

# Når rusen definerer helsehjelpen

Materiell til læring og refleksjon

Publisert 23. juni 2026

Statens undersøkelseskommisjon  
for helse- og omsorgstjenesten



# Kort om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)

Ukom er en uavhengig undersøkelseskommissjon for helse - og omsorgstjenesten. Ukoms samfunnsoppdrag er å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten.

Dette skal bidra til en tryggere tjeneste både for pasienter, brukere og helsepersonell.

Ukoms utgangspunkt er å undersøke og kartlegge hva som skjedde, og årsakene til at det skjedde. Basert på funn og analyser gir Ukom anbefalinger til forbedring og læring i tjenestene.

I undersøkelsene vurderer Ukom ikke lovligheten av behandlingen (forsvarlighet).

Ukom fordeler heller ikke skyld eller gir straffereaksjoner når noe går galt.

Formålet er læring på nasjonalt nivå.

Arbeidet er begrunnet i "Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten".





Til deg som presentatør :

# Læring og refleksjon

Disse lysarkene kan brukes av medarbeidere og ledere i helse- og omsorgstjenesten. Det kan for eksempel brukes i forbindelse med kvalitets- og forbedringsarbeid, til faglig oppdatering og som grunnlag for refleksjon og diskusjon.

## Til deg som skal bruke presentasjonen:

Det er en fordel å ha kjennskap til rapporten.

Presentasjonen er bygd opp slik at den kan deles opp tematisk fra lysbilde 20 *Ukoms anbefalinger*. Herfra er læringspunkter med tilhørende refleksjonsspørsmål tematisk inndelt til bruk i kortere læringsøkter på ca. 20 - 30 min. per tema.

Du kan derfor plukke ut deler herfra i presentasjonen for bruk i f.eks. avdelingsmøter eller faglunsjer.





## Når rusen definerer helsehjelpen

Hva kan tjenestene lære av pasienthistoriene til Aud, Kristian og Lars?

Les [rapporten](#)



# Bakgrunn for undersøkelsen

- Ukom mottar jevnlig varsler som gjelder personer med rusmiddelavhengighet, ofte med samtidige psykiske lidelser
- Varslene beskriver utfordringer med:
  - samhandling mellom tjenester
  - fragmentert oppfølging
  - manglende helsehjelp til pasienter med omfattende behov
- I flere hendelser har dette fått alvorlige konsekvenser for helse, livskvalitet eller ført til dødsfall

# De tre pasienthistoriene - fellestrekk

Aud, Kristian og Lars hadde ulike livsløp, men flere felles utfordringer:

- Langvarig rusmiddelavhengighet
- Psykiske helseutfordringer og traumer
- Somatiske helseplager eller funksjonsfall
- Behov for hjelp fra flere tjenester samtidig
- Vansker med å møte krav om oppmøte til avtaler
- Erfaringer med avslag, ventetid, uklart ansvar og manglende kontinuitet



## Aud

- Aud hadde langvarig rusmiddelavhengighet, psykiske belastninger og omfattende somatiske plager.
- Kom inn i LAR i godt voksen alder.
- Fikk begrenset oppfølging av traumer, smerter og somatisk sykdom.
- Hun hadde lavt oppmøte i tjenestene og var vanskelig å nå.
- Levde tilbaketrukket og isolert.
- Hun døde i 60-årene, trolig av luftveisinfeksjon.

# Hva pasienthistorien viser

- Rusmiddelavhengighet kan overskygge andre helsebehov
- Somatiske symptomer og smerter kan bli overskygget og dermed ikke utredet
- Lavterskel- og aktivitetstilbud krever ofte aktiv støtte for at pasienten skal kunne bruke dem
- Stigma og lave forventninger kan påvirke både helsehjelp og tillit



## Kristian

- Kristian hadde psykiske vansker fra barne- og ungdomstid og utviklet tidlig omfattende rusmiddelbruk.
- Han hadde gjentatte overdoser, korte akuttinnleggelses og mistanke om rusutløste psykoser.
- Han søkte LAR flere ganger, men fikk avslag.
- Tjenestene ønsket utredning av psykisk helsetilstand før LAR kunne vurderes, samtidig som rusmiddelbruken stod i veien for slik utredning.
- Kristian tok sitt eget liv som ung voksen.

# Hva pasienthistorien viser

- Krav om rusfrihet for utredning av psykisk sykdom kan stå i veien for slik utredning og behov for behandling
- Gjentatte akuttinnleggelseser bør utløse felles vurdering og tydelig ansvar mellom tjenestene
- Pårørende og andre nærstående personer kan ha avgjørende informasjon om funksjonsfall og alvorlighet



## Lars

- Lars hadde flere år med god rusmestring i LAR, med arbeid, familieliv og stabilitet.
- Etter flytting mellom helseforetak møtte han ny LAR-praksis og andre vurderinger av medisinerings.
- Han opplevde redusert medvirkning, hyppige behandlerbytter og økende mistillit.
- Han falt ut av psykisk helsevern og rusbehandling flere ganger.
- Etter langvarig konflikt fikk han etter hvert et medikamentbytte som han selv beskrev som vendepunkt.

# Hva pasienthistorien viser

- Ulik LAR-praksis kan skape uforutsigbarhet og svekket tillit
- Behandlerbytter og uklare ansvarsforhold kan forsterke konflikter
- Brukermedvirkning krever tydelige rammer og reell dialog
- Kontrolltiltak kan påvirke åpenhet, tillit og pasientsikkerhet



## Våre funn

1. Fragmenterte tjenester og uklart ansvar
2. Rusmiddelavhengighet kan skygge for annen helsehjelp
3. Høye krav til pasientens egeninnsats
4. Ulik praksis og lav forutsigbarhet
5. Stigma og holdninger påvirker tillit og helsehjelp



# 1. Fragmenterte tjenester og uklart ansvar

- Pasienter møter flere tjenester uten at noen har et samlet ansvar
- Behandling for rus, psykisk helse og somatisk sykdom skjer ofte hver for seg
- Pasientene må selv koordinere avtaler, informasjon og kontakt mellom tjenester
- Brudd i forløp skjer særlig ved overganger mellom kommune, fastlege, LAR/TSB, psykisk helsevern og somatikk



## 2. Rusmiddelavhengighet kan skygge for annen helsehjelp

- Psykiske lidelser, traumer, smerter og somatiske plager blir ikke alltid utredet eller behandlet
- Krav om rusfrihet kan hindre utredning og behandling
- Pasienter kan bli vurdert ut fra rusmiddelbruk framfor samlet helsetilstand
- Diagnostisk overskygging kan bidra til at alvorlige helseproblemer ikke blir fanget opp



### 3. Høye krav til pasientens egeninnsats

- Tjenestene forutsetter ofte at pasienten kan:
  - Møte til avtaler til fastsatt tid
  - Bruke digitale løsninger
  - Svare på telefon eller brev
  - Formidle informasjon mellom tjenester
  - Følge opp henvisninger eller nye avtaler
  - Ta kontakt på nytt etter avsluttet forløp
- For mange pasienter er dette urealistisk uten støtte



## 4. Ulik praksis og lav forutsigbarhet

- Rapporten viser variasjon i:
  - Inntak i LAR
  - Medikamentvalg og dosering
  - Bruk av kontrolltiltak
  - Krav om rusfrihet
  - Håndtering av sidebruk
  - Praktisering av brukermedvirkning
- Pasienter kan oppleve at hjelpen avhenger av bosted, behandler eller helseforetak.



## 5. Stigma og holdninger påvirker tillit og helsehjelp

- Pasienter beskriver erfaringer med mistillit, lave forventninger og stigma
- Kontrolltiltak kan oppleves som ydmykende
- Manglende smertelindring og abstinensbehandling kan føre til at pasienter avbryter behandling
- Lav tillit kan gjøre det vanskeligere å være åpen om rusmiddelbruk, symptomer og behov



## Ukom kommer med anbefalinger som kan bidra til:

- Mer faglig støtte i komplekse kliniske vurderinger
- Samtidig og integrert behandling av rus, psykisk helse og somatisk sykdom
- Tydeligere og mer samordnet ansvar for pasientforløp
- Fleksible tjenester som tåler lavt funksjonsnivå og uteblivelser
- Systematisk bruk av opplysninger fra pårørende og nærpersoner
- Kontaktformer som hindrer at digitalt utenforskap blir en pasientsikkerhetsrisiko

# Faglig støtte i komplekse vurderinger

- Helseforetakene må tydeliggjøre hvordan særskilt kompetanse knyttet til forskrivning av vanedannende legemidler skal ivaretas og videreutvikles i LAR-tjenestene.
- Det kan være behov for å etablere felles rammer for veiledning og faglig støtte
- Det er viktig at helseforetak sikrer oppfølging av behandlere med begrenset erfaring, og tilrettelegger 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 LAR-retningslinjen tas mer aktivt i bruk.

# Faglig støtte i komplekse vurderinger

- Hvilken faglig støtte trenger behandlere når de skal balansere brukermedvirkning, pasientens ønsker og kravet til forsvarlig behandling?
- Hvordan kan virksomheten legge til rette for at vanskelige vurderinger ikke blir stående hos den enkelte behandler alene?
- Hvordan kan pårørende, fastlege, kommunale tjenester og andre som kjenner pasienten, bidra til et bedre beslutningsgrunnlag i komplekse LAR-forløp?
- Hvordan skiller vi mellom faglig begrunnet forsiktighet og praksis som i realiteten blir mer restriktiv enn LAR-retningslinjen legger opp til?
- Hvordan kan ledelsen sikre at behandlere med begrenset erfaring får tilgang til veiledning, kollegastøtte og særskilt kompetanse ved forskrivning av vanedannende legemidler?

# Samtidig og integrert behandling

- Behandlingsansvarlige i kommune- og spesialisthelsetjenesten må avklare om pasienten har samtidige behov for rusbehandling, psykisk helsehjelp og somatisk helsehjelp.
- Det er nødvendig å samarbeide tverrfaglig og tverrsektorielt i slike tilfeller.
- De involverte tjenestene må tilrettelegge for parallell hjelp, slik at ett behov ikke må være løst før et annet vurderes.
- De må også sammen avklare hvem som tar ansvar når pasienten står i fare for å falle mellom tjenestene.

# Samtidige lidelser

- Hvordan unngår vi at rusmiddelbruk overskygger psykiske eller somatiske symptomer?
- Når stiller vi krav om rusfrihet, og hva bygger vi det kravet på?
- Hvordan kan vi utrede psykisk lidelse selv om pasienten fortsatt bruker rusmidler?
- Hvordan sikrer vi tilstrekkelig abstinens- og smertelindring ved somatisk innleggelse?
- Hvilke pasienter hos oss står i fare for å bli sendt mellom rusbehandling og psykisk helsevern?

# Tydeligere og samordnet ansvar for pasientforløp

- Helseforetak og kommuner bør etablere en tydeligere og mer samordnet avklaring av ansvar for pasientforløp
- Koordinatorfunksjonen må sees i sammenheng og på tvers av tjenester og nivåer
- 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

Refleksjonsspørsmål til spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlegen

## **Tydeligere og mer samordnet ansvar for pasientforløp**

- Hvem har samlet oversikt over pasientforløp hos oss?
- Hvordan fordeler vi ansvar når flere tjenester er inne i pasientforløpet samtidig?
- Hvordan sikrer vi at pasienten ikke må være budbringer mellom tjenestene?
- Hvordan arbeider vi med overganger når en pasient flytter mellom kommuner eller helseforetak?
- Har vi avklart hvem som har ansvar når pasienten faller mellom tjenestene?

## **Fleksible tjenester som tåler lavt funksjonsnivå og uteblivelser**

- Når pasienten ikke møter til avtale i spesialisthelsetjenesten, bør tjenesten vurdere:
  - Har pasienten mottatt og forstått innkallingen?
  - Hvordan kan pasienten kontaktes på andre måter? Har pasienten telefon, adresse, påloggingsmulighet til Helsenorge og transportmuligheter?
  - Bør behandler kontakte koordinator, fastlege, hjemmetjeneste, lavterskeltilbud eller pårørende?
- Uteblivelse må utløse vurdering av ny kontaktform, ikke automatisk avslutning av kontakt
- Styrke oppsøkende kapasitet, som FACT/ACT-team eller tilsvarende lokalt tilpassede modeller
- Styrke samarbeid med frivillig sektor, som ofte har en sentral rolle for denne pasientgruppen
- Etabler lavterskel kontaktformer

## Refleksjonsspørsmål til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

# Fleksible tjenester som tåler lavt funksjonsnivå og uteblivelser

- Hva er rutine ved første gang en pasient ikke møter?
- Når avsluttes et forløp, og hvem vurderer risiko før avslutning?
- Har arbeidsplassen rutiner for å kontakte andre involverte tjenester?
- Hvordan følges pasienter uten telefon, adresse eller BankID, opp?
- Hvilke alternative kontaktformer kan være aktuelle?
  - Eksempelvis drop-in, oppmøte uten time, fleksible konsultasjoner og ev. tilpassede kontrollregimer
- Hvordan ivaretar kommunen og helseforetaket lokalt, fleksible og oppsøkende tjenester for personer med ROP-lidelser?

## **Opplysninger fra pårørende og nærstående personer**

- Når pasienten har komplekse behov, kan komparentopplysninger være avgjørende for å gjøre forsvarlige vurderinger
- Tjenestene skal systematisk innhente opplysninger fra pårørende eller andre som kjenner pasienten godt
- Komparentopplysninger kan gi oss nyttig informasjon om:
  - Funksjonsfall, evne til egenomsorg og bosituasjon
  - Rusmiddelbruk, og eventuelle overdoser
  - Psykosesymptomer
  - Endringer i risiko
  - Hva som har virket eller ikke virket tidligere

Refleksjonsspørsmål til spesialisthelsetjenesten,  
kommunehelsetjenesten og fastlegen

## Opplysninger fra pårørende og nærstående personer

- Når innhenter vi opplysninger fra pårørende og andre nærstående personer?
- Har vi etablert faste rutiner for systematisk innhenting av komparentopplysninger?
- Hvordan ivaretar vi taushetsplikt samtidig som vi lytter til pårørende?
- Hvordan dokumenterer vi informasjonen?
- Hva gjør vi når pårørende beskriver større alvor enn journalen viser?
- Hvordan bruke informasjon fra lavterskeltilbud, fengselshelsetjeneste eller frivillige organisasjoner?
- Hvordan bruke pasient- og pårøndererfaringer systematisk i forbedringsarbeid?

Læringspunkt til spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlegen

## Kontaktformer som hindrer digitalt utenforskap

- Digital tilgang må ikke bli en forutsetning for å få helsehjelp
- Tjenestene bør ha alternativer for pasienter som mangler:
  - BankID
  - Telefon
  - Fast adresse
  - Stabil tilgang til mobil eller internett
- Mulige alternativ kan være:
  - Kontakt via kjent tjeneste
  - Oppsøkende kontakt
  - Avtaler formidlet via koordinator eller hjemmetjeneste

## Refleksjonsspørsmål spesialisthelsetjenesten og fastlegen

# Kontaktformer som hindrer digitalt utenforskap

- Hvilke alternative kontaktformer kan være aktuelle?
- Er det etablert rutiner for å håndtere uteblitt kontakt?
  - Hvilke alternative oppfølgingsmåter utløses når pasienten ikke møter?
- Hva kan vi få til hos oss?
  - Muligheter og hindringer?

*Læringspunkt til spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlegen*

## **Pasient- og brukermedvirkning**

- Brukermedvirkning handler om at:
  - Pasienten får relevant og forståelig informasjon om muligheter for medvirkning
  - Pasienten må forstå når de kan medvirke og hva de kan medvirke til
  - Behandler utforsker pasientens mål og erfaringer
  - Uenighet håndteres åpent og respektfullt
  - Tjenesten forklarer vurderinger og konsekvenser tydelig

Refleksjonsspørsmål til spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlegen

## Pasient- og brukermedvirkning

- Hvordan ivaretar vi pasient- og brukermedvirkning?
- Hvordan informerer vi pasienten om muligheter og grenser for medvirkning? *Samvalg* er en metode som kan være nyttig i denne sammenheng.
- Hvordan involverer vi pasienten i utarbeidelse av behandlingsplan
- Hvordan håndterer vi situasjoner der pasient og behandler har ulike mål for behandlingen, f.eks. rusfrihet versus stabilisering, lindring og livskvalitet?

Læringspunkt til spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlegen

## Tillit, kontroll og stigma

- Fordommer og negative holdninger i helsevesenet skader helsehjelpen
- Ubehandlet eller utilstrekkelig behandlet abstinens og smerter kan være årsaker til at behandling avbrytes
- Ventetid f.eks. på legevakt eller hos fastlegen kan være vanskelig når abstinenssymptomer oppstår, og dermed være et hinder for helsehjelp

## Refleksjonsspørsmål til spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlegen

### Tillit, kontroll og stigma

- Hvordan bruker vi kontrolltiltak, og hvilken forklarer får pasienten om formålet?
- Hvordan kan mistillit eller motstand hos pasienten møtes?
- Hvordan øke bevisstheten rundt stigma og fordommer?
- Hvilke ord og rutiner kan bidra til stigma?
- Hvordan sikre at smerter, abstinenser og somatiske plager blir forstått og behandlet tilstrekkelig i helsetjenesten?
- Hvordan ivareta smertelindring for personer med rusmiddelavhengighet, sammenlignet med personer med somatiske lidelser, uten rusmiddelavhengighet?

**Hva kan tjenestene  
ta med seg?**



# Fem hovedbudskap

- Pasienter med alvorlig rusmiddelavhengighet trenger samtidig hjelp for rus, psykisk helse, somatisk helse og livssituasjon
- Tjenestene må ikke legge koordineringsansvaret på pasienten alene
- Uteblivelse, digitalt utenforskap og lavt funksjonsnivå krever mer fleksible kontaktformer
- Pårørende og nærstående personer kan gi viktig kunnskap om risikofaktorer og funksjonsfall
- Tillit, forutsigbarhet og respekt påvirker pasientsikkerheten

Les mer om oss på:  
[www.ukom.no](http://www.ukom.no)