

## Rapport

# Nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer

# Innhold

1.	SAMMENDRAG .....	3
2.	BAKGRUNN OG PROSESS.....	6
2.1.	Oppdragsdokumentet 2025 .....	6
2.2.	Prosess og forankring.....	6
2.3.	Mandat og sammensetning interregionalt arbeid .....	6
2.3.1.	Mandat.....	6
2.3.2.	Styringsgruppe.....	7
2.3.3.	Prosjektgruppe .....	7
2.3.4.	Prosjektadministrasjon i Helse Sør-Øst RHF .....	7
2.3.5.	Arbeidsform for det interregionale arbeidet.....	8
2.3.6.	Tidligere arbeid på området .....	8
2.3.7.	Parallele prosesser og oppdrag.....	9
2.3.8.	Definisjoner/forkortelser.....	9
3.	MÅLGRUPPE.....	10
3.1.	Størrelse på målgruppe .....	11
3.1.1.	Avgrensning .....	11
3.1.2.	Estimert forekomst av rusmiddelidelser og andel i behandling .....	12
3.1.3.	Barn i barnevernsinstitusjon med rusmiddelproblemer.....	14
3.1.3.1.	Rusrelaterte institusjonsplasser.....	15
3.1.3.2.	Kjønn og alder .....	15
3.1.3.3.	Viktige endringer.....	15
3.1.3.4.	Tall fra Nasjonal enhet for behandlingstiltak (NABE) .....	16
3.1.3.5.	Omfang av rusmiddelproblemer i akutt- og omsorgsinstitusjoner .....	16
3.2.	Innretting av tjenester .....	17
3.2.1.	Poliklinisk og ambulant behandling.....	18
3.2.2.	Døgnbehandling .....	18
3.3.	Årsverksestimat.....	18
3.4.	Spesialisert rusbehandlingstilbud for barn i barnevernets behandlingsinstitusjoner.....	21
3.4.1.	Grunnlag og forutsetninger.....	21
3.4.2.	Foreslått ambulant behandlingsmodell.....	21
3.4.3.	Kostnadsforutsetninger .....	22
3.4.4.	Scenario for en undergruppe.....	22
3.5.	Andre utfyllende opplysninger .....	22
4.	INNRETNING AV BEHANDLINGSTILBUDET .....	24
4.1.	Kunnskapsgrunnlag .....	24
4.1.1.	Beskrivelser av målgruppen og dagens tilbud.....	24
4.1.2.	Effekt av behandling.....	25
4.2.	Innretning av basistjenester i spesialisert rusbehandling for barn og unge .....	26
4.2.1.	Prinsipper for behandling.....	26
4.2.2.	Akutt behandling og avgiftning .....	28
4.2.3.	Ambulante tjenester .....	28
4.2.4.	Polikliniske tjenester.....	29
4.2.5.	Døgnbehandlingstilbud.....	29
4.3.	Kartlegging og utredning.....	29
4.4.	Tilbudet til samiske barn og unge med rusmiddelproblemer.....	30
4.5.	Hensyn til mangfold og kulturelle forskjeller i behandlingstilbudet .....	30

5.	ORGANISATORISK INNRETNING OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER .....	31
5.1.	Plassering av ansvar for behandlingstilbudet .....	31
5.2.	Forpliktende samarbeidsstrukturer mellom PHBU og TSB .....	33
5.3.	Regionale og interregionale tilbud .....	33
5.4.	Tverrsektorielt samarbeid .....	33
5.5.	Eksempler på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune .....	35
6.	PERSONELLMESSIGE KONSEKVENSER.....	36
6.1.	Utdanning og kompetanseutvikling.....	36
6.1.1.	Grunnutdanningene.....	36
6.1.2.	Spesialistutdanningene .....	36
6.1.3.	Fremtidige formalkompetansekrav.....	36
6.1.4.	Utvikling av medarbeidernes kompetanse i spesialisthelsetjenesten .....	37
6.2.	Etableringskostnader kompetanseutvikling.....	37
6.3.	Tilgangen til helsepersonell .....	37
7.	ØKONOMISKE KONSEKVENSER.....	38
7.1.	Etableringskostnader .....	38
7.2.	Estimering av driftskostnader.....	38
7.3.	Estimering av polikliniske driftskostnader .....	39
7.4.	Estimering av døgnkostnader.....	41
7.5.	Oppsummering økonomiske konsekvenser .....	42
8.	RISIKOOMRÅDER MED TILTAK .....	43
8.1.	Kompleksiteten i målgruppen og behandlingsbehov .....	43
8.2.	Organisatoriske og innholdsmessige utfordringer .....	43
8.3.	Juridiske utfordringer .....	43
8.4.	Behov for strukturert samarbeid .....	44
8.5.	Ressurser og oppbygging av tjenestene.....	44
8.6.	Brukermedvirkning.....	45
9.	PLAN FOR IVERKSETTELSE .....	46
10.	OPPSUMMERING - PROSJEKTGRUPPENS ANBEFALINGER.....	49

## 1. SAMMENDRAG

Barn og unge med rusmiddelproblemer skal ha tilgang til et tilgjengelig, trygt og faglig spesialisert behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har derfor i oppdragsdokumentet for 2025 bedt de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, om å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for behandlingstilbudet til denne målgruppen. Planen skal styrke kvaliteten og sammenhengen i tjenestene, tydeliggjøre ansvarsforhold i spesialisthelsetjenesten og redusere dagens mangler i utredning og behandling.<sup>1</sup>

Et sentralt mål er at barn og unge, sammen med sine pårørende, får nødvendig, rettmessig og helhetlig helsehjelp. Tilbudet skal bidra til bedre helse, økt mestring og bedre livskvalitet for barn og unge med rusmiddelproblemer.

Målgruppen er barn og unge 0-18 år med rusmiddelproblemer som trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Gruppen har ofte sammensatte utfordringer med samtidige traumer, psykiske vansker, nevroutviklingsforstyrrelser og relasjonsproblematikk.

Prosjektgruppen anbefaler at hovedansvaret for behandling av målgruppen legges til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i alle regioner. For å sørge for et helhetlig og forsvarlig tilbud må det etableres forpliktende samarbeid mellom PHBU og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). TSB skal inngå i pasientforløpene og ivareta ansvar der dette er hensiktsmessig.

Oppbygging av tilbudet bør ta utgangspunkt i eksisterende kompetansemiljøer i PHBU og TSB. Den regionale og lokale tjenesteutviklingen skal prioritere tiltak som best ivaretar målgruppens behov. I tråd med etablert praksis i PHBU vil det være mulig å følge enkelte unge opp til 23 år.

I rapporten anslås det at det finnes litt over 7 000 barn og unge med rusmiddelproblemer i Norge. Av disse estimeres det at 35 % (ca 2 500) vil motta behandling i spesialisthelsetjenesten. I dag behandles ca 800 pasienter i spesialisthelsetjenesten, og det nye tilbudet vil omfatte ytterligere ca 1 700 pasienter.

Rapporten beskriver også et estimat av kostnader for et tilbud avgrenset til de barn og unge med rusmiddelproblemer som er plassert i barnevernets behandlingstilbud. Det bemerkes imidlertid at et tilbud i spesialisthelsetjenesten må være tilgjengelig for alle pasienter med behov og ha inntakskriterier som er like for pasienter både i barnevernets omsorg og utenfor.

Tilbudet skal omfatte poliklinikk, ambulant/arenafleksibelt tilbud og døgnbehandling inkludert avrusning.

---

<sup>1</sup> NOU 2023: 24

## Etablering av basistilbud for målgruppen

- **Polikliniske tjenester:** I alle helseforetak, etablert i PHBU, eventuelt med rusmiddelkompetanse fra TSB. Familieinvolvering og digitale løsninger inngår som en del av tilbudet.
- **Ambulante tjenester:** Arenafleksible team (med ulik intensitet).
- **Døgnbehandling inkl. avrusning:** Tilpassede opphold for avrusning, utredning og behandling. Separate plasser for barn/unge, med mulighet for at foresatte/omsorgspersoner kan være til stede. Minst ett avrusningstilbud per region anbefales. Lokale behov og strukturer må hensyntas.
- **Regionale løsninger:** Kompetansenettverk og spesialiserte døgntilbud. Interregionalt samarbeid kan vurderes for lavvolumtjenester for spesielt komplekse eller ressurskrevende tilstander.
- **Tilbudet til samiske barn og unge:** Tilbudet til samiske barn og unge med rusmiddelproblemer ivaretas gjennom eksisterende strukturer med samarbeid gjennom det nasjonale kompetansesenteret SANKS, nasjonal veiledningstelefon og regionale kontorer som kan bistå med veiledning/undervisning og i enkeltsaker ved behov.
- **Likeverdighet og inkludering:** Behandlingstilbudet skal være likeverdig og inkluderende, med tilrettelegging for språk, kultur og medvirkning slik at alle barn, uavhengig av bakgrunn, får et forsvarlig tilbud.

God hjelp forutsetter tett samarbeid på tvers av sektorer. Helsemyndighetene bør adressere hindre for sammenhengende tjenester og pasientforløp. Ungdom med komplekse behov risikerer ofte å falle mellom tjenestene.

Prosjektgruppen anbefaler at helsemyndighetene gir forpliktende styringssignaler om at målgruppen inkluderes i pågående initiativer, som integrerte helsetjenestemodeller og relevante reformprosjekter, i samarbeid mellom departementer og direktorater.

## Risikoområder

- Varierende kompetanse på rus- og avhengighetslidelser i PHBU og varierende erfaring med samtidig behandling av rus- og psykiske lidelser.
- Barn og unge med omfattende problemer, inkludert rusmiddelproblemer, er ofte i kontakt med flere instanser. Manglende koordinering kan utgjøre en betydelig risiko for en helhetlig og sammenhengende oppfølging.
- Begrenset erfaring i PHBU med tvang/tilbakehold overfor ungdom med rusmiddelproblemer.
- Det er et uklart regelverk for behandling av barn og unge uten eget samtykke.
- Geografiske utfordringer og lavt pasientvolum.
- Usikkert kostnadsestimat.

**Tiltak for reduksjon av risiko:** Kompetanseheving, fleksible tjenester og styrket samarbeid mellom PHBU, TSB, barnevern og kommuner, samt gjennomgang og harmonisering av lovverk.

## Økonomiske konsekvenser

- Estimering av målgruppens omfang er forbundet med usikkerhet. Estimerte driftskostnader er beregnet med en gradvis opptrapping fra andre halvår 2026 og fram mot planlagt full drift i 2028. Behandling av en totalpopulasjon på om lag 2 500 barn innebærer en kostnad tilsvarende behandling av rundt 1 700 nye barn, anslått til 550 mill. kroner årlig. Innenfor dette inngår barn og unge fra barnevernets behandlingsinstitusjoner med rusmiddelproblemer, med et årlig kostnadsanslag på i størrelsesorden 170–190 mill. kroner.
- Etableringskostnader for kompetanseheving nasjonalt: ca 50 mill. kroner, primært for året 2027.
- Etableringskostnader for bygg og utstyr er ikke kartlagt, men må påregnes i enkelte regioner.
- Overføring av behandlingsansvar for denne nye pasientgruppen må medføre økte bevilgninger til de regionale helseforetakene, slik at overføringen av ansvaret blir budsjettneutrytt for helseforetakene.

## Administrative konsekvenser

- Hovedansvaret for behandling av målgruppen anbefales lagt til PHBU.
- Det bør etableres forpliktende samarbeidsstrukturer mellom PHBU og TSB. TSB skal inngå i pasientforløp der dette er hensiktsmessig.
- Eksisterende samarbeidsstrukturer bør videreutvikles, og nye etableres ved behov.
- Det bør utarbeides flytskjema for pasientforløp.
- Kommunen og PHBU skal sørge for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til barn og unge med rusmiddelproblemer som har behov for sammensatte tjenester.<sup>2</sup>

## Personneltmessige konsekvenser

- Behov for kompetanse fra både PHBU og TSB.
- For en målgruppe på 2500 barn, estimert behov for ca 370 nye årsverk nasjonalt, inkludert ambulant tilbud og døgnbehandling.
- For et avgrenset tilbud til 258 barn, estimert behov for 56 årsverk nasjonalt.
- Kompetanseheving gjennom hospitering, digitale kurs og veiledning.
- Utarbeide nasjonal kompetanseplan.
- Endring i kompetansemål og læringsmål i spesialistutdanningen.

Plan for iverksettelse er utarbeidet på helseregionnivå for oppbygging av behandlingstjenester. For områder som kompetanseutvikling og endringer i utdanningsmålene for helseprofesjonsordningene, er interregionale og nasjonale tiltak foreslått.

---

<sup>2</sup> Psykisk helsearbeid barn og unge - Helsedirektoratet, kap 5

## **2. BAKGRUNN OG PROSESS**

### **2.1. Oppdragsdokumentet 2025**

De regionale helseforetakene fikk følgende oppdrag i *Oppdragsdokument for 2025*:

«De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. Behov for fremtidige polikliniske og ambulante behandlingstilbud, døgnbehandlingstilbud, inkludert tilbud om avrusning, skal utredes. Det skal også vurderes behovet for flerregionale og/eller regionale løsninger for behandlingstilbud. Tilbudet til samiske barn og unge med rusmiddelproblemer skal ivaretas. Økonomisk, administrative og personellmessige konsekvenser skal synliggjøres. Frist for oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet er 16.05.2026.»

### **2.2. Prosess og forankring**

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet ble organisert som et interregionalt prosjekt med regionalt arbeid i hver region. Den enkelte region styrer selv det regionale arbeidet. Helse Sør-Øst RHF har hatt ansvar for å koordinere det interregionale oppdraget, i tett samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene.

Prosjektets styringsgruppe har rapportert til det interregionale fagdirektørmøtet, som består av fagdirektørene i de fire regionale helseforetakene.

Prosjekteier er fagdirektør i Helse Sør-Øst RHF.

### **2.3. Mandat og sammensetning interregionalt arbeid**

#### **2.3.1. Mandat**

Oppdraget som ble gitt til de regionale helseforetakene er tydelig formulert, og det ble vurdert som hensiktsmessig at dette utgjør mandatet for prosjektgruppen.

Mandatet er dermed som følger:

*Prosjektet bes om å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. Behov for fremtidige polikliniske og ambulante behandlingstilbud, døgnbehandlingstilbud, inkludert tilbud om avrusning, skal utredes. Det skal også vurderes behovet for flerregionale og/eller regionale løsninger for behandlingstilbud. Tilbudet til samiske barn og unge med rusmiddelproblemer skal ivaretas. Økonomiske, administrative og personellmessige konsekvenser skal synliggjøres.*

### 2.3.2. Styringsgruppe

Stilling	Navn	Representerer
Ass. fagdirektør	Cecilie Skule ( <i>leder av styringsgruppen</i> )	Helse Sør-Øst
Ass. fagdirektør	Jon Tomas Finnsson	Helse Nord
Ass. fagdirektør	Ragnhild Johansen	Helse Midt-Norge
Ass. fagdirektør	Lars Ravn Øhlckers	Helse Vest
Konserntillitsvalgt	Lindy Jarosch-Von Schweder	Helse Midt-Norge
Konserntillitsvalgt	Irene Kronkvist	Helse Sør-Øst
Konsernverneombud	Ingeborg Sævareid	Helse Vest
Brukerrepresentant	Eysteinn Udberg	Helse Vest
Brukerrepresentant	Jens Solem	Helse Midt-Norge
Divisjonsdirektør	Tove Bruusgaard	Buudir
Fagsjef	Madli Indseth	KS
Seniorrådgiver	Siri Strømsmo ( <i>observatør</i> )	Helsedirektoratet

### 2.3.3. Prosjektgruppe

Stilling	Navn	Representerer
Spesialrådgiver	Inger Meland Buene (prosjektleder)	Helse Sør-Øst
Fagsjef	Miriam Sandvik	Helse Sør-Øst
Avdelingsleder TSB ved OUS	Espen Kristian Ajo Arnevik	Helse Sør-Øst
Seniorrådgiver	Frank Nohr	Helse Nord
Seniorrådgiver	Marthe Kristine Striger Dingen	Helse Midt-Norge
Seniorrådgiver	Brita Mauritzen Næss	Helse Vest
Psykologspesialist	Kari-Ann Olsen Kristiansen	Helse Nord
Avdelingsjef	Kari Marie Remø Nesseth	Helse Midt-Norge
Avdelingsleder	Geir Fiskå	Helse Vest
Klinikksjef	Anne Benedicte Skirbekk	Helse Sør-Øst
Avdelingsjef BUPA	Heidi Taksrud	Helse Sør-Øst
Konserntillitsvalgt	Sissel Alterskjær	Helse Nord
Konserntillitsvalgt	Birgit Aanderaa	Helse Sør-Øst
Brukerrepresentant	Arild Amundsen	Helse Nord
Brukerrepresentant	Fredrik Nilsson	Helse Sør-Øst
Seniorrådgiver	Ketil Nordstrand	Buudir
Psykologspesialist	Elisabeth Sørлие	Bufetat
Spesialkonsulent	Bjørn Norstrand Olsen	Oslo kommune
Barnevernleder	Lise Tymi	Bodø kommune
Barnevernleder	Toril Aune Breimo	Fosen kommune
Barnevernleder	Lene Langseth Hesselberg	Randaberg kommune
Barnevernleder	Lina Aatif	Færder kommune

### 2.3.4. Prosjektadministrasjon i Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst etablerte en prosjektadministrasjon bestående av spesialrådgiver Inger Meland Buene (prosjektleder), fagsjef Miriam Sandvik, avdelingsleder TSB ved Oslo universitetssykehus Espen Ajo Arnevik og spesialrådgiver Ragnhild Woll.

I tillegg bidro Helse Sør-Øst RHF inn i arbeidet med senioranalytiker Christian Thoresen, avdelingsdirektør utdanning Jarle Henriksen og fagsjef Martin Sjuls fra økonomiavdelingen.

### **2.3.5. Arbeidsform for det interregionale arbeidet**

Prosjektgruppen har hatt fem fysiske heldagsmøter og to korte digitale møter. Styringsgruppen har i prosjektperioden hatt seks digitale møter, der styringsgruppens medlemmer har gitt innspill til prosess, anbefalinger og sluttrapport.

Prosjektgruppen har arbeidet systematisk med de sentrale områdene som denne rapporten bygger på. Målet med utredningen har vært å kartlegge hvor stort behovet er, hvordan tjenestetilbudet bør organiseres og hvorvidt det finnes mangler eller svakheter i dagens system som tilsier behov for nye eller forbedrede tiltak.

I utredningen har gruppen vurdert relevante rapporter, tilgrensende arbeid og innspill fra regioner og fagmiljø.

### **2.3.6. Tidligere arbeid på området**

Det er naturlig å vurdere dette oppdraget i sammenheng med nasjonale planer, tidligere innsatsområder og oppdrag innen psykisk helsevern og TSB.

Sentrale planer:

- Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)<sup>3</sup>
- Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del 1<sup>4</sup>
- Oppdrag til de regionale helseforetakene om å analysere og framskrive behov for tjenester innen psykisk helsevern (2024)<sup>5</sup>
- Oppdrag ledet av Helse Vest RHF om å avklare og tydeliggjøre hvordan en skal tilby spesialisert rusbehandling til barn og unge (2024)<sup>6 7</sup>
- Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet) Prop. 83 L, Det kongelige barne- og familiedepartement (2024-2025)<sup>8</sup>

---

<sup>3</sup> Meld. St. 23 (2022–2023)

<sup>4</sup> Meld. St. 5 (2024–2025) - regjeringen.no

<sup>5</sup> Framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf

<sup>6</sup> Oppdragsdokument-2024-helse-vest-rhf-ny.pdf

<sup>7</sup> Prosjekterfaring: Bekymringsfull rusbruk hos barn og unge | Innomed

<sup>8</sup> Prop. 83 L (2024–2025) - regjeringen.no

### 2.3.7. Parallelle prosesser og oppdrag

I arbeidet er det tatt hensyn til følgende pågående prosesser og oppdrag:

- Oppdrag om å etablere ambulante spesialisthelseteam tilknyttet barnevernsinstitusjoner<sup>9</sup>
- Oppdrag om å bistå med helsekartlegging av barn som tas ut av hjemmet<sup>10</sup>
- FHI sitt oppdrag om bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk med frist 31.12.2025<sup>11</sup>
- Konsensuskonferansen som Helsedirektoratet og Bufdir skal avholde om god rusbehandling for barn og unge i løpet av 2026<sup>12</sup>
- Rusbehandlingsutvalget<sup>13</sup>
- Endringer i institusjonstilbudet innen barnevernsområdet<sup>14</sup>

### 2.3.8. Definisjoner/forkortelser

ARA	Avdeling rus og avhengighet
BEON	Beste effektive omsorgsnivå
Bufdir	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Bufetat	Barne-, ungdoms- og familieetaten
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
FACT ung	Flexible Assertive Community Treatment (Fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam) for ungdom
HABU	Habiliteringstjenesten
HF	Helseforetak
KPR	Kommunalt pasient- og brukerregister
KUHR	Kontroll og utbetaling av helserefusjoner
LEON-prinsippet	Lavest effektive omsorgsnivå
LUB	Læringsutbytte
NABE	Nasjonal enhet for behandlingstiltak
NPR	Norsk pasientregister
PHBU	Psykisk helsevern for barn og unge
PHV	Psykisk helsevern
PHV-V	Psykisk helsevern for voksne
RBUP Øst og Sør	Regionsenter for barn og unges psykiske helse, region øst og sør
RHF	Regionale helseforetak
SSB	Statistisk sentralbyrå
SANKS	Samisk nasjonal kompetansetjeneste
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk

<sup>9</sup> Oppdragsdokument 2024 og 2025

<sup>10</sup> Barnevern – tverrfaglig helsekartlegging - Helsedirektoratet

<sup>11</sup> Bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk - FHI

<sup>12</sup> Supplerende tildelingsbrev nr. 4 for 2025 - nye oppdrag og tildeling av bevilgninger

<sup>13</sup> Rusbehandlingsutvalget - regjeringen.no

<sup>14</sup> Omsorg og ansvar – Styring og organisering til barnas beste

### 3. MÅLGRUPPE

Målgruppen for et spesialisert rusbehandlingstilbud omfatter barn og unge i alderen 0–18 år. Hovedvekten antas å være barn og ungdom i 13-18 års alder, men det er viktig at tilbudene også inkluderer og er tilrettelagt for yngre barn der dette er nødvendig.

På grunn av manglende diagnostikk i tidlig alder og begrenset datagrunnlag<sup>15</sup>, er det krevende å fastslå det eksakte antallet barn og unge i alderen 0-18 år og 0-23 år som har så store rusmiddelproblemer at de oppfyller kriteriene for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Ungdom med alvorlig rusmiddelbruk har ofte tidlig rusdebut, risikoatferd, psykiske vansker og svak tilknytning til skole og arbeid. Mange har en utfordret omsorgssituasjon. Rusmiddelproblemer forekommer særlig hyppig hos ungdom med nevroutviklingsforstyrrelser, psykiske lidelser, ofte relatert til traumer, depresjon og atferdsforstyrrelser.<sup>16</sup> Videre har rusmiddelbruk en negativ påvirkning på skoleprestasjoner, med lavere karakterer og høyere fravær, uavhengig av psykiske helseplager.<sup>17</sup> Samlet gjør dette ungdommene sårbare for utenforskap.

Helsedirektoratet (2024) peker på at mange unge ikke selv opplever rusmiddelbruken som et problem og derfor kan være ambivalente til behandling. Dette innebærer at tjenestene ofte må rette innsatsen mot andre utfordringer, som indirekte kan bidra til redusert rusmiddelbruk over tid. Ungdommene har ofte sammensatte omsorgs- og livssituasjoner, og spesialisthelsetjenesten bør utrede sammenhenger mellom rusmiddelbruk, psykiske vansker og livsvilkår, både i omsorgsbasen og i den unges nettverk. Dette understøtter behovet for tidlige, tverrfaglige og fleksible tiltak. Selv når ungdom mottar tilpasset behandling er risikoen for behandlingsavbrudd høy. Helsedirektoratet (2024) vurderer at det trolig ikke finnes en enkel løsning eller standardisert tilnærming som er tilstrekkelig, samtidige tiltak i samarbeid med relevante aktører antas å gi best muligheter for bedring.<sup>18</sup>

I denne rapporten blir begrepet *rusmiddellidelse*, som er et overordnet begrep for *skadelig bruk* og *rusmiddelavhengighet*, benyttet. *Skadelig bruk av rusmidler* innebærer bruk av rusmidler som gir fysiske eller psykiske helseskader enten akutt eller over tid. *Rusmiddelavhengighet* kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken, til tross for skadelige konsekvenser og nedprioritering av andre aktiviteter og forpliktelser. Avhengighet kan også innebære behov for økende doser (toleranse) og noen ganger avvenningssymptomer (abstinenser) når bruken opphører. Symptombildet varierer med type rusmiddel og omfang av bruk. Spilleavhengighet er også ofte en del av samme avhengighetsbildet som ved misbruk av rusmidler.<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup> Helsedirektoratet, *Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys*, 2022

<sup>16</sup> Groenman, A. P., Janssen, T. W., & Oosterlaan, J. (2017). Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: a meta-analysis. *Journal of the American*

<sup>17</sup> Frontiers | Alcohol and Illicit Drug Use Are Important Factors for School-Related Problems among Adolescents

<sup>18</sup> Helsedirektoratet, *Kunnskapsnotat rusmiddelproblemer hos barn og unge*, 2024

<sup>19</sup> Overlap between substance and behavioural addictions: substance abuse in patients with pathological gambling | European Psychiatry | Cambridge Core

Målgruppen beskrives ofte som barn og unge med komplekse utfordringer, også i denne rapporten. Dette kan gi inntrykk av at alle har behov for omfattende tverrfaglige tjenester. Det er viktig å understreke at gruppen er sammensatt, med ulike behov og ressurser.

Et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til barn og unge med rusmiddelproblemer er et delt ansvar mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og en slik samordning er nødvendig for å redusere risiko for brudd i behandlingen.<sup>20</sup>

Barn og unge med rusmiddelproblemer inngår i kommunenes ansvar for å tilby kartlegging, behandling og oppfølging til barn og unge med begynnende rusmiddelutfordringer, i tråd med nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge.<sup>21</sup> Det kommunale tilbudet skal ivareta tverrsektorielt samarbeid, og gjennom fastlegene og kommunens psykiske helsetjeneste for barn og unge gi behandling til barn og unge med begynnende rusmiddelproblemer.<sup>22</sup>

Deler av målgruppen vil også inngå i nasjonalt forløp for barnevern, som tydeliggjør hvordan barn og unge med kontakt med barnevernet får sitt helsebehov ivare tatt av henholdsvis kommuner og spesialisthelsetjenesten.<sup>23</sup>

Omsorgssituasjonen for målgruppen varierer. Noen bor hjemme, i fosterhjem, institusjon, akuttinstitusjon, kommunale botiltak eller er innsatt i fengsel. Mange har foreldre med psykiske helseplager, rusmiddelproblemer eller lav sosioøkonomisk status.<sup>24</sup> Familier kan være stabile og ressurssterke, i krise, eller uten tilstrekkelig omsorgsevne. Omsorgssituasjonen har vesentlig betydning for tilgang til og utbytte av behandling.

Behandling skal gis ut fra LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) og BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå)<sup>25</sup>. Det er derfor behov for fleksible og individuelt tilpassede tjenester som kan møte barn og unge der de befinner seg.

I spesialisthelsetjenesten bør planleggingen av behandlingstilbudet legge til rette for fleksible tilbud, inkludert korte, intensive og virksomme tiltak som kan gi tidlig effekt og redusere behov for mer omfattende behandling og oppfølging.

### **3.1. Størrelse på målgruppe**

#### **3.1.1. Avgrensning**

Estimering av behov omfatter kun personer med diagnostisert rusmiddellidelse og gjelder spesialisthelsetjenesten. For mange ungdommer med opphold i barnevernsinstitusjoner reduseres ikke behovet for tiltak fra barnevernet selv om de får behandling i spesialisthelsetjenesten. Estimert behov baserer seg på gjeldende lovverk.

---

<sup>20</sup> Koordinering mellom kommune og psykisk helsevern for barn og unge - Helsedirektoratet

<sup>21</sup> Nasjonalt forløp for barnevern - Helsenorge

<sup>22</sup> Helhetlig behandling og oppfølging i kommunen - Helsedirektoratet

<sup>23</sup> Nasjonalt forløp for barnevern - Helsenorge

<sup>24</sup> Helsedirektoratet, Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer, Rapport IS2390, 2015.

<sup>25</sup> St.meld. nr. 47 (2008-2009)

### 3.1.2. Estimert forekomst av rusmiddellidelser og andel i behandling

En studie med bidrag fra Folkehelseinstituttet (FHI) anslår en prevalens på 1 741 per 100 000 innbyggere (standardisert rate for aldersgruppen 10–19 år) i Europa.<sup>26</sup> Global Burden of Disease (GBD) har også publisert flere studier som estimerer forekomst av rusmiddellidelser globalt, regionalt og lokalt.<sup>27 28 29 30</sup> Tilgjengelige GBD-data gjør det mulig å benytte estimerte rater for Norge og fylkesvise forskjeller.<sup>31</sup> For aldersgruppen 15–19 år varierer fylkesvise rater fra 1 840 til 2 322 per 100 000, noe som indikerer lav variasjon. Det antas derfor lik forekomst nasjonalt.<sup>32</sup>

Den primære målgruppen for rapporten er barn og unge i alderen 0-18 år. I analysene er det imidlertid benyttet estimer for aldersgruppen 15-19 år, ettersom GBD angir prevalenstall for Norge i denne kategorien. Basert på en lineær utvikling i aldersgruppen 10-24 år, med spesifikke rater per alderskategori og en avflatning i de høyere aldersgruppene, anslås forekomsten i Norge opp til 18 år til totalt 5 475 individer. Når vi likevel benytter estimatet for 15-19 år, som er beregnet til 7 216 individer, ivaretar vi usikkerheten i begge ender av intervallet. Dette fremstår som et hensiktsmessig alternativ i rapporten.

Tabellen nedenfor viser estimert forekomst av rusmiddellidelse i Norge for 2024, basert på data fra 2021, samt antall registrerte pasienter i Norsk pasientregister med rusmiddellidelse som hoved- eller bidiagnose. For aldersgruppen 15–19 år er estimert forekomst 7 216 individer. I den videre beregningen legger vi denne forekomsten til grunn. Av disse er 2 235 registrert i spesialisthelsetjenesten (31 %), hvorav 1 085 innen psykisk helsevern og TSB (15 %). Over halvparten har fått diagnosen i somatisk helsetjeneste, og 95 % av disse har minst én kontakt med øyeblikkelig hjelp.

Tabell 1

	Antall individer: Estimert forekomst og registrert i spesialisthelsetjenesten				
	Individer 2024			Andel	
	Estimert forekomst	Total	PHV/TSB	Total	PHV/TSB
10-14 år	424	145	25	34 %	6 %
15-19 år	7 216	2 235	1 085	31 %	15 %
20-24 år	18 947	3 966	2 806	21 %	15 %

<sup>26</sup> [1]Castelpietra, G. et al. (2022). The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990-2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019, *Lancet Reg Health Eur*

<sup>27</sup> Castelpietra, G. et al. (2022). The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990-2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019, *Lancet Reg Health Eur*.

<sup>28</sup> Chen, H. et al. (2025). Global burden of substance use disorders in adolescents and young adults aged 10-24 years from 1990 to 2021. *Sci Rep*, 15.

<sup>29</sup> Chengchao, Y. & Chen, J. (2025). Global Burden of substance use disorders among adolescents during 1990–2021 and a forecast for 2022–2030: an analysis for the Global Burden of Disease 2021. *BMC Public Health*, 25.

<sup>30</sup> Global burden of substance use disorders in adolescents and young adults aged 10-24 years from 1990 to 2021 - PubMed

<sup>31</sup> <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>; Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2022. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

<sup>32</sup> Estimert prevalens fra GBD i Norge oppgis i alderskategorier. Gitt en lineær utvikling fra 10-24 år over de spesifikke ratene per alderskategori og med avflatning av prevalens i høyere aldersgrupper vil estimert forekomst i Norge opp til 18 år være 5 475 individer. Ved å bruke alderskategori 15-19 år tar vi hensyn til usikkerhet i begge ender av kategorien, og fremstår som et rimelig alternativ.

Tabellen viser at spesialisthelsetjenesten i 2024 har diagnostisert 15 % av den estimerte forekomsten av rusmiddellidelser i Norge. Det er ikke forventet at alle med diagnose er i behandling, da flere faktorer påvirker behandlingsgraden. Mange ønsker ikke behandling, i noen tilfeller er det svært vanskelig å få effekt av behandling, og noen får oppfølging i primærhelsetjenesten. For aldersgruppen 20–24 år er behandlingsgraden tilsvarende, 15 %, til tross for et særskilt tilbud gjennom TSB.

Overordnet har Norge et mindre behandlingssap for barn og unge enn for voksne innen psykiske lidelser. Samlet estimert forekomst av psykiske lidelser og rusmiddellidelser i alderen 15–19 år i 2024 er 78 524 individer, hvorav 33 854 er registrert i psykisk helsevern og TSB (43 %). Til sammenligning er behandlingsgraden for aldersgruppen 20–24 år 33 %. Det er derfor sannsynlig at behandlingsgraden for barn og unge med rusmiddellidelser bør økes fra dagens 15 %, samtidig som en del allerede mottar behandling uten at rusdiagnose er stilt. Dette illustreres i tabellen nedenfor: 1 173 barn og unge fikk rusdiagnose i somatikk i 2024, hvorav 557 hadde parallell kontakt med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (PHBU), men kun 120 av dem fikk rusdiagnose der. Kolonnen til høyre viser antall med rusdiagnose i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, uavhengig av somatikk.

Tabell 2

<b>Individer i somatikk med rusdiagnose og samtidig oppfølging i PHBU 18 år og yngre</b>				
<b>År</b>	<b>Somatikk</b>	<b>Somatikk/PHBU</b>	<b>Rusdiagnose i PHBU</b>	<b>Pasienter med rus i PHBU</b>
2016	617	223	24	133
2017	687	241	27	138
2018	734	250	36	166
2019	823	284	46	197
2020	746	324	43	192
2021	838	398	59	188
2022	890	389	61	219
2023	1 084	481	106	294
2024	1 173	557	120	377

Pasienter mellom 15 og 19 år med rusdiagnose (hoved- eller bidiagnose) som behandles i spesialisthelsetjenesten, enten i PHBU, psykisk helsevern for voksne (PHV-V) eller TSB, har et behandlingsomfang som vist i tabell nedenfor.

Tabell 3

<b>Unge 15-19 år med rusdiagnose (hoved- og bidiagnose) og behandling i PHBU, PHV-V og TSB i 2024</b>		
<b>PHBU</b>	<b>Individer</b>	<b>Kontakter/liggedøgn per individ</b>
Antall individer	1 085	
Poliklinikk	97 %	25,1
Herav ambulant	22 %	6,7
Innleggelse	41 %	44,0
Herav akutt	82 %	19,6

Barn, unge og unge voksne med rusmiddelidelser har lavere behandlingsandel enn barn og unge generelt. Dette påvirkes av flere faktorer, blant annet manglende ønske om behandling. Det er derfor grunn til å forvente et lavere behandlingstvolum enn 43 % for aldersgruppen 15-19 år. Samtidig kan faktorer som familie og oppfølgingstjenester bidra til høyere behandlingsgrad. Et realistisk estimat for planlegging av tjenester i spesialisthelsetjenesten er 30-35 % av estimert forekomst. Fordelingen bør skje etter opptaksområdenes andel av 15-19-åringer, gitt antatt lik forekomst nasjonalt.

### 3.1.3. Barn i barnevernsinstitusjon med rusmiddelproblemer

I arbeidet med å estimere behovet for spesialisert rusbehandling er det kartlagt hvilke data som finnes om forekomst i det statlige barnevernet.

Det statlige barnevernet (Bufetat) har tre typer institusjoner som gir tilpassede tilbud til ulike målgrupper:

- Omsorgsinstitusjoner
- Akuttinstitusjoner
- Behandlingsinstitusjoner (Tre grupper: *Rus, Behandling høy, Behandling lav*)

Det er behandlingsinstitusjonene som gir tilbud til ungdom med alvorlige utfordringer knyttet til rusmiddelbruk, kriminalitet eller annen skadelig atferd. Nasjonal enhet for behandlingstiltak (NABE) differensierer mellom følgende målgrupper ved plassering i institusjon etter §§ 6-1 og 6-2:

- Ungdommer med alvorlige atferdsvansker og lav risiko for å utvikle varige problemer i form av kriminalitet i voksen alder
- Ungdommer med alvorlige atferdsvansker og høy risiko for å utvikle varige problemer i form av kriminalitet i voksen alder
- Ungdommer med alvorlig eller vedvarende rusmisbruk

Flere barn og unge bodde på institusjon i 2024 enn i 2023. I løpet av 2024 bodde 1 637 barn og unge på institusjon, mot 1 448 i 2023. Ved utgangen av 2024 var 940 barn og unge på institusjon.

### **3.1.3.1. Rusrelaterte institusjonsplasser**

I perioden 2016–2024 har det årlig vært mellom 80 og 100 barn i rusinstitusjoner i barnevernet. For disse er rusmiddelmisbruk hovedutfordringen. I samme periode har det årlig vært mellom 100 og 140 barn i behandlingsinstitusjoner for høy- og lavrisiko.

Om lag 75 % i høy-risikobehandling og 61 % i lav-risikobehandling har bekreftet rusmiddelproblematikk og behov for tiltak.

I tillegg vet vi at mange barn i akutt- og omsorgsinstitusjoner har problematisk rusmiddelbruk, men omfanget er vanskelig å anslå. *(Kilde: Bufdir).*

### **3.1.3.2. Kjønn og alder**

I 2024 er det omtrent like mange gutter som jenter i barnevernsinstitusjoner. På rusinstitusjoner er nær seks av ti jenter. Dette er en endring fra tidligere år, da gutter var i flertall. Antallet jenter har økt, samtidig som antallet gutter har sunket sammenlignet med tidligere.

Flertallet av barn som bor på institusjon er fortsatt ungdom mellom 15 og 17 år (70 %), og gjennomsnittsalderen er 16 år. Samtidig ser vi endringer:

- Færre eldre ungdommer blir boende etter fylte 18 år (2020: 14 %. 2024: 8 %).
- Flere yngre under 15 år bor på institusjon (2020: 19 %. 2024: 24 %).

Barn i institusjon har i gjennomsnitt mottatt tiltak fra barnevernet i syv år (Drange & Hernæs, 2020). Én av fire har vært i kontakt med barnevernet i 12 år eller mer, mens en tilsvarende stor gruppe har vært i kontakt i to år eller mindre.

### **3.1.3.3. Viktige endringer**

- Antallet barn med institusjonstiltak er høyere i 2024 enn de tre foregående årene, men fortsatt lavere enn i 2020.
- Sterk økning i akuttinstitusjoner og behandlingsinstitusjoner for barn med høy risiko.
- Kjønnforskjellene er jevnet ut.
- Færre over 18 år blir boende, mens flere under 15 år plasseres.
- Rundt 10 % blir boende i over tre år (andelen er noe redusert).
- Andelen barn med tvangsprotokoll i akutt faresituasjon (bvl. § 10-7) har økt fra 20 % i 2022 til 30 % i 2024.

### 3.1.3.4. Tall fra Nasjonal enhet for behandlingstiltak (NABE)

Nasjonal enhet for behandlingstiltak (NABE) kartlegger alle barn som plasseres etter bvl. §§ 6-1 og 6-2<sup>33</sup> som ledd i målgruppedifferensiering. Det kan være avvik mellom NABEs og Bufdirs statistikk, blant annet fordi kartlagte barn ikke alltid plasseres i institusjon (f.eks. hjelpetiltak, fosterhjem, eller avslag i nemnd).

I 2024 ble 319 saker ferdig kartlagt av NABE. Fordeling på målgrupper 2020–2024:

Tabell 4

Målgruppe	2020	2021	2022	2023	2024
Rusmiddelproblematikk	43 %	39 %	40 %	42 %	41 %
Behandling Høy	22 %	17 %	27 %	21 %	28 %
Behandling Lav	35 %	44 %	33 %	37 %	31 %

Ungdom i alle målgrupper kan ha rusmiddelproblemer, men for «Behandling høy» og «Behandling lav» er rusmiddelproblematikk ikke like dominerende som i «Rus»-gruppen.

Av alle kartlagte ungdommer i 2024 (N=319):

- 81 % (258) har bekreftet rusmiddelproblematikk
- 8 % (24) har mistanke om rusmiddelproblematikk

For «Behandling høy» (90 ungdommer):

- 74 % (67) bekreftet rusmiddelproblematikk
- 12 % (11) mistanke om rusmiddelproblematikk
- 13 % (12) uten rusmiddelproblematikk

### 3.1.3.5. Omfang av rusmiddelproblemer i akutt- og omsorgsinstitusjoner

Bufdir har ikke sikre tall for rusmiddelproblematikk i akutt- og omsorgsinstitusjoner. I 2024 ble det registrert 17 av 308 hendelser som betydelig eller svært alvorlige (alkoholforgiftning eller overdose). Alle tilfeller krevde helsehjelp.

De fleste hendelser skjedde i forbindelse med rømning, men også på institusjon. Ungdommene kombinerte ofte alkohol med illegale rusmidler (cannabis, metamfetamin, MDMA og ecstasy) og i noen grad reseptbelagte midler (benzodiazepiner). Flertallet av de alvorlige hendelsene skjedde i akutt- og omsorgsinstitusjoner.

I forbindelse med etablering av behandlingstilbud for barn og unge med rusmiddellidelse, er det behov for å estimere pasientpopulasjon, behandlingssammensetning, årsverk og kostnader.

<sup>33</sup> Lov om barnevern (barnevernsloven) - Lovdata

### 3.2. Innretting av tjenester

For å belyse behovet for intensitet og innhold i behandlingstjenesten har prosjektgruppen foreslått å sammenligne unge med rusmiddellidelse som får behandling i TSB/voksenpsykiatrisk poliklinikk (PHV-V) med unge som behandles for spiseforstyrrelser. Aldersgruppen 15-19 år med rusmiddellidelse er illustrert i tabell 3 (hoved- og bidiagnose). Som alternativ vurderes gruppen 20–24 år i TSB/voksenpsykiatrisk poliklinikk (PHV-V) og spiseforstyrrelser 15-19 år, basert på hoveddiagnose.

Utover aldersforskjeller og konsekvenser for oppfølging, skiller gruppene seg også på flere områder. Tabellen nedenfor (tabell 5) viser noen overordnede kvaliteter ved forløpene. Behandlingsandelen av estimert forekomst er om lag 12 % for rusmiddellidelse og 44 % for spiseforstyrrelser. Den lave behandlingsgraden for rusmiddellidelse kan forklare høyere andel innleggelser. Pasienter med spiseforstyrrelser har oftere poliklinisk behandling, flere timer per individ og lavere andel innleggelser, men innleggelsene er lengre per individ.

Tabell 5

	Andel av pasient og antall timer/liggetid per individ 2024			
	20-24 år med rusmiddellidelse		15-19 år med spiseforstyrrelse	
	Andel av pasienter	Timer/liggetid	Andel av pasienter	Timer/liggetid
Pasienter i behandling 2024	2 301		1 839	
Poliklinikk				
Fysisk på sykehuset	81 %	9,1	96 %	23,2
Ambulant	12 %	7,6	8 %	6,0
Telefon/video/telemedisin	48 %	2,5	65 %	3,1
Annet	42 %	2,4	36 %	2,8
Total poliklinikk	89 %	11,8	99 %	26,1
Innleggelse				
Andel innlagt	36 %	48,3	14 %	87,5
Herav akutt	60 %	13,8	55 %	52,9

Prosjektgruppen vurderer at forløp for barn og unge med rusmiddellidelse vil skille seg fra både 20–24-åringene med rusmiddellidelse og 15–19-åringene med spiseforstyrrelser.

Behandlingsandelen av estimert forekomst varierer betydelig mellom gruppene (12 % vs. 44 %). Det er sannsynlig behov for et høyere tilbud enn dagens nivå for rusmiddellidelser, men trolig lavere enn for spiseforstyrrelser. Et realistisk estimat for barn og unge er 35 %, i tråd med behandlingsgrad for psykiske lidelser generelt.

### 3.2.1. Poliklinisk og ambulant behandling

Poliklinikk antas å bli det primære behandlingsnivået for behandling. For aldersgruppen 15-19 år med spiseforstyrrelser er gjennomsnittlig behandlingsvolum 26 timer pr pasient pr år (tabell 4), noe som er relevant også for rusmiddellidelser, som i dag har tilsvarende omfang (tabell 3).

Tall fra analyseavdelingen ved Helse Sør-Øst RHF viser at andelen ambulant behandling for rusmiddellidelser varierer nasjonalt fra 0 til 28 %, med høyest andel ved Sykehuset Telemark og Sørlandet sykehus. Ved Sørlandet sykehus får pasientene i snitt 16 timer poliklinisk behandling, hvorav 9 timer ambulant.

For spiseforstyrrelser varierer andelen fra 0 til 20 %, med høyest andel ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Sykehuset i Vestfold og Sørlandet sykehus. Poliklinisk behandling for spiseforstyrrelser er i gjennomsnitt 40–50 timer, hvorav 7-9 timer ambulant. Sykehuset i Vestfold har samtidig den laveste innleggelsesandelen i landet (6 %). For rusmiddellidelser (15-19 år) er innleggelsesandelen langt høyere – i snitt 22 %, med variasjon fra 3 til 33 %. Helse Bergen ligger høyest, og flere områder nær 30 %.

Fremover bør behandlingen i større grad være ambulant.<sup>34</sup> Et realistisk mål er at 35 % av pasientene får rundt ni timer ambulant oppfølging av totalt 26 timer. Dette kan gjøres gjennom dagens ambulante team, men krever styrking av tjenesten.

### 3.2.2. Døgnbehandling

Få pasienter med spiseforstyrrelser legges inn til døgnbehandling. For rusmiddellidelser er andelen høyere, spesielt blant 15-19-åringene, der 41 % blir innlagt, og det er mange akutte tilfeller. Dette gjelder 433 pasienter med i snitt 44 liggedøgn hver. Hvis 35 % av den estimerte forekomsten får behandling, synker innleggelsesraten til 17 %. Likevel regnes det med en økning til rundt 20 %.

## 3.3. Årsverksestimat

- 25 % av dagens pasienter vil trenge nytt tilbud.
- Poliklinikk: 30 % tid med pasient pr klinikerårsverk. Ett årsverk = 1 695 timer.
- Ambulant:
  - Akutt: 15 pasienter, 11 årsverk (2 mnd. varighet)
  - Elektiv: 22 pasienter, 12 årsverk (6 mnd. varighet)
  - FACT ung: 75 pasienter, 15 årsverk (2 års varighet)
- Døgn: 80 liggedøgn per netto årsverk (brutto/netto-faktor 80 %), gir 21,6 årsverk for 5 senger (dag: 5; kveld: 5; natt: 3; helg: 4).

---

<sup>34</sup> Behandlingsnivå i rusbehandling: Avbrudd, døgn-/dag-/ambulerende behandling, somatikk og straffegjennomføring - Helsedirektoratet

Tabellen nedenfor viser samlet behandlingsomfang.

Tabell 6 (samme som tabell 11)

<b>Estimert årsverksbehov og kostnader for oppfølging av barn- og unge med rusmiddellidelse i spesialisthelsetjenesten</b>				
	<b>Individer</b>	<b>Timer/Liggedøgn</b>	<b>Årsverk*</b>	<b>Kostnad</b>
Estimert forekomst	7 216			
Andel i behandling (35%)	2 526			
Antall som behandles i dag	814			
Pasienter i nytt tilbud	1 712			
<b>Poliklinikk</b>	<b>1 712</b>	<b>26</b>		
Ambulant	599	9	145	163 126 523
Øvrig poliklinikk	1 712	23	77	115 385 760
<b>Innleggelse</b>				
20% av individer i behandling	505			
Individer i behandling i dag	325			
Pasienter i nytt tilbud	180	7 936	142	159 434 196
Subtotal				437 946 479
Kostnad utover klinisk drift (20%)				109 486 620
<b>Total</b>			<b>364</b>	<b>547 433 098</b>

\*Årsverk er justert for ferie og korttidsfravær

For 2024 er det rapportert inn kostnader i PHBU nasjonalt på 6,8 milliarder. Det innebærer at de estimerte kostnadene her utgjør 8 % av regnskapsførte kostnader. Kostnad per pasient i PHBU er i 2024 94 000, mens eksemplet her gir en kostnad per pasient på 319 790 (inkl. 20 % utover klinisk drift).

Fordeling av pasienter over opptaksområder i Norge vises i tabell nedenfor.

Tabell 7

<b>Fordeling av antall individer og individer med ambulant behandling med forutsetninger om behandlingsgrad, innretting og estimert prevalens for barn og unge med rusmiddelslidelse</b>		
<b>Opptaksområde</b>	<b>Individer</b>	<b>Individer ambulant</b>
Akershus universitetssykehus	200	70
Diakonhjemmet Sykehus	37	13
Finnmarksykehuset	22	8
Helgelandssykehuset	23	8
Helse Bergen	144	50
Helse Fonna	61	22
Helse Førde	37	13
Helse Møre og Romsdal	87	30
Helse Nord Trøndelag	45	16
Helse Stavanger	130	45
Lovisenberg Diakonale Sykehus	25	9
Nordlandssykehuset	42	15
Oslo universitetssykehus	83	29
St. Olavs hospital	103	36
Sykehuset Innlandet	102	36
Sykehuset Telemark	54	19
Sykehuset i Vestfold	80	28
Sykehuset Østfold	104	36
Sørlandet sykehus	106	37
Universitetssykehuset i Nord-Norge	59	21
Vestre Viken	166	58
<b>Total</b>	<b>1 712</b>	<b>599</b>

Fordeling av årsverk som fordelt over helseregion vises i tabell 8 nedenfor. Det reelle behovet for årsverk vil avhenge av praktiske løsninger for organisering og drift av de ulike tjenestetilbudene, og vil kunne avvike fra tallene som presenteres i tabellen. Dette gjelder særlig der det skal opprettes tilbud til få pasienter.

Tabell 8

<b>Fordeling av årsverk over helseregion med angitte forutsetninger</b>				
	<b>Poliklinikk</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Døgn</b>	<b>Total</b>
Helse Midt	11	20	19	50
Helse Vest	17	32	31	79
Helse Sør-Øst	43	81	79	204
Helse Nord	7	12	12	31
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>145</b>	<b>142</b>	<b>364</b>

### **3.4. Spesialisert rusbehandlingstilbud for barn i barnevernets behandlingstilbud**

Nasjonal enhet for behandlingstiltak (NABE) fant i 2024 at 258 av ungdommene som ble plassert i en behandlingstilbud i barnevernet hadde bekreftet rusmiddelproblematikk (se kap. 3.1.3.4). Med utgangspunkt i dette kjente antallet er det utarbeidet et kostnadsestimat for spesialisert rusbehandling til barn og unge som er registrert ved slike institusjoner.

Det er imidlertid viktig å understreke at spesialisthelsetjenesten ikke kan etablere et behandlingstilbud som kun er tilgjengelig for barn i barnevernet. Tilbudet må inngå i en helhetlig tjenestestruktur der også andre pasientgrupper vil kunne motta behandling.

#### **3.4.1. Grunnlag og forutsetninger**

Beregningene tar utgangspunkt i at hoveddelen av behandlingen vil gis som ambulant oppfølging parallelt med institusjonsopphold. Dagens praksis viser at om lag 40 prosent av denne målgruppen mottar døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det antas at en styrking av ambulante tjenester vil redusere behovet for innleggelse, og i estimatet legges det til grunn at 30 prosent av de 258 ungdommene vil ha behov for døgnopphold, med et gjennomsnitt på 44 liggedøgn per pasient per år.

#### **3.4.2. Foreslått ambulant behandlingsmodell**

Det er lagt til grunn en modell som omfatter både akutt og elektiv ambulant behandling. Det forutsettes en tilnærmet lik fordeling mellom de to behandlingsformene, selv om det må påregnes overlapp i behov.

Kapasitetsberegningene er basert på erfaringsdata fra drift i 2025:

- Akutt ambulant behandling:
  - 11 årsverk med kapasitet til 15 samtidige pasienter
  - Gjennomsnittlig behandlingsvarighet: 2 måneder
- Elektiv ambulant behandling:
  - 12 årsverk med kapasitet til 25 samtidige pasienter
  - Gjennomsnittlig behandlingsvarighet: 6 måneder

Fordelingen av pasienter per opptaksområde er basert på antall barnevernsinstitusjonsplasser i kommunene, aggregert til opptaksområder. Dette innebærer at årsverk til en viss grad følger volumet av institusjonsplasser. Det legges videre til grunn at opptaksområder med et beregnet behov på under to årsverk samlet likevel tildeles et minimum på to årsverk, for å sikre nødvendig faglig og organisatorisk bærekraft i tjenesten.

### 3.4.3. Kostnadsforutsetninger

Kostnadsberegningene bygger på følgende satser og påslag:

- Korreksjon for ferie og korttidsfravær: 12 %
- Gjennomsnittlig årslønn: 750 000 kroner
- Sosiale kostnader: påslag 1,5
- Overhead ved ambulansetjeneste: 20 %
- Kostnad per døgnplass i PHBU (Helsedirektoratet 2024): 32 924 kroner

Tabellen nedenfor viser estimerte kostnader for 258 barn og unge i barnevernet med rusmiddellidelse.

Tabell 9

Estimering av kostnader for behandling av 258 barn i barnevernet med rusmiddellidelse			
	Årsverk	Kostnad årsverk	Kostnad inkl. overhead
Ambulant behandling	56	63 130 042	78 912 552
Døgnbehandling 30% av 258 med 44 liggedøgn (32 924 per liggedøgn)			112 125 974
<b>Sum</b>			<b>191 038 526</b>

### 3.4.4. Scenario for en undergruppe

En redusert pasientpopulasjon til 100 pasienter, tilsvarende omtrent det antallet som per år har et tilbud ved en behandlingsinstitusjon for rusmiddellidelse, vil medføre en relativ økning i behovet for innleggelse. Dette gir et estimert driftsbehov på 166 millioner kroner årlig.

For å sikre et konservativt estimat inkluderer ikke anslagene ordinær poliklinisk aktivitet. Beregningene omfatter kun drift og inkluderer ikke kostnader knyttet til etablering av nye tilbud.

## 3.5. Andre utfyllende opplysninger

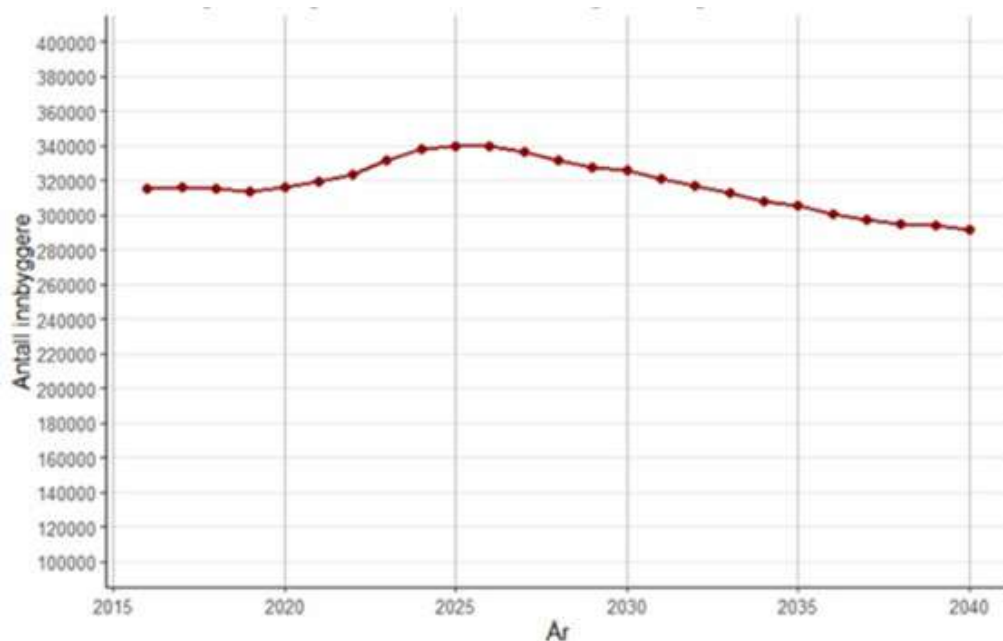
Oversikter viser at mange barn på institusjon bruker rusmidler. Barn med vedtak om rusinstitusjon utgjør under 100 individer årlig. I 2024 ble 131 barn registrert med rusmiddelbruk som hovedproblem, og totalt 258 med rusproblematikk. Disse volumene er inkludert i estimatene, men marginene bør vurderes nøye.

Barn i barnevernet har ofte behov for oppfølging på grunn av psykiske lidelser. Mange har allerede behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. Tall fra analyseavdelingen ved Helse Sør-Øst RHF viser at rundt 62 % av barn på institusjon i Helse Sør-Øst mottar behandling i PHBU samme år. Dette tilsvarer ca fem senger (1 419 liggedøgn ved 75 % kapasitetsutnyttelse), noe som understreker at kapasitetsestimater bør være konservative.

Framskrivning av liggedøgn i spesialisthelsetjenesten for barn- og unge indikerer at antallet unge med særlig høyt behov for spesialisthelsetjenester forventes å gå ned mot 2040, og befolkningsnedgangen forventes å starte fra 2027. Figuren nedenfor viser nasjonal utvikling basert på SSBs befolkningsframskriving for aldersgruppen 13–17 år. Den nasjonale framskrivningsmodellen for aktivitet i spesialisthelsetjenesten benytter befolkningsutviklingen som en faktor for kapasitetsbehov. Færre innbyggere i denne aldersgruppen vil sannsynligvis redusere behovet for helsetjenester.

Figur 1

### Befolkningsutvikling 2016-2040 13-17 åringer - Norge



Tabell 10 viser utviklingen i liggedøgn i PHBU og framskrevet aktivitet fra 2024 til 2040. Det forventes en nedgang på om lag 3 500 liggedøgn innen 2040 sammenlignet med 2024. Den høyeste registrerte aktiviteten var under pandemien i 2021. Sammenlignet med nivået i 2021, anslås en reduksjon på rundt 14 000 liggedøgn i 2040.

Tabell 10

Utvikling i liggedøgn 2016-2024 og framskrevne liggedøgn til 2040 for helseforetak - PHBU med nasjonal framskrivningsmodell for aktivitet i spesialisthelsetjenesten						
	2016	2021	2024	2030	2035	2040
Helse Midt-Norge	6 607	7 338	5 463	5 290	5 145	5 001
Helse Nord	10 033	10 779	10 160	9 900	9 683	9 466
Helse Sør-Øst	35 354	42 006	34 704	34 210	33 798	33 386
Helse Vest	12 547	14 106	13 256	12 857	12 525	12 193
Total	64 541	74 229	63 583	62 257	61 151	60 046

## 4. INNRETNING AV BEHANDLINGSTILBUDET

### 4.1. Kunnskapsgrunnlag

Det er gitt særskilte oppdrag om faglige kunnskapsoppsummeringer koblet til oppdraget. Folkehelseinstituttet leverte i januar 2026 rapporten "Tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk". Funnene gir ikke grunnlag for å konkludere om tvang i seg selv gir bedre eller dårligere utfall enn frivillig plassering<sup>35</sup> Helse direktoratet og Bufdir skal arrangere en konsensuskonferanse om god rusbehandling for barn og unge i løpet av 2026.

Til grunn for rapporten ligger eksisterende kunnskapsoppsummeringer og tilgjengelige rapporter.

Grunnlaget for arbeidet er barnekonvensjonen som pålegger myndighetene å beskytte barn mot å bruke, lage, frakte eller selge narkotika.<sup>36</sup> Nedenfor følger en kort sammenstilling av relevante rapporter og kunnskapsoppsummeringer.

#### 4.1.1. Beskrivelser av målgruppen og dagens tilbud

Frichsenteret<sup>37</sup> oppsummerte i 2020 beskrivelser av institusjonspopulasjonen basert på en databasegjennomgang av data fra 2004-2018 samt en årlig tverrsnittstudie. Funnene tilsier at ungdommer på barnevernsinstitusjon skiller seg tydelig ut fra ungdommer i den øvrige befolkningen, men ikke i samme grad fra andre grupper som er i kontakt med barnevernet. De fant også at antallet barn på barnevernsinstitusjoner falt med omtrent 30 % i perioden de undersøkte. Blant alle barn på barnevernsinstitusjon hadde 60 % av guttene og 80 % av jentene vært i kontakt med PHBU, svært få fullførte videregående skole (kun 10 %) og 50 % var siktet for kriminalitet hvor den høyeste forekomsten ble funnet å være rusmiddel-lovbrudd. Den gjennomsnittlige kontakten med barnevernet var syv år.

SINTEF<sup>38</sup> gjennomførte et prosjekt hvor de intervjuet barn og foreldre, de gjennomførte en mappestudie og analyserte overordnet helsetjenestebruk i perioden 2013-2020 ved hjelp av nasjonale registerdata (NPR, KUHR, KPR og SSB). Et generelt funn var at barna ikke opplevde god eller nyttig hjelp. Barna rapporterte sviktende kontinuitet i tjenestene, og hadde liten opplevelse av medvirkning når de var i kontakt med PHBU. Intervjuer med foreldre forsterket inntrykket med opplevelsen av lange ventetider, lite kontinuitet og begrenset kontakt med PHBU.

Mappestudien identifiserte flere barrierer for helsehjelp, som at barn på institusjon har høyest grad av helseutfordringer, men samtidig opplever høyest terskel for å motta hjelp fra PHBU. Når tilbud ble gitt, takket mange barn nei, og lovgivningen rundt foreldre-ansvar gir vansker for barnevernet og fosterforeldre med oppfølging gjennom Helsenorge. Studien fant også at tvang ble brukt mest for jenter. Barna og ungdommene

<sup>35</sup> Tilbakehold og bruk av tvang i institusjon overfor personer med rusmiddelproblematikk

<sup>36</sup> Barnekonvensjonen - regjeringen.no

<sup>37</sup> Drange, N. og Hernæs, Ø. (2020). *Kvantitativ beskrivelse av institusjonspopulasjonen*. Rapport nr. 3/2020. Oslo: Stiftelsen Frichsenteret for samfunnsøkonomisk forskning

<sup>38</sup> SINTEF\_Helsehjelp-til-barn-i-barnevern.pdf

hadde gjennomgående flere psykiske lidelser med tilhørende komplekse helsebehov, og det var til dels uklart forståelse for underliggende mekanismer for deres vansker.

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag å utrede hvordan kunnskapsbasert spesialisert rusbehandling bør tilbys barn og unge med rusmiddelproblemer, samt å fremlegge konkrete forslag til å styrke tjenesten. Utredningen<sup>39</sup> viste at tilbudet til barn og unge fremsto som fragmentert, med stor variasjon, og ansvarsfordelingen i spesialisthelsetjenesten var uklart. Helsedirektoratet påpekte derfor at det er behov for å:

- tydeliggjøre organiseringen i spesialisthelsetjenesten
- tilpasse behandlingen til barn og unge
- øke kompetanse
- styrke sektorsamarbeid

Helsedirektoratet legger til grunn at samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og andre sektorer er en forutsetning for tiltakene, siden innsatsen for barn og unge med rusmiddelproblemer ofte krever samspill mellom flere aktører. Direktoratet foreslår derfor tiltak langs to akser:

1. Spesialisert rusbehandling for barn og unge i spesialisthelsetjenesten
2. Sektorovergripende samarbeid

#### 4.1.2. Effekt av behandling

I 2024 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å etablere kunnskapsbaserte faglige anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med rusmiddelproblemer som har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten.<sup>40</sup> Regionsenter for barn og unges psykiske helse, region Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) gjennomførte deretter, på oppdrag fra direktoratet, en kunnskapsoppsummering basert på systematiske oversikter.<sup>41</sup> Oppsummeringen viser at forskningen er av varierende kvalitet og at effekten av tiltak rettet mot problematisk bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet blant barn og unge varierer. RBUP vurderte tilliten til resultatene som gjennomgående lav til middels, noe som gjør det vanskelig å trekke tydelige konklusjoner. Helsedirektoratet<sup>42</sup> understreker at rusmiddelproblemer ofte opptrer sammen med andre utfordringer, og at behandling derfor bør rettes mot flere problemområder enn selve rusmiddelbruken.

En kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet vurderte systematiske oversikter og randomiserte kontrollerte studier for ungdom og unge voksne (13-23 år) i 13 databaser.<sup>43</sup> De inkluderte 22 studier som generelt viste at strukturert og systematisk behandling har effekt, men at forskjellene mellom ulike metoder er små. Den systematiske oversikten som vurderte effekten av rusbehandling i institusjon, konkluderte med at effekten var usikker.

---

<sup>39</sup> Helsedirektoratet. Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys – konkrete forslag til styrking av tjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2022.

<sup>40</sup> Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet (TB24/18)

<sup>41</sup> Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør, *Effekt av tiltak for barn og unge med skadelig rusmiddelbruk eller rusavhengighet*, 2024

<sup>42</sup> Helsedirektoratet, *Kunnskapsnotat rusmiddelproblemer hos barn og unge*, 2024

<sup>43</sup> FHI. Forskning om effekt av rusbehandling for unge som har rusproblemer eller samtidig rusproblem og psykiske plager/psykisk lidelse: Systematisk litteratursøk med sortering. 2016

En nyere studie fra RBUP<sup>44</sup> oppsummerte 40 systematiske oversikter fra tidsperioden 2012-2024. Studien viser at psykologiske tiltak kan redusere rusmiddelbruk noe, men effekten varierer mellom metoder og settinger. Av særlig interesse er at traumeorienterte tiltak gir en betydelig reduksjon i rusmiddelbruk.

## **4.2. Innretning av basistjenester i spesialisert rusbehandling for barn og unge**

Barn, unge og deres familier skal oppleve et helhetlig og sammenhengende tilbud uavhengig av hvilke sektorer og instanser som har ansvar for de ulike delene av tjenestene. Prosjektgruppen understreker i denne rapporten at tilbudet til målgruppen bør forankres i allerede etablerte strukturer, som det nasjonale forløpet for barnevern og individuell plan. Det er samtidig viktig at spesialisert rusbehandling for barn og unge kobles på eksisterende og relevante behandlingsforløp i regioner og i helsefelleskap.

Behandlingstilbudet bør bygge på en trappetrinns modell, der trinnene gjenspeiler økende kompleksitet i barnets eller ungdommens behov. Dette innebærer at tjenestene må tilpasses i både omfang og grad av spesialisering, og at flere tjenester og fagpersoner ofte må involveres samtidig for å møte behovene på riktig nivå. Målet er å sikre god samhandling og trygge overganger mellom tjenestene. Tilbudet skal i stor grad vektlegge frivillighet og medvirkning fra barn og unge, for å fremme tillit, trygghet og selvstendighet i behandlingen.

Spesialisthelsetjenestens behandlingsansvar omfatter barn og unge som oppfyller kriteriene for moderat til alvorlig rusmiddellidelse, eller som har en moderat til alvorlig psykisk lidelse med samtidig rusmiddelbruk. De beskrevne tjenestene skal derfor også være tilgjengelige for unge med rusmiddelproblemer som ikke er i kontakt med barnevernstjenesten, men som har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten.

Barn og unge som mottar tjenester fra habiliteringstjenesten (HABU) skal også ha tilgang til et tilpasset tilbud innen spesialisert rusmiddelbehandling. For denne gruppen er tett samhandling mellom PHBU og HABU nødvendig for å sikre helhetlige pasientforløp. HABU bør også involveres når barn og unge har utviklingsforstyrrelser, funksjonsnedsettelse eller andre tilstander som krever spesialisert habiliteringskompetanse.

### **4.2.1. Prinsipper for behandling**

Basert på oppsummert forskning og klinisk erfaring er det utarbeidet prinsipper for behandling av barn og unge med rusmiddel- og avhengighetslidelser. Prosjektgruppen vil likevel understreke viktigheten av at samtidig rusmiddelbruk og psykiske lidelser kartlegges og behandles parallelt, at behandlingen har en systemisk tilnærming der familiens situasjon vurderes, og at kontinuiteten i det samlede hjelpetilbudet ivaretas.

---

<sup>44</sup> Rusmiddelproblemer og rusavhengighet | Tiltakshåndboka

NIDA (National Institute on Drug Abuse) gjennomførte i 2014 en internasjonal kunnskapsoppsummering og utarbeidet prinsipper for behandling basert på dette arbeidet.<sup>45</sup> Prinsippene ble oversatt til norsk og supplert med nasjonale data i 2016. I 2023 gjennomførte NIDA et nytt litteratursøk og konkluderte med at kunnskapsgrunnlaget ikke hadde endret seg i en slik grad at prinsippene burde revideres. Det ble derfor ikke gjort endringer.

En nasjonal workshop oppsummerte sitt arbeid gjennom tolv prinsipper for bedre samhandling for å hjelpe barn og unge med rusproblemer.<sup>46</sup> Begge disse arbeidene ligger til grunn for anbefalingene i denne rapporten.

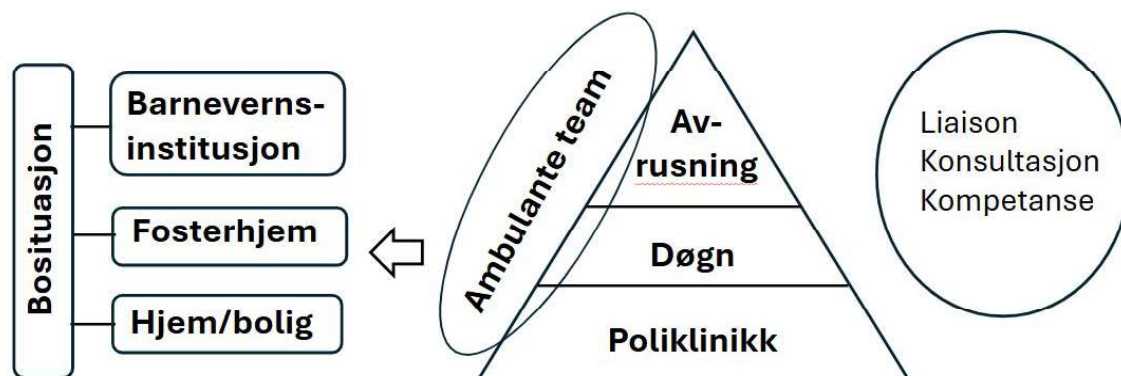
Det er avgjørende at barn og unge med rusmiddelproblemer får tilgang til tilpasset behandling og oppfølging. Rusmiddelproblemer i ung alder oppstår sjelden som et isolert fenomen og det er derfor viktig å forstå konteksten den unge lever i. Familieforhold, skolemiljø, sosiale relasjoner og psykososiale belastninger påvirker ofte både utvikling og funksjon – ikke bare i forhold til rusmiddelbruk, men også innen relasjoner og psykisk helse. Mange barn har sammensatte vansker, og uttrykksformen kan variere – eksempelvis gjennom rusmiddelbruk, vold/utagering, selvskading eller spiseforstyrrelser. Behandlingen må derfor bygge på en helhetlig forståelse av ungdommens livssituasjon og de komplekse faktorene som bidrar til utvikling og opprettholdelse av rusmiddelproblemer.

Et slikt helhetlig perspektiv forutsetter samarbeid på tvers av sektorer og tjenester. Barn og unge og deres familier har ofte behov for samtidige eller koordinerte tiltak fra spesialisthelsetjenesten, barnevern, statlig barnevern, skole, fastlege og andre kommunale tjenester.

Tverrsektorielt samarbeid er avgjørende for å sikre målrettet forebygging og behandling samtidig som LEON-/BEON-prinsippet ligger til grunn: Behandlingen skal gis på lavest effektive omsorgs- og behandlingsnivå og så nær barnets eller ungdommens omsorgsbasis som mulig. Av den grunn legges det betydelig vekt på å videreutvikle ambulante tjenester (se figur 2).

Figur 2

### Basistjenester for barn og unge med rusmiddelidelser



<sup>45</sup> Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge

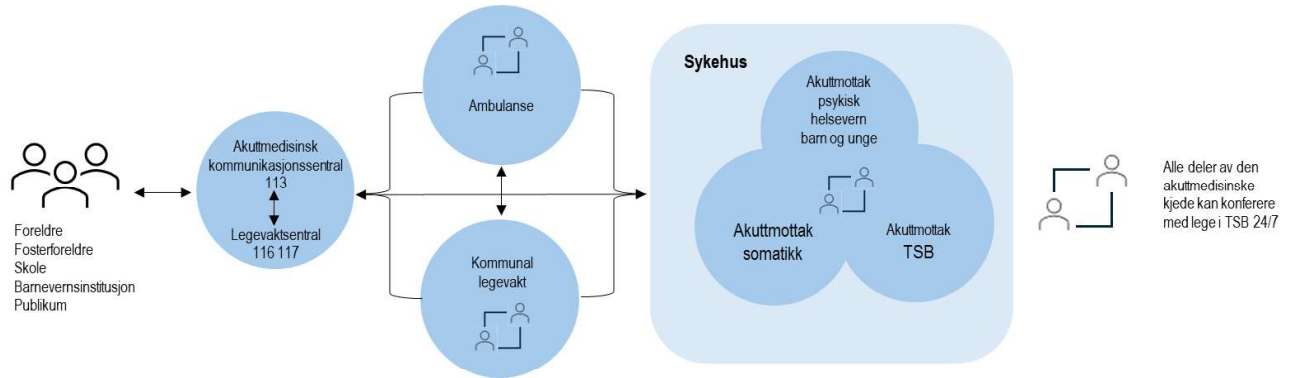
<sup>46</sup> Prosjekterfaring: Bekymringsfull rusbruk hos barn og unge | Innomed

#### 4.2.2. Akutt behandling og avgiftning

Akutte behov ved overdose eller intoksikasjon ivaretas gjennom gjeldende akuttmedisinske kjede (se figur 3).

Figur 3

#### Den akuttmedisinske kjede etter overdose



Etter den akutte fasen kan det være behov for overgang til et behandlingstilbud der pasienten kan gjennomgå en kontrollert medisinsk avgiftning, samt starte motivasjonsarbeid og utredning med tanke på videre behandling eller oppfølging. Det anbefales derfor å etablere egne separate avgiftningsplasser for barn og ungdom. Tilbudet må legge til rette for at omsorgspersoner kan være til stede under oppholdet, og sikre at barn og ungdom ikke innlegges i samme lokaler som voksne pasienter. Det må også sikres tilstrekkelig kompetanse om barn og unge, rusmiddelidelser og somatiske tilstander i denne aldersgruppen.

Avrusing kan også gjennomføres i barnets eller ungdommens omsorgsbasis, enten hjemme, i fosterhjem eller institusjon, med støtte fra ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten.

#### 4.2.3. Ambulante tjenester

Ambulante og arenafleksible tjenester kan gis som selvstendige tilbud, men også i forkant av, underveis i eller etter poliklinisk eller døgnbasert behandling. Tilbudet skal kunne gi både rask oppfølging og utredning for å avgjøre videre behandlingstilbud (triagering) og bistå der det er behov for lengre tids utredning eller behandling nær eller i barnets omsorgsbasis (hjem, fosterhjem eller institusjon). Ambulante tjenester skal sikre gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, inkludert kompetanse og veiledning. De ambulante tjenestene må ses i sammenheng med «ambulante helseteam» fra PHBU inn mot barnevernsinstitusjoner i alle regioner (ref. Prop. 1 S (2025–2026)). Døgntilgjengelig øyeblikkelig hjelp ivaretas av den akutte kjeden. Avgiftning hjemme/i omsorgsbasis vil iverksettes med oppfølging fra etablert døgntilbud. Ambulante tilbud innrettes dermed fortrinnsvis fleksibelt på dag/kveld.

#### **4.2.4. Polikliniske tjenester**

Polikliniske tjenester er en sentral del av psykisk helsevern og TSB. Polikliniske tjenester er nyttige for de pasientene som klarer å benytte seg av dem, og er ressurseffektive for tjenesten. Det polikliniske tilbudet må være fleksibelt og tilpasset barn og ungdoms behov. Tjenestene bør etableres som et helhetlig og sentralt tilbud i behandlingsforløpene og ha utvidet utredningskompetanse. Flexibilitet i tjenestene innebærer tilrettelegging av bl.a. oppmøtetidspunkter og fleksible arenaer. Tilbudet må inneholde mulighet for både fysisk og digitalt oppmøte. I mange tilfeller vil polikliniske og ambulante tilbud overlappe. Det polikliniske tilbudet skal, på lik linje med øvrige tjenester, ivareta familieperspektivet og samarbeid med relevante aktører. Barn og barnets omsorgsbasis må bli møtt med kompetanse på samtidig og integrert behandling av rusmiddelbruk og psykiske vansker (komorbiditet). Helhetlig forståelse av barn og unges omsorgssituasjon, atferd og psykiske lidelser/rusbruk vil være sentralt. Hele familien skal inkluderes i behandlingen på spesialisthelsetjenestnivå.

#### **4.2.5. Døgnbehandlingstilbud**

Noen barn har så store utfordringer at de i perioder har behov for rammer og oppfølging fra døgnbaserte tjenester i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig barn med kombinerte komplekse psykiske lidelser og alvorlig rusmiddelproblemer, hvor det er nødvendig med omfattende utredning, eller ved behov for medisintprøving i kontrollerte rammer. Barn og ungdom som kommer til behandling for sine rusmiddellidelser må beskyttes mot negativ sosial læring. Det er derfor behov for egne tilbud som er skjermet fra eldre pasienter. Det er også nødvendig med mulighet for samtidig innleggelse av foreldre og skoletilbud.

I de fleste tilfeller vil det være til barnets beste å få et tilbud i nærhet av hjemstedet eller omsorgsbasisen sin. Antall døgnbehandlingsplasser må imidlertid sees i sammenheng med lokale behov. Det bør derfor vurderes om døgnbehandlingsplasser etableres på regionalt nivå eller som del av lokalt helseforetak. Dersom døgnbehandlingsplassene opprettes regionalt må det sikres god samhandling med ambulante team og poliklinikk, samt kommunale tjenester.

Innholdet i de ulike behandlingstjenestene bør defineres og presiseres nærmere i forbindelse med arbeidet med nasjonal kompetanseplan. Det bør også defineres nærmere hva som skal være indikasjon for døgnopphold for barn og unge med rusmiddellidelser.

### **4.3. Kartlegging og utredning**

For barn som skal tas inn under barneverntjenestens omsorg, foreligger det en normerende rett til helsekartlegging.<sup>47</sup> Vurdering av hjelpebehov skal gjennomføres tidlig enten poliklinisk eller der barnet oppholder seg – i hjemmet, på barnevernsinstitusjon, i fosterhjem eller i fengsel. Denne vurderingen må skje innen kort tid og avklare videre behov for spesialiserte tjenester.

---

<sup>47</sup> Tverrfaglig helsekartlegging | Bufdir

Prop. 83 L fastslår at helsekartlegging skal innrettes som helsehjelp, i motsetning til dagens ordning der helsepersonell utfører et sakkyndig oppdrag for barnevernet. Et sentralt premiss er at helsehjelpen skal gis nærmest barnets omsorgsbasis og det må derfor legges til rette for at kartlegging og utredning kan utføres på alle nivåer i behandlingen. Utrednings- og stabiliseringsopphold bør tilbys ved behov for døgnbasert utredning, eller ved behov for stabilisering før eller etter avrusning, ved medikamentutprøving eller andre tiltak i skjermede omgivelser. Tilbudet bør være tilgjengelig i alle helseregioner.

#### **4.4. Tilbudet til samiske barn og unge med rusmiddelproblemer**

I prosessen har det vært kontakt med «Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus» (SANKS) for innspill til at planen ivaretar tilbudet til samiske barn og unge med rusmiddelproblemer.

SANKS har egen kompetansetjeneste som vil kunne kobles inn mot kompetanseutvikling i opprettelse av tilbudene. SANKS drifter i dag et telefonisk lavterskeltilbud for den samiske befolkningen i Norge som er åpent alle ukedager. Lavterskeltilbudet gjelder alle landets samiske barn og unge i alderen 6-18 år. Tjenesten tilbys også barn og unge med annen bakgrunn dersom de er bosatt i opptakskommunene Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Lebesby, Gamvik, Tana eller Nesseby. I tillegg har SANKS regionale kontorer med ansatte som kan bidra med veiledning til tjenestene eller i konkrete saker. For kompetanseutvikling på området er det også aktuelt å benytte Nasjonalt samisk kompetansesenter for barnevern, familievern og krisesenter (NASAK).

#### **4.5. Hensyn til mangfold og kulturelle forskjeller i behandlingstilbudet**

Det nye behandlingstilbudet skal være likeverdig og tilgjengelig for alle barn, uavhengig av etnisk bakgrunn, språk, kultur eller religion. Det innebærer tilrettelegging for språk og kommunikasjon, kulturkompetanse hos ansatte og medvirkning fra barn og familier. Målet er å sikre et helhetlig og inkluderende tilbud som tar hensyn til mangfoldet i befolkningen.

## 5. ORGANISATORISK INNRETNING OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

### 5.1. Plassering av ansvar for behandlingstilbudet

For å etablere et faglig forsvarlig nytt tilbud kreves tydelige organisatoriske grep. *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I*, legger til grunn at tilbud i det ordinære tjenesteapparatet er bedre enn særtiltak, ikke minst fordi personer med rusmiddelproblemer ofte har sammensatte problemer.<sup>48</sup>

I dagens oppbygging av fagfeltene i spesialisthelsetjenesten har PHBU spesialisert kompetanse på helhetlig utredning og behandling av barn og ungdom med ulike lidelser. Fagområdet har utviklet metoder og tjenester for å romme både de individuelle utfordringene barnet/ungdommen har og for å ivareta og veilede systemet barnet er en del av. Det pågår etablering av helseteam hvor PHBU utvikler ambulante team for å støtte barnevernet i arbeidet med barn og ungdom innlagt på institusjon. TSB på sin side har spesialisert kompetanse på medisinsk avgiftning og tverrfaglig utredning og behandling av rus- og avhengighetslidelser hos voksne over 18 år.

Organiseringen av de nye tilbudene for basistjenestene for barn og ungdom med rus- og avhengighetsproblematikk vurderes best ivaretatt innenfor de rammene og med hovedforankring i den kompetansen og organiseringen PHBU har lokalt. Arenafleksible og ambulante team må sikres kompetanse fra spesialitetene rus- og avhengighet, og psykisk helse for barn og unge gjennom:

- **Samtidig behandling:** Det er avgjørende med kompetanse på samtidighet av rus- og psykiske lidelser.
- **Tydelig ansvarsfordeling:** Flytskjemaer (pasientforløp) må utarbeides for å klargjøre hvem som gjør hva på hvilket nivå.
- **Koordinatorfunksjon:** En person eller enhet må ha hovedansvaret for koordinering av barnets behandlingsløp.
- **Gjensidig veiledningsplikt:** Spesialisthelsetjenesten og kommunen har gjensidig veiledningsplikt (ref. Spesialisthelselovens § 6.3 og Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11).

Helsedirektoratet<sup>49</sup> beskriver at PHBU bør ha en sentral rolle i utredning og behandling, gitt at fagområdet allerede har ansvar for denne aldersgruppen og besitter kompetanse på normalutvikling og psykiske lidelser hos barn og unge. PHBU har også etablert samarbeid med relevante eksterne aktører, som skole, kommunal psykisk helsetjenester og barnevern.

---

<sup>48</sup> Meld. St. 5 (2024–2025) - regjeringen.no

<sup>49</sup> Helsedirektoratet. Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys – konkrete forslag til styrking av tjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2022

Selv om andre modeller for organisering kan bidra med rusmiddelkompetanse taler flere forhold for at ansvaret bør ligge til PHBU:

- **Kompetanse og kontinuitet:** PHBU har lang erfaring med å utrede og behandle psykiske lidelser hos barn og unge, inkludert lavfrekvente tilstander. Fagområdet har også etablert samarbeid med kommunale tjenester og andre aktører som er viktige for helhetlig oppfølging.
- **Lavfrekvent gruppe:** Barn og unge med rusmiddelproblemer utgjør en lavfrekvent gruppe. Erfaringer fra PHBU viser at lavfrekvente tilstander i stor grad håndteres gjennom eksisterende systemer for kompetansebygging og pasientforløp.
- **Samsykelighet:** Innsiktsarbeidet til Helsedirektoratet i 2022<sup>50</sup> fremhever utfordringer ved å diagnostisere eller knytte rusmiddelidentitet til ungdom. Ungdom er i konstant utvikling, og symptomer på psykiske problemer og utfordringer kan derfor endre seg. Det kan ofte være viktigere å sette søkelys på underliggende problematikk enn å tidlig definere rusrelaterte identiteter. For eksempel er rusmiddelbruk ofte knyttet til posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og traumeeksponering.<sup>51</sup>
- **Implementering:** Å etablere nye tilbud utenfor PHBU vil være ressurskrevende og fordrer betydelig kompetansebygging. PHBU sine etablerte strukturer og brede fagkompetanse på barn og unge gjør implementeringen av spesialisert rusmiddelbehandling mer effektiv og målrettet.

Prosjektgruppen anbefaler at PHBU bør ha hovedansvaret for det spesialiserte rusbehandlingstilbudet til barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Samtidig understrekes det at TSB bør ha en viktig rolle, særlig når det gjelder tilgang til spesialistkompetanse innen avgiftning, rusbehandling, rusmiddelintervensjoner og håndtering av komplekse behandlingsforløp. Det anbefales å etablere lokalt organisatorisk forankrede og forpliktende samhandlingsstrukturer og inngå samarbeidsavtaler som sikrer kompetanse fra TSB inn i de mer krevende pasientforløpene, og der rusmiddelproblematikken eksempelvis har utviklet seg til en avhengighet. Et tett samarbeid mellom PHBU og TSB er avgjørende for å sikre helhetlige, koordinerte og faglig forsvarlige tilbud til barn og unge med rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>50</sup> Helsedirektoratet. Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys – konkrete forslag til styrking av tjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2022

<sup>51</sup> Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is - PubMed

En overordnet plassering av tilbudet i PHBU legger til rette for enhetlig nasjonalt utviklingsarbeid og felles kompetanseplaner, inkludert nye krav til spesialistutdanningene for relevante profesjoner.

Ved oppbygging av tilbudene anbefaler vi at hver helseregion bygger videre på egne fagmiljøer og eksisterende tjenester som i dag håndterer tilgrensende problematikk eller målgruppe. I likhet med øvrig behandling i PHBU bør det være rom for å følge unge opp til 23 år når behandlingen er startet før fylte 18 år, dersom det foreligger faglige gode grunner til å videreføre oppfølgingen.

## **5.2. Forpliktende samarbeidsstrukturer mellom PHBU og TSB**

Ved behov for spesialisert ruskompetanse, i utredning eller behandling, bør TSB ha en innretning som kan bidra med støtte og veiledning til PHBU, og gi behandling til pasienter der hvor dette er vurdert som faglig riktig og forsvarlig. Det må i hvert helseforetak/sykehus foreligge en tydelig organisatorisk forankret og forpliktende samhandlingsstruktur mellom PHBU og TSB for å sørge for at den samlede kompetansen blir utnyttet på en god måte. Flere organisasjonsmodeller kan være aktuelle. Ulike samarbeidsformer mellom TSB og PHBU kan for eksempel være liaisontjenester, fagteam i matrise eller tyngdepunkt,<sup>52</sup> men andre modeller kan også være aktuelle.

## **5.3. Regionale og interregionale tilbud**

Opprettelse av døgnbehandlingsplasser må sees i sammenheng med lokale behov. Det bør vurderes om døgnbehandlingsplasser etableres på regionalt nivå eller som del av lokalt helseforetak. Dersom døgnbehandlingsplassene opprettes regionalt, må det sikres god samhandling med kartleggingsteam, ambulante team og poliklinikk, samt kommunale tjenester.

I arbeidet med denne rapporten er det ikke identifisert behov for flerregionale løsninger som gjelder et konkret klinisk behandlingstilbud. Det bør imidlertid legges til rette for samarbeid og erfaringsutveksling på tvers av regioner. Dette vil kunne skje gjennom nasjonale kompetansetjenester, interregionale nettverk, samt gjennom følgeforskning.

## **5.4. Tverrsektorielt samarbeid**

Et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud forutsetter et strukturert og forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, herunder barneverntjenesten, skolehelsetjenesten, PPT, fastleger og kommunale psykiske helsetjenester. Ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten skal understøtte kommunenes arbeid, herunder gjennom veiledning, kompetansestøtte og koordinering av tjenester.

---

<sup>52</sup> Forenkle og forbedre

Etablering av behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten for barn og unge med rusmiddelproblemer tar utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens juridiske rammer for utredning, behandling og oppfølging. Samarbeidende sektorer har egne rammeverk, lovverk, styringslinjer og ansvarsområder. Et koordinert samarbeid mellom sektorer er derfor nødvendig for å ivareta helhetlige pasientforløp, kontinuitet i hjelpen og effektiv bruk av kompetanse på tvers av tjenester – innenfor gjeldende lovverk. Spesielt fremheves fastlegene, kommunehelsetjenesten og helsefelleskapene som viktige aktører i etablering av et sammenhengende og godt tilbud.

Helsedirektoratet har utgitt flere normerende produkter som har formål om å støtte tjenestene i dette arbeidet (ikke uttømmende liste):

1. Nasjonalt pasientforløp psykiske lidelser barn og unge (2024)<sup>53</sup>
2. Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus (2023)<sup>54</sup>
3. Barnevern og helse- og omsorgstjenester – samarbeid til barnets beste (2025)<sup>55</sup>
4. Psykisk helsearbeid barn og unge (2023)<sup>56</sup>
5. Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge (2019)<sup>57</sup>
6. Bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet (2025)<sup>58</sup>
7. Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier (2019)<sup>59</sup>
8. Barnevernsansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge (2017)<sup>60</sup>

Selv om samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og andre sektorer fungerer godt mange steder, vil vi understreke behovet for ytterligere styrking – særlig for barn og unge med rusmiddelproblemer. For denne gruppen er koordinert samarbeid mellom sektorene, barnet eller den unge og deres familie ofte en av de mest virkningsfulle komponentene i behandling og oppfølging. Dette gjelder ved kartlegging av sårbarhets- og risikofaktorer, og identifisering av mulige beskyttelsesfaktorer. Nasjonalt forløp for barnevern og individuell plan<sup>61</sup> er sentrale strukturer som muliggjør gode samarbeidsflater og bidrar til kontinuitet i behandlingen.

I forbindelse med etableringen av et spesialisert rusbehandlingstilbud bør Helsedirektoratet samtidig vurdere å tilpasse sine normerende produkter (pasientforløp, prioriteringsveiledere, diagnoseveiledere, kodeveiledere) i tråd med de endringene som gjennomføres.

---

<sup>53</sup> Psykiske lidelser – barn og unge - Helsedirektoratet

<sup>54</sup> Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus - Helsedirektoratet

<sup>55</sup> Barnevern og helse- og omsorgstjenester – samarbeid til barnets beste - Helsedirektoratet

<sup>56</sup> Psykisk helsearbeid barn og unge - Helsedirektoratet

<sup>57</sup> Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge - Helsedirektoratet

<sup>58</sup> Bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet - Helsedirektoratet

<sup>59</sup> Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier - Helsedirektoratet

<sup>60</sup> Barnevernsansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge - Helsedirektoratet

<sup>61</sup> Individuell plan - en rettighet - Helsenorge

## 5.5. Eksempler på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune

Samarbeidsflater og grenseoppganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester for unge med rusmiddelproblemer, kan for eksempel utarbeides og beskrives etter modellen fra "Barn og unges helsetjeneste" ved Helse Fonna HF.<sup>62</sup> Modellen er utviklet gjennom lokalt samarbeid med relevante aktører og skal tydeliggjøre hvilke forventninger som kan stilles til de ulike aktørene og hvilke roller de har i samarbeidet. FACT-ung modellen har også vist seg nyttig for deler av målgruppen.

En annen konstruktiv samhandlingsmodell som har hatt god effekt er "bistandsteam".<sup>63</sup> I bistandsteam samles relevante fagfolk og aktører i forbindelse med vurdering, opprettelse, gjennomføring og utskrivning av tvangstiltak med hjemmel i Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. Medarbeidere i spesialisthelsetjenesten og i kommunen har satt av faste tidspunkt hvor bistandsteam kan samles på kort varsel for å drøfte tema knyttet til tvangsbruk relatert til enkeltpersoner. I flere tilfeller har dette ført til redusert bruk av tvang og alternative tiltak prøves først. En av tjenestene har ansvar for å innkalle og koordinere bistandsteamet.

---

<sup>62</sup> Barn og unges helsetjeneste - Helse Fonna HF

<sup>63</sup> Tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer – Veileder.pdf

## **6. PERSONELLMESSIGE KONSEKVENSER**

### **6.1. Utdanning og kompetanseutvikling**

#### **6.1.1. Grunnutdanningene**

De fleste helseprofesjonene har læringsutbytter (LUB) knyttet til rusmiddelproblematikk/avhengighet og barn/ungdom i sine grunnutdanningene. For sykepleie- og vernepleierutdanningene er dette rene kunnskapsmål som ikke er koblet til ferdighets- eller generell kompetanse. Sosionomutdanningen har et kunnskaps-LUB om rusmiddelproblemer og -avhengighet, men det er ikke aldersspesifikt. Barnevernspedagoger skal oppnå bred kunnskap om rusmiddelproblemer, psykisk helse og problemskapende sammenhenger (§ 7 d).

Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helse, rus og avhengighetsarbeid (60 studiepoeng) har flere LUB-er som omhandler både rus/avhengighet og alder. Masterutdanningen i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet ved Lovisenberg Diakonale høyskole, samt en master ved OsloMet, inkluderer LUB-er knyttet til alder og rusmiddelproblematikk. Medisinstudiet omtaler ikke rus- og avhengighetsproblematikk særskilt for barn/ungdom, men kandidatene skal få erfaring innen rus- og avhengighetsmedisin under praksis.

For psykologer kommer krav om sluttkompetanse om barn og rusmiddelproblemer/avhengighet frem i forskriften (§ 13 b og c).

#### **6.1.2. Spesialistutdanningene**

Spesialistutdanningen i psykiatri har læringsmål knyttet til avrusning (VOP045) og et generelt læringsmål om rusmiddelproblematikk (VOP047). Spesialistutdanningen i barne- og ungdomspsykiatri (BUP) har et eget læringsmål (BUP 047) som krever kunnskap om utredning og behandling av pasienter med rusmiddelproblemer og avhengighet. Dette inkluderer kunnskap om utbredelse, farmakologi, toksikologi i ulike livsfaser og kjennetegn ved rusmisbruk hos barn og ungdom.

Spesialistutdanningen innen rus- og avhengighetsmedisin mangler imidlertid spesifikke kliniske læringsmål knyttet til alder eller barn. Spesialistutdanningen i barne- og ungdomspsykologi har ingen spesifikke LUB-er om rusmiddelproblematikk og avhengighet. Det er likevel et praksiskrav om erfaring med faktorer som påvirker psykisk helse, inkludert rusmiddelbruk.

#### **6.1.3. Fremtidige formalkompetansekrav**

Det bør vurderes å gi innspill til revisjon av LUB-ene i grunnutdanningene gjennom styringssystemet RETHOS, men man bør unngå for detaljerte LUB-er for smale pasientgrupper. Rutiner for endring av læringsmål i legers spesialistutdanninger er etablert og bør vurderes i relevante spesialiteter. Psykologforeningen er ansvarlig for psykologers spesialistutdanning, og dialog om LUB-er og innhold bør vurderes der.

Ansvar for å foreslå endringer i LUB-ene for grunnutdanningene og aktuelle spesialistutdanninger (leger og psykologer) kan legges til en nasjonal gruppe som også bør få ansvaret for å utvikle nasjonale kompetanseplaner.

#### **6.1.4. Utvikling av medarbeidernes kompetanse i spesialisthelsetjenesten**

Det er viktig å bygge opp solid fagkompetanse og erfaring blant ansatte i spesialisthelsetjenesten. For å sikre en enhetlig og strukturert kompetanseheving anbefales det å etablere en nasjonal kompetanseplan. Kompetanseportalen er i dag den digitale løsningen for planlegging og dokumentasjon av kompetanseutvikling. Ansvaret for å utvikle planen må tydelig plasseres (eventuelt hos en helseregion) og det må utarbeides et tydelig mandat.

Arbeidet kan organiseres i to arbeidsgrupper: én for behandlere (leger og psykologer) og én for øvrige helsefag. Det foreslås å frikjøpe en leder for hver gruppe på fulltid i ett år, supplert med 4-6 frikjøpte ressurser. Gruppene må definere temaer og hvilke læringsaktiviteter som kreves, samtidig som eksisterende kurs og lokale kompetanseplaner må kartlegges. Kompetansesentra kan bidra i arbeidet. Planen må forankres i alle regioner og fagmiljøer. Deretter må virksomhetene planlegge gjennomføringen på en måte som sikrer at ordinær drift opprettholdes.

### **6.2. Etableringskostnader kompetanseutvikling**

Grovt sett anslås midler til etablering av en nasjonal kompetanseplan (inkludert frikjøp av ressurser) til 8-10 millioner kroner. I tillegg kreves midler for å utvikle nye læringsaktiviteter.

Ansatte må få avsatt tid til kompetanseheving. Dette kan føre til redusert aktivitet ved enhetene (inntektstap). Kostnaden for å erstatte en lege- eller psykologspesialist for 16 timer tilsvarer cirka 18 000 kroner per person. For andre helsefag anslås 8 timer frikjøp til cirka 4 000 kroner. Totalkostnaden for PHBU i Helse Sør-Øst alene anslås til minst 25 millioner kroner, før eventuelt inntektstap er hensyntatt.

### **6.3. Tilgangen til helsepersonell**

Selv om utdanningskapasiteten i bachelor- og mastergradsutdanningene i stor grad er tilfredsstillende, er det utfordrende å rekruttere spesialistkompetanse (leger og psykologer).

For å muliggjøre rask etablering av tjenestetilbud er det viktig å vurdere organiseringen og hvilke yrkesgrupper som ivaretar oppgavene. Det anbefales å forsøke å standardisere kompetansesammensetningen for tjenestetilbudene og etablere like behandlingsprinsipper.

## **7. ØKONOMISKE KONSEKVENSER**

I forbindelse med oppdrag om å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer, er det behov for å estimere hva en slik utbygging vil gi av økte kostnader i spesialisthelsetjenesten. Dette kapitlet belyser denne problemstillingen og gir anslag på hva et tjenestetilbud kan gi av økte kostnader basert på kostnadsdata i psykisk helsevern barn og unge. Anslagene hviler på en rekke forutsetninger som framkommer i forklaringene av estimatene.

### **7.1. Etableringskostnader**

Med etableringskostnader menes alle kostnader som påløper før et tjenestetilbud kan driftes. Dette kan være investeringskostnader i bygg og utstyr og til å bygge tilstrekkelig kompetanse hos personell som skal ivareta tjenestetilbudet. Det vises til avsnitt 6.2 for omtale av etableringskostnader for kompetanseutvikling. Ytterligere etableringskostnader er ikke kartlagt. Det er videre rimelig å anta at et tjenestetilbud bør bygges gradvis opp, at etableringskostnadene fordeler seg over etableringsperioden og at driftskostnadene øker gradvis fram mot tjenestetilbudet er fullt ut etablert.

### **7.2. Estimering av driftskostnader**

Ved estimering av kostnader er det valgt å ta utgangspunkt i kjente kostnader for behandlingstilbud som allerede er i spesialisthelsetjenesten. Det er videre lagt til grunn kostnader ved full drift. Jf. avsnitt om etableringskostnader bør det legges til grunn at et tjenestetilbud må bygges gradvis opp.

Det er lagt til grunn at det er to forhold som styrer nivået på driftskostnadene: Aktivitet og enhetskostnad. Det betyr at for å estimere en samlet kostnad for tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten for barn og unge med rusmiddelproblemer må det defineres en aktivitet og hva denne aktivitet koster per enhet.

Det legges til grunn to aktivitetsmål: poliklinikk og døgntilbud. For poliklinikk bør det skilles mellom tradisjonell poliklinikk hvor pasienten møter opp på et behandlingssted og ambulante tjenester der behandlere oppsøker pasienten. Grunnen til at det bør skilles mellom dette er ambulant virksomhet er mer ressurskrevende.

Når det gjelder estimering av aktivitetsvolum vises det til kapittel 3. I avsnitt 3.3 er det gjort kostnadsanslag basert på anslag forbruk av årsverk:

Tabell 11 (samme som tabell 6)

<b>Estimert årsverksbehov og kostnader for oppfølging av barn- og unge med rusmiddellidelse i spesialisthelsetjenesten</b>				
	<b>Individer</b>	<b>Timer/Liggedøgn</b>	<b>Årsverk*</b>	<b>Kostnad</b>
Estimert forekomst	7 216			
Andel i behandling (35%)	2 526			
Antall som behandles i dag	814			
Pasienter i nytt tilbud	1 712			
<b>Poliklinikk</b>	<b>1 712</b>	<b>26</b>		
Ambulant	599	9	145	163 126 523
Øvrig poliklinikk	1 712	23	77	115 385 760
<b>Innleggelse</b>				
20% av individer i behandling	505			
Individer i behandling i dag	325			
Pasienter i nytt tilbud	180	7 936	142	159 434 196
Subtotal				437 946 479
Kostnad utover klinisk drift (20%)				109 486 620
<b>Total</b>			<b>364</b>	<b>547 433 098</b>

\*Årsverk er justert for ferie og korttidsfravær

I estimeringen av kostnader i dette notatet legges aktivitetsvolum fra tabell 11 til grunn.

For å finne enhetskostnader er anbefalingen å bruke kjente enhetskostnader i spesialisthelsetjenesten, som kan være sammenlignbare med det tjenestetilbudet som skal bygges opp. I poliklinikk er det derfor valgt å se hen til kostnadsvekter i DRG-systemet for poliklinisk aktivitet i PHBU og data fra Samdata. Enhetsprisen i ISF-ordningen i psykisk helsevern er i forslag til statsbudsjett satt til 3 954 kroner. Den er ment å dekke 25 % av driftskostnadene. Det vil si at enhetsprisen i ISF-ordningen må multipliseres med fire for å finne den gjennomsnittlige enhetskostnaden innenfor den enkelte DRG med tilhørende kostnadsvekt.

Som en følge av at det ikke finnes kostnadsvekter for døgntilbud i psykisk helsevern voksne og TSB for voksne er det valgt kun å se hen til data fra Samdata.

### **7.3. Estimering av polikliniske driftskostnader**

Det legges til grunn at det vil være behov for 44 767 polikliniske kontakter, hvorav 39 376 i ordinær poliklinikk og 5 391 i ambulant virksomhet. Volumet framkommer ved å multiplisere antall individer med antall timer. Under er et utvalg DRG-er innenfor poliklinisk behandling av barn og unge i psykisk helsevern. Tabellen viser et spenn i gjennomsnittlig enhetskostnad.

Tabell 12

DRGKode	DRGNavn	Kostnads-vekt	ISF-refusjon	Gj.snittlig enhets-kostnad	Estimert kostnad med gitt volum
TD02B	Pasientbehandling i gruppe - Barn og unge	0,238	941	3 764	148 219 454
TD03B	Familierettet poliklinisk behandling - Barn og unge	0,204	807	3 226	127 045 246
TD32B	Polikliniske konsultasjoner - Depresjon - Barn og unge	0,181	716	2 863	112 721 518
TD38B	Polikliniske konsultasjoner - Emosjonelle symptomer og tegn - Barn og unge	0,197	779	3 116	122 685 851
TD40B	Polikliniske konsultasjoner - Angst og fobiske lidelser - Barn og unge	0,183	724	2 894	113 967 059
TD42B	Polikliniske konsultasjoner - Tvangslidelser - Barn og unge	0,201	795	3 179	125 176 934
TD43B	Polikliniske konsultasjoner - PTSD og tilpasningsforstyrrelser m.v - Barn og unge	0,180	712	2 847	112 098 747
TD70B	Nevropsykologisk undersøkelse - Barn og unge	0,219	866	3 464	136 386 809
TD71B	Annen omfattende testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy - Barn og unge	0,314	1 242	4 966	195 550 036
TD72B	Observasjonstiltak i skole og barnehage m.v. - Barn og unge	0,393	1 554	6 216	244 748 931
TD801B	Diagnostiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Barn og unge	0,558	2 206	8 825	347 506 115
TD802B	Terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Barn og unge	0,558	2 206	8 825	347 506 115
TD81B	Polikliniske konsultasjoner - Spiseforstyrrelser - Barn og unge	0,180	712	2 847	112 098 747
TD84B	Polikliniske konsultasjoner - Autisme og andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser - Barn og unge	0,193	763	3 052	120 194 767
TD85B	Polikliniske konsultasjoner - Psykisk utviklingshemming - Barn og unge	0,203	803	3 211	126 422 476
TD90B	Polikliniske konsultasjoner - ADHD o.l. - Barn og unge	0,171	676	2 705	106 493 810
TD96B	Konsultasjon med foresatte/pårørende - Barn og unge	0,162	641	2 562	100 888 872
TD98B	Polikliniske konsultasjoner - Uspesifiserte problemstillinger - Barn og unge	0,209	826	3 306	130 159 101
TD998B	Grupperettet pasientopplæring innen PHV/TSB - Barn og unge	0,100	395	1 582	62 277 082
TD99B	Andre polikliniske konsultasjoner innen PHV&TSB - Barn og unge	0,191	755	3 021	118 949 226
XD90B	Polikliniske konsultasjoner - Andre problemstillinger - Barn og unge	0,206	815	3 258	128 290 788

Enhetskostnadene for disse ulike polikliniske behandlingene varierer fra 1 582 kroner til 8 825 kroner. Den gjennomsnittlige enhetskostnaden for de utvalgte DRG-ene er 3 797 kroner. Vi kan på denne bakgrunn sette opp følgende intervaller for årlige driftskostnader (i tusen kroner) innenfor det antatte volumet:

Tabell 9

	Lavest kostnadsvekt	Gjennomsnittlig kostnadsvekt	Høyest kostnadsvekt
Ordinær poliklinikk	62 277	149 494	347 506
Ambulant	20 208	32 149	59 259
Sum	82 485	181 643	406 764

Tabellen viser at dersom gjennomsnittlig kostnad for alle polikliniske konsultasjoner tilsvarer den laveste kostnadsvekten i de utvalgte DRG-ene fra ISF-regelverket, blir total kostnad litt over 82 millioner kroner. Med høyeste kostnadsvekt blir kostnaden om lag 408 millioner kroner, mens gjennomsnittlig kostnadsvekt gir en kostnad på i underkant av 182 millioner kroner.

ISF-regelverket gir et tillegg på 0,137 millioner kroner i kostnadsvekten for ambulant virksomhet. Fagmiljøene mener dette tillegget ikke dekker de reelle merkostnadene. I denne estimeringen er tillegget på 0,137 benyttet. Når det legges til gjennomsnittlig enhetskostnad for de utvalgte DRG-ene, gir det en enhetskostnad på 5 963 kroner.

Sammenligner vi beløpene basert på kostnadsvekter og ISF-pris med anslåtte årsverkskostnader, ser vi at gjennomsnittlig kostnadsvekt ligger noe over beregnede årsverkskostnader. Anslaget for ambulant virksomhet basert på kostnadsvekter samsvarer ikke med kostnadsanslag når årsverk legges til grunn – heller ikke når DRG-en med høyest kostnadsvekt brukes. Dette underbygger hypotesen om at merkostnadene ved ambulant virksomhet ikke fanges opp i dagens påslag i kostnadsvektene.

Den andre kilden til kostnadsinformasjon er tall fra Samdata. Siste tilgjengelige data for polikliniske konsultasjoner i PHBU er fra 2024. Kostnaden per poliklinisk kontakt er beregnet til 4 052 kroner nasjonalt, som tilsvarer om lag 4 350 kroner i 2026-verdi. Beløpet inkluderer kapital- og pensjonskostnader, som ikke inngår i kostnadsvektene og ISF-prisen. Disse kostnadene utgjør omtrent 14 % av totale kostnader i PHBU. Trekkes disse fra, blir kostnaden i underkant av 3 900 kroner per konsultasjon – omtrent på nivå med gjennomsnittlig enhetskostnad for de utvalgte DRG-ene.

Det er derfor god grunn til å anta at gjennomsnittlig kostnad for en poliklinisk konsultasjon i PHBU er i underkant av 4 000 kroner ekskludert kapital- og pensjonskostnader. For ambulant virksomhet er det grunn til å tro at påslaget på ISF-prisen innenfor dagens ISF-regelverk ikke i tilstrekkelig grad reflekterer merkostnaden for ambulant virksomhet i et rusbehandlingstilbud for barn og unge.

#### **7.4. Estimering av døgnkostnader**

Det legges til grunn et behov for 7 936 nye liggedøgn. Som nevnt er døgnkostnader i Samdata eneste tilgjengelige referanse i vurderingen av kostnaden kan være for et tjenestetilbud for barn og unge med rusmiddelproblemer. Det skilles ikke på planlagte og akutte liggedøgn. Siste tilgjengelig kostnadsdata for liggedøgn i psykisk helsevern barn og unge er 2024-tall. Kostnad per liggedøgn er beregnet til 32 924 kroner samlet for landet. Dette tilsier om lag 35 400 2026-kroner.

Når døgnkostnaden multipliseres med det antall liggedøgn som legges til grunn, gir det en samlet kostnad på om lag 280 millioner kroner. Det er knyttet noe usikkerhet om den estimerte kostnaden per liggedøgn i psykisk helsevern barn og unge er representativ for kostnaden for liggedøgn i et tjenestetilbud til barn og unge med rusmiddelproblemer.

Til sammenligning er kostnaden per liggedøgn for psykisk helsevern voksne i Samdata estimert til 18 293 kroner i 2024, som tilsvarer om lag 19 700 2026-kroner.

## 7.5. Oppsummering økonomiske konsekvenser

I dette kapittelet er det lagt til grunn kostnadsinformasjon for PHBU, som kan være et utgangspunkt for å si noe om hva kostnadene for å drifte et tjenestetilbud basert på anslag på antall polikliniske kontakter og liggedøgn. Dette er sammenholdt med anslag på årsverkskostnader estimert på bakgrunn av estimert behov/aktivitet.

Det er anslått at kostnadene til ordinær poliklinisk virksomhet utgjør 126 millioner kroner, ekskl. kapital og pensjonskostnader. For et døgntilbud er det beregnet en kostnad på 280 millioner kroner, basert på de forutsetningene som ligger til grunn for et behandlingstilbud til 2500 barn. Det er i tillegg gjort anslag for kostnader til ambulant aktivitet.

Det er indikasjoner på at kostnadsvektene i DRG-systemet ikke er egnet for å gjøre anslag på kostnadene til ambulant virksomhet. Som vist i kapittel 3 er det gjort anslag på samlede årsverkskostnader på om lag 550 millioner kroner, noe som samsvarer rimelig godt med anslaget som gjort i dette kapittelet.

Regjeringen vil at spesialisthelsetjenesten skal ha et helhetlig og forpliktende «sørge for»-ansvar for spesialisert rusbehandling til barn under 18 år med rusmiddelproblemer, og at barnevernet ikke lengre skal gi et slikt tilbud.<sup>64</sup>

De regionale helseforetakene har i dag ikke fullt ut utviklede tilbud for barn og unge med rusmiddelproblemer, og eksisterende tilbud må videreutvikles for å møte behovene hos denne pasientgruppen. Det vil derfor ta tid å bygge opp et helhetlig behandlingstilbud.

Overføring av behandlingsansvar til de regionale helseforetakene må derfor ledsages av økte bevilgninger, slik at oppbygging av tilbudet og overføring av ansvar kan skje uten økonomisk belastning for helseforetakene.

---

<sup>64</sup> Prop. 83 L (2024–2025)

## **8. RISIKOOMRÅDER MED TILTAK**

Arbeidet med planlegging av oppbyggingen av et spesialisert rusbehandlingstilbud for barn og unge i spesialisthelsetjenesten har avdekket en rekke risikoområder og utfordringer som må adresseres for å sørge for et vellykket tilbud. Arbeidet innebærer en kompleks planlagt overføring av ansvarsområder fra barneverntjenesten, hvor det er tydelige definisjonsforskjeller mellom sektorene, spesielt knyttet til begrepene "omsorg" og "behandling". Spesialisthelsetjenesten klassifiserer i stor grad det barnevernet kaller behandling som omsorg, noe som normalt faller utenfor helsetjenestens oppgaver. Etablering av et spesialisert rusbehandlingstilbud for barn og unge kan påvirke eksisterende tjenester og skape uforutsette endringer. Planleggingen må derfor ta høyde for systemiske ringvirkninger og gjennomføres trinnvis og fleksibelt, med justeringer basert på erfaring og behov.

### **8.1. Kompleksiteten i målgruppen og behandlingsbehov**

Målgruppen for det nye tilbudet er unge med omfattende og sammensatte problemer, der rusmiddelbruk ofte utgjør en liten del av det totale bildet. Disse ungdommene har grunnleggende behov for å bygge tillit til voksne og systemer. Mange har lav motivasjon, begrenset selvinnsikt og lav oppmøtekompetanse, noe som kan gjøre et tradisjonelt poliklinisk tilbud ineffektivt. Det foreslås derfor robuste arenaflexible tilbud som kan tilbys der barnet eller den unge befinner seg.

### **8.2. Organisatoriske og innholdsmessige utfordringer**

For mange unge er komplekse hjemmeforhold, inkludert vold og overgrep, en del av problemet. Behandlingen må skje der ungdommen kan nyttiggjøre seg av den, i eller nær barnets omsorgsbasis. Kontinuitet i behandlingsrelasjonen er av stor betydning og må legges til rette for gjennom behandlingsforløpet.

Ved døgninnleggelse anbefales det at foreldre eller andre omsorgspersoner kan legges inn sammen med barnet.

### **8.3. Juridiske utfordringer**

Det knytter seg betydelige utfordringer til lovverket, særlig som følge av varslede endringer i Barnevernstjenestens (BVT) ansvar. Barnevernsloven er varslet endret og skal ikke lenger ha rusmiddelbehandlingsansvaret for barn under 18 år, noe som kan skape et gap i tjenestetilbudet.

PHBU og TSB gir i dag i stor grad elektive og frivillige tilbud, og økt bruk av tvang står i motsetning til sektorens prinsipper om frivillighet, tillit og god brukervedvirkning. Spesialisthelsetjenesten ønsker prinsipielt ikke økt bruk av tvang, heller ikke for barn og unge med rusmiddelproblemer.

Det eksisterende tvangslovverket innen rusmiddelbehandling (Helse- og omsorgstjenesteloven) er primært utformet for voksne. Det må vurderes om det er behov for et juridisk rammeverk tilpasset barn og unge, både for tilbakehold og hvordan et slikt rammeverk kan utformes.

Prosjektgruppen er særlig opptatt av spørsmål om samtykke og tvang ved inntak, oppstart og under behandling. Gruppen peker også på «tomrommet» som rapporten beskriver som en risiko dersom barnevernsloven endres uten at spesialisthelsetjenesten samtidig har et tilbud som fullt ut møter statlig barneverns mandat. Dette kan for eksempel oppstå dersom inntakskriteriene i spesialisthelsetjenesten har en annen innretning enn barnevernet. Ulik begrepsbruk mellom sektorene kan bidra til at viktige avklaringer og grenseflater ikke blir godt nok identifisert, utforsket og avklart. Det anbefales at disse forholdene løftes frem i iverksettingen av planen, da de både representerer risiko og mulige konsekvenser, og samtidig kan forstås som forutsetninger for etablering av tilbudet.

I tillegg til juridiske rammer finnes store organisatoriske og faglige forskjeller mellom barnevern og spesialisthelsetjenesten:

- Ulik praksis for tvungen institusjonsplassering.
- Ulik forståelse og praktisering av sentrale begreper og prinsipper som samtykke/frivillighet, taushetsplikt, lovverk, og begreper som «akutt», «omsorg» og «behandling».

Det pågår også et arbeid med styrking av tvangslovgivningen i barnevernet, som ved overføring til spesialisthelsetjenesten (som arbeider for reduksjon av tvang) kan medføre dilemmaer.

#### **8.4. Behov for strukturert samarbeid**

Ved oppbygging av nye tilbud ligger det en risiko for fragmentering av ansvar. Et effektivt tilbud krever strukturert samarbeid både innad i spesialisthelsetjenesten, imellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blant annet i helsefelleskapene, fastleger og andre kommunale tiltak, samt med eksterne instanser som politi, skole mv.

Det er i samarbeidet viktig at alle vet hvem som har hvilket ansvar, til hvilket tidspunkt. Ambulante team i spesialisthelsetjenesten vil følge opp i overgangene og tilby veiledning og kompetanse til andre kommunale tiltak.

#### **8.5. Ressurser og oppbygging av tjenestene**

Det påpekes at beregning av omfanget av målgruppe er et estimat basert på tilgjengelige data og inneholder usikkerheter. Beregningen av ressursbehov følger estimatet om målgruppens størrelse og inneholder dermed usikkerhet fra denne, i tillegg til usikkerhet knyttet til beregningsgrunnlaget for ressursbehov generelt. Det er viktig med en styrt og samordnet ned- og opptrapping av tjenestene.

Dersom ressursberegningen er for lav, innebærer det en risiko for at helseforetakene i stor grad vil basere seg på allerede utbygde tjenester, noe som kan føre til at eksisterende behandlingstilbud belastes med oppgaver i et omfang de ikke er rigget for.

For å lykkes med den nye strukturen må det erkjennes at en kvalitetsheving av tjenestene vil medføre økte kostnader, og det er nødvendig å tilføre tilstrekkelig ressurser.

## **8.6. Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning har vært godt ivaretatt i både prosjektgruppen og i styringsgruppen. På regionalt nivå finnes det imidlertid ikke ungdomsråd, og prosjektgruppen hadde et tydelig ønske om å involvere barn og ungdom som selv har mottatt hjelp for et alvorlig rusmiddelproblem. Det ble derfor tatt kontakt med relevant brukerorganisasjon, men som dessverre ikke hadde mulighet til å delta.

Prosjektgruppen vurderer at arbeidet med rapporten kunne hatt nytte av en tettere dialog med denne målgruppen underveis. I forankringsprosessen er det derfor planlagt orienteringsmøter med helseforetakenes ungdomsråd. Rapporten skal også behandles i regionenes brukerutvalg.

## 9. PLAN FOR IVERKSETTELSE

Plan for iverksettelse er utarbeidet på helseregionnivå for oppbygging av behandlingstjenester. Interregionale/nasjonale tiltak finnes på områder som kompetanseutvikling og endringer i utdanningsmålene for helseprofesjonsordningene. I planen inngår kompetanseutvikling, utarbeidelse av kompetanseplan og organisering. Planen beskriver arbeid med forankring og videre oppfølging utover de formelle forankringsorganer i de regionale helseforetakene.

I utviklingen av et spesialisert rusbehandlingstilbud for unge i den enkelte helseregion, må medvirkning fra ansatte og brukere inngå. Ungdom må involveres i planlegging og utforming av tilbudet gjennom etablerte medvirkningsarenaer, som ungdomsråd i helseforetak/sykehus, dialogmøter, referansegrupper eller høringsprosesser. Samarbeidet mellom PHBU og TSB må legge til rette for at ungdommens erfaringer og perspektiver blir med i beslutningsgrunnlaget. Dette bidrar til at tjenestene oppleves som meningsfulle for målgruppen, og styrker kvalitet og effekt av behandlingen.

Plan for iverksettelse - nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer:

Område	Tiltak	Ansvar	Når	Mål
<b>Forankring av planen</b>	1. Orienterere helseforetak gjennom etablerte utvalg og fora: fagdirektørmøte, helsefelleskap og klinikkdirektørmøte.	RHF/HF	2026 Q1-2	Nasjonal plan for utbygging av spesialisert rusbehandling er godt kjent i ledelsen, blant medarbeidere i PHBU og TSB og hos ungdomsrådene og samarbeidspartnere.
	2. Informere i allerede etablerte samarbeidsfora mellom RHF/HF og andre etater, inkludert Bufetat.			
	3. Behandle saken i regionale brukerutvalg.			
	4. Behandle saken i møter med konserntillitsvalgte og konsernverneombud i regionene.			
	5. Orienteringsmøte med ungdomsrådene.			
	6. Møte med HOD for avklaring av prinsipielle forhold.	RHF	Innen	
	7. Dialog mellom HOD og BFD for å sikre god sammenheng i regelverket.	RHF	16.05.2026	

Område	Tiltak	Ansvar	Når	Mål
<b>Kompetanseheving</b>  Ref. Meld. St. 5 (2024-2025) kapittel 9.5 og 10	8. Etablere samarbeid med Helsedirektoratet og Statsforvalter og eventuelt aktuelle kompetansetjenester for å legge plan for kompetanseheving både i spesialisthelsetjenesten og kommuner.	RHF	2026 Q1	Nasjonal kompetanseplan foreligger.  Det er tydelig hva som er nødvendig kompetanse.
	9. Utarbeide nasjonal plan for kompetanseheving.	Nasjonal kompetanseplan godkjennes i interregionalt fagdirektørmøte	2026 Q 4	Normerende produkt og diagnose- og veiledningsmateriell fra Helsedirektoratet er oppdatert.
	10. Hver PHBU-avdeling starter arbeidet med å bygge kompetanse på rusmiddelbruk så raskt som mulig.			PHBU har kompetanse på rusmidler og på hvordan problemfylt bruk av rusmidler kan arte seg for barn og unge.
	11. PHBU og TSB starter arbeidet med å bygge kompetanse på ambulant arbeid/ hjemmesykehus så raskt som mulig.			TSB har kompetanse på barn og unges utvikling og rusmiddelproblem hos barn og unge.
	12. Legge en plan for hospitering internt i HF og mellom HF og RHF og inn i barneverns institusjoner.			Ambulant arbeid, både akutt og på lengre sikt, er godt kjent.
	13. Følge opp innhold i kompetanseplan etter Konsensuskonferanse BufDir/Helsedirektoratet (2026). Samstemming av kompetanse i Bufetat og spesialisthelsetjenesten.			
<b>Org. strukturer</b>	14. Hvert HF må gjennomgå pasientforløp og avklare hvordan kapasitet og fagressurser best kan utnyttes i eget område for målgruppen.	HF	2026 Q 3-4	Hvert HF har en klar oppfatning av hvordan pasientforløpene vil flyte i eget HF, (samarbeid mellom PHBU og TSB).
	15. Skriftlige rutiner for nødvendig samarbeid mellom PHBU og TSB utarbeides.	HF	2026 Q3-4	Hvert helseforetak har skriftlige rutiner for samhandling mellom PHBU og TSB.
	16. Hver region avklarer antallet døgn-behandlingssteder og lokasjon (i rapporten anbefales at det blir lagt til ett sted per helseregion).	RHF/HF		Hver region har tilgjengelig behandlingstilbud inkludert døgnbehandlingstilbud med sikte på kortere innleggelse for avrusing.
	17. Indikasjon for døgnbehandling, utover avrusing, må utarbeides.	RHF/HF/Nasjonalt?		Det er tydelig hva som er indikasjon på innleggelse i døgn i et regionalt tilbud vs. en lokal enhet.

Område	Tiltak	Ansvar	Når	Mål
<b>Kapasitet - personell</b>	18. Hver region i samarbeid med hvert HF kartlegger hva som finnes av behandlingstjenester og personell.	RHF/HF	2026 Q 2-3	Det er klart for alle helseforetak hva som må bygges opp av tjenester.
	19. Hver region i samarbeid med hvert HF utarbeider en gapanalyse på hva som bygges opp av tjenester og hva som må rekrutteres av personell.	RHF/HF	2026 Q3-4	
	20. Hver region utarbeider en regional plan for å bygge opp kapasitet		2027/2028	RHF/HF har fått øremerka midler til å bygge opp tjenester.
	21. Lyse ut stillinger og etablere nye behandlingstilbud.		2027/2028	Finansiering av behandlingsintervensjoner understøtter det utstrakte samarbeidet som det legges opp til mellom ulike spesialiteter.
<b>Kapasitet - areal/-fysiske strukturer</b>	22. Hver region i samarbeid med aktuelt helseforetak avklarer behov for oppbygging av fysiske lokaler til døgnbehandlingsplasser.		2026 Q4	Det er klart for aktuelle helseforetak hva som må bygges opp av fysiske strukturer for å ta imot ny målgruppe.
	23. Hver region i samarbeid med hvert helseforetak avklarer behov for areal til poliklinikk/kontor.		2027/2028	RHF/HF har fått midler til å bygge opp tjenester.
	24. Bygge opp nye tilbud.			
<b>Samarbeidsstrukturer</b>	25. Utarbeide regionale og lokale strukturer for samarbeid (se modeller fra andre regioner).		2027	Det finnes etablerte samarbeidsstrukturer på overordnet og lokalt nivå og mellom tjenesteytere.
	26. Avklare ansvar med tilgrensede tjeneste, Bufetat og kommunale etater.		2027	Ansvar for «hvem gjør kva når» er tydelig og avklart.

## 10. OPPSUMMERING - PROSJEKTGRUPPENS ANBEFALINGER

<b>Tema</b>	<b>Kort oppsummering/anbefaling</b>
Mål	Etablere et helhetlig, tilgjengelig og faglig spesialisert behandlingstilbud i alle regioner for barn og unge med rusmiddelproblemer (0-18 år, ev. opp til 23 år).
Hovedansvar	Legges til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal inngå i pasientforløp og bidra der det er hensiktsmessig.
Poliklinikk	Tilbyr utredning og behandling i alle helseforetak, forankret i PHBU. Familieinvolvering og digitale løsninger inkluderes.
Ambulante tjenester	Arenafleksible team med ulik intensitet.
Døgnbehandling inkl. avrusning	Egen kapasitet for barn/unge. Mulighet for foreldreinnleggelse. Minst ett avrusningstilbud per region.
Regionale tilbud	Kompetansenettverk og spesialiserte døgntilbud. Interregionalt samarbeid kan vurderes for lavvolumtjenester for spesielt komplekse eller ressurskrevende tilstander.  Samiske barn/unge ivaretas via eksisterende nasjonale strukturer.
Samarbeid	Krever tett samarbeid mellom PHBU, TSB, kommuner og barnevern. Helsemyndighetene bør gi styringssignaler om at målgruppen inkluderes i aktuelle reformprosjekter.
Iverksettelse	Nasjonale tiltak for kompetanse, utdanning og fagutvikling. Regionale planer for oppbygging av behandlingstjenester.