



Når rusen definerer helsehjelpen

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn og kontekst	5
Avgrensninger	7
3. Tre pasienthistorier – Aud, Kristian og Lars	8
Aud	8
Kristian	10
Lars	12
4. Fragmentert tjenesteapparat og utydelig ansvar	16
Behov for fleksibilitet i tjenestene	18
Når rusmiddellidelsen skygger for annen behandling	19
Rusutløst psykose eller underliggende psykoselidelse?	21
Høye krav til pasientens egeninnsats	24
Informasjon fra pårørende og andre som står pasienten nær	25
Lavterskeltilbud og frivillighet	26
5. Ulik praksis og tolkning i LAR og i spesialisthelsetjenesten	28
6. Brukermedvirkning	31
Behandlers kompetanse og erfaring	33
Lav tillit mellom pasient og tjenester	34
Konsekvenser for fastlegen	36
7. Stigma og negative forventninger påvirker helsehjelpen	39
8. Anbefalinger	43
1. Faglig støtte i komplekse individuelle vurderinger	43
2. Sikre samtidig og integrert behandling	43
3. Samordnet og forpliktende ansvar for pasientforløp	44
4. Fleksible tjenester som tåler lavt funksjonsnivå og uteblivelser	45
5. Systematisk innhenting og bruk av opplysninger fra pårørende- og nærpersoner	45
6. Hindre at digitalt utenforskap blir en pasientsikkerhetsrisiko	45
9. Læring og refleksjon	47
10. Framgangsmåte for undersøkelsen	48
Utvalg av pasientforløp	48
Datainnsamling	48
Analyse og avgrensninger	48
Kvalitetssikring	49
Bruk av kunstig intelligens (KI)	49
11. Ukoms oppdrag	50
12. Forklaringer	51
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	51
FACT – samhandlingsmodell	51
13. Summary in English	53
14. Referanser	55

1 Sammendrag

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

Ukom mottar hvert år varsler om alvorlige hendelser som gjelder personer med rusmiddelavhengighet. I denne undersøkelsen har vi sett nærmere på hvordan personer med alvorlig rusmiddelavhengighet, ofte med samtidige psykiske lidelser ([ROP lidelser](#)), blir møtt av helse- og omsorgstjenestene.

Undersøkelsen bygger på tre pasienthistorier fra ulike deler av landet. Aud kom inn i legemiddelassistert rehabilitering - LAR som godt voksen og hadde et sammensatt sykdomsbilde med psykiske lidelser og omfattende somatiske plager. Hun døde trolig av en luftveisinfeksjon i 60-årene.

Kristian fikk ikke innvilget LAR. Tjenestene stilte krav om utredning av psykisk sykdom før LAR kunne vurderes. Samtidig ble pågående rusmiddelbruk lagt til grunn for at slik utredning ikke ble gjennomført. Rusmiddelavhengigheten stod i veien for utredning og behandling av psykisk sykdom. En slik utredning ble stilt som vilkår før et eventuelt LAR tilbud kunne vurderes. Han døde som ung.

Lars hadde over flere år god rusmestring i LAR. Etter flytting mellom to helseforetak opplevde han funksjonsfall og et behandlingsforløp, preget av ulik praksis, manglende kontinuitet og gjentatte konflikter mellom han og tjenestene.

Undersøkelsen viser et tjenesteapparat som for mange pasienter framstår fragmentert, variabelt og lite koordinert. Ansvarsforholdene mellom legemiddelassistert rehabilitering LAR, fastlege, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten framstår ofte uklare. Det kan gi brudd i pasientforløpene, den samlede og sammenhengende oppfølgingen pasienten får over tid og på tvers av tjenester, og føre til at pasienter ikke får den hjelpen de har behov for.

Når behandling for rus, psykisk helse og somatisk sykdom er organisert hver for seg, ser vi at pasientene ofte ikke får virksom hjelp innen noen av områdene. Samtidig er tjenestene i stor grad innrettet slik at pasientene selv håndterer koordinering av egen oppfølging. Dette omfatter blant annet bestilling og oppmøte til avtaler, formidling av informasjon mellom instanser og bruk av digitale løsninger. For pasienter med sammensatte helseutfordringer og ustabil livssituasjon framstår dette som lite realistisk uten tett støtte og hjelp til koordinering.

Vi finner betydelig variasjon i praksis, blant annet knyttet til inntak til LAR behandling, valg og dosering av medikamenter og bruk av kontrolltiltak. Variasjonene blir særlig synlige når pasienten flytter mellom helseforetak og opplever hyppige skifter av behandlere. Pasienter beskriver praksisen som uforutsigbar, og flere opplever begrensede muligheter for reell medvirkning. Dette har betydning for tilliten i møtet mellom pasient og tjenester.

Kapasitet og organisering preger også oppfølgingen. Begrenset fleksibilitet, ventetider og korte behandlingsopphold gjør det krevende å møte pasientene i perioder med motivasjon for behandling. Lavterskeltilbud og frivillige aktører inngår som viktige deler av oppfølgingen, særlig for pasienter med lavt funksjonsnivå. Samtidig varierer tilgangen på slike tilbud geografisk, og flere pasienter har behov for støtte for å kunne ta dem i bruk. I møter med tjenestene beskriver pasienter erfaringer med stigma og lave forventninger. Kontrolltiltak som oppleves som inngripende henger sammen med redusert åpenhet og forsinket tilgang til hjelp.

Funnen samsvarer med beskrivelser i tidligere undersøkelser fra Helsetilsynet, Riksrevisjonen og Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM). Disse har over tid omtalt fragmenterte tjenester, lav grad av koordinering og betydelig variasjon i praksis. Samtidig har nasjonale reformer og retningslinjer beskrevet mål om mer fleksible tjenester, økt brukermedvirkning og helhetlige behandlingsforløp ([1](#), [2](#), [3](#)).

På bakgrunn av funnene i undersøkelsen gir Ukom anbefalinger som retter seg mot praktisk støtte i krevende kliniske vurderinger, herunder mer praktisk og anvendbar beslutningsstøtte for helsepersonell i møte med komplekse pasientforløp innen LAR. Videre anbefaler Ukom oppfølging som i større grad framstår samordnet og samtidig for pasienter med sammensatte rus-, psykiske og somatiske tilstander, og som tydeliggjør hvordan ansvar for oppfølging følger pasienten gjennom pasientforløpet, også ved overganger mellom tjenester og nivåer.

Ukom anbefaler også at tjenestene i større grad blir tilpasset pasienter med lavt funksjonsnivå, ustabilitet og gjentatte uteblivelser, og at opplysninger fra pårørende og personer som kjenner pasienten (nærpersoner), inngår mer systematisk i vurderingsgrunnlaget. Videre anbefaler Ukom kontaktformer som tar høyde for at ikke alle pasienter har tilgang til digitale løsninger. Samlet sett retter anbefalingene seg mot forhold som har betydning for sammenheng, forutsigbarhet og pasientsikkerhet i oppfølgingen av denne pasientgruppen.

Legemiddelassistert rehabilitering - LAR

Legemiddelassistert rehabilitering - LAR er et tverrfaglig behandlingstilbud til personer med opioidavhengighet, der medikamentell behandling kombineres med rehabiliterende tiltak. LAR er en del av Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten.

Du kan bli henvist til LAR fra fastlegen, fra psykolog, fra helse- og sosialtjenesten i kommunen, eller fra annen del av spesialisthelsetjenesten. Formålet er redusert rusmiddelbruk, forebygging av overdoser og økt livskvalitet ([22](#)).

Les mer om [LAR](#).

2 Bakgrunn og kontekst

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

Ukom har over flere år mottatt et betydelig antall varsler om alvorlige, uønskede hendelser som gjelder personer med rusmiddelavhengighet, ofte i kombinasjon med samtidige psykiske lidelser. Varslene beskriver utfordringer knyttet til samhandling mellom tjenester, fragmentert oppfølging og situasjoner der pasienter ikke mottar helsehjelpen de har behov for. I flere av hendelsene har dette fått alvorlige konsekvenser for pasientenes helse og livskvalitet, eller dødelig utfall. Mange av personene har hatt kontakt med eller mottatt behandling i LAR.

Vi gjennomgikk 263 saker knyttet til rusmiddelproblematikk for å identifisere pasientforløp som kunne belyse relevante tema. Utvalget ble gjort med vekt på variasjon i alder, kjønn og geografi. I denne undersøkelsen har vi tatt utgangspunkt i tre varsler. Pasienthistoriene i disse varslene belyser både samlet og hver for seg ulike pasientsikkerhetsutfordringer for personer med rusmiddelavhengighet. To av pasientene mottok behandling i LAR. Den tredje ønsket LAR-behandling, men fikk gjentatte avslag. Ukom har også gjennomført en spørreundersøkelse blant LAR-poliklinikker og private tilbydere som har avtale med regionale helseforetak (RHF).

Flere aktører har de senere årene undersøkt tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet. Statens helsetilsyn gjennomførte i perioden 2017–2018 to landsomfattende tilsyn: ett med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse (ROP-lidelser), og ett med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Tilsynene er oppsummert i tre rapporter: én rapport om de kommunale tjenestene ([4](#)), én rapport om spesialisthelsetjenesten ([5](#)) og én samlerapport ([1](#)).

ROP-lidelser

ROPlidelser betyr samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse. Begge tilstandene påvirker hverandre, og behandlingsbehovet må ses i sammenheng. Helhetlig, integrert behandling gir best resultat for pasienten ([66](#)).

Begrepet ROP brukes i denne rapporten som en praktisk samlebetegnelse for personer med både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Begrepet er godt etablert i tjenestene og gjør det mulig å beskrive systemiske utfordringer som denne gruppen ofte møter, som fragmenterte tilbud, ulike ansvarsområder og manglende koordinering. Samtidig anerkjenner vi at ROP ikke er en klinisk presis kategori. Det kan favne svært ulike behov og risikerer å skjule individuelle variasjoner. Begrepet kan også bidra til å opprettholde skillet mellom rus- og psykisk helsefeltet, i stedet for å støtte en mer helhetlig og integrert tilnærming. Når vi bruker ROP her, gjør vi det derfor for å tydeliggjøre strukturelle forhold – ikke for å redusere kompleksiteten hos enkeltpersoner.

Statens helsetilsyn gir en overordnet beskrivelse av funnene fra tilsynene. Gjennomgående beskriver de at de ansvarlige for tjenestene ikke hadde sørget for tilstrekkelig kartlegging og utredning av pasienter og brukere. Helsetilsynet peker på at godt grunnlagsarbeid er en forutsetning for å kunne gi individuelt tilpassede, helhetlige og virkningsfulle tjenester. For å kunne tilby et helhetlig tjenestetilbud må tjenesteytere, i samarbeid med pasienter og brukere, ha

et mest mulig komplett bilde av den enkeltes samlede lidelser, problemer, livsutfordringer og ressurser. Tilsynene viste betydelige mangler i dette grunnlagsarbeidet, både i kommuner og i distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Slike mangler innebærer risiko for at pasienter og brukere ikke har fått tjenester med tilstrekkelig virkning, i enkelte tilfeller med alvorlige konsekvenser for helse og livssituasjon.

Helsetilsynet beskriver også andre sviktområder som gikk igjen på begge tjenestenivåer. Dette gjaldt blant annet manglende planmessighet, uønsket variasjon i tjenestetilbudet og uklar oppgave og ansvarsfordeling innenfor og mellom ulike deler av tjenestene. Samlet sett pekte funnene på alvorlige svakheter i styring og ledelse, både i kommuner og i helseforetak (1).

Helsetilsynet uttrykte samtidig klare forventninger om at ledelsen i kommuner og helseforetak tar ansvar for å gi brukere og pasienter tjenester av god kvalitet.

I 2025 kom Riksrevisjonen med rapporten Helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse (2). Riksrevisjonen beskriver her at helse og velferdssystemet har betydelige utfordringer med å møte behovene til personer med både rusmiddellidelser og psykiske lidelser. Rapporten viser behov for bedre koordinerte tjenester som i større grad er tilpasset den enkelte pasient.

Riksrevisjonen peker på at myndighetene ikke har sørget for at personer med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse får den hjelpen de har behov for. Dette kan få alvorlige konsekvenser for den enkelte, for familiene deres og for samfunnet. Rapporten konkluderer med at helsetjenestene, de boligsosiale tjenestene, arbeidsrettet oppfølging og andre meningsfylte aktivitetstiltak i liten grad framstår som fleksible eller tilpasset denne sårbare gruppen. De beskriver tilbudene som fragmenterte, med manglende koordinering mellom ulike tjenester.

Riksrevisjonen løfter fram flere anbefalinger for forbedring:

1. Fleksible tjenester med bedre samhandling som er spesialisert og gis samtidig når det er behov for det
2. Pasienters og pårørendes erfaringer innhentes og brukes i tjenestenes forbedringsarbeid
3. Behandlingstilbudet i psykisk helsevern må i større grad innrettes slik at ROP-lidelser avdekkes og behandles
4. Nedbygging av kapasiteten i døgntilbud i psykisk helsevern stanses
5. Bedre tilrettelegging for at personer med ROP-lidelser i større grad kan nyttiggjøre seg NAV sine arbeidsrettede tiltak og tjenester
6. Bedre kommunens arbeid med å framskaffe flere egnede boliger til personer med ROP-lidelser
7. Vurdere å bygge ut IPS-tilbudet (6) flere steder, gjøre det mer tilgjengelig og langvarig
8. Legge bedre til rette for samhandling mellom involverte aktører rundt personer med ROP-lidelser, slik at de får de helhetlige og koordinerte helse- og velferdstjenestene de har behov for

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) publiserte i 2022 rapporten Rus og menneskerettigheter (3). NIM peker blant annet på utfordringer knyttet til kontrolltiltak og beskriver helsetilbudet til voksne med ROP-lidelser som fragmentert. De anbefaler at myndighetene utreder behovet for et eget diskrimineringsvern for personer som bruker rus, og vurderer endringer i lovgivning og praksis for å styrke denne gruppens menneskerettslige vern mot diskriminering (3).

Samlet sett viser både rapportene fra de landsomfattende tilsynene, Riksrevisjonens rapport og rapporten fra NIM vedvarende utfordringer i helse og velferdstilbudet til personer med rus eller ROP-lidelser. Basert på Riksrevisjonens funn og funnene i vår undersøkelse finner vi ikke tegn til at utfordringsbildet som ble avdekket i 2017 og 2018, har endret seg vesentlig.

Regjeringens forebyggings- og behandlingsreform (2024-2025) består av to deler. Del I (2024) *Om helse, behandling og skadereduksjon* ([7](#)) og del II: *Om straff og reaksjonsformer* ([8](#)). I del I beskriver regjeringen en retning for den framtidige rusmiddelpolitikken, med vekt på at Norges menneskerettslige forpliktelse til å sikre den høyest oppnåelige helsestandard også gjelder for mennesker med rusmiddelproblemer og avhengighet ([7](#)). Meldingen peker på samhandlingsutfordringer mellom tjenestenivåer og sektorer, som kan medføre risiko for svikt i forløp og fragmenterte tjenestetilbud.

Ukoms undersøkelse viser mange av de samme utfordringene. De tre utvalgte pasienthistoriene synliggjør pasienters og pårørendes erfaringer i møte med helsetjenestene, utfordringer i kontakten med tjenestene og hvordan disse erfaringene har betydning for pasientsikkerheten. Tjenestenes møte med denne pasientgruppen utgjør derfor et sentralt tema i undersøkelsen.

Avgrensninger

Pasientsikkerhetsutfordringer knyttet til bruk av tvang, særlig til bruk av Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 ([9](#)) er omtalt i denne rapporten, men inngår ikke i selve undersøkelsen. Vi har vurdert temaet som omfattende og komplekst. Bruk av tvang etter §10-2 vil bli behandlet i en egen undersøkelse, som gir grunnlag for en mer grundig og selvstendig gjennomgang enn det denne rapporten gir.

Ukom har i tillegg publisert en egen rapport om helsehjelp i fengsel i 2026 ([10](#)). I denne undersøkelsen har vi heller ikke vurdert hvordan valg mellom ulike legemiddelalternativer i LAR påvirker pasientforløp, eller hvilke rammer som kan ha betydning for hvilke legemidler som blir tilbudt i ulike helseforetak. Dette er temaer som kan være relevante å undersøke nærmere.

3 Tre pasienthistorier – Aud, Kristian og Lars

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

Aud

Aud vokste opp i en familie preget av rusmiddelbruk og vold. Familien var kjent i lokalmiljøet for alkoholproblemer gjennom flere generasjoner, og Aud opplevde tidlig å bli assosiert med denne historien. Hun utviklet etter hvert et alkoholproblem selv og levde med vold og ustabile relasjoner inn i voksenlivet. Senere beskrev hun for pårørende og ansatte i tjenestene at livshistorien hennes med rus, kriminalitet og vold ofte overskygget behovene hun hadde for helsehjelp.

I voksen alder utviklet Aud et omfattende rusmiddelbruk. Hun begynte etter hvert å kjøpe Subutex illegalt og fikk samtidig forskrevet benzodiazepiner fra fastlegen. Rusmiddelbruken eskalerte over tid, og omfattet blant annet amfetamin, cannabis og opioider. Hun utviklet avhengighet til både opioider og benzodiazepiner. Aud sonet flere fengselsstraffer for rusmiddelrelatert kriminalitet.

Benzodiazepiner

Benzodiazepiner og benzodiasepinderivater er en gruppe legemidler som brukes for kortvarig behandling av søvnvansker, for å dempe uro og angst, redusere muskelspenninger og kramper og i forbindelse med narkose. Mange benzodiazepiner er vanedannende og skal ikke kombineres med bilkjøring ([62](#)).

Opioider

Opioider er stoffer som virker på opioidreseptorer i hjernen og i det perifere nervesystemet. Gruppen omfatter både naturlige, halvsyntetiske og syntetiske stoffer, som for eksempel morfin, heroin, metadon og fentanyl ([63](#)).

Aud fikk to sønner. Begge kom inn i rusmiljøer i ungdoms- og voksen alder. Den eldste sønnen døde i det som ble antatt å være en overdose, den yngste sønnen fikk tilbud om behandling i LAR. Pårørende beskrev et nært forhold mellom Aud og sønnene, og tapet av den eldste sønnen preget henne sterkt.

Første gang Aud søkte behandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) var hun godt voksen. Hun fikk avslag, blant annet med begrunnelse om behov for behandling av psykiske belastninger før LAR kunne bli vurdert. Slik behandling kom ikke i gang. Etter en periode med forverret rusmiddelbruk og funksjonsfall ble hun tatt inn i LAR ved sitt andre forsøk.



Foto: Shutterstock

Oppstart i LAR ga økt stabilitet i Auds liv. Hun fikk oppnevnt økonomisk verge og fikk etter mange år bedre kontroll over økonomien. Hun kjøpte sin første bolig. I denne perioden hadde hun sporadisk kontakt med LAR. Hun fikk utlevert LAR-medisin, men opplyste at hun solgte eller ga bort deler av medisinen hun ikke selv trengte. Samtidig kjøpte hun illegale rusmidler, blant annet amfetamin og benzodiazepiner. Flere ganger ga hun uttrykk for at det hun først og fremst hadde behov for, var smertestillende medikamenter.

Aud levde med betydelige somatiske plager, blant annet langvarige smerter og symptomer forenlig med kols. Hun opplevde ikke å få en tydelig diagnose eller tilstrekkelig behandling for disse plagene. Etter hennes død fortalte pårørende at hun hovedsakelig var avhengig av amfetamin, og i mindre grad opioider.

Hun hadde også omfattende psykiske belastninger og var preget av traumer etter vold, tap og vanskelige familieforhold. Hun opplevde flere dødsfall i nær omgangskrets. Behandlere i LAR beskrev henne som kognitivt svekket etter mange år med rusmiddelbruk, men hun ble ikke utredet for kognitiv svikt. Det framgår ikke av journalene at hun fikk tilbud om traumebehandling.



Foto: Shutterstock

Etter oppstart i LAR hadde Aud begrenset sosial kontakt. Hun ble anbefalt å benytte lavterskel- og aktivitetstilbud, men klarte i liten grad å ta disse i bruk. Pårørende beskrev henne som sosialt isolert og ensom. Hun hadde en katt som betydde mye for henne, og som var viktig i hverdagen hennes. Når hun ble innlagt på sykehus de siste årene av livet, oppga hun omsorg for katten som grunn til å skrive seg ut tidligere enn anbefalt. Den siste julen hun var innlagt, ønsket hun å reise hjem til sønnen, som var alene.

Aud hadde gjennomgående lavt oppmøte til avtaler med helsetjenestene. Hun var vanskelig å nå på telefon og takket også nei til tilbud om helsehjelp. De siste årene av livet uttrykte hun bitterhet over det hun opplevde som manglende helsehjelp gjennom mange år, særlig knyttet til traumebehandling og smertelindring.

Aud døde i 60-årene. Dødsårsaken ble oppgitt å være en luftveisinfeksjon.

Kristian

Kristian vokste opp med psykiske vansker og kom tidlig i kontakt med hjelpeapparatet. I barne- og ungdomstiden fikk han flere psykiske lidelser diagnostisert. Foreldre, skole og politi uttrykte bekymring for utviklingen hans. Skolen formidlet også mistanke om psykose, og Kristian ble henvist til videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Da Kristian var 16 år, fortalte han selv at han hadde hatt psykosesymptomer i yngre alder.



Foto: Shutterstock

I ungdomsårene utviklet Kristian et omfattende og eskalerende rusmiddelbruk. Allerede på ungdomsskolen ruset han seg daglig, og rusen fikk raskt betydning for fungeringen hans i hverdagen. Etter hvert ble han tvangsplassert i barnevernsinstitusjon på grunn av atferd og bekymring for omsorgssituasjonen. Under barnevernets omsorg ble han introdusert for heroin, og fikk tilgang til Subutex fra andre som mottok LAR-behandling.

Før han fylte 18 år sonet Kristian sin første fengselsstraff for narkotikarelaterte forhold. I årene som fulgte hadde han gjentatte fengselsopphold, samtidig som rusmiddelbruken økte og den psykiske og somatiske helsen forverret seg. Han brukte etter hvert flere illegale rusmidler avhengig av hva som var tilgjengelig.

Kristian hadde hyppige overdoser, og fra tenårene og fram til han døde ble han akuttinnlagt på sykehus flere ganger årlig. Han hadde også gjentatte innleggelser i psykisk helsevern, ofte med mistanke om rusutløst psykose. Oppholdene var gjennomgående korte, og han skrev seg ofte ut kort tid etter innleggelse. I perioder levde han uten fast bolig og med begrenset kontakt med familie og hjelpeapparat.

Første gang Kristian søkte behandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), var han 19 år gammel. Han fikk avslag. Avslagene ble begrunnet med at spesialisthelsetjenesten ikke kunne dokumentere sikker opioidavhengighet etter diagnosekriteriene i ICD-10 ([11](#)). Senere ble også behov for utredning og behandling i psykisk helsevern trukket fram som forutsetning for ny vurdering for LAR-behandling.

Kristian søkte LAR flere ganger i årene som fulgte. Pårørende og ansatte i kommunale tjenester opplevde at han hadde behov for tett oppfølging, og bisto ham i søknadsprosesser. Avslagene ble klaget på til Statsforvalteren, men vedtaket ble opprettholdt. I vurderingene la sykehuset vekt på manglende dokumentasjon av langvarig og tung opioidavhengighet, og bekymring for å forskrive potente legemidler uten klar indikasjon. Samtidig ble Kristians psykiske helse stadig dårligere. Han hadde gjentatte rusutløste psykoser og flere korte innleggelser etter psykisk helsevernloven § 3-2 ([12](#)). På grunn av Kristians omfattende rusmiddelbruk, overdoser og reduserte evne til å ta

vare på seg selv, fremmet kommunen et forslag om tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven §102 (9). Vedtaket ble trukket tilbake etter kort tid, blant annet fordi spesialisthelsetjenesten vurderte at de ikke hadde egnede rammer til å ivareta ham under tvang.

Mot slutten av livet ble Kristian fulgt opp av kommunens oppsøkende team for personer med store og sammensatte hjelpebehov, etter at spesialisthelsetjenesten avsluttet behandlingen. Pårørende og ansatte i teamet sendte flere bekymringsmeldinger til sykehuset om økende rusmiddelbruk og funksjonsfall. Kristian avslo samtidig flere frivillige behandlingstilbud. Han uttrykte et ønske om medisiner, men ikke begrenset til opioider; også amfetamin og benzodiazepiner var en del av det han etterspurte.

Det siste avslaget på LAR-behandling kom få uker før Kristian døde. På dette tidspunktet lå en ny klage til behandling hos Statsforvalteren. Samme år ble han vurdert til primært å ha behov for videre oppfølging i psykisk helsevern før eventuell ny vurdering for LAR.

Kristian tok sitt eget liv 29 år gammel, kort tid etter utskrivelse fra psykiatrisk akuttavdeling etter en ny rusutløst psykose.

Lars

Lars er i 30-årene og har levd med rusmiddelavhengighet gjennom store deler av livet. Under et fengselsopphold fikk han diagnosen opioidavhengighet og hadde samtaler med psykolog om rusmestring. Etter løslatelsen søkte han ikke umiddelbart behandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det gjorde han først da han og samboeren fikk barn og flyttet til en ny kommune for å starte på nytt. Den første tiden i LAR opplevde han god rusmestring. Fastlegen forskrev et angstdempende medikament, og oppfølgingen fra LAR besto i hovedsak av årlige statusamtaler. I flere år hadde han førerkort, arbeid og en relativt stabil livssituasjon.



Foto: Shutterstock

Etter hvert utviklet Lars økende angst og trakk seg mer tilbake sosialt. Han møtte sjelden til avtaler i psykisk helsevern, og uteble fra konsultasjoner hos fastlegen. Samtidig oppsto

belastninger i hjemmesituasjonen knyttet til økonomi, bosituasjon og bekymringer fra barneverntjenesten.

Familien flyttet tilbake til hjemkommunen, og Lars ble overført til LAR-team ved et annet helseforetak. I forbindelse med overføringen stilte LAR i det nye helseforetaket spørsmål ved medikamentdosen han stod på, og mente den var for høy. LAR i helseforetaket som til da hadde fulgt han opp var enige i at dosen var høy, men mente den var tilpasset Lars' individuelle behov. Lars opplevde i denne overgangen å miste et behandlingsopplegg som fungerte for ham, og måtte forholde seg til ny LAR-praksis.

Lars ønsket behandling for psykiske plager og ble henvist til psykisk helsevern med mål om å komme i arbeid. Den første henvisningen ble avslått fordi LAR skulle ivareta den psykiske helsehjelpen. Etter en ny henvisning fikk han likevel tilbud om samtaler.

Da et nært familiemedlem døde, forskrev fastlegen benzodiazepiner til Lars. Han opplevde effekt av behandlingen og tok dette opp med psykologen. Psykologen vurderte benzodiazepiner som uforenlig med angstbehandling og kontaktet fastlegen, som deretter avsluttet forskrivningen. Etter dette ble Lars betydelig dårligere og falt ut av behandlingen, og kjøpte benzodiazepiner illegalt. Samtidig økte bekymringene rundt omsorgen for barnet, og barnevernet overtok etter hvert omsorgen.



Foto: Shutterstock

I årene som fulgte vekslet Lars mellom henvisninger til rusbehandling og psykisk helsevern. Flere henvisninger ble avslått, enten med henvisning til at han ikke oppfylte kravene til å få hjelp eller fordi han allerede var i behandling for rusmiddelavhengighet. Han møtte ikke til flere av tilbudene han fikk, eller skrev seg ut kort tid etter oppstart. Under den første innleggelsen i rusklinikk brukte tjenestene oppholdet i hovedsak til nedtrapping av benzodiazepiner og avslutning av angstdempende medikamenter. Lars skrev seg ut før videre behandling kom i gang. I etterkant utviklet han sterke abstinensplager som førte til sykehusinnleggelse. Fastlegen startet deretter behandling med angstdempende medikamenter på nytt, samtidig som Lars fortsatte med illegalt sidebruk.

Da helsetilstanden forverret seg ytterligere, ble Lars henvist til spesialisthelsetjenesten med mål om nedtrapping og basiskartlegging. Han opplevde nedtrappingen som uutholdelig og skrev seg ut dagen etter innleggelsen. Senere reduserte LAR dosen av LARmedisinen med henvisning til forsvarlighet og vedvarende sidebruk. Lars opplevde dette som en reaksjon på at han hadde vært åpen om rusinntaket sitt.

Basiskartlegging

Basiskartlegging er i denne sammenheng den innledende undersøkelsen av en pasients psykiske helse. Målet er å avklare symptomtrykk og funksjonsnivå for å avgjøre hva slags hjelp det er behov for. Prosessen danner grunnlaget for den videre behandlingsplanen.

I løpet av disse årene hadde Lars mange ulike behandlere i LAR og byttet fastlege flere ganger. Oppfølgingen var preget av uenighet om bruk av benzodiazepiner, dosering av LAR-medisin og strengere henteordninger. Han gikk fra ukentlige uttak til daglige utleveringer i hjemmet, utført av sykepleier fra hjemmetjenesten. Etter flere år fikk han innvilget stabiliserende benzodiazepinbehandling, under forutsetning av rene urinprøver. Dette beskriver han som livreddende, blant annet fordi det gjorde at han slapp å handle på det illegale markedet. Han strevde med selve gjennomføringen av prøvene og opplevde begrenset tilrettelegging i denne sammenheng.

Den fysiske helsen ble gradvis dårligere, med abstinenser, spasmer, kramper og perioder med lammelser. Lars fikk behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Til tross for ansvarsgruppe, individuell plan og støtte fra ruskonsulent beskrev han at relasjonen til tjenestene var preget av mistillit. Situasjonen var tidvis så konfliktfylt at han optrådte truende, ble fjernet fra fastlegelister og politianmeldt. Ektefellen beskrev stor belastning og var bekymret for helsen hans.

Lars klaget forholdene inn for Pasient og brukerombudet og Statsforvalteren, uten at han opplevde noen vesentlig endring i situasjonen. Han sto over tid i et spenn mellom ønsket om å avslutte LAR-behandlingen og opplevelsen av at LAR var det som holdt ham i live.

De seks siste årene brukte Lars substitusjonslegemidlene metadon og levometadon. Han beskrev legemidlene som gift, og fortalte at han var plaget av abstinenssymptomer og flere bivirkninger som påvirket livskvaliteten negativt. Han ønsket derfor å bytte substitusjonslegemiddel fra metadonpreparat til unntaksmedikamentet Contalgin Uno, et langtidsvirkende morfinpreparat. Denne prosessen varte i 17 måneder, før han fikk innvilget bytte. I forbindelse med medikamentbyttet ble han lagt inn i institusjon. LAR-behandlerne vurderte først å starte med en svært lav dose, men endret dette underveis, noe Lars opplevde som positivt. Overgangen ble dermed gjennomført uten større problemer.

Han har nå daglige utleveringer og ukentlige kontrollprøver, en ordning som etter planen skal vare i ett år før den eventuelt kan endres. Dette opplever han som belastende, men beskriver det som en relativt «lav pris å betale». Han fortalte til Ukom at han opplevde å ha fått et nytt liv og ikke lenger hadde abstinensplager. Lars ser nå lysere på framtiden og har håp om å kunne arbeide videre med underliggende psykiske plager, som angst og mulig posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ([13](#)).

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en psykisk lidelse som kan oppstå etter at en person har vært utsatt for eller vært vitne til en alvorlig traumatisk hendelse, som vold, overgrep, ulykker eller krig.

Kjernesymptomer ved PTSD er:

- **Gjenopplevelse** av traumet (for eksempel flashbacks eller mareritt)
- **Unngåelse** av situasjoner eller tanker som minner om hendelsen
- **Vedvarende aktivering** (uro, årvåkenhet, søvnproblemer)

PTSD forekommer ofte sammen med andre psykiske lidelser og somatiske plager, og kan ha stor betydning for hvordan personer nyttiggjør seg helsehjelp og behandling ([13](#)).

4 Fragmentert tjenesteapparat og utydelig ansvar

Publisert 23. juni 2026

Sist oppdatert 23. juni 2026

“De som er i størst behov for tjenester, det er de som i minst grad klarer å nyttiggjøre seg dem, det er de som møter det mest fragmenterte tjenesteapparatet. Du skal være veldig frisk og oppegående for å klare å orientere deg i dette.”
- Leder i kommune

Aud, Kristian og Lars forholdt seg til mange deler av hjelpeapparatet samtidig.

Pårørende beskrev at Aud over tid opplevde at hun ikke fikk tilstrekkelig helsehjelp for traumelidelser eller smerter. Hun fikk avslag på sin første søknad om LAR-behandling i voksen alder. Tjenestene begrunnet avslaget med at hun først måtte få vurdering og behandling av psykiske belastninger. Etter en forverring av helsetilstanden og en belastende rusperiode ble hun senere tatt inn i LAR, uten at det opprinnelige avslagsgrunnlaget var fulgt opp.

Kristian hadde kontakt med kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og fengselshelsetjenesten. Tjenestene beskrev at det var krevende å komme i posisjon til å gi ham helsehjelp, selv om Kristian flere ganger uttrykte ønske om behandling.

Lars ble møtt med krav om rusfrihet før utredning for ADHD. Dette klarte han ikke på egen hånd, og utredningen ble derfor ikke igangsatt.

Vi finner at personer med alvorlig rusmiddelavhengighet og samtidige psykiske lidelser ofte møter et fragmentert tjenesteapparat med uklare ansvarsforhold. Når pasienter mottar tjenester fra flere aktører og nivåer uten tilstrekkelig koordinering, øker sannsynligheten for brudd i forløp og tap av kontinuitet. Mangelfull informasjonsflyt og uklar oppgavedeling bidrar til at pasientens behov ikke blir fulgt opp samtidig og helhetlig.

Ansvarsområder, regelverk og finansieringsordninger er delt opp gjennom pasientforløpet. Dette gjør det krevende å realisere prinsippet om «én pasient – én plan». Informanter beskriver at behandling ofte skjer trinnvis framfor samtidig, og at dette gir begrenset effekt. De trekker særlig fram at stabilisering av rusmiddelbruk uten parallell behandling av psykisk lidelse som et eksempel. Både pasienter og behandlere beskriver denne formen for delbehandling som frustrerende og som lite effektiv bruk av ressurser.

“Vi lever i en situasjon hvor ingen sier: Dette er mitt ansvar, eller: Ja, dette er et felles ansvar. Dette er dypt uetisk, det handler om budsjett.”
- Psykologspesialist

Funnene samsvarer med analyser fra Riksrevisjonen, NIM og Helsetilsynet, som har beskrevet et fragmentert og uensartet tjenestetilbud for personer med alvorlig rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser ([1](#), [2](#), [3](#), [14](#)). Riksrevisjonen har blant annet pekt på krav om rusfrihet, manglende fleksibilitet og lav brukermedvirkning som forhold som gjør det vanskelig for mange å nyttiggjøre seg tilbudene. Rapportene oppgir at bolig, arbeid og sosial inkludering er områder som ofte blir nedprioritert ([2](#)).

Kristians pasientforløp illustrerer hvordan krav og ansvar kan bli skjøvet mellom tjenestenivåer. Han fikk verken stabilisering av rusmiddelavhengighet eller utredning for mulig psykisk lidelse. Pasientforløpet hans viser hvordan fragmentering og sektorvise kriterier kan få konsekvenser for pasientsikkerheten.

Regjeringens ruspolitikk ([7](#)) har trukket fram eksempler på tiltak som i større grad legger til rette for samhandling. De viser blant annet til behov for mer forpliktende samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester, økt bruk av oppsøkende team som FACT og ACT, og forsøk med nærklinikker.

ACT/FACT og FACTung

ACT (Assertive Community Treatment) og FACT (Flexible ACT) er oppsøkende, tverrfaglige teammodeller som gir samtidige og koordinerte tjenester til voksne med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusproblemer. Målgruppen er personer som i liten grad oppsøker hjelpeapparatet selv. FACTteam kan skaleres opp og ned etter behov og arbeider der pasienten er. FACTung er tilpasset aldersgruppen ca. 12–25 år, ofte med sammensatte vansker og behov for integrert oppfølging.

Dette er integrerte tjenester mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, med felles ansvar og fokus på samtidige og helhetlige tjenester ([19](#)).

Les mer om [FACT](#).

OpiNor i Bodø er et eksempel på en nærklinikk der kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester for rusmiddelavhengighet er samlet under ett tak ([15](#)). FACT og ACTteam er modeller som kan bidra til mer sammenhengende oppfølging, men tilbudet er ikke tilgjengelig i alle deler av landet. I dag har 42 prosent av kommunene i Norge et slikt tilbud ([2](#)). Geografiske forskjeller får dermed betydning for hvem som har tilgang til denne typen tjenester. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha) har gjort en beregning av hvor mange FACT-team vi trenger i Norge. De konkluderer med at det er behov for omtrent 200 FACT-team for voksne og litt i overkant av 100 FACT ung-team. Det er mer enn dobbelt så mange slike team enn det vi har i dag ([16](#)).

Rusfeltets hovedorganisasjon (RHO), Norsk psykiatrisk forening og Forskningssenter for rusfeltet (ROPforsk) inviterte fagmiljøer, fagorganisasjoner og bruker- og pårørendeorganisasjoner til et felles møte i 2026. Deltakerne var samstemte om at det foreligger tilstrekkelig kunnskap om mangler i tilbudet til personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser, og at det er på tide med handling ([17](#)).

Opinor

Startet som et 2-årig prøveprosjekt i 2023. Dette er et lavterskeltilbud for personer med opioidavhengighet som tilbyr tjenester både for de som er i LAR, men også for andre med rusmiddelavhengighet. Dette er det første behandlingsstedet i Norge hvor behandlingstilbudet for rusmiddelavhengighet fra både kommune og fra spesialisthelsetjenesten er samlet under ett tak ([15](#)).

Behov for fleksibilitet i tjenestene

“Det handler ikke om at vi ikke har nok tjenester. Det handler ikke om at vi ikke har nok folk. Det handler om at vi ikke klarer å organisere tjenesteapparatet slik at det treffer og hjelper de rette brukerne.”

- Leder i kommune

Året før Kristian døde var han innlagt på psykiatrisk akuttmottak med mistanke om rusutløst psykose. En sykepleier var kjent med at han stod oppført til vurdering og kartlegging i LAR, og vurderte det som lite sannsynlig at han ville møte til planlagt avrusning, basert på at han hadde en lang historikk med uteblivelser. Sykepleieren tok derfor kontakt med LAR-behandlere og foreslo å framskynde avtalen, slik at Kristian kunne bli overført direkte fra akuttmottaket til avgiftningsposten med mål om tidligere involvering fra LAR.

Kristian ga uttrykk for motivasjon for dette, mens behandler i LAR ønsket å forholde seg til opprinnelig plan med innleggelse på avtalt tidspunkt. Kristian skrev seg ut fra psykiatrisk akuttmottak etter å ha blitt vurdert som samtykkekompetent, og møtte ikke til avtalen med LAR. Det var ofte ventetid for behandlings- eller institusjonsplass i perioder da han var mest motivert. I slike ventefaser hadde Kristian ofte ikke fast bosted, brukte ulike illegale rusmidler, hadde innleggelser med overdoser i akuttpsykiatrisk avdeling og begikk kriminelle handlinger. Når tidspunktet for vurderinger i LAR nærmet seg, møtte han ikke, eller takket nei.

Å komme i posisjon til å hjelpe pasienter som Kristian forutsetter fleksibilitet i helse- og omsorgstjenestene. En slik fleksibilitet kan innebære at tjenestene må være organisert med rom for ledig kapasitet. Samtidig er tjenestene under betydelig ressursmessig press. Ventetid, korte opphold, mangel på døgnplasser og trange budsjetter begrenser mulighetene til å være tilgjengelig når pasientens motivasjon er størst.

Det finnes eksempler på tiltak som i større grad imøtekommer behovet for fleksibilitet, blant annet lavterskel LAR. Dette er imidlertid ikke tilgjengelig i alle kommuner. Lavterskel LAR viser til

modeller som forenkler inntak til LAR og retter seg mot personer som er vanskelige å nå, eller som av ulike grunner ikke søker behandling før det kan være for sent (18). Ledere i en kommune beskriver slike tilbud som avgjørende for enkelte brukere.

“Få ressursar i forhold til innsøkte pasientar gjer at det polikliniske arbeidet i stor grad omhandlar det absolutt mest naudsynte. Det er blitt mindre rom for samhandling, recoveryorientert tilnærming og fleksibilitet i tilnærming. ”

- Ansatt i LAR, fra Ukoms spørreundersøkelse

Når rusmiddellidelsen skygger for annen behandling

“Jeg ønsker gode rammevilkår og ro til traumebevisst tilnærming og traumeterapi. Ønsker mer ROP-forløp enn det vi får til.”

- Ansatt i LAR, Ukoms spørreundersøkelse

Lars' behandling i LAR bestod i hovedsak av nedtrapping av opioider og benzodiazepiner, etterfulgt av opptrapping og stabilisering av individuelt tilpasset medikamentell behandling. Oppfølgingen var i stor grad knyttet til medikamenthåndtering, og dette preget også konsultasjonene hos fastlegen. Samtidig ble behov for helsehjelp for tilleggslidelser vanskelig å følge opp. For Lars var meningsfulle aktiviteter i hverdagen, som arbeid, bolig og familieliv viktige, men disse temaene fikk i praksis begrenset plass i kontakten med hjelpeapparatet.

Lars ønsket oppfølging og behandling for tilleggslidelser. Han ble gjentatte ganger henvist til psykisk helsevern for behandling av psykiske plager, men uteble flere ganger fra både fysiske og digitale konsultasjoner. Det var vanskelig for ham å møte til avtalene. Han forklarte dette med misforståelser, sykdom eller angst for å ta telefonen når det ringte fra ukjent nummer. Når han ikke møtte, ble kontakten avsluttet. Som regel fikk han da beskjed om at han, ved behov, kunne bli henvist på nytt via fastlegen.

For Kristian stilte spesialisthelsetjenesten krav om rusfrihet før utredning for mulig psykisk lidelse. Samtidig ble behandling i LAR ikke vurdert før en slik utredning forelå. Resultatet ble at Kristian verken fikk utredning for psykisk lidelse eller behandling for rusmiddelavhengighet. Til tross for innsats fra pårørende, kommunalt oppfølgingsteam og FACT-team (19), ble det ikke etablert et sammenhengende behandlingsforløp. Oppfølgingen besto i hovedsak av kortvarige akuttinnleggelser, sporadisk kontakt og forsøk på bruk av tvang, uten at dette inngikk i et helhetlig forløp



Foto: Shutterstock

Vi finner at manglende behandling for traumer, angst, smerter og somatiske tilleggslidelser kan påvirke utfallet av LAR-behandling. Slike behov blir ofte stående utenfor LAR-forløpene, til tross for at pasienter i LAR skal kunne få utredning og behandling for psykiske helseutfordringer ved behov. SERAF viser i sin årsrapport til at mange pasienter i LAR opplever psykiske symptomer som påvirker livskvaliteten, uten at de mottar behandling for dette ([20](#)).

I gjennomgangen av Kristians pasientjournal, og i samtaler med ansatte i tjenestene finner vi at psykisk uhelse og rusmiddelavhengighet gjensidig sto i veien for vurdering og behandling. I sykehusets egen årsaksanalyse etter Kristians dødsfall ble det pekt på at pasientens diagnoser kan ha hatt betydning for mangelfull effekt av behandlingstilbudene og samhandlingen mellom tjenestenivåene. Sykehuset viser også til mangelfull intern samhandling mellom psykiatrisk avdeling og LAR, og at Kristian manglet koordinator i spesialisthelsetjenesten etter at FACT-teamet trakk seg ut året før han døde.

Personer med rusmiddelavhengighet har høy forekomst av traumer, og mange lever med PTSD ([21](#)). Dette understreker betydningen av behandling for rusmiddelavhengighet og traumene som ofte ligger til grunn for rusmiddelavhengigheten ([21](#)). Når helsetjenestene ikke er tilpasset disse behovene, kan pasientene bli stående mellom ulike instanser. Konsekvensene kan være lange ventetider, dårligere behandling og et mer belastende pasientforløp ([21](#)).

Når helsetjenestene ikke kommer i posisjon til å utrede og følge opp traumelidelser over tid, blir behov for smertelindring og behandling av traumer og angst i praksis i liten grad ivarettatt innenfor LAR-forløpene. LAR-retningslinjen anbefaler at personer med samtidig rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse får tilbud om utredning og behandling for psykisk sykdom gjennom hele forløpet. Det blir stilt krav om høy grad av brukermedvirkning i utredningen og behandlingen ([22](#)).

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) anbefaler at rehabiliteringsarbeidet starter tidlig i stabiliseringsfasen der både somatisk og psykisk helse blir utredet ([23](#)). Evalueringen av

rusreformen fra 2004 (24) viste at reformen ikke førte til mer sammenhengende og helhetlige behandlingstilbud, og at det fortsatt er geografiske forskjeller. Kompetansen på traumebehandling varierer, og ikke alle pasienter får tilgang til nødvendige behandlingsmetoder.

Brukerperspektivet står sentralt i rehabiliteringsprosessen. For den enkelte handler rehabilitering om å fungere best mulig innenfor rammene og mulighetene som samfunnet gir, noe som har betydning for både livskvalitet og verdighet. Rehabilitering har også et samfunnsøkonomisk perspektiv, i tillegg til et etisk og sosialpolitisk mål om like muligheter og deltakelse (25).

Både Aud, Kristian og Lars hadde en vanskelig oppvekst med traumatiske erfaringer som preget dem i voksen alder. I møte med helsetjenestene beskrev de symptomer som kan være forenelige med PTSD. De formidlet gjentatte ganger, til ulike deler av hjelpeapparatet, at de ønsket behandling for traumer, både knyttet til oppvekst og senere livshendelser. Helsetjenestene kom likevel ikke i posisjon til å utrede og gi traumebehandling over tid.

Vi finner at det kan være krevende for pasienter i LAR å ta imot annen behandling enn den medikamentelle dersom de samtidig opplever mistillit til tjenestene og manglende forutsigbarhet knyttet til medisinalvalg og dosering. Tjenestene er i stor grad organisert slik at den medikamentelle behandlingen prioriteres først, og at det da er denne behandlingen som opptar det meste av tiden i møte mellom pasient og behandler.

Stayer-studien fra Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) viste at 72 prosent av personer med rusmiddelavhengighet hadde traumer fra barndommen, og 94 prosent har opplevd traumer senere i livet (26). Studien peker på betydningen av at behandlere er oppmerksomme på behovet for traumebehandling tidlig i forløpet, parallelt med behandling for rusmiddelavhengighet. Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har ofte erfaringer med traumer og symptomer på PTSD, og studier viser at slike belastninger er utbredt i denne pasientgruppen (27, 28). Samtidig peker Riksrevisjonen på at spesialisthelsetjenesten ikke har gjort nok for å gi spesialisert og samtidig behandling for rusmiddellidelser og psykiske lidelser (2).

Riksrevisjonen skriver videre at «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» (2). Manglende likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester er identifisert som en av de største utfordringene for befolkningen (2).

Rusutløst psykose eller underliggende psykoselidelse?

“Vi ser folk komme inn med en aktiv psykose og amfetaminbruk og så klarer man ikke å dy seg og pøser på med antipsykotika og får dempet noen dager, en liten uke, og så tenker man at det var rusutløst og så ser man gjentatte ganger at man aldri kommer i havn til å finne ut av det. Hva hadde skjedd hvis vi hadde droppet disse medisinene? Og så er det kanskje også press på antall plasser, og at vi ønsker å få håndtert pasienten så raskt som mulig. Med det resultat at disse kan gå lenge før man avdekker at det er en behandlingstrengende psykose i bunn.”

- Leder i psykisk helsevern

Allerede på ungdomsskolen ruset Kristian seg daglig. Som ung fikk han diagnoser innen psykisk helse og det var mistanke om tidlig psykose. Fra han var 17 år og fram til han døde, hadde han årlig flere overdoser og akuttinnleggelser på sykehus. Pårørende og ansatte i det kommunale oppfølgingsteamet stilte spørsmål ved om Kristian hadde forutsetninger for å ta stilling til frivillig behandling, gitt hans langvarige og alvorlige rusmiddelbruk og psykiske uhelse.

Behovet for rusmidler preget mange av Kristians valg. Når psykosesyntomene avtok, skrev han seg ut fra akuttpsykiatrisk avdeling og returnerte til rusmiddelbruk. Flere i hjelpeapparatet vurderte at det var fare for Kristians liv, og kommunen fattet et midlertidig hastevedtak om tvunget tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2. Vedtaket var begrunnet i en omfattende og eskalerende rusmiddelbruk, gjentatte overdoser, spørsmål om psykosegjennombrudd og mange korte innleggelser i psykisk helsevern. Det ble også vist til manglende oppmøte ved flere forsøk på frivillig behandling, og redusert evne til egenomsorg over tid. Kristian ble innlagt for å skjerme ham mot overdoser og for å stabilisere hans psykiske og fysiske helse. Målet var at han kunne bli bedre i stand til å ta stilling til helsehjelp og frivillig rusbehandling.

Tvunget tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2

HOL §10-2 muliggjør tvang «dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Det kan da vedtas at vedkommende *uten eget samtykke* tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.» Det er kommunen som fremmer forslag om tvunget tilbakehold, og det er Barnevern- og helsenemnda som fatter vedtak. Etter loven kan vedtak om §10-2 bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby personen tilfredsstillende hjelp ([9](#)).

Kristian rømte flere ganger under hasteinnleggelsen etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2, og ble brakt tilbake av politiet. Han var truende og utagerende og ble derfor overført til akuttpsykiatrisk post. Spesialisthelsetjenestene vurderte at det var vanskelig å avdekke en eventuell psykoselidelse innenfor de rammene sykehuset hadde, og at de heller ikke kunne ivareta Kristian eller sikkerheten til egne ansatte. De opplyste at de manglet både ressurser og egnede lokaler til å tilby tilstrekkelig hjelp. Før saken kom til behandling i Barnevern- og helsenemnda, trakk derfor kommunen vedtaket tilbake. Med det falt også grunnlaget for videre tvang bort, og Kristian ble skrevet ut.



Foto: Shutterstock

Når pasienter med gjentatte innleggelser etter psykisk helsevernloven § 3-2 ikke samtykker til frivillig behandling, kan det være krevende for helsetjenestene å komme i posisjon til å utrede og gi nødvendig hjelp. Loven ([12](#)) og lovens forarbeider ([29](#)) gir begrenset veiledning i slike situasjoner. Rusmiddelbruk blir hovedsakelig omtalt som en kompliserende faktor, og ikke som et forhold som i seg selv tilsier økt alvorlighet. En sentral utfordring ved samtidige rus- og psykosesymptomer er hvordan rus og psykose blir vektlagt i det enkelte tilfellet. Denne vektingen får betydning for hvilket lovverk som kan anvendes. Uavhengig av slik vekting er gjentatte psykoser, eller vedvarende psykose med eller uten samtidig rusmiddelbruk, å anse som en alvorlig tilstand. Tilstanden forutsetter en fleksibel og vedvarende tilnærming fra helse- og omsorgstjenestene ([30](#)).

«Hovedproblemet med diagnosen rusutløst psykose er at den overdriver viktigheten av rusmiddelbruken. Betydningen av sårbarhet, likheten i symptomer og den store andelen som viser seg å ha primærpsykose, kan tale for å revurdere navnet på diagnosen og plasseringen i rusmiddelkapittelet i ICD-10. Ved å bruke en betegnelse som psykose etter rusmiddelinntak eller tilsvarende og plassere diagnosen i psykosekapittelet, vil man i større grad anerkjenne kompleksiteten ved tilstanden og samtidig gi rom for bedre utredning og behandling i psykisk helsevern samt mer rettfærdige vurderinger i rettsvesenet».

Fra Kronikk av Bramnes, Syse og Rognli i Tidsskrift for Den norske legeforening ([30](#)).

Forskning viser at behandling av rusmiddelavhengighet og psykisk sykdom har bedre effekt når tilstandene ses i sammenheng (21). Samtidig viser Riksrevisjonens rapport at samtidige tjenester i liten grad blir etablert (2). NIM har påpekt at manglende helhet og koordinering bidrar til at denne pasientgruppen ikke får et reelt likeverdig helsetilbud (3).

Høye krav til pasientens egeninnsats

I Kristians pasientjournal framgikk det at forbipasserende fant ham på en benk og at han ble lagt inn akutt med mistanke om overdose. Helsepersonell anbefalte ham på det sterkeste å bli værende for videre undersøkelser og vurderinger, men Kristian insisterte på å dra hjem. Kristian var bostedsløs, og «hjem» innebar, ifølge pårørende, å returnere til benken der han ble funnet. Til tross for gjentatte oppfordringer om å bli, skrev han seg ut på eget ansvar. Behandler vurderte ham som samtykkekompetent, og det forelå derfor ikke grunnlag for å holde ham tilbake.



Foto: Shutterstock

Etter at Kristian hadde forlatt sykehuset, forelå svar på blodprøver. Sykehuset sendte et brev til Kristian med anbefaling om å oppsøke lege. Brevet ble sendt til en adresse som ikke lenger eksisterte, da husene var revet og erstattet med nye leiligheter. Kristian mottok derfor ikke brevet og visste ikke at han burde oppsøke lege.

Ved en annen anledning fikk Kristian, etter flere innleggelsler som følge av overdoser, beskjed om å sove, spise godt og avstå fra rusmidler da han forlot sykehuset. Han ble også rådet til å oppsøke lege dersom han ble dårlig.

Et fragmentert system er avhengig av at pasienten selv fungerer som budbringer mellom tjenestene. For mange i denne pasientgruppen er dette krevende å klare på grunn av kognitive vansker, sykdom eller livssituasjon. Dette øker risikoen for misforståelser, manglende oppfølging og brudd som kan få betydning for pasientsikkerheten. Pasienthistoriene viser et gap mellom hvilke forventninger pasientene eller brukerne og pårørende har til tjenestene, og hva tjenestene faktisk kan innfri innenfor dagens organisering.

Vi ser at oppmøte til avtaler varierer hos personer med rusmiddelavhengighet. Det er naturlig å stille spørsmål ved om helsetjenestene er tilstrekkelig rigget for å håndtere dette. Tjenestene er i stor grad organisert slik at pasienter med rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse er forventet å selv koordinere hjelpen de har behov for, inkludert bestille timer på rett sted, møte til behandling og sikre informasjonsflyt mellom tjenester. For pasienter med ustabil livssituasjon eller redusert funksjonsnivå blir dette særlig krevende. Når tjenestene ikke oppnår kontakt med pasienten, avslutter de ofte behandlingsforløpet, uten at det foreligger nok kunnskap om pasientens situasjon, og uten at de har innhentet informasjon fra andre tjenesteytere. I praksis blir manglende kontakt ofte tolket som at det ikke er grunnlag for å behandle, heller enn som et tegn på behov for en annen type oppfølging, snarere enn som uttrykk for behov for annen form for oppfølging. For pasienter som mangler BankID, fast telefonnummer eller fast bopel, framstår kontakt og informasjonsutveksling som særlig krevende. Dette kan begrense pasientenes reelle tilgang til tjenester som i utgangspunktet er tilgjengelige, og bidra til at digitalt utenforskap får betydning for pasientsikkerheten.

Pasienter med samtidige rusmiddelproblemer og psykisk sykdom blir ofte henvist mellom behandlingsnivåer og internt i helseforetak uten tilstrekkelig støtte til å følge opp avtaler og overganger. Når det er behov for behandling både for rusmiddelproblemer og psykisk sykdom, møter pasientene tjenester som i begrenset grad er tilpasset deres sammensatte behov for oppfølging (21). Dette kan bidra til brudd i behandlingsforløp og tap av kontinuitet.

Et fragmentert helsetilbud kan få betydning for pasienters rettigheter og likeverdighet. Riksrevisjonen har slått fast at personer med ROP-lidelser ofte har behov for bistand til å ivareta egne rettigheter, samtidig som systemet forutsetter at pasienten selv klarer å navigere i et komplekst hjelpeapparat (2). Vi ser at det er behov for at tjenestene er mer fleksible, mindre preget av rigide krav og bedre tilpasset pasientenes situasjon. Når kravene til pasientens egeninnsats blir for høye, øker risikoen for at pasienter faller ut av oppfølging. Dette kan bidra til at pasienter med sammensatte behov ikke mottar helsehjelp som er tilpasset deres situasjon og funksjonsnivå.

Informasjon fra pårørende og andre som står pasienten nær

“Han var ikke mye ute av psykose, mer og mer slik at han var å se i psykose. Enten ruset eller i psykose mye av tiden.”

- Pårørende til Kristian

Pårørende og ansatte i Kristians hjelpeapparat mente at han ville ha nytte av LAR-behandling og bistod ham i flere søknader. Kristian søkte LAR-behandling flere ganger uten å få innvilget dette. Pårørende klaget avslagene inn til Statsforvalteren flere ganger, men Statsforvalteren la spesialisthelsetjenestens vurdering til grunn og opprettholdt avslagene. Begrunnelsen var at Kristian ikke oppfylte vilkårene for LAR-behandling, blant annet fordi langvarig og tung opioidavhengighet ikke var tilstrekkelig dokumentert. Spesialisthelsetjenesten vurderte at de ikke ønsket å starte behandling med sterke, vanedannende legemidler dersom opioidavhengigheten ikke var tilstrekkelig avklart. Pårørende og de som kjente Kristian godt i kommunens lavterskeltilbud og i fengselshelsetjenesten, vurderte opioidavhengigheten annerledes.

Samme år som Kristian døde, vurderte behandler i LAR at han primært hadde behov for oppfølging og behandling i psykisk helsevern før en eventuell ny vurdering for LAR. Pårørende og

ansatte i det kommunale oppfølgingsteamet sendte flere bekymringsmeldinger til spesialisthelsetjenesten om Kristians økende rusmiddelbruk og funksjonsfall.

“Jeg forstår ikke hvem som har tatt de vurderingene
... De har i hvert fall ikke sett han og hørt han.”

- Leder, fengsel

Vi finner at pasienter med komplekse og sammensatte behov kan bli stående uten et reelt behandlingstilbud dersom spesialisthelsetjenesten ikke, eller i begrenset grad, innhenter og bruker komparentopplysninger fra pårørende og andre som kjenner pasientens hverdag, funksjonsnivå, rusmiddelbruk og helsetilstand. Slike opplysninger kan være avgjørende for å forstå sykdomsutvikling, alvorlighetsgrad og behov for tiltak.

Ukoms spørreundersøkelse viser at 40 prosent av ansatte i LAR oppgir at de i liten grad har tid til å innhente slike opplysninger. Vi finner at helse- og omsorgstjenesten ikke alltid nyttiggjør seg informasjon fra pårørende, pasienten selv eller andre nærpersioner. Opplysninger om funksjonsnivå og funksjonsfall framstår som særlig krevende å anvende i vurderinger av diagnoser og videre behandlingsløp. Riksrevisjonen har også vist at pasienters og pårørendes erfaringer i liten grad blir brukt systematisk i tjenestenes forbedringsarbeid (2).

Systematisk innhenting og aktiv bruk av opplysninger fra pårørende og andre med inngående kjennskap til pasienten kan bidra til et bedre beslutningsgrunnlag og mer treffsikre valg av tiltak. Pårørendeveilederen understreker at tjenestene skal ha systemer for å innhente pårørendes erfaringer og bruke dem i forbedringsarbeid og utvikling av tjenestene (31).

Lavterskeltilbud og frivillighet

Kristian benyttet flere ganger tilbud om døgnovernatting og organisert hjemreise fra frivillige organisasjoner. Dette bidro flere ganger til å beskytte ham mot overdoser, og han fikk tilgang til mat, medisiner og akutt overnatting. Organisasjonene formidlet også informasjon til hjemkommunen om hvor han befant seg, og hvilken tilstand han var i. Dette gjorde det mulig for kommunens lavterskeltilbud å møte ham og sørge for trygg transport til hjemkommunen. Kristian oppholdt seg ofte i større byer for å få tilgang til rusmidler. I disse periodene visste ikke nødvendigvis det lokale hjelpeapparatet hvor han befant seg. Kontakten med de frivillige organisasjonene var ofte avgjørende for å vite om han var sett og i live, og bidro til å planlegge hvordan han kunne returnere til hjemkommunen.



Foto: Shutterstock

Vi finner at lavterskeltilbud og frivillige organisasjoner ofte utgjør en sentral og i noen tilfeller stabil kontaktflate for pasienter med omfattende og sammensatte behov. Slike tilbud kan fungere som et supplement til etablerte tjenester, særlig for personer som har vansker med å benytte seg av tilbud som forutsetter henvisning eller oppmøte til avtaler. Tilgjengeligheten til lavterskeltilbud varierer mellom kommuner. Flere av tilbudene blir i praksis ivarettatt av frivillige aktører. De fyller dermed en viktig rolle i rusomsorgen der det offentlige tilbudet er begrenset.

Lavterskeltilbud og frivillige organisasjoner fungerer som viktige supplement for personer som har vansker med å benytte seg av mer tjenester som krever henvisning. De er ikke tilgjengelige alle steder og sårbare for kutt. Lavterskelarenaer kan også bidra til økt kontinuitet i oppfølgingen, og for enkelte til et mer meningsfullt hverdagsliv, blant annet etter institusjonsopphold.

Ansatte i slike tilbud beskriver at de ofte er i posisjon til å oppdage endringer i funksjonsnivå og helsetilstand. Dette gjelder særlig i samhandling med fastlege og kommunale tjenester. De beskriver at de møter unike mennesker med unike behov, og at evnen til å samarbeide kan variere. Brukerne de møter har ofte sammensatte sosiale og psykiske utfordringer som påvirker livssituasjonen, der rusmiddelbruk bare er én del av bildet, men ikke nødvendigvis det mest krevende.

Samarbeid mellom frivillige aktører og offentlige tjenester kan ha betydning for informasjonsflyt og oppfølging av pasienter med omfattende behov. De frivillige beskriver at de vektlegger både opplysningsplikt og taushetsplikt i dette samarbeidet, og ser disse som sentrale for å kunne bidra til koordinert oppfølging.

5 Ulik praksis og tolkning i LAR og i spesialisthelsetjenesten

Publisert 23. juni 2026

Sist oppdatert 23. juni 2026

“Det som er så dumt med LAR er at det er så mange kokker inne og ikke alle er enige (...) Det er høy turnover og det er også utskiftning av leger. Noen vil være mer konservative og noen mer liberale.”
- Psykologspesialist og leder, avdeling for rus og avhengighet i spesialisthelsetjenesten

Da Lars flyttet tilbake til hjemkommunen, ble ansvaret for oppfølging i LAR overført til et annet helseforetak. På dette tidspunktet var han i en pågående prosess med å bytte LAR-medisin i helseforetaket han flyttet fra. Denne prosessen ble videreført og styrt av det tidligere helseforetaket under flyttingen.

Det nye helseforetaket stilte spørsmål ved dosen LAR-medisin Lars sto på. De vurderte dosen som høy. Behandlerne ved det tidligere helseforetaket var enige i at dosen var høy, men vurderte den som riktig ut fra Lars sine individuelle behov. Lars var frustrert over kontakten med det nye helseforetaket, både på grunn av redusert forutsigbarhet, ulike faglige vurderinger mellom behandlerne og fordi han ikke fikk medvirke i behandlingen sin på samme måte som tidligere.

Lars og LAR-tjenesten hadde etter hvert ulike mål for behandlingen. LAR vurderte at kombinasjonen av LAR-medisin i gjeldende dose og fast bruk av benzodiazepiner ikke var forsvarlig, og ønsket nedtrapping i samarbeid med fastlegen. Lars ønsket å videreføre behandlingsplanen fra det tidligere helseforetaket, som innebar stabiliseringsdose med benzodiazepiner og medvirkning i valg av dose og medikament. Han hadde tidligere erfaring med å medvirke i medikamentbehandlingen, der behandlende LAR-lege lyttet til hans behov og justerte dosene for å bedre funksjonen.

Lars opplevde nedtrappingen av benzodiazepiner som uutholdelig. Kort tid etter ble også dosen LAR-medikamentet halvert, begrunnet med forsvarlighet og samtidig bruk av flere rusmidler som han var åpen om at han brukte. Lars ble gradvis dårligere, og funksjonsnivået falt. Situasjonen bidro til økt mistillit og krevende relasjoner, og han opplevde å bli straffet av LAR for å være åpen om sidebruk.



Foto: Shutterstock

Forskjeller i LAR-praksis gjorde Lars usikker på hvilke rammer som gjaldt for ham. Flyttingen førte til at han mistet et behandlingsopplegg som han opplevde fungerte, og måtte forholde seg til en ny lokal LAR-praksis. Med svekket psykisk helse strevde han med å holde seg rusfri. Samtidig opplevde han at psykisk helsevern ikke tok ham inn fordi han var i LAR, mens LAR vurderte at psykisk helsevern burde håndtere angstsymptomene. Han befant seg i en gråsoner mellom tjenestene.

Pasienter i LAR får ulike behandlingstilbud avhengig av hvor de mottar helsehjelp. Både inntakskriterier og håndteringen av medikamenter praktiseres ulikt. Det er også betydelige forskjeller i hvordan retningslinjer for behandling og oppfølging blir tolket og anvendt, både mellom og innad i helseforetak og kommuner. Flere ansatte uttrykker usikkerhet knyttet til hvordan retningslinjene skal forstås i praksis, og etterlyser tydeligere nasjonale føringer. Slike variasjoner kan bidra til et gap mellom pasientens forventninger til helsehjelpen og det helsepersonell vurderer som faglig forsvarlig.

“Jeg ønsker å være stabil og fungere. Jeg ønsker å jobbe og ta vare på de som jeg skal ta vare på.”
- Lars

Da Lars startet behandlingen i LAR var målet å stabilisere seg på legemidler slik at han kunne være i arbeid, ivareta familie og fullføre fagutdanningen. Etter 14 år i LAR-behandling er dette fremdeles hans mål. Kommunen han flyttet til hadde ikke FACT-team, og det var krevende for tjenestene å følge ham opp i perioder der han ikke møtte til konsultasjoner. Utredning og behandling kom da ikke i gang. ADHD hadde vært et gjennomgående tema siden ungdomstiden, med flere forsøk på diagnostisering. Etter mange år i LAR ble han igjen henvist til psykisk helsevern med ønske om utredning, men henvisningen ble avslått på grunn av manglende rusfrihet.

Behandlere vi har intervjuet beskriver at det kan være krevende å få gjennomført utredning og behandling for psykiske lidelser når pasienten samtidig har en rusmiddelavhengighet. Det er et nasjonalt krav at alle regioner og helseforetak skal tilby nødvendig rusbehandling, inkludert LAR. Riksrevisjonen har vist at regionale forskjeller i prioriteringer og ressurser gir ulikheter i tilbudet (2). Et eksempel fra rapporten er at flere helseforetak stiller krav om rusfrihet før behandling i psykisk helsevern. I undersøkelsen svarte 33 prosent av institusjonene i psykisk helsevern og 29 prosent av TSB-enhetene at de i stor grad krever rusfrihet før utredning for psykiske lidelser. Denne praksisen varierer mellom regioner.

«Dagens praksis kan sammenliknes med at det avkreves et visst blodsukkernivå før insulinbehandling kan iverksettes, eller at man må bevise tre måneders røykeslutt for å få behandling for nikotinrelaterte lidelser som emfysem eller kreft.»

Fra kronikk av Lien, Knutsen og Lunde i Dagens Medisin (32)

Hvordan helsetjenestene praktiserer krav om rusfrihet før utredning av ADHD varierer fra sted til sted. Nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet stiller ikke krav om rusfrihet for å starte utredning av ADHD. Retningslinjene åpner for at utredning kan bli gjennomført også ved pågående rusmiddelbruk. Forutsetningen er at funnene blir tolket i lys av dette (33). Anbefalingen om dokumentert rusfrihet i om lag tre måneder er knyttet til oppstart av behandling med sentralstimulerende legemidler, av hensyn til pasientsikkerheten. Når kravet om rusfrihet i praksis ofte blir oppfattet som en forutsetning også for utredning, kan det bidra til at pasienter ikke kommer i posisjon til diagnostisk vurdering (34).

Sentralstimulerende legemidler

Sentralstimulerende legemidler er legemidler som påvirker sentralnervesystemet ved å øke våkenhet, oppmerksomhet og konsentrasjon. De brukes blant annet i behandling av ADHD. Legemidlene kan også ha bivirkninger og et misbrukspotensial, og forskrivning krever derfor tett oppfølging.

Samtidig finnes det tjenestemiljøer som har utviklet mer fleksible tilnærminger. Lovisenberg Diakonale Sykehus har endret praksis slik at samtidig ruslidelse ikke skal være til hinder for å starte utredning, og utredning kan bli gjennomført uavhengig av pågående rusmiddelbruk (35). Fagmiljøer tilknyttet Helse Bergen har også utviklet lokale veiledere og en praksis som åpner for mer individuelle vurderinger og mindre rigid bruk av krav om rusfrihet (35).

Variasjonen innebærer i praksis at tilgang til utredning og diagnostikk kan avhenge av hvor i landet pasienten mottar helsehjelp.

6 Brukermedvirkning

Publisert 23. juni 2026

Sist oppdatert 23. juni 2026

“LAR-retningslinjen er for diffus og uklar og dette vil kunne føre til økt ulikhet og mye frustrasjon.”
- Lege i LAR

Lars og hans pårørende hadde forventninger om økt brukermedvirkning etter revisjonen av LAR-retningslinjen i 2022 ([22](#)). De opplevde imidlertid at dette ikke ble realisert i praksis.

Vi finner at brukermedvirkning kan være krevende å ivareta når pasientens ønsker om medikamentvalg ikke kan imøtekommes fordi behandler vurderer at dette ikke er faglig forsvarlig. Dette kommer særlig til uttrykk ved spørsmål om vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner. Den reviderte LAR-retningslinjen åpner for slik behandling i enkelte tilfeller, men flere behandlere beskriver at retningslinjen gir begrenset støtte i disse kliniske vurderingene.



Foto: Shutterstock

SERAF viser at mellom 30-40 prosent bruker benzodiazepiner og/eller cannabis samtidig med LAR-behandlingen ([36](#)). Evalueringer av den reviderte LAR-retningslinjen viser at LAR-klinikere opplever det som utfordrende å balansere brukermedvirkning og faglig forsvarlighet, særlig knyttet til forskrivning av benzodiazepiner ([36](#)).

Egeland, K., med flere, viser i sin forskning at benzodiazepiner er forbundet med økt dødelighetsrisiko hos personer med opioidavhengighet (37). Dette bidrar til at leger er tilbakeholdne med å skrive ut slike legemidler. Flere behandlere forteller at de står i krevende vurderinger der hensynet til pasientsikkerhet må veies mot pasientens behov og ønsker. Samtidig beskriver en informant i helseforetaket der Lars startet sin LAR-behandling, at de har gode erfaringer med slik behandling, men peker på behovet for mer kunnskap om kombinasjonen av opioider og benzodiazepiner.

Brukermedvirkning kan også bli utfordrende når pasient og behandler har ulik forståelse av hva medvirkning innebærer. Brukermedvirkning er en pasientrettighet (38) og innebærer at pasienten skal medvirke gjennom valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, basert på informasjonen som setter dem i stand til å medvirke (39). Medvirkning innebærer ikke at pasienten alene bestemmer behandlingen, men at pasient og behandler samarbeider om beslutningene. Samvalg (40) er en kunnskapsbasert metode for slik involvering på individnivå når det foreligger flere alternativ å velge mellom.

I en nasjonal bruker og pasientundersøkelse fra SINTEF blant voksne i poliklinisk psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og hos avtalespesialister oppgir noe under halvparten at de har vært med på å bestemme valg av medisiner i egen behandling (41). Selv om undersøkelsen ikke skiller mellom tjenesteområder, og resultatene derfor ikke kan brukes til å si noe særskilt om graden av brukermedvirkning i TSB, kan funnene gi et bakteppe for å forstå pasienters erfaringer med medvirkning i medikamentelle vurderinger.

Når pasientens ønsker ikke blir imøtekommet av hensyn til medisinsk forsvarlighet, kan det oppstå konflikt. Relasjonen mellom pasient og behandler kan bli utfordret. Pasient- og brukerorganisasjoner opplyser samtidig at mange pasienter opplever avmakt i møte med LAR-systemet.

Lars ønsket å medvirke i valg av medikamenter og dosering. Han hadde tidligere erfaring med å bli lyttet til i behandlingen, og opplevde at dette bidro til bedre funksjon. Da behandlingsopplegget endret seg, opplevde han redusert forutsigbarhet og mindre innflytelse over egen behandling.

Aud hadde betydelige ryggsmarter og KOLS-symptomer og ønsket smertestillende behandling, uten å få dette.



Foto: Shutterstock

Vi finner at praktiseringen av brukermedvirkning varierer mellom behandlere og tjenester. Flere behandlere beskriver usikkerhet knyttet til hvordan de skal tolke og bruke LAR-retningslinjen ([22](#)), særlig i situasjoner som involverer forskrivning av vanedannende legemidler, bruk av kontrolltiltak og håndtering av sidebruk. Det er store variasjoner mellom behandlere og helseforetak. Dette kan bidra til ulik grad av opplevd brukermedvirkning og forutsigbarhet i behandlingen.

Ulik tolkning av retningslinjen kan bidra til uønsket variasjon mellom behandlere og tjenestesteder. Pasienter kan dermed møte forskjellige rammer og vurderinger avhengig av hvor i landet de mottar helsehjelp og hvem som behandler dem. Denne variasjonen kan påvirke både grad av brukermedvirkning og opplevelsen av forutsigbarhet i behandlingen.

Flere behandlere forteller om frykt for å gjøre feil, og frykt for reaksjoner fra tilsyn, noe som kan bidra til mer restriktiv praksis – særlig ved forskrivning av vanedannende legemidler. Dette kan begrense handlingsrommet som retningslinjen åpner for, og påvirke hvordan brukermedvirkning blir praktisert. Dette gjelder også fastleger som samarbeider med LAR.

Brukerorganisasjonen ProLAR Nett beskriver at mange pasienter opplever avmakt i møte med LAR-systemet ([42](#)). Samtidig peker ledere og behandlere på at dokumentasjonskrav, regelverk og veiledere kan bidra til en mer tilbakeholden praksis, der mindre tid går til faglig skjønn og relasjonsarbeid.

Behandlers kompetanse og erfaring

“Det samlede kravet av lover, forventninger, veiledere gjør at trykket på å ikke gjøre noe galt gjør at tiden som går med til dokumentasjon og forsvar av praksis tar så uforholdsmessig tid at det går ut over tid som ellers kunne blitt brukt til faglig skjønn og til et faglig godt tilbud til brukerne.”
- Leder i kommunen

Manglende erfaring og varierende kompetanse blir også trukket fram som faktorer som påvirker praksis. Helsedirektoratets veileder for vanedannende legemidler (43) beskriver behovet for særskilt kompetanse ved forskrivning av vanedannende medikamenter ved kompliserte sykdomsbilder. I Ukoms spørreundersøkelse blant ansatte i LAR oppgir flertallet av respondentene at mangel på bemanning med riktig kompetanse påvirker deres mulighet til å gi nødvendig helsehjelp.

Vi finner samlet at det er betydelig variasjon i hvordan handlingsrommet i den reviderte LAR-retningslinjen blir brukt. Dette bidrar til forskjeller i behandlingstilbud, grad av brukermedvirkning og opplevd forutsigbarhet. Slike variasjoner kan påvirke både behandlingskvalitet og opplevelsen av likeverdige tjenester.

Den reviderte LAR-retningslinjen (22) åpner for økt brukermedvirkning, større fleksibilitet og mer individuelt tilpasset behandling. Funnene våre tyder likevel på at dette handlingsrommet i praksis ikke blir brukt i tilstrekkelig grad. Flere behandlere beskriver at retningslinjen gir begrenset støtte i krevende kliniske vurderinger, særlig ved forskrivning av benzodiazepiner og andre vanedannende legemidler, bruk av kontrolltiltak, håndtering av sidebruk og avveininger mellom brukermedvirkning og faglig forsvarlighet. Rommet for lokale og individuelle tolkninger øker når retningslinjen blir opplevd som uklar eller lite operasjonalisert.

Funnene peker derfor på behov for mer faglig støtte til kliniske vurderinger, i situasjoner der det i dag er stor variasjon og faglig uenighet. Dette gjelder blant annet vurderinger av brukermedvirkning, forskrivning av benzodiazepiner, kontrolltiltak og håndtering av sidebruk. Helseforetakene har ansvar for å organisere virksomheten slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine plikter (44). Det er viktig at helsepersonell får støtte til å gjøre forsvarlige vurderinger i komplekse pasientforløp. Våre funn viser at behovet for støtte i komplekse kliniske vurderinger i varierende grad er ivaretatt.

Det er behov for særskilt kompetanse ved forskrivning av vanedannende medikamenter ved kompliserte sykdomsbilder (43). Vi legger til grunn at dette er ivaretatt i virksomheten. Behandlere som ikke har slik kompetanse eller erfaring, må ha tilgang til veiledning og faglig støtte. Dette innebærer også at virksomheten tydeliggjør hvordan denne kompetansen blir ivaretatt og videreutviklet, blant annet gjennom strukturer for veiledning, faglig støtte og deltakelse i faglige nettverk som kan styrke tryggheten i vurderingene. Dette kan bidra til at handlingsrommet for fleksibilitet og individuell tilpasning i retningslinjen i større grad blir tatt i bruk i praksis.

Lav tillit mellom pasient og tjenester

“Jeg får inntrykk i overføringsmøtene at det andre helseforetaket jobber annerledes enn oss. De bruker mer sanksjoner. Pasientene som ringer hit, forteller at de opplever å bli dårlig behandlet. De føler de blir nedverdige og ikke trodd. At dem de har snakket med er krasse i måten å snakke på.”

- Ansatt i LAR

Over tid mistet Lars tilliten til hjelpeapparatet. Han beskrev at han følte seg utrygg og opplevde å ha blitt sendt mellom tjenester, uten at noen tok et helhetlig ansvar. Lars og ektefellen mistet samvær med barnet sitt. Da familien hadde behov for omsorgshjelp, opplevde de som foreldre å stå alene uten koordinert støtte.

Hyppige bytter av behandlere og manglende kontinuitet i oppfølgingen gjorde det vanskelig å bygge og opprettholde tillit. For Lars førte dette til at han var nær ved å gi opp behandlingen fullstendig. Han hadde gjentatte fastlegebytter og opplevde høy turnover blant behandlere i LAR. Dette bidro til usikkerhet, og gjorde dialog og relasjonsbygging krevende. Han utviklet etter hvert mistillit til tjenestene, noe som blant annet kom til uttrykk gjennom trusler, motstand i møter og opptak av samtaler med behandlere, fordi han ikke lenger opplevde at de ville ham vel.

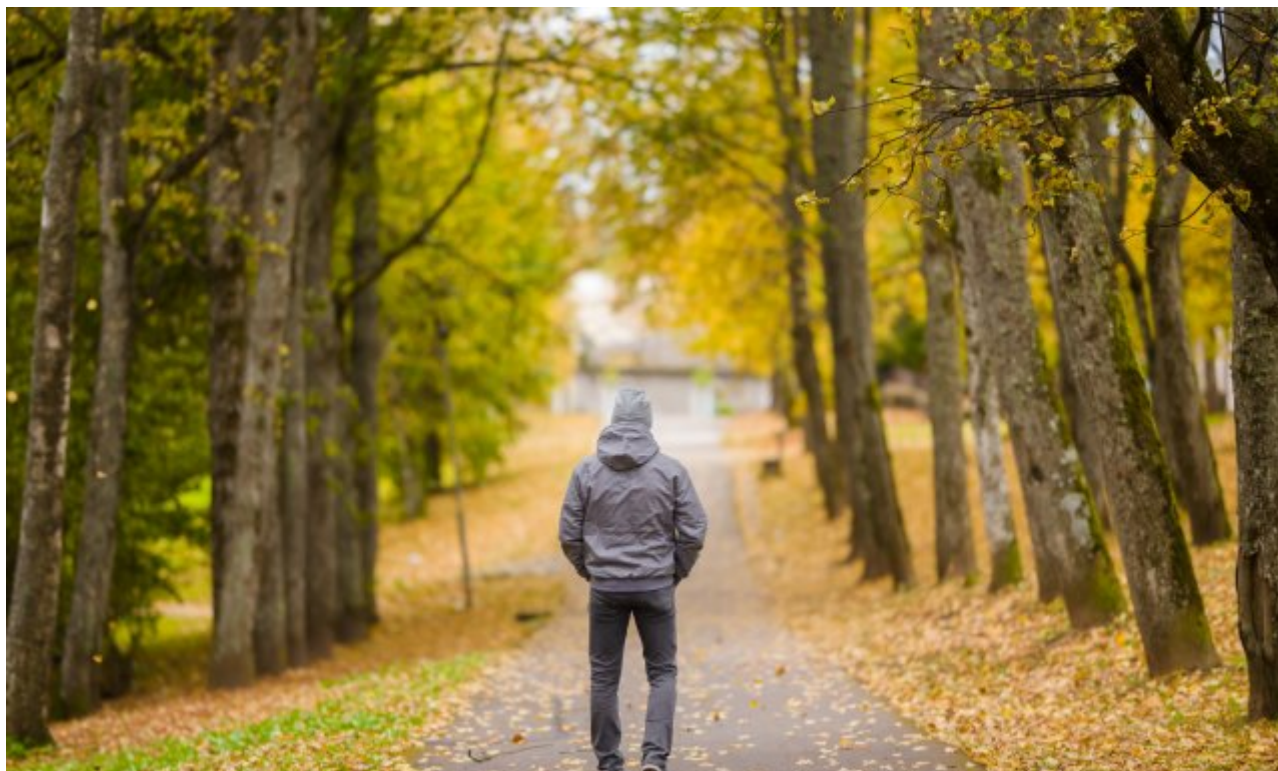


Foto: Shutterstock

Uforutsigbar praksis, opplevelse av sanksjoner og bruk av kontrolltiltak kan påvirke relasjonen mellom pasient og tjeneste negativt. Når behandlingen framstår lite forutsigbar eller i stor grad preget av kontroll, kan pasienter trekke seg fra oppfølging eller møte opp med sterk motstand. Manglende tillitt hos pasienten kan samtidig være krevende for helsepersonell og bidra til økt belastning i relasjonen.

Lars opplevde ulik praktisering av kontroll- og utleveringsregimer i de to helseforetakene han hadde kontakt med. Han hadde vansker med å avgi urinprøver under oppsyn, men var villig til å benytte andre kontrollformer, som blod eller hårprøver. Når han ikke lyktes med å levere kontrollprøver, opplevde han at dette førte til vurdering om nedtrapping av medikamenter. Ønske om utlevering av medisiner for flere dager av gangen, for å kunne reise bort fra tettstedet, ble avslått. Slike erfaringer bidro til opplevelse av svekket tillit.

Kontrolltiltak som blir opplevd som inngripende eller uten tydelig nytte for pasienten, kan redusere åpenhet og svekke relasjonen mellom pasient og tjeneste. Når slike tiltak blir praktisert ulikt, kan det også påvirke pasienters opplevelse av likeverdige tjenester. Samlet sett kan dette bidra til å undergrave tilliten mellom pasient og behandler. Den manglende tilliten fører igjen til at noen unnlater å oppsøke tjenester eller faller ut av behandlingen underveis.



Foto: Shutterstock

NIM peker på at enkelte kontrolltiltak i LAR, som hyppige urinprøver og begrensede utleveringsordninger, kan bli opplevd som ydmykende eller umyndiggjørende. Det mangler tilstrekkelig kunnskap om effekten av slike kontrolltiltak. Det er også betydelige regionale forskjeller i praksis. Dette kan utfordre både retten til privatliv og kravet om likeverdige tjenester ([3](#)). NIM viser også til at rigid praksis kan bidra til ytterligere utenforskap og svekket tillit til helsetjenestene.

NIMs rapport løfter fram et menneskerettslig perspektiv og understreker at personer med rusmiddelavhengighet har de samme rettighetene som andre, blant annet retten til helse, privatliv og beskyttelse mot diskriminering. Samtidig viser de til at dagens praksis i realiteten setter disse rettighetene under press ([3](#)).

Konsekvenser for fastlegen

“Aggressivitet er mye rettet mot LAR, men rammer fastlege som møter pasienten som må henvise til beslutninger i LAR.”

- Kommuneoverlege

For Lars var flere utfordringer knyttet til uklar ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten, psykisk helsevern og LAR. Utskiftning av nøkkelpersonell, faglig uenighet mellom og innad i helseforetak, og et høyt konfliktnivå i kommunikasjonen mellom Lars og tjenestene påvirket kontinuiteten i behandlingen. Avlyste ansvarsgruppemøter og hyppige endringer i koordinatorene og ruskonsulenter bidro til økt ustabilitet. Lars skiftet selv fastlege flere ganger. Han ble også tvangsflyttet fra fastlegen sin etter trusler fra hans side.

Både pasienter og ansatte forteller om gode relasjoner som sentrale i behandlingen av personer med rusmiddelavhengighet. Hyppige skifter av nøkkelpersonell gir et svakt utgangspunkt for å etablere og opprettholde tillit, særlig i forløp der det allerede foreligger mistillit og begrenset samarbeid. Tilbakemeldinger fra Ukoms spørreundersøkelse blant ansatte i LAR viser at tid og kontinuitet i pasientmøtene er avgjørende for relasjonsbygging.

“Jeg tenker at sånn som fastlegetjenesten er lagt opp, så kan man ikke tenke at vi kan håndtere disse pasientene alene. Vi er helt avhengig av spesialisthelsetjenesten. Men de er så pressa på økonomi og spesialister.”

- Fastlege i kommune

Fastlegene beskriver et tydelig dilemma i oppfølgingen av pasienter med rusmiddelavhengighet. De møter sammensatte sykdomsbilder med samtidig rusmiddelavhengighet, psykiske lidelser og somatiske plager som krever bred og spesialisert kompetanse og tett oppfølging. Samtidig opplever mange fastleger at dette ligger utenfor rammene for fastlegetjenesten og i større grad hører hjemme i spesialisthelsetjenesten. Likevel er forventningen ofte at fastlegene skal koordinere, vurdere og følge opp komplekse tilstander, også i situasjoner der spesialisthelsetjenesten ikke overtar eller viderefører ansvaret. I praksis kan fastlegene da bli stående alene med ansvar for oppfølging, og det som de faglig vurderer som spesialistoppgaver. Dette kan skape usikkerhet og belastning for både pasient og fastlege.

Når LAR avslår pasientens ønsker om medikamentvalg eller dosering, øker presset på fastlegen. Konsultasjonene blir i slike tilfeller ofte brukt til å håndtere spørsmål rundt beslutningene, framfor å følge opp andre helseplager. Pasienter kan reagere med frustrasjon, bytte fastlege eller falle ut av behandlingsforløp, noe som kan svekke kontinuiteten i oppfølgingen. Samtidig kan andre tjenester avslå henvisninger når pasientens evne til å møte til avtaler er begrenset. Fastlegen blir da i praksis den som står igjen med oppfølgingen, samtidig som tidsrammene i fastlegetjenesten gjør relasjonsbygging krevende.

Funnene viser at uklare ansvarsforhold mellom LAR, fastleger og øvrige kommunale tjenester bidrar til usikkerhet og gjør det vanskelig å etablere helhetlige pasientforløp. Situasjoner der LAR

gir føringer for nedtrapping av legemidler fastlegen har forskrevet, eller overtar oppgaver som tradisjonelt ligger til fastlegen, kan påvirke forutsigbarheten for både pasient og behandler. En bærekraftig ansvarsfordeling forutsetter en tydelig rolleavklaring hvor LAR ivaretar en større del av den helhetlige medisinske vurderingen og oppfølgingen, tilgjengelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten og et samarbeid som støtter kontinuitet og tillit i behandlingen.

7 Stigma og negative forventninger påvirker helsehjelpen

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

Spero foreningen definerer stigma slik:

«Stigma oppstår når et menneske eller en gruppe i samfunnet ikke blir sett på med samme respekt som andre. Det er mange definisjoner, men helt enkelt, stigma er først og fremst et problem av atferd som resulterer i urettferdig behandling av mennesker.» (45).

Spero-foreningen

Spero-foreningen er en nasjonal interesseorganisasjon for rus og psykisk helse (ROP), med base i Norge og særlig tilknytning til Bergen. Organisasjonen jobber ideelt og frivillig for å styrke rettigheter, redusere stigma og bedre livskvaliteten for personer som er berørt av rus- og psykiske utfordringer (45).

Aud hadde et sammensatt sykdomsbilde med både komplekse, vedvarende psykiske og somatiske helseutfordringer. Hun var godt voksen da hun kom inn i LAR, med lang historikk med rusmiddelavhengighet. Likevel framstår pasientjournalene som tynne, med få dokumenterte vurderinger og behandlingstiltak. Aud sa selv at «det står et nei på ryggen min». Hun beskrev overfor pårørende og ansatte i tjenestene at hun opplevde seg stigmatisert som rusmiddelavhengig, og at hun tenkte at «alle» i byen kjente til familiebakgrunnen hennes. Hun var bitter på det hun opplevde som manglende helsehjelp.

Vi finner at mangelfull behandling av abstinens og smerter kan bidra til at personer med rusmiddelavhengighet ikke blir vurdert eller behandlet for andre tilstander. Personer som er stabilisert på metadon eller andre legemidler for å behandle avhengighet, er ikke rusmiddelavhengige, men bruker disse medisinene for å redusere abstinens. Dette kan sammenlignes med legemiddelbehandling ved andre kroniske sykdommer. Samtidig møter pasientgruppen stigma knyttet til forestillingen om at behandlingen innebærer å "bytte ett stoff mot et annet". Slike forståelser er beskrevet både i medisinsk faglitteratur og i studier av helsepersonells holdninger til personer med rusmiddellidelser (46, 47).



Foto: Shutterstock

NIMs rapport «Du har ikke noe her å gjøre» - en undersøkelse om rusavhengiges opplevelser av diskriminering og stigma (2022) beskriver fordommer og negative holdninger i helsevesenet og hvordan disse skader helsehjelpen. Basert på intervjuer med rusmiddelavhengige og helsepersonell dokumenterer NIM at mange rusmiddelavhengige opplever å bli møtt med mistro, nedlatende kommentarer eller avvisning i helsevesenet på grunn av stigma. Flere forteller eksempelvis at de ikke fikk tilstrekkelig smertelindring etter operasjoner fordi helsepersonell antok at ønske om sterkere smertelindring handlet om rus eller jakten på piller. I praksis illustrerer dette hvordan stigmatiserende holdninger kan overskygge behov for helsehjelp ([48](#)).

Carusone, med flere, viser i sitt arbeid til at innlagte pasienter med rusmiddelavhengighet ofte forlater sykehuset før behandlingen er fullført, og mange utsetter å søke nødvendig helsehjelp. Ubehandlet eller utilstrekkelig behandlet abstinens og smerter blir oppgitt som sentrale årsaker til at pasienter avbryter behandling. Abstinensplager kan gjøre det vanskelig å bli værende i behandling, og flere pasienter beskriver mangelfull behandling av abstinens- og smertesymptomer som en form for sanksjon ([49](#)). I dialogmøter med pasient- og brukerorganisasjoner blir det også beskrevet at det å vente lengre tid på legevakt eller hos fastlegen kan være vanskelig når abstinenssymptomer oppstår. Selv om personen ønsker hjelp for en skade eller sykdom, så blir lang ventetid i noen tilfeller et hinder.

Greiner, med flere, beskriver at stigma er en grunnleggende barriere som bidrar til at personer med ruslidelser ikke får tilgang til behandling. Videre beskriver de at ulik tilgang til behandling dermed kan medvirke til helseforskjeller. Selv om det finnes effektive behandlingsmetoder for rusmiddellidelser, mottar mange pasienter ikke slik behandling ([50](#)).

En studie av Luderer, med flere, fra 2026 viser at stigma fra helsepersonell bidrar til at pasienter trekker seg fra behandling, og utgjør en fare for pasientsikkerheten. Rundt en tredjedel av pasientene oppga at de avbrøt behandling på grunn av stigma knyttet til behandlingen. Funnene understreker behovet for kunnskapsbaserte tiltak som opplæring av helsepersonell på tvers av spesialiteter ([51](#)).

Stigma kan gjøre det vanskelig for denne pasientgruppen å oppsøke og opprettholde kontakt med behandlingstilbud. Stigmatiserende holdninger hos helsepersonell kan bidra til behandlingsunngåelse eller avbrudd, særlig ved tilbakefall (52).

«Kanskje har det gått under radaren at overdødeligheten i hovedsak skyldes somatiske sykdommer.», sier lege og artikkelforfatter Ivar Skeie (53). Han peker på at helsevesenet må prioritere forebygging, utredning, behandling og oppfølging av somatiske sykdom i denne pasientgruppen.

Bech og Toft beskriver hvordan negative holdninger hos helsepersonell kan påvirke kvaliteten på helsehjelpen til pasienter med samtidig rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse. Dette fører blant annet til at de sjeldnere undersøkes for somatiske plager, kommer senere til somatisk behandling og får sjeldnere medisinsk eller kirurgisk behandling enn den øvrige befolkningen. Forfatterne peker på diagnostisk overskygging som en viktig årsak til at fysiske symptomer blir oversett eller feilaktig tilskrevet rusavhengigheten eller pasientens psykiske helse, i stedet for at de utredes for somatiske tilstander (54).

Auds pasientjournaler illustrerer denne utfordringen. Journalene hadde få vurderinger og behandlingstiltak til tross for hennes omfattende somatiske og psykiske helseplager. Diagnostisk overskygging innebærer en skjevhet i vurderingen av samtidige lidelser og kan øke risikoen for at alvorlige helseproblemer ikke blir fanget opp i tide. Dette kan igjen påvirke tilliten i behandlingsrelasjonen. Slike forestillinger bygger på en forståelse av avhengighet som et spørsmål om vilje og kontroll. Et avstigmatisert perspektiv beskriver rusmiddelavhengighet som en sykdom på linje med andre kroniske tilstander, uten å tillegge individet ansvar knyttet til selvkontroll og viljestyrke.



Foto: Shutterstock

Gjentatte erfaringer med stigma kan føre til at pasienter forventer negativ behandling også i framtidige møter med helsetjenesten. Dette kan bidra til internalisert stigma, der personer tar til seg negative forestillinger om egen verdi fordi de tilhører en gruppe som blir sett ned på. I en undersøkelse av sammenhengen mellom internalisert stigma og rusmiddelavhengighet, viser

resultatene at internalisert stigma kan være en selvstendig faktor som henger direkte sammen med dårligere behandlingsutfall. I tillegg kan internalisering kan svekke selvtillit, redusere bruken av helsetjenester og ha betydning for livskvaliteten (55).

Mangelfull behandling av abstinens og smerte kan også føre til at pasienter forsøker å dekke disse behovene på egenhånd. Dette reiser spørsmål om hvordan helsetjenestene ivaretar abstinens- og smertelindring for personer med rusmiddelavhengighet, sammenlignet med pasienter med somatiske lidelser, uten rusmiddelavhengighet.

I arbeidet med personer med alvorlig rusmiddelavhengighet beskriver flere behandlere forløp som i perioder kan ha likhetstrekk med palliativ (lindrende) behandling, selv om pasienten ikke står i et livsavsluttende sykdomsforløp. Målet blir i større grad stabilisering, lindring og best mulig livskvalitet enn rusfrihet. Når gjentatte forsøk på behandling med mål om rusfrihet ikke fører fram, og når pasienten samtidig har betydelige psykiske, somatiske og sosiale belastninger, kan behandlingen i større grad dreie seg om stabilisering, lindring og livskvalitet. For enkelte innebærer dette et skifte fra mål om rusfrihet til et fokus på skadereduksjon, symptomlindring og forutsigbarhet. I LAR kan dette bety at medikamentell behandling først og fremst bidrar til å redusere abstinens, og at stabilitet i seg selv blir et sentralt mål.

8 Anbefalinger

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

Historiene til Aud, Kristian og Lars peker på et behov for mer sammenhengende tjenester for personer med alvorlig rusmiddelavhengighet og samtidige psykiske og somatiske lidelser. Dette samsvarer med utfordringsbilder som over tid er beskrevet av Riksrevisjonen, Statens helsetilsyn og Norges institusjon for menneskerettigheter, og som også kommer til uttrykk i regjeringens ruspolitikk. Anbefalingene i denne rapporten kan ses i sammenheng med disse anbefalingene.

Ukoms undersøkelse danner grunnlag for anbefalinger som retter seg mot organisering av ansvar og oppfølging på tvers av tjenestenivåer. Anbefalingene tar sikte på å støtte pasientforløp som i større grad framstår sammenhengende og tilgjengelige, og der ansvar følger pasienten gjennom forløpet.

1. Faglig støtte i komplekse individuelle vurderinger

Til helseforetak

Den reviderte retningslinjen Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet ([22](#)) åpner for økt brukermedvirkning, gir rom for mer fleksibel behandling og legger til rette for at behandlingen kan tilpasses individuelle behov. Behandlere opplever at den gir begrenset støtte i krevende vurderinger. Dette medfører at handlingsrommet den gir ikke i tilstrekkelig grad blir tatt i bruk. Usikkerhet rundt tolkning kan føre til ulik praksis mellom behandlere og steder. Klinikere savner støtte i komplekse kliniske vurderinger.

Anbefaling

Ukom anbefaler at helseforetaket tydeliggjør hvordan særskilt kompetanse knyttet til forskrivning av vanedannende legemidler skal ivaretas og videreutvikles i LAR-tjenestene. Dette kan innebære å etablere felles rammer for veiledning og faglig støtte, avklare ansvar for oppfølging av behandlere med begrenset erfaring, og legge til rette for deltakelse i relevante faglige nettverk på tvers av enheter. En slik tilnærming kan bidra til økt trygghet i vurderingene og til at handlingsrommet for fleksibilitet og individuell tilpasning i retningslinjen tas mer aktivt i bruk.

2. Sikre samtidig og integrert behandling

Til helseforetak

Helseforetakene skal sørge for at pasienter i LAR/TSB med komplekse og sammensatte tilstander får samordnet, samtidig og forutsigbar oppfølging på tvers av rusbehandling, psykisk helsevern og somatiske tjenester.

Anbefalinger

- Ukom anbefaler at helseforetakene legger til rette for parallell utredning og behandling av psykiske, kognitive og somatiske tilstander hos pasienter i LAR/TSB, også ved pågående rusmiddelbruk, slik at rus blir forstått og håndtert som en del av det samlede kliniske bildet. For pasientsikkerheten er det viktig at rus ikke blir et forhold som forsinker eller avskjærer nødvendig diagnostisk vurdering og videre behandling av andre lidelser.
- Ukom anbefaler at det etableres forutsigbare og fleksible ordninger, som for eksempel en «fasttrackordning» for inneliggende pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. Dette kan være aktuelt for eksempel etter avgiftning, slik at perioder med behandlingsmotivasjon blir utnyttet bedre og at pasienter ikke blir skrevet ut til ventetid.
- Ukom anbefaler at det etableres et felles vurderingsløp mellom LAR/TSB og psykisk helsevern ved gjentatte innleggelser, psykosesymptomer eller uklare tilstandsbilder, med avklart ansvar for videre utredning, behandling og oppfølging.
- Ukom anbefaler at somatiske avdelinger etablerer rutiner for abstinens- og smertelindring hos pasienter med rusmiddelavhengighet, slik at nødvendig somatisk utredning og behandling kan gjennomføres uten unødige avbrudd eller utsettelse.

3. Samordnet og forpliktende ansvar for pasientforløp

Til helseforetak og kommuner

Pasienter og brukere som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester har rett til koordinator både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten (38). I praksis framstår det som uklart hvordan disse rollene skal samspille i det enkelte pasientforløpet. Dette kan bidra til brudd i forløp, særlig i overganger mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Anbefaling

- Ukom anbefaler at helseforetak og kommuner etablerer en tydeligere og mer samordnet avklaring av ansvar for pasientforløp, der koordinatorfunksjonen sees i sammenheng på tvers av tjenester og nivåer. I praksis framstår det som uklart hvordan disse rollene skal samspille i det enkelte pasientforløpet.

En tydeliggjøring og samordning av koordinatorrollen kan bidra til bedre kontinuitet, styrket oppfølging og redusert risiko for at pasienter faller mellom tjenester. En slik samordnet tilnærming kan bidra til at eksisterende rettigheter til koordinator får en mer tydelig funksjon i praksis, og støtter målet om «én pasient – én plan».

Konkrete tiltak:

- avklare hvilken koordinator som har hovedansvar i ulike faser av forløpet, og hvordan ansvar overføres mellom nivåer
- beskrive hvordan koordinatorene skal samarbeide om én samlet plan for pasienten
- sikre at ansvar for oppfølging, inkludert ved brudd i forløpet, er tydelig plassert
- legge til rette for faste strukturer for samhandling i forløp med høy risiko for pasientsikkerheten.
- etabler fast “second opinion”-spor internt i foretak ved langvarige konfliktsaker/fastlåste forløp

4. Fleksible tjenester som tåler lavt funksjonsnivå og uteblivelser

Til helseforetak og kommuner

Ukom anbefaler at helseforetak og kommuner tilpasser tjenestene slik at pasienter med lavt funksjonsnivå ikke faller ut av oppfølging ved ustabilitet og uteblivelser. Dette kan gjøres ved å innføre et prinsipp om at behandlingsforløp for denne gruppen ikke blir avsluttet ved uteblivelse. Manglende oppmøte bør i stedet utløse aktiv oppfølging, som telefonkontakt, oppsøkende innsats eller kontakt med involverte tjenester og eventuelt pårørende der det er grunnlag for det.

Anbefaling

- Ukom anbefaler at kommuner uten FACT-team beskriver hvordan de sammen med helseforetaket skal ivareta fleksible og oppsøkende tjenester for personer med ROP-lidelser, på tvers av tjenestenivå.

Konkrete tiltak:

- Styrke oppsøkende kapasitet, som FACT/ACT-team eller tilsvarende lokalt tilpassede modeller, for å bidra til mer kontinuitet i oppfølgingen av pasienter med gjentatte brudd i forløp eller hyppige akuttinnleggelser.
- Styrke samarbeid med frivillig sektor, som ofte har en sentral rolle for denne pasientgruppen.
- Etabler lavterskel kontaktformer, som drop-in, oppmøte uten time, fleksible konsultasjoner og tilpassede kontrollregimer, i perioder med ustabilitet.

5. Systematisk innhenting og bruk av opplysninger fra pårørende- og nærpersoner

Til helseforetak og kommuner

Anbefaling

- Ukom anbefaler å styrke beslutningsgrunnlaget, ved systematisk innhenting og aktiv bruk av opplysninger fra pårørende og andre nærpersoner i vurdering og oppfølging av pasienter med komplekse behov.

Konkrete tiltak:

- Etablere en fast rutine for systematisk innhenting av komparentopplysninger ved vurdering av alvorlighet og funksjonsfall.
Rutinen bør innebære at opplysninger fra pårørende, lavterskeltilbud, oppsøkende team og fengselshelsetjenesten aktivt innhentes og dokumenteres, særlig i situasjoner ved tvil om rus og/eller psykosebilde og ved gjentatte akuttinnleggelser, for å styrke beslutningsgrunnlaget og for å redusere risiko for feilvurderinger.
- Bruk pasient- og pårørendeerfaringer systematisk i forbedringsarbeid.

6. Hindre at digitalt utenforskap blir en pasientsikkerhetsrisiko

Til helseforetak og kommuner

Digital utenforskap er et pasientsikkerhetsproblem. For pasienter som mangler Bank ID, ikke har fast bopel, fast mobilnummer eller digital tilgang, blir det krevende for tjenestene å komme i kontakt med.

Anbefaling

- Ukom anbefaler at helsetjenestene tilbyr tilgjengelige og likeverdige kontaktformer uavhengig av pasientens digitale forutsetninger.

Konkrete tiltak:

- Etablere ikke-digitale kontaktveier som er tilgjengelige og forutsigbare, som faste oppmøtesteder, drop-in-tilbud og direkte telefonlinjer via kjente tjenester.
- Innføre en fast rutine for håndtering av manglende respons, der uteblitt kontakt automatisk utløser alternativ oppfølging som oppsøkende innsats, kontakt via lavterskeltilbud, brev til verifisert adresse eller koordinering gjennom den kommunale hjemmetjenesten.
- Sikre at avtaler og innkallinger ikke forutsetter bruk av BankID eller digitale løsninger, slik at pasienter uten digital tilgang likevel kan komme i kontakt med og motta nødvendige helsetjenester.

9 Læring og refleksjon

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

Vi ønsker at rapportene og undersøkelsene våre skal bidra til læring, endring og forbedring av samhandling, systemer, rutiner og praksis i helse- og omsorgstjenesten.

Vi har laget eget materiell som fritt kan brukes i ulike sammenhenger. Materialet gir et overblikk over våre funn og anbefalinger. Det kan være nyttig og aktuelt i kvalitets- og forbedringsarbeid, og som grunnlag for refleksjon og diskusjon i fagmøter og arbeid med temaene på ulike nivå i helse- og omsorgstjenesten

Til deg som skal holde presentasjonen

Det er en fordel å ha kjennskap til rapporten, men lysarkene er ment å være selvforklarende. Presentasjonen kan brukes uten at det krever mye forarbeid.

- Se [materiell](#)

10 Framgangsmåte for undersøkelsen

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

Dette kapittelet beskriver hvordan Ukom gjennomførte undersøkelsen, inkludert utvalg av pasientforløp, innhenting og analyse av data samt kvalitetssikring av funn.

Utvalg av pasientforløp

Vi valgte tre pasientforløp som belyser ulike deler av LAR-behandlingen og overganger mellom kommunale tjenester, fastlege og spesialisthelsetjeneste, der det kan være risiko for pasientsikkerheten. Pasienter, pårørende og involverte tjenester er anonymisert.

Datainnsamling

I en innledende fase satte vi oss inn i fagfeltet gjennom relevant fag- og forskningslitteratur og offentlige rapporter, samt deltakelse på fagarenaer. Vi hospiterte også ved to ulike LAR-enheter.

Vi gjennomgikk 263 saker knyttet til rusmiddelproblematikk for å identifisere pasientforløp som kunne belyse temaet. Utvalget ble gjort med vekt på variasjon i alder, kjønn og geografi.

For de tre pasientforløpene innhentet vi opplysninger fra blant annet Statsforvalter, Statens helsetilsyn, Kriminalomsorgen, kommuner og sykehus, i tillegg til informasjon vi fikk fra pårørende og pasientene selv.

Vi gjennomførte intervjuer med i underkant av 50 personer, inkludert helsepersonell og ledere i kommune- og spesialisthelsetjeneste, samt brukere, pårørende og etterlatte. Vi hadde også dialog med relevante fagmiljø og bruker- og interesseorganisasjoner.

Som supplement til intervjuer og dokumentgjennomgang innhentet vi skriftlige innspill gjennom spørreundersøkelser og dialog på fagarenaer.

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse rettet mot helsefaglige og sosialfaglige utdanninger om hvordan rusmiddelavhengighet blir vektlagt i utdanningene. I tillegg gjennomførte vi en spørreundersøkelse rettet mot LAR-poliklinikker og private tilbydere av rusbehandling med RHF-avtale. Undersøkelsen ble sendt til i underkant av 300 mottakere, og vi mottok 90 svar fra alle helseregioner.

Analyse og avgrensninger

Undersøkelsen omfatter et bredt og komplekst fagfelt. I denne rapporten har vi derfor avgrenset oss til pasientsikkerhetsrisiko knyttet til helsehjelp til personer med alvorlig rusmiddelavhengighet, med særlig vekt på overganger og samhandling mellom kommunale tjenester, fastlege, LAR og øvrig spesialisthelsetjeneste. Vi belyser både vurdering og oppstart av LAR og oppfølging av personer som er i LAR, der samtidig psykisk og somatisk sykdom og sosiale forhold ofte påvirker muligheten til å motta helhetlig hjelp.

Vi analyserte datagrunnlaget for å identifisere forhold som kan påvirke pasientsikkerheten. Analysene tok utgangspunkt i et systemperspektiv, blant annet ved bruk av Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS). Vi sammenstilte informasjon på tvers av kilder og kartla pasientforløpene for å identifisere mønstre og fellestrekk.

Kvalitetssikring

Underveis hadde vi dialogmøter med relevante fagpersoner og fagmiljø, samt møter med yrkesforeninger, interesseorganisasjoner, academia og Ukoms refleksjonspanel, for å drøfte og kvalitetssikre funn og problemforståelse. Informanter som er sitert i rapporten fikk anledning til å verifisere at sitater er gjengitt riktig.

Bruk av kunstig intelligens (KI)

Rapportens faglige innhold, dataanalyse, konklusjoner og råtekst er utarbeidet av medarbeidere i Ukom. I redigeringsfasen ble språkmodellen Microsoft Copilot (Microsoft, 2026) brukt til språkvask og språklige justeringer for å bedre lesbarheten. Verktøyet har ikke tilført nye data, analyser eller faglige vurderinger.

11 Ukoms oppdrag

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) er en uavhengig, statlig virksomhet som har fått i oppdrag å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten i Norge.

Ukom skal utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger. Formålet med undersøkelsene er å bedre pasient- og brukersikkerheten gjennom læring og forebygging av alvorlige hendelser.

Ukom tar ikke stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

Ukom avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller hvilke alvorlige forhold som skal undersøkes, tidspunktet for og omfanget av undersøkelsen samt hvordan den skal gjennomføres. Undersøkelsene gjennomføres i dialog med involverte parter, det vil si ansatte i helse- og omsorgstjenesten, pasienter, brukere og pårørende.

Rapportene til Ukom er offentlige, og de inneholder ikke referanse til enkeltpersoners navn og adresse. Det vurderes i hver enkelt undersøkelse om det refereres til sted for hendelsen.

Ukoms virksomhet er hjemlet i [lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten \(56\)](#).

12 Forklaringer

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

LAR er et tverrfaglig behandlingstilbud for personer med opioid avhengighet, der medikamentell behandling kombineres med rehabiliterende tiltak. Legemiddelassistert rehabilitering - LAR er et tverrfaglig behandlingstilbud til personer med opioidavhengighet, der medikamentell behandling kombineres med rehabiliterende tiltak. LAR er en del av Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten. Du kan bli henvist til LAR fra fastlegen, fra psykolog, fra helse- og sosialtjenesten i kommunen, eller fra annen del av spesialisthelsetjenesten. Formålet er redusert rusmiddelbruk, forebygging av overdoser og økt livskvalitet. Formålet med LAR er å redusere rusmiddelbruk, forebygge overdosedødsfall og forbedre livskvaliteten for pasientene ([22](#)).

LAR ble innført i 1998 som et nasjonalt behandlingstilbud. Da var det en aldersgrense på 25 år, og et krav om 10 års historikk med opioidavhengighet for å kvalifisere for behandlingen ([57](#)). Pasientene skulle i tillegg helst ha prøvd medikamentfrie tilbud. Resultatene av annen behandling før LAR var gjerne lange døgnopphold, men med betydelig fare for tilbakefall, og ellers dårlig resultat ([57](#)). Ved innføringen var LAR i stor grad innrettet som et tilbud for personer med langvarig og alvorlig opioidavhengighet, og kriteriene reflekterte en siste utvei-tenkning. Krav om høy alder, lang ruskarriere og at pasientene helst skulle ha forsøkt medikamentfrie tiltak bidro til at terskelen for å få LAR i starten var høy ([57](#)).

LAR har bidratt til økt livskvalitet og redusert dødelighet for mange rusmiddelavhengige, men både forskning og brukererfaringer viser at det fortsatt finnes betydelige utfordringer knyttet til tilgjengelighet, kvalitet og koordinering av tjenestene ([58](#)). Det er anslått at om lag 70–80 prosent av målgruppen mottar LAR-behandling ([59](#)).

Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for LAR-behandlingen. I dette ligger blant annet vurdering av opioidavhengighetssyndrom, riktig dose medikamenter og hente- og utleveringsordninger. Har pasienten rett på kommunale helse- og omsorgstjenester, får noen pasienter ved behov levert medisiner av hjemmetjenesten i kommunen. Det er ellers spesialisthelsetjenesten som har både det økonomiske og praktiske ansvaret for utlevering til LAR-pasienter. Om pasienten skal hente medikamentet på apoteket, skjer det gjennom avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og apotekene ([60](#)).

FACT – samhandlingsmodell

FACT er etablert for å redusere fragmenterte og lite koordinerte tjenester for personer med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser, gjennom forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Hovedfunn fra evalueringer:

- FACT bidrar til mer helhetlig og tilgjengelig oppfølging for målgruppen.
- Andelen brukere som blir innlagt i psykisk helsevern er lavere etter inntak i FACT, mens totalt antall innleggelser er uendret.

- En mindre andel av innleggelsene skjer med tvang, og både totalt antall oppholdsdøgn og oppholdsdøgn med tvang er redusert.

Erfaringer fra brukere og pårørende:

- Brukerne uttrykker høy tilfredshet, særlig med tverrfaglig samarbeid, oppsøkende arbeid og relasjonen til teamet.
- Informasjon og medvirkning knyttet til medikamentell behandling og journalinnsyn pekes på som forbedringsområder.
- Pårørende opplever bedre tilgjengelighet, kontinuitet og økt trygghet, men etterlyser tydeligere informasjon om teamets rolle, mer støtte i pårønderollen og bedre samordning i kritesituasjoner.

Erfaringer fra ansatte:

- Ansatte beskriver FACT som et strukturert og målrettet tilbud, med styrker knyttet til fleksibilitet, tilgjengelighet og tverrfaglig samarbeid.
- Samhandling i det todelt tjenestesystemet beskrives som tidkrevende, blant annet på grunn av ulike lovverk, journalsystemer og kommunikasjonsløsninger ([65](#))

13 Summary in English

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

This investigation explores patient safety risks in how health and care services respond to people with severe substance dependence, often alongside co existing mental health conditions and physical illness. It was initiated in response to repeated notifications to the Norwegian Healthcare Investigation Board (Ukom) concerning serious adverse events involving this patient group. The purpose of the investigation is to support learning by examining how service design, organization and practice influence care, continuity and outcomes.

The investigation draws on three patient histories from different parts of Norway. The cases involve a woman who entered opioid agonist treatment (OAT) later in life and died in her sixties, likely from a respiratory infection; a young man who was repeatedly refused OAT and died at a young age; and a man in his thirties whose functioning deteriorated following transfer between two regional specialist care providers. Considered together, these cases show how patients with complex and long term needs can encounter care pathways that are difficult to access, difficult to navigate and difficult to sustain.

A central finding is that care for this patient group is often delivered through services that operate separately rather than as part of a coherent pathway. Responsibilities between OAT services, general practitioners, municipal health and social care services, and specialist health services are often unclear. Where substance use treatment, mental health care and physical health care are organized separately, patients may not receive effective help in any of these areas. This fragmentation creates risk at transition points, increases the potential for delay or discontinuity, and can leave patients without coordinated follow up when their needs span multiple services.

The investigation also finds that services are often organized around assumptions that patients can coordinate their own care. This includes managing appointments, conveying information between providers and using digital systems to maintain contact. For people with severe substance dependence, unstable living circumstances, cognitive difficulties or reduced functioning, these assumptions may not reflect the realities of daily life. In practice, this can mean that access to care depends not only on clinical need, but also on a patient's capacity to navigate complex systems.

Variation in practice is another significant finding. This includes variation in access to OAT, medication choices and dosing, and the use of monitoring and control measures. Differences are particularly visible when patients move between geographical areas or between provider organizations. Patients describe such variation as difficult to understand and difficult to predict. The investigation finds that this can affect trust, reduce opportunities for meaningful involvement in care decisions, and contribute to conflict between patients and services.

The cases also show how capacity constraints and organizational conditions shape the care that is delivered. Waiting time, limited flexibility and short treatment episodes can make it harder for services to respond when patients are ready or motivated to engage. Services with low barriers of access and voluntary organizations often provide important continuity, especially for people with low levels of functioning, but access to these services varies. The investigation also identifies experiences of stigma and low expectations in encounters with services. Measures experienced as intrusive or punitive may reduce openness and delay help seeking, with implications for both safety and continuity.

These findings are consistent with concerns previously identified in Norway by oversight, audit and human rights bodies, which have described fragmented services, limited coordination and substantial variation in practice. They also sit alongside long standing policy ambitions for more integrated, flexible and user involved care. The persistence of these issues suggests that improvement is unlikely to come from individual effort alone. It requires attention to how services are organized, how responsibilities are defined, and how care pathways are designed for patients whose needs do not fit neatly within one part of the system.

The investigation points to several areas for improvement. These include more practical decision support for health professionals working with complex OAT cases; more clearly coordinated and parallel care across substance use, mental health and physical health services; and clearer accountability during transitions between providers and levels of care. The findings also support service models that are better adapted to patients with low functioning, instability and repeated non attendance, that make more systematic use of information from relatives and significant others, and that do not rely solely on digital access.

Taken together, the findings suggest that risks to patient safety in this area arise less from isolated decisions and more from the cumulative effects of fragmentation, variability and limited continuity. Reducing these risks will depend on designing services that are able to work around the needs of the patient, rather than expecting the patient to work around the needs of the system.

14 Referanser

Publisert 23. juni 2026 Sist oppdatert 23. juni 2026

1. Statens helsetilsyn. Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse. Oslo; 2019.
2. Riksrevisjonen. Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser. Oslo; 2025.
3. Norges institusjon for menneskerettigheter. Rus og menneskerettigheter. Oslo: Norges institusjon for menneskerettigheter; 2022 21. september 2022.
4. Statens helsetilsyn. Det heng dårleg saman. Landsomfattande tilsyn i 2017–2018 med kommunale tenester til personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidning – oppsummeringsrapport. Oslo; 2019.
5. Statens helsetilsyn. Et stykke igjen til likeverdige tjenester. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Oslo; 2019.
6. Helsedirektoratet. Individuell jobbstøtte (IPS) bør følge de åtte grunnleggende prinsippene for IPS Oslo: Helsedirektoratet; 2025 [oppdatert 13. juni 2025]
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/individuell-jobbstotte-ips-og-helseiarbeid/individuell-jobbstotte-ips/individuell-jobbstotte-ips-bor-folge-de-atte-grunnleggende-prinsippene-for-ips#referere>.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet. Del I: Om helse, behandling og skadereduksjon. Oslo: Regjeringen; 2024.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet (2024-2025) Del II: Om straff og reaksjonsformer. Oslo, omsorgsdepartementet H-o; 2024 2024.
9. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), [LOV-2011-06-24-30 \(2011\)](#).
10. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. [Mellom straff og helsehjelp - samhandling om alvorlig psykisk syke i fengsel](#). Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten; 2026 26. mai 2026.
11. World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization.
Tilgjengelig fra: <https://icd.who.int>.
12. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), [LOV-1999-07-02-62](#) (2001).

13. Helsenorge. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) [Website]. Helsenorge; 2025 [oppdatert 26.10.2025]
Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/posttraumatisk-stresslidelse>
14. Statens helsetilsyn. Mye å forbedre i tjenestetilbudet til personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Oslo: Statens helsetilsyn; 2019
Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/nyheter-og-pressemeddelinger/2019/mye-aa-forbedre-i-tjenestetilbudet-til-personer-med-samtidig-psykisk-lidelse-og-ruslidelse/>.
15. Bodø kommune. OpiNor – felles senter for opioidavhengige i Bodø: Bodø kommune;
Tilgjengelig fra: <https://bodo.kommune.no/tjenester/helse-og-mestring/psykisk-helse-og-rustjenester/rustjenester/opinor/>
16. Hoxmark E, Trane K, Olsø TM. Det er behov for mange flere FACT- og FACT ung-team i Norge, særlig i de største byene: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA; 2024 [oppdatert 8. mai 2025]
Tilgjengelig fra: <https://napha.no/kunnskapsbasen/27482/det-er-behov-for-mange-flere-fact-og-fact-ung-team-i-norge-sarlig-i-de-storste-byene>.
17. Rus og samfunn. Bred enighet på toppmøte om ROP-pasienter: Nå er det nok - det er tid for handling 2026 12. mai 2026.
Tilgjengelig fra: <https://www.rus.no/aktuelt/article-5925>.
18. Waal H, Clausen T, Lillevold PH. Lav-terskel LAR i Norge. Senter for rus- og avhengighetsforskning - SERAF; 2019 2/2019.
19. Helsedirektoratet. ACT-, FACT- og FACT ung-team Oslo: Helsedirektoratet; 2015 [oppdatert 10. mars 2025]
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/psykisk-helse-rus-og-avhengighet/act-og-fact-team>.
20. Bukten A, Lillevold PH, Skeie I, Clausen T. SERAF rapport 5/2025, Sluttrapport 2024. Oslo: SERAF - Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2025 2025.
21. Egeland K, Peters N, Øktedalen T. Et stort flertall av ruspasienter har vært utsatt for traumer - samtidig behandling av rus og traumer er avgjørende 2024 14. mai 2026.
Tilgjengelig fra: https://www.psykologisk.no/ytringer/et-stort-flertall-av-ruspasientene-har-vaert-utsatt-for-traumer-samtidig-behandling-av-rus-og-traumer-er-avgjorende/123225?fbclidIwY2xjawKsNiZleHRuA2FlbQlXMQBicmlkETBmSkxORnR2emk3Nm5uRGtUAR6v4_GirUXYCsNFv3EgjqVtNq1F7oezoU7tv_CUxJnP7HgET3m3gdvfMM40A_aem_3JnatYlkXgHygi3SHuXDXQ.
22. Helsedirektoratet. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 2022 [oppdatert 16. mai 2024]
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet>.
23. Senter for rus- og avhengighetsforskning - SERAF. SERAF notat nr 1/2024 - LAR Behandlingsmodell i endring; refleksjoner om alternativer og valg Oslo: Universitetet i Oslo; 2024 [oppdatert 18. januar 2024]
Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2024/seraf-notat-nr-1-2024-lar.html>.

24. International Research Institute of Stavanger - IRIS. Evaluering av rusreformen. Stavanger; 2007 20. februar 2007.
25. Mæhlum S. Rehabilitering: Store medisinske leksikon; [avlest 2026 9. mai]
Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/rehabilitering>.
26. Simenstad B. Vær obs på traumer tidlig i rusbehandlingen: Rus & samfunn; 2023 [oppdatert 13. mai 2026]
Tilgjengelig fra: <https://www.rus.no/aktuelt/var-obs-pa-traumer-tidlig-i-rusbehandling>.
27. Belfrage A, Njå ALM, Lunde S, Årstad J, Fodstad EC, Lid TG, et al. Traumatic experiences and PTSD symptoms in substance use disorder: A comparison of recovered versus current users. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2023;40(1):62–75.
28. Skjærvø I, Marciuch A, Digranes LW, Follerås LM, Mordal J, Solli KK, et al. Chronic Pain and Posttraumatic Stress Among Patients in Substance Use Treatment: Protocol for NOR-APT, a Longitudinal Cohort Study. JMIR Research Protocols. 2025;14:e67663.
29. Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven. Rundskriv og fortolkninger til psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften. Nasjonale anbefalinger og krav. Oslo: Helsedirektoratet;
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/psykisk-helsevernloven>.
30. Bramnes JG, Syse A, Borger Rognli E. Rusutløst psykose - en problematisk diagnose 2023 14. mai 2026; 143 (Utg. 3).
Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2023/02/kronikk/rusutlost-psykose-en-problematisk-diagnose>.
31. Helsedirektoratet. Pårørendeveileder Oslo: Helsdirektoratet; 2024 Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paorendeveileder>.
32. Lien L, Knutsen A, Lunde G. ADHD og samtidige rusutfordringer: en catch 22-situasjon 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/adhd-psykisk-helse-rus/adhd-og-samtidige-rusutfordringer-en-catch-22-situasjon/653844>.
33. Helsedirektoratet. Utredning i spesialisthelsetjenesten Oslo: Helsedirektoratet; 2024 [oppdatert 28. oktober 2024]
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb/utredning-i-spesialisthelsetjenesten/utredning>.
34. Stortinget. nr. 2622 Skriftlig spørsmål fra Marian Hussein (SV) til helse- og omsorgsministeren Oslo: Stortinget; 2024
Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qnid=96706>
35. Isachsen HB. Ny ADHD-prosedyre på Lovisenberg sykehus etter debatt om rusfrihet: Dagens Medisin; 2025 [oppdatert 13. januar 2025]
Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/adhd-haukeland-universitetssjukehus-helse-bergen/ny-adhd-prosedyre-pa-lovisenberg-sykehus-etter-debatt-om-rusfrihet/668531>.
36. McDonald R, Bech AB, Clausen T. Evaluering av implementeringen av revidert nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo; 2025. Report No.: SERAF rapport 2/2025.

37. Hestevik CH, Evensen L. Dødelighet ved forskrivning av benzodiazepiner til personer i legemiddelassistert rehabilitering (LAR): en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
38. [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#) (pasient- og brukerrettighetsloven). (1999).
39. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>.
40. Helsenorge. Hva er samvalg? : Helsenorge; 2025
Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/samvalg/hva-er-samvalg/>.
41. SINTEF. Bruker- og pasientundersøkelse i psykisk helsevern og rusbehandling: SINTEF; 2023
Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/prosjekter/2021/brukerundersokelse_poliklinikk/
42. ProLAR Nett. Endelig rapport: MASTER ProLAR Nett. 2021.
43. Helsedirektoratet. Vandeannende legemidler: Nasjonal veileder Oslo: Helsedirektoratet; 2025
Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler>.
44. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), [LOV-1999-07-02-64](#) (1999).
45. Spero foreningen. Sykdom, skam og stigmatisering: Spero foreningen;
Tilgjengelig fra: <https://speroforeningen.no/sykdom/>
46. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders. Drug Alcohol Depend. 2013;131(1-2):23–5.
47. Volkow ND, Frieden TR, Hyde PS, Cha SS. Medication-assisted therapies — tackling the opioid-overdose epidemic. N Engl J Med. 2014;370:2063–6.
48. Norges institusjon for menneskerettigheter N. Du har ikke noe her å gjøre» – En undersøkelse om rusavhengiges opplevelser av diskriminering og stigma. Oslo: Norges institusjon for menneskerettigheter, NIM; 2024 16. februar 2024.
49. Carusone SC, Guta A, Robinson S, Tan DH, Cooper C, O’Leary B, et al. Maybe if I stop the drugs, then maybe they’d care?”—hospital care experiences of people who use drugs. Harm Reduction Journal. 2019;16(1):16.
50. Greiner MG, Dixon LB. The stigma of addiction. Psychiatr Serv. 2021;72(9):1105–6.
51. Luderer M, Stockreiter D, Binder A, Müller L, Burger F, Stüben N, et al. Stigma from healthcare professionals and care-limiting behaviors in individuals with substance use disorders: a mixed-methods study. The Lancet Regional Health - Europe. 2026.
52. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. Am J Public Health. 2013;103(5):813–21.

53. Skeie I. Helsa til folk med psykiske lidelser og rusmiddellidelser må bedres2024; 144.
Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2024/01/kronikk/helsa-til-folk-med-psykiske-lidelser-og-rusmiddellidelser-ma-bedres>.
54. Bech AB, Toft H. Psykisk helse og rus: Slik kan sykepleiere ivareta pasienters somatiske helse2023 15. mai 2026.
Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/fag/2023/08/psykisk-helse-og-rus-slik-kan-sykepleiere-ivareta-pasienters-somatiske-helse>.
55. Kulesza M, Watkins KE, Ober AJ, Osilla KC, Ewing B. Internalized stigma as an independent risk factor for substance use problems among primary care patients: Rationale and preliminary support. Drug Alcohol Depend. 2017;180:52–5.
56. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Ukom (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten) Stavanger: Ukom;
Tilgjengelig fra:<https://ukom.no/>.
57. L N, P L, I S, PH L, T C. Sluttrapport 2023 Tjuefem år med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Oslo: Universitetet i Oslo, Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF; 2023.
58. Zinöcker S, Shrestha M, Næss GE, Kornør H. Effekter av legemiddelassistert rehabilitering sammenliknet med ikke-medikamentell behandling av opioidavhengighet: En systematisk oversikt. Systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020 2020.
59. SERAF - Senter for rus- og avhengighetsforskning. SERAF-rapport nr. 2-2024: Statusrapport 2023 Oslo: Universitetet i Oslo; 2024 Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2024/seraf-rapport-nr-2-2024-statusrapport-2023.html>.
60. Apotekforeningen. Veileder – Takster for apotekenes tjenester i LAR i apotek. Oslo: Apotekforeningen; 2021.
61. Landheim A, Odden S. Evaluering av FACT-team i Norge – Sluttrapport Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF 2020 30. april 2020.
62. Norsk helseinformasjon N. Benzodiazepiner: Norsk helseinformasjon, (NHI); [oppdatert 20. oktober 2021]
Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/legemidler/benzodiazepiner>.
63. Mørland J, Ringsevjen H, Bretteville-Jensen AL. Opioider Oslo: Store medisinske leksikon;
Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/opioider>.
64. Spero foreningen. Sykdom, skam og stigmatisering: Spero foreningen;
Tilgjengelig fra: <https://speroforeningen.no/sykdom/>.
65. Helse- og omsorgsdepartementet. Evaluering av FACT-team i Norge. Oslo: Regjeringen; 2020 14.05.2020.
66. Helseinformasjon. Rus og psykiatri (ROP-lidelse): Norsk helseinformasjon; [oppdater 21. april 2021]
Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/rus-og-psykiatri-rop-lidelse>

**Statens undersøkelseskomisjon
for helse-og omsorgstjenesten**

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924

ISBN 978-82-8465-048-7