel fem TSB (37 prosent) og to psykisk helsevern (13 prosent) som svarer at det i liten grad er klart hvilket ansvar partene har for å følge opp og behandle personer med ROP-lidelser. Fire psykisk helsevern og seks TSB svarer at denne uenigheten i stor grad fører til at personer med ROP-lidelser får dårligere behandlingstilbud. Flere svar i åpne kommentarfelt i spørreundersøkelsen peker også på at ansvarsfordelingen er uklar, og at TSB og psykisk helsevern har ulik faglig forståelse. Det er relativt få psykisk helsevern og TSB som svarer at de i stor grad får tilstrekkelig veiledning fra den andre. Seks TSB (43 prosent) og tre psykisk helsevern (20 prosent) svarer at psykisk helsevern og TSB i liten grad har lik forståelse av behovene til personer med ROP-lidelser.

¹³² Ådnanes mfl. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*.

¹³³ Simonsen. (2023). *Rus- og psykiatri enhet avvikles: – Som å kutte tilbudet til de aller dårligste kreftpasientene*.

På den ene siden peker informanter fra TSB på at de ofte ikke kan behandle pasienter med svært alvorlige psykiske lidelser og/eller høy voldsrisiko. Det skyldes at TSB ikke kan utøve tvang, har lavere bemanning, at behandlingen utelukkende er frivillig, og at pasientene ikke har nytte av rusbehandling på grunn av de psykiske lidelsene eller for lav kognitiv fungering. På den andre siden peker informanter fra psykisk helsevern på at det kun er TSB som har rusbehandling og langvarige døgnbehandlingstilbud. De får ikke overført stabile pasienter til TSB og opplever at TSB bruker ROP-retningslinjen til å skjerme seg fra å ta imot pasienter.

Noen viser til den nasjonale ROP-retningslinjen og lokale ROP-forløp for å avklare hvem som har ansvaret for å følge opp pasienten. Det er likevel ikke alltid at TSB og psykisk helsevern blir enige om hva hver av dem skal gjøre. En TSB skriver for eksempel at ROP-retningslinjen tolkes ulikt av psykisk helsevern og TSB, og at hvert fagområde tar veilederen til inntekt for eget synspunkt. Det kan også være et problem at ansatte som deltar i samarbeidsmøter, ikke har beslutningsmyndighet, slik at de ikke får fordelt ansvaret.

Ønsker bedre samarbeid for å kunne gi rusbehandling

«Det oppstår stadig diskusjoner om hvem ROP-pasientene tilhører. ROP-retningslinjene er veldig tydelige på at disse pasientene skal være forankret i psykisk helsevern. Men det er fortsatt en silotenkning. Jeg ønsker mye tettere samarbeid med TSB fordi poliklinikken jeg jobber i, mangler ruskompetanse. Flinke klinikere i psykisk helsevern ønsker å hjelpe pasientene, men følger ikke noen bestemte rusbehandlingsmodeller. Det er et betydelig potensial for å bedre samarbeidet mellom psykisk helsevern og TSB.»

Kilde: En psykologspesialist fra psykisk helsevern.

Også andre informanter har erfaring med at spesialisthelsetjenestens rigide inndeling i psykisk helsevern og TSB, kombinert med at de ikke klarer å samarbeide, gjør at personer med ROP-lidelser ikke får behandlingen de har behov for. En psykolog mener at uenigheter om ansvarsforholdene gjør at pasienter med ROP-lidelser blir kasteballer i systemet.

Høy grad av spesialisering hindrer samarbeid

«Hovedårsaken til at personer med ROP-lidelser ikke får gode nok tjenester, er organiseringen av tjenestene. Det er høy grad av spesialisering og altfor tette skott mellom tjenestene, og dette hindrer samarbeid og samhandling. Det er enkelte behandlere som strekker seg langt for å hjelpe sine pasienter, men selve systemet gjør det vanskelig å tilby samtidig og kontinuerlig behandling til ROP-pasienter. Psykisk helsevern og TSB må anerkjenne ROP-gruppen som en egen pasientgruppe og anerkjenne felles ansvar for denne gruppen.»

Kilde: En informant fra spesialisthelsetjenesten.

Informantene vurderte det interne samarbeidet ulikt ved de to sykehusene vi besøkte. Det ene er et lite sykehus der psykisk helsevern og TSB er samlokalisert og organisert i samme klinikk. På dette sykehuset beskrev informantene få utfordringer i samarbeidet internt. I det andre sykehuset vi besøkte, er psykisk helsevern og TSB organisert som separate enheter og har mange ulike lokasjoner. Her var det mange informanter som viste til utfordringer med samarbeidet.

Helsedirektoratet sier at pasientgruppen på ingen måte er ny for psykisk helsevern eller TSB. Bruker- og pårørendeorganisasjonene har mange ganger påpekt at det mangler tilrettelegging, koordinering

og organisering. De melder til Helsedirektoratet at mangelen på endringer i mindre grad dreier seg om kunnskap, men snarere manglende prioritering eller vilje til endring.¹³⁴

6.6 Overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er ikke gode nok

6.6.1 Mange kommuner har vært uenige med spesialisthelsetjenesten om når pasienten er utskrivningsklar

Spørreundersøkelsen viser at 65 prosent av kommunene har vært uenige med spesialisthelsetjenestens vurdering om når en pasient med ROP-lidelser er utskrivningsklar. Det er en høyere andel av de store og mellomstore kommunene som svarer at de har vært uenige. Tabell 4 viser årsakene til at de kommunene som hadde vært uenige, mente at pasienten ikke var utskrivningsklar.

Tabell 4 Hvorfor kommunen mente at ROP-pasienten ikke var utskrivningsklar

Årsak	Antall kommuner	Prosent
Det er uenighet om pasientens funksjonsnivå og om vedkommende kan vurderes som ferdig behandlet	164	97 %
Det er ikke tilstrekkelig opplegg fra spesialisthelsetjenesten for ivaretagelse av samfunnsvern i kommunen	98	58 %
Pasienten beskrives å ha behov for tjenester som ikke finnes i kommunen	95	56 %
Pasienten beskrives å ha behov for kontrollregimer (f.eks. begrensninger i bevegelsesfrihet, kontroll av rusinntak m.m.) som ikke er forenelig med kommunens handlingsrom	89	52 %
n = 170		

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

Nesten alle kommunene krysset av for at de var uenige om pasientens funksjonsnivå og om vedkommende er ferdig behandlet. I intervjuer forklarer informanter fra kommunen at personer med ROP-lidelser skrives ut i svært dårlige faser, og at de vurderer at funksjonsnivået er for lavt. Det er også en høy andel av kommunene som krysser av for de andre årsakene.

Intervjuer viser at de særlig er uenige om personer med høy voldsrisiko (se kapittel 6.2.5). For eksempel sier en informant fra spesialisthelsetjenesten at behandlere i spesialisthelsetjenesten ofte vurderer tilstanden «her og nå» uten å tenke på hvordan denne pasienten vil oppføre seg i en bolig eller i nabolaget, hvem han bor med, og hvor mye rus det er der. Det er stadig skiftende omgivelser og livsbetingelser. Informanten mener at ressursbruken fra spesialisthelsetjenesten burde vært betydelig høyere rundt de pasientene som har høy voldsrisiko, og at det burde vært flere kontaktpunkter for å kunne følge med risikoen. En informant fra kommunen uttrykker frustrasjon over at spesialisthelsetjenesten ofte skriver ut til en oppfølging kommunen ikke kan få til, som for eksempel bemannet bolig.

¹³⁴ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

Fafos undersøkelse om samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv viser at selv om lovverket tydelig beskriver ansvar og roller, og selv om god praksis er beskrevet i forskrifter og retningslinjer, er denne informasjonen ikke alltid kjent blant dem som jobber med dette. Rapporten viser, i tråd med oppfatningen til flere informanter i denne undersøkelsen, at spesialisthelsetjenesten vurderer at det er behov for rammer som kommunen ikke har muligheter til å etterkomme. Det kan være å begrense tilgangen til rusmidler eller å kontrollere at brukeren ikke ruser seg. Det kan være begrensninger i bevegelsesfrihet, for eksempel at brukeren ikke kan være ute om natta eller må være inne til visse tider. Dette er vilkår som er vanskelige for kommunen å følge opp, men som spesialisthelsetjenesten mener er avgjørende for å bidra til bedring og forebygge forverring. Selv om dette kan ha betydning for behandling og bedring, er det ikke rom for å forvalte slike tvangsmidler i kommunen.¹³⁵

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at mange kommuner mener at personer med ROP-lidelser blir skrevet ut for tidlig med for lavt funksjonsnivå og med behov for tiltak som kommunene ikke har ressurser til å iverksette. Dette er et tilbakevendende tema som enkelte kommuner har tatt opp med departementet. Departementet jobber med å forbedre overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kontinuerlig. For eksempel har departementet nylig lagt fram en stortingsmelding som er del én av forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet. Meldingen tar blant annet for seg hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten kan samhandle bedre.¹³⁶

6.6.2 Pasienter forblir innlagt i spesialisthelsetjenesten på grunn av manglende botilbud i kommunen

Psykisk helsevern i de fleste helseforetak svarer at utskrivningsklare pasienter i stor grad må forbli innlagt fordi kommunen ikke har et egnet botilbud til pasienten. Halvparten av TSB svarer at dette skjer i noen grad. Alle de regionale helseforetakene trekker fram utfordringer med at kommunene mangler egnede boliger for målgruppen.

Kan ikke skrives ut fra sykehuset

«Vårt helseforetak har en utfordring med flere pasienter med alvorlige ROP-lidelser som blir liggende som utskrivningsklare over lang tid. Det mangler tilgang på egnede boliger i kommunen og/eller ressurser til tilstrekkelig tjenestetilbud i boligene. Det har vært en del uklarheter knyttet til ROP-pasienter på tvungent vern og hva det vil si å oppfylle kravene til å være utskrivningsklar fra psykisk helsevern.»

Kilde: Riksrevisjonens spørsmål til de regionale helseforetakene

Flere informanter i spesialisthelsetjenesten forteller at noen pasienter med ROP-lidelser forblir innlagt lenge fordi det mangler tilbud i kommunen. For eksempel kan det være en pasient med behov for bolig med tett oppfølging som kommunen ikke gir. Vedkommende blir da liggende på akuttposten på sykehuset i flere måneder fordi det ikke er forsvarlig å sende pasienten til kommunen.

Når tilbudet i kommunen er mangelfullt, blir også behandlingen i spesialisthelsetjenesten ineffektiv. For eksempel sier en informant at det kan føre til dårlig ressursbruk at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har hvert sitt atskilte system. Spesialisthelsetjenesten kan bruke mye penger på behandling, men kommunen gir personen for dårlige rammer etterpå. Dette gjør at TSB ofte skriver ut pasienter for så å måtte ta dem inn igjen etter noen få måneder fordi de blir dårligere etter oppholdet i kommunen. En TSB tegner et lignende bilde i spørreundersøkelsen og forteller at pasienter sendes

¹³⁵ Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.

¹³⁶ Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet — Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling.

tilbake til midlertidige rusboliger eller campingplasser i etterkant av døgnopphold. En del pasienter med ROP-lidelser trenger omsorg, oppfølging og bistand til å dekke grunnleggende behov som søvn, mat og trygghet. Ifølge TSBen finnes det i svært liten grad et tilbud i kommunen som kan dekke disse behovene i kortere eller lengre tid, noe som fører til hyppigere innleggelser i både psykisk helsevern og TSB.

Behandlingen har ingen effekt på grunn av manglende tilbud i kommunen

«Mange pasienter har ikke en plass å bo eller har så dårlige boforhold at det de vinner på en innleggelse i TSB, taper de når de går ut døra.»

Kilde: En informant fra TSB.

Kommunene skal betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. I 2024 er satsen 5 745 kroner per døgn. Samtykkeutvalget skriver at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern som ble innført i 2019, har bidratt til å forverre situasjonen ved at pasienter med ROP-lidelser meldes utskrivningsklare før de etter kommunens vurdering er stabilisert, og før de kommunale tjenestene er klare for å ta imot dem.¹³⁷

Informanter i spesialisthelsetjenesten viser til at det er billigere å betale døgnboten enn døgnprisen for et forsvarlig tilbud i kommunen, og at dette kan være en årsak til at pasienter forblir innlagt. En ansatt i kommunen bekrefter at det er billigere for kommunen å betale døgnbotene enn å kjøpe private tjenester, men kommunen ønsker likevel ikke at pasienten skal forbli innlagt. I slike tilfeller tar den utskrivningsklare personen opp en plass på sykehuset, som gjør at andre personer i kommunen som er syke, ikke får plass. Dette skaper en negativ spiral der personer må bli sykere og sykere for å få plass på sykehuset. Derfor skal utskrivningsklare pasienter prioriteres til kommunale tilbud. I spørreundersøkelsen er det bare elleve kommuner (4 prosent) som selv oppgir at pasienter har forblitt innlagt etter at de er utskrivningsklare fordi det er rimeligere for kommunen.

Noen pasienter skrives ut til bostedsløshet

Det er også eksempler på at spesialisthelsetjenesten skriver ut personer med ROP-lidelser til bostedsløshet. Noen personer med ROP-lidelser som er utskrivningsklare, kan være vanskelige å bosette, for eksempel på grunn av voldsproblematikk. Noen av dem har derfor blitt skrevet ut til gata.

6.6.3 Svært syke pasienter havner i kommunen

Mange kommuner har erfaring med at det er uenighet om pasientens funksjonsnivå og om vedkommende kan vurderes som ferdig behandlet. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 6.6.1. I undersøkelsen har vi hørt om svært syke personer med ROP-lidelser som skrives raskt ut av spesialisthelsetjenesten og havner i kommunen av ulike årsaker.

Helsedirektoratet sier at de svært syke pasientene havner i kommunen i den forstand at de blir overlatt til bistand fra en kommunal tjeneste når tilstanden deres gir behov for en spesialisthelsetjeneste.¹³⁸

Pasienter skrives ut til kommunen på grunn av at de ruser seg

ROP-retningslinjen sier at det kan være behov for grensesetting mot uønsket atferd i behandlingsinstitusjoner i forbindelse med rusmiddelbruk og andre typer handlinger med negativ innvirkning for andre. For å styrke grensesettingen har man tradisjonelt brukt utskriving som virkemiddel, noe som i praksis innebærer at pasientens behandlingsopphold avbrytes plutselig. Slike

¹³⁷ Ekspertutvalg om samtykkekompetanse (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*.

¹³⁸ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

behandlingsavbrudd kan være svært uheldige fordi kontinuitet er viktig. Behandlingsmessig er det problematisk å skrive ut pasienter fordi de viser symptomer på egen lidelse. Derfor må man planlegge alternative tiltak for å unngå brudd i behandlingen.¹³⁹

I spørreundersøkelsene svarer psykisk helsevern i to helseforetak (13 prosent) at pasienter i stor grad blir skrevet ut av døgnbehandling innenfor psykisk helsevern hvis de ruser seg, mens seks (40 prosent) svarer i noen grad. Innenfor TSB er det én TSB som svarer i stor grad (7 prosent) og seks TSB som svarer i noen grad (43 prosent).¹⁴⁰ Flere vi har snakket med, peker også på at personer med ROP-lidelser skrives ut fordi de ruser seg.

Skrives ut på grunn av rus

«Pasientene som ruser seg på en sengepost, blir ekskludert. Det er helt logisk at en pasient som strever med betydelige rusproblemer, ruser seg på en sengepost. Det ville være underlig hvis en psykosepasient skulle blitt skrevet ut fra en psykosepost på grunn av at han hadde slitsomme psykosesymptomer.»

Kilde: En informant fra psykisk helsevern.

Skrives ut til kommunen fra TSB fordi de er for psykisk syke

Som nevnt under kapittel 6.5 kan TSB ofte ikke gi behandling til personer med alvorlige psykiske lidelser. I spørreundersøkelsen er det flere TSB som svarer at de i noen grad må skrive ut pasienter med ROP-lidelser til kommunen fordi de er for psykisk syke.

Skrives ut til kommunen på grunn av atferd

Noen psykisk helsevern og flertallet av TSB svarer at de må skrive ut pasienter til kommunen i noen grad eller i stor grad på grunn av atferdsproblematikk.

Skriver pasienter ut til kommunen, som heller ikke kan håndtere dem

«Samarbeid og behandling er vanskelig i grensetilfellene der hvor det er uklart hva pasienten har. Institusjonene vil som regel ikke ha pasienter med atferdsproblematikk. Dette blir en kilde til irritasjon og diskusjoner. Det hender ofte at personer med atferdsproblematikk blir skrevet ut fra TSB. Oppsummert er ikke TSB rigget for pasienter med voldsproblematikk, blant annet på grunn av bemanning og mulighet til å utøve tvang. Hvis pasienten har en åpenbar psykose, kan vi henvise til psykisk helsevern. I tilfellene med atferdsproblematikk og der det er tvil om pasienten har psykose, må vi skrive pasientene ut til kommunene. Da får jo dessverre kommunen en pasient som de ikke vet hvordan de skal håndtere. Kommunen har heller ikke tvangsmidler.»

Kilde: En informant fra TSB.

Skriver seg selv ut av frivillig behandling

Svært syke pasienter som er på frivillig behandling, kan også velge å skrive ut seg selv. Flere informanter forteller at dette skjer ofte.

¹³⁹ Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*.

¹⁴⁰ Spørsmål om i hvilken grad påstanden stemmer. Påstanden til psykisk helsevern var «Pasienter blir skrevet ut av døgnbehandling innenfor psykisk helsevern hvis de ruser seg» og påstanden til TSB var «Pasienter blir skrevet ut av døgnbehandling innenfor TSB hvis de ruser seg».

Skriver seg selv ut fra akuttpsykiatrien

«Pasienter som ikke ønsker tjenester og ikke er på tvang, skrives ut. Det er krevende å skrive ut disse pasientene fordi de har dårlig bo-evne og ikke har bolig. Behandlere skriver dem ofte ut til Nav eller hospits.»

Kilde: En informant fra psykisk helsevern.

Helsedirektoratet sier at brukere melder om at rusmiddelavhengige ikke får eller ikke har tillit til at de får medisiner mot abstinenser, og derfor ønsker å skrive seg ut raskt. Ifølge direktoratet blir dette dessverre en «grei løsning» for den rusavhengige og psykisk helsevern.¹⁴¹

Skrives ut på grunn av liten kapasitet

Psykisk helsevern er i noen grad nødt til å skrive ut pasienter med ROP-lidelser til kommunen ettersom kapasiteten i døgnbehandlingen er for liten. I spørreundersøkelsen til psykisk helsevern svarer én psykisk helsevern (7 prosent) at de i stor grad er nødt til å skrive ut pasienter med ROP-lidelser fordi kapasiteten i døgnbehandlingen er for liten. Sju psykisk helsevern (47 prosent) svarer at de må gjøre det i noen grad. Ingen TSB svarer at de i stor grad må skrive ut pasienter på grunn av kapasitetsmangel, og bare én TSB (7 prosent) svarer at de i noen grad må skrive ut på grunn av kapasitetsmangel.

Noen av innspillene til samtykkeutvalget tyder på at samtykkevilkåret noen ganger har blitt brukt som begrunnelse for å skrive ut pasienter når den primære årsaken er kapasitetsutfordringer. Dette gjelder særlig i akuttpsykiatriske avdelinger dersom pasienten er vurdert å ha et begrenset behandlingspotensial.¹⁴²

6.6.4 Pasienter får gjeld til Nav fordi sykehuset ikke melder fra om lange innleggelser

Hvis en pasient med ytelser fra Nav (som uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, sykepenger) er innlagt på en statlig institusjon med fri kost og losji, får pasienten beholde hele ytelsen i den måneden innleggelsen skjer og i de tre påfølgende månedene. Varer innleggelsen lenger, blir utbetalingen av ytelsene redusert.¹⁴³ Hvis døgnbehandlingsinstitusjon ikke melder eller melder for sent til Nav om langvarige innleggelser og pasienten ikke blir trukket i ytelser, kan pasienten opparbeide seg gjeld til Nav uten å vite det. Nettsiden til Nav påpeker at dette er svært negativt for sårbare personer.¹⁴⁴ For eksempel kan et krav om tilbakebetaling av ytelser føre til økonomiske problemer.

I spørreundersøkelsen til psykisk helsevern svarer flertallet at de alltid eller ofte melder tidnok til Nav når pasienter med ROP-lidelser er innlagt i mer enn tre måneder. Samtidig er det to psykisk helsevern (13 prosent) som svarer at de av og til melder fra tidnok, og to (13 prosent) som svarer at de sjelden gjør det.

Informanter fra psykisk helsevern forteller at pasienter opparbeider seg gjeld til Nav, som pasientene selv ikke vet om, når de lenge innlagt, fordi sykehuset ikke har meldt fra til Nav. Spesielt svikter det når pasientene flytter mellom avdelinger på sykehuset.¹⁴⁵

¹⁴¹ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

¹⁴² Ekspertutvalg om samtykkekompetanse (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*.

¹⁴³ Nav. (2024). *Uføretrygd*, Nav. (2024). *Arbeidsavklaringspenger* og Nav. (2024) *Sykepenger*.

¹⁴⁴ Nav. (2024). *Meld fra til Nav om hvem som oppholder seg i institusjonen*.

¹⁴⁵ VG. (2024). *Kevin ble innlagt på psykiatrisk institusjon: Uføretrygden halvert*.

Kan være innlagt lenge før sykehuset melder fra til Nav

Noen pasienter kan være innlagt på sykehus i flere år før Nav får beskjed. Jeg mener at det er uheldig at alvorlig syke pasienter opparbeider seg gjeld til Nav på grunn av at institusjonen glemmer å sende brev til Nav. Det er enheten pasienten er innlagt på når det har gått tre måneder, som har ansvaret for å sende beskjed til Nav, men det hender at vi ikke gjør det. Mange pasienter som kommer til vår enhet, har allerede vært innlagt i over tre måneder en annen plass før de kommer hit. For flere pasienter på enheten har primærkontaktene feilaktig trodd at brevet ble sendt inn av den enheten de var innlagt på før de kom hit. Det hender også at vi blir forsinket med å sende inn brevet fordi vi har vært i oppstartsfasen og ikke hatt sosionom i avklart rolle.

Kilde: En informant fra psykisk helsevern.

Vi har ikke lyktes med å få informasjon om omfanget av pasienter som opparbeider seg gjeld til Nav fordi sykehuset ikke melder det inn tidsnok. Det er fordi Nav mangler statistikk på dette.

6.6.5 Det er vanskelig for kommunene å gi gode helsetjenester

Spørreundersøkelsen, intervjuene, tjenestekartleggingen av 43 personer med ROP-lidelser og dokumentanalysen viser at det er vanskelig for kommunene å gi gode helsetjenester til personer med ROP-lidelser. Denne målgruppen har særlig behov for tilgang til bedre helsehjelp enn det de får i dag.¹⁴⁶

De aller fleste kommunene har innbyggere med ROP-lidelser som ikke får tjenestene de trenger fra kommunen. Rundt 80 prosent av kommunene svarer at de har innbyggere med ROP-lidelser som ikke får tjenestene de har behov for. De fleste kommunene svarer at det gjelder et mindretall av innbyggerne med ROP-lidelser.

Brukererfaringsundersøkelsen fra KORUS for 2023 viser hvordan personer med rusmiddelproblemer opplever de kommunale tjenestene de mottar. I undersøkelsen svarer flertallet at de i stor grad får hjelpen de trenger, når de trenger det. I åpent kommentarfelt framhever flere av brukerne at både hjelperne og hjelpen de mottar, er bra, men at de som jobber i tjenestene har for lite tid, for mange å følge opp, og at det kan ta lang tid å få hjelp. Samtidig viser undersøkelsen at det er en del personer med rusmiddelproblemer som opplever å ikke få hjelpen de trenger med sin psykiske helse, rusmiddelmestring og fysisk helse. Det er 23 prosent som svarer at de i liten grad har fått hjelp med sin psykiske helse. Det er også 23 prosent som svarer at de i liten grad får god nok hjelp til å redusere/mestre rusmiddelproblemerkene sine. Videre svarer 29 prosent at de i liten grad har fått tilfredsstillende hjelp med sin fysiske helse eller sykdom. Litt over halvparten svarer at de i liten grad får tilfredsstillende hjelp med ernæring/kosthold og til å komme i gang med fysisk trening.¹⁴⁷

Fra 2018 til 2023 rapporterer stadig flere av kommunene at det samlede tjenestetilbudet til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer er godt eller svært godt, inkludert tilbudet for de med alvorlige og langvarige problemer. Samtidig vurderer kommunene fortsatt at tilbudet til de med mindre alvorlige problemer er bedre enn tilbudet til de med alvorlige og langvarige problemer.¹⁴⁸

Kommunene mangler kapasitet i tjenestene

Det er 23 prosent av kommunene som svarer at for liten kapasitet er en av årsakene til at personer med ROP-lidelser ikke får tjenestene de har behov for. Flere informanter fra kommunen utdyper dette. Det er blant annet snakk om lange ventelister og om vedtak som kommunen ikke følger opp, på grunn av manglende ressurser.

¹⁴⁶ Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*; Hansen mfl. (2020). *Evalueringsplan for rusfeltet: Tredje statusrapport*.

¹⁴⁷ KORUS Midt. (2024). *Brukererfaringsundersøkelse. Hvordan opplever personer med rusmiddelproblemer de kommunale tjenestene de mottar?*

¹⁴⁸ Ose & Kaspersen. (2023). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*.

For liten kapasitet i tjenesten

«Det kommer mer og mer til oss. Det leses mer og mer på vår tjeneste. Vi har stygglange ventelister i tjenesten totalt. Det gjør noe med oss ansatte også. Vi føler ikke at vi får gjort grundig nok arbeid. Vi skulle vært mye oftere her og der. Men det er ikke kapasitet til det.»

Kilde: En informant fra en kommune.

6.7 Brukermedvirkningen for pasienter med ROP-lidelser kan forbedres

Mange rusavhengige føler seg som ofre for omstendighetene og andres mer eller mindre heldige avgjørelser, og mange er utsatt for marginaliserings- og utstøtingsmekanismer. Å oppleve det motsatte – å bli hørt, inkludert og oppleve romslighet – kan i seg selv ha stor betydning for livskvalitet og bedring.¹⁴⁹

6.7.1 Disse pasientene medvirker ofte mindre enn andre i utforming av behandlingstilbudet

I en del kommuner og helseforetak medvirker personer med ROP-lidelser mindre enn andre grupper. Omtrent 30 prosent av kommuner, psykisk helsevern og TSB er i stor eller i svært stor grad enig i utsagnet «Personer med ROP-lidelser medvirker i mindre grad enn andre målgrupper i utforming av helsetilbudet/tilbudet fra psykisk helsevern/tilbudet fra TSB». Det er en høyere andel av de store og mellomstore kommunene som svarer at personer med ROP-lidelser medvirker mindre. Om lag 20 prosent er i liten eller svært liten grad enige i dette utsagnet. Bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM peker på at personer med ROP-lidelser medvirker mindre til helse- og velferdstjenester og klager mindre enn andre grupper.

Fordi mange med ROP-lidelser har særlige utfordringer, må flere forutsetninger være til stede for at personer med ROP-lidelser skal få innfridd sine rettigheter. De trenger blant annet hjelp til å bli kjent med sine egne rettigheter, de trenger støtte til å formulere mål og behov, og de trenger at tjenestene blir koordinert og styrt ut fra deres individuelle behov.¹⁵⁰

Hansen og Olsen (2023) problematiserer at samtidig som spesialisering av tjenester bidrar til tjenester av høy kvalitet, gjør spesialiseringen det også vanskeligere å få til brukermedvirkning. Det handler blant annet om at de spesialiserte tjenestene kan ha avgrensede ansvarsområder og definerte kriterier for å få tilgang til dem. Dette gjør at de individuelle og helhetlige behovene til en person ikke passer til tjenestetilbudene som er tilgjengelige. I stedet blir behovene avgrenset og omdannet for å passe inn i tjenestene.¹⁵¹

Helsedirektoratet viser til at manglende informasjon om kunnskap og rettigheter ble meldt inn som den største bekymringen og hindringen for aktiv bruker- og pårørendemedvirkning i arbeidet med faglige råd for brukermedvirkning. Det er tjenesteyteren som har som lovpålagt oppgave å gi tilstrekkelig informasjon og å sikre at informasjonen er forstått. Helsedirektoratet peker også på at det kan være spesielt vanskelig å sikre god brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser, siden mange ikke ønsker tjenester.¹⁵²

¹⁴⁹ Evjen, Kielland & Øiern. (2020). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser* s. 184.

¹⁵⁰ Evjen, Kielland & Øiern. (2020). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser* s. 197–198.

¹⁵¹ Hansen & Olsen. (2023). Når velferdstjenestene ikke strekker til: Oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer.

¹⁵² Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

6.7.2 Brukere opplever at de ikke medvirker i egen behandling i spesialisthelsetjenesten

I evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus var det kun et fåtall av deltakerne i brukerstudien som hadde fått informasjon om behandlingsmetoder og behandlingstiltak.¹⁵³ Det kom fram flere eksempler på at behandlingsmetoden vedkommende mottar, ikke blir godt nok forklart.¹⁵⁴ Pasient- og brukerombudet blir også fortalt historier der pasienter og brukere opplever at de ikke har fått den informasjonen som de trenger for å ha reell medvirkning. Typiske situasjoner oppstår ved endringer underveis i et pasientforløp, der informasjonen gitt på forhånd ikke lenger stemmer og pasienten ikke får oppdatert informasjon.¹⁵⁵

I evalueringen av pakkeforløpene er en del brukere skeptiske til om de har reell innflytelse i sitt forløp, fordi de ikke vet om deres innspill og tilbakemeldinger blir tatt til følge. Det var svært få av brukerne i poliklinisk behandling som var klar over at de hadde en behandlingsplan, og det var nesten ingen som hadde vært med på å utforme den. Nesten alle deltakerne så det som hensiktsmessig å skulle være med på å utforme en behandlingsplan. Svært få deltakere i brukerstudien hadde erfaring med tilbakemeldingsverktøy, og de færreste kunne vise til at det ble gjort noen form for systematisk evaluering av behandlingen. Deltakerne så på det som viktig å kunne komme med tilbakemeldinger på behandlingen, men fortalte samtidig at det kan være vanskelig å gi ærlige tilbakemeldinger. De fryktet blant annet å miste behandlingstilbudet dersom de kom med kritikk.¹⁵⁶

Ansatte i spesialisthelsetjenesten presenterer et annet bilde. I en spørreundersøkelse som ble besvart av 3 431 behandlere, ledere og forløpskoordinatorer i forbindelse med evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus, oppgir 86 prosent at deres enhet er god på brukarmedvirkning og brukertilfredshet. De aller fleste oppgir at de i stor eller noen grad gjennomfører tiltak for å involvere pasienter og pårørende: samtaler om behandlingsvalg, planlegging av behandlingsforløp, involvering i vurderinger og beslutninger og ved å ivareta barn som pårørende.¹⁵⁷

På spørreundersøkelsen vi sendte til psykisk helsevern og TSB i hvert helseforetak, svarer over halvparten at pasienter med ROP-lidelser i noen grad deltar aktivt i vurderinger og beslutninger rundt egen behandling. Videre er det en høy andel av psykisk helsevern og TSB som svarer at de tilpasser informasjonen med tanke på blant annet faguttrykk og forklaringer.

Svarene fra spørreundersøkelsen til psykisk helsevern og TSB kan tyde på at de kan bli bedre til å hente inn erfaringer fra pasienter med ROP-lidelser og å bruke dem i forbedringsarbeidet. Bare to psykisk helsevern (13 prosent) sier seg i stor grad enig i påstanden «Psykisk helsevern henter inn erfaringene til pasientene med ROP-lidelser med tjenestene for eksempel i form av evalueringer eller brukerundersøkelser», mens fem psykisk helsevern (33 prosent) svarer i liten eller i svært liten grad. Svarene fra TSB er noe mer positive.

Over halvparten av psykisk helsevern og over 40 prosent av TSB sier seg i noen grad enig i at de «Bruker erfaringene fra pasienter med ROP-lidelser i forbedringsarbeidet». I psykisk helsevern er det 13 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad bruker pasientens erfaringer i forbedringsarbeidet, mens det i TSB er 21 prosent som gjør dette i liten eller svært liten grad.

¹⁵³ Brukerundersøkelsen inneholder 39 intervjuer med 61 deltakere.

¹⁵⁴ Ådnanes mfl. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*.

¹⁵⁵ Pasient- og brukerombudet. (2023). 2022. *Årsmelding*.

¹⁵⁶ Ådnanes mfl. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*.

¹⁵⁷ Ådnanes mfl. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året*.

6.7.3 I kommunene er brukermedvirkning på individnivå vanligere enn brukermedvirkning på systemnivå

En høy andel av kommunene svarer at de i stor grad gir tilpasset informasjon til personer med ROP-lidelser. På påstanden «Kommunen gir tilpasset informasjon til personer med ROP-lidelser (blant annet med tanke på bruk av faguttrykk, forklaringer og gjentakelser)» svarer 75 prosent av kommunene at de er enige i stor grad eller i svært stor grad. Bare 5 prosent svarer i liten eller svært liten grad. 62 prosent av kommunene svarer at de i stor eller svært stor grad er enige i at «Kommunen sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker med ROP-lidelser». Bare 3 prosent av kommunene svarer at de i liten eller svært liten grad er enige. Kommunene svarer relativt likt på disse spørsmålene uavhengig av kommunestørrelse.

Spørreundersøkelsen tyder på at kommunene i mindre grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå. 30 prosent av kommunene svarer at de i stor eller i svært stor grad «sikrer brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser på systemnivå i tjenesteutviklingen», mens 27 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad gjør dette. En høyere andel store kommuner svarer at de sikrer dette i stor grad, mens det også er en høyere andel av de små kommunene som svarer at de gjør dette i liten grad.

Brukererfaringsundersøkelsen for 2023 tyder på at brukerne har fått sterkere innflytelse på utformingen av tjenestene de siste årene, men at det fortsatt er rom for forbedring. Av de spurte svarer 47 prosent at de i stor grad har hatt innflytelse på utformingen av mottatte tjenester. I 2017 var det 36 prosent som svarte det samme. I 2023 er det fortsatt 22 prosent som svarer at de i liten grad har innflytelse.¹⁵⁸

Videre viser spørreundersøkelsen vi sendte til kommunene, at 110 av 168 kommuner har brukt «Helsedirektoratets tilskudd til kommunalt rusarbeid» til å styrke brukermedvirkningen i sin kommune.

6.8 Samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok

Mange kommuner og spesialisthelsetjenesten, både innen psykisk helsevern og TSB, savner bedre samarbeid om personer med ROP-lidelser. Blant psykisk helsevern uttrykker 43 prosent at de i stor eller svært stor grad savner et bedre samarbeid med kommunene om denne målgruppen, mens 46 prosent av TSB-enhetene sier det samme. Det er 42 prosent av kommunene som i stor eller svært stor grad savner et bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten om denne gruppen. Over halvparten av de store kommunene svarer i stor grad eller i svært stor grad.

6.8.1 Det er ofte uenighet om ansvarsforhold i helsetjenestene

Som beskrevet i kapittel 6.5.5 er det uklarheter og uenigheter om ansvarsdelingen mellom psykisk helsevern og TSB. Undersøkelsen viser at det er slike uklarheter og uenigheter i og på tvers av alle deler av helsetjenestene.

Spørreundersøkelsene tyder på at ansvarsdelingen i mange tilfeller ikke er avklart mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Rundt halvparten av kommunene og omkring 60 prosent av psykisk helsevern og TSB svarer at det 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 prosent av kommunene, psykisk helsevern og TSB som i liten grad synes det er klart.

¹⁵⁸ KORUS Midt. (2024). Brukererfaringsundersøkelse. Hvordan opplever personer med rusmiddelproblemer de kommunale tjenestene de mottar?

Helsedirektoratet beskriver at erfaring fra tilsynsorganene og analyse av uønskede hendelser i helsetjenesten flere ganger har vist at årsaken til at noe går galt, er uklare ansvarsforhold eller manglende samhandling mellom helsepersonell og ulike nivåer i helsetjenesten.¹⁵⁹

Det er spesielt vanskelig å fordele ansvaret rundt personer med høy voldsrisko

I en undersøkelse av helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisko peker UKOM på at ansvaret for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og økt voldsrisko må avklares tydeligere. UKOM viser til at når hver etat tar ansvar for sitt eget område, er det en fare for at enkelte pasienter faller mellom tjenestenes ansvarsområder. For pasienter med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisko er det derfor avgjørende at etatene unngår parallelle eller sekvensielle tjenestetilbud med ansvarsfordeling for oppfølgingen av pasienten. For disse pasientene er det særlig viktig at de involverte tjenestene har felles eierskap og ansvar for oppfølgingen. Hvis ansvaret for denne pasientgruppen ikke er tydelig avklart, kan det oppstå et tomrom hvor ingen tar ansvar.¹⁶⁰

I vår undersøkelse beskriver informanter eksempler hvor det er uklart hvem som har ansvaret for tjenester til personen, eller at personen kan bli stående igjen nesten uten oppfølging. For eksempel forteller en informant fra den kommunale delen av Nav om personer som har utøvd vold og derfor er ekskludert fra mange tjenester. Disse personene blir overlatt til sosialtjenesten som siste skanse. I spørreundersøkelsen skriver en informant at kommunene blir sittende igjen med oppfølgingsansvar, utgifter og samfunnsansvaret alene når spesialisthelsetjenesten anser personene som ferdigbehandlet og politiet ikke har myndighet til å foreta seg noe. En kommune skriver at spesialisthelsetjenesten og politiet mangler forståelse av kommunens rammebetingelser, og at dette ofte skaper problem når det skal ytes tjenester til personer som kan være voldelige.

En rapport fra Fafo om samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri viser at kommunen og spesialisthelsetjenesten kan ha ulike forståelser og vurderinger av pasienters behov, og at de kan ha begrenset kjennskap og forståelse for hverandres kontekst og rammer. I situasjoner hvor mange kan ha ansvar, er det ifølge Fafo også åpnet for ansvarsfraskrivelse og ansvarsforskyvning.¹⁶¹

6.8.2 Mange kommuner får ikke god nok veiledning om personer med høy voldsrisko

Voldsriskovurderinger kan ha betydning for vurdering av bemanning, hva som er et egnet botilbud, ansattes tilnærminger til brukerne og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.¹⁶²

Rapporten fra Fafo viser at det varierer hvor godt samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten fungerer rundt pasienter med høy voldsrisko. Det er blant annet svært varierende tilgang til voldsriskovurderinger fra spesialisthelsetjenesten når personer med psykiske lidelser og voldsrisko meldes utskrivningsklare: Over halvparten av kommunene i Fafos undersøkelse erfarer at det ikke innhentes informasjon om brukerens fungering i bo- og nærmiljøet når voldsrisko skal vurderes.¹⁶³

Svarene i vår spørreundersøkelse til kommunene tyder også på at kommunene mener de ikke får god nok veiledning og informasjon fra spesialisthelsetjenesten om personer med voldsrisko. Når vi ekskluderer «vet ikke» og «ikke aktuelt», viser resultatene det følgende:

- 88 kommuner (39 prosent) svarer at utsagnet «Kommunen får tilgang til voldsriskovurderinger fra spesialisthelsetjenesten ved behov» stemmer i liten eller svært liten grad. Det er en høyere andel av de mellomstore kommunene som svarer dette, enn de store og små kommunene.

¹⁵⁹ Helsedirektoratet (2022) *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*

¹⁶⁰ Ukom (2023) *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisko*

¹⁶¹ Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv.*

¹⁶² Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv.*

¹⁶³ Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv.*

- 155 kommuner (70 prosent) svarer at påstanden «Kommunen blir involvert i voldsrisikovurderinger i spesialisthelsetjenesten ved at det eksempelvis innhentes informasjon om pasientenes historikk i nærmiljø eller fungering i bomiljø» stemmer i liten eller svært liten grad. Det er høyest andel store kommuner som svarer dette.
- Videre er det 148 kommuner (67 prosent) som svarer at kommunen i liten eller svært liten grad «får tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten om håndtering av voldsrisiko til ROP-pasienter». Kommunene svarer relativt likt på dette spørsmålet, uavhengig av kommunestørrelse.

Helse- og omsorgsdepartementet sier at utfordringer knyttet til taushetsplikten går igjen når det gjelder taushetsbelagt opplysninger mellom sektorer. Dette gjelder blant annet kommunikasjon om voldsrisiko og samfunnsvern. Det er ofte ikke avklart i hvilken grad ulike instanser, som spesialisthelsetjenesten, kommunen og politi, kan dele informasjon, for eksempel om personer med høy voldsrisiko.¹⁶⁴

6.8.3 FACT-/ACT-team bidrar til bedre samarbeid mellom tjenestene

Evalueringen fra 2020 av de sju første FACT-teamene i Norge viste at modellen bidrar til mer helhet og sammenheng i tjenestetilbudet til brukere med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.¹⁶⁵

Evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet trekker fram at å ha ansatte fra spesialisthelsetjenesten i kommunen, for eksempel i FACT-team, kan bidra til å etablere et godt samarbeidsklima og legge til rette for god dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.¹⁶⁶

Vår undersøkelse viser også at teamene bidrar til bedre samarbeid. Høye andeler av kommunene, psykisk helsevern og TSB svarer at slike team i stor grad bidrar til bedre samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Flere informanter trekker også fram at samarbeid med FACT-/ACT-team fungerer godt. Videre skriver Helse Sør-Øst RHF i sitt svarbrev at FACT-team har vært en modell som har bidratt til å tydeliggjøre ansvarsforhold og styrke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Det er barrierer for samarbeid i FACT-/ACT-team

Selv om FACT- og ACT-team bidrar til at samarbeidet blir bedre, er det barrierer for samarbeid innad i teamene. I evalueringen av FACT-team i Norge uttrykte de fleste samarbeidspartnerne bekymring over at FACT-teamet hadde ulike journalsystemer, at de jobbet etter ulike lovverk, og at de i varierende grad benyttet og hadde tilgang til felles digitale kommunikasjonsløsninger.¹⁶⁷

NAPHA bekrefter at utfordringer i samarbeidet i FACT- og ACT-team hovedsakelig handler om at kommunene og sykehusene forholder seg til ulike lovverk og ulike digitale systemer. For eksempel peker NAPHA på at taushetsplikten hindrer utveksling av informasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Det kan få alvorlige konsekvenser for brukerne.

I et FACT-team vi snakket med, er alle teammedlemmene ansatt i både spesialisthelsetjenesten og kommunen, med null prosent stilling i den ene virksomheten. Dette gjør de for å få tilgang til hverandres journalsystemer. Pasienten samtykker til at de deler informasjon med hverandre, for å få oppfølging fra teamet.

Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at de 34 kommunene i Helse Midt-Norge som har tatt i bruk felles journalsystem er et unntak fra problemstillingen om ulike journalsystemer. I tillegg har det blitt mer deling av journaldokumenter siden evalueringen av FACT-team i 2020. Deling av epikriser, prøvesvar og bildeundersøkelser via kjernejournal er innført i gradvis fra 2023 i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest. Det er tilgjengelig for leger og psykologer. Departementet viser også til et

¹⁶⁴ Riksrevisjonens intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 12. september 2024.

¹⁶⁵ Landheim & Odden. (2020). *Sluttrapport. Evaluering av FACT-team i Norge*.

¹⁶⁶ Hansen mfl. (2018). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet: Andre statusrapport*.

¹⁶⁷ Landheim & Odden. (2020). *Sluttrapport. Evaluering av FACT-team i Norge*.

høringsnotat som gir forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven. De foreslåtte endringene skal gjøre at regelverket er bedre egnet til å gjøre helseopplysninger tilgjengelig for behandling av pasientene (informasjonsdeling) og mer digitaliseringsvennlig. Høringsfristen er 6. januar 2025.¹⁶⁸

6.9 Statlige virkemidler løser i liten grad utfordringer med helsetjenester til personer med alvorlige ROP-lidelser

6.9.1 Mange har ikke individuell plan eller ansvarsgruppe

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter eller brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, rett til å få utarbeidet en individuell plan. Individuell plan beskriver hvordan tjenestene skal samarbeide slik at personen får en helhetlig oppfølging. Formålet er blant annet å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og å sikre at det til enhver tid er én tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.¹⁶⁹ ROP-retningslinjen anbefaler å utvikle individuell plan som et middel til å styrke brukermedvirkningen for personer med ROP-lidelser. Retningslinjen anbefaler også at ROP-lidelser skal behandles integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan.

Det er ulikheter i hvor stor grad kommunene oppgir å bruke individuell plan for personer med ROP-lidelser. Rundt 17 prosent svarer at de bruker det i stor grad/svært stor grad. 50 prosent svarer at de bruker det i noen grad, mens det er 30 prosent som svarer at de bruker det i liten grad eller svært liten grad. Ifølge Brukerplankartleggingen for 2019 er det bare 14 prosent av mottakere med alvorlige ROP-lidelser som har individuell plan. I tjenestekartleggingen av 43 personer med ROP-lidelser var det bare fire personer som hadde individuell plan.

I helseforetakene er det én psykisk helsevern (7 prosent) og tre TSB (21 prosent) som svarer at de bruker individuell plan i stor grad. Her svarer også de fleste, cirka 60 prosent, at de bruker individuell plan i noen grad. Fire psykisk helsevern (27 prosent) og to TSB (14 prosent) svarer at slike planer brukes i liten grad. Tallene fra statusrapport for LAR i 2021 viser at kun 13 prosent av pasientene i LAR hadde individuell plan i 2021. Dette er en nedgang fra 15 prosent i 2020.

I evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus ble individuell plan trukket fram som et viktig verktøy for å fremme brukermedvirkning. Det ble framhevet at den også kunne bidra til å forenkle overganger mellom nye behandlere og andre instanser. Flere brukere fortalte at de var usikre på om de hadde individuell plan, og at den i så fall ikke hadde blitt fulgt opp på mange år. En av deltakerne fra psykisk helsevern mente at det heller ikke var noe poeng i å ha en individuell plan, fordi erfaringene hennes var at den uansett ikke ble fulgt opp.¹⁷⁰

Samtidig som det er få personer med ROP-lidelser som har individuell plan, er det heller ikke gitt at tjenestene bruker andre planer eller grupper for å sikre helhetlige tjenester. I Brukerplankartleggingen for 2019 ser man at rundt en tredjedel av personene med alvorlig ROP-lidelser har verken individuell plan, kriseplan, nettverksgrupper, ansvarsgrupper eller andre planer som for eksempel tiltaksplan.¹⁷¹ I tjenestekartleggingen var det bare 14 av de 43 som hadde ansvarsgruppe.

¹⁶⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 3. desember). [Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen] og Helse og omsorgsdepartementet (2024) Høringsnotat – forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv.

¹⁶⁹ Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester (FOR-2022-06-22-1110), § 3.

¹⁷⁰ Ådnanes mfl. (2021). Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer.

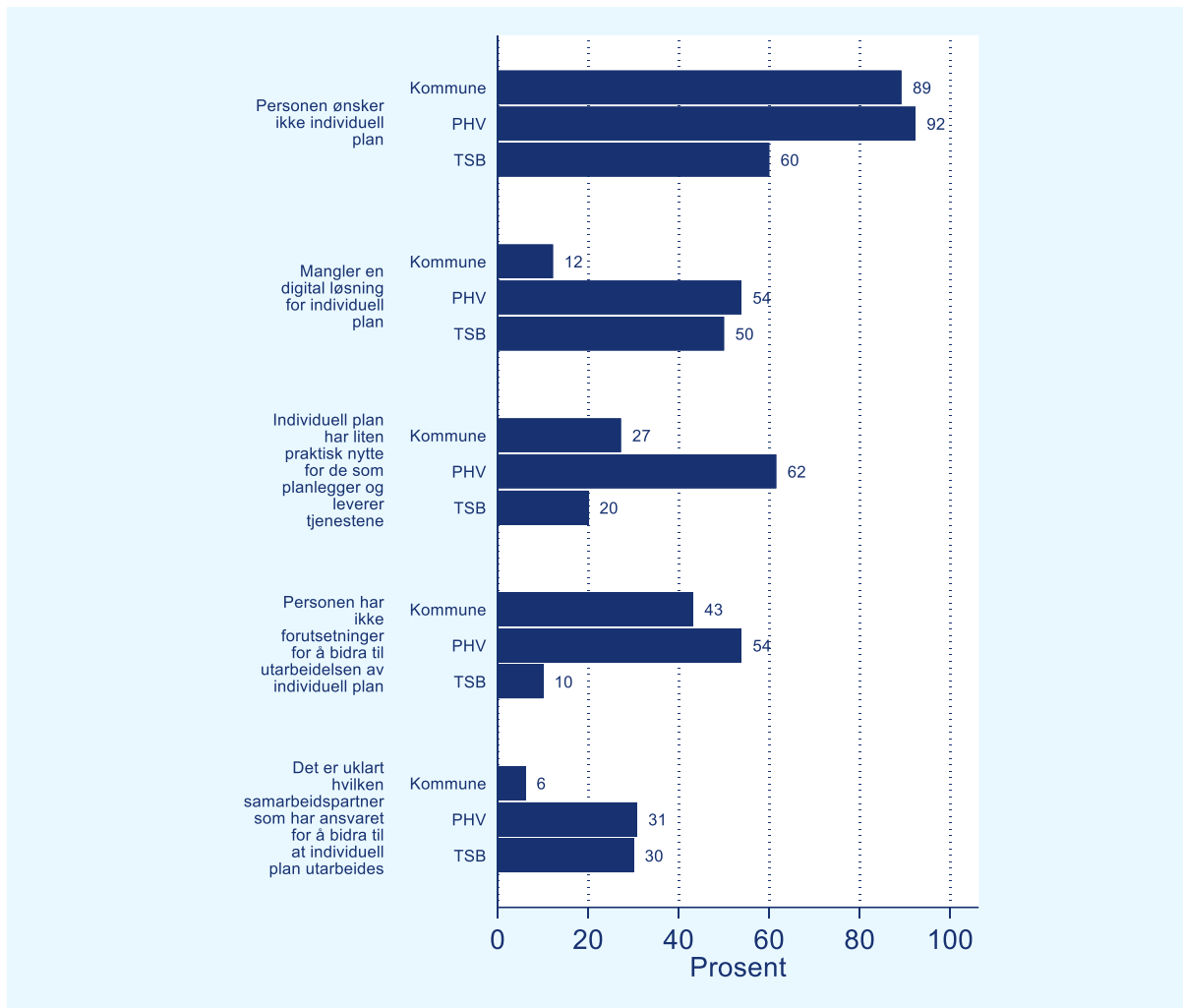
¹⁷¹ Helse Stavanger. (2020). Brukerplan Årsrapport 2019: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester.

I 2022 gikk Helsedirektoratet gjennom lovpålagte og ikke-lovpålagte individuelle koordineringsordninger. Direktoratet stiller spørsmål ved om omfanget av ordninger, modeller og verktøy kan ha bidratt til å gjøre området mer komplekst – det motsatte av hensikten.¹⁷²

Årsakene til at tjenestene ikke bruker individuell plan

De kommunene, psykisk helsevern og TSB som svarer at de bruker individuell plan i svært liten, liten grad eller noen grad, fikk spørsmålet om hva som er årsaken til at de ikke oppretter individuell plan. Det er 213 kommuner, 13 psykisk helsevern og ti TSB har besvart spørsmålet.

Figur 15 Aktørenes rapporterte årsaker til at de ikke bruker individuell plan



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene, TSB og psykisk helsevern.

Figuren viser at en del kommuner og TSB, så vel som de fleste psykisk helsevern svarer at individuell plan har liten praktisk nytte for dem som planlegger og leverer tjenestene. Helsedirektoratet stiller spørsmål ved om det handler om at verktøyet ikke virker, eller om det i det hele tatt er tatt i bruk. Ifølge direktoratet er det krevende å innarbeide individuell koordinering på brukernes premisser for alle målgrupper. Direktoratet viser til at både koordinerende enheter og koordinatorene mangler mandat og lederstøtte, og at dette gjennom mange år har vært løftet som en sentral utfordring for slik implementering.¹⁷³

¹⁷² Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

¹⁷³ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

Rundt en tredjedel av TSB og psykisk helsevern svarer også at de opplever det som uklart hvem som har ansvaret for å utarbeide individuell plan. Når en person trenger tjenester fra både helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som skal sørge for at planen blir utarbeidet og koordinere arbeidet. Ved uklarhet eller uenighet skal kommunen avklare hvilken velferdstjeneste i kommunen som har hovedansvaret for å utarbeide og følge opp den individuelle planen.¹⁷⁴

Som det framgår av Figur 15, er det mange kommuner, psykisk helsevern og TSB som svarer at de ikke bruker individuell plan, fordi personen ikke ønsker en slik plan. Evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet viser at det er brukere som ser nytten av individuell plan, men sier nei fordi de mener den ikke fungerer etter hensikten. Noe av det som ifølge evalueringen kan være et problem, er

- manglende systematikk for oppdatering og evaluering av planen
- at tiltak ikke blir fulgt opp i praksis
- at planen ikke blir brukt eller fulgt opp av involverte instanser
- at samarbeidet med koordinator for planen ikke fungerer godt nok
- at kommunene kan være tilbakeholdne med å tilby individuell plan¹⁷⁵

Helsedirektoratet peker på at individuell plan er en rettighet som flere bruker- og pårørendeorganisasjoner etterspør. Bruker- og pårørenderepresentantene poengterer ofte at fagfolk ikke er gode nok til å framsnakke individuell plan som brukerens egen plan og som et redskap for medvirkning.¹⁷⁶

Mange informanter vi snakket med, peker på at individuell plan brukes lite og ikke fungerer slik det er tiltenkt. I intervju trekker flere fram at det mangler et digitalt verktøy for individuell plan. Ifølge informanter gjør dette at planen er tidkrevende å bruke på tvers, og at det blir et papirbasert og statisk dokument. Helse- og omsorgsdepartementet bekrefter at det ikke finnes slike digitale verktøy. Området er kjent og det er særlig krevende med tanke på deling av sensitive personopplysninger. Informanter viser også til at årsaken til at de ikke bruker individuell plan, er at det i praksis er et venstrehåndsarbeid som likevel er arbeidskrevende. Noen i spesialisthelsetjenesten sier at de ønsker å bruke individuell plan mer, men at kommunen ikke ønsker det. I åpne kommentarfelt skriver noen kommuner at det er motstand fra ansatte, og at de mangler kompetanse eller rutiner for å bruke individuell plan.

Noen informanter forteller at de har lyktes i å ta i bruk individuell plan. Disse har positive erfaringer med å bruke slike. En informant forteller at individuell plan strukturerer arbeidet og gir brukeren mulighet til å påvirke egen situasjon. Flere viser til at individuell plan er et godt verktøy til å forplikte partene som skal gi tjenester til personen.

Lykkes med individuell plan når partene fokuserer på hva de kan bidra med

«Vi møter noen ganger motstand mot å bruke individuell plan hos samarbeidspartnere. Dette er fordi at mange i tjenesteapparatet ikke får planen til å fungere. Nødvendige forutsetninger for en vellykket plan er involvering av pasienten og et forpliktende samarbeid mellom partene. For å få dette til er det viktig å snakke om kulturen rundt samarbeidet på samarbeidsmøtene. I komplekse saker kan de ulike tjenestene ofte bli opptatt av å definere hva de ulike partenes er ansvarlig for. Vi forsøker å snu på det og heller sette søkelys på hva de ulike partene kan bidra med i ulike problemstillinger. Da blir ordlyden annerledes, og partene forplikter seg mer.»

Kilde: En informant fra døgnet i psykisk helsevern.

¹⁷⁴ Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester (FOR-2022-06-22-1110), § 7

¹⁷⁵ Hansen mfl. (2021). *Et tjenesteområde i utvikling: Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport.*

¹⁷⁶ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

6.9.2 Mange kommuner bruker koordinator i begrenset grad

Kommunen har plikt til å tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Litt over halvparten av kommunene (52 prosent) oppgir i spørreundersøkelsen at de bruker koordinator i stor eller svært stor grad for personer med ROP-lidelser, 31 prosent oppgir at det gjør de i noen grad, mens 15 prosent av kommunene svarer at de gjør det i liten eller svært liten grad. De store og mellomstore kommunene svarer at de bruker koordinator, i større grad enn de små kommunene.

De 121 kommunene som bruker koordinator i noen, liten eller svært liten grad, fikk spørsmål om årsakene til det. De årsakene flest kommuner krysset av for, vises i Tabell 5.

Tabell 5 Årsaker til at kommunen ikke bruker koordinator for personer med ROP-lidelser

Årsaker	Prosent
Personen ønsker ikke koordinator	66 %
Ansvarsgrupper er tilstrekkelig for å koordinere tjenester	50 %
Det er ikke behov for koordinator	23 %
Det er vanskelig å rekruttere ansatte som vil påta seg rollen som koordinator	20 %
Det er uklart hvem i kommunen som har ansvaret for å være koordinator	15 %

n = 121

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

Det er få store kommuner (12 prosent) som krysser av for at det ikke er behov for en koordinator. I de store kommunene er det flere (31 prosent) som krysser av for at det er uklart hvem som skal være koordinator. Flere små (19 prosent) og mellomstore kommuner (25 prosent) krysser av for at det er vanskelig å rekruttere en koordinator.

Som tilfellet er når det gjelder individuell plan, sier flere informanter at for få personer med ROP-lidelser har koordinator, og at det er vanlig at ingen påtar seg koordinatorrollen. Flere peker på at årsaken til at de ikke bruker koordinator, er at det er for tidkrevende. Noen trekker fram at det er spesielt vanskelig å være koordinator hvis man ikke har mye kontakt med personen.

Flere informanter framhever at det er viktig at sosionomer og andre ansatte som jobber sosialfaglig, deltar i arbeidet, og at det bidrar til at tjenestene koordineres bedre mellom helsevesenet, Nav og kommunene. Helse Sør-Øst RHF framhever også i sitt svar at mange døgnposter har ansatt en sosionom for å bidra til bedre kontakt med Nav.

6.9.3 Pasientforløpene for psykisk helse og rus er ikke egnet for disse pasientene

Evalueringen av pakkeforløpene for psykisk helse og rus (nå pasientforløpene) viste at det per 2021, to år etter innføringen, fortsatt gjensto en god del for å oppnå målsettingene om økt brukarmedvirkning, mer sammenhengende og koordinerte forløp og bedre oppfølging av somatisk helse og levevaner. Evalueringen peker på det særlig var deltakere med samtidige psykiske plager og

rusmiddelproblemer som opplevde brudd i sitt forløp, og at jo større problemer brukeren hadde, og jo flere tjenester som var involvert, desto større var sannsynligheten for brudd i forløpet.¹⁷⁷

En vi snakket med fra et kompetansemiljø, forklarte at pakkeforløpene for psykisk helse og rus legger opp til avgrensede spesialiserte tjenester med en begynnelse og en slutt. ROP-pasienter har imidlertid behov for utredning og behandling av ulike lidelser som er vanskelig å skille fra hverandre, og som er vanskelig å sette frister på og avgrense i tid. ROP-retningslinjen anbefaler derfor langvarige løp uten tidsbegrensninger. Hvis behandling av ROP-lidelser skal ha et eget pakkeforløp, bør forløpet utformes på en helt annen måte enn pakkeforløpene for psykisk helse og rus.

Om pasientforløp for rus

«Pasientforløpet for rus gir hovedsakelig frister, noe som er greit å forholde seg til. For eksempel er det greit at det er en frist at pasienter skal få tilbud fra poliklinikken innen tre dager etter avrusning. I driften i døgnposten er det også greit med evaluering hver sjetten uke. Forløpet sier derimot ingenting om hvilke verktøy behandlere skal bruke for å kartlegge pasienten. Forløpet forutsetter at pasienten skal være ferdig behandlet innen et år, men i realiteten er det mange behandlingsforløp som pågår ulike steder. I et forløp som går rundt og rundt, passer ikke tidsfristene.»

Kilde: En overlege fra TSB.

Helsedirektoratet har oppdatert pasientforløpene

Helsedirektoratet startet et arbeid i 2021 for å se på hvordan pakkeforløpene for psykisk helse og rus bedre kunne tilpasses for personer med ROP-lidelser. Helsedirektoratet avsluttet arbeidet i 2022, da de fra den nye regjeringen mottok et nytt oppdrag om å forenkle og videreutvikle forløpene. Formålet med oppdraget er å forenkle forløpsarbeidet for tjenestene, styrke samhandlingen, bidra til likeverdige tjenester, øke kvaliteten og brukermedvirkningen, og tilpasse forløpene til brukergruppens behov.¹⁷⁸ I tillegg viser direktoratet til at ny opptrappingsplan for psykisk helse da var under utarbeidelse, og at det kom en ny helse- og samhandlingsplan med videreføring av helsefelleskapene. Direktoratet peker på at personer med ROP-lidelser ble prioritert i begge disse planene. Innspill fra arbeidet som ble igangsatt i 2021, ble gitt videre til arbeidet med å revidere veilederen for kommunalt psykisk helse og rusarbeid *Sammen om mestring*.

Helsedirektoratet ser at mange av utfordringene på området går på tvers av sektorer. Disse utfordringene er ikke pasientforløp for spesialisthelsetjenesten egnet til å løse.

Helsedirektoratet har publisert oppdaterte pasientforløp som trer i kraft fra 1. januar 2025 på nettsidene sine.

6.9.4 Spesialisthelsetjenesten og kommunene oppgir at de ikke har økonomiske rammer til å prioritere tjenester til målgruppen

Både spesialisthelsetjenesten og kommunene mener at dårlig økonomi er en årsak til svakheter i tjenestene. I spørreundersøkelsene svarer en høy andel av kommunene (38 prosent), psykisk helsevern (43 prosent) og TSB (54 prosent) at de ikke har økonomiske rammer til å prioritere tjenester til målgruppen tilstrekkelig i stor eller i svært stor grad.¹⁷⁹

¹⁷⁷ Ådnanes mfl. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*.

¹⁷⁸ Helsedirektoratet. (2024). *Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus. Videreutvikling og forenkling av nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus* og Riksrevisjonens intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 12. september 2024.

¹⁷⁹ Spørsmålet ble stilt til 241 kommuner, 14 psykisk helsevern og 13 TSB.

Helse- og omsorgsdepartementet peker på at både kommunene og spesialisthelsetjenestene har sørge-for-ansvar og krav til forsvarlighet. Disse oppgavene må de løse innenfor finansieringen de har. At de skal klare å oppfylle disse kravene for mange personer med ROP-lidelser, handler hovedsakelig om å prioritere innenfor rammen. Samtidig mener departementet at det kan være behov for å vurdere om tilskuddene til kommunene er innrettet formålstjenlig og effektivt.¹⁸⁰

Noen kommuner bruker ikke tilskudd fra Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har flere tilskudd som kommunene kan bruke for å gi tjenester til personer med ROP-lidelser eller deres pårørende:

- *Tilskudd til oppfølging av voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester* brukes hovedsakelig til delfinansiering av etablering og drift av tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlingsteam etter FACT- og ACT-modellen. I noen grad finansierer tilskuddet etablering av andre allerede utprøvde kunnskapsbaserte modeller som Housing First eller utprøving av Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT). Det er 55 prosent av kommunene som svarer at de har brukt dette tilskuddet de siste tre årene. Det er 78 prosent av store, 63 prosent av mellomstore og 33 prosent av små kommuner som svarer at de har brukt tilskuddet de siste tre årene.
- *Tilskudd til kommunalt rusarbeid* skal bidra til bedre livskvalitet, mestring og mulighet for en aktiv og meningsfull tilværelse for personer med rusmiddelrelaterte problemer og deres pårørende. Av alle kommuner svarer 64 prosent at de har brukt tilskuddet til å utvikle tjenester til personer med ROP-lidelser eller deres pårørende. Det er 87 prosent av store kommuner, 67 prosent av mellomstore og 46 prosent av små kommuner som svarer de har brukt tilskuddet.
- *Tilskudd til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester* er en ordning der kommuner kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene for enkeltmottakere. 64 prosent av kommunene svarer at de har brukt *tilskudd til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester*. Det er 78 prosent av store kommuner, 70 prosent av mellomstore og 51 prosent av små kommuner som svarer at de har brukt tilskuddet.

Vi spurte kommunene som ikke hadde brukt tilskuddene, om årsaken til dette. For alle tre tilskuddene var årsaken flest krysset av for, at de mangler kjennskap til tilskuddet. Det var rundt en tredjedel av dem som ikke brukte tilskuddene, som svarte at de manglet kjennskap til dem.

Noen fra helseforetakene, kommunene og statsforvalterne mener det er uheldig at *tilskudd til oppfølging av voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester* er tidsavgrenset, og at det er lagt opp til å kreve egenandeler. For eksempel gjør dette at opprettelse og utvikling av FACT-/ACT-team er avhengig av kommunens og spesialisthelsetjenestens økonomi (se også kapittel 6.3.1). Helsedirektoratet viser til at tilskuddet er ment å nå ett bestemt mål, nemlig å etablere, støtte og styrke tiltak og tjenester. Ordningen ble endret i 2024 slik at det er mulig å forlenge forprosjektperioden til totalt to år. Tilskuddsordningen er ment som et hjelpemiddel for å bidra til å legge om tjenestene til kommuner og helseforetak for å få til mer samarbeid. Nå blir det gitt maksimalt fem millioner kroner de to første årene med tilskudd, noe som er en økning på to millioner fra 2023. Dette skal sikre en overgang til varig drift når tilskuddsperioden er over.

Helse- og omsorgsdepartementet understreker at det viktigste økonomiske virkemiddelet for helsetjenester til personer med ROP-lidelser er rammefinansieringen av kommunene og helseforetakene. Formålet med tilskudd til kommunene er å stimulere til nye aktiviteter og tiltak, og tilskuddene er ikke ment å finansiere varige tilbud. Mange kommuner ønsker derfor økt rammefinansiering framfor tilskuddsmidler.¹⁸¹

¹⁸⁰ Riksrevisjonens intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 12. september 2024.

¹⁸¹ Riksrevisjonens intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 12. september 2024.

Det er risiko for at oppgaver som ikke gir uttelling i finansieringsordninger eller synliggjøres i styringsparametere prioriteres ned

Samtykkeutvalget peker på at det er risiko for at oppgaver som ikke gir uttelling i finansieringsordninger eller synliggjøres i styringsparametere, prioriteres ned. Spørsmål om finansiering ser ifølge utvalget ut til å være en kilde til forhandling eller tilpasninger og kan stå i veien for de beste løsningene for pasienten.¹⁸²

I vår undersøkelse ser vi også eksempler på at finansieringen i spesialisthelsetjenesten gjør at noen informanter jobber på en annen måte enn det de mener er faglig beste løsning. For eksempel sluttet en avdeling med vurderingssamtaler ved inntak fordi det ikke ga finansiering, selv om dette gir risiko for at personer får feil behandlingsnivå, eller for at personer som egentlig har rett på behandling, får avslag. Et annet eksempel er at det ikke lønner seg for dem å jobbe ambulant og reise langt, fordi det ville redusere annen aktivitet i poliklinikken, som i neste omgang ville gå ut over finansieringen. En informant som jobber med pasienter med høy voldsrisiko, sier at det er dilemma mellom å ha aktiviteter som gir inntekt, og å ha aktiviteter som er effektive for å håndtere voldsrisikoen. Andre informanter forteller tydelig at finansieringen ikke avgjør hvordan de jobber, men at faglige vurderinger styrer.

En oppsummering av virkninger av ulike finansieringsordninger fra Oslo Economics viser at det er motstridende tilbakemeldinger om hvilken virkning finansieringsordningene har. Dette kan indikere at finansieringsordninger påvirker tjenesten i samspill med en rekke faktorer, for eksempel foretaks- eller avdelingskulturen. Enkelte peker på at innsatsstyrt finansiering (ISF) legger føringer for hvilken behandling som velges, og hvilke pasienter som prioriteres. Andre trekker fram at ISF i liten grad påvirker vurderinger i møte med pasienter.¹⁸³

I vår undersøkelse er det flere som mener at det er utfordringer med finansieringsordningen i helseforetak som gjør at den ikke bidrar til at ROP-pasienter prioriteres. Informanter sier at det trengs sterkere insentiver for at personer med ROP-lidelser skal prioriteres, og at vanlige produksjonskrav i helseforetakene ikke passer for målgruppen. Dette er noen av innspillene informantene kom med:

- Den økonomiske modellen understøtter ikke arbeidsmetodikken for alvorlig psykisk syke som har høy voldsrisiko og ikke evner å møte til konsultasjon eller behandling.
- Helse Nord RHF svarer at innsatsstyrt finansiering (ISF) av polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og TSB undergraver innsats rettet mot personer med ROP-lidelser. Dette gjelder involvering av pårørende og arenafleksible tjenester. Det er kun pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) som har særtakst, selv om polikliniske konsultasjoner til personer med ROP-lidelser er mer tidkrevende enn ordinære polikliniske konsultasjoner.
- Ifølge Universitetssykehuset Nord-Norge og Helse Vest RHF vil rammefinansiering være en mer hensiktsmessig finansieringsordning for denne pasientgruppen.
- Helse Vest RHF påpeker at oppfølgende tiltak i poliklinikk, ofte med langvarig søkelys på etablering av relasjon, fleksibilitet i oppmøte og utbredt ambulerende virksomhet, kan være utfordrende ved aktivitetsbasert finansiering. Finansiering av samhandlingsaktiviteter aggregeres per pasient og det er dermed ikke insentiver i finansieringsordningen for flere samhandlingsaktiviteter.
- Et helseforetak i Helse Midt-Norge RHF oppgir i sitt svar at det ikke er økonomiske insentiver som understøtter at psykisk helsevern og TSB arbeider på hverandres «arena». Dersom en pasient er innlagt i psykisk helsevern og samtidig har en rusmiddellidelse, så vil det være hensiktsmessig at

¹⁸² Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*.

¹⁸³ Oslo Economics på oppdrag for Norsk Psykologforening (2023) *Finansiering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En oppsummering av virkninger av ulike finansieringsordninger*.

behandleren fra poliklinikken, TSB, kan understøtte behandlingen med ambulant virksomhet for å sikre at rusbehandlingen også blir ivaretatt (og motsatt dersom pasienten er innlagt i TSB). Derfor mener helseforetaket at tjenestetilbudet til ROP-pasienter ville blitt styrket ved insentivordninger som understøtter poliklinisk behandling for pasienter som er innlagt i døgnbehandling.

- En TSB skriver at de har god erfaring med økonomiske insentiver på aktiviteter man ønsker mer av (slik som fritak av egenandeler og høyere takster).

Departementet viser til at det er mange ulike synspunkter om hvordan finansieringen av psykisk helsevern og TSB bør innrettes, og at det ikke finnes et tydelig svar på spørsmålet. For eksempel har de regionale helseforetakene pekt på innsatsstyrt finansiering som en «rapporteringsbyrde» i psykisk helsevern og TSB. Innsatsstyrt finansiering ble innført med lavere gjennomsnittlig sats enn for somatikk. Det er et tilbakevendende tema fra aktører i og utenfor helsetjenestene om dagens innretning av finansieringssystemet gir riktig prioritering, eller om innsatsstyrt finansiering bidrar til at helsetjenester utføres på en uhensiktsmessig måte. Departementet understreker at den største delen av psykisk helsevern og TSB er finansiert av rammetildeling, og døgnbehandling er 100 prosent rammefinansiert. Det betyr at tjenestene i hovedsak er rammefinansierte, og derfor skal sykehusene ikke la være å gjøre en behandling bare fordi det ikke gir uttelling i innsatsstyrt finansiering.

Tilbud til personer med høy voldsrisiko er kostbart

Undersøkelsen viser at en av forklaringene på at tilpasset tilbud til personer med høy voldsrisiko mangler, er at det er kostbart. Flere informanter peker på at kommunen må kjøpe private tiltak til dem som har høyest voldsrisiko, og dette koster mye. En informant sier at det ofte blir diskusjoner i kommunen om hvilken del av kommunen som er ansvarlig for tjenestene, og som derfor skal dekke kostnadene.

Fafos undersøkelse om samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri viser at hoveddelen av kommunenes merkostnader ved voldsrisiko skyldes behov for ekstra bemanning. I tillegg er det ofte kostnader når kommunen må kjøpe tjenester fra eksterne. Tilrettelegging av bygg, alarmsystemer og utbedringer ved ødeleggelser på bolig fører til utgifter. Det er også administrasjonskostnader, blant annet som følge av planlegging, intern møtevirksomhet og dialog med spesialisthelsetjenesten. Det kan også være kostnader ved økt sykefravær og høyere utskiftning av ansatte. De samlede årlige kostnadene per bruker kan bli mange millioner kroner, særlig i tilfeller der det er behov for enetiltak eller kjøp av bo- og tjenestetilbud med tett bemanning.¹⁸⁴

I spørreundersøkelsen er det riktignok relativt få kommuner (13 prosent) som svarer at kostnader er en årsak til at de ikke klarer å ta vare på personer med høy voldsrisiko. Det er fire psykisk helsevern (27 prosent) og fire TSB (29 prosent) som krysser av for at det er for kostnadskrevende. En tredjedel av kommunene opplyser at de har for få ansatte til å følge opp personer med høy voldsrisiko. Det er også 79 prosent av TSB og 40 prosent av psykisk helsevern som krysser av for at det er for få ansatte.

6.9.5 Helsefellesskapene har ennå ikke hatt særlig effekt på tjenestene til personer med ROP-lidelser

Helsefellesskapene forutsettes å være et av de viktigste virkemidlene på systemnivå innenfor helse- og omsorgstjenester for å bedre samhandlingen og samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene. Helsefellesskapene skal blant annet utvikle felles planer og prosedyrer for innleggelse, utskrivning og håndtering av medisinske problemstillinger. Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er én av fire prioriterte grupper i helsefellesskapene.

¹⁸⁴ Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.

I spørreundersøkelsen svarer 62 prosent av kommunene (164 kommuner) at de er med i et helsefellesskap som er i drift. 13 prosent av kommunene (34 kommuner) svarer at de ikke er med i et helsefellesskap. De kommunene som er med i et helsefellesskap som er i drift, samt psykisk helsevern og TSB, ble bedt om å oppgi i hvilken grad de er enige i flere påstander om helsefellesskapene. Svarene tyder på at Helsefellesskapene ennå ikke har hatt særlig effekt på tjenestene til personer med ROP-lidelser:

- Det er bare 29 kommuner¹⁸⁵, fire psykisk helsevern og to TSB som svarer at helsefellesskapene prioriterer utvikling av tjenester til personer med ROP-lidelser i stor eller i svært stor grad. Flere svarer at ROP-lidelser prioriteres i noen grad, i liten grad eller at det er for tidlig å vurdere.
- Omtrent halvparten av kommunene og tre fjerdedeler av psykisk helsevern og TSB svarer at helsefellesskapet i liten grad eller i svært liten grad har bidratt til bedre tjenester til pasienter med ROP-lidelser, eller at det er for tidlig å vurdere.
- Det positive er at det er tredjedel av kommunene og litt over halvparten av psykisk helsevern og TSB som i stor grad eller i svært stor grad opplever at kommunene og helseforetakene er likeverdige partnere i helsefellesskapet.

Ifølge Helsedirektoratet bør kommunene og helseforetakene inngå en konkret avtale om prioritering av pasientgruppen mellom partene. Helsefellesskapet er primært et møtepunkt mellom parter som kan inngå i og forvalte et forpliktende samarbeid, gitt at slike forpliktelser er avtalt. Uten avtaleverket vil andre hensyn og prioriteringer lett få forrang.¹⁸⁶

I Sintefs kartlegging av kommunalt arbeid med psykisk helse og rus svarer en fjerdedel av kommunene at helsefellesskapet de er en del av, har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.¹⁸⁷

En kartlegging av helsefellesskapene fra Rambøll viser at samarbeidet i helsefellesskapene fortsatt er utfordrende, men allerede har noen positive effekter. For eksempel skaper prioriterte grupper forutsigbarhet og felles retning, og fellesskapet bidrar til tydeligere samarbeidsstruktur. Men kartleggingen viser også at det fortsatt er en utfordring å få en felles virkelighetsforståelse. Samhandlingen gjennom helsefellesskap bidrar til å gi partnerne innsikt i hverandres rammebetingelser, prosesser og problemstillinger. Selv om partnerne anerkjenner behovet for å skape en felles forståelse, mener de typisk at det er den andre parten som må tilpasse seg.¹⁸⁸

¹⁸⁵ Rundt 18 prosent av de kommunene som svarte på spørsmålet.

¹⁸⁶ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

¹⁸⁷ Osborg og Kaspersen. (2023) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*

¹⁸⁸ Rambøll Management Consulting (2024) *Kartlegging av status for helsefellesskapene*.

7 Bolig

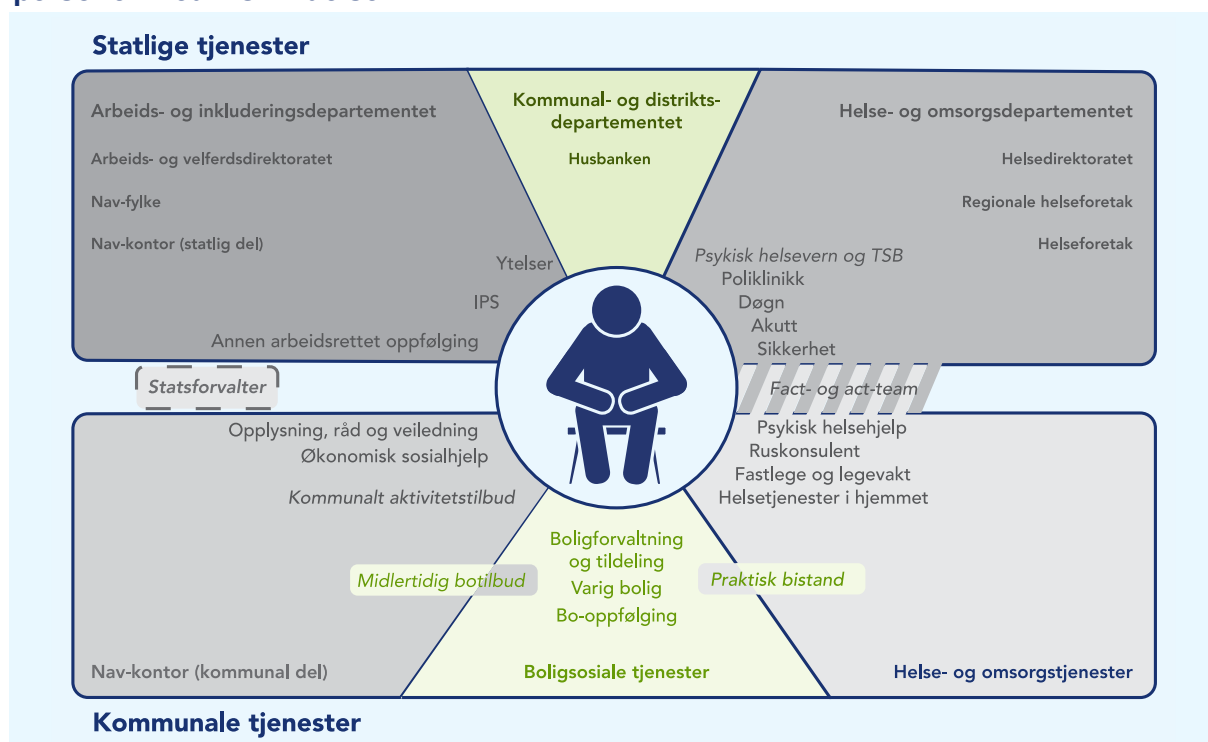
7.1 Relevante føringer

- Det er et mål i boligpolitikken at alle skal bo trygt og godt.¹⁸⁹
- Kommunene har ansvar for å forebygge boligsosiale utfordringer og å bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet skal få bistand til å skaffe seg og beholde en egnet bolig.¹⁹⁰
- Kommunal- og distriktsdepartementet skal bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet kan skaffe seg en egnet bolig og beholde den.¹⁹¹
- Arbeids- og velferdsforvaltningen i kommunen er forpliktet til å finne et midlertidig botilbud til dem som ikke klarer det selv.¹⁹²

7.2 Mange med ROP-lidelser bor i uegnet bolig, og mange er bostedsløse

I Figur 16 nedenfor er eksempler på boligsosiale tjenester som personer med ROP-lidelser kan motta, framhevet i grønt.

Figur 16 Oversikt over sentrale aktører som kan gi bolig og boligsosiale tjenester til personer med ROP-lidelser



Kilde: Riksrevisjonen.

Mange personer med ROP-lidelser bor i et varig uegnet botilbud. Det er mange ting som kan gjøre en bolig uegnet, blant annet kvaliteter ved selve boligen, boligens beliggenhet og om det er tilgang på rett

¹⁸⁹ Alle trenger et trygt hjem – Nasjonal strategi for den boligsosiale politikken (2021–2024).

¹⁹⁰ Boligsosialloven §1.

¹⁹¹ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023). *Prop. 1 S (2023–2024)*.

¹⁹² Sosialtjenesteloven, § 27.

type oppfølging og tjenestetilbud.¹⁹³ Videre er egnethet avhengig av personens funksjonsnivå og utfordringer.

Det er 61 prosent av kommunene som oppgir at de har innbyggere med ROP-lidelser som bor i et varig uegnet botilbud. Blant de store kommunene er det 90 prosent. Av de kommunene som har innbyggere med ROP-lidelser som bor i et varig uegnet botilbud, oppgir 65 prosent at dette gjelder et mindretall, mens 12 prosent svarer at det gjelder halvparten eller flere av disse personene. Blant de store kommunene er det 18 prosent som oppgir at det gjelder halvparten eller flere.

7.2.1 Mange er bostedsløse

I 2020 ble det registrert 3 325 bostedsløse i Norge. Kartleggingen definerer bostedsløse slik: «Som bostedsløs regnes personer som ikke disponerer egen eid eller leid bolig, men som er henvist til tilfeldige eller midlertidige botilbud, oppholder seg midlertidig hos nær slektning, venner eller kjente, befinner seg under kriminalomsorgen eller i institusjon og skal løslates eller utskrives innen to måneder og ikke har bolig, og personer uten ordnet oppholdssted kommende natt.» Av disse var 798, omtrent en fjerdedel av alle bostedsløse, personer med ROP-lidelser. Antall bostedsløse ble nesten halvert i perioden fra den første kartleggingen i 1996 og fram til 2020.¹⁹⁴ I perioden 2021–2023 har det, ifølge Husbankens anslag, vært en kraftig økning i bostedsløse, inkludert personer i midlertidige botilbud.¹⁹⁵ Særlig de store kommunene melder om vedvarende vansker med å gi egnede botilbud til mennesker med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser.¹⁹⁶ Vår spørreundersøkelse til kommunene viser at over en tredjedel av kommunene har bostedsløse innbyggere med ROP-lidelser, og blant de store kommunene er det 80 prosent som svarer at de har det.

Kartleggingen fra 2020 viser at personer med alvorlige ROP-lidelser har særlig høy risiko for å bli bostedsløse, og at de er mer utsatt enn andre bostedsløse. En større andel bostedsløse med ROP-lidelser har blitt kastet ut fra boligen sin, de er mer utsatt for vold og diskriminering, sliter mer med somatisk sykdom/skade, flere venter på behandling, og flere sliter med gjeld.¹⁹⁷

Tjenestekartleggingen viser at minst sju personer i utvalget har erfaring med bostedsløshet. Flere av disse har bodd i midlertidige botilbud i kortere og lengre perioder. Det er også et eksempel på en som takket nei til midlertidig botilbud da han «visste hvor de midlertidige boligene var, og ville ikke dit» på grunn av stigmatiseringen det fører med seg.

Mange kommuner klarer ikke å gi midlertidige botilbud til personer med ROP-lidelser

Arbeids- og velferdsforvaltningen i kommunen er forpliktet til å finne midlertidig botilbud til dem som ikke klarer det selv.¹⁹⁸ I 2023 var det 6 596 husstander i midlertidige botilbud. Dette er det høyeste nivået som noen gang er registrert gjennom kommunenes rapportering KOSTRA, og en økning på 15 prosent fra 2022.¹⁹⁹

¹⁹³ Hansen mfl. (2020). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet: Fjerde statusrapport*.

¹⁹⁴ Dyb & Zeiner (2021). *Bostedsløse i Norge 2020: En kartlegging*.

¹⁹⁵ Husbanken. (2023). *Alle skal bo godt og trygt: Årsrapport 2023*.

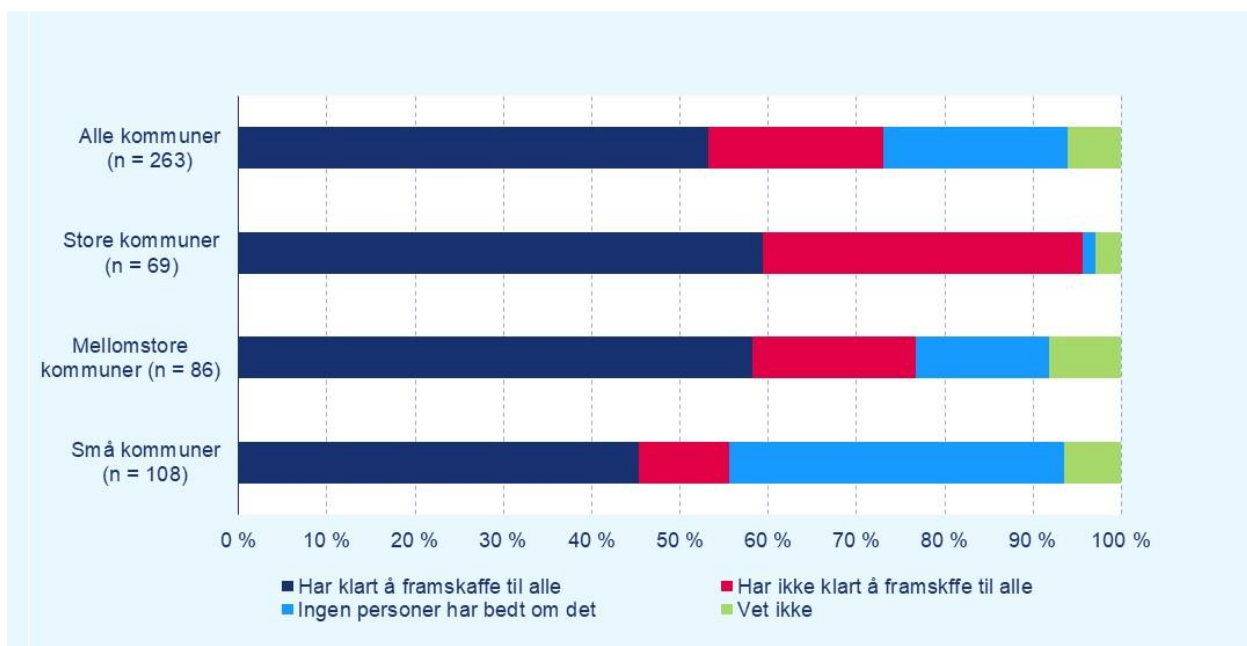
¹⁹⁶ Husbanken. (2022) *Alle skal bo godt og trygt: Årsrapport 2022*.

¹⁹⁷ Dyb & Zeiner (2021). *Bostedsløse i Norge 2020: En kartlegging* (s. 114).

¹⁹⁸ Sosialtjenesteloven, § 27.

¹⁹⁹ Statistisk sentralbyrå (2023). *Tabell 12015: 12015: Midlertidig botilbud og natthjem (K) 2015 – 2023* og Riksrevisjonen (2024) Referat fra intervju med Husbanken.

Figur 17 Har kommunen det siste året klart å framskaffe midlertidig botilbud til alle som har bedt om det?



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

Figur 17 viser at 36 prosent av de store kommunene ikke har klart å framskaffe midlertidig botilbud til alle med ROP-lidelser som har bedt om det. I alt er det 20 prosent av kommunene som svarer at de ikke har klart det.

Mange av kommunene mangler oversikt over hvor ofte de ikke klarer å framskaffe midlertidige botilbud, men flere informanter beskriver at mangel på midlertidige botilbud er et omfattende problem. En beskriver det slik: «Kommunen begår lovbrudd hver dag nå, fordi kommunen ikke klarer å skaffe midlertidig botilbud til de som er bostedsløse.» Statsforvalteren i Vestland og Trøndelag har gjennom tilsyn i 2023 avdekket slike lovbrudd i både Bergen og Trondheim.²⁰⁰

En del personer med ROP-lidelser er utestengt fra midlertidige botilbud. Av de kommunene som ikke har klart å skaffe midlertidig botilbud til alle som har bedt om det, svarer en tredjedel at dette skyldes at personer er utestengt fra alle tilgjengelige botilbud.²⁰¹ Det kan blant annet være på grunn av utagerende atferd.

I de tre kommunene hvor det ble gjennomført intervjuer, kom det fram at de midlertidige botilbudene har svartelister med personer som ikke får bo der. I en av disse kommunene forteller en informant at dersom en person er svartelistet, så kan de forsøke å sende personen til en campingplass som er så langt unna at ryktet om personen ikke har nådd dit ennå.

I de tilfellene kommunen ikke klarer å skaffe et midlertidig botilbud, sier flere informanter at en løsning er å gi penger til å overnatte på hotell. Dette gjør man som en slags nødløsning, selv om informantene vet at de kan bruke pengene på andre ting. En informant beskriver at personene kan bruke pengene til å kjøpe rusmidler, for så å bruke rusmidler til å betale for overnatting hos andre i miljøet. En annen beskriver en person som fikk penger til hotell, men som endte med å bruke det på rusmidler og ta en overdose.

²⁰⁰Statsforvalteren i Vestland. (2023). Rapport etter tilsyn med Bergen kommune 2023 og Trondheim kommune (2023). Trondheim kommune skal rydde opp i lovbrudd rundt midlertidige boliger.

²⁰¹Spørsmålet ble stilt til de kommunene som ikke hadde klart å skaffe midlertidig botilbud til alle med ROP-lidelser som hadde bedt om dette (n = 52).

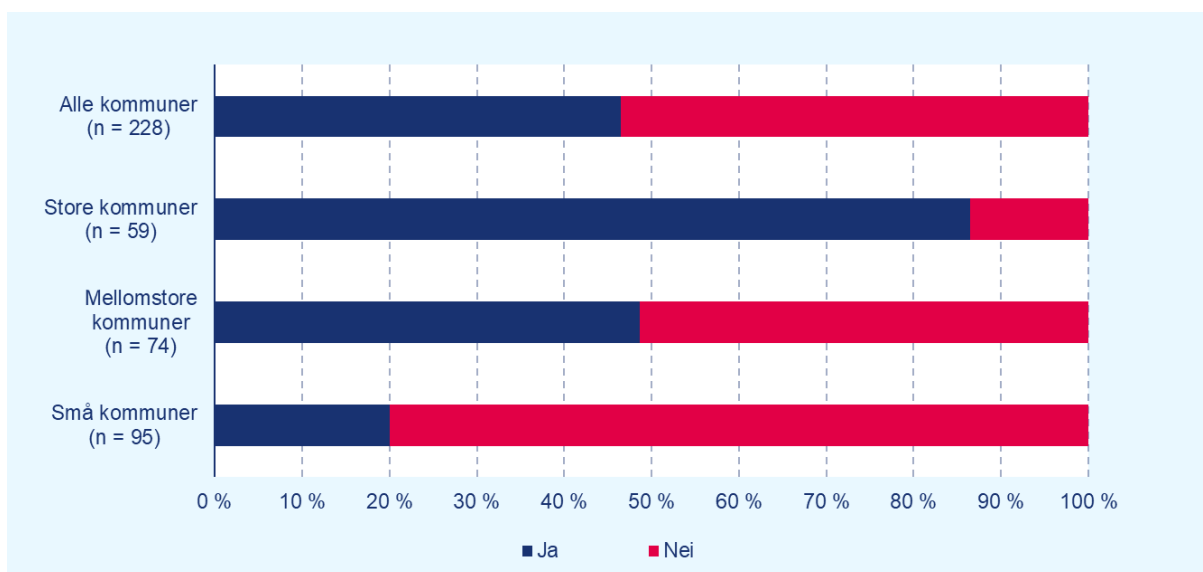
Når kommunen ikke klarer å oppdrive et midlertidig botilbud, må brukerne klare seg selv. For noen er løsningen å bo hos familie eller andre nære, mens andre må bo på gata. En som jobber i et midlertidig botilbud, forteller: «Det er ikke nok boliger og finnes ingen egnede botilbud til personer med ROP-lidelser. Man blir dårligere av å bo på gata, når det gjelder både rusmiddellidelser og psykiske lidelser.»

Flere informanter forteller at bostedsløse kvinner er særlig utsatt, og at kvinnene risikerer å måtte selge kroppen sin for å få et sted å bo. En beboer i Bergen kommunes nyopprettede Natthus beskriver det slik til nettmagasinet Rus & samfunn: «Jeg bor ofte hos venner, men når jeg er kvinne, så vet du hva det betyr. Nå bruker jeg Natthuset ofte, og det er deilig å slippe unna å måtte betale med tjeneste overfor mine såkalte venner.»²⁰² Natthuset er en akuttovernatting for bostedsløse rusavhengige.

Flere bor i midlertidig botilbud i mer enn tre måneder

Det er et mål at bruken av midlertidig botilbud begrenses i omfang, og at et opphold ikke overstiger tre måneder.²⁰³ I 2023 bodde totalt 1 686 husstander i midlertidig botilbud i mer enn tre måneder.²⁰⁴ Det var over dobbelt så mange som i 2019.²⁰⁵ Figur 18 viser at mange kommuner har personer med ROP-lidelser som har bodd i midlertidig botilbud i mer enn tre måneder.

Figur 18 Har en eller flere personer med ROP-lidelser bodd i midlertidig botilbud i mer enn tre måneder det siste året?



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

Grunnlagsdataene for Figur 18 viser at 46 prosent av kommunene svarer at en eller flere personer med ROP-lidelser har bodd i midlertidig botilbud i mer enn tre måneder det siste året.²⁰⁶ 86 prosent av de store kommunene svarer ja på dette spørsmålet.²⁰⁷ Videre er det 33 kommuner som oppgir at en eller flere har bodd i midlertidig botilbud i tolv måneder eller mer.²⁰⁸

En informant beskriver at mange av ROP-pasientene bor i midlertidige botilbud i årevis. Tjenestekartleggingen viser et eksempel på en person som bodde i et midlertidig botilbud i et ustabilt

²⁰² Von Münchow, O. (2024). *Et natthus for dem uten tak over hodet*.

²⁰³ Rundskriv til lov om sosiale tjenester i NAV (R35-00)

²⁰⁴ Statistisk sentralbyrå [SSB]. (2023). *Tabell 12015: 12015: Midlertidig botilbud og natthjem (K) 2015 – 2023*.

²⁰⁵ Statistisk sentralbyrå [SSB]. (2023). *Tabell 12015: 12015: Midlertidig botilbud og natthjem (K) 2015 – 2023*.

²⁰⁶ Ekskludert kommunene som svarte «vet ikke». 13 prosent av kommunene svarte «vet ikke».

²⁰⁷ Ekskludert kommunene som svarte «vet ikke». 14 prosent av de store kommunene svarte «vet ikke».

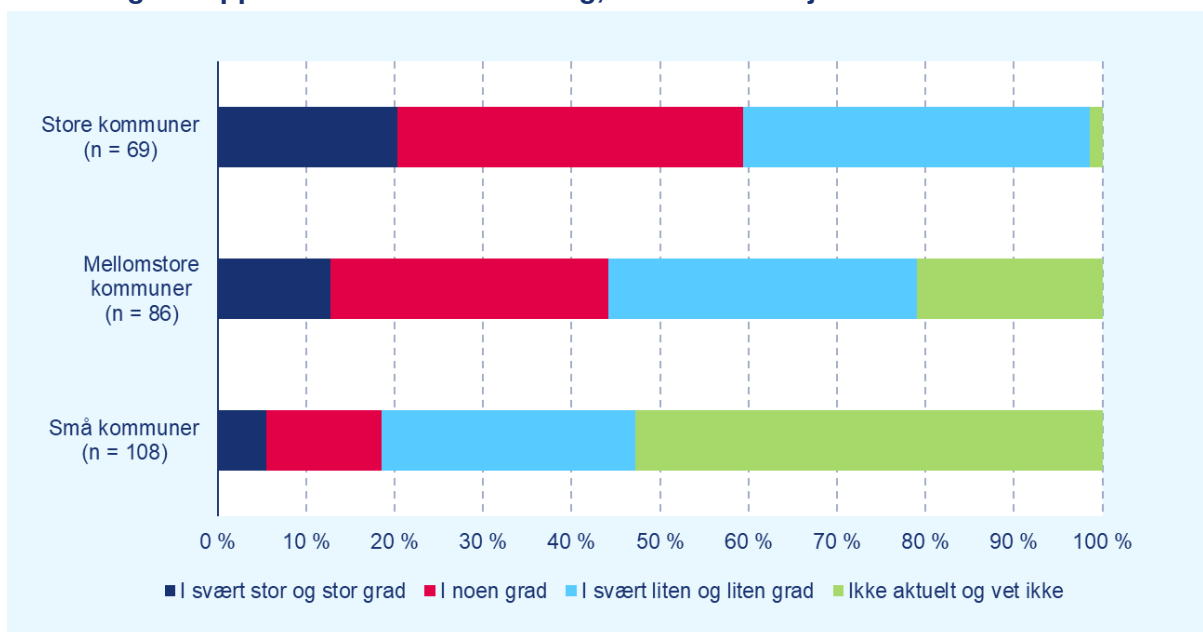
²⁰⁸ Vi stilte spørsmål til kommunene om hva det lengste tidsrommet en person med ROP-lidelser har bodd i et midlertidig botilbud i kommunen. Spørsmålet ble stilt til de 106 kommunene som oppgir at de har innbyggere med ROP-lidelser som har bodd i midlertidig bolig i mer enn tre måneder. 72 kommuner svarte på spørsmålet. Av disse var det 33 kommuner som svarte 12 måneder eller lengre.

og tungt belastet rusmiljø i over ett år. Ifølge kommunen kan det ha påvirket personens sykdomsbilde negativt.

7.2.2 Mange blir bosatt i belastede områder

Noen ROP-pasienter blir rusfrie etter fengselsopphold eller rusbehandling. I spørreundersøkelsen svarer 12 prosent av kommunene at de i stor eller i svært stor grad bosetter slike personer i aktive rusmiljøer. Som Figur 19 viser, skjer dette i størst grad i store kommuner, hvor 20 prosent svarer i stor grad eller i svært stor grad.

Figur 19 Kommunen bosetter personer med ROP-lidelser som er rusfrie, for eksempel etter fengselsopphold eller rusbehandling, i aktive rusmiljøer



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

I intervjuene forteller informanter om personer som takker nei til tilbud om å bo i slike områder og heller velger bostedsløshet, og flere som ønsker å flytte på grunn av utrygghet. En informant beskriver konsekvensen for beboerne: «Hvis man vil prøve å komme ut av det, altså prøve å normalisere livet, er det vanskelig i de boområdene».

Bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM peker på at kommunene samler mange personer med lavt funksjonsnivå sammen. Dette gjør at områdene fortsetter å være belastede. En informant beskriver det slik: «Vi har en del belastede boområder nå. Det er mye uro, støy og kriminalitet, og mange ønsker å bytte bolig fordi de føler seg utrygge.»

Konsekvensene for brukerne er svært negative. Det kan være ødeleggende for behandlingen, og faren for tilbakefall er stor. En informant peker også på at det er økt overdosefare:

Økt overdosefare

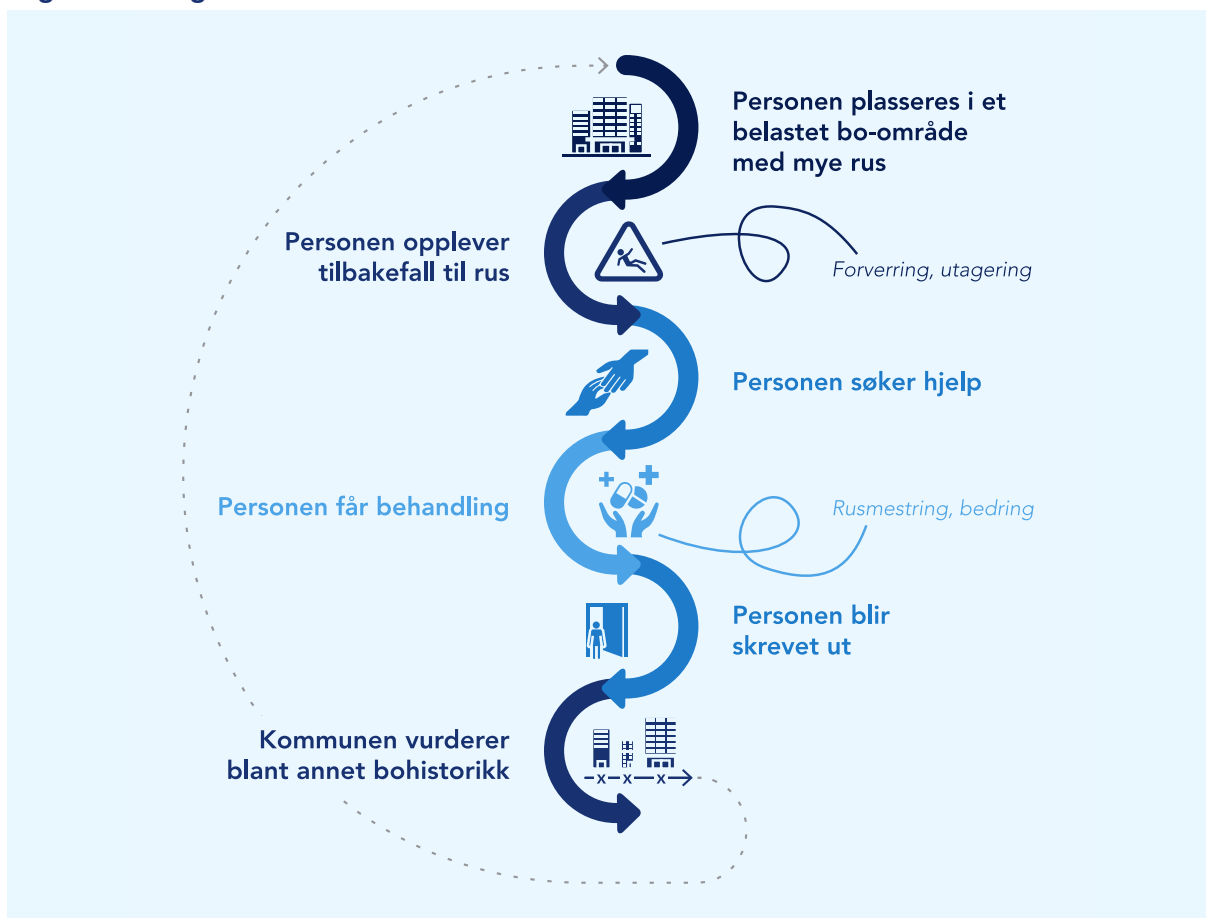
«Det er helt uforvarselig å sende brukere rett etter avrusning til et sted med mye rus. De tåler kanskje ikke den samme dosen som de tålte rett før avrusning. Så overdosefaren er veldig høy etter opphold på en rusinstitusjon.»

Kilde: Intervju i en kommune.

En annen informant forteller at det ikke finnes midlertidige botilbud som er rusfrie, i deres kommune, og at belastede rusmiljøer er det eneste de har å tilby disse «svært syke menneskene». Det øker risikoen for rusbruk og utagering, som igjen kan føre til utkastelse.

Kommunene beskriver at personenes bohistorikk har stor betydning for valg av bolig. En informant sier det slik: «Noen personer har veldig dårlig bohistorikk. Da bosettes man hovedsakelig i belastede områder med mye rus og uro. Det er vanskelig å vurdere hvor man kan bosette personer med dårlig bohistorikk.» Spørreundersøkelsen til kommunene viser at 40 prosent av kommunene svarer at personenes bohistorikk gjør at de ikke kan få en kommunal bolig utenfor rusmiljøer. Dermed er det lett å havne i en negativ spiral, slik den forenklede Figur 20 illustrerer.

Figur 20 Boligsklia



Kilde: Riksrevisjonen.

Når en bruker havner i en bolig som ikke er egnet, øker risikoen for at brukeren havner tilbake i en midlertidig bosituasjon. En informant fra en annen undersøkelse beskriver hvordan helsen til beboeren ble forverret: «En dårlig bosituasjon har bidratt til å fastholde dem i et liv med mye rus, og for mange har dette forsterket de psykiske helseproblemene».²⁰⁹

En annen informant beskriver at det at boligene ligger i belastede områder, også kan få konsekvenser for tjenestetilbudet beboerne får, som omtales i kapittel 7.2.3.

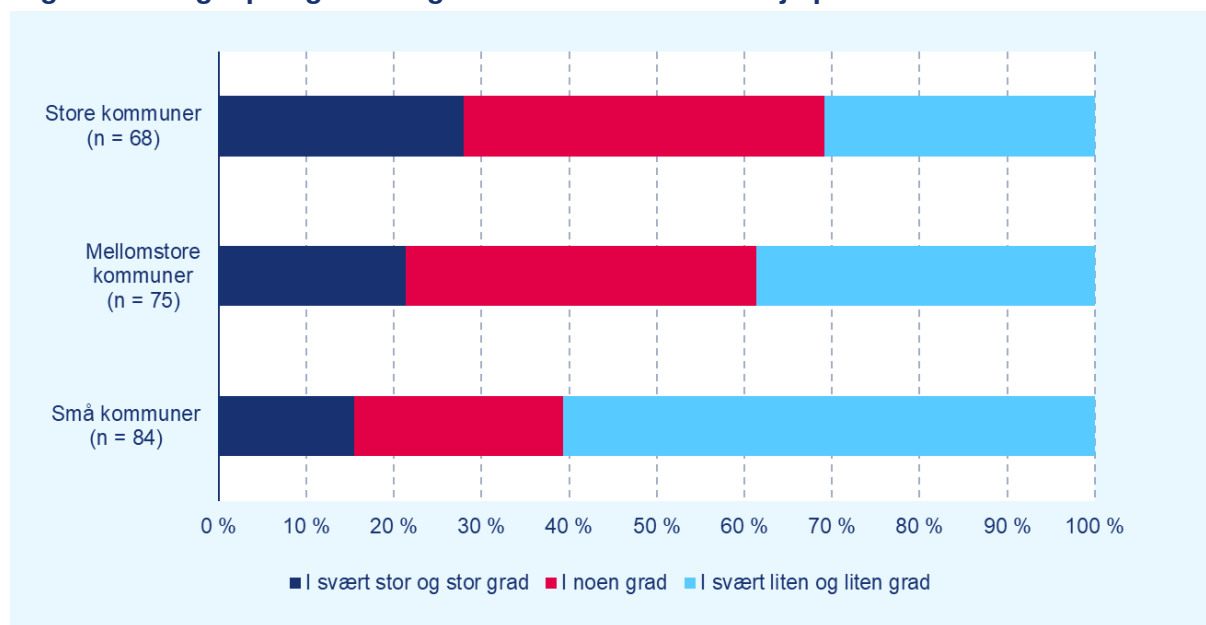
²⁰⁹ Hansen & Olsen. (2023). Når velferdstjenestene ikke strekker til: Oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer.

7.2.3 Flere får ikke nok tjenester til at bosituasjonen blir stabil

Ifølge Husbanken henger en egnet bosituasjon for mange personer med ROP-lidelser tett sammen med tilgangen til ulike type tjenester.²¹⁰ Dokumentanalysen viser at mange med alvorlige ROP-lidelser trenger tett oppfølging for å sikre en stabil bosituasjon, men at flere ikke får det. Hjelpebehovene kan variere betydelig fra person til person, og en enkelt persons behov kan også endre seg over tid. Dette skaper et behov for differensierte og fleksible tjenester.²¹¹

I spørreundersøkelsen til kommunene svarer 30 prosent av kommunene at de ikke leverer nok tjenester i boligen til å sikre en stabil bosituasjon.²¹²

Figur 21 Mangel på egnet bolig er til hinder for annen hjelp



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.²¹³

Figur 21 viser at mangel på egnede boliger i mange kommuner er til hinder for at personene får annen hjelp. 21 prosent av de kommunene som har svart, svarer at det er tilfellet i svært stor eller i stor grad, 34 prosent svarer i noen grad, og 44 prosent svarer i liten eller svært liten grad.²¹⁴

Bostedsløse er mer utsatt for å ikke motta tjenester

Bostedsløse er mer utsatt enn andre for ikke å få god nok oppfølging. For tjenesteapparatet representerer en bolig et sted å treffe brukeren og en arena for å gi oppfølging.²¹⁵ «Det er lettere å beholde kontinuitet og jevnlige møter når personen har fast adresse, og det bidrar etter alt å dømme til bedre og tryggere tjenester».²¹⁶ Flere typer helse- og omsorgstjenester gjøres oftest med utgangspunkt i hjemmet. Det kan være oppfølging fra FACT, hjemmesykepleie, praktisk bistand eller levering av mat. Informanter utdyper at det uten fast bosted er det vanskelig for hjelpeapparatet å gi tjenester og det kan være vanskelig å få kontakt med personen. Det kan også være uavklart hvem som har ansvar for oppfølgingen, fordi ansvaret vanligvis fordeles etter bostedsadresse.

²¹⁰ Riksrevisjonens intervju med Husbanken 21. august 2024.

²¹¹ Sørly mfl. (2021). *Nomader på lavterskel – Boligløsninger for personer med rusproblemer og psykiske lidelser*.

²¹² Som svar på spørsmålet «Hva er årsaken(e) til at personer med varig ROP-lidelser bor i uegnet varig bolig eller er bostedsløse i kommunen?». Spørsmålet ble stilt til 172 kommuner som oppga at de hadde innbyggere med ROP-lidelser som var bostedsløse og/eller innbyggere som bodde i uegnet varig bolig. Kommunene kunne krysse av for flere årsaker.

²¹³ «Ikke relevant» og «Vet ikke» er fjernet fra figuren. Det utgjør til sammen 36 kommuner (14 prosent).

²¹⁴ «Ikke relevant» og «Vet ikke» er ekskludert.

²¹⁵ Hansen mfl. (2022). *Sammen om trygg bosetting*, s. 18.

²¹⁶ Hansen mfl. (2022). *Sammen om trygg bosetting*, s. 78.

Personer med voldsrisiko er mer utsatt for å ikke få bolig og tjenester

Det er særlig utfordrende å gi et godt bolig- og tjenestetilbud til personer med ROP-lidelser som også har voldsrisiko.²¹⁷ Det handler blant annet om at det mangler boliger som er tilpasset for å følge opp brukerens, ansattes og naboers sikkerhet.²¹⁸ Rundt 56 prosent av kommunene svarer at de mangler varige botilbud som har en egnet fysisk utforming for å ivareta sikkerheten til ansatte og naboer. En informant forteller at personer med voldsrisiko oftere blir stående lenge på venteliste i boligkøen fordi mange av boligene ikke har fasiliteter til å håndtere vold og utagering fra brukere. Konsekvensen er lengre tid på midlertidige botilbud, bostedsløshet og større utfordringer med å få den hjelpen de trenger.

I en kommune sluttet hjemmetjenesten å levere helsetjenester til en person, fordi de ikke følte seg trygge. Konsekvensen ble at helsen til personen som bodde der, ble forverret, og boligen ble etter hvert beskrevet som ubeboelig. Kommunen løste situasjonen ved at ansatte i rustjenesten og den psykiske helsetjenesten samarbeidet tettere med hjemmetjenesten. De hadde mer kjennskap til brukeren og mer kompetanse på å håndtere voldsrisiko.

Vi så også at en kommunal tjeneste ble avsluttet fordi de fant en kniv hjemme hos personen under sofaen. Tjenesten vurderte da at det var risiko ved å fortsette oppfølgingen hjemme hos personen. FACT-teamet i området erfarte at den samme kommunale tjenesten hadde avsluttet oppfølgingen av en av FACT-teamets pasienter fordi hen hadde en stor kjøkkenkniv på kjøkkenet. Ifølge FACT-teamet førte vurdering av sikkerhet til at den aktuelle tjenesten i liten grad fulgte opp pasienter med rusmiddelproblemer. Samtidig sier en saksbehandler fra forvaltningskontoret i denne kommunen at også de med høy voldsrisiko har rett til helsehjelp og vedtak om tjenester. Hvis det er voldsrisiko, må tjenesten vurdere hvilke tiltak de må gjøre for å minimere risikoen, for eksempel å ha med vekter.

Modeller der bolig og tjenester sees i sammenheng, bidrar til bedre boforhold

Undersøkelsen viser eksempler på at når tjenester til personer med sammensatte problemer sees i sammenheng med boligen, fører det til mer stabile boforhold. Oslo kommune har utviklet et rammeverk for å planlegge og utvikle egnede botilbud til personer med ROP-lidelser. Her vurderes hvilke utfordringer ulike grupper har, og hvilke type boliger og tjenester det er behov for.²¹⁹ Matrisen finnes i Vedlegg 2 Oslo kommune – Matrise for rusfeltet.

Housing First er en modell for varig bosetting av bostedsløse med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske helseproblemer.²²⁰ NAPHA oppgir at ved siste opptelling i 2023 var det 23 Housing First team i Norge. Ettersom det er 2–6 medarbeidere i et slikt team, estimerer NAPHA at det kan være omtrent 60–70 ansatte som jobber etter denne modellen. I tillegg er det omtrent 40–50 kommuner som har tiltak eller team som er inspirert av modellen. Modellen følger en rekke prinsipper, blant annet at:

- Deltakerne skal ha mulighet til å velge hvilken bolig de ønsker, og hvilke tjenester de vil motta.
- Modellen er brukerorientert, hvor deltakerne er selvstendige og autonome mennesker som bestemmer over eget liv.
- Det legges vekt på at bolig er et grunnleggende behov, og at tilgang til en bolig er første steg mot bedring.

²¹⁷ Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.

Eksperutvalg om samtykkekompetanse (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*.

Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 23 (2022–2023): *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*.

Røe mfl. (2021). *Trygg bolig for en meningsfull hverdag: Utvikling av nytt bo- og tjenestetilbud for personer med ROP-lidelser og voldsrisiko*.

Hansen mfl. (2021). *Et tjenesteområde i utvikling: Evaluering av opptappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport*

²¹⁸ Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.

²¹⁹ Oslo kommune (2023). *Matrise for rusfeltet*.

Matrisen skal være til hjelp i framskaffelse av boliger og tjenester til personer med rusproblemer eller rus- og psykiske helseproblemer (ROP). Gruppene er delt opp basert på funksjonsnivå.

²²⁰ NAPHA. (2023) *Housing First*.

- Deltakerne får tilrettelagt oppfølging ut fra sine behov, med tjenester som kan inkludere helse, rusmestring, økonomisk veiledning, arbeidstiltak og sosial støtte. Oppfølgingen gis så lenge det er behov.²²¹

Housing First er ifølge Husbanken en god modell for boligsosial oppfølging, som kommunene bør bruke i større grad. Både Husbanken og informanter i to kommuner peker på at roller som miljøvaktmestere eller boveiledere, som bidrar med praktisk hjelp og støtte, har en særlig positiv innvirkning for å skape et bedre bomiljø for disse personene.²²² Ved at de fikser feil og mangler, hjelper til med praktiske ting og dermed løser en persons hverdagslige utfordringer, erfarer informantene at de får en bedre relasjon til beboerne. Slik kan de også ha en konfliktdependende rolle overfor beboere og naboer og støtte andre deler av tjenestene i møte med brukerne. En informant peker på at denne personen også avdekket at flere personer i kommunale boliger ikke får nok bistand for å mestre boforholdet, og meldte behov for tettere oppfølging til andre deler av kommunen. I begge disse kommunene beskrives miljøvaktmester og boveileder som en knapp ressurs. I den ene kommunen ble stillingen fjernet etter en tid, og i den andre kommunen var det to boveiledere på 800 kommunale boliger.

7.3 Årsaker til at kommunene ikke klarer å skaffe egnede boliger til personer med ROP-lidelser

7.3.1 Kommuner mangler flere typer boliger som er tilpasset denne gruppen

Kommunene mangler botilbud som er tilpasset personer med ROP-lidelser.²²³ Evalueringen av tilskudd til utleieboliger beskriver at det ikke er godt nok samsvar mellom den kommunale boligmassen og boligbehovet for de ulike målgruppene, og at gapet ser ut til å øke over tid.²²⁴ Jo mer sammensatte problemer brukerne har, desto større er sannsynligheten for at de har en lite tilfredsstillende bosituasjon.²²⁵

Husbankens kommuneundersøkelse fra 2022 og 2023 viser at kommunene vurderer at de har dårligst tilgang på egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, sammenlignet med andre grupper av vanskeligstilte på boligmarkedet.²²⁶

²²¹ Husbanken (2013) *Housing First – kort introduksjon*, Barvik og Flåto (2018). *Housing First i Norge: En oppsummering av kunnskap om Housing First-tiltak i Norge*, Riksrevisjonens intervju med Husbanken 21. august 2024.

²²² Riksrevisjonens intervju med Husbanken 21. august 2024.

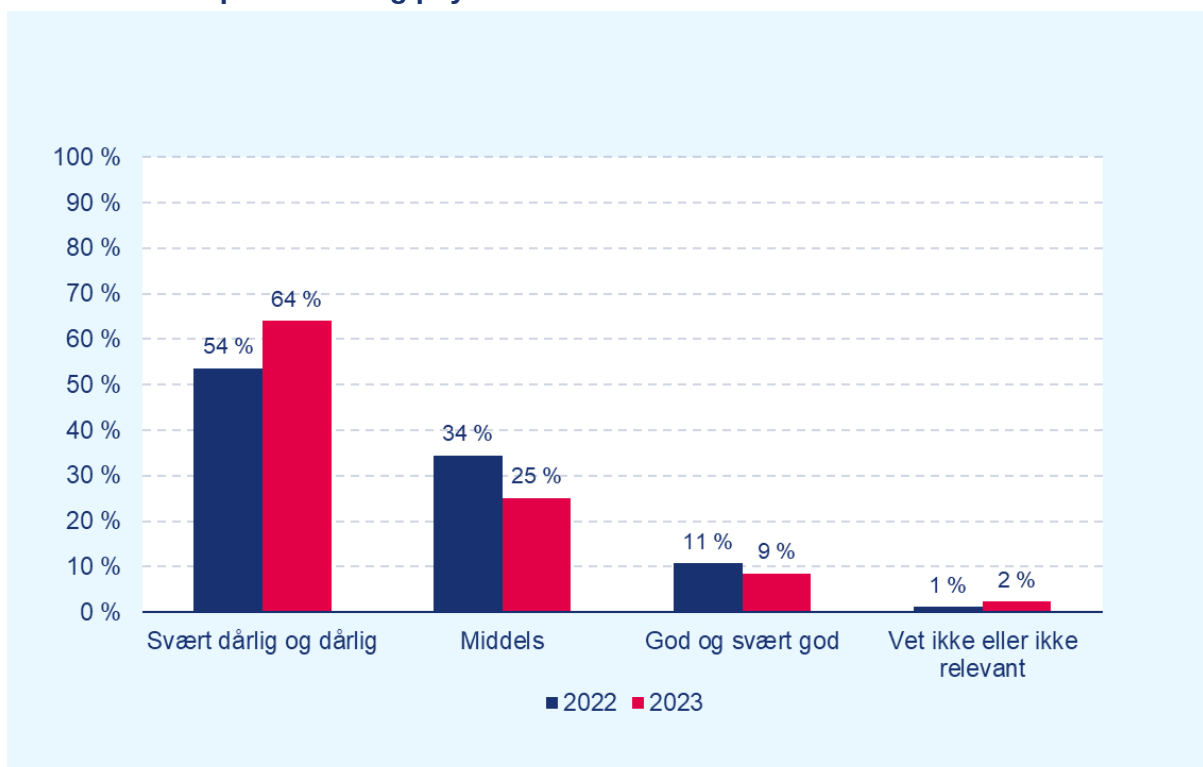
²²³ Blant annet Sørly mfl. (2021). *Nomader på lavterskel – Boligløsninger for personer med rusproblemer og psykiske lidelser*, Røe mfl. (2021). *Trygg bolig for en meningsfull hverdag: Utvikling av nytt bo- og tjenestetilbud for personer med ROP-lidelser og voldsrisiko* og Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.

²²⁴ Oslo Metropolitan University & Oslo Economics. (2023). *Evaluering av tilskudd til utleieboliger*. Osnes & Sørvoll. (2023). *Kommunale utleieboliger til vanskeligstilte på boligmarkedet i Norge*.

²²⁵ Hansen mfl. (2021). *Et tjenesteområde i utvikling: Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport*

²²⁶ Husbanken. (2022). *Husbankens kommuneundersøkelse 2022* og Husbanken. (2023). *Husbankens kommuneundersøkelse 2023*. De andre gruppene er eldre, utviklingshemmede, flyktninger, nyinnflyttet arbeidskraft og barnefamilier med lav inntekt.

Figur 22 Andel kommuner som svarer hvor god tilgang på egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser de har



Kilde: Husbanken²²⁷.

Figur 22 viser at kommunene vurderer at tilgangen på egnede boliger til personer med rusproblemer og psykiske lidelser har blitt dårligere fra 2022 til 2023. I 2023 var det 64 prosent av kommunene som svarte at tilgangen på egnede boliger var svært dårlig og dårlig, mens bare 9 prosent svarte av den var god eller svært god.

Vår spørreundersøkelse til kommunene viser også svært tydelig at kommunene mangler egnede boliger. Når kommunene skal krysse av for årsaker til at personer med ROP-lidelser ikke har tilfredsstillende boforhold,²²⁸ er det svært mange kommuner som oppgir at de mangler ulike typer boliger som er egnet for gruppen. Tabell 6 viser hvor stor andel av kommunene som har svart at de mangler ulike tilbud.

²²⁷ Husbanken. (2023). *Husbankens kommuneundersøkelse 2023*. og Husbanken. (2022). *Husbankens kommuneundersøkelse 2022*. n = 211 kommuner i 2023 og n = 177 i 2022.

²²⁸ At personer bor i uegnet bolig eller er bostedsløse.

Tabell 6 Årsaker til at personer med ROP-lidelser ikke har tilfredsstillende boforhold (uegnet bolig eller bostedsløs)

Årsaker	Prosent
Kommunen mangler småhus til personer med ROP-lidelser	69 %
Kommunen mangler bemannede boliger til personer med ROP-lidelser	67 %
Kommunen mangler boliger med forsterket boligstandard til personer med ROP-lidelser	67 %
Kommunen mangler kommunale utleieboliger til personer med ROP-lidelser	66 %
Kommunen mangler botilbud som er tilpasset personer med høy voldsrisiko	59 %
Kommunen mangler varige botilbud som har en egnet fysisk utforming for å ivareta sikkerheten til ansatte og naboer	56 %

n = 172

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

Det er en større andel av de store kommunene som svarer at de mangler ovennevnte tilbud. Husbanken peker på at kommuner har ulike oppfatninger om hva som er egnede boliger for personer med ROP-lidelser. Mange kommuner beskriver et behov for noe som er spesielt tilpasset, og tenker da på hardbruksboliger med institusjonslignende uttrykk, blant annet med betongoverflater og toaletter av stål. Husbanken erfarer at denne typen utforming ikke er hensiktsmessig for målgruppen, fordi en så åpenbar unormal utforming av boligen påvirker folk negativt. Ifølge Husbanken har flere kommuner fått lavere kostnader etter at de gikk over til å bosette personer med ROP-lidelser i boliger med mer «vanlig» interiør, fordi mer «normale» boliger skaper mer harmoniske brukere, og fordi uharmoniske brukere klarer å ødelegge selv de mest robuste ting.²²⁹

Oslo kommunes matrise for rusfeltet skiller mellom personer med ROP-lidelser som har behov for ordinær og forsterket boligstandard. Der det er behov for forsterket boligstandard, anbefaler matrisen løsninger som ser så vanlige ut som mulig.

Det mangler også midlertidige botilbud i kommunene, og kvaliteten er ofte dårlig

Vi spurte kommunene om hva årsakene til at de ikke klarte å framskaffe midlertidig botilbud til personer med ROP-lidelser som ba om det.²³⁰ En stor andel av kommunene svarer at de mangler ulike typer midlertidige botilbud for personer med ROP-lidelser. Særlig mangler kommunene midlertidige botilbud til personer med høy voldsrisiko (67 prosent) og til personer med ROP-lidelser i aktiv rus (60 prosent). Det er 58 prosent som svarer at det var fullt i de midlertidige botilbudene som er aktuelle for personer med ROP-lidelser, og 44 prosent som svarer at de ikke har noen midlertidige botilbud som egner seg for personer med ROP-lidelser.

Et tilsyn i Bergen kommune i 2022 beskrev stadig større utfordringer med å finne midlertidige botilbud til dem som har behov. I 2022 ble det registrert 382 bostedsløse i kommunen, hvorav 296 hadde rusmiddel- og/eller psykiske lidelser. På samme tidspunkt hadde kommunen 87 midlertidige botilbud i egen regi, i tillegg til muligheten for kjøp av plasser på blant annet campingplasser og hotell.²³¹

²²⁹ Riksrevisjonens intervju med Husbanken 21. august 2024.

²³⁰ Spørsmålet ble stilt til de 52 kommunene som ikke hadde klart å framskaffe midlertidig bolig til alle med ROP-lidelser som hadde bedt om det.

²³¹ Statsforvalteren i Vestland. (2023). Rapport etter tilsyn med Bergen kommune 2023.

Videre tyder intervjuene med bruker- og pårørendeorganisasjoner på at kvaliteten på de midlertidige boligene kan være dårlig. Det er ofte campinghytter, brakker, eller en seng på hospits. A-LARM forteller at mange midlertidige botilbud er av dårlig kvalitet, og at det ofte er de sykeste personene som får de dårligste botilbudene. Pårørendeorganisasjonen LPP beskriver at når brukere takker nei til en bolig som tilbys, kan det være fordi kvaliteten på det som tilbys, er dårlig.

Mange av de boligene kommunene har ligger i belastede områder

En annen grunn til at boligene som brukes til personer med ROP-lidelser, ikke er egnet, er at de ofte ligger i områder som beskrives som belastede, med mye uro, kriminalitet og rus. Nær 40 prosent av kommunene svarer i spørreundersøkelsen at varige botilbud til personer med ROP-lidelser ligger samlet i nabolag med mye aktiv rus. En rapport fra Fafo om samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv peker på dilemmaer når det gjelder plassering av personer med store utfordringer: «Behovet for tilgang til personale og tett oppfølging ser ut til å utgjøre en driver for samlokaliserte boliger eller bofellesskap. Samtidig er nettopp denne formen for fellesskapsløsninger; tett samlokalisering av flere personer med omfattende helseproblemer og ofte rusproblemer, noe som kan skape mange utfordringer. Dersom kommunen ikke har tilstrekkelig mulighet for å ta hensyn til hvem som tildeles bolig i denne type boligløsninger kan det skape problemer med uro i nabolaget, men også i bomiljøet.»²³²

7.3.2 Lokale protester hindrer at det bygges boliger til disse personene

Husbanken skriver i sin årsrapport for 2022 at «Kommunene som deltar i Husbankens storbynettverk, melder om økende omfang av naboprotester når de aller mest vanskeligstilte skal bosettes».²³³ Når kommunene skal beskrive årsaker til at personer med ROP-lidelser ikke har tilfredsstillende boforhold²³⁴, svarer 20 prosent av kommunene at planer om å bygge boliger for målgruppen har blitt kraftig forsinket eller stanset som følge av naboklager.

En nylig publisert studie viser til at kommunalt ansatte i flere av de 15 største kommunene i Norge opplever en økende tendens til at naboer tar i bruk slike ekskluderende praksiser. Det kan være alt fra å organisere protester og mobilisere i sosiale medier til å gi høringsinnspill og å hyre inn advokater.²³⁵

Naboklager stanser utbygging

«Politikerne har hatt vansker med å få gjennomslag for utbygging. Hver gang de setter i gang nye prosjekter, blir det naboopprør. Naboene påvirker politisk slik at tiltakene enten blir nedskalert eller stoppes.»

Kilde: En informant i en kommune.

I en annen kommune har de produsert ferdig fire småhus som er tilrettelagt for personer med ROP-lidelser, men plasseringen av husene ble stanset politisk, blant annet etter protester fra naboer. Kommunen har flere personer med behov for slike boliger. I en nyhetsartikkel fra november i 2023 går det fram at småhusene hadde stått på lager i to og et halvt år, og at tilstanden deres begynte å bli kritisk. Jo lengre de står slik, desto større sjans er det for at de blir alvorlig ødelagt.

²³² Hansen mfl. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.

²³³ Husbanken. (2022). *Alle skal bo godt og trygt. Årsrapport 2022*.

²³⁴ At personer bor i uegnet bolig eller er bostedsløse.

²³⁵ Brattbakk og Sørvoll (2024). *They must live somewhere! The geographical dimension of residualized social rented housing in urban Norway*.

7.3.3 I en del kommuner blir denne gruppen nedprioritert når kommunale boliger tildeles

Kommunene må prioritere når det er mangel på egnede boliger. En av årsakene til at kommunene må prioritere, er den generelle boligsituasjonen. Husbanken peker på at det blir mer og mer krevende for mange å skaffe seg bolig når det er stort press i utleiemarkedet og høye boligpriser.²³⁶ Sårbare grupper er særlig utsatt i en slik situasjon.

Blant kommunene svarer 28 prosent at andre brukergrupper i stor eller svært stor grad blir prioritert over personer med ROP-lidelser ved tildeling av kommunal bolig.²³⁷

Andre prioriteres

«Det er stor konkurranse om de ledige leilighetene, og personer med ROP-lidelser taper konkurransen. Husvertene kan velge andre grupper i stedet for personer med ROP-lidelser. Det er et dystert bilde. Problemet gjelder også andre bostedsløse, men personer med ROP-lidelser er nederst på rangstigen.»

«Det er vanskelig å finne en permanent bolig for ROP-brukerne. Det er venteliste på boligene, og andre prioriteres. Så en ROP-bruker kan stå lenge på listen.»

Kilde: To informanter i to kommuner.

En annen årsak til at personer med ROP-lidelser havner langt bak i boligkøen, er at det er mange som har utfordringer med å mestre boforholdet. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at 28 prosent av kommunene har personer med ROP-lidelser som har mistet varig bolig på grunn av ødeleggelser og uro/bråk.²³⁸ Dette kan også gjøre at det er vanskelig for kommunene å plassere enkelte personer med ROP-lidelser i samme område som barnefamilier, for eksempel.

Personer med ROP-lidelser passer ikke inn eller er for syke for tilgjengelige botilbud

Kommunenes boligtildeling er ikke likt organisert i alle kommuner, men felles for kommunene vi har besøkt, er at det ligger skønnsvurderinger til grunn ved tildeling av kommunale boliger. Man vurderer blant annet personens behov for oppfølging og personens bohistorikk, og hvis det er snakk om samlokaliserte boliger, vurderer man om personen passer sammen med andre som bor der.

En kommune beskriver at selv om en person har fått vedtak om bolig, er det fortsatt opp til husverten ved den enkelte boligen å vurdere om personen passer inn. «Det gjør at de som står på ventelisten ikke vet når de eventuelt kan få en bolig. Flere har stått på ventelisten i mange år. Særlig de med utfordringer med rus og psykiatri, ROP-pasienter, står lenge i køen». Flere informanter framhever at det kan være særlig vanskelig å få tildelt bolig for dem som er i aktiv rus. En informant opplyser at en grunn til at enkelte blir nedprioritert, er at mange boliger ikke har fasiliteter til å håndtere vold og utagering fra brukere.

Problemene øker mens personene venter på bolig

«Mens de står i køen og venter på å få tildelt bolig, bor de i midlertidige boliger, som hospits, med varierende personaldekning. Der bor de sammen med andre med store og sammensatte problemer, og vi ser at problemene deres øker år for år.»

Kilde: En informant i en kommune.

²³⁶ Riksrevisjonens intervju med Husbanken 21. august 2024.

²³⁷ Som svar på spørsmålet «Hva er årsaken(e) til at personer med varig ROP-lidelser bor i uegnet varig bolig eller er bostedsløse i kommunen?». Kommunene kunne krysse av for flere årsaker. N = 172.

²³⁸ Som svar på spørsmålet «Hva er årsaken(e) til at personer med varig ROP-lidelser bor i uegnet varig bolig eller er bostedsløse i kommunen?». Kommunene kunne krysse av for flere årsaker. N = 172.

Spørreundersøkelsen til kommunene viser at i noen kommuner får ikke personer med ROP-lidelser varig bolig fordi de er for syke for det aktuelle botilbudet. Om lag en fjerdedel av kommunene svarer at dette skjer i noen, i stor eller i svært stor grad, og det er en større andel av de store kommunene som svarer dette.²³⁹

Det følgende eksempelet illustrerer hvordan ulike mekanismer i tildelingsprosessen kan få svært uheldige følger for svært syke brukere: En person med alvorlige ROP-lidelser fikk vedtak om bolig på høyeste omsorgsnivå på grunn av et omfattende behov for oppfølging. Men fordi kommunen ikke har tilgjengelige plasser på dette omsorgsnivået, har personen ikke fått boligen. Men ettersom vurderingen er at personen trenger oppfølging på høyeste omsorgsnivå, mister hen retten til å søke om bolig på lavere omsorgsnivå. Konsekvensen ble i dette tilfellet personen bor på hospits hvor hen ruser seg og blir dårligere. Egenandelen for hospits er også høyere enn leie av varig bolig, slik at hen får dårligere økonomi.

7.3.4 Boligmangel fører til lite brukervedvirkning

Når det er mangel på egnede boliger og boligmarkeder presset, får brukerne mindre påvirkningsmulighet i tildeling av bolig. En informant som jobber med midlertidig botilbud beskriver det slik: «Situasjonen med midlertidige botilbud er så prekær nå, at ruskonsulentene tar det de får. Det er ikke noe snakk om brukernes reelle innvirkning eller påvirkning på sin bosituasjon. Den store vurderingen er egentlig om de får et tak over hodet eller ikke.» Videre er det flere rapporter som peker på manglende brukervedvirkning i tildeling av boliger når brukeren har rusproblemer.²⁴⁰ For eksempel viser en rapport fra SINTEF at beboernes stemmer sjelden blir hørt når kommuner skal bosette personer med sammensatte lidelser.²⁴¹

Spørreundersøkelsen tyder på varierende praksis i kommunene: Litt over halvparten av kommunene svarer at de i noen grad ivaretar brukernes ønsker ved tildeling av bolig. Omtrent 15 prosent svarer i liten eller svært liten grad, og rundt en tredjedel svarer i svært stor eller stor grad.²⁴²

Husbanken erfarer at det er vanskelig for kommunene å få til brukervedvirkning fra personer med ROP-lidelser. På systemnivå handler det om at det er en liten gruppe, og at det derfor er vanskelig å vite hvem som skal representere personer med ROP-lidelser. På individnivå handler det blant annet om at kommunen mangler egnede boliger til personen med ROP, og om at kommunen og personen kan ha ulike oppfatninger om hva som er riktig type bolig.

Husbanken peker også på at modellen Housing First setter brukervedvirkning i sentrum for det boligsosiale arbeidet. Det er en viktig grunn til at modellen bør brukes mer, ifølge Husbanken. Brukere som får støtte gjennom Housing First-modellen, får ikke nødvendigvis full frihet til å ta beslutninger om tjenestene de mottar. De blir imidlertid møtt med større respekt for egen kunnskap, egne perspektiver og meninger som utgangspunkt for valgene som tas.²⁴³

7.4 Statlige virkemidler løser ikke boligproblemene til personer med ROP-lidelser

Den statlige boligpolitikken har siden 2014 vært rammet inn av arbeidet med to boligstrategier. Strategien *Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)* sørget for økt oppmerksomhet og innsats på det boligsosiale feltet både i kommunene og i de involverte

²³⁹ Rundt 24 prosent av kommunene svarte «ikke aktuelt» og 3 prosent svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. Ekskludert disse er det 36 prosent av kommunene som svarer i svært stor, i stor eller i noen grad.

²⁴⁰ Wågø mfl. (2020). *Etablering av boliger for mennesker med rus- og psykiske lidelser – erfaringer fra norske kommuner*, Husbanken. (2022). *Kartlegging av brukereiser i midlertidig botilbud* og Sørly mfl. (2021). *Nomader på lavterskel – Boligløsninger for personer med rusproblemer og psykiske lidelser*

²⁴¹ Wågø mfl. (2020). *Etablering av boliger for mennesker med rus- og psykiske lidelser – erfaringer fra norske kommuner*.

²⁴² Kategoriene «ikke aktuelt» og «vet ikke» er fjernet. De utgjør henholdsvis 4 prosent og 5 prosent.

²⁴³ Hansen (2018) *Users' Choice in Providing Services to the Most Vulnerable Homeless People*

departementene og direktoratene. Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser var en prioritert målgruppe i siste delen av strategiperioden.²⁴⁴ Kommunene har styrket sine oppfølgingstjenester, noe som har ført til at personer med ROP-lidelser får mer støtte og hjelp i sin boligsituasjon.²⁴⁵ Men forfatterne av evalueringen peker også på at det ikke har vært en vesentlig endring i andelen tjenestemottakere som bor i en permanent og tilfredsstillende bolig.

Perioden for den strategien *Alle trenger ett trygt hjem – Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021–2024)* er nettopp over. Den inneholdt flere mål, blant annet om at ingen skal være bostedsløse, og at det skal være et større mangfold av botilbud. Ett av målene i strategien var å styrke boligtilbudet for personer med rusproblemer og psykiske lidelser. Strategien er ikke evaluert, men Husbanken har levert en vurdering av strategien til Kommunal- og distriktsdepartementet.²⁴⁶

I undersøkelsesperioden har det vært to overordnede mål som har vært særlig relevante for ROP-gruppen. Fra 2019 til 2022 var målet at «vanskeligstilte på boligmarkedet skal kunne skaffe seg og beholde en egnet bolig».²⁴⁷ Fra 2022 til 2024 var det et mål om «tilgang på egnede boliger over hele landet».²⁴⁸ I hele perioden har startlån og bostøtte vært blant de viktigste virkemidlene for å nå disse målene.²⁴⁹ I tillegg har enkelte lån og tilskudd, blant annet tilskudd til utleieboliger og forsøk med nye boligmodeller, blitt trukket fram som viktige for å nå enkelte mål i boligpolitikken og strategien *Alle trenger et trygt hjem - Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021–2024)*.

Kommunal og distriktsdepartementet viser til at hovedprinsippet for statlig styring av kommunene er økonomisk og juridisk rammestyring, og det er opp til kommunene å løse og prioritere mellom ulike oppgaver og gjøre lokale og individuelle tilpasninger av tjenestene. Dersom staten skal detaljstyre kommunene, både når det gjelder det juridiske og det økonomiske, skal dette være begrunnet i en konkret avveining mellom hensynet til det lokale selvstyret og hensyn til nasjonale mål som f.eks. likeverdig behandling og rettssikkerhet²⁵⁰.

I mars 2024 la regjeringen fram *Bustadmeldinga – Ein heilskapeleg og aktiv bustadpolitikk for heile landet*.²⁵¹ Meldingen ble behandlet i Stortinget i mai 2024. I intervju med Kommunal- og moderniseringsdepartementet kommer det frem at virkemidlene i meldingen skal innrettes helhetlig, slik at kommunene har forutsetninger for å drive en god boligpolitikk. Husbanken får en viktigere rolle som veileder ovenfor kommunene, og får en utvidet nasjonal kunnskapsrolle.²⁵² Husbankens samfunnsoppdrag er å forebygge at folk blir vanskeligstilte på boligmarkedet, og bidra til at vanskeligstilte kan skaffe og beholde en egnet bolig. Husbanken skal blant annet prioritere arbeid rettet mot målet om at ingen skal være bostedsløse.²⁵³ Videre skal startlån og bostøtte videreutvikles. Departementet peker på at Husbanken bør innrette veiledningen mot det helhetlige boligpolitiske arbeidet. Slik vil Husbanken støtte opp om kommunenes boligpolitikk for hele befolkningen, og dermed i større grad bidra til at folk ikke blir vanskeligstilte.

7.4.1 Husbankens økonomiske virkemidler bidrar i noen grad til utbygging og tilpasning av boliger til disse personene

Spørreundersøkelsen til kommunene tyder på at Husbankens økonomiske virkemidler i noen grad bidrar til utbygging eller tilpasning av boliger til personer med ROP-lidelser.

²⁴⁴ Oslo Economics. (2020). *Evaluering av Nasjonal strategi - Bolig for velferd. Delrapport 2 av 2: Vurdering av statens innsats i Bolig for velferd*.

²⁴⁵ Dyb og Zeiner (2021). *Bostedsløse i Norge 2020: En kartlegging* og Oslo Economics. (2020). *Evaluering av Nasjonal strategi - Bolig for velferd. Delrapport 2 av 2: Vurdering av statens innsats i Bolig for velferd*.

²⁴⁶ Riksrevisjonen (2024) Referat fra intervju med Kommunal- og distriktsdepartementet.

²⁴⁷ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2019–2020), (2020–2021), (2021–2022) *Proposisjon 1 S til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*.

²⁴⁸ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2022–2023), (2023–2024) *Proposisjon 1 S til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*.

²⁴⁹ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2019–2020), (2020–2021), (2021–2022), (2022–2023). *Proposisjon 1 S til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*.

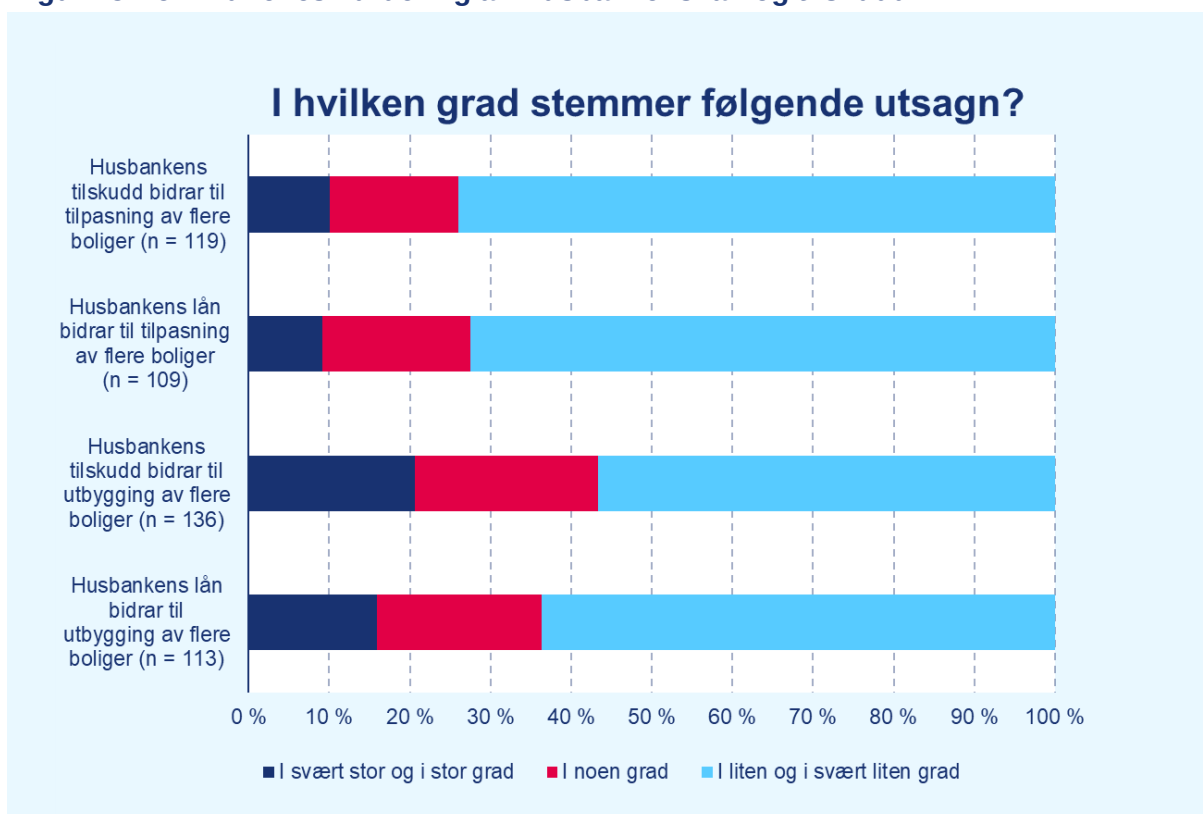
²⁵⁰ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2024, 2. desember). [Brev fra Kommunal- og distriktsdepartementet til Riksrevisjonen].

²⁵¹ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2024). *Bustadmeldinga – Ein heilskapeleg og aktiv bustadpolitikk for heile landet*.

²⁵² Riksrevisjonens intervju med Kommunal- og distriktsdepartementet 12. september 2024.

²⁵³ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023) *Tildelingsbrev 2024 - Husbanken*.

Figur 23 Kommunenes vurdering av Husbankens lån og tilskudd



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

Om lag halvparten av kommunene svarer «vet ikke» eller «ikke aktuelt» på disse påstandene. Figur 23 viser at mellom 57 og 74 prosent av de øvrige kommunene svarer at Husbankens lån og tilskudd i liten eller svært liten grad bidrar til utbygging eller tilpasning av boliger til personer med ROP-lidelser. Samtidig er det en mindre andel, mellom 9 og 21 prosent, som svarer i stor eller i svært stor grad.

Mer enn 60 prosent av kommunene mener at de i stor eller i svært stor grad trenger andre statlige virkemidler fra Husbanken for å skaffe bolig eller tilpasse bolig til personer med ROP-lidelser.²⁵⁴

Kommunal- og distriktsdepartementet peker på at det er flere dilemma knyttet til bruk av tilskudd til kommunene. Isolert sett kan det ha god effekt, men at det samtidig kan ha uheldige konsekvenser for andre tjenesteområder, og lekkasjeeffektene kan være betydelige. Det vil si at kommunene omprioriterer midler til andre formål slik at ressursbruken på området det gis tilskudd til, ikke øker like mye som det kommunen mottar i tilskudd²⁵⁵.

Tilskudd til utleieboliger bidro til utbygging av boliger til personer med ROP-lidelser

Husbanken beskriver at tilskudd til utleieboliger har vært det viktigste virkemiddelet for at kommunene skal kunne utvikle egnede botilbud til ROP-gruppen.²⁵⁶ Tilskuddet «Forsøk med nye boligmodeller» var en del av «Tilskudd til utleieboliger» i 2022.

Evalueringen av tilskudd til kommunale utleieboliger fra 2022 peker på at statlige bidrag til investeringer i utleieboliger sannsynligvis hatt stor betydning for enkelte grupper. Personer i utsatte grupper, som ROP-brukere med begrensede muligheter til å skaffe egen bolig, har vært avhengige av

²⁵⁴ Spørsmål om i hvilken grad påstandene stemmer om «Kommunen trenger andre statlige virkemidler fra Husbanken for å skaffe bolig for personer med ROP-lidelser» og «Kommunen trenger andre statlige virkemidler fra Husbanken for å tilpasse bolig for personer med ROP-lidelser». «Vet ikke» og «Ikke aktuelt» er ekskludert og n = 115 og 117.

²⁵⁵ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2024, 2. desember). [Brev fra Kommunal- og distriktsdepartementet til Riksrevisjonen].

²⁵⁶ Riksrevisjonens intervju med Husbanken 21. august 2024.

tilgang på kommunale utleieboliger. Der har tilskuddet spilt en sentral rolle.²⁵⁷ Tabellen nedenfor viser at det ble gitt tilskudd til å bygge flest boliger i 2019 og 2020, og noe færre i 2021–2023.

Tabell 7 Utbetalt tilskudd til antall boliger for personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (antall boliger)

2019	2020	2021	2022	2023	Totalt
75	92	30	50²⁵⁸	36	283

Kilde: Husbanken.

Tilskuddet ble avviklet i 2023, men i revidert nasjonalbudsjett for 2023 ble tilskuddet midlertidig gjeninnført med mål om å tilpasse boliger for å bosette ukrainske flyktninger, med en tilsagnsramme på 400 millioner kroner.²⁵⁹ Som tabellen viser, ble det i 2023 gitt tilsagn om tilskudd til 36 boliger til personer med ROP-lidelser.

Etter at tilskuddet ble fjernet, mener Husbanken at tilgjengelige virkemidler ikke samsvarer med målene som er satt på området. I åpne tekstsvaer i spørreundersøkelsen er det flere kommuner som beskriver at det er uheldig at tilskuddet er avviklet. Dette kommer også frem i Husbankens årsrapport for 2023. De erfarer gjennom kommunedialogen at bortfallet av tilskuddet gjør det mer krevende for kommunene å bygge tilpassede boliger for personer med ROP-lidelser. Finansieringssystemet dekker ikke merkostnader for slike tilpasninger.²⁶⁰ Kommunal- og distriktsdepartementet beskriver at de har fått tilbakemeldinger fra både KS, Husbanken og kommuner om at avviklingen av tilskudd til utleieboliger påvirker boligsituasjonen negativt. Et flertall i Stortinget vedtok 14. juni 2024 å be regjeringen gjeninnføre Husbankens tilskuddsordning for utleieboliger og tilhørende virkemidler for å gjøre det enklere å få tilgang på boliger i bosettingsarbeidet.²⁶¹ Vedtaket gir ingen frist for når regjeringen skal gjeninnføre tilskuddet og sier ikke hvor stort tilskuddet skal være.

Som nevnt ble det for budsjettåret 2022 innført en forsøksordning innenfor rammen av dette tilskuddet, *forsøk med nye boligmodeller*. Tilskuddet skulle bidra til utprøving av nye boligmodeller for vanskeligstilte på boligmarkedet med særskilte boligbehov og legge til rette for forsøk som bidrar til et større mangfold av botilbud.²⁶² Under denne ordningen ble det gitt tilskudd på 19 millioner til tre prosjekter, og 24 boliger ble bygget for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse.²⁶³ Forsøk med nye boligmodeller ble også avviklet fra 2023, sammen med tilskudd til utleieboliger.²⁶⁴

Investeringsstilskuddet fører i noen grad til utbygging av boliger til personer med ROP-lidelser

Husbankens investeringsstilskudd er en støtteordning for å bygge eller oppgradere boliger til personer med behov for heldøgns omsorg.²⁶⁵ Tilskuddet brukes til å finansiere omsorgsboliger og sykehjemsplasser, spesielt for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, men det kan også brukes til å bygge omsorgsboliger og sykehjemsplasser til personer med ROP-lidelser. I perioden 2019–2023 er det brukt 16 milliarder kroner. Dette beløpet har blitt brukt til å oppføre 5 081 sykehjemsplasser og 4 141 omsorgsboliger.²⁶⁶ Litt under fire prosent av det totale antallet sykehjemsplasser og omsorgsboliger har gått til boliger til personer med ROP-lidelser.

²⁵⁷ Oslo Metropolitan University og Oslo Economics. (2023). Evaluering av tilskudd til utleieboliger.

²⁵⁸ Inkludert «Forsøk med nye boligmodeller». 24 boliger.

²⁵⁹ Kommunal- og distriktsdepartementet (2023) *Regjeringa føreslår tilskot til utleigebustadar i kommunane*

²⁶⁰ Husbanken. (2023). *Alle skal bo godt og trygt. Årsrapport 2023*.

²⁶¹ 54 stemte for. 44 stemte mot. Flertallet bestod av Fremskrittspartiet, Høyre, Vestre, Miljøpartiet De Grønne, Kristelig Folkeparti, Sosialistisk Venstreparti og Rødt. I tillegg stemte to av Senterpartiets representanter for. [Voteringsoversikt - stortinget.no](https://www.stortinget.no/voteringsoversikt)

²⁶² Kommunal- og distriktsdepartementet. (2021). *Proposisjon 1S til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2022*.

²⁶³ Husbanken. (2022). *Alle skal bo godt og trygt. Årsrapport 2022*.

²⁶⁴ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2022). *Proposisjon 1S til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2023*.

²⁶⁵ Husbanken. (2024). *Investeringsstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem*.

²⁶⁶ Husbanken (2024). *Investeringsstilskuddet*.

Tabell 8 Investeringstilskuddet – utbetalt tilskudd til antall boliger til personer med ROP-lidelser

2019	2020	2021	2022	2023	Totalt
139	65	17	51	60	332

Kilde: Husbanken.

Tilskuddet stiller krav om at det tilrettelegges for heldøgns omsorg. Dermed er tilskuddet innrettet mot å treffe en del personer med alvorlige ROP-lidelser. Kommunal- og distriktsdepartementet peker på at tilskuddet blant annet brukes til omsorgsboliger til personer med høy voldsrisiko. Det er imidlertid ikke aktuelt for andre som har behov for et lavere omsorgsnivå enn heldøgns omsorg, ifølge departementet.²⁶⁷

Startlån er lite relevant for personer med ROP-lidelser

Et annet virkemiddel i Husbankens portefølje er startlån. Dokumentanalysen av styringsdokumenter viser at det er lagt stor vekt på startlån som virkemiddel rettet mot vanskeligstilte de siste fem årene.²⁶⁸ Det gis blant annet til personer som ikke tilfredsstiller kravene til vanlige banklån, til personer som har særlige sosiale eller helsemessige utfordringer, eller til personer med nedsatt funksjonsevne med behov for å tilpasse boligen. Samtidig må personen ha tilstrekkelig inntekt til å dekke utgifter på lånet.²⁶⁹ Det finnes ikke kunnskap om hvor stor andel av startlånmottakere som har ROP-lidelser, men startlån har i liten grad blitt beskrevet som relevant i intervjuene. Informanter i undersøkelsen og rapporter i dokumentanalysen peker på flere barrierer for å få startlån for personer med ROP: Dårlig helse, manglende bistand for å mestre boforholdet, og dårlig personlig økonomi kan stå i veien for å kvalifisere til å få lån.²⁷⁰ Mange har ikke fast inntekt og mange går på midlertidige økonomiske ytelser.²⁷¹ Husbanken bekrefter at dette gjør at startlån er et lite relevant virkemiddel for personer med ROP-lidelser.

Startlån kan likevel i sjeldne tilfeller være relevant. Tjenestekartleggingen viser et eksempel på en som har brukt startlån til å kjøpe egen bolig, og en informant i kommunen beskriver at kommunen kan bruke startlån i kombinasjon med tilskudd i tilfeller hvor betjeningsevnen er svak.

Bostøtte beskrives ikke som et relevant virkemiddel for personer med ROP-lidelser

Bostøtte er en statlig støtteordning som skal sikre personer med lave inntekter og høye boutgifter en egnet bolig. I intervjuene ble bostøtte i liten grad trukket fram som relevant for personer med ROP-lidelser. Videre er utgifter til midlertidig botilbud ikke regnet som boutgifter i henhold til regelverket for bostøtte, og dermed er det ikke relevant for personer i midlertidige botilbud.²⁷² Husbanken opplyser at personer med ROP-lidelser kan ha rett på bostøtte, men at dette krever at de har god nok orden på økonomien til å kunne søke.²⁷³ Departementet beskriver på lignende måte at personer med ROP-lidelser ofte har problemer med å benytte seg av slike økonomiske virkemidler på grunn av dårlig og ustabil økonomi. I tillegg kan helsetilstand og sosial atferd være hindringer.

7.4.2 Andre statlige virkemidler

Ny boligsosial lov

Ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet trådte i kraft 1. juli 2023. Den nye loven legger tydeligere rammer for kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet. Loven presiserer

²⁶⁷ Riksrevisjonens intervju med Kommunal- og distriktsdepartementet 12. september 2024.

²⁶⁸ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2019–2023). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*.

²⁶⁹ Husbanken. (2024). *Kan jeg få startlån og tilskudd?*

²⁷⁰ Sørly mfl. (2021). *Nomader på lavterskel – Boligløsninger for personer med rusproblemer og psykiske lidelser*.

²⁷¹ Lie & Hustvedt. (2021). *Personer med ROP-lidelser og alvorlige psykiske helseproblemer – tjenestemottakere med store helse- og levekårsproblemer*.

²⁷² Husbanken. (2024). *Boutgifter i beregningen*.

²⁷³ Riksrevisjonens intervju med Husbanken 21. august 2024.

kommunenenes plikt til å gi individuell bistand til vanskeligstilte på boligmarkedet. Loven gir vanskeligstilte personer rett til å få vurdert bistandsbehovet sitt, men gir ikke rett til bolig. Den stiller heller ikke krav til hvilke virkemidler kommunene skal bruke. Samtidig inneholder loven krav til saksbehandling og vedtaksfesting, samt klagerett. Loven tydeliggjør også kommunenes ansvar for organisering av arbeidet på tvers av sektorer og aktører, og stiller skjerpede krav til kommunenes boligsosiale planlegging med blant annet krav om oversikt over behovet for boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet.

Kommunal- og distriktsdepartementet peker på at det boligsosiale feltet i liten grad har vært regulert tidligere, og at det boligsosiale arbeidet har variert mellom kommunene. Ifølge departementet kan loven bidra til forbedring av det boligsosiale arbeidet i mange kommuner.²⁷⁴

Digital systemstøtte for kommunene

Kobo er et digitalt verktøy utviklet av Husbanken i samarbeid med kommunene. Systemet skal støtte kommunene i effektiv forvaltning av kommunale boliger, herunder lette prosessen med å søke, tildele og administrere kommunale utleieboliger, samt følge opp beboere og skaffe datagrunnlag. Dette systemet hjelper kommunene med å administrere boligene sine på en mer strukturert måte, ved å ha oversikt over kommunalt disponerte boliger og brukernes boligbehov i ett system. Kommunal- og distriktsdepartementet oppgir at det per september 2024 er 140 kommuner som har tatt systemet i bruk. Departementet viser til at Kobo kan gi kommunene oversikt over tilgjengelige boliger, og behovene til vanskeligstilte på boligmarkedet.²⁷⁵ Dette kan gi kommunene bedre forutsetninger for god boligforvaltning.

Veiledning fra Husbanken

Husbanken veileder kommunene blant annet ved å styrke kommunenes kompetanse på det boligsosiale området og veilede i bruken av økonomiske virkemidler. De aller fleste kommunene som svarer i vår spørreundersøkelse, er fornøyde med veiledningen de får fra Husbanken: 83 prosent av kommunene er i stor grad eller i svært stor grad enig i at Husbanken gir god veiledning om finansiering.²⁷⁶ Videre viser Husbankens kommuneundersøkelse at nesten ni av ti kommuner er fornøyde med samarbeidet.²⁷⁷

²⁷⁴ Riksrevisjonen (2024) Referat fra intervju med Kommunal og distriktsdepartementet

²⁷⁵ Riksrevisjonens intervju med Kommunal- og distriktsdepartementet 12. september 2024.

²⁷⁶ «Ikke aktuelt» og «vet ikke» er fjernet. 3 prosent svarer «ikke aktuelt», og 37 prosent svarer «vet ikke». Ekskludert «ikke aktuelt» og «vet ikke» er n = 156.

²⁷⁷ Husbanken. (2023). *Husbankens kommuneundersøkelse 2023*. N = 211.

8 Arbeid, aktivitet og økonomi

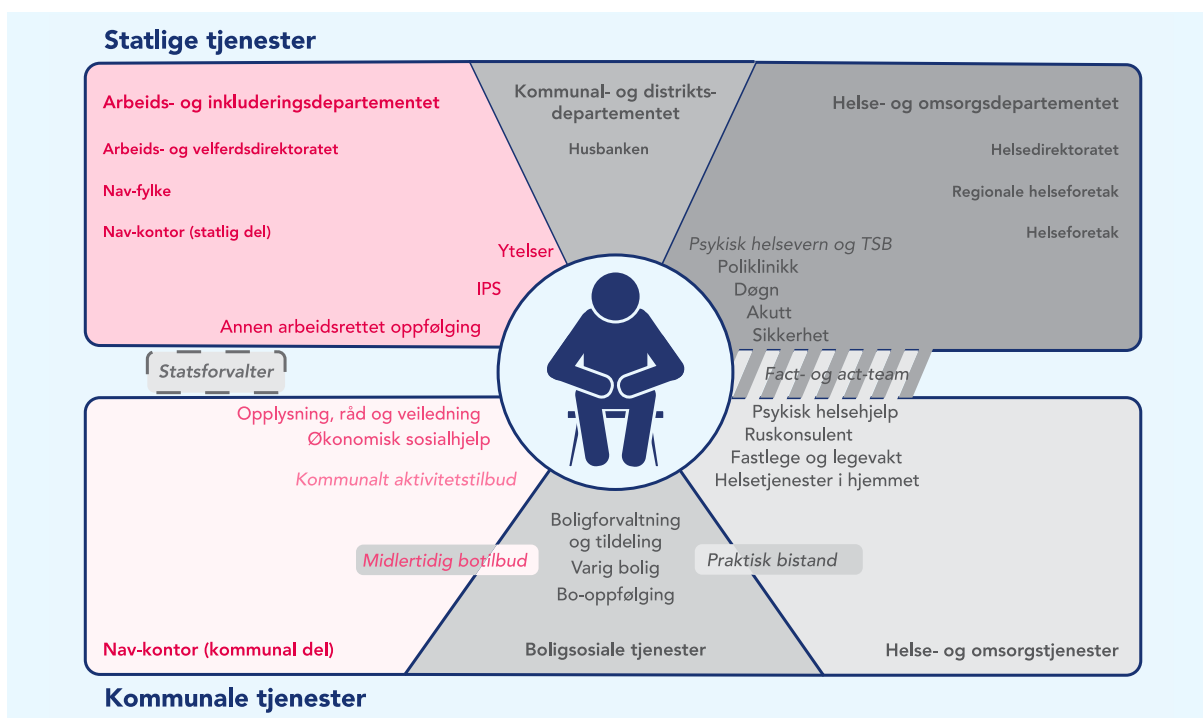
8.1 Relevante føringer

- Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.²⁷⁸
- Arbeid og meningsfylte aktiviteter skal være en sentral del av et helhetlig behandlings- og oppfølgingsforløp.²⁷⁹
- Nav skal stimulere den enkelte stønadsmottakeren til arbeidsaktivitet der dette er mulig.²⁸⁰
- Nav skal gi råd og veiledning for å hindre sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.²⁸¹
- De kommunale Nav-kontorene skal tilby økonomisk sosialhjelp, opplysning, råd og veiledning, økonomisk rådgivning, midlertidig botilbud og rett til individuell plan.²⁸²

8.2 Mange personer med ROP-lidelser har lite meningsfull aktivitet og dårlig økonomi

I Figur 24 er eksempler på arbeids- og velferdstjenester som personer med ROP-lidelser kan motta, framhevet i rødt.

Figur 24 Oversikt over aktører som kan gi arbeids- og velferdstjenester til personer med ROP-lidelser



Kilde: Riksrevisjonen.

Ett av de fem målene i *Opptreppingsplan for rusfeltet (2016–2020)* var at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Ifølge evalueringen var måloppnåelsen på dette målet svært lav. Det var få

²⁷⁸ Prop. 15 S (2015–2016) *Opptreppingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*

²⁷⁹ Innst. 240S (2015–2016) om *Opptreppingsplanene for rusfeltet (2016–2020)*

²⁸⁰ NAV-loven § 4.

²⁸¹ NAV-loven § 4.

²⁸² Sosialtjenesteloven kapittel 4.

brukere som hadde et tilfredsstillende sosialt nettverk, tilfredsstillende aktivitet eller var i arbeid eller i arbeidsmarkedstiltak. Det hadde dessuten vært en marginal negativ utvikling på området.²⁸³

I vår spørreundersøkelse svarer 225 av 263 kommuner at personer med ROP-lidelser ikke har tilstrekkelig meningsfull aktivitet, og det er kun 16 kommuner (6 prosent) som svarer at de har det. De fleste av de sistnevnte er små kommuner.

Ifølge flere Brukerplan-kartlegginger hadde de fleste personene med alvorlige ROP-lidelser svært lite eller ingen form for meningsfull aktivitet.²⁸⁴ Av de åtte levekårsområdene som kartlegges, er det meningsfull aktivitet som har størst andel mottakere med dårligst score, noe som understreker at dette området må styrkes.²⁸⁵ I brukererfaringsundersøkelser av hvordan personer med rusmiddelproblemer opplever kommunale tjenester de mottar svarer 40 prosent av brukerne at de i liten grad får praktisk hjelp fra tjenestene til å begynne med meningsfulle aktiviteter. I åpent kommentarfelt savner flere fritidstilbud og hjelp til å komme i en form for aktivitet. Det er spesielt mangel på tilbud i helger og ettermiddager/kvelder. Flere tilbakemeldinger peker på ensomhet og lite kontakt med andre.²⁸⁶

Det er svært få personer med alvorlige ROP-lidelser som har lønnet arbeid. Andelen som mottar arbeidsavklaringspenger, er også lav sammenliknet personer med mindre alvorlige problemer. Lie og Hustvedt (2021) mener at dette tyder på at det i mindre grad satses på mottakere med de alvorligste problemene når det gjelder tilknytning til arbeidslivet.²⁸⁷ De fleste med ROP-lidelser mottar oftest midlertidige ytelser og sjeldnere varig trygd. Dette bidrar til at personene er i en ustabil økonomisk situasjon.²⁸⁸

8.3 Navs ordninger er ikke godt nok tilpasset for disse personene

8.3.1 Digitalisering i Nav har ikke økt tilgjengeligheten for personer med ROP-lidelser

Personer med ROP-lidelser vil som regel ha behov for oppfølging fra både Nav og sosialtjenesten over lang tid. NAV har mange ulike tiltak og former for støtteordninger, med spesielle tilpasninger dersom det er nødvendig.²⁸⁹ Disse personene har ofte komplekse og sammensatte behov som krever både kontinuerlig oppfølging av veiledere i Nav og koordinering med andre tjenester. I tillegg har disse personene ofte stort behov for adhoc hjelp. De kan miste kronekortet²⁹⁰, ha behov for forskudd eller annen økonomisk sosialhjelp, trenge hjelp med å bruke forvaltningskonto eller bistand til å få tak over hodet.

Digitalisering i Nav øker ofte ikke tilgjengeligheten for disse personene, fordi mange mangler nødvendig digital kompetanse og digitale verktøy. Reduserte åpningstider for oppmøte uten avtale og utfordringer med å nå veiledere på telefon gjør det vanskelig for mange personer med ROP-lidelser å nyttiggjøre seg Nav-tjenestene.

Personer som ikke har mulighet til å bruke digitale løsninger, oppfordres til å ringe et sentralt nummer for å stille spørsmål, få veiledning eller avtale en time med en veileder.²⁹¹ Helsetilsynets undersøkelse av Nav Kontaktsenter (NKS) 2020–2021 viser at flere forhold ved telefoniløsningen i praksis fungerer som barrierer slik at brukerne ikke får hjelpen de trenger til riktig tid. Brukerne har ofte behov for

²⁸³ Hansen mfl. (2021). *Et tjenesteområde i utvikling: Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport.*

²⁸⁴ Brukerplan-kartlegginger for 2018, 2019 og 2020.

²⁸⁵ Helse Stavanger. (2021). *Brukerplan Årsrapport 2020: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester.*

²⁸⁶ KORUS Midt (2023) *Hvordan opplever personer med rusmiddelproblemer de kommunale tjenestene de mottar?*

²⁸⁷ Lie & Hustvedt. (2021). *Personer med ROP-lidelser og alvorlige psykiske helseproblemer – tjenestemottakere med store helse- og levekårsproblemer.*

²⁸⁸ Lie & Hustvedt. (2021). *Personer med ROP-lidelser og alvorlige psykiske helseproblemer – tjenestemottakere med store helse- og levekårsproblemer.*

²⁸⁹ Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*

²⁹⁰ Kronekort er et betalingskort som utstedes til personer som av ulike årsaker ikke får opprette bankkonto.

²⁹¹ Liodden mfl. (2023). *Flyktningers møte med NAV. Kommunikasjon og tilgjengelighet i en digital kontekst.*

informasjon og veiledning som ikke kan imøtekommes av NKS, og mange må derfor settes i kontakt med Nav-kontoret. Spørreanropene fra NKS til Nav-kontoret blir kun unntaksvis besvart²⁹²

Ifølge Helsetilsynet kan korte åpningstider og lang ventetid på telefon føre til at enkelte brukere ikke får nødvendig hjelp til å dekke grunnleggende behov som mat, strøm og bolig i tide. Dette kan spesielt ramme sårbare grupper som personer med ROP, som ofte har behov for rask og tilgjengelig hjelp.²⁹³

I en rapport om sikkerhet i Nav trekker forfatterne fram at gjennom intervjuene nevner mange åpenhet og tilgjengelighet som tiltak som fungerer forebyggende mot vold og trusler. Flere uttrykker også at de ønsker bedre tid til oppfølging og samtaler. Det er få informanter som har tatt til orde for å innføre nye, fysiske barrierer mellom ansatte og personer som oppsøker Nav-kontor. Flere peker i stedet på at det er en sammenheng mellom åpne og tilgjengelige tjenester og de ansattes sikkerhet, og at for mange fysiske barrierer kan bidra til mistenkeliggjøring og svekke relasjonen mellom ansatte og brukere.²⁹⁴

På ett av Nav-kontorene vi besøkte trakk de som jobber med sosiale tjenester fram at kontoret var mer åpent enn en del andre Nav-kontorer. En av informantene peker på at voldsrisiko og sikkerhet var en viktig faktor for de ansatte. Mange bor på hemmelig adresse, og informanten passer på hvor hen går med barna sine. Samtidig peker informanten på at kontoret opplever mindre utagering og voldshendelser. Ifølge informanten skyldes det kanskje at de møter brukerne på en bedre måte. Informanten sa at det er billigere å innskrenke åpningstider, låse døra, eller bare ha kontakt på telefon eller digitalt. Men det skaper ikke mer trygghet for samfunnet, eller bedre liv for de syke.

Ni kommuner skriver i åpne kommentarfelt i spørreundersøkelsen at Nav er lite tilgjengelige for ROP-brukerne. Fem av disse peker på at begrenset åpningstid i Nav er en årsak til at Nav er lite tilgjengelig. To kommuner peker på at det er vanskelig å få tak i Nav på telefon. Statsforvalteren i Trøndelag oppgir i sitt svarbrev at de fleste Nav-kontor har til dels sterkt reduserte åpningstider for oppmøte uten avtale, og at reduserte åpningstider kan føre til en forhøyet risiko for svikt når det gjelder behov for tjenester som nødhjelp til livsnødvendigheter og tjenesten midlertidig botilbud.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet peker på at departementet er opptatt av at Nav skal være tilgjengelig for alle som trenger bistand, råd og veiledning og at dette gjelder ikke minst for de svakeste brukergruppene, som ofte har sammensatte behov. Videre peker departementet på at det som stadig flere benytter seg av digitale tjenester gjør det mulig for Nav-kontoret å bruke mer av tiden sin på de brukerne som trenger personlig bistand og oppfølging.

Imidlertid beskriver ansatte i Nav i intervjuer at mange personer med ROP-lidelser ikke får helse- og velferdstjenestene de har behov for. Ansatte ved Nav-kontor som jobber med ROP-gruppen, må ha både god tid og kompetanse for å kunne bygge opp tillitsfulle relasjoner med disse brukerne og gi dem hjelp som de klarer å motta. Gjennom intervjuene har vi fått inntrykk av at de ulike Nav-kontorene i varierende grad har bemanning og kompetanse til å gi slik oppfølging. Statsforvalteren i Trøndelag erfarer også at det er krevende for de lokale Nav-kontorene å gi tilpasset oppfølging til personer med ROP-lidelser. Nav-kontorenes ressurser er ofte under press, og det kan føre til at ledelsen prioriterer andre oppgaver, blant annet utbetaling av stønader, framfor å følge opp personer med ROP-lidelser. I tillegg kan kortere åpningstider gi høyere risiko for svikt i tjenestetilbud som økonomisk sosialhjelp og midlertidig botilbud. Konsekvensen er at personer med ROP-lidelser kan bli frustrert når de ikke får den hjelpen de trenger, og da kan de utagere og skape uro.

Arbeids- og velferdsdirektoratet opplyser at de er kjent med at tjenester fra Nav kan være utilgjengelige for noen målgrupper. Departementet og direktoratet arbeider derfor for å få mer kunnskap om tjenestenes tilgjengelighet. Videre opplyser direktoratet at Arbeids- og

²⁹² Helsetilsynet (2021) *Hei, og velkommen til Nav! Gjelder det økonomisk sosialhjelp, midlertidig botilbud eller andre sosiale tjenester, tast 1.*

²⁹³ Helsetilsynet (2022) *Landsomfattende undersøkelse av tilgjengelighet til sosiale tjenester i Nav*

²⁹⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet og KS (2023) *Vold og trusler mot ansatte i Nav – oppdatert kunnskap og forslag til tiltak*, Rapport 2

inkluderingsdepartementet lyste ut et forsknings- og utviklingsprosjekt om tilgjengelighet i Nav-kontor og inngikk en kontrakt med Oslo Economics om dette i 2024. Nav samarbeider også med SINTEF om et pågående FoU-prosjekt om digitalt sårbare brukere i Nav.²⁹⁵

Departementet opplyser at de ikke har gitt konkrete styringssignaler om hvordan Nav skal øke tilgjengeligheten for personer som ikke er digitale. Departementet peker videre på at Nav-kontoret skal være det siste sikkerhetsnettet for dem som trenger akutt sosialstøtte eller tak over hodet. Personer med slike behov skal kunne få hjelp uten avtale på forhånd. Dette stiller krav til hvordan det enkelte Nav-kontor sikrer tilgjengeligheten til tjenestene. Ettersom det er store variasjoner mellom Nav-kontorene, er det den enkelte kommunen og det enkelte Nav-kontoret som kan vurdere detaljene i hvordan tilgjengeligheten for alle brukere praktisk kan gjøres i ulike deler av landet – og til beste for brukerne med ulike behov. For råd og veiledning, for eksempel ved individuelle vurderinger om økonomisk sosialstønad, vil det som hovedregel være mest hensiktsmessig med en planlagt avtale, slik at både bruker og veileder kan være forberedt og ha mulighet til å sette av tilstrekkelig tid. Samtidig kan faste avtaler gjøre det lettere å ta hensyn til sikkerhet, i de tilfeller hvor det er nødvendig.²⁹⁶

8.3.2 Personer med ROP-lidelser oppfyller ofte ikke vilkårene for arbeidsavklaringspenger

Arbeidsavklaringspenger (AAP) skal sikre inntekt for dem som har fått nedsatt arbeidsevnen sin på grunn av sykdom, skade eller lyte. Arbeidsevnen må være redusert med minst 50 prosent. Ytelsen innebærer en aktivitetsplikt.²⁹⁷ Det vil si at mottakeren må være i aktiv behandling, delta i et arbeidsrettet tiltak eller få annen oppfølging med sikte på å skaffe seg eller beholde en jobb. Informanter i undersøkelsen forteller at personer med ROP-lidelser ikke nødvendigvis får innvilget AAP. Årsaken til det kan for eksempel være at personen ikke ønsker behandling og dermed ikke oppfyller vilkåret for tiltaket.

For dem som får innvilget AAP, er det flere barrierer som gjør at det er vanskelig å bli stående i tiltaket. I intervjuer forteller informanter fra Nav om at det kan være utfordrende for personer med ROP-lidelser å møte opp på jobb eller tiltak eller å sende meldekort hver 14. dag. Disse personene kan også falle ut fra helsebehandlingen, slik at de ikke oppfyller aktivitetskravet. Når personer med ROP-lidelser mister retten til arbeidsavklaringspenger, må de starte prosessen på nytt. Det gjør oppfølgingen ujevn og kan gjøre at personer blir gående på økonomisk sosialhjelp lenge. Arbeids- og inkluderingsdepartementet presiserer at en søknad om gjenoptak av AAP er normalt sett en mindre omfattende prosess enn en ordinær søknad om AAP.²⁹⁸

For personer som ikke har hatt AAP-oppfølging, blir det vanskeligere å få uføretrygd. Dette er fordi Nav ønsker å sikre at alle muligheter for å bedre arbeidsevnen er prøvd ut før personen får innvilget uføretrygd. I enkelte tilfeller, hvis det er åpenbart at arbeidsevnen er varig nedsatt, kan personen søke om uføretrygd uten å ha mottatt AAP først.²⁹⁹

8.3.3 Det er vanskelig for disse personene å få uføretrygd

Uføretrygd er en permanent ytelse og kan gi personer med ROP-lidelser økonomisk trygghet og en mer stabil livssituasjon, som igjen kan bidra til bedre helsetilstand. For å få uføretrygd må man som hovedregel ha en varig nedsatt inntektsevne med minst 50 prosent på grunn av sykdom eller skade, og dette kan inkludere følgeskader av rusavhengighet.³⁰⁰

²⁹⁵ Riksrevisjonens intervju med Arbeids og velferdsdirektoratet 19. august 2024.

²⁹⁶ Riksrevisjonens intervju med Arbeids og inkluderingsdepartementet 9. september 2024.

²⁹⁷ Folketrygdloven, kapittel 11.

²⁹⁸ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, 3. desember). [Brev fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet til Riksrevisjonen].

²⁹⁹ Nav.no *Uføretrygd* og *Arbeidsavklaringspenger*.

³⁰⁰ Nav.no *Uføretrygd*.

For å søke om uføretrygd trenger personen en legeerklæring ved arbeidsuførhet fra fastlegen, inkludert tilstrekkelig og oppdatert medisinsk dokumentasjon om pasientens diagnose, behandling, prognose, funksjonsevne og muligheten for å være i inntektsgivende arbeid.³⁰¹ Det er Nav som sender henvendelse til fastlegen, eller eventuelt til annen lege, om å få utfylt nødvendig legeerklæring. Mange personer med ROP-lidelser har ikke fastlege eller besøker disse svært sjelden. Det kan dermed være noe utfordrende eller ta lengre tid for Nav å få innhentet slik legeerklæring for personer med ROP-lidelser. Tilpassede helsetjenester legger gode rammer for å avklare spørsmål knyttet til arbeid, som igjen kan føre til en mer stabil økonomi. Evalueringene av FACT- og ACT-team i Norge viser at flere av brukerne deres får stabil inntekt i form av uføretrygd etter at de får oppfølging fra teamene, og færre har økonomisk sosialhjelp eller arbeidsavklaringspenger som hovedinntekt.³⁰²

Det er flere strukturelle og tekniske utfordringer med informasjonsdeling mellom helsetjenesten og Nav. En gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for arbeids- og velferdsetaten, avdekket at informasjonsutvekslingen er lite effektiv og fører til stor tidsbruk hos både fastlegene og Nav-ansatte.³⁰³ I 2023 leverte Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Arbeids- og velferdsdirektoratet rapporten *Nå snakker vi. Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom Nav og helse- og omsorgssektoren*. Rapporten satte søkelyset på blant annet legeerklæring ved arbeidsuførhet og bekreftet at informasjonsutveksling er fragmentert og tidkrevende. Dette skaper merarbeid for både helsepersonell og Nav. I tillegg mangler det integrasjon mellom elektroniske pasientjournaler og Navs systemer, noe som gjør informasjonsutvekslingen ineffektiv. Rapporten inneholdt flere konkrete anbefalinger. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp anbefalingene i rapporten.³⁰⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet opplyser at ingen tiltak er igangsatt per dags dato, men at direktoratet utreder mulighet for å iverksette tiltak.³⁰⁵

Som det går fram av kapittel 8.3.2 oppfylder personer med ROP-lidelser ofte ikke vilkårene for arbeidsavklaringspenger, og det gjør det vanskeligere for å få uføretrygd. I tillegg er det vanskelig og tidkrevende for NAV-veiledere å skaffe nødvendige helseopplysninger og lokale Nav-kontor er mindre tilgjengelig for personer med ROP-lidelser. Det er derfor risiko for at personer som egentlig kvalifiserer til uføretrygd, ikke får det. Lie og Hustvedt (2021) peker på at personer med alvorlig ROP mottar høyere andel av midlertidige ytelser enn varig trygd.³⁰⁶ At personer med ROP-lidelser kan bli gående lenge uten å bli ferdig avklart for uføretrygd de egentlig kvalifiserer for blir bekreftet i intervjuer med ansatte på Nav-kontor. Alternativet er for mange økonomisk sosialhjelp. Mens uføretrygd er beregnet på å dekke levekostnader over lengre tid³⁰⁷, er økonomisk sosialhjelp ment som en midlertidig støtte for å dekke nødvendige utgifter i en kort periode.³⁰⁸ Økonomisk sosialhjelp gir som regel mindre økonomisk uttelling og må søkes på nytt hver tredje måned. Hver søknad vurderes individuelt, og for å få en korrekt vurdering må søkeren dokumentere alle inntekter og utgifter.

8.3.4 De lokale Nav-kontorene nedprioriterer ofte den lovpålagte tjenesten opplysning, råd og veiledning

Tjenesten opplysning, råd og veiledning (sosialtjenesteloven § 17), som tilbys av de lokale Nav-kontorene, er en lavterskeltjeneste som skal styrke den enkeltes mulighet til å mestre egen livssituasjon på områder som arbeid, aktivitet, helse, fritid, hjemmesituasjon, omsorgsoppgaver, boligforhold, nettverk og økonomi.³⁰⁹ Informanter forteller at personer med ROP-lidelser har ofte et stort behov for denne tjenesten, inkludert økonomisk rådgivning og gjeldsrådgivning.

³⁰¹ Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. (2021). *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger*.

³⁰² Landheim, A. og Ruud, T. m.fl. (2014). *Utpøring av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* og Landheim, A., & Odden, S. (red.) (2020). *Sluttrapport. Evaluering av FACT-team i Norge*.

³⁰³ Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. (2021). *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger*.

³⁰⁴ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024) Tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsdirektoratet

³⁰⁵ Riksrevisjonens intervju med Arbeids og velferdsdirektoratet 19. august 2024.

³⁰⁶ Lie & Hustvedt. (2021). *Personer med ROP-lidelser og alvorlige psykiske helseproblemer – tjenestemottakere med store helse- og levekårsproblemer*.

³⁰⁷ Folketrygdloven § 2-1.

³⁰⁸ Nav. (2024). *Økonomisk sosialhjelp*.

³⁰⁹ Nav. (2024). *Trenger råd og veiledning*. og Rundskriv til lov om sosiale tjenester i NAV (R35-00).

Tjenesten krever mye tid og god kompetanse fra veilederen, som må opparbeide en god relasjon med brukeren, få tak i nødvendige dokumenter, finne løsninger og formidle dem på en tydelig måte til brukeren. Statsforvalteren i Trøndelag erfarer at Nav ikke gjør nok for å tilby tjenesten til personer som har krav på tjenesten, inkludert personer med ROP-lidelser, slik at tjenesten framstår som «hemmelig».

Om relasjonsarbeid i Nav

«Vi måles på lovpålagte oppgaver og ikke på relasjonsarbeid, som vi som sosialarbeidere mener er viktig. Sosialarbeid er i liten grad verdsatt og forstått i Nav. Det snakkes ikke om på samlinger. Alle skal inn i arbeid og redusere trygd. Men mange av våre brukere skal ikke ut i jobb.»

Kilde: En informant i Nav.

Mange informanter fra Nav som vi har intervjuet, trekker fram at de har store porteføljer, jobber under tidspress og må prioritere kriseløsninger framfor langsiktig arbeid. De passer på at brukerne får ytelse. Personer kan glippe hvis Nav ikke får svar når de prøver å ta kontakt.

Har ikke rammer til å jobbe med oppfølging av brukerne i Nav

«Rom for oppfølging av brukere eksisterer ikke. Jeg har kun tid til å behandle søknader og er nødt til å prioritere brukerne som har kun økonomisk sosialhjelp. Det er en prioritering på at folk må ha penger å leve av.»

Kilde: En informant i Nav.

Arbeids- og velferdsdirektoratet er kjent med at den kommunale delen av Nav ikke gir tilstrekkelig opplysning, råd og veiledning, blant annet til personer med ROP-lidelser. Direktoratet opplyser at Nav-kontorenes ansvar for å gi økonomisk rådgivning til personer i en vanskelig økonomisk situasjon er tema for et pågående landsomfattende tilsyn som statsforvalterne gjennomfører i 2024 og 2025.³¹⁰

Statsforvalteren i Trøndelag viser til det treårige prosjektet «§ 17» i Melhus kommune, som ble avsluttet i 2021. Målgruppen var langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp og brukere med sammensatte behov. Kommunen rapporterte til Statsforvalteren at i løpet av prosjektperioden har de utviklet kompetanse og forståelse av sårbare grupper i Nav som mange kvier seg for å jobbe med. De har erfart at med tett oppfølging og tid har de skapt tillit og bygget relasjoner med mennesker med omfattende utfordringer. Samtidig har de utviklet et godt samarbeid i og utenfor kommunen. I tillegg har de fått mer kompetanse, og bruken av tjenester etter § 17 i sosialtjenesteloven har gått opp. Resultatet av prosjektet var at flere brukere hadde blitt avklart, flere av langtidsmottakere hadde fått innvilget uføretrygd, og det ble færre avviksmeldinger og mindre støy på kontoret.

Statsforvalteren i Trøndelag opplyser at de fra 2023/2024 har innført en ny indikator om tjenester til personer med ROP-lidelser. Formålet med indikatoren er blant annet å hente inn nok informasjon til å kunne vurdere om i hvilken grad Nav-kontoret ivaretar disse personene, både når de søker om sosiale tjenester, og i den sosialfaglige oppfølgingen. Indikatoren legger blant annet vekt på det boligsosiale arbeidet, helhetlige og koordinerte tjenester, tilbud om lovpålagte oppfølgingstjenester som opplysning, råd og veiledning, individuell plan og kvalifiseringsprogrammet.

³¹⁰ Helsetilsynet. (2024). Nav-kontorenes ansvar for tjenesten økonomisk rådgivning til personer i en vanskelig økonomisk situasjon.

8.4 Arbeidsrettet oppfølging av personer med ROP-lidelser begrenses ofte til individuell jobbstøtte (IPS)

Nav tilbyr en rekke arbeidsrettede tiltak, blant annet avklaring, arbeidsrettet rehabilitering, varig tilrettelagt arbeid m.m.³¹¹, men disse tiltakene er ikke tilrettelagt for personer med ROP-lidelser. Litteraturgjennomgangen og intervjuer med informanter i Nav viser at personer med ROP-lidelser i stor grad ekskluderes fra arbeidsrettede tiltak på grunn av aktiv rus. Arbeids- og velferdsdirektoratet opplyser at IPS er den eneste arbeidsmodellen som direktoratet har oppdrag om å levere rettet mot personer med ROP-lidelser. Direktoratet opplyser videre at de ikke har planer om å innføre andre arbeidsrettede modeller eller tiltak som er tilpasset målgruppen, med mindre de får oppdrag om det.³¹² Arbeids- og inkluderingsdepartementet presiserer at IPS kan også brukes av personer med kun psykiske lidelser og kun rusmiddelutfordringer.³¹³

8.4.1 Oppfølging etter IPS-modellen fører til høyere yrkesdeltakelse enn tradisjonelle arbeidsmarkedstiltak

Individuell jobbstøtte (IPS) er et frivillig tilbud til pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som mottar behandling i helse- og omsorgstjenesten. Målet med IPS er å hjelpe pasienter som ønsker å delta i arbeidslivet, ut i ordinært, lønnet arbeid ved å gi dem individuelt tilpasset behandling og arbeidsrettet oppfølging.³¹⁴

Faktaboks 1 Grunnleggende IPS-prinsipper

1. Ønske om jobb er eneste inklusjonskriterium
2. Fokus på ordinært lønnet arbeid
3. Jobbsøk starter raskt
4. Måltrettet jobbutvikling
5. Deltakerens ønsker og preferanser er førende
6. Individuell tilpasset støtte over tid
7. Integrert i behandlingen
8. Økonomisk rådgivning inngår

Kilde: Helsedirektoratet.

Effektevalueringen av IPS konkluderte i 2016 at denne oppfølgingen fungerer bedre for personer med alvorlige psykiske lidelser i Norge enn tradisjonelle arbeidsmarkedstiltak. Av deltakerne som fikk IPS, hadde 37 prosent jobb ved 18 måneders oppfølging, sammenlignet med 27 prosent i kontrollgruppen.³¹⁵ De langsiktige effektene av IPS i Norge ble også bekreftet av en RCT-studie³¹⁶ som sammenlignet IPS-modellen med tradisjonelle arbeidsmarkedstiltak. Studien har vist at 43 måneder etter oppfølging hadde deltakerne som hadde fått oppfølging etter IPS-modellen, større sannsynlighet for å være i lønnet arbeid enn dem som fikk ordinær arbeidstrening.³¹⁷

³¹¹ Forskrift om arbeidsmarkedstiltak.

³¹² Riksrevisjonens intervju med Arbeids og velferdsdirektoratet 19. august 2024.

³¹³ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, 3. desember). [Brev fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet til Riksrevisjonen].

³¹⁴ Helsedirektoratet. (2022). *Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS) – rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid*.

³¹⁵ Reme mfl. (2016). *Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport*.

Kontrollgruppen ble fordelt til en høy-kvalitetsversjon av tradisjonelle arbeidsrettede tiltak.

³¹⁶ En randomisert og kontrollert multisenterstudie.

³¹⁷ Holmås mfl. (2021). *Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme*.

Flere informanter vi har intervjuet i helsetjenestene, Nav og ellers, bekrefter at IPS-tilnærmingen ofte gir gode resultater i arbeidsrettet oppfølging av personer med ROP-lidelser.³¹⁸ Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF melder om at de satser på IPS. For eksempel er det nå tilknyttet 22 IPS-jobbspesialister som jobber i St. Olavs hospital, og disse oppnår gode resultater. Flere av jobbspesialistene er direkte knyttet opp mot ROP-målgruppen.³¹⁹ Helse Sør-Øst RHF framhever at flere FACT-team og mange døgnposter har tilknyttet IPS-jobbspesialist, og at Sykehuset Innlandet, som nå har 27 IPS-jobbspesialister knyttet til seg, satser på å styrke tilbudet om IPS i psykisk helsevern og har ansatt en prosjektkoordinator.³²⁰ Det er kun Helse Vest RHF som melder at IPS ikke er lagt til rette for personer med ROP-lidelser i regionen.³²¹

8.4.2 Mange får ikke tilgang til IPS

IPS-jobbspesialister kan være ansatt i ulike sektorer. Ifølge Probas kartlegging av IPS-tjenester har de fleste av tjenestene organisert seg med jobbspesialistene ansatt i Nav, hvorav flertallet i det statlige Nav (82 prosent). En mindre andel av IPS-jobbspesialistene er ansatt i de kommunale Nav-kontorene, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og hos Navs tiltaksleverandører. IPS-tilbudene i Nav er finansiert over egen budsjettpost i statsbudsjettet, mens tilbudene i helse hovedsakelig er finansiert med ordinære driftsmidler.³²²

IPS kan være knyttet til en eller flere konkrete helsetjenester i helseforetak eller kommuner, blant annet psykisk helse og rus, FACT-/ACT-team, DPS eller døgnbehandlingsenheter. For å bli henvist til IPS må personen som regel være under behandling, der IPS er en del av tjenestetilbudet som rutinemessig tilbys pasientgruppen.³²³ Personen må være motivert, og bli henvist av behandleren til tiltaket.

I mange kommuner er ikke IPS tilgjengelig. Litt over halvparten, 54 prosent av kommunene, svarer at de har tilgang til minst én av IPS-tjenestene. Det er 27 prosent som svarer at de ikke har noen type IPS, mens 19 prosent svarer at de ikke vet. Som vist i Figur 25 har store kommuner best tilgang til IPS-tjenester, mens små kommuner har dårligst tilgang.

³¹⁸ Blant annet Riksrevisjonen (2024) Referat fra intervju med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid og Riksrevisjonen (2024) Referat fra intervju med Arbeids- og velferdsdirektoratet.

³¹⁹ Svar på skriftlige spørsmål fra Helse Midt

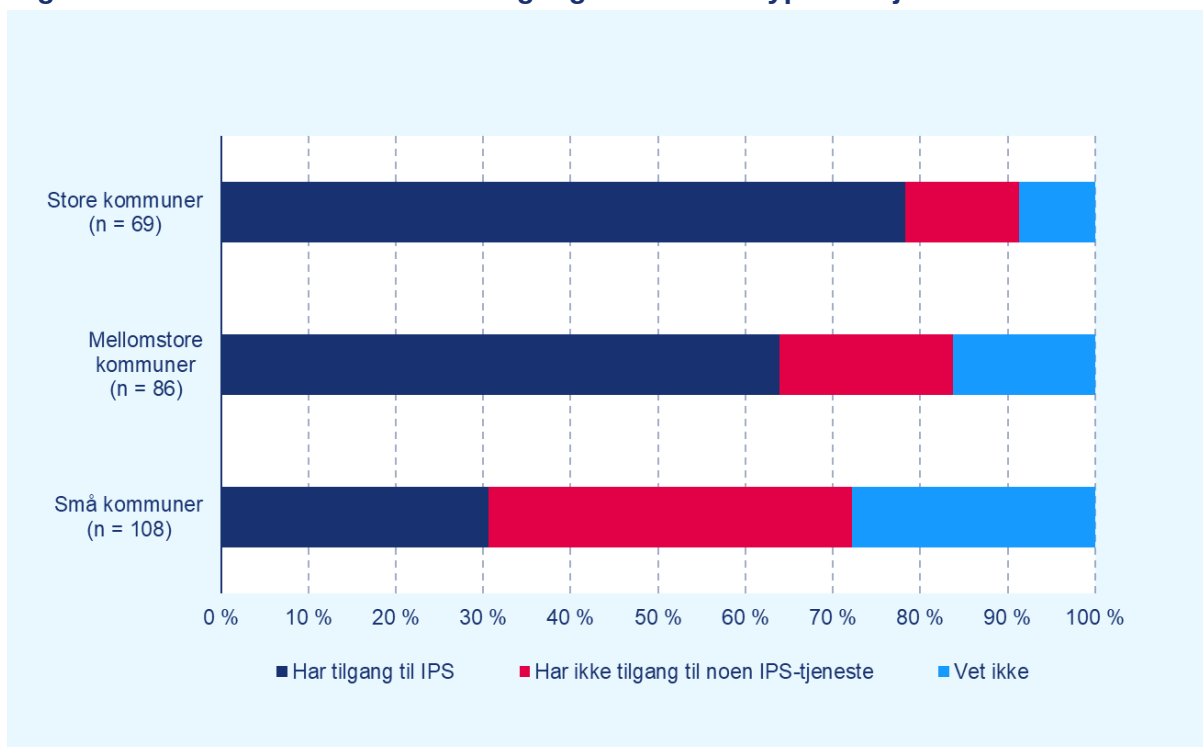
³²⁰ Svar på skriftlige spørsmål fra Helse Sør-Øst

³²¹ Svar på skriftlige spørsmål fra Helse Nord og Helse Vest

³²² Proba samfunnsanalyse. (2024). *Status for individuell jobbstøtte (IPS) i Norge*.

³²³ Helsedirektoratet. (2022). *Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS) – rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid*.

Figur 25 Andel av kommuner med tilgang til minst en type IPS-tjeneste

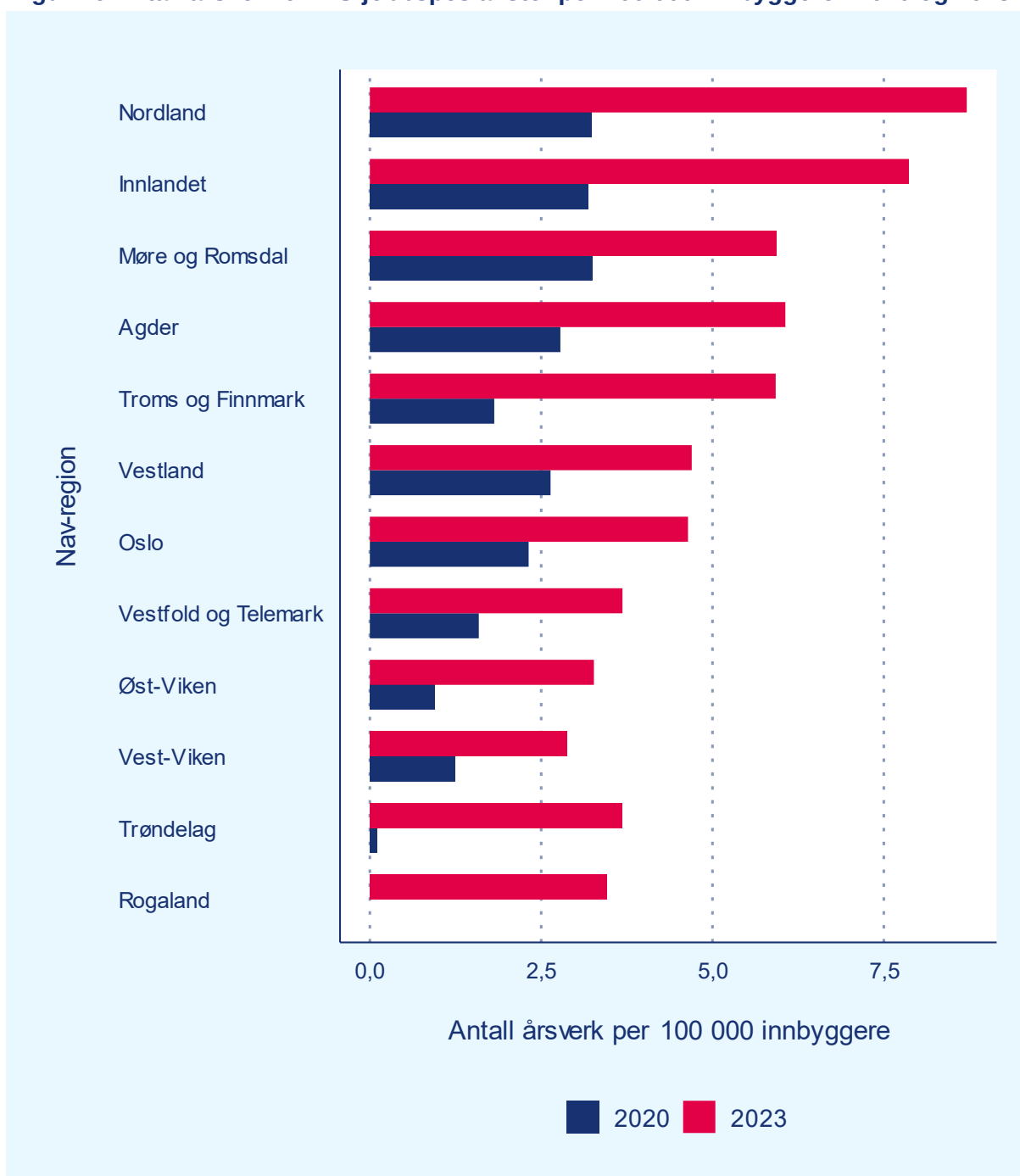


Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

IPS har blitt mer tilgjengelig, men det er fortsatt forskjeller mellom regionene

Vi har sett på antall årsverk av IPS-jobbspesialister og antall deltakere i tjenestene i regi av statlig Nav per 100 000 innbyggere i alle Nav-regioner i 2020 og i 2023. Tallene viser at antallet årsverk til IPS-jobbspesialister har gått opp i alle regionene.

Figur 26 Antall årsverk til IPS-jobbspesialister per 100 000 innbyggere i 2020 og 2023



Kilde: Statistikk fra Arbeids- og velferdsdirektoratet.

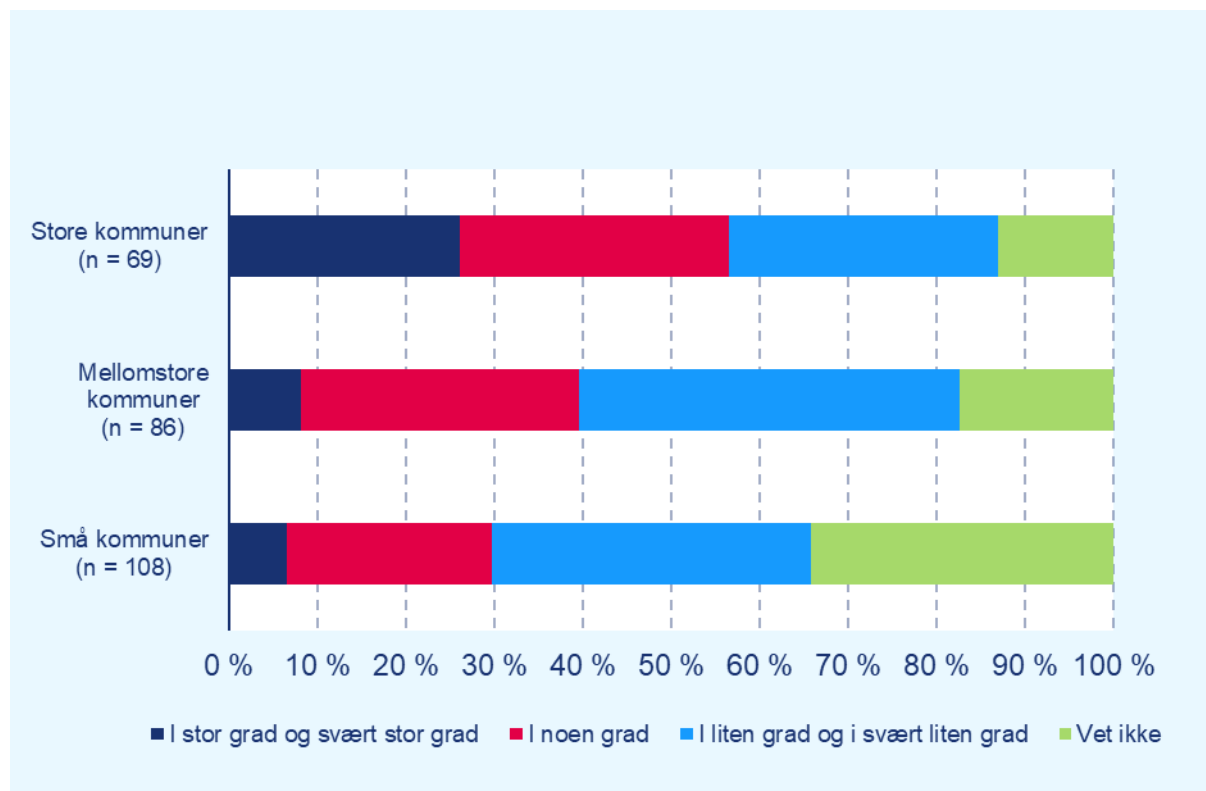
Figur 26 viser at antallet årsverk varierer betydelig mellom Nav-regionene, og at Nordland og Innlandet har det høyeste antallet årsverk per 100 000 innbyggere, henholdsvis 8,7 og 7,8 årsverk. Størst antall deltakere i IPS-tiltak per 100 000 innbyggere er også i Innlandet (74 deltakere) og Nordland (72 deltakere). I alle Nav-regionene unntatt Møre og Romsdal har antallet deltakere per 100 000 innbyggere steget fra 2020 til 2023.

En del personer med ROP-lidelser som kunne hatt nytte av IPS, får ikke IPS

Kommunene mener at en del personer med ROP-lidelser som kunne hatt nytte av IPS, ikke får det. Da vi spurte kommunene om det er personer med ROP-lidelser i kommunen som kunne hatt nytte av IPS, men som ikke får tiltaket, svarte 28 prosent av kommunene at det stemmer i noen grad, mens 12 prosent svarte i stor grad. Det var 23 prosent av kommunene som svarte «vet ikke». Det er, som

det framgår av Figur 27, flere store kommuner som svarer at de i stor grad har innbyggere med ROP-lidelser som kunne hatt nytte av IPS, men som ikke får det.

Figur 27 Det er personer med ROP-lidelser i kommunen som kunne hatt nytte av IPS, men som ikke får IPS



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene. Svar på spørsmål: «I hvilken grad stemmer utsagnet: Det er personer med ROP-lidelser i kommunen som kunne hatt nytte av IPS, men som ikke får IPS», n = 263.

Spørreundersøkelsen til psykisk vern og TSB viser at alle psykisk helsevern og de fleste TSB har IPS. Samtidig svarer en høy andel at IPS ikke i stor nok grad har kapasitet til å følge opp personer med ROP-lidelser.³²⁴

Personer med ROP-lidelser kan avslutte tiltaket for tidlig

Oppfølgingen fra IPS-jobbspesialister er tidsbegrenset i Norge. Den stoppes som regel når brukeren avslutter medisinsk behandling, selv om IPS-metodikken legger opp til tidsubegrenset oppfølging. Arbeids- og velferdsdirektoratet opplyser i intervju at dette er fordi brukeren skal ha integrert oppfølging av både IPS-jobbspesialist og behandler, ifølge et annet prinsipp i IPS.

IPS-jobbspesialister vi har snakket med i spesialisthelsetjenesten, mener at det er behov for lengre oppfølging i IPS enn behandlingsløpet legger opp til. Dette gjelder særlig de siste årene, da behandlingstiden i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert.³²⁵ IPS-jobbspesialistene oppgir at oppfølgingen av noen av deres brukere ble avsluttet for tidlig fordi de ble skrevet ut av behandlingen, selv om de fortsatt trenger oppfølging. I spørreundersøkelsen spurte vi psykisk helsevern og TSB om behandlingsløpet er langt nok til at pasientene får tilstrekkelig oppfølging fra IPS. På det svarte 33 prosent av psykisk helsevern og 38 prosent av TSB at behandlingsløpet deres i noen grad er langt

³²⁴ Spørsmål om i hvilken grad påstanden stemmer om «Det er tilstrekkelig kapasitet i IPS til å følge opp pasienter med ROP-lidelser som ønsker det» ble stilt til alle (15) psykisk helsevern og 8 TSB som svarte at de hadde IPS. Fem psykisk helsevern (33 prosent) svarte «i stor grad», fem (33 prosent) svarte «i noen grad», to (13 prosent) svarte «i liten grad» og tre (20 prosent) svarte «vet ikke». Tre TSB (37,5 prosent av de som svarte) svarte «i stor grad», tre (37,5 prosent) svarte «i noen grad», én (12,5 prosent) svarte «i liten grad» og én svarte «vet ikke».

³²⁵ Riksrevisjonens intervju med Arbeids og velferdsdirektoratet 19. august 2024.

nok.³²⁶ Proba-kartleggingen peker på at deltakerne opplever det som utfordrende at det er usikkert om de fortsatt kan delta i IPS-tilbudet dersom behandlingen avsluttes.³²⁷

I en av kommunene vi har gjennomført intervjuer fantes det en IPS som er knyttet til sosiale tjenester i Nav i stedet for en helsetjeneste. Ifølge informanter i denne kommunen gir helsetjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten ofte kortvarig oppfølging, mens sosialtjenestene følger personene opp over lang tid. Derfor praktiserer denne IPSen tidsbegrenset oppfølging, som avsluttes når kandidaten ikke har lenger behov for den. Samtidig forsvinner helseaspektet siden IPS-jobbspesialisten samarbeider med Nav-veiledere og sosionomer, og ikke med helsepersonell.

8.4.3 Rammebetingelser og intern kommunikasjon i Nav kan stå i veien for å gi god oppfølging i IPS

Arbeidsrettet tilrettelegging til voksne med alvorlige ROP-lidelser krever ofte at IPS-jobbspesialisten og Nav-veilederen samarbeider tett. Det er særlig behov for å samarbeide med NAV-veileder når det oppstår spørsmål om ytelser og stønader, og dersom det er behov for å ta i bruk NAVs virkemidler. Det siste kan handle om virkemidler som lønnstilskudd, mentortilskudd, inkluderingstilskudd m.m.³²⁸

IPS-jobbspesialister vi har snakket med, påpekte utfordringer i kommunikasjon med Nav-veiledere. For eksempel fortalte en informant om at det hendte at lønnstilskudd ikke ble opprettet, eller at ytelser ble redusert på grunn av at Nav-veilederen ikke hadde tid til å svare eller svarte for sent. En IPS-jobbspesialist, som var ansatt i Nav, forteller at kommunikasjonen mellom den statlige og kommunale delen av Nav ikke var bra, selv om de sitter samme sted. Utfordringen blir enda større når IPS-jobbspesialister ikke er ansatt i Nav, men hos en tiltaksleverandør og dermed ikke har tilgang til Navs systemer. Da må all kommunikasjonen med brukernes Nav-veileder gå gjennom andre IPS-jobbspesialister som er ansatt i Nav. Arbeids- og velferdsdirektoratet opplyser i intervju at det er 13 IPS-jobbspesialister som er ansatt hos tiltaksleverandører i Trøndelag.

Flere IPS-jobbspesialister har påpekt at det bør innføres jevnlige møter mellom IPS-jobbspesialisten, brukeren og Nav-veilederen for å avklare hvilke tilpasninger som bør gjøres for å få lønnet arbeid, og hvilke konsekvenser lønnet arbeid kan ha for brukerens økonomi.

Intervjuene har også synliggjort at IPS-jobbspesialister møter mange dilemmaer i sitt arbeid. For eksempel fortalte en informant om stort arbeidspress og ventelister, at de må rapportere på flere parametere, og de får tydelige styringssignaler fra ledelsen om å prioritere unge brukere mellom 18 og 35 år. Samtidig har de en del personer med ROP-lidelser i porteføljen, og disse har omfattende tilretteleggingsbehov som krever mye samarbeid med Nav-veilederen. Disse brukerne har utfordringer med oppmøte, og det kan tidvis være vanskelig å opprettholde kontakt med dem. Proba-kartleggingen av IPS beskriver også slike dilemmaer.³²⁹ Derfor er det risiko for at IPS-jobbspesialister, i sin utøvelse av skjønn, kan nedprioritere personer med ROP-lidelser for å ha tid til andre prioriterte oppgaver og brukergrupper.

Arbeids- og velferdsdirektoratet opplyser at de er kjent med at det er et krysspress mellom prioriteringene for de som jobber med IPS. På den ene siden skal personer som har alvorlige og moderate lidelser få tilbud om IPS. Samtidig sier direktoratet at IPS-jobbspesialistene som regel prioriterer personer som er friskere og står nærmere arbeidslivet. Direktoratet opplyser videre at de jobber for at IPS skal prioritere personer med alvorlige og sammensatte lidelser. Spesialisthelsetjenesten har på sin side kortere behandlingstider, noe som gjør at mange med

³²⁶ Spørsmålet ble stilt til 15 psykisk helsevern og 8 TSB som oppga at de hadde IPS.

³²⁷ Proba samfunnsanalyse. (2024). *Status for individuell jobbstøtte (IPS) i Norge*.

³²⁸ Proba samfunnsanalyse. (2024). *Status for individuell jobbstøtte (IPS) i Norge*.

³²⁹ Proba samfunnsanalyse. (2024). *Status for individuell jobbstøtte (IPS) i Norge*.

alvorlige lidelser ikke er i behandling og dermed ikke får tilbud om IPS. Behandlere kan også la være å henvise pasienter til IPS på grunn av at de antar at de er for syke.³³⁰

8.4.4 Informasjonsdelingen mellom helsetjenestene og IPS-jobbspesialistene er utfordrende

IPS-modellen bygger på prinsippet om at jobbstøtte er integrert i helsebehandling. I 2021 ble samarbeidet mellom Nav og helsetjenesten om IPS evaluert. Evalueringen pekte på flere viktige faktorer for at IPS skal integreres i helsetjenester på en god måte: samlokalisering av jobbspesialist og behandlingsteam, formelle tilganger til journalsystem, ledelsesforankring, felles team-identitet og likeverdighet.³³¹

Helsedirektoratet redegjorde i brev av 27. april 2022 for de rettslige rammene for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og Nav om IPS.³³² Bakgrunnen var et ønske om å tydeliggjøre ansvars-, oppgave- og rollefordelingen mellom de to sektorene og klargjøre finansieringen av IPS-jobbspesialister. Her går det fram at IPS-jobbspesialistene i framtiden skal ansettes i og finansieres av Nav. I brevet slår Helsedirektoratet videre fast at IPS-jobbspesialistens oppgaver ikke anses som helsehjelp, og at nødvendig dokumentasjon knyttet til slike oppgaver ikke skal føres i pasientens journal. Direktoratet understreket også at taushetsbelagte opplysninger ikke kan deles fritt mellom helsepersonellet og IPS-jobbspesialisten uten pasientens/brukerens samtykke.

Proba-kartleggingen av IPS bekrefter at samarbeidet mellom Nav og helsesektoren om IPS har blitt mer krevende etter Helsedirektoratets brev ble sendt. Videre er integrasjonen svekket mellom den arbeidsrettede oppfølgingen og behandlingen, slik denne er definert i IPS-metodikken. Både behandlere og IPS-jobbspesialister erfarer at den løpende samhandlingen og dialogen rundt den enkelte deltakeren er mer krevende når jobbspesialisten ikke er så integrert i behandlingsteamet som man skulle ønske. Rapporten trekker fram at både behandleren og jobbspesialisten går glipp av verdifull informasjon når de ikke har løpende kontakt og mulighet for dialog i journalsystemet. I noen tilfeller kan dette skape kritiske situasjoner for deltakeren. Et eksempel på dette er en behandler som ikke fikk informasjon fra IPS-jobbspesialisten om at en pasient har blitt suicidal. Dette hadde behandleren fått beskjed om med en gang hvis det hadde blitt ført i journalen.³³³

Dette bekreftes også av intervjuer vi har gjennomført med IPS-jobbspesialister. Siden IPS-metoden innebærer at IPS-jobbspesialister bør tilbringe over 65 prosent av arbeidstiden sin utenfor kontoret, har det blitt vanskeligere og mer tidkrevende for dem å oppdatere seg om brukernes behandlingsstatus og informere behandlere om IPS-arbeid underveis i oppfølgingen. IPS-jobbspesialister savner mulighet til å legge notater i pasientjournaler og oppdatere seg om brukernes behandling.

Både Proba-kartleggingen og våre intervjuer viser at IPS-tjenestene prøver å finne løsninger som er i tråd med de nye juridiske føringene, og som kan bidra til bedre kommunikasjon. Her er noen eksempler på løsninger som er prøvd ut:

- Det gjennomføres anonymiserte behandlingsmøter, slik at IPS-jobbspesialister kan delta i hele møtet.
- Det avtales faste tider i møtet til anonymiserte gjennomganger av nye brukere.
- IPS-jobbspesialister deltar i deler av behandlingsmøter der kun brukere med samtykke diskuteres.
- Det gjennomføres felles møter der brukeren (med samtykke), behandleren og jobbspesialisten deltar.³³⁴

³³⁰ Riksrevisjonens intervju med Arbeids og velferdsdirektoratet 19. august 2024.

³³¹ Fyhn mfl. (2012) *Evaluering av samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om Individuell jobbstøtte (IPS)*.

³³² Helsedirektoratet (2022) *Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS) – rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid*.

³³³ Proba samfunnsanalyse. (2024). *Status for individuell jobbstøtte (IPS) i Norge*.

³³⁴ Riksrevisjonens intervju med Arbeids og velferdsdirektoratet 19. august 2024.

Proba-kartleggingen viser også at de gode lokale løsninger for å forbedre kommunikasjon mellom tjenestene fører til at brukertilfredsheten med IPS-tjenestene fortsatt er høy. Intervjuene gjennomført i kartleggingen tyder på at deltakerne opplever samhandlingen mellom jobbspesialist og behandler som god, og at de i liten grad merker at integrasjonen kan være noe svekket eller vanskeligere å få til ved noen av tilbudene. Samtidig framhever kartleggingen behov for mer samkjørte styringssignaler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, og som viser tydelig at sektorene skal samarbeide om å gjennomføre IPS. Framover mener forskerne det er viktig at helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren sammen legger til rette for at IPS-tjenestene kan gjennomføres i tråd med metodikken, og sikrer en videre drift med god kvalitet. Om de to sektorene skal bli fullt integrerte i gjennomføringen av IPS, trengs det sannsynligvis en lovendring.³³⁵

Lovverk skaper utfordringer for IPS

«IPS er den eneste modellen vi har som vi vet fungerer for å få denne målgruppen ut i jobb. Og det er synd at de juridiske begrensningene i Norge gjør det umulig å jobbe etter modellen i sin helhet, selv om tjenestene prøver å finne løsninger og veier rundt de juridiske utfordringene.»

Kilde: Intervju med Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Arbeids- og velferdsdirektoratet er enig i at brevet fra Helsedirektoratet skapte en utfordring i kommunikasjonen mellom Nav og behandlere. Direktoratet opplyser at de har som mål å finne gode løsninger for kommunikasjon og deling av opplysninger selv om IPS-jobbspesialister mangler tilgang til journalsystemer, og selv om behandlere og IPS-jobbspesialister ikke kan dele opplysninger uten samtykke. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har gjort endringer i sin *forskrift om oppfølgingstiltak i arbeids- og velferdsetatens egenregi* for at den skal passe bedre med IPS-modellen. Samtidig kan ikke departementet gjøre endringer knyttet til helsedelen av oppfølgingen i IPS, som det også er behov for. Samarbeidet mellom sektorene om IPS må i større grad baseres på samtykke og at dette innhentes systematisk.³³⁶

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har også gitt Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet i felles oppdrag å utarbeide nasjonale faglige anbefalinger om arbeid og helse. Direktoratene arbeider blant annet med å utarbeide faglige anbefalinger for IPS.³³⁷

Arbeids-/utdanningsspesialister er helsepersonell

I desember 2022 utlyste Helsedirektoratet tilskuddsordningen *Individuell jobbstøtte (IPS) i helse- og omsorgstjenesten*, som åpnet for finansiering av stillinger til arbeids-/utdanningsspesialister i FACT-/ACT-teamene. Disse spesialistene er ansatt i teamet og yter helsehjelp på linje med de andre teamansatte, med en særlig oppmerksomhet på aktivitet og rehabilitering til arbeidsdeltakelse og utdanning. De anses som helsepersonell, og de har tilgang til og dokumenterer sitt arbeid i pasientjournaler. Arbeids-/utdanningsspesialistene har ikke tilgang til Navs systemer og ifølge Helsedirektoratets brev av 25. mai 2023 må ikke følge IPS-modellen, men eventuelt kan innlemme elementer av IPS hvis det er hensiktsmessig.³³⁸

Arbeids-/utdanningsspesialister i FACT-/ACT-teamene er en løsning for å unngå barrierene som skapes av sektorielle regelverk. Siden spesialistene regnes som helsepersonell kan de utveksle informasjon fritt med teamet underveis. Men arbeids- og utdanningsspesialistene mangler imidlertid den tydelig definerte og kunnskapsbaserte metodikken som IPS-jobbspesialistene jobber etter. En delvis løsning kan være at de får opplæring i IPS-metodikken og bruker elementer av denne for å få brukerne ut i arbeid, utdanning og aktivitet. Ifølge NAPHA vil de fleste av dem likevel ikke kunne bli

³³⁵ Proba samfunnsanalyse. (2024). *Status for individuell jobbstøtte (IPS) i Norge*.

³³⁶ Riksrevisjonens intervju med Arbeids og inkluderingsdepartementet 9. september 2024.

³³⁷ Riksrevisjonens intervju med Arbeids og inkluderingsdepartementet 9. september 2024.

³³⁸ Helsedirektoratet. (2023). *Forklaring av rollen som arbeids-/utdanningsspesialist*.

medlem av et IPS-team eller ha tilgang på en metodeveileder, som er helt sentrale deler i den kunnskapsbaserte IPS-metodikken. Derfor er dette langt fra en fullgod løsning på dilemmaet med at teamene ikke kan ansette IPS-jobbspesialister og definere dem som helsepersonell.³³⁹ Helsedirektoratet opplyser at en arbeids- og utdanningsspesialist kan fungere som en kontaktperson for IPS-jobbspesialist og spre informasjon til andre i teamet om arbeidsrettet rehabilitering.³⁴⁰

8.5 Årsaker til at denne gruppen i liten grad tar i bruk kommunale aktivitetstilbud

I spørreundersøkelsen og i intervjuene nevner informantene flere lavterskel aktivitetstilbud i regi av kommuner og frivillige organisasjoner som personer med ROP-lidelser kan ta i bruk, men som brukes lite. Dette er blant annet gruppetiltak (tur- og treningsgrupper), dags- og aktivitetssentre og kafeer. Spørreundersøkelsen viser også at store kommuner gjennomgående har flere ulike aktivitetstilbud enn mellomstore og små kommuner.

Tabell 9 Årsaker til at personer med ROP-lidelser ikke har tilstrekkelig meningsfull aktivitet

Årsaker	Prosent
Personen er ikke motivert/ønsker ikke å delta i aktiviteter	86 %
Kommunen mangler lavterskeltilbud for personer i aktiv rus	52 %
Kommunen har for lite differensiert tilbud	51 %
Kommunen mangler tilbud til personer med høy voldsrisiko	49 %
Personen trenger støtte for å kunne delta i aktiviteter, noe kommunen ikke har kapasitet til å gi	42 %
Kommunen mangler lavterskeltilbud for personer med ROP-lidelser	38 %

n = 225

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

Tabell 9 viser at svært mange kommuner oppgir mangel på motivasjon til å delta i aktiviteter som en hovedårsak. Aktiv rus er også en viktig årsak som hindrer personer med ROP-lidelser å delta i aktiviteter, fordi de aller fleste tilbudene krever rusfrihet. En informant forklarer at en person som ønsker å bli rusfri, ikke skal måtte gå sammen med rusede, men bør være i et miljø som oppleves trygt og rusfritt. Informanter nevner MO-sentrene³⁴¹ som et av de få aktivitetstilbudene som tillater aktiv rus. Videre nevner informanter at det kan være vanskelig for personer med ROP-lidelser å møte opp til avtalt tid, at avstanden til aktivitetene kan være lang, og at de kan mangle penger til kollektivtransport.

Både intervjuene og spørreundersøkelsen til kommunene viser at mange kommuner satser på IPS for å aktivisere personer med ROP-lidelser, men mange personer med alvorlige ROP-lidelser er for dårlige for IPS og trenger et enklere aktivitetstilbud. Dette særlig gjelder personer i aktiv rus og personer med høy voldsrisiko. Som det framgår av Tabell 9, har halvparten av kommunene opplyst at slike tilbud mangler i deres kommune. Spørreundersøkelsen viser også at personer trenger støtte for å kunne delta i aktiviteter, noe kommunen ikke har kapasitet til å gi.

³³⁹ Riksrevisjonens intervju med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) 25. september 2024.

³⁴⁰ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

³⁴¹ MO-sentrene (mottaks- og oppfølgingssentre) er ressursentre for personer med rusavhengighet

9 Pårørende

Den nasjonale pårørendeundersøkelsen for 2020/2021 viser at en del pårørende til personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer har et omfattende, sammensatt og særlig tyngende ansvar, og kan gå ut over økonomi, og sosiale relasjoner. De svarer i større grad enn pårørende til flere andre grupper at pårønderollen går ut over egen helse. økonomi, sosialt nettverk og familierelasjoner. De vurderer egen helse som dårligere enn andre pårørendegrupper, og de har i større grad oppsøkt eller mottatt helsehjelp for belastninger knyttet til pårønderollen. Pårørende til personer med ROP-lidelser er overrepresentert blant dem som mener de gjør oppgaver helse- og omsorgstjenesten burde ha gjort.³⁴²

Regjeringens pårørendestrategi 2021–2025 har tre hovedmål for å involvere pårørende og ivareta deres helse:

- Anerkjennelse pårørende som en ressurs.
- God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårønderollen med utdanning og arbeid.
- Ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre.³⁴³

Ifølge bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM er det å være pårørende for personer med ROP-lidelser en kontinuerlig og stor belastning. Det oppleves ofte som en konstant og pågående krise. Pårørende er gjerne preget av usikkerhet om hvordan det går med personen, og av egne traumer. Pårørende til personer med ROP-lidelser blir ofte utsatt for vold. Representanter for et lokallag til pårørendeorganisasjonen LPP påpeker at pårørende får stadig flere oppgaver. Dette skyldes at en økende del av oppfølgingen og behandlingen av personer med ROP-lidelser skjer poliklinisk, der pasienten tidligere oppholdt seg i døgntilrettelagt behandling i perioder med høy sykkelhet.

Oppgaver som pårørende ofte har

«Noen må da gjøre oppgavene som blir gjort i døgntilrettelagt behandling, og dette blir pårørende. Pårørende fungerer som bank, hotell og koordinator og får stadig tyngre omsorgsoppgaver.»

Kilde: Intervju med bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM.

Stigma gjør at det er begrenset forståelse for psykisk sykdom og rusmiddelproblemer i samfunnet, og det er vanskeligere for pårørende å forklare og å få forståelse for situasjonen de står i.³⁴⁴

Hvordan samfunnet møter pårørende

«Når en forelder blir kreftsyk, stiller lokalsamfunnet opp, og på skolen blir barnet møtt med forståelse for at hen ikke har gjort lekser. Det samme skjer ikke med de fleste barn av personer med ROP-lidelser. De fleste pårørende opplever at ingen kommer på døra når deres nærstående blir syk, og barn blir ikke møtt med samme forståelsen på skolen.»

Kilde: Intervju med pårørendeorganisasjonen LPP.

³⁴² Opinion AS. (2022). *Nasjonal pårørendeundersøkelse*.

³⁴³ KORUS Midt. (2024). *Brukererfaringsundersøkelse. Hvordan opplever personer med rusmiddelproblemer de kommunale tjenestene de mottar?*

³⁴⁴ Riksrevisjonens intervju med pårørendeorganisasjonen LPP 26. juni 2024.

Å leve tett på personer med psykisk lidelse og rusproblemer fra ung alder kan påvirke både selvfølelsen og helsa negativt. Mange barn som pårørende opplever skyldfølelse og utenforskap og har stort behov for hjelp.³⁴⁵

9.1 Pårørendeinvolvering i kommunene og spesialisthelsetjenesten er mangelfull

9.1.1 Pårørende får lite informasjon og opplever at informasjon er utilgjengelig

Helsepersonell må som hovedregel ha pasientens eller brukerens samtykke for å dele informasjon med pårørende. Sensitive opplysninger om helsetilstand og behandling kan ikke deles uten samtykke. Pårørende har rett til generell informasjon og veiledning som ikke er taushetsbelagt, inkludert informasjon om tjenester og rettigheter.

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

Pårørendeundersøkelsen i evalueringen av pakkeforløpet for psykisk helse og rus viser at det ofte er vanskelig for pårørende å få informasjon. De pårørende selv må «presse seg på» for å få den informasjonen de trenger, og for at de skal bli godt nok involvert³⁴⁶. Det samme viser en kvalitativ undersøkelse av samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser: Det skjer lite informasjonsutveksling mellom de pårørende og tjenestene, selv om de pårørende har et omfattende ansvar for brukeren og opplever store belastninger.³⁴⁷

Taushetsplikten kan opplagt være et hinder for pårørendesamarbeid, hvis pasienten ikke har gitt samtykke til samarbeid med de pårørende.³⁴⁸ Pårørende erkjenner viktigheten av at tjenestene respekterer pasientens ønsker, men mener at helsepersonell likevel kan gi generell informasjon til pårørende. Pårørendeorganisasjoner peker på at mange helsepersonell i kommunene og spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om hvilken informasjon de kan dele med pårørende, og at dette skyldes dårlig opplæring om lovverket rundt taushetsplikt.³⁴⁹

³⁴⁵ Riksrevisjonens intervju med pårørendeorganisasjonen LPP 26. juni 2024.

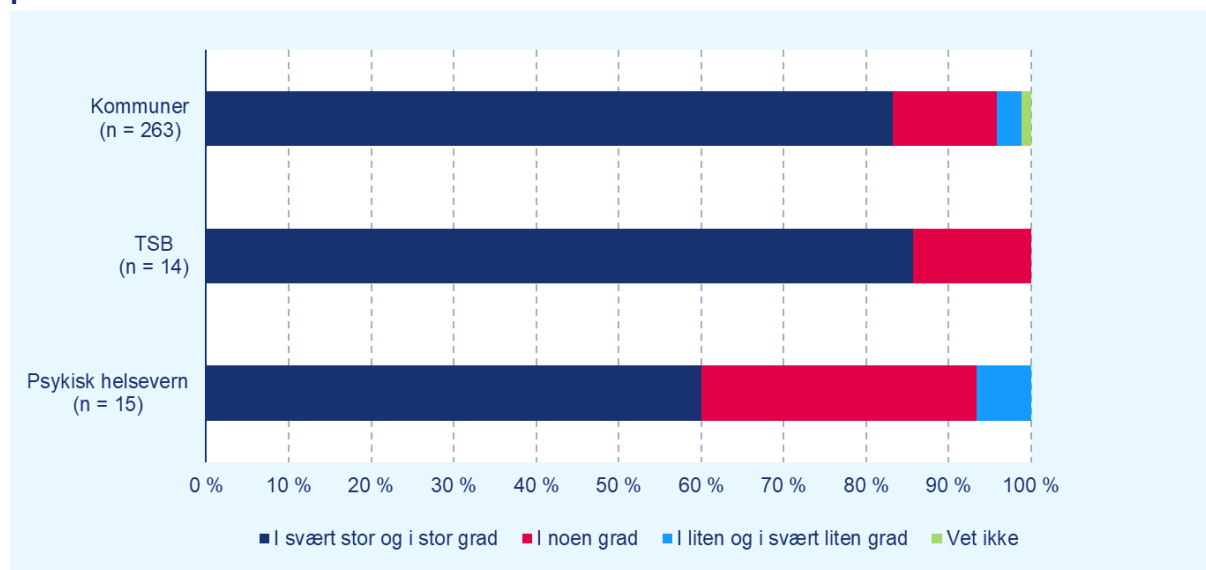
³⁴⁶ Ådnanes, Høiseth, Magnussen, Thaulow, & Kaspersen, (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus –brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. Pårørendeundersøkelsen inneholder intervjuer med 13 pårørende.

³⁴⁷ Bjørkquist & Hansen. (2017). *Samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser*.

³⁴⁸ Nasjonal senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2021) *Rutinene må være generelle, men tiltakene må være individuelle. Om pasienters og pårørendes erfaringer med pårørendeinvolvering*.

³⁴⁹ Riksrevisjonens intervju med pårørendeorganisasjonen LPP 26. juni 2024 og Riksrevisjonens intervju med bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM 19. juni 2024.

Figur 28 Reglene for taushetsplikt er tydelige når det gjelder å dele informasjon med pårørende



Kilde: Spørreundersøkelser til psykisk helsevern, TSB og kommuner. Spørsmål om i hvilken grad denne påstanden stemmer: «Reglene for taushetsplikt er tydelige når det gjelder å dele informasjon med pårørende».

Figur 28 viser at nesten alle kommunene og TSB mener reglene for taushetsplikt i stor grad er tydelige når det gjelder å dele informasjon med pårørende. Det samme gjelder også mer enn halvparten i psykisk helsevern.

Det kan være flere grunner til at tjenestene mener reglene er tydelige samtidig som de pårørende opplever å ikke få nok informasjon. Blant annet kan kompleksiteten i lidelsene, behandlingen og oppfølgingen gjøre det vanskelig å gi klar og konsistent informasjon. Men det kan også hende at tolkningen av taushetsplikten er ulik og i noen tilfeller for streng. Andre årsaker kan være at helsepersonell ikke har fått nok opplæring og mangler kunnskap om hvilken informasjon som kan deles, at informasjon ikke tilpasses til den konkrete pårørende, at tjenestene er dårlig koordinert, og at dialog med pårørende nedprioriteres på grunn av begrensede ressurser.

Hver ROP-pasient har unike behov og utfordringer, noe som gjør det vanskelig å lage en informasjonsløsning som er tilpasset for alle. Pårørende trenger ofte skreddersydd informasjon som tar hensyn til den spesifikke situasjonen. Pårørendeorganisasjoner opplyser at pårørende ofte opplever at de ikke får nok klar og forståelig informasjon, selv om tjenestene kan vise at de har gitt informasjon til pårørende³⁵⁰

9.1.2 Pårørende opplever i liten grad å bli involvert og å kunne medvirke i behandlingen

I nasjonal pårørendeveileder fra Helsedirektoratet løftes det fram at de pårørende ofte er den viktigste støtten pasienten har, at de er en viktig ressurs i behandlingstilbudet, og at de kan spille en viktig rolle for å ivareta pasientens interesser.³⁵¹ I undersøkelsen om helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko oppdaget Ukom at helsetjenesten i for liten grad undersøkte pårørendes perspektiv: hvordan nærmeste pårørende opplever at pasienten fungerer utenfor institusjonen, deres kunnskap om hva som plager pasienten, og hva som har hjulpet pasienten tidligere.³⁵² Pårørende er også en viktig kilde til informasjon om farepotensialet/voldsriskoen til personer med ROP-lidelser, og det er viktig at helsepersonell spør de pårørende om dette.³⁵³ Bruker- og pårørendeorganisasjoner

³⁵⁰ Riksrevisjonens intervju med bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM 19. juni 2024.

³⁵¹ Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder*.

³⁵² Ukom. (2023). *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*.

³⁵³ Riksrevisjonens intervju med pårørendeorganisasjonen LPP 26. juni 2024.

bekrefter at pårørende i mange tilfeller ikke får gi innspill og informasjon til tjenesten, selv om de har viktig kunnskap om pasienten.³⁵⁴

Personen er elsket

«Det er viktig for behandleren å vite hvem denne personen var før sykdommen, og at hen var og er elsket av noen, og det er pårørende som kan fortelle om 'den friske historien'».

Kilde: Intervju med pårørendeorganisasjonen LPP.

Intervjuer med behandlere, koordinatore og ledere i to helseforetak viser at involvering av pårørende skjer i varierende grad, og at det er ofte opp til en enkel seksjon eller behandler å bestemme hvordan og i hvilken grad pårørende blir involvert. Enkelte avdelinger og behandlere ser på pårørende som en viktig ressurs og involverer dem fra starten av behandlingen, mens andre nedprioriterer pårørendeinvolveringen.

De vanligste årsakene som ble nevnt når behandlere nedprioriterer involvering av pårørende, er at det er for lite ressurser, at det mangler et godt varslingssystem og system for å følge opp varsler, at pasienter ikke ønsker å involvere pårørende, og at pårørende ikke ønsker kontakten på grunn av for eksempel skam og utmattelse. Likevel var de aller fleste informantene enig i at det er viktig å involvere pårørende både i utredning, i diagnostisering og i behandling av pasienter med ROP-lidelser.

Faktaboks 2 Godt eksempel på pårørendeinvolvering

Seksjonen Psykose ved sykehuset i Levanger har involvering av pårørende som et fast punkt i behandlingsplaner/sjekkliste. Miljøkontakten/behandleren prøver å få kontakt med de pårørende innen det første døgnet for å presentere behandlingsteamet. I løpet av de to første døgnene avtales den første familiesamtalen. Dette gjøres i samarbeid med pasienten. I den første familiesamtalen prøver behandlingsteamet blant annet å innhente komparentopplysninger³⁵⁵ om pasienten. Teamet prøver å ringe pårørende i slutten av hver uke for å fortelle om utviklingen i behandlingen. I tillegg har seksjonen et fast opplegg for pasienter og pårørende – Psykoedukativt familiearbeid (PEF), som går i ett til to år. Gruppelederne går gjennom bestemte temaer som er kompliserte for psykosepasienter og deres pårørende. Seksjonen prioriterer dette fordi familiesamarbeid har dokumentert effekt i behandling av personer med psykoselidelser.

Kilde: Intervjuer med lederen og ansatte ved seksjon Psykose, sykehuset i Levanger.

En bruker- og pårørendeorganisasjon mener at involvering av pårørende gir helsegevinster for både personen med ROP-lidelser og de pårørende. De opplever at pårørende blir mindre slitne og får bedre helse når de blir involvert. Hvis brukeren er mindre villig til å ta imot behandling, kan pårørende i mange tilfeller være med på å motivere for behandling, som kan bidra til bedre helse og dermed færre liggedøgn i psykisk helsevern og TSB.³⁵⁶

Intervjuer med ansatte i tre kommuner som gir ulike tjenester til personer med ROP-lidelser, viser at disse kommunene ikke har gode opplegg for å involvere pårørende. Vi har fått inntrykk av at de fleste informantene i liten grad involverer pårørende, og at det hovedsakelig skjer når pårørende selv tar kontakt. Informantene forklarer dette med at brukere med ROP-lidelser ikke har pårørende eller ikke ønsker å involvere dem. Ett av de få gode eksemplene på involvering av pårørende i kommunene som

³⁵⁴ Riksrevisjonens intervju med bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM 19. juni 2024.

³⁵⁵ Opplysninger som gis av en person som kjenner pasienten godt, for eksempel et familiemedlem eller en venn.

³⁵⁶ Riksrevisjonens intervju med pårørendeorganisasjonen LPP 26. juni 2024.

vi har sett, var pårørendearbeid i MO-senteret Gyldenpris i Bergen, der ansatte har tett dialog med pårørende og tilstreber å få samtykke fra brukere hvis pårørende ønsker å bli involvert.

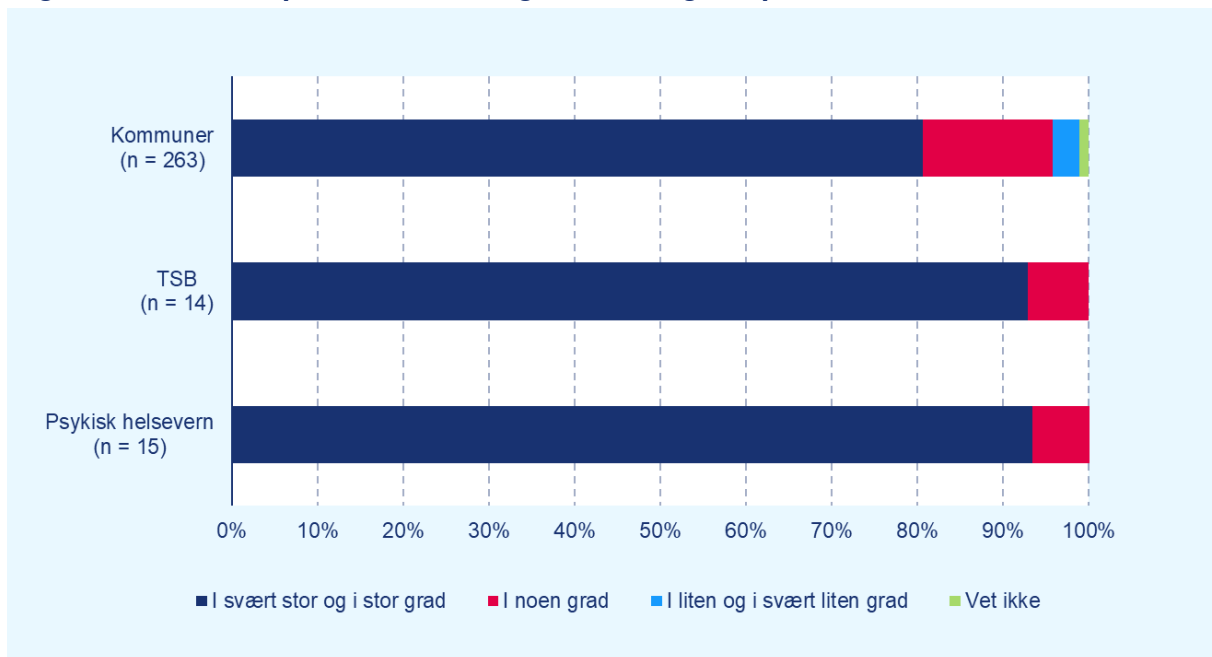
Pårørendearbeid i kommuner

«De fleste kommuner har liten kompetanse og liten erfaring om hvordan å drive med godt pårørendearbeid. For mange kommuner er pårørendestrategi og tilbud til pårørende på rusfeltet nybrottsarbeid, selv om retningslinjer og veiledere har anbefalt dette i mange år.»

Kilde: Intervju med bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM.

Graden av pårørendeinvolvering oppleves også ulik av pårørende og tjenestene. Som det framgår av Figur 29, viser spørreundersøkelsene til kommunene, psykisk helsevern og TSB at nesten alle kommunene og helseforetak opplever at de involverer pårørende så langt som mulig når pasienten ønsker det. Likevel har vi hørt fra flere informanter, både pårørende og ansatte som jobber med personer med ROP-lidelser, at pårørendeinvolveringen ikke er god nok.

Figur 29 Involverer pårørende så langt som mulig når pasienten ønsker det



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelser til psykisk helsevern, TSB og kommuner.

Helsedirektoratet erfarer at det ofte er et misforhold mellom helsetjenestenes vurdering og hvordan brukere og pårørende vurderer tjenestene. Ofte svarer helsetjenestene at de er gode på brukermedvirkning og på å involvere og følge opp pårørende, mens brukere og pårørende har motsatt erfaring. Flere målinger og rapporter viste stor variasjon i hvordan brukere og pårørende involveres og får medvirke, og en risiko for at lovpålagte rettigheter ofte brytes. Derfor utarbeidet direktoratet i 2021 *Nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet*³⁵⁷. I september 2024 lanserte direktoratet pårørendeavtaler fordi det var behov for et bedre samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten.³⁵⁸ Pårørendeavtalen avklarer blant annet roller, regler for informasjonsdeling/taushetsplikt og andre forhold som tydeliggjør hvordan samhandlingen med pårørende skal være. Pårørendeavtalene blir en del av Pårørendeveilederen.

³⁵⁷ Riksrevisjonens intervju med Helsedirektoratet 27. august 2024.

³⁵⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Regjeringen lanserer pårørendeavtaler*.

9.1.3 Pårørendeinvolveringen revurderes i varierende grad

ROP-retningslinjen anbefaler at muligheten for å involvere pårørende bør revurderes kontinuerlig. En bruker- og pårørendeorganisasjon peker på at forholdet til pårørende hos en person med ROP-lidelser kan endre seg fra dag til dag. Det er ikke tilstrekkelig at tjenestene spør brukeren om involvering av pårørende bare én gang. De må spørre flere ganger, med mål om å finne et tidspunkt hvor personen er klar til å involvere pårørende.³⁵⁹ For eksempel beskriver behandlere at de kan bruke opptil tre uker før en pasient sier ja til pårørendeinvolvering. Gjentatte spørsmål om pårørendeinvolvering kan også bidra til å identifisere på hvilken måte pårørende kan involveres for å støtte pasientens behandling og bedring.

I spørreundersøkelsene til kommunene, psykisk helsevern og TSB svarer kun halvparten av kommunene at de i stor eller svært stor grad revurderer involvering av pårørende sammen med personen kontinuerlig. Det er 11 prosent av kommunene som svarer at de gjør det i liten grad eller i svært liten grad. 43 prosent av TSB og 20 prosent av psykisk helsevern svarer at de i stor eller svært stor grad revurderer involvering av pårørende med pasienten kontinuerlig.

9.1.4 Ansatte og ledere i helsetjenestene mangler kompetanse på og erfaring med å drive godt pårørendearbeid

Pårørendeorganisasjonen LPP erfarer at mange ansatte og ledere i helsetjenestene mangler forståelse av hvor viktig det er å ta vare på de pårørende. LPP understreker at det er et lederansvar å sette søkelyset på pårørende og å gi de ansatte opplæring i å ta vare på dem. LPP mener at det ikke skjer i de fleste kommuner og sykehus i dag.

I spørreundersøkelsene svarer kun 23 prosent av kommunene at ansatte som jobber med personer med ROP-lidelser, får opplæring om involvering av pårørende i stor eller svært stor grad. Av kommunene oppgir 34 prosent at ansatte får opplæring i liten eller svært liten grad. Spørreundersøkelsen til psykisk helsevern og TSB viser at helseforetakene mener deres ansatte får mer opplæring om pårørendeinvolvering enn tilfellet er i kommunene. Det er 40 prosent av psykisk helsevern og 57 prosent av TSB som svarer at ansatte i stor eller svært stor grad får opplæring.

9.2 Pårørende får i liten grad oppfølging og behandling

I tillegg til rett til veiledning, informasjon og involvering i pasientbehandling og oppfølging kan pårørende ha rett til helsehjelp, avlastningstiltak og økonomiske ytelser i forbindelse med deres rolle som pårørende.

I Helsedirektoratets kvalitative undersøkelse av levekår hos voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer forteller mange av informantene om dårlig helse både fysisk og psykisk. Helseproblemene henger ofte sammen med lengre tids belastning ved å ha en nær relasjon til en som har rusmiddelproblemer. Flere av informantene har opplevd behov for helsehjelp for sine belastninger som pårørende uten å ha mottatt slik hjelp.³⁶⁰

UKOM gjennomførte nylig en undersøkelse om helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko. Der konkluderer de med «at ivaretagelse av de pårørende er en rettighet som i svært liten grad oppfylles³⁶¹». Det handler blant annet om å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging hos de pårørende, og at ivaretagelse av pårørende og annet pårørendearbeid inngår i oppfølgingstilbudet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse uavhengig av om pasienten samtykker.³⁶²

³⁵⁹ Riksrevisjonens intervju med bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM 19. juni 2024.

³⁶⁰ Helsedirektoratet (2015) *En kvalitativ undersøkelse av levekår hos voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer*.

³⁶¹ Ukom (2023) *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*.

³⁶² Ukom (2023) *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*.

9.2.1 Pårørendes behov kartlegges ikke godt nok, og tjenestene fanger ikke opp at pårørende er utsatt for vold

Spørreundersøkelsene til kommunene, psykisk helsevern og TSB avdekker at helsetjenestene ikke kartlegger personer med ROP-lidelser godt nok, og at de ofte ikke fanger opp pårørendes behov for helsehjelp eller avlastning. I spørreundersøkelsen svarer kun 32 prosent av kommunene at de kartlegger behovene til de pårørende (voksne og barn) i stor eller i svært stor grad. Rundt 25 prosent svarer at det gjøres i liten eller svært liten grad. De store kommunene svarer oftere enn de små kommunene at de gjør det i stor grad.

Det samme mønsteret ser vi i spørreundersøkelsen til helseforetak, når det gjelder kartlegging av behovene til voksne pårørende. Kun 33 prosent av psykisk helsevern og 56 prosent av TSB oppgir at de gjør det i stor eller i svært stor grad. Samtidig svarer de aller fleste TSB (86 prosent) og psykisk helsevern (93 prosent) at de i stor eller svært stor grad kartlegger hjelpebehovene for barn som pårørende.

Pårørende til personer med ROP-lidelser har høyere risiko for å bli utsatt for krenkelse og vold i nære relasjoner.³⁶³ Ifølge LPP stiller helsepersonell ofte ikke de riktige spørsmålene til pårørende, og dermed fanger de ikke opp når pårørende blir utsatt for vold.³⁶⁴ Helsedirektoratets pårørendeveileder inneholder et eget punkt om hvilke spørsmål som kan stilles til pårørende ved mistanke om vold og overgrep.

En informant i en seksjon for rusmedisin forteller at de har en familieterapeut som har hovedansvaret for å kartlegge alle pårørende. Hvis pasienten ikke ønsker at pårørende involveres, tilbyr seksjonen å snakke med pårørende uten å snakke om pasienten.

9.2.2 Barn som pårørende kan få bedre oppfølging

Fra 1. januar 2010 skal alle helseforetak i landet ha barneansvarlig personell. En barneansvarlig er ansvarlig for at helseforetaket har rutiner for å fange opp og gi nødvendig oppfølging til mindreårige barn av pasienter som blir behandlet for rusproblemer og psykiske plager.³⁶⁵

De aller fleste psykisk helsevern og TSB svarer i spørreundersøkelsen at de har rutiner for å følge opp barn som pårørende. Intervjuene i to helseforetak bekrefter dette.

Imidlertid mener bruker- og pårørendeorganisasjoner at pårørende barn er en gruppe som ikke blir godt nok tatt vare på av helsetjenestene, verken i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten. Pårørendeorganisasjonen LPP peker på at helsetjenestene har for lite kunnskap om hvordan de skal gjennomføre terapeutiske samtaler med barn som pårørende, og hvordan de skal følges opp. Videre peker LPP på at helse- og velferdstjenestene trenger ressurser for å gi bedre oppfølging til familien. Familier til personer med ROP-lidelser har ofte stram økonomi, slik at barna for eksempel ikke kan være med på aktiviteter. I slike tilfeller kan økonomisk støtte bidra til en bedre situasjon for barna.

Bruker- og pårørendeorganisasjoner viser også til gode eksempler på at barna blir godt tatt vare på. Noen eksempler er når en trener kjører en omvei for at barnet skal få være med på trening, eller når ansatte i et FACT-team har samtaler med barna og er tydelig på at barnet ikke har ansvar for situasjonen, men at det er de voksne i hjelpeapparatet som har ansvaret for å passe på.³⁶⁶

³⁶³ Bergem. (2022) *Pårørende – ressurs, berørt og belastet* s. 266 i Lien & Lie. (2022). Opinion AS. (2022). *Nasjonal pårørendeundersøkelse*.

Selbekk mfl. (2019). *Kunnskapsoppsummering om situasjon og hjelp til barn og partnere av personer med rusproblemer*

³⁶⁴ Riksrevisjonens intervju med pårørendeorganisasjonen LPP 26. juni 2024.

³⁶⁵ NKROP. (u.å.) *Pårørende*.

³⁶⁶ Riksrevisjonens intervju med pårørendeorganisasjonen LPP 26. juni 2024.

9.2.3 Pårørende får lite støtte og avlastning

Pårørende til personer med ROP-lidelser kan ha rett til avlastning og støtte for å kunne håndtere den belastningen de får som pårørende. Intervjuene vi har gjort i tre kommuner og to helseforetak, viser at de vanligste støttetilbudene i helseforetak er barneansvarlig personell som kan ta samtaler med barna som pårørende og enkelte kurs og samtaler for voksne pårørende. I enkelte tilfeller kan pårørende få egne samtaler med psykolog.

Det er informanter i kommuner som nevner at frivillige organisasjoner tilbyr pårørende veiledning, rådgivning og selvhjelpsgrupper.

Bruker- og pårørendeorganisasjon A-LARM peker på at pårørende til personer med ROP-lidelser ofte faller utenfor de vanlige støttetilbudene for pårørende fordi mange av dem bærer mye skam og trenger egne tilbud rettet mot dette.

På spørsmål om støttetilbud til pårørende svarer 28 prosent av kommunene at de tilbyr det i stor eller i svært stor grad. 32 prosent svarer i liten eller i svært liten grad. De store kommunene svarer oftere enn de små kommunene at de har det i stor grad. Det er 24 prosent av kommunene som svarer at de har støttetilbud for barn i stor grad eller svært stor grad, mens 37 prosent svarer at de har det i liten eller i svært liten grad.

I spørreundersøkelsene oppgir 40 prosent av psykisk helsevern og 50 prosent av TSB at de i stor eller i svært stor grad har et støttetilbud til pårørende. Når det gjelder eget støttetilbud til barn, oppgir 47 prosent av psykisk helsevern og 43 prosent av TSB at de i stor eller i svært stor grad har et slikt tilbud.

Pårørendearbeid har vært et tema i mange av samtalene med informanter i to helseforetak og tre kommuner. Vi har ikke hørt om noen avlastningstiltak for pårørende i noen av samtalene.

Bare 8 prosent av kommunene svarer i spørreundersøkelsen at de tilbyr avlastningstiltak til pårørende i stor eller i svært stor grad. Det er 60 prosent av kommunene som oppgir at disse tiltakene tilbys i liten eller i svært liten grad. Mellomstore og store kommunene tilbyr avlastende tiltak i enda mindre grad enn de små kommunene.

Representantene fra A-LARM er ikke kjent med at kommunene eller spesialisthelsetjenesten har avlastningstiltak for pårørende. De eneste gangene pårørende blir avlastet, ifølge bruker- og pårørendeorganisasjonen, er når personen med ROP-lidelser er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Og selv for personer med ROP-lidelser som er alvorlig syke og har lavt funksjonsnivå, er det vanskelig å få en innleggelse.³⁶⁷

9.2.4 Pårørende får ikke god nok informasjon om støttetilbud

Intervjuer med bruker- og pårørendeorganisasjoner viser at det finnes mange støttetiltak for pårørende, og en stor andel av dem drives av ideelle eller frivillige organisasjoner. Imidlertid finnes det få samlede oversikter over lokale støttetilbud som pårørende kan benytte seg av. Derfor må pårørende ofte finne ut på egen hånd hvilke tilbud som finnes, noe som kan være utfordrende.

Spørreundersøkelsene til kommunene, psykisk helsevern og TSB viser at ansatte i kommunene har bedre oversikt over lokale støttetilbud til pårørende enn ansatte i helseforetak. 53 prosent av psykisk helsevern og 57 prosent av TSB opplyser at de har oversikt over lokale støttetilbud i noen grad, mens to psykisk helsevern og en TSB svarer at de har en slik oversikt i liten grad. Av kommunene oppgir

³⁶⁷ Riksrevisjonens intervju med bruker- og pårørendeorganisasjonen A-LARM 19. juni 2024.

44 prosent at de har en slik oversikt i stor eller i svært stor grad, mens 11 prosent oppgir at de har oversikt i liten eller svært liten grad.

Pårørendeorganisasjonen LPP mener at det er viktig for pårørende å få utfyllende informasjon om lokale støttetilbud fra spesialisthelsetjenesten eller fastlegen, slik at de kan velge det som passer best. Ifølge LPP vegrer en del fastleger seg for å gi slik informasjon fordi de mangler kunnskap om tilbudene eller om kvaliteten og innholdet i dem.³⁶⁸ Konsekvensene kan være at pårørende ikke oppdager tilbudene som de har behov for, eller at de oppdager dem for sent.

³⁶⁸ Riksrevisjonens intervju med pårørendeorganisasjonen LPP 26. juni 2024.

10 Vurderinger

Målet med regjeringens helse- og omsorgspolitik 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. Tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov er et av tre innsatsområder i opptrappingsplanen.

Personer med alvorlige ROP-lidelser utgjør en spesielt sårbar gruppe i samfunnet. Mange er 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 derfor ofte behov for mange ulike tjenester innenfor helse og omsorg, bolig og arbeidsrettet oppfølging og aktiviteter, samt økonomisk hjelp og rådgivning. Samtidig er det mange som har eller møter barrierer som vanskeliggjør bruken av tjenestetilbudene. Det handler både om at de er i en situasjon som gjør det vanskelig å orientere seg i tjenestetilbudet og å kreve de tjenestene de har rett til, og at de kan ha behov for bistand til å delta i tjenestetilbudet over tid. Mangel på digital kompetanse og elektroniske verktøy, som telefon, datamaskin og BankID, er ofte hindringer for å skaffe seg nødvendige tjenester, som å bestille time hos fastlege, levere en søknad til kommunen eller Nav, hente ut medisiner fra apoteket eller sjekke vedtak i helseforvaltningen.

Også måten tjenestene er utformet på kan utgjøre en hindring. I tillegg til at tjenestene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene framstår som fragmenterte, er organiseringen 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.

10.1 Helsetjenestene har ikke gjort nok for å tilpasse helsetilbudet til personer med ROP-lidelser

10.1.1 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. Mange 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. Kommuner, psykisk helsevern og TSB oppgir at personer med ROP-lidelser ofte medvirker mindre enn andre pasienter i utformingen av helsetilbudet. Hver fjerde kommune opplyser i spørreundersøkelsen at de i liten eller svært liten grad sikrer brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser på systemnivå. Undersøkelsen viser at heller ikke psykisk helsevern og TSB gjør nok for å innhente og bruke erfaringer fra pasienter med ROP-lidelser i forbedringsarbeidet. Evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus og rapportering fra Pasient- og brukerombudet viser også at brukerne opplever at de ikke har reell brukermedvirkning. Ifølge en brukererfæringsundersøkelse fra 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 prosent av brukerne at de i liten grad har innflytelse på tjenestene de mottar.

Brukermedvirkning forutsetter at tilbudene er utformet slik at brukerne har reell mulighet til å påvirke dem. Men brukerne har ulike ressurser, og de 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 ha tilgang til helsehjelp på lik linje med andre innbyggere og kunne medvirke i utformingen av egne helsetilbud, er det etter vår 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 vi også til at ROP-pasienter ofte ikke krever pasientrettighetene sine, og at de sjeldnere enn andre pasienter klager på tilbudet de får. Det er derfor ikke minst viktig at også tjenestene selv er oppmerksomme nok på at disse brukerne involveres i behandlingen og får den helsehjelpen de trenger.

10.1.2 Personer med ROP-lidelser får ikke døgninnleggelser på grunn av lav kapasitet i døgnbehandlingen

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 døgnbehandlingen 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 prosent 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 at det er altfor lav kapasitet i døgnbehandling for personer med høy voldsrisiko.

Døgnplassene i psykisk helsevern per voksne innbygger har blitt redusert med 35 prosent 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 Fremskrittspartiet, seg at framskrivninger 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 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. 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 nedgang i døgnplasser. De største nedgangene var i Helse Vest og Helse Sør-Øst, med henholdsvis 0,2 og 0,3 plasser per 10 000 innbyggere. Helse Midt-Norge hadde en marginal økning på 0,1 plasser per 10 000 innbyggere i samme perioden. Vi konstaterer at denne utviklingen er i strid med Stortingets forutsetning om at antallet døgnplasser i psykisk helsevern ikke skulle reduseres ytterligere etter 2021. Etter vår vurdering er det bekymringsverdig at mangelen på kapasitet går ut over de sykeste pasientene som ofte har behov for døgnbehandling, både de med og de uten høy voldsrisiko.

10.1.3 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. FACT og ACT er tjenestemodeller for oppsøkende og helhetlige tjenester til personer med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. Undersøkelsen viser at FACT og ACT gir gode resultater og bedre samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen viser imidlertid at tilbudet er lite utbredt. 42 prosent av kommunene svarer at de ikke har tilgang til FACT eller ACT. 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 og 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. Enkelte kommuner svarer også at tilbudet ikke er tilpasset personer med høy voldsrisiko. Noen av teamene tar egenandel, og dette fører til at flere med behov for oppfølging av FACT-/ACT-team takker nei til tilbudet.

Det er positivt at Helse- og omsorgsdepartementet satser på det. Etter vår vurdering synes imidlertid ACT og FACT, som er noen av de få modellene som er tilpasset pasientgruppen, å ha for liten kapasitet. Dette gjør at flere personer med ROP-lidelser som kunne ha nytte av tjenestene deres, faller utenfor tilbudet.

10.1.4 Spesialisthelsetjenesten har ikke gjort nok for å få til behandling som både er spesialisert og som 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 som 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. Vår undersøkelse viser at spesialisthelsetjenesten ofte krever at personen skal være rusfri for å bli utredet for psykiske lidelser. Men det er ikke gitt at personene med ROP-lidelser får døgnbehandling for å oppnå rusfrihet. Noen får ikke behandling fordi spesialisthelsetjenesten vurderer at de ikke har nytte av behandlingen.

Pasienter skrives også ut til kommunene fordi de har symptomer på lidelsen sin, for eksempel når de ruser seg, har for alvorlige psykiske lidelser i rusbehandling eller har atferdsproblemer. Etter vår 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. Det er spesielt uheldig at dette også gjelder personer med høy voldsrisiko siden kommunen mangler både kapasitet til å følge opp personene og hjemmel til å utøve tvang. 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.

Undersøkelsen viser videre at mangelen på samtidig og spesialisert behandling har flere årsaker. Blant annet er det for lite døgnkapasitet 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 handler om mangel på kompetanse 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 alvorlig psykisk lidelse og alle typer rusmiddellidelser. 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 vår 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.

10.2 Kommunene klarer ofte ikke å skaffe egnede boliger til personer med ROP-lidelser

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

I Innst. 240 S (2015–2016) peker helse- og omsorgskomiteen på at de er kjent med at personer med rusproblemer 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 tilgang til en trygg bolig 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 det, ifølge Husbankens anslag, antallet bostedsløse gått kraftig opp, til om lag 4 200.

Vår undersøkelse viser at over en tredjedel av kommunene har bostedsløse innbyggere med ROP-lidelser, og at det blant de store kommunene er 80 prosent som har det. 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. Vi konstaterer at det i mange tilfeller ikke skjer. Undersøkelsen viser at omtrent 20 prosent 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 tallet 36 prosent. 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 løsningen å bo hos familie eller andre nære, mens andre må bo på gata.

Ifølge rundskriv til sosialtjenesteloven er det et mål at midlertidig botilbud skal begrenses i lengde og omfang, og at opphold som varer mer enn tre måneder kun unntaksvis bør forekomme. Fra 2019 til 2023 var det en dobling av antallet husstander som bodde i midlertidige botilbud over tre måneder. Undersøkelsen viser at dette gjelder mange med ROP-lidelser: 46 prosent av kommunene opplyser at en eller flere personer har bodd i midlertidig botilbud i over 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.

Vi anser at målene i den nasjonale strategien *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, ikke ble 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.

10.2.2 Kommunene mangler egnede boliger

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 kommunenes tilgang på egnede boliger er dårligere til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser enn til andre grupper av vanskeligstilte på boligmarkedet. Når det gjelder personer med voldsrisiko, er det særlig stor mangel på boliger. 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 er det 20 prosent 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 vår vurdering er denne praksisen uheldig blant annet fordi den kan være ødeleggende for behandlingen og kan øke faren for tilbakefall.

Tilgang til tilpassede og fleksible boligsosiale tjenester er ofte avgjørende for at personer med ROP-lidelser skal kunne mestre et liv i egen bolig. Undersøkelsen viser at mange personer med ROP-lidelser ikke får tilstrekkelig oppfølging i sine boliger. Videre viser undersøkelsen at bostedsløse og personer med voldsrisiko er mer utsatt for å ikke motta tjenester som sikrer en stabil bosituasjon. Housing First er en modell som kombinerer bolig, tjenester og brukermedvirkning. Vi mener det er positivt at flere kommuner tar i bruk Housing First-modellen. Men vi 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.

10.2.3 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 oppgir i

spørreundersøkelsen 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 som 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 avviklingen av dette tilskuddet påvirker boligsituasjonen for personer med ROP-lidelser negativt. Kommunal- og distriktsdepartementet peker også på at det er flere dilemma knyttet til bruk av tilskudd til kommunene. Isolert sett kan ha god effekt, men at det samtidig kan ha uheldige konsekvenser for andre tjenesteområder.³⁶⁹ Den 14. juni 2024 vedtok Stortinget å be regjeringen gjeninnføre Husbankens tilskuddsordning for utleieboliger. Ordningen har ikke blitt gjeninnført, men departementet beskriver at de vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.³⁷⁰ Vi konstaterer at når det mest målrettede virkemiddelet for å skaffe flere boliger til personer med ROP-lidelser har blitt fjernet, er det en risiko for at presset på kommunale botilbud fortsetter å øke, uten at det finnes virkemidler for å sikre at boliger til personer med ROP-lidelser prioriteres høyere.

10.3 Arbeidsrettet oppfølging og andre aktivitetstiltak er lite tilrettelagt for personer med ROP-lidelser

10.3.1 Aktivitetstiltak treffer ofte ikke personer med ROP-lidelser

Ett av de fem målene i *Opptappingsplan for rusfeltet (2016–2020)* var at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. I Innst. 240 S (2015–2016) til Prop. 15 S (2015–2016) framhever helse- og omsorgskomiteen at aktivitet og arbeid er svært viktig både for at personer med rusmiddellidelser skal ha et meningsfylt liv, og for å forebygge reinnleggelser. Både kommunale og statlige enheter i Nav har ansvar for å gi personer med ROP-lidelser hjelpen de trenger til å komme i arbeid og aktivitet.

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 meningsfull aktivitet som har størst andel mottakere med dårligst score. Nesten 90 prosent av kommunene svarer i vår spørreundersøkelse at de har innbyggere med ROP-lidelser som ikke har tilstrekkelig meningsfull aktivitet. I brukererfaringsundersøkelser av hvordan personer med rusmiddelproblemer opplever kommunale tjenester de mottar svarer 40 prosent av brukerne at de i liten grad får praktisk hjelp fra tjenestene til å begynne med meningsfulle aktiviteter. I åpent kommentarfelt savner flere fritidstilbud og hjelp til å komme i en form for aktivitet. Flere tilbakemeldinger peker på ensomhet og lite kontakt med andre.

Til tross for at det finnes mange ulike tiltak i regi av kommunene, Nav og frivillige organisasjoner, viser undersøkelsen at denne målgruppen i liten grad deltar i disse. Undersøkelsen viser videre at aktiv rus og utagerende atferd gjør at mange ekskluderes fra slike tiltak. Etter vår vurdering er det uheldig at de fleste personer med ROP-lidelser ikke har noen form for meningsfull aktivitet eller arbeid. Dette kan igjen bidra til å forsterke rusmiddellidelsene og de psykiske problemene.

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

Nav-loven gir det juridiske rammeverket som sikrer at Nav kan utføre sine oppgaver på en effektiv og koordinert måte, og at brukerne får de tjenestene og tiltakene de har behov for. Arbeids- og

³⁶⁹ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2024, 2. desember). [Brev fra Kommunal- og distriktsdepartementet til Riksrevisjonen].

³⁷⁰ Prop. 1 S (2024–2025). Kommunal- og distriktsdepartementet.

velferdsforvaltningen skal møte det enkelte mennesket med respekt, bidra til sosial og økonomisk trygghet og fremme overgang til arbeid og aktiv virksomhet.

Undersøkelsen viser at Navs tiltak i liten grad er tilpasset personer med ROP-lidelser. Disse personene 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. Digitalisering i Nav øker ofte ikke tilgjengeligheten 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.

Nav-kontoret skal ha helhetlig oppmerksomhet på tjenestemottakerens livssituasjon på ulike områder, som arbeid og aktivitet, helse, fritid, hjemmesituasjon, omsorgsoppgaver, boligforhold, nettverk og økonomi. Videre skal Nav-kontoret vurdere hvilket behov den enkelte har for råd og veiledning, og tilpasse tjenesten til dette. Personer med ROP-lidelser har ofte utfordringer på flere områder og har derfor et stort behov for bistand. Ifølge Ot.prp. nr. 29 (1990–91) inntreer plikten til å gi opplysning, råd og veiledning vanligvis når den som har behov for råd og veiledning, tar kontakt. Å gi råd og veiledning til personer med ROP-lidelser er ofte komplisert og tidskrevende. Ansatte ved Nav-kontor som jobber med ROP-gruppen, må ha både god tid og kompetanse for å kunne bygge opp tillitsfulle relasjoner med disse brukerne og gi dem hjelp som de klarer å motta. Undersøkelsen viser at det er risiko for at personer med ROP-lidelser ikke får nødvendig råd og veiledning, og at brukere med mindre sammensatte behov i praksis prioriteres. Konsekvensen kan være at personer med ROP-lidelser får dårlig økonomi og opparbeider seg gjeld, som igjen kan forverre livskvaliteten og helsetilstanden deres.

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 arbeidsevne 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. Økonomisk sosialhjelp gir som regel mindre økonomisk uttelling enn uføretrygd, og det må søkes om sosialhjelp hver tredje måned. Hver søknad vurderes individuelt, og for å få en korrekt vurdering må søkeren dokumentere alle inntekter og utgifter. Konsekvensen kan være at disse ROP-brukerne får dårligere økonomi de eventuelt skulle ha. Tilpassede helsetjenester legger gode rammer for å avklare spørsmål knyttet til 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 får oppfølging fra teamene og færre har økonomisk sosialhjelp eller arbeidsavklaringspenger som hovedinntekt.

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

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

Flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad har vært det overordnede målet for arbeids- og velferdspolitikken gjennom mange år. Arbeids- og velferdsetatens bistand til ledige, personer med nedsatt arbeidsevne og arbeidsgivere skal bidra til et velfungerende arbeidsmarked der mange kommer over i arbeid eller utdanning, og motvirke at flere faller varig ut av arbeidslivet. Målet er at

ledige og permitterte raskest mulig kommer tilbake i arbeid eller utdanning, og at utsatte grupper i arbeidsmarkedet får hjelp til å komme i arbeid eller utdanning.

IPS er et frivillig tilbud til pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som mottar behandling i helse- og omsorgstjenesten. Målet med IPS er å hjelpe pasienter som ønsker å delta i arbeidslivet, ut i ordinært, lønnet arbeid gjennom individuelt tilpasset behandling og arbeidsrettet oppfølging. Flere studier bekrefter at modellen er mer effektiv for ROP-gruppen enn den tradisjonelle arbeidsrettede oppfølgingen. Undersøkelsen viser at IPS er nesten det eneste arbeidsrettede tiltaket som tilbys personer med ROP-lidelser. Undersøkelsen viser videre at IPS ikke er tilgjengelig i litt under halvparten av kommunene. Der det er i bruk, er kapasiteten ofte for lav.

Det er mange forutsetninger som må være oppfylt for å få oppfølging av IPS. Personen må bo i en kommune som tilbyr IPS, og være under behandling i psykisk helsevern eller TSB i spesialisthelsetjenesten, eller i psykisk helse- og rustjenester 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. Tatt i betraktning hvor vanskelig det kan være for personer med ROP-lidelser å motta helsebehandling, og at helsebehandlingen ofte er kortvarig, ser det ut som tilgangen til IPS er ikke tilstrekkelig. Etter vår vurdering er det behov for mer satsing på og bedre tilrettelegging av dette tiltaket.

10.4 Tjenestene involverer og ivaretar pårørende i liten grad

10.4.1 Helse- og omsorgstjenestene involverer pårørende i liten grad

I Innst. 207 S (2012–2013) til Meld. St. 30 (2011–2012) understreker helse- og omsorgskomiteen at pårørende er en viktig ressurs for personer med rusmiddelproblemer og for helse- og omsorgstjenesten. Komiteen viser til at pårørende har behov for informasjon om rusmiddelproblemene, om tjenestetilbudet som gis, og om hva slags oppfølging man kan få i etterkant av behandlingen. Videre kan pårørende ha behov for veiledning for å hjelpe pasienten og for å mestre sin situasjon, og noen ganger kan belastningen være så stor at pårørende selv trenger oppfølging og behandling. Komiteen påpeker at brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og ha innflytelse på tjenestetilbudet.

Pårørendeundersøkelsen i evalueringen av pakkeforløpet for psykisk helse og rus viser at det ofte er vanskelig for pårørende å få informasjon. De pårørende selv må «presse seg på» for å få den informasjonen de trenger, og for at de skal bli godt nok involvert. Det samme viser en kvalitativ undersøkelse av samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser: Det skjer lite informasjonsutveksling mellom de pårørende og tjenestene, selv om de pårørende har et omfattende ansvar for brukeren og opplever store belastninger. Undersøkelsen viser også at mange pårørende opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon og følger seg utestengt fra tjenestene.

Forholdet til pårørende hos en person med ROP-lidelser kan endre seg fra dag til dag. 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 om 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.

Undersøkelsen viser videre at det varierer hvordan pårørende involveres – både mellom tjenestene og mellom hver tjenesteyter. Noen ser på pårørende som en viktig ressurs og involverer dem tidlig, mens andre nedprioriterer dette på grunn av ressursmangel, arbeidspress eller fravær av systemer og

rutiner for varsling av pårørende. Pårørendeorganisasjoner mener at involvering gir helsegevinster for både pasienter og pårørende. I nasjonal pårørendeveileder fra Helsedirektoratet løftes det fram at de pårørende er den viktigste støtten pasienten har, at de kan spille en viktig rolle for å ivareta pasientens interesser, og at de er en viktig ressurs i behandlingstilbudet.

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

10.4.2 Pårørende med omfattende omsorgsoppgaver får lite støtte og avlastning

Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-6 omhandler kommunenes plikt til å tilby støtte- og avlastningstiltak til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Pårørende til personer med alvorlige ROP-lidelser har et omfattende og sammensatt ansvar som kan være særlig tyngende. De må ofte ta på seg mange 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 prosent av kommunene, 40 prosent av psykisk helsevern og 50 prosent av TSB oppgir at de tilbyr støttetiltak i stor eller svært 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 prosent av kommunene oppgir i spørreundersøkelsen at de tilbyr avlastningstiltak til pårørende i stor eller svært stor grad. 60 prosent av kommunene oppgir at disse tiltakene tilbys i liten eller svært liten grad. Vi mener at det er uheldig 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 kvaliteten på omsorgen de gir.

10.5 Dårlig samhandling mellom tjenestene og tjenestenivåene fører til svikt i oppfølgingen av personer med ROP-lidelser

Staten må opptre samordnet i møtet 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)³⁷¹ *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 med en offentlig sektor som er effektiv og enkel å forholde seg til. Dette krever ifølge komiteen god og tett dialog mellom

³⁷¹ Innst. S. nr. 321 (2008–2009). Flertallet i komiteen bestod av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Partiene hadde flertall på Stortinget.

statsetatene og andre offentlig etater på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer slik at alle trekker i samme retning.

Dette er etter vår 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.

10.5.1 Uklare ansvarsforhold kan føre til at personer med ROP-lidelser blir kasteballer 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. 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.

Videre viser undersøkelsen 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 vår vurdering viktig at tjenestene opptre samordnet, og at ansvaret for behandling og oppfølging er definert og omforent mellom tjenestene. Vi mener at det er uforsvarlig 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.

10.5.2 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.

Etter vår vurdering fører manglende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene om utskrivningsklare ROP-pasienter til at disse pasientene blir innlagt hyppigere, noe som gjør behandlingen i spesialisthelsetjenesten ineffektiv. 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.

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

IPS-modellen bygger på prinsippet om at jobbstøtte er integrert med helsebehandling. I 2021 gjorde NORCE en evaluering av samarbeidet mellom Nav og helsetjenesten om IPS. Evalueringen framhevet flere forhold som er avgjørende for at IPS skal integreres godt i helsetjenestene: samlokalisering av IPS-jobbspesialister og behandlingsteam, tilgang til journalsystemer, ledelsesforankring, felles teamidentitet og likeverdighet. 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 ansettes og finansieres av Nav. Dette førte til at jobbspesialistene ikke har tilgang til journalsystemene, noe som har gjort det vanskeligere å dele informasjon mellom behandlere og IPS-jobbspesialister 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 IPS-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.

I Meld. St. 33 (2015–2016) og i Meld. St. 23 (2022–2023) påpekte regjeringen at den ville legge til rette for bedre samarbeid mellom Nav og helsevesenet slik at personer med helseproblemer skal kunne fortsette i eller komme raskere i arbeid. Etter vår 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.

10.5.4 Virkemidler for bedre samarbeid fungerer ikke etter hensikten

Individuelle planer og koordinatører 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 pakkeforløp for psykisk helse og rus ble individuell plan trukket fram som et viktig verktøy for å fremme brukermedvirkning 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. Spørreundersøkelsen og intervjuer viser også at TSB og psykisk helsevern opplever at det er uklart hvem som har ansvaret for individuell plan.

Det er 15 prosent av kommunene som svarer at de bruker koordinator i liten eller svært liten grad, mens 31 prosent 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. Samtidig viser Brukerplankartleggingen at 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.

Vi mener at det ikke er tilfredsstillende at virkemidlene som skulle legge til rette for bedre samarbeid og samhandling mellom tjenestene både på individ- og systemnivå, brukes i liten grad 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.

11 Referanseliste

Lover

- Boligsosialloven. (2022). *Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet* (LOV-2022-12-20-121). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2022-12-20-121>
- Europarådet. (1950). *Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen* (EMK). <https://www.echr.coe.int>
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helseforetaksloven. (2022). *Lov om helseforetak m.m.* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Husbankloven. (2010). *Lov om Husbanken* (LOV-2009-05-29-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-05-29-30>
- NAV-loven. (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen* (LOV-2006-06-16-20). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-16-20>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Sosialtjenesteloven. (2009). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* (LOV-2009-12-18-131). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Forskrifter

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester. (2022). *Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester* (FOR-2022-06-22-1110). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-06-22-1110>
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal*. (FOR-2019-03-01-168). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>

Stortingsdokumenter

Innstillinger

- Innst. 49 S (2016–2017). *Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om Nav i en ny tid – for arbeid og aktivitet*. Arbeids- og sosialkomiteen <https://www.stortinget.no>
- Innst. 15 S (2012–2013). *Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2012, kapitler under Arbeidsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Fiskeri- og kystdepartementet (rammeområde 7)*. Arbeids- og sosialkomiteen <https://www.stortinget.no>
- Innst. O. nr. 55 (2005–2006). *Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)*. Arbeids- og kommunalkomiteen. <https://www.stortinget.no>

- Innst. 327 S (2023–2024). *Innstilling fra kommunal og forvaltningskomiteen om Bustadmeldinga – ein heilskapleg og aktiv bustadpolitikk for heile landet*. Kommunal og forvaltningskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 506 S (2012–2013). *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om Byggje – bu – leve*. Kommunal- og forvaltningskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 270 S (2012–2013). *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om personvern – utsikter og utfordringar*. Kommunal og forvaltningskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 270 S (2011–2012). *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om Stat og kommune – styring og samspel*. Kommunal- og forvaltningskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. S. nr. 321 (2008–2009). *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om ei forvaltning for demokrati og fellesskap*. Kommunal- og forvaltningskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 11 S (2022–2023). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2023, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 108 S (2023–2024). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Opptreppingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 243 S (2020–2021). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om ei kraftfull styrking av innsatsen overfor personar med alvorleg rus- og psykisk lidning (ROP)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 255 S (2019–2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 206 S (2015–2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 207 S (2012–2013). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – doping*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 424 L (2010–2011). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no>

Proposisjoner

- Prop. 1 S (2022–2023). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2023*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2021–2022). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2022*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2020–2021). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2021*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2019–2020). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2020*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2018–2019). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2019*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Ot.prp. nr. 47 (2005–2006). *Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2023–2024). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2024*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2022–2023). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2021–2022). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2022*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2020–2021). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2021*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2019–2020). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>

- Prop. 1 S (2018–2019). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2019.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 99 L (2015–2016). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>.
- Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>.
- Prop. 1 S (2023–2024). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2024.* Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 132 L (2021–2022). *Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet.* Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2022–2023). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2023.* Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2021–2022). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2022.* Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2020–2021). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2021.* Kommunal- og distriktsdepartementet. (2020). <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2019–2020). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2020.* Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2018–2019). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2019.* Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Ot.prp. nr. 29 (1990-1991). *Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven).* Sosialdepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1990-91&paid=4&wid=a&psid=DIVL1041>

Meldinger

- Meld. St. 33 (2015–2016). *Nav i en ny tid – for arbeid og aktivitet.* Arbeids- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 13 (2023–2024). *Bustadmeldinga — Ein heilskapleg og aktiv bustadpolitikk for heile landet.* Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 17 (2012–2013). *Byggje – bu – leve.* Kommunal- og regionaldepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 12 (2011–2012). *Stat og kommune – styring og samspel.* Kommunal- og regionaldepartementet. <https://www.regjeringen.no>.
- Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033).* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023).* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 30 (2011–2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – doping.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>

Riksrevisjonsrapporter

- Riksrevisjonen. (2021). *Undersøkelse av psykiske helsetjenester.* <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>

Strategier, veiledere, nasjonale veiledere, nasjonale faglige retningslinjer og råd, og rundskriv

- Arbeids- og velferdsetaten (Nav). (2012). *Rundskriv til lov om sosiale tjenester i NAV*. Lovdata. https://lovdata.no/nav/rundskriv/r35-00#KAPITTEL_4-4
- Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) (IS-1948)*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse>
- Helsedirektoratet. (2021). *Tvang – forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne*. Nasjonalt faglig råd. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Rundskriv. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Nasjonal faglig retningslinje. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder*. Nasjonal veileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten*. Veileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf> /attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf
- Helsetilsynet. (2024). *Nav-kontorenes ansvar for tjenesten økonomisk rådgivning til personer i en vanskelig økonomisk situasjon*. Veileder for landsomfattende tilsyn 2024 og 2025. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/internserien/2024/nav-kontorenes-ansvar-for-tjenesten-oekonomisk-raadgivning-til-personer-i-en-vanskelig-oekonomisk-situasjon/#>
- Helsetilsynet. (2022) *Landsomfattende undersøkelse av tilgjengelighet i sosiale tjenester i Nav* <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2022/landsomfattende-undersokelse-av-tilgjengelighet-til-sosiale-tjenester-i-nav/>

Styringsdokumenter

- Husbanken. (2022). *Alle skal bo godt og trygt. Årsrapport 2022*.
- Husbanken. (2023). *Alle skal bo godt og trygt. Årsrapport 2023*.
- Pasient- og brukerombudet (2023). 2022. *Årsmelding*.
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023). *Hovedinstruks for Husbanken*. <https://kudos.dfo.no/documents/32227/files/28657.pdf>
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023). *Tildelingsbrev 2024 - Husbanken*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/6ed06d0c878446889f5d59c96feb3fe6/tildelingsbrev-2024-husbanken.pdf>
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2022). *Tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2022*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ccfdb1de77a04e41ad4989825a70e315/tildelingsbrev-til-arbeids-og-velferdsdirektoratet-for-2022.pdf>

Fagbøker, fagartikler og rapporter

- Aasen, J. (2022). Møter med vold og suicidalitet. I L. Lien & T. Lie (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*. Fagbokforlaget.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet og KS. (2023). *Vold og trusler mot ansatte i Nav – oppdatert kunnskap og forslag til tiltak*, Rapport 2 [Vold og trusler mot ansatte i Nav - nav.no](https://www.nav.no/attachment/inline/58b08203-4f71-42d4-ac91-79c486f89363:da832bc6ac46f7fd67b05f3d816f113ebc7e2c41/Rapport%20-%20Informasjonsutveksling%20mellom%20NAV%20og%20fastleger.pdf)
- Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet. (2021). *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger*. <https://www.nav.no/attachment/inline/58b08203-4f71-42d4-ac91-79c486f89363:da832bc6ac46f7fd67b05f3d816f113ebc7e2c41/Rapport%20-%20Informasjonsutveksling%20mellom%20NAV%20og%20fastleger.pdf>
- Bakke, L.H. & Strand, G. (2018). *Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team*. Rapport nr. 1/2018. Napha. <https://samforsk.brage.unit.no/samforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/2562625/Etableringsh%25C3%25A5ndbok%2bfor%2bACT-team%2bog%2bFACT-team.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barvik, H. & Flåto, M. (2018). *Housing First i Norge: En oppsummering av kunnskap om Housing First-tiltak i Norge*. <https://husbanken.no/rapporter/?pg=7>
- Bergem, A.K. (2022). Pårørende – ressurs, berørt og belastet. I L. Lien & T. Lie (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Integrert behandling av rus og psykiske lidelser* (kap. 13). Fagbokforlaget.
- Birkeland, B. & Weimand, B. (2015). *En kvalitativ undersøkelse av levekår hos voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/en-kvalitativ-undersokelse-av-levekar-hos-voksne-parorende-til-personer-med-rusmiddelproblemer/En%20kvalitativ%20unders%20av%20levekar%20hos%20voksne%20p%20%C3%A5r%C3%B8rende%20til%20personer%20med%20rusmiddelproblemer.pdf/attachment/inline/bf278f4e-08a8-46b8-bb20-c958798beb39:c0f08bf7aabf880cf6a85d4595092d43e2f711c9/En%20kvalitativ%20unders%20av%20levekar%20hos%20voksne%20p%20%C3%A5r%C3%B8rende%20til%20personer%20med%20rusmiddelproblemer.pdf>
- De regionale helseforetakene. (2023). *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern*. Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Vest. <https://sifer.no/wp-content/uploads/2023/09/07.09.2023-Overordnet-plan-for-sikkerhetspsykiatri-....pdf>
- De regionale helseforetakene. (2021). *Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Vest. <https://www.helse-sorost.no/497adf/siteassets/documents/styret/styremoter/2022/1216/framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf>
- Digdir. (2023). *Brukskvalitet på tvers av offentlige digitale tjenester. Digital hele livet med bedre brukeropplevelse*. <https://www.digdir.no/sammenhengende-tjenester/digital-hele-livet-med-bedre-brukeropplevelse/4405>
- Dyb, E. & Zeiner, H.H. (2021). *Bostedsløse i Norge 2020: En kartlegging* (NIBR-rapport 2021:10). By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2758758>
- Evjen, R., Kielland, K. & Øiern, T. (2020). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser*. Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Individuell jobbstøtte for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet*. <https://www.fhi.no/publ/2023/individuell-jobbstotte-for-personer-med-moderate-til-alvorlige-psykiske-lid/>
- Hagen, I. M. & Svalund, J. (2019). *Vold, trusler og trakassering i helse- og sosialsektoren*. Fafo. <https://www.fafo.no/images/pub/2019/20729.pdf#:~:text=Vold,%20trusler%20og%20trakassering%20i%20helse-%20og%20sosialsektoren>

- Hansen, I.L.S., Markussen, T.E. & Bråthen, K. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*. (Fafo-rapport 2023:06). Fafo. Hentet fra <https://www.fafo.no/images/pub/2023/20841.pdf>
- Hansen, I.L.S. & Olsen, T. (2023). Når velferdstjenestene ikke strekker til: Oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer. I T. Fløtten, H.C. Kavli & S.C. Trygstad (Red.), *Ulikhetens drivere og dilemmaer* (s. 211–225). Gyldendal Akademisk. <https://doi.org/10.18261/9788215065403-23-12>
- Hansen, I.L.S., Bråthen, K. & Olsen, T. (2022). *Sammen om trygg bosetting i møte med psykiske helseproblemer, rus og mulig voldsrisiko*. Universitetsforlaget.
- Hansen, I.L.S., Tofteng, M. & Holst, L.S. (2021). *Et tjenesteområde i utvikling: Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport* (Fafo-rapport 2021:17). Fafo. https://www.regjeringen.no/contentassets/27936243e40b4da89c77d4892a7b8be8/210623_hovedrapport_evaluering_opptrappingsplan_rus.pdf
- Hansen, I.L.S., Tofteng, M., Holst, L.S. & Flatval, V.S. (2020). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet: Fjerde statusrapport* (Fafo-rapport 2020:29) Fafo. <https://www.fafo.no/images/pub/2020/20764.pdf>
- Hansen, I.L.S., Tofteng, M., Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2019). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet: Tredje statusrapport* (Fafo-rapport 2019:33). Fafo. Hentet fra <https://www.fafo.no/images/pub/2019/20730.pdf>
- Hansen, I.L.S., Tofteng, M., Holst, L.S., Flatval, V.S. & Bråthen, K. (2018). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet: Andre statusrapport* (Fafo-rapport 2018:44). Fafo. <https://www.kommunetorget.no/globalassets/evaluering-opptrapping-rusfeltet2.pdf>
- Helsedirektoratet. (2023). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2022. Kapittel 1.3 Rapportering til KPR helse og omsorg for 2022 – forbehold*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2022/introduksjon/rapportering-til-kpr-helse-og-omsorg-for-2022--forbehold>
- Helsedirektoratet. (2023). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern>
- Helsedirektoratet. (2022). *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2022*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/Helsedirektoratets%20rapportering%20for%202022%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan.pdf/_attachment/inline/a8298baf-16b2-46aa-a4d6-b5b8bb51774c:6500a49d3b5d8e59538549d370c0afcb353e58ba/Helsedirektoratets%20rapportering%20for%202022%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan.pdf
- Helsedirektoratet. (2022). *Styringsinformasjon til helsefelleskapene – Rapport del III: Alvorlige psykiske lidelser 2022*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefelleskapene/Styringsinformasjon%20til%20helsefelleskapene%20-%20rapport%20del%20III%20-%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf/_attachment/inline/bff79a7a-ab34-4d7a-beb3-f64b68a3e22f:81bcadd3274193b51ff72d8deb5b226643912600/Styringsinformasjon%20til%20helsefelleskapene%20-%20rapport%20del%20III%20-%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf
- Helsedirektoratet. (2021). *Aktivitetsdata for psykiske helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2021*. <https://www.fhi.no/contentassets/17839cfed7ff4d899add2bf4ad71442f/aktivitet-i-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-2021.pdf>
- Helsedirektoratet. (2021). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og utvalgte pasientgrupper. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata->

spesialisthelsetjenesten/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202021.pdf /attachment/inline/3736f641-a90c-445e-bb4f-e0f9f3969539:8c6825cf05f5a36a176f98ed317a8432bb90b3dc/Rapport%20Samdata%20spesialis
thelsetjenesten%202021.pdf

- Helsetilsynet. (2022). [Oppsummeringsrapport. Landsomfattende undersøkelse av tilgjengelighet til sosiale tjenester i Nav 2020-2021](#)
- Helsetilsynet. (2021). *Hei, og velkommen til Nav! Gjelder det økonomisk sosialhjelp, midlertidig botilbud eller andre sosiale tjenester, tast 1.*
[«Hei, og velkommen til Nav! Gjelder det økonomisk sosialhjelp, midlertidig botilbud eller andre sosiale tjenester, tast 1» | Helsetilsynet](#)
- Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutninger, bedre samhandling: Helse- og omsorgsdepartementet.*
<https://www.regjeringen.no/contentassets/0f3c47e50f144edb99f475e358d7126b/no/pdfs/rapport-bedre-beslutninger-bedre-behandling.pdf>
- Helse Stavanger. (2021). *Brukerplan Årsrapport 2020: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester.* <https://www.helse-stavanger.no/4afc13/contentassets/4dbb8f6d065848a3b43130eb61ce4ca2/brukerplan-arsrapport-2020-digital.pdf>
- Helse Stavanger. (2020). *Brukerplan Årsrapport 2019: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester.* <https://www.helse-stavanger.no/4afc13/contentassets/4dbb8f6d065848a3b43130eb61ce4ca2/5650-brukerplan-arsrapport-digital-2020-06-02-ef-ny.pdf>
- Helse Sør-Øst. (2020). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>
- Helsetilsynet. (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse.*
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport7_2019.pdf
- Husbanken. (2023). *Husbankens kommuneundersøkelse 2023.*
- Husbanken. (2022). *Husbankens kommuneundersøkelse 2022.*
- Husbanken. (2022). *Kartlegging av brukerreiser i midlertidig botilbud* (Oppdrag nr. 1/2022).
- Husbanken. (2013). *Housing First – kort introduksjon.*
https://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/HB/Housing%20first_intro_2013rev.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Kilden, S., Eidhammer, G. & Narud, K. (2024). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023.* SIFER og Universitetssykehuset i Oslo. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/4a3ce4/contentassets/7cbf7150814b4b05acb60df8822a20a2/sikkerhetspsykiatri-i-norge-2023---en-statusrapport-isbn-978-82-692218-3-1-pdf.pdf>
- Kilden, S., Eidhammer, G., Selmer, L.E. & Sigurjónsdóttir, M. (2020). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019.* SIFER og Universitetssykehuset i Oslo. https://www.oslo-universitetssykehus.no/4a89aa/contentassets/7cbf7150814b4b05acb60df8822a20a2/sikkerhetspsykiatri-i-norge-2019.-en-statusrapport.-pdf.-isbn-978-82-692218-0-0-2_-nf.pdf
- KORUS Midt. (2024). *Brukererfaringsundersøkelse. Hvordan opplever personer med rusmiddelproblemer de kommunale tjenestene de mottar?* <https://korus.no/verktoy-og-kartlegging/brukertilfredshetsevalueringen>
- Kvamsdahl, M.S. Løvhaug, L., Hadzic, D. Sigveland, J. & Isham, A.E. (2022). *Statusrapport Akuttpsykiatri 2021.* Akershus Universitetssykehus, Oslo Universitetssykehus og Akuttnettverket. <https://www.akuttnettverket.no/file/07112022-statusrapport-akuttpsykiatri-2021endringer.pdf>

- Landheim, A. Odden, S. & Clausen, H.K (2022). Samhandlingsmodeller: ACT & FACT. I L. Lien & T. Lie (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Integrert behandling av rus og psykiske lidelser* (kap. 12). Fagbokforlaget.
- Landheim, A. & Odden, S. (Red.). (2020). *Sluttrapport. Evaluering av FACT-team i Norge*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF. https://rop.no/contentassets/d4f50ab571e84e24a9bd879ae14a9690/evaluering-av-fact-team-i-norge_sluttrapport_nasjonal-kompetansetjeneste-for-samtidig-rusmisbruk-og-psykisk-lidelse-nkrop.pdf
- Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholt, A. & Aasbrenn, K. (2017). *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. https://rop.no/globalassets/aktuelt-og-artikler/potensialet_for_act_fact_i_norge.pdf
- Landheim, A. & Ruud, T. mfl. (2014). *Uprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Nasjonal kompetansetjeneste ROP og Akershus Universitetssykehus. https://rop.no/globalassets/dokumenter/sluttrapport-evaluering-act-team_.pdf
- Lid, T.G. (2022). Pasienten og fastlegen. I L. Lien & T. Lie (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Integrert behandling av rus og psykiske lidelser* (kap. 13). Fagbokforlaget.
- Lie, T. (2022). Kartlegging og utredning. I L. Lien & T. Lie (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Integrert behandling av rus og psykiske lidelser* (kap. 3). Fagbokforlaget.
- Lien, L. & Lie, T. (Red.). (2022). *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*. Fagbokforlaget.
- Legeforeningen. (2023). *Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/415f122144e24a9e9bc86ecda6c89aff/bedre-helse-lengre-liv-2023.pdf>
- Liodden, T.M., Leirvik, M.S. & Holm, A. (2023). *Flyktningers møte med Nav. Kommunikasjon og tilgjengelighet i en digital kontekst* (NIBR-rapport 2023:1). By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3054721/2023-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nasjonal senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. (2021). *Rutinene må være generelle, men tiltakene må være individuelle. Om pasienters og pårørendes erfaringer med pårørendeinvolvering*. <Rapport-Februar-2021-Om-pasienters-og-parorendes-erfaringer-med-parorendeinvolvering.pdf>
- Norges institusjon for menneskerettigheter. (2022). *Rus og menneskerettigheter*. <https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2022/09/NIM-R-2022-007.pdf>
- Norges institusjon for menneskerettigheter. (2024). «Du har ikke noe her å gjøre» *En undersøkelse om rusavhengiges opplevelser av diskriminering og stigmatisering*. <https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2024/02/NIM-R-2024-002.pdf>
- Olsen, T., Bråthen, K. & Hansen, I.L.S. (Red.). (2022). *Sammen om trygg bosetting*. Universitetsforlaget.
- Opinion AS. (2022). *Nasjonal pårørendeundersøkelse*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-parorendeundersokelse-2021-2022/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%202021-2022.pdf/_attachment/inline/c5685675-dee2-4406-b88b-1514158d767c:a2b63672e5e9a7af37d95aae93d0ca5b271c6d26/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%202021-2022.pdf
- Ose, S.O. mfl., (2019). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig_rapport_2019_01307.pdf

- Ose, S.O. & Kaspersen, S. (2020). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endeligrapportis24_8_2020.pdf
- Ose, S.O. & Kaspersen, S. (2021). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endeligrapport2021_sintef.pdf
- Ose, S.O. & Kaspersen, S. (2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/sintef_rapport2022_01271.pdf
- Ose, S.O. & Kaspersen, S. (2023). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1f4be11f9b6741b8b5878adb3e65838f/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-2023.pdf>
- Oslo Economics. (2023). *Finansiering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En oppsummering av virkninger av ulike finansieringsordninger*. Oslo Economics på vegne av Norsk Psykologforening. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2023/06/Finansieringavpsykiskhelsevernogtverrfagligspesialisertusbehandling29022316-1.pdf>
- Oslo Economics. (2020). *Arbeidsforberedende trening (AFT) Langvarig og individuelt tilpasset opplæring og trening med mål om lønnet arbeid En kartlegging av tiltaket AFT utarbeidet av Oslo Economics på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet*. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2021/04/OE-rapport-2020-73-Arbeidsforberedende-trening.pdf>
- Oslo Metropolitan University & Oslo Economics. (2023). *Evaluering av tilskudd til utleieboliger*. Oslo Metropolitan University og Oslo Economics. https://unit.no/Rapport_Nomader_på_lavterskel.pdf
- Osnes, S.M. & Sørvoll, J. (2023). *Kommunale utleieboliger til vanskeligstilte på boligmarkedet i Norge* (BOVEL-notat 2/23). Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved Oslo Metropolitan University. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3067252/Bovel%20Notat-2-2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pasient- og brukerombudet. (2020). *Psykisk helsearbeid i kommunene: Felles fokusområde 2019 for landets pasient- og brukerombud. Oppsummering og anbefalinger*. [https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/rapporter/Fokusomr%C3%A5de%202019%20POBO%20oppsummerende%20rapport%20\(1\).pdf](https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/rapporter/Fokusomr%C3%A5de%202019%20POBO%20oppsummerende%20rapport%20(1).pdf)
- Proba samfunnsanalyse. (2022). *AAP-mottakeres brukerløp i helsetjenester og NAV– en analyse av tilbud til tre grupper AAP-mottakere, og deres arbeidstilpasning*. <https://proba.no/wp-content/uploads/Rapport-2022-3-AAP-mottakeres-brukerlop-i-helsetjenester-og-NAV.pdf>
- Proba samfunnsanalyse. (2024). *Status for individuell jobbstøtte (IPS) i Norge*. <https://proba.no/wp-content/uploads/Rapport-2024-9-Status-for-IPS-tilbudene-i-Norge.pdf>
- Rambøll Management Consulting. (2024). *Kartlegging av status for helsefelleskapene*. KS. <https://www.ks.no/contentassets/0509e2fe14ce45d38f90e76d0d34fdeb/KS-Helsefelleskap-juni-2024.pdf>
- Reme, S. E. mfl. (2016). *Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport*. Uni Helse og Uni Rokkansenteret. <https://norcereasearch.brage.unit.no/norcereasearch-xmlui/bitstream/handle/1956/15564/Sluttrapport%20IPS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Røe, M., Svendsen, S., Wågø, S., Høyland, K. & Bø, L.A. (2021). *Trygg bolig for en meningsfull hverdag: Utvikling av nytt bo- og tjenestetilbud for personer med ROP-lidelser og voldsrisiko*. NTNU Samfunnsforskning og SINTEF. <https://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/Trygg%20bolig%20for%20en%20meningsfull%20hverdag.PDF>

- Selbekk, A.S., Faugli, A., Kufås, E., Løvås, M & Ruud, T. (2019). *Kunnskapsoppsummering om situasjon og hjelp til barn og partnere av personer med rusproblemer*. Akershus Universitetssykehus.
<https://www.ahus.no/4a5322/siteassets/dokumenter/helsefaglig/kunnskapsoppsummering-om-barn-og-partnere-til-personer-med-rusproblemer.pdf>
- Stensrud, B. (2022). Når noen ikke vil – perspektiver på tvang. I L. Lien & T. Lie (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*. Fagbokforlaget.
- Sørly, R., Fresvik, A., Nødland, S.I. & Tvedt, H.L. (2021). *Nomader på lavterskel – Boligløsninger for personer med rusproblemer og psykiske lidelser* (Rapport nr. 4). NORCE Samfunn.
<https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2735781/Rapport%20Nomader%20p%c3%a5%20lavterskel.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Ukom. (2023). *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*.
<https://ukom.no/rapporter/helsehjelp-til-personer-med-alvorlig-psykisk-lidelse-og-voldsrisiko-copy/sammendrag>
- Ukom. (2023). *Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse*. Hentet fra <https://ukom.no/rapporter/somatisk-helse-hos-pasienter-med-alvorlig-psykisk-lidelse/sammendrag>
- Østenstad, B.H., Adolphsen, C., Naur, E. & Aasen, H.S. (Red.). (2018). *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenestene* (1. utgave). Fagbokforlaget.
- Wågø, S., Høyland, K. & Bø, L. A. (2020). *Etablering av boliger for mennesker med rus- og psykiske lidelser – erfaringer fra norske kommuner*. SINTEF og Husbanken.
<https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2647697/SFag%2b64.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Ådnes, M., Kaspersen, S.L., Melby, L. & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året*. SINTEF. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2719242>
- Ådnes, M., Høiset, J.R., Magnussen, M., Thaulow, K. & Kaspersen, S.L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. SINTEF. Hentet fra <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2988554>

Forskning

- Album, D., Johannesen L.E.F. & Rasmussen, E.B. (2017). Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Social Science and Medicine*, 180. Elsevier. <https://hdl.handle.net/10642/6020>
- Bjørquist, C. & Hansen, G.V. (2017). Samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-05>
- Bråthen, M. (2020). Nav-veilederes dilemmaer i oppfølgingen av personer med psykiske helseproblemer. *Søkelys på arbeidslivet*. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1504-7989-2020-01-02-04>
- Brattbakk, I. & Sørvoll, J. (2024). They must live somewhere! The geographical dimension of residualized social rented housing in urban Norway. *Journal of Housing and the Built Environment*.
- Eggebø, H. (2020). *Kollektiv kvalitativ analyse. I: Norsk sosiologisk tidsskrift*, 4(2), 106–122. Hentet fra <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2535-2512-2020-02-03>
- Fyhn, T., Øygarden, O., Monstad, K. & Skagseth, M. (2021). *Evaluerings av samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om Individuell jobbstøtte (IPS)*. NORCE Helse.
<https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2773606/FINAL%2bSluttrapport%2bNORCE%2bSamhandling%2bPS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Hansen, I.L.S. (2018). Users' Choice in Providing Services to the Most Vulnerable Homeless People. *Social Inclusion*, 6(3), <https://www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/1536>
- Holmås, T.H., Manstad, K. & Reme, S.E. (2021) *Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme*. Social Science and Medicine. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2786424/1-s2.0-S027795362100023X-main.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G & Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17–31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8720638/>
- Konttila, T., Pesonen, H. & Kyngäs, H. (2018). Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1592–1605. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29766630/>
- Konttila, T., Holopainen, A., Pesonen, H. & Kyngäs, H. (2020). Occurrence of workplace violence and the psychological consequences of it among nurses working in psychiatric outpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 706–720. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33306239/>
- Lie, T. & Hustvedt, I.B. (2021). Personer med ROP-lidelser og alvorlige psykiske helseproblemer – tjenestemottakere med store helse- og levekårsproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(1), 48–59. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-06>
- Penzenstadler, L., Soares, C., Anci, E., Molodynski, A. & Khazaal, Y. (2023) Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. *European Addiction Research*, 25(2), 56–67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30699412/>
- Regier, D. A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA*, 264(19). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2232018/>
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M. & Laursen, T.M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 453–458. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21593516/>

Brev/e-post

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2024, 3. desember). *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser – Hovedanalyserapport til kommentering* [Brev fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet til Riksrevisjonen].
- Helsedirektoratet (2022, 27. april) *Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS) – rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid*. [Brev fra Helsedirektoratet til helseforetak] Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/individuell-jobbstotte-ips/Forklaring%20av%20rollen%20som%20arbeids-%20utdanningsspesialist.pdf/ _attachment/inline/491dfdcf-8029-48f3-b64d-dab916551a4b:022730b3336a851d6ccadfbf224d05928c846738/Forklaring%20av%20rollen%20som%20arbeids-%20utdanningsspesialist.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/individuell-jobbstotte-ips/Forklaring%20av%20rollen%20som%20arbeids-%20utdanningsspesialist.pdf/_attachment/inline/491dfdcf-8029-48f3-b64d-dab916551a4b:022730b3336a851d6ccadfbf224d05928c846738/Forklaring%20av%20rollen%20som%20arbeids-%20utdanningsspesialist.pdf)
- Helsedirektoratet. (2023, 25. mai). *Forklaring av rollen som arbeids-/utdanningsspesialist*. [Brev fra Helsedirektoratet til Statsforvalterne] Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/Samarbeid%20mellom%20helse-%20og%20omsorgstjenesten%20og%20NAV%20om%20individuell%20jobbst%C3%B8tte%20-%20IPS%20-%20rettslig%20grunnlag%20for%20tverrsektorielt%20samarbeid%20-%20brev%20270422.pdf/ _attachment/inline/dd8c6724-f907-4dd8-a819-0ebb58047cc7:b5fe272796f42367ff43da1397c5d95ebdc00b81/Samarbeid%20mellom%20helse-%20og%20omsorgstjenesten%20og%20NAV%20om%20individuell%20jobbst%C3%B8tte%20-%20brev%20270422.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/Samarbeid%20mellom%20helse-%20og%20omsorgstjenesten%20og%20NAV%20om%20individuell%20jobbst%C3%B8tte%20-%20IPS%20-%20rettslig%20grunnlag%20for%20tverrsektorielt%20samarbeid%20-%20brev%20270422.pdf/_attachment/inline/dd8c6724-f907-4dd8-a819-0ebb58047cc7:b5fe272796f42367ff43da1397c5d95ebdc00b81/Samarbeid%20mellom%20helse-%20og%20omsorgstjenesten%20og%20NAV%20om%20individuell%20jobbst%C3%B8tte%20-%20brev%20270422.pdf)

[%20IPS%20-%20rettslig%20grunnlag%20for%20tverrsektorielt%20samarbeid%20-%20brev%20270422.pdf](#)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 3. desember). *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser – Hovedanalyserapport til kommentering* [Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen].
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2024, 2. desember). *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser – Hovedanalyserapport til kommentering* [Brev fra Kommunal- og distriktsdepartementet til Riksrevisjonen].

Internettider

- Fretheim, E. (2023). *Tilbake til start for robuste boliger: Må igjen ut og lete etter tomter*. Hentet 1. november 2024 fra <https://app.retriever-info.com/go-article/01376320231130383804833/null/archive/search?type=jwt>
- Helsedirektoratet. (2024). *Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus. Videreutvikling og forenkling av nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonale-pasientforlop-psykisk-helse-og-rus>
- Helsedirektoratet. (2024). *ACT-, FACT- og FACT ung-team*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>
- Helsedirektoratet. (2024). *Oversikt over institusjoner som er godkjent for å ta ansvar for tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold etter psykisk helsevernloven § 3-5 og psykisk helsevernforskriften §§ 2 til 5*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helsevernloven/godkjenning-av-institusjoner-for-bruk-av-tvungent-psykisk-helsevern/attachment/inline/2a9f1790-969c-4f01-be17-fdfb901ed997:5d5341f963f4342352f732c67ad2ba2de4f923d6/Oversikt%20over%20institusjoner%20som%20er%20godkjent%20for%20tvungent%20psykisk%20helsevern%20-%202015.%20mai%202024.pdf>
- Helsedirektoratet. (2023). *Psykisk helsevern- døgnplasser, behandlingssted*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/psykisk-helsevern-dognplasser-behandlingssted>
- Helsedirektoratet. (2022). *Godkjenning av institusjoner for bruk av tvungent psykisk helsevern*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helsevernloven/godkjenning-av-institusjoner-for-bruk-av-tvungent-psykisk-helsevern>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Regjeringen lanserer pårørendeavtaler*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-lanserer-parorendeavtaler/id3054309/>
- Helse Norge. (2022). *Behandling av samtidige rusproblemer og psykiske lidelser*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/behandling-av-samtidige-rusproblemer-og-psykiske-lidelser/>
- Helse Stavanger. (2024). *Brukerplan*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.helse-stavanger.no/brukerplan#hva-er-brukerplan>
- Husbanken. (2024). *Investeringsstilskuddet*. Hentet 1. november 2024 fra <https://statistikk.husbanken.no/tilskudd/investeringsstilskudd>
- Husbanken. (2024). *Investeringsstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.husbanken.no/kommune/lan-og-tilskudd/investeringsstilskudd/>
- Husbanken. (2024). *Kan jeg få startlån og tilskudd?* Hentet 1. november 2024 fra <https://www.husbanken.no/person/startlaan/soke-startlaan-og-tilskudd/>
- Husbanken. (2024). *Boutgifter i beregningen*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.husbanken.no/person/bostotte/beregning-av-bostotte/boutgifter-som-legges-til-grunn-for-beregningen/>

- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023). *Ansvar og oppgaver i det boligsosiale arbeidet*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/boligmarkedet/ansvar-og-oppgaver-i-det-boligsosiale-ar/id749704/>
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023). *Regjeringa føreslår tilskot til utleigebustadar i kommunane*. Hentet 1. november 2024, fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-vil-gi-tilskudd-til-istandsetting-bygging-og-kjop-av-utleieboliger/id2976022/>
- NAPHA. (2024). *ACT- og FACT-team*. Hentet 1. november 2024, fra <https://napha.no/content/13921/act--og-fact-team>
- NAPHA. (2023). *Housing First*. Hentet 30. november 2024, fra <https://napha.no/content/13934/housing-first>
- Nav. (2024). *Uføretrygd*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.nav.no/uforetrygd>
- Nav. (2024). *Meld fra til NAV om hvem som oppholder seg i institusjonen*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.nav.no/samarbeidspartner/opphold-institusjon>
- Nav. (2024). *Økonomisk sosialhjelp*. Hentet 26. november fra <https://www.nav.no/okonomisk-sosialhjelp/nn>
- Nav. (2023). *Jobbmestrende oppfølging*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.nav.no/jobbmestrende-oppfolging>
- Nav. (2024). *Sykepenges*. Hentet 2. desember 2024 fra <https://www.nav.no/sykepenges>
- Nav. (2024). *Arbeidsavklaringspenges*. Hentet 2. desember 2024 fra <https://www.nav.no/aap>.
- Nav. (2024). *Ring oss*. Hentet 26. november 2024 fra <https://www.nav.no/kontaktoss#ring-oss>
- Nav. (2024). *Trenger råd og veiledning*. Hentet 26. november 2024 fra <https://www.nav.no/snakke-med-nav>
- Nav. (2024). *Meld fra til Nav om hvem som oppholder seg i institusjonen*. Hentet 2. desember 2024 fra <https://www.nav.no/samarbeidspartner/opphold-institusjon>
- NKROP. (2019). *ACT-team er god behandling for ROP-pasienter*. Hentet 1. november 2024 fra <https://rop.no/aktuelt/act-team-er-god-behandling-for-rop-pasienter/>
- NKROP. (u.å.). *Pårørende*. Hentet 1. november 2024 fra https://rop.no/ropbruker/Ropbruker_nyttige_spoersmal/sporsmal/parorende/
- NKROP. (2023). *Digitalisert og tilgjengelig for alle?* Hentet 25. november 2024 fra <https://rop.no/aktuelt/digitalisert-og-tilgjengelig-for-alle/>
- NKROP. (2021). *Kanaldirektøren i NAV: –Vi har kanskje lagt lista litt høyt*. Hentet 26. november fra <https://rop.no/aktuelt/kanaldirektoren-i-nav---vi-har-kanskje-lagt-lista-litt-hoyt/>.
- Oslo Universitetssykehus. (2024). *Introduksjon til TSB*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/introduksjon-til-tsb/>
- SIFER. *MAP – Møte med aggresjonsproblematikk*. Hentet 1. november 2024 fra <https://sifer.no/map/>
- Simonsen. (2023, 2. november). *Rus- og psykiatrienhet avvikles: –Som å kutte tilbudet til de aller dårligste kreftpasientene*. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/helse-bergen-psykiatri-psykisk-helse/rus-og-psykiatri-enhet-avvikles-som-a-kutte-tilbudet-til-de-aller-darligste-kreftpasientene/595964>
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2021). *Vold og trusler på arbeidsplassen utbredt i deler av arbeidslivet*. Hentet 1. november 2024 fra <https://stami.no/vold-og-trusler-pa-arbeidsplassen-utbredt-i-deler-av-arbeidslivet/>
- Statsforvalteren i Vestland. (2023). *Rapport etter tilsyn med Bergen kommune 2023*. Hentet 1. november 2024 fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/vestland/2023/bergen-kommune-sosiale-tenester-2023/>
- Statsforvalteren. (2023). *Tvang*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.statsforvalteren.no/portal/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/>

- Statistisk sentralbyrå. (2023). *Befolkning. 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 – 2024*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>
- Statistisk sentralbyrå. (2023). *Tabell 12015: 12015: Midlertidig botilbud og natthjem (K) 2015–2023*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12015>
- Statistisk sentralbyrå. (2023). *Spesialisthelsetjenesten. 04511: Psykisk helsevern for voksne. Døgnplasser, utskrivinger, oppholdsdøgn, polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager, etter helseforetak (avslutta serie) 1990–2021*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/04511>
- Mykling, M. (2022, 18. november). God psykosebehandling er å involvere de pårørende. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/fag/2022/10/god-psykosebehandling-er-involvere-de-parorende>
- Bramness, J.G., Syse, A. & Rognli, E.B. (2023). Rusutløst psykose – en problematisk diagnose. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet 1. november 2024 fra <https://tidsskriftet.no/2023/02/kronikk/rusutlost-psykose-en-problematisk-diagnose>
- Trondheim kommune. (2023). *Trondheim kommune skal rydde opp i lovbrudd rundt midlertidige boliger*. Hentet 1. mai 2024 fra <https://www.trondheim.kommune.no/aktuelt/nyhetssaker/2023/trondheim-kommune-skal-rydde-opp-i-lovbrudd-rundt-midlertidige-boliger/>
- Tangvald-Pedersen, A. (2024). Kevin ble innlagt på psykiatrisk institusjon: Uføretrygden halvert. *VG*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.vg.no/helse/i/5EGjM6/kevin-ble-innlagt-paa-psykiatrisk-institusjon-ufoeretrygden-halvert>
- Von Münchow, O. (2024). *Et natthus for dem uten tak over hodet*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.rus.no/aktuelt/et-natthus-for-dem-uten-tak-over-hodet>

Annet

- Helsebiblioteket. (2023). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonalt pasientforløp. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Høringsnotat – forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv.*
- Oslo kommune. (2023). *Matrise for rusfeltet*. PRIO/Velferdsetaten. Hentet 1. november 2024 fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13483347-1701694648/Tjenester%20og%20tilbud/Helse%20og%20omsorg/Rusomsorg/Program%20for%20rusfeltet%20i%20Oslo%202020%20%E2%80%93%202024/Matrise%20for%20rusfeltet.pdf>

Vedlegg

Vedlegg 1: Revisjonskriterier

Krav om helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode, likeverdige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester i sin helseregion, jf. lov om spesialisthelsetjenester m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

Krav til forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Kravet om forsvarlige helse- og omsorgstjenester følger av *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven), *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) og *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven). Paragraf 3-1 i helse- og omsorgstjenesteloven presiserer at kommunens ansvar omfatter personer med psykisk sykdom, skade eller lidelse og rusmiddelproblemer.

For å bidra til forsvarlige tjenester skal kommunen ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 tilrettelegge tjenestene blant annet slik at

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

I Prop. 91 L (2010–2011) står det følgende om forsvarlighetskravet:

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig. Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Ved behandlingen av lovforslaget sa en samlet helse- og omsorgskomite seg tilfreds med departementets henvisning til at forsvarlighetskravet peker på god praksis som norm for tjenestene.³⁷² Komiteen viste i denne sammenhengen til Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer, som beskriver god praksis, og til at innholdet i forsvarlighetskravet utvikles i takt med den faglige kunnskapen. I merknadene til § 2-2 i rundskriv IS-5/2013 *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer* går det fram at disse føringene også gjelder for spesialisthelsetjenesten.

Krav om likeverdige helse- og omsorgstjenester

Et viktig formål med både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven er å bidra til et likeverdig tjenestetilbud for hele befolkningen, jf. § 1-1 i begge lovene. Det går fram av forarbeidene til begge lovene at dette innebærer at befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester uavhengig av forhold som alder, kjønn, økonomi, bosted, sosial status m.v., jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) og

³⁷² Innst. 424 L (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven).

Prop. 91 L (2010–2011). Dette stiller krav til at helse- og omsorgstjenesten er organisert på en måte som hindrer ulikhet, samt til at personellet opptrer profesjonelt og forsvarlig.³⁷³

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 har staten det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester. Med nødvendige tjenester menes at befolkningen har rett til nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering av behov.³⁷⁴ At tjenesten er forsvarlig, betyr at den må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og ha tilstrekkelig omfang.³⁷⁵ Retten til nødvendige tjenester går også fram av *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven).

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 skal det regionale helseforetaket utpeke det nødvendige antallet helseinstitusjoner eller avdelinger i helseregionen som skal ha plikt til å gi øyeblikkelig hjelp til pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Krav til kommunene og spesialisthelsetjenesten om å sørge for tjenester av god kvalitet

Pasient- og brukerrettighetsloven skal blant annet bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestene som tilbys, har god kvalitet, både med hensyn til innhold i og tidspunkt for tjenesten, jf. § 1 og *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, et rundskriv fra Helsedirektoratet (2015). Ifølge rundskrivet må kravet om god kvalitet ses i lys av kravet til forsvarlige tjenester, og kvaliteten må vurderes ut fra pasientens eller brukerens ståsted.

Statlige myndigheter har gjennom flere år³⁷⁶ lagt til grunn at tjenester av god kvalitet er kjennetegnet ved at de er virkningsfulle, samordnet og preget av kontinuitet, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

God kvalitet i behandling av personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse

Det vanligste er at psykisk helsevern har hovedansvaret for å behandle personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser, både ved mindre alvorlig og alvorlig rusmiddellidelse. Dersom den psykiske lidelsen er stabilisert, kan imidlertid pasienten behandles i en TSB-avdeling. Det forutsettes da et nært samarbeid med psykisk helsevern og at psykisk helsevern har vurdert dette som forsvarlig behandling av alvorlig psykisk lidelse. Psykisk helsevern skal derfor ha kompetanse til å behandle pasienter med en kombinasjon av en alvorlig psykisk lidelse og hvilken som helst rusmiddellidelse. TSB for rusmiddellidelser skal ha kompetanse til å behandle pasienter med en mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig rusmiddellidelse.³⁷⁷

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) (heretter ROP-retningslinjen) gir kunnskapsbaserte anbefalinger som skal bidra til å gi personer med både psykiske lidelser og rusmiddellidelser et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud.

- Behovet for helhetlige og samordnede tjenester: Personer med samtidige lidelser har krav på å møte en helsetjeneste som er godt samordnet, er preget av kontinuitet og tilbyr helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet. Det er dokumentert at behandling gir effekt når den er sammenhengende og skjer over lang tid.

³⁷³ Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer* (Rundskriv IS-8/2015).

³⁷⁴ Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer* (Rundskriv IS-8/2015).

³⁷⁵ Prop. 99 L (2015–2016) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)*.

³⁷⁶ Se for eksempel Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*, *Nasjonal helseplan 2007–2010*, som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av statsbudsjettet for 2007, og Helsedirektoratet (2017) *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

³⁷⁷ *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948).

- Behandlingen av samtidige lidelser skal være integrert og foregå samtidig etter en samlet plan, som fortrinnsvis er forankret i en individuell plan.
- Det anbefales å bruke oppsøkende (ambulante) metoder for pasienter som helseforetakene og kommunene ikke ellers når på en tilfredsstillende måte.
- Viktigheten av å etablere en god relasjon: En god relasjon mellom brukeren og behandleren har stor betydning for behandlingsresultatet. Langvarige relasjoner blir framhevet som spesielt viktige for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser.

Det framgår av helsepersonelloven § 40 at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Dette operasjonaliseres i *forskrift om pasientjournal* (pasientjournalforskriften).

Virkningsfull behandling

Satsing på bedre behandling innenfor psykisk helse og rus har vært et sentralt mål i budsjettproposisjonen gjennom flere år.³⁷⁸ Praksisen i psykisk helsevern bør være i tråd med det som kalles kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.³⁷⁹ For å styrke den kunnskapsbaserte praksisen i tjenestene er det viktig å utarbeide og implementere nasjonale faglige retningslinjer og å bruke veiledere, kvalitetsindikatorer og pasientforløp³⁸⁰. Ifølge Prop. 1 S (2017–2018) må også kommunens psykiske helse- og rusarbeid være kunnskapsbasert.

I Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* står det at helsepersonell, ledere og myndigheter må ha tilgang til helsedata og statistikk som holder høy kvalitet, og som gir dem nok styringsinformasjon. De trenger informasjon om kvaliteten til og effekten av pasientbehandlingen som ytes i spesialisthelsetjenesten, for å kunne utvikle tjenestene til det beste for pasientene. Dette videreføres i Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)*.

Helhetlige og koordinerte tjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at den enkelte pasienten eller brukeren skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud. Kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Det betyr at de må legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby lovpålagte tjenester.

På samme vis har det regionale helseforetaket en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom blant annet ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak og med kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester, jf. § 2-1 e i spesialisthelsetjenesteloven.

Pasientforløp³⁸¹ for psykisk helse og rus trådte i kraft 1. januar 2019 og omfattet blant annet psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* trekker fram at pasientforløpene for psykisk helse og rus skal bidra til mer helhetlige og koordinerte tjenester, hvor også somatisk helse og levevaner følges tettere opp. Pasientforløpene gir føringer for kartlegging og utredning for å sikre at pasientens behov og målsettinger fanges opp tidlig. Pasientforløpene inneholder blant annet anbefalinger som gjelder vold og overgrep, somatisk helse og levevaner, samt kartlegging og tiltak knyttet til arbeid og bolig.³⁸² Det finnes ikke et eget forløp for pasienter med ROP-lidelser. I tildelingsbrevet for 2022 fikk

³⁷⁸ Se blant annet i Prop. 1 S i perioden 2018–2022.

³⁷⁹ Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis* [nettdokument].

³⁸⁰ Pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført i helsetjenesten i 2019. Disse endret navn til *pasientforløp* for psykisk helse og rus 1. januar 2023.

³⁸¹ Tidligere kalt *pakkeforløp*.

³⁸² Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*.

Helsedirektoratet i oppdrag å foreslå hvordan strukturerte pasientforløp innenfor psykisk helse og rusmiddellidelser kan utvikles videre. Formålet er å bedre samhandlingen, kvaliteten og brukerinnflytelsen, tilpasse til brukergruppenes behov og gjøre forløpsarbeid enklere for tjenestene.

Somatisk helse og levevaner

ROP-retningslinjen peker på at de fleste med ROP-lidelser har somatiske lidelser i tillegg til psykiske lidelser og rusmiddellidelser. En arbeidsgruppe fra legeforeningen trekker fram at pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelser og avhengighet har behov for særskilte tiltak og ekstra innsats for å få et likeverdig helsetilbud sammenlignet med den generelle befolkning.³⁸³ I pasientforløpene er det utarbeidet et eget produkt med oppsummerte anbefalinger og tiltak for å ta bedre vare på den somatiske helsen og levevanene, herunder tannhelse, hos mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Anbefalingene som er utarbeidet, gjelder uavhengig av behandlingsnivå og beskriver blant annet ansvarsforhold mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Målet med tiltakene er å bidra til at pasientgruppen får bedre helse, opplever høyere livskvalitet og lever lenger.³⁸⁴ Produktet peker på at psykiske lidelser, somatiske sykdommer og problematisk bruk av rusmidler henger sammen og bør behandles under ett.³⁸⁵

ROP-retningslinjen anbefaler blant annet at somatisk utredning, inkludert utredning av tannhelse, skal gjøres spesielt med tanke på de sykdommene som personer med ulike typer rusmiddelbruk er mest utsatt for å få. Retningslinjen sier at det er viktig å identifisere spesielle undergrupper av personer med ROP-lidelser med særskilte behov, som somatisk syke.

Helhetlige og integrerte tjenester gjennom teambaserte arbeidsformer

En rekke dokumenter som har blitt lagt fram for Stortinget, trekker fram oppsøkende behandlingsteam som ACT³⁸⁶- og FACT³⁸⁷-team. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 peker på at teambaserte arbeidsformer gir gode resultater når man skal tilby helhetlige og integrerte tilbud til mennesker med omfattende psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Meldingen trekker fram at pasienter med ROP-lidelser er en liten, men viktig målgruppe for videre utbygging av ACT- og FACT-team.³⁸⁸ I Prop. 1 S (2020–2021) for Helse- og omsorgsdepartementet står det at evalueringene av ACT-team og FACT-team viser svært gode resultater, der antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten er halvert, tvangsbruken er redusert med opptil 70 prosent, og brukere og pårørende er mer fornøyde. Ordningens måloppnåelse vurderes å være høy.³⁸⁹ I innstillingen av et representantforslag om en kraftfull styrking av innsatsen overfor personer med ROP-lidelser registrerer en samlet helse- og omsorgskomite at det i dag finnes ACT- og FACT-team, som skal sikre god informasjonsflyt, og at evalueringen av disse viser gode resultater.³⁹⁰

I behandlingen av Innst. 345 S (2017–2018) jf. Dokument 8:179 S (2017-2018) *Representantforslag om å sikre god oppfølging av personer etter rusbehandling* vedtok Stortinget å be regjeringen sikre at spesialisthelsetjenesten etablerer flere desentraliserte tilbud for pasienter med rusmiddellidelser og/eller psykiske lidelser, slik som poliklinikker og oppsøkende team, gjerne i samarbeid med kommunene.³⁹¹ Regjeringen svarer at de følger opp vedtaket gjennom oppdragsdokument for 2019 til de regionale helseforetakene.³⁹² I oppdragsbrevene til de regionale helseforetakene i 2020 sto det at de regionale helseforetakene skal gi helseforetakene i oppdrag å implementere tverrfaglige

³⁸³ Legeforeningens arbeidsgruppe for somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse (2023) *Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel og avhengighetslidelse*.

³⁸⁴ Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*.

³⁸⁵ Helsedirektoratet (sist oppdatert september 2022) *Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*.

³⁸⁶ Assertive community treatment. En godt dokumentert modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, har en teambasert tilnærming og leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

³⁸⁷ Flexible assertive community treatment. Fleksibel aktiv oppsøkende behandling. FACT-modellen er utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen i Nederland og er i mindre grad fulgt av forskning.

³⁸⁸ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

³⁸⁹ Prop. 1 S (2020–2021) for Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁹⁰ Innst. 243 S (2020–2021) jf. Dokument 8:130 S (2019–2020).

³⁹¹ Vedtak 842, votering 2: Voteringsoversikt. Det var 50 stemmer for og 48 stemmer mot.

³⁹² Prop. 1 S (2018–2019) for Helse- og omsorgsdepartementet.

oppsøkende behandlingsteam i psykisk helsevern der det er befolkningsmessig grunnlag for det. I 2021 og 2022 pekte oppdragsbrevene på at tverrfaglige oppsøkende team som ACT- og FACT-team, der det er befolkningsmessig grunnlag for det, bidrar til god og sammenhengende behandling. I 2023 sier oppdragsbrevene at tverrfaglige oppsøkende team som ACT og FACT-team bør etableres der det er befolkningsmessig grunnlag for det. En rapport fra NAPHA gir anbefalinger om etablering av ACT-/FACT-team i DPS-regioner av ulike størrelser. Rapporten anbefaler blant annet at det etableres FACT-team i DPS-regioner med minst 15 000 innbyggere og maksimum reisevei på én time fra DPS-et til regionens ytterkanter.³⁹³

Ordningen med resultatbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten ble innført fra budsjettåret 2022. Prop. 1 S (2022–2023) for HOD peker på at formålet med resultatbasert finansiering er å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering. Fra 2023 er andelen pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team) en av indikatorene i ordningen. I innstillingen merker helse- og omsorgskomiteen seg hvilke indikatorer som innføres, uten ytterligere kommentarer til dette.³⁹⁴

Både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven skal bidra til at ressursene utnyttes best mulig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Stortinget har lagt til grunn at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, i tråd med det såkalte LEON-prinsippet, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det vil i praksis si at helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten, jf. Prop. 91 L (2010–2011).

Da helse- og omsorgstjenesteloven ble behandlet, sa en samlet helse- og omsorgskomite seg enig i at en større del av pasientforløpene skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Samtidig understreket komiteen hvor viktig det er at pasienter som har behov for tjenester på spesialistnivå, fortsatt får dette, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det følger av *forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* (prioriteringsforskriften) § 2 at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.³⁹⁵

For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelse for pasienter og brukere som har behov for døgnopphold, har kommunene fra 2017 hatt plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold med øyeblikkelig hjelp til pasienter og brukere med sykdom på psykisk helse- og rusområdet, jf. § 2 i *forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud* (forskrift om øyeblikkelig hjelp døgntilbud).

Døgnbehandling

I forbindelse med behandling av Innst. 243 S (2020–2021) jf. Dokument 8:130 S (2019–2020) *Representantforslag om kraftfull styrking av innsatsen overfor personar med alvorleg rus- og psykisk liding (ROP)* vedtok et flertall at Stortinget ber regjeringen umiddelbart stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern.³⁹⁶ I Innst. 11 S (2022–2023) jf. Prop. 1 S (2022–2023) merker helse- og omsorgskomiteens flertall³⁹⁷ seg at framskrivninger 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.

³⁹³ NAPHA (2017) *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*.

³⁹⁴ Innst. 11 S (2022–2023) jf. Prop. 1 S (2022–2023) for Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁹⁵ Stortinget har vedtatt at bestemmelsen fra prioriteringsforskriften skal tas inn i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 jf. Lovvedtak 49 (2022–2023).

³⁹⁶ Vedtak 695, votering 5: Voteringsoversikt. Det var 57 stemmer for og 30 stemmer mot.

³⁹⁷ Alle medlemmer unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet. Disse hadde flertall på Stortinget.

Rett til selvbestemmelse og regler om tvang

Individets rett til selvbestemmelse over egen kropp er et grunnleggende prinsipp i både tradisjonell rett, nasjonal rett og menneskerettighetene.³⁹⁸ Vernet av individets rett til selvbestemmelse følger blant av Den europeiske menneskerettighetskonvensjon, som forbyr umenneskelig og nedverdiggende behandling³⁹⁹ og verner om personlig frihet og sikkerhet og om privatlivet.⁴⁰⁰

I mange år har det vært et mål å oppnå økt frivillighet for pasienter med psykiske helseproblemer.⁴⁰¹ Bruk av tvang overfor personer er regulert i flere lover, blant annet pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven og psykisk helsevernloven. Lovreglene skal sikre at pasienter og brukere får forsvarlige tjenester, og trekker grensen mellom lovlig og ulovlig tvang. Det er krav om at helse- og omsorgstjenesten skal ha prøvd andre løsninger før den vurderer å bruke tvang. Når det er nødvendig å bruke tvang, skal helse- og omsorgstjenesten ta beslutninger om tvangsbruk i tråd med loven.⁴⁰²

Regelverket for bruk av tvang i psykisk helsevern blir regulert av reglene i psykisk helsevernloven og tilhørende forskrift. Formålet med loven er å sikre at psykisk helsevern etableres og gjennomføres på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er også et formål å forebygge og begrense bruken av tvang.⁴⁰³ Loven slår fast at hovedregelen er at psykisk helsevern skal ytes med bakgrunn i samtykke,⁴⁰⁴ og stiller strenge vilkår for at tvang kan brukes. Personer som bryter loven og er utilregnelige, kan også dømmes til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 har egne regler for tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. Reglene setter blant annet vilkår for å tilbakeholde rusmiddelavhengige i institusjon uten at de samtykker.

Det finnes bestemmelser som gir hjemmel for akutt avhjelping i situasjoner der noen på grunn av sin psykiske helsetilstand utgjør fare for seg selv eller andre.⁴⁰⁵ For eksempel skal helsepersonell straks gi den helsehjelpen de evner, når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig, jf. helsepersonelloven § 7. Nødrett i straffeloven § 17 kan også være hjemmel for akutte skadevergende tiltak.⁴⁰⁶

Det følger av § 9 i *forskrift om kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter* at tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar.

Krav om bolig, arbeidsrettet oppfølging og aktivitet

Overordnede krav til arbeids- og velferdsforvaltningen

Både kommunale og statlige enheter i Nav har ansvar for å hjelpe dem som trenger det, til å komme i arbeid og aktivitet. Personer med ROP-lidelser vil som regel ha behov for både statlige og kommunale tjenester fra arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav) og helsetjenester over lang tid.⁴⁰⁷

Arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav) er forankret i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven) og består av arbeids- og velferdsetaten og fem obligatoriske kommunale tjenester. Kommunen

³⁹⁸ Østenstad, B.H., Adolphsen, C., Naur, E. og Aasen, H.S. (2018). *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenestene* (1. utgave).

³⁹⁹ Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen artikkel 3.

⁴⁰⁰ Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen artikkel 5 og 8.

⁴⁰¹ Prop. 1 S (2021–2022) for Helse- og omsorgsdepartementet.

⁴⁰² Statsforvalteren. (2023). *Tvang*. Hentet 28. april 2023 fra <https://www.statsforvalteren.no/portal/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/>

⁴⁰³ Psykisk helsevernloven § 1-1.

⁴⁰⁴ Psykisk helsevernloven § 2-1.

⁴⁰⁵ Helsepersonelloven med kommentarer § 7, sist oppdatert 8. juni 2022.

⁴⁰⁶ Nødrett er når en handling som ellers ville vært straffbar, er lovlig for å berge seg selv eller andre ut av en nødsituasjon.

⁴⁰⁷ Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948) side 80.

kan også velge å legge flere tjenester enn disse inn i Nav-kontoret. Stat og kommune har gjennom et likeverdig partnerskap et felles ansvar for driften av Nav-kontoret og skal sikre et samordnet tjenestetilbud til brukerne.

Formålet med NAV-loven er å legge til rette for en effektiv arbeids- og velferdsforvaltning, tilpasset den enkeltes og arbeidslivets behov og basert på en helhetlig og samordnet anvendelse av arbeidsmarkedsloven, folketrygdloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og andre lover som forvaltes av arbeids- og velferdsforvaltningen. Arbeids- og velferdsforvaltningen skal møte det enkelte mennesket med respekt, bidra til sosial og økonomisk trygghet og fremme overgang til arbeid og aktiv virksomhet.⁴⁰⁸

Den statlige delen av Nav, kalt arbeids- og velferdsetaten, forvalter de statlige tjenestene og ytelsene som reguleres i blant annet folketrygdloven, NAV-loven og forskrift om arbeidsrettede tiltak. Arbeids- og velferdsetaten har en sentral rolle i gjennomføringen av arbeids- og velferdspolitikken. Arbeids- og velferdsetatens bistand til ledige, personer med nedsatt arbeidsevne og arbeidsgivere skal bidra til et velfungerende arbeidsmarked med høy overgang til arbeid eller utdanning og motvirke at flere faller varig ut av arbeidslivet. Målet er at ledige og permitterte raskest mulig skal komme tilbake i arbeid eller utdanning, og at utsatte grupper i arbeidsmarkedet får hjelp til å komme i arbeid eller utdanning.⁴⁰⁹

NAV-loven § 4 omhandler arbeids- og velferdsetatens hovedoppgaver. Bestemmelsens tredje ledd inneholder de generelle kravene til etaten om å stimulere den enkelte stønadsmottakeren til arbeidsaktivitet og gi råd og veiledning til arbeidsgivere og arbeidstakere for å hindre sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Formålet med sosialtjenesteloven er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.⁴¹⁰

Kommunen forvalter tjenestene etter sosialtjenesteloven. Dette er tjenester som skal tilbys i det lokale Nav-kontoret. De fem obligatoriske tjenestene som Nav-kontoret skal tilby, er opplysning råd og veiledning (herunder økonomisk rådgivning), økonomisk stønad (økonomisk sosialhjelp), midlertidig botilbud, rett til individuell plan og kvalifiseringsprogram. En del kommuner har i tillegg lagt andre kommunale tjenester til Nav-kontoret, for eksempel oppfølging av personer med rusmiddelproblemer.

Nav er omfattet av forvaltningslovens bestemmelser om veiledningsplikt, saksbehandling og begrunnelse av vedtak.

Det er kommunene som er ansvarlige for at tjenestene som ytes, er forsvarlige med tanke på tilgjengelighet, kompetanse, innhold og omfang. Ot.prp. nr. 103 (2008–2009) presiserer at forsvarlighetskravet er en rettslig minstestandard, og setter en nedre grense for hva som kan aksepteres før det regnes som svikt i tjenestene. Det vil i stor grad være opp til kommunene å vurdere hvordan forsvarlighetskravet skal sikres. Arbeids- og velferdsdirektoratet har i rundskriv til lov om sosiale tjenester i Nav (R35-00) veiledet kommunene i hvordan de kan oppfylle forsvarlighetskravet. Rundskrivet er normerende og retningsgivende for kommunene innenfor rammen av forsvarlige tjenester i sosialtjenesteloven. Rundskrivet omtaler også samarbeid mellom kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og andre offentlige instanser for å oppnå forsvarlige og helhetlige løsninger. For eksempel bør Nav-kontoret samarbeide med kommunale helse- og omsorgstjenester som arbeider med kommunalt rusarbeid for å sikre et forsvarlig etterverntilbud for personer med rusmiddelproblemer.

⁴⁰⁸ Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven] §§ 1 og 13.

⁴⁰⁹ Tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2022.

⁴¹⁰ Sosialtjenesteloven § 1.

Krav om bolig og boligsosialt arbeid

Det er et mål i boligpolitikken at alle skal bo trygt og godt. I Innst. 240 S (2015–2016) mener en samlet helse- og omsorgskomite at opptrappingsplanen for rusfeltet må ha som mål at alle rusavhengige får tilbud om et egnet sted å bo. Komiteen viser til at personer med rusproblemer har ulike boligbehov. Kommunene bør oppfordres til å opprette varierte boligløsninger med ulik grad av støtte fra hjelpeapparatet, inspirert av eldreomsorgen. Komiteen er kjent med at personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser er overrepresentert blant bostedsløse, og at disse konkurrerer om kommunale boliger med andre som trenger bolig. Komiteen mener dette er svært bekymringsfullt i og med at det å ha tilgang til en trygg bolig kanskje er det aller viktigste i rehabiliteringsprosessen. ROP-retningslinjen anbefaler at kommunene bør tilstrebe fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkelte brukerens hjelpebehov.

Ansvar

Kommunene har ansvar for å forebygge boligsosiale utfordringer og å bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet skal få bistand til å skaffe seg og beholde en egnet bolig.⁴¹¹ Kommunal- og distriktsdepartementet skal bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet kan skaffe seg en egnet bolig og beholde den.⁴¹² Dette gjør de ved å utvikle og forvalte regelverk, administrere økonomiske støtteordninger og utvikle kunnskap.

Husbanken er et statlig organ som skal gjennomføre boligpolitikken. Husbanken skal forvalte startlån og bostøtte, låne- og tilskuddsordninger for kommunene, og medvirke til å utvikle kunnskap om mål, metoder og resultater på det boligsosiale feltet.⁴¹³ Husbankens samfunnsoppdrag er å forebygge at folk blir vanskeligstilte på boligmarkedet, og bidra til at vanskeligstilte kan skaffe seg og beholde en egnet bolig.⁴¹⁴ 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.

Krav om medvirkning til å skaffe boliger til vanskeligstilte

Kommunene har krav om å medvirke til å skaffe bolig til vanskeligstilte. Til og med juni 2023 var dette hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-7) og sosialtjenesteloven (§ 15). I juni 2023 trådte ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet (boligsosialloven) i kraft.⁴¹⁵ Loven presiserer og til dels skjerper kommunenes ansvar på feltet.⁴¹⁶

Den nye loven sier at kommunen skal gi individuelt tilpasset bistand til vanskeligstilte på boligmarkedet. Bistandens art og omfang skal tilpasses den enkeltes behov. Bistanden kan blant annet gå ut på å gi råd og veiledning om økonomi, bomestring, statlige og kommunale tjenestetilbud eller andre forhold av betydning for bosituasjonen. Kommunen kan også gi praktisk bistand, slik som hjelp til å søke støtte-, låne- og tilskuddsordninger eller kommunalt disponert bolig, bistand i en konkret kjøps- eller leieprosess eller bistand til å forebygge utkastelse. Plikten til å gi individuelt tilpasset bistand omfatter også bistand til å skaffe boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonsnedsettelse eller av andre årsaker.⁴¹⁷ Forarbeidene til den nye loven presiserer at tilpassede boliger blant annet omfatter boliger som på grunn av sin utforming, innredning og beliggenhet er særlig egnet for personer med rus- og/eller psykiske lidelser.⁴¹⁸

⁴¹¹ Boligsosialloven § 1.

⁴¹² Prop. 1 S (2022–2023) for Kommunal- og distriktsdepartementet, s. 172.

⁴¹³ Lov om husbanken § 1.

⁴¹⁴ Hovedinstruks for Husbanken, 31. januar 2023.

⁴¹⁵ Boligsosialloven. (2023). *Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet* (LOV-2022-12-20-121). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2022-12-20-121?q=boligsosial%20lov>

⁴¹⁶ Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023, 25. juli). *Ansvar og oppgaver i det boligsosiale arbeidet*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/boligmarkedet/ansvar-og-oppgaver-i-det-boligsosiale-ar/id749704/>

⁴¹⁷ Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet § 6.

⁴¹⁸ Prop. 132 L (2021–2022) *Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet*, s. 104.

Krav om å tilby midlertidige botilbud

Kommunen er forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv, jf. sosialtjenesteloven § 27.

I rundskriv til sosialtjenesteloven er det presisert at tilbudet må være «kvalitetsmessig forsvarlig ut fra tjenestemottakerens behov». Tjenestemottakeren skal sikres en selvstendig tilværelse med mulighet til å opprettholde relasjoner og sosialt nettverk, delta i alminnelige daglige aktiviteter, og kunne være i eller forsøke å finne seg arbeid. Videre skal bruk av midlertidig botilbud skal begrenses i omfang og lengde, og opphold som varer i mer enn tre måneder, bør kun unntaksvis forekomme⁴¹⁹.

Krav til opplysning, råd og veiledning

Kommunen skal gi opplysninger, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer jf. sosialtjenesteloven § 17. Om kommunen ikke selv kan gi slik hjelp, skal den så langt det er mulig, sørge for at andre gjør det, jf. sosialtjenesteloven § 17.

Opplysning, råd og veiledning kan handle om blant annet bolig og arbeid/aktivitet. Rundskrivet til sosialtjenesteloven peker på at sosiale problemer kan ha sammenheng med utfordringer på mange livsområder. Nav-kontoret skal ha helhetlig fokus på tjenestemottakers livssituasjon på ulike områder, som arbeid og aktivitet, helse, fritid, hjemmesituasjon, omsorgsoppgaver, boligforhold, nettverk og økonomi. Nav-kontoret skal vurdere hvilke råd og veiledningsbehov den enkelte har, og tilpasse tjenesten ut fra dette. Tjenesten skal styrke den enkeltes mulighet til å mestre egen livssituasjon, og baseres på aktiv involvering og deltakelse. Ot.prp. nr. 29 (1990–91) presiserer at plikten til opplysning, råd og veiledning vanligvis inntreffer når den som har behov for råd og veiledning, tar kontakt. Men det kan være situasjoner hvor arbeids- og velferdsforvaltningen i kommunen har plikt til å veilede gjennom oppsøkende virksomhet.⁴²⁰

Rundskrivet til sosialtjenesteloven sier imidlertid at Nav-kontoret har plikt til å henvise til andre forvaltningsorgan i tilfeller der veiledningsbehovet går ut over Nav-kontorets kompetanse. Nav-kontoret er ikke pålagt å skaffe faglig hjelp som er underlagt andre instansers myndighetsområde.⁴²¹

Videre følger det av NAV-loven § 15 at enhver som henvender seg til kontoret, har rett til informasjon om arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester og ytelser. Kontoret skal tidligst mulig avklare brukerens helhetlige behov. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren.

Krav til tjenester om arbeid og meningsfull aktivitet

Flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad har vært det overordnede målet for arbeids- og velferdspolitikken gjennom mange år.

Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 47 (2005–2006), jf. Innst. O. nr. 55 (2005–2006) *Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen* (arbeids- og velferdsforvaltningsloven), understreket en samlet arbeids- og sosialkomite at den nye arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav) skal legge vekt på arbeidslinjen, der målet er flere i arbeid og færre på stønad. Arbeidslinjen må ifølge komiteen ha et bredt nedslagsfelt, der alle mennesker skal inkluderes. En samlet komite understreket også at det er viktig at Nav samarbeider med ulike relevante tjenester som ligger utenfor forvaltningens myndighetsområde, for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester rundt brukere med sammensatte behov. Dette kan være helsetjenester i både stat og kommune, samt pleie- og omsorgstjenester.⁴²²

⁴¹⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2012). *Rundskriv til Lov om sosiale tjenester i NAV* (R35-00). Lovdata. https://lovdata.no/nav/rundskriv/r35-00#KAPITTEL_4-4

⁴²⁰ Ot.prp. nr. 29 (1990–91) *Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven)* s. 158.

⁴²¹ Arbeids- og velferdsdirektoratet har i rundskriv til lov om sosiale tjenester i NAV (R35-00) punkt 4.17.1 og 4.17.2.1.

⁴²² Innst. O. nr. 55 (2005–2006), s. 10 og Ot.prp. nr. 47 (2005–2006).

I Innst. 240 S (2015–2016), jf. Prop. 15 S (2015–2016), mener komiteen at det å ha et arbeid å gå til er svært viktig for personer med rusmiddellidelser, og ser behovet for en særskilt politisk innsats for gode tiltak på området arbeid og rusmiddellidelser. Komiteen viser til at mangel på aktivitet og arbeid for personer med rusmiddellidelser er et stort problem, som også ble påpekt av flere av høringsinstansene.

Vurdering av behov for bistand og aktivitetsplan

I henhold til NAV-loven § 14 a har alle som henvender seg til Nav, og som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, rett til å få vurdert sitt bistandsbehov. Brukerne som har fått fastslått at de har et bistandsbehov, har rett til å være med på å utarbeide en konkret plan for hvordan de skal komme i arbeid (aktivitetsplan). Arbeids- og sosialkomiteen har presisert at bistanden skal være tilpasset den enkelte arbeidssøkers behov, og at det må utarbeides konkrete aktivitetsplaner.⁴²³

Arbeidsmarkedstiltak

Forskrift om arbeidsmarkedstiltak (tiltaksforskriften) § 1-3 fastslår at deltakelse i arbeidsmarkedstiltak bør vurderes å være nødvendig og hensiktsmessig for at deltakeren skal skaffe seg eller beholde inntektsgivende arbeid, samt at arbeids- og velferdsetaten kan kreve at brukeren gjennomfører en behovs- eller arbeidsevnevurdering. Valg, utforming og varighet av tiltak foretas i samråd med deltakeren.

Individuell jobbstøtte

Individuell jobbstøtte (Individual Placement and Support – IPS) skal bidra til at personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer kommer over i ordinært, lønnet arbeid. Gjennom tett og samtidig oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenesten styrkes den enkelte deltakers mulighet til å få og beholde arbeid. Individuell jobbstøtte kan tilbys brukere som er under behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialist helsetjenesten, og psykisk helse- og rustjenester i kommunen.⁴²⁴ Jobbmestrende oppfølging er et tilbud til personer med alvorlige psykiske helseproblemer. Personene får arbeidstrening og oppfølging. Målet er at de skal komme ut i vanlig jobb.⁴²⁵ I Innst. 240 S (2015–2016) uttaler en samlet helse- og omsorgskomite at det er viktig å øke antallet tiltaksplasser for dem med nedsatt arbeidsevne, og at arbeidsrettede tiltak rettet mot personer i LAR blir fulgt opp. Komiteen mener også tiltak som IPS (Individuell jobbstøtte) og Jobbmestrende oppfølging må utvides til å bli nasjonale tilbud.

Ifølge § 2 i forskrift om oppfølgingstjenester i Arbeids- og velferdsetatens egen regi skal oppfølgingstjenester gi tiltaksdeltakeren bistand for jobbtilpasning, tilrettelegging og oppfølging på arbeidsplassen, med ansettelse i lønnet arbeid som mål. Oppfølgingen skal sikre et individuelt tilpasset tilbud, og skal følge metoden arbeid med støtte (Supported Employment) eller individuell jobbstøtte (Individual Placement and Support).

Oppfølging av personer som mottar arbeidsavklaringspenger

Den som mottar arbeidsavklaringspenger, skal få jevnlig oppfølging fra arbeids- og velferdsetaten. Det skal fastsettes individuelle oppfølgingstidspunkter når det innvilges arbeidsavklaringspenger. Personen skal også følges opp etter at behandlingen eller det arbeidsrettede tiltaket er gjennomført. På oppfølgingstidspunktet skal arbeids- og velferdsetaten sammen med brukeren vurdere om hen har

⁴²³ Innst. 15 S (2011–2012) *Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2012, kapitler under Arbeidsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Fiskeri- og kystdepartementet (rammeområde 7)*.

⁴²⁴ Prop. 1 S (2022–2023) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

⁴²⁵ Nav. (2023) *Jobbmestrende oppfølging*. Hentet 26. april 2023 fra <https://www.nav.no/jobbmestrende-oppfolging/>

den ønskede framdriften mot målet om å komme i arbeid. Det skal også vurderes om vilkårene for retten til ytelsen fortsatt er oppfylt.⁴²⁶

Krav til samarbeid mellom Nav og helsevesenet

For at personer med sammensatte utfordringer skal ha nytte av den arbeidsrettede oppfølgingen fra Nav-kontoret, må det ifølge Meld. St. 33 (2015–2016) *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet* være lagt til rette for hensiktsmessig samhandling mellom enhetene i arbeids- og velferdsforvaltningen og tjenesteytere fra andre sektorer.

I Meld. St. 33 (2015–2016) påpekte regjeringen at den ville legge til rette for bedre samarbeid mellom Nav og helsevesenet slik at personer med helseproblemer skal kunne fortsette i eller komme raskere i arbeid. I Stortingets behandling av meldingen⁴²⁷ påpekte flertallet blant annet at arbeid er viktig for enkeltmenneskers helse og selvfølelse. Det ble enstemmig vedtatt å be regjeringen sørge for at Navs tilbud til personer med psykiske lidelser styrkes, og å sikre at arbeidsmetodikken individuell jobbstøtte videreføres og videreformidles i etaten.⁴²⁸

Samarbeid mellom Nav og helsevesenet og sammenhengen mellom arbeid og helse har blitt viet oppmerksomhet i budsjettproposisjonene for Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det har blitt bevilget midler til helse og arbeid på begge budsjetter, og Stortinget har sluttet seg til disse budsjettene.⁴²⁹ Ifølge Prop. 1 S (2022–2023) for Helse- og omsorgsdepartementet videreføres samarbeidet med Arbeids- og sosialdepartementet for å bedre tjenestetilbudet til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid. I innstillingen støtter en samlet komite at det satses videre på å bedre tjenestetilbudet til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester. De støtter også at Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet arbeider med å videreutvikle arbeids- og helseområdet for å gjøre det lettere for mennesker med helseproblemer å ha en tilpasset tilknytning til arbeidslivet.⁴³⁰

Samarbeid om individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.⁴³¹ Formålet med en individuell plan er at brukeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. En person skal ha bare én individuell plan.

Dersom en person har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og sosialtjenesteloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Kommunen har plikt til å tilby en koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. § 7-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Koordinatoren skal sørge for at den enkelte pasienten eller brukeren får nødvendig oppfølging, sikre samordning av tjenestetilbudet og sørge for framdrift i arbeidet med den individuelle planen.

⁴²⁶ Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>, § 11-11.

⁴²⁷ Innst. 49 S (2016–2017) jf. Meld. St. 33 (2015–2016) *Nav i en ny tid – for arbeid og aktivitet*.

⁴²⁸ Vedtak 57, votering 13: Voteringsoversikt.

⁴²⁹ Se Prop. 1 S (2018–2019), Prop. 1 S (2019–2020), Prop. 1 S (2020–2021) Prop. 1 S (2021–2022), Prop. 1 S (2022–2023) for Arbeids- og sosialdepartementet / Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet og behandlingen av disse.

⁴³⁰ Prop. 1 S (2022–2023) for Helse- og omsorgsdepartementet jf. Innst. 11 S (2022–2023).

⁴³¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Krav til statlig styring og oppfølging

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, legger rammene for helsetjenesten og har et nasjonalt ansvar for helsetjenestens innhold og utvikling.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har ansvaret for arbeids- og velferdspolitikken.

Kommunal- og distriktsdepartementet har det overordnede ansvaret for de økonomiske og juridiske rammebetingelsene for kommunesektoren. Departementet har også ansvaret for boligpolitikken.

Departementene har et overordnet ansvar for å sikre at de nasjonale målene innenfor sine områder nås, og må sikre seg informasjon om måloppnåelsen og hvordan de statlige virkemidlene bidrar til måloppnåelsen jf. reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet) og bestemmelser om økonomistyring i staten (økonomibestemmelsene). Dette gjelder både juridiske, organisatoriske og pedagogiske virkemidler. Et viktig formål med økonomiregelverket er å følge opp at de statlige aktørene utfører oppgavene sine i samsvar med de målene som er satt i Stortingets vedtak og forutsetninger.

Økonomiregelverket i staten fastsetter kriterier for effektiv forvaltning. Bevilgningsreglementet § 10 sier blant annet at utgiftsbevilgningene skal disponeres på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til de forutsatte resultatene.

Samordning er et forvaltningspolitisk mål. I St.meld. nr. 19 (2008–2009)⁴³² *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap* går det fram at samordning er særlig viktig når ulike statlige virkemidler blir rettet mot de samme målgruppene. Staten må opptre samordnet i møtet med brukerne og andre innbyggere selv om ansvaret eller oppgavene er plassert i ulike organisatoriske enheter eller tilhører ulike saksområder. Stortinget sluttet seg til dette i behandlingen meldingen, uten spesifikke merknader i innstillingen. Det betyr at Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet må samordne sine virkemidler for å bidra til å gi god oppfølging til personer med behov for tjenester på tvers av sektorene, blant annet personer med ROP-lidelser.

Forholdet mellom stat og kommune

Juridisk og økonomisk rammestyring er hovedmodellen for statlig styring av kommunesektoren. Rammestyring gir rom for lokale prioriteringer og lokal tilpasning av tjenestetilbudet.⁴³³ I behandlingen av Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel* viste komiteens flertall⁴³⁴ til at mål- og resultatstyring er en utbredt styringsform, og peker på at for å lykkes med slik styring forutsettes det at kommunene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet og nødvendig handlingsrom til å foreta reelle prioriteringer. En samlet komite pekte på at det lokale selvstyret må fungere innenfor rammene av nasjonale mål.⁴³⁵

I Innst. 270 S (2011–2012) til Meld. St. 12 (2011–2012) legger flertallet⁴³⁶ i kommunalkomiteen til grunn at mål- og resultatstyring er etablert som det dominerende styringsprinsippet i staten. Generelt innebærer det at staten spesifiserer nasjonale mål og forventede resultater, mens kommunene skal finne fram til virkemidler lokalt som vil føre til best mulig realisering av målene.

En samlet kommunalkomite pekte videre på at kommunesektoren har et selvstendig ansvar overfor sine innbyggere for å løse grunnleggende oppgaver og yte tjenester. Samtidig har staten et ansvar for

⁴³² Innst. S. nr. 321 (2008–2009). Flertallet i komiteen bestod av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Partiene hadde flertall på Stortinget.

⁴³³ Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel*.

⁴³⁴ Alle medlemmer unntatt Fremskrittspartiet.

⁴³⁵ Innst. 270 S (2012–2013).

⁴³⁶ Alle medlemmer unntatt Fremskrittspartiet.

å gi kommunesektoren muligheter til å løse oppgavene til det beste for innbyggerne, og komiteen framhever at staten har et bredt spekter av virkemidler i styringen av kommunene.

Krav om brukermedvirkning og pårørendeinvolvering

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Kommuner og helseforetak skal ha systemer for å hente inn pasienters/brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter på flere nivåer og bruke disse erfaringene i forbedringsarbeidet.⁴³⁷ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 8 slår fast at ledelsen ved virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer.

At tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren, innebærer ifølge pasient- og brukerrettighetsloven blant annet at pasienten har rett til å være med på å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Formen på medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Både helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven skal bidra til å sikre at tjenestetilbudet er tilpasset den enkeltes behov. I pasientforløpene for psykiske lidelser – voksne og rusbehandling (TSB) går det fram at det bør legges opp til regelmessig evaluering av behandlingen, der både pasienten, eventuelt pårørende, behandleren fra spesialisthelsetjenesten og andre involverte tjenester gir innspill. Det står også hva som bør inngå i en evaluering.

I Innst. 207 S (2012–2013) til Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – doping* viser en samlet helse- og omsorgskomite til at pårørende er en viktig ressurs for personer med rusmiddelproblemer og for helse- og omsorgstjenesten. Komiteen viser til at pårørende også trenger informasjon fra helse- og omsorgstjenesten for å få kjennskap til rusproblemene, hvordan de kan arte seg, hva tjenestetilbudet vil innebære, og oppfølging i etterkant. Komiteen understreker samtidig at pårørende kan ha behov for veiledning for å mestre sin situasjon og for å kunne være til hjelp for pasienten. Noen ganger vil det å være pårørende medføre så store belastninger at de selv vil ha behov for oppfølging og behandling. Komiteen understreker at brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg, samt at de skal ha innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet. ROP-retningslinjen sier blant annet at pårørende så langt som mulig bør involveres i behandlingen og oppfølgingen når brukeren ønsker det. Muligheten for å involvere pårørende bør revurderes kontinuerlig i behandlingsforløpet.⁴³⁸

Flere stortingsmeldinger framhever at brukermedvirkning er viktig for kvaliteten i tjenestetilbudet.⁴³⁹ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* beskriver hvordan pasienten skal involveres gjennom samvalg. Ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging i den grad og på de måter pasienten ønsker. Pasienten får støtte til å vurdere alternativene ut fra beste tilgjengelige kunnskap om effekt, fordeler og ulemper, og til å utforske egne verdier og preferanser. Målet er å bli enige om å velge det alternativet som er mest i tråd med pasientens personlige preferanser. Dette videreføres i Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)*.

⁴³⁷ Helseforetaksloven § 35; Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10; og Helsedirektoratet (2017) *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*.

⁴³⁸ *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*.

⁴³⁹ Se blant annet Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* og Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.

Vedlegg 2: Oslo kommune – Matrise for rusfeltet

Oslo kommune har utviklet en matrise som beskriver bolig og tjenestebehov til ulike grupper av personer med ROP-lidelser.⁴⁴⁰ Det trekkes her fram som et godt eksempel på hvordan kommunen har arbeidet systematisk med å utvikle boliger til denne gruppen, og for å illustrere hvor komplekse bolig- og tjenestebehovene til personer med ROP-lidelser er. Nedenfor følger et utdrag av rammeverket, som viser hvilke utfordringer, boligbehov og tjenestebehov de ulike gruppene har.

Matrise for rusfeltet

PRIOslo har utviklet en matrise som skal være til hjelp i framskaffelse av boliger og tjenester til personer med rusproblemer eller rus- og psykiske helseproblemer (ROP). Matrisen er et viktig og ressursbesparende verktøy i planlegging av nye tiltak for å sikre mer egnede boliger og tjenester til målgruppen. Den er delt inn i fire deler:

1. Grupper, bolig og bomiljø
2. Samlokaliserte boliger med base for gruppene 4-7
 - a. Bemanning og behovsoversikt
 - b. Personalbase
3. Omfattende somatiske helseproblemer
4. Tjenester – helhetlig tiltakskjede

Alle rapportene til PRIOslo som matrisen er basert på ligger på PRIOslo sin hjemmeside¹.

1. Grupper, bolig og bomiljø

Det har vært et behov for en tydeligere differensiering av «ROP-gruppen» enn Helseforetakets inndeling i hovedforløp 1-3¹. PRIOslo har etter en bred kunnskapsinnhenting og medvirkningsprosess laget en inndeling i syv grupper basert på funksjonsnivå. Denne delen av matrisen beskriver de syv ulike gruppene og deres boligbehov, boligstandard, hvilket bomiljø boligene bør ligge i, og hvilke tjenester som bør gis.

- Gruppene 1 og 2 kan bo i ordinære kommunale boliger med eller uten ambulante tjenester.
- Gruppe 3 har behov for å bo skjermet i småhus uten base med ambulante tjenester.
- Gruppene 4-7 har større utfordringer og behov for samlokaliserte boliger med bemannet base.

Personer med rusproblemer eller rus- og psykiske helseproblemer kan over tid variere i funksjonsnivå og dermed bevege seg mellom ulike grupper i matrisen. Hensikten med matrisen er ikke å plassere folk i grupper, men å vise spekteret av bolig- og tjenestetilbud som en kommune eller bydel må utvikle for å kunne dekke de ulike behovene.



Oslo

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5	Gruppe 6	Gruppe 7
Utfordringer:	Moderate utfordringer knyttet til rus og ev. psykiske helseproblemer.	Moderate til alvorlige utfordringer knyttet til rus og ev. psykiske helseproblemer.	Atferdsutfordringer, autonom, alvorlige rus- og psykiske helseproblemer/lidelser, dekker egne primærbehov i bolig.	Alvorlige rus- og psykiske helseproblemer/lidelser, sårbar, innadvendt, kan utnyttas, selvdestruktiv atferd.	Utfordrende atferd, personlighetsforstyrrelser, impulsivitet, synlig rusatferd, samtidige, alvorlige rus- og psykiske helseproblemer/lidelser.	Sikkerhetsrisiko, utagerende, utfordrende atferd, impulsivitet, samtidige, alvorlige rus- og psykiske helseproblemer/lidelser.	Svært høy sikkerhetsrisiko, utagering, impulsivitet, utestengt fra lavtersktilbud, samtidige, alvorlige rus- og psykiske helseproblemer/lidelser.
Hovedforløp:	HF 1-2	HF 2-3	HF 2-3	HF 3	HF 3	HF 3	HF 3
Målgruppen bør f.eks. i:	Ordinære kommunale boliger	Ordinære kommunale boliger	Tidl. Flexbo	Skogvollveien	Arveset gård	Schandorffsgate	Ljabruveien boliger
Boligbehov:	Ordinære kommunale boliger, innskutte boliger e.l. private utleieboliger m.m.	Ordinære kommunale boliger, bomiljø med mer aksept, gjerne heleide gårder	Småhus uten base, ikke for mange småhus samlet, eksempelvis 1-3	Samlokaliserte boliger med base	Samlokaliserte boliger med base	Samlokaliserte boliger med base	Samlokaliserte småhus/ boliger med base
Boligstandard:	Ordinær boligstandard	Ordinær boligstandard	Forsterket boligstandard	Ordinær boligstandard	Forsterket boligstandard	Ekstra forsterket boligstandard	Ekstra forsterket boligstandard
Beliggenhet:	Ordinært bomiljø	Ordinært bomiljø	Skjermet fra ordinære boliger, ev. ved næringsvirksomhet	Ordinært bomiljø	Skjermet fra ordinært bomiljø, ev. ved næringsvirksomhet	Skjermet fra ordinært bomiljø, ev. ved næringsvirksomhet	Skjermet fra annen bebyggelse, randzone
Tjenestebehov:	Individuelt tilpasset tjenestebehov, periodevis og ambulant	Individuelt tilpasset tjenestebehov, ambulant tjenester	Ambulante tjenester	Dagtid + ambulante tjenester	Dag/(kveld) + ambulante tjenester døgnet	Døgnet	Døgnet
SKOK*/kravspek:	SKOK Utleieboliger	SKOK Utleieboliger	Kravspesifikasjon Forsterkede boliger ¹	SKOK Omsorgsboliger ev. SKOK Utleieboliger	Kravspesifikasjon Forsterkede boliger	Kravspesifikasjon Forsterkede boliger	Kravspesifikasjon Forsterkede boliger

Matrisen viser hvilke hovedforløp brukeren hører til i. De tre hovedforløpene er basert på alvorlighet og antatt varighet.⁴⁴¹

- hovedforløp 1 – milde og kortvarige problemer
- hovedforløp 2 – kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- hovedforløp 3 – alvorlige langvarige problemer/lidelser

Videre viser matrisen at ulike typer utfordringer, fører med seg ulike behov. For flere grupper anbefaler de samlokaliserte boliger med base, og alvorlighetsgraden bestemmer behovet for bemanning og ambulante tjenester. Felles for alle gruppene er at personer med ROP-lidelser har stort behov for oppfølging.

⁴⁴⁰ Oslo kommune. (2023). *Matrise for rusfeltet*. PRIO/Velferdsetaten. [Matrise for rusfeltet.pdf \(oslo.kommune.no\)](#)

⁴⁴¹ Helseforetaket. (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (veileder IS-2076).