

## **Skriftlig høring fra FFHR Foreningen For Helhetlig Ruspolitikk**

**Høring:** Statsbudsjettet 2027 (kapitler fordelt til helse- og omsorgskomiteen)

**Innspillsdato:** 19.10.2026

### **FFHR - Statsbudsjettet 2027 må sikre integrert ettervern og helhetlig rusarbeid**

#### **Høringsinnspill til statsbudsjettet 2027**

Til Stortingets helse- og omsorgskomite

FFHR – Foreningen for helhetlig ruspolitikk

19. oktober 2026

**FFHR ber komiteen sikre særskilt finansiering av integrert ettervern, undersøke hva omleggingen til frie kommunale midler betyr for rusarbeidet, og styrke bruker- og pårørendemedvirkningen. Regjeringen må kunne vise at bevilgningene gir sammenhengende hjelp og bedre liv for dem tilbudene er til for.**

Vi er en bruker- og pårørendeorganisasjon som arbeider med samhandling, erfaringskompetanse og oppfølging før, under og etter behandling. Gjennom arbeidet den siste tiden har vi særlig utfordret brudd i relasjoner og ansvar, manglende finansiering av ettervern og avstanden mellom ambisjoner om medvirkning og muligheten til å påvirke i praksis.

FFHR støtter satsingene på rusbehandling for barn og unge og tilgjengelige lavterskeltilbud. Samtidig er vi kritiske til et budsjett som svekker deler av oppfølgingen og kunnskapsgrunnlaget som slike satsinger er avhengige av. Komiteen må kreve at regjeringen dokumenterer tilgjengelig hjelp og tilstrekkelig finansiering før reformer og vedtak regnes som gjennomført.

#### **1 Finansier integrert ettervern i hele forløpet**

I budsjettforslaget anser regjeringen Stortingets vedtak om integrert ettervern som fulgt opp. Det vises blant annet til oppdrag til helseforetakene og 50 millioner kroner bevilget i 2024 til døgntilbud og integrert ettervern. [1] FFHR mener komiteen må kreve dokumentasjon på hva som faktisk er etablert, hvem som får tilbudet, og hvilke ressurser gjennomføringen krever.

Ettervern må planlegges før innleggelse og utvikles gjennom behandlingen sammen med den enkelte. Oppfølgingen må være klar ved utskrivning. En samarbeidsmodell har begrenset verdi hvis kommunen mangler kapasitet, koordinatoren ikke har tid, eller det ikke finnes et tilgjengelig tilbud å koble personen til.

Det må settes av særskilte, øremerkede midler i 2027 til innføring og drift av integrert ettervern. Finansieringen må omfatte kommuner og spesialisthelsetjeneste og gi rom for avtalte bidrag fra ideelle, frivillige og brukerstyrte tilbud. Den må støtte varig oppfølging og gi ansatte tid til å samarbeide på tvers av tjenestene.

Vi ber om en kostnadsberegnet nasjonal plan med ansvarlige aktører, frister og rapportering til Stortinget. Planen må omfatte kontinuitet i kontaktperson og koordinator, bolig, aktivitet, arbeid eller utdanning, pårørendeinvolvering der dette er ønsket, og tilgang til brukerstyrte plasser. En overgang til ny tjeneste må innebære at ansvar er overtatt, at den enkelte vet hvem som følger opp, og at hjelpen er tilgjengelig.

Minstestandarder må forplikte tjenestene. Manglende plan, ambivalens, tilbakefall eller vansker med å møte til avtaler må utløse vurdering av mer tilpasset hjelp. Dette må ikke bli begrunnelser for å skyve personen ut av forløpet. En nasjonal minstestandard må heller ikke brukes som begrunnelse for å redusere velfungerende tilbud.

Komiteen bør be om en første gjennomføringsrapport senest i revidert nasjonalbudsjett 2027. Rapporten må vise hvilken oppfølging pasientene får etter utskrivning, inkludert brukerstyrte plasser og håndtering av brudd. Det avgjørende er om tjenesten virker for den enkelte.

## **2 Undersøk hva som skjer med rusarbeidet i kommunene**

Tilskuddet til kommunalt rusarbeid under kap. 765, post 62 ble innlemmet i kommunenes rammetilskudd i 2026. Budsjettet oppgir 374 tiltak i 233 kommuner og bydeler i 2025, hvorav 230 planlegges videreført i ordinær drift og 43 avvirket. [2] Tallene gir ikke en evaluering av omleggingen eller en fullstendig redegjørelse for alle tiltakene.

FFHR er bekymret for om midler som tidligere var øremerket rusarbeid, blir borte i kommunenes samlede prioriteringer. Vi har ikke grunnlag for å si at omleggingen har forårsaket de oppgitte avviklingene. Nettopp derfor må komiteen kreve en undersøkelse av hva som faktisk skjer, kommune for kommune.

Frie midler gir kommunen større handlingsrom. De gir samtidig mindre innsyn i om den nasjonale prioriteringen av rusfeltet blir fulgt. Regjeringen kan ikke legge til grunn at en økning i frie inntekter gir en tilsvarende styrking av rusarbeidet uten å undersøke tilbudene innbyggerne mottar.

Gjennomgangen må vise endringer fra før omleggingen i bemanning, tilgjengelighet, ventetid, oppsøkende arbeid, erfaringskonsulentstillinger og oppfølging etter behandling. Den må avklare om tiltak er videreført med samme kapasitet, redusert, slått sammen eller lagt ned. Lokale bruker- og pårørendeorganisasjoner må involveres, slik at kommunenes rapportering kan sammenholdes med erfaringene til dem som trenger hjelpen.

Vi ber komiteen kreve en offentlig, kommunevis oversikt og en vurdering av konsekvensene for ulike brukergrupper senest i revidert nasjonalbudsjett 2027. Der tilbud er svekket, må regjeringen legge frem korrigerende tiltak. Gjeninnført øremerking må vurderes dersom frie rammer ikke sikrer nødvendig rusarbeid. Stortinget må få et grunnlag for å vurdere om omleggingen oppfyller hensikten.

### **3 Gi brukere og pårørende reell innflytelse**

Kap. 765, post 71 foreslås videreført uten prisjustering. [2] FFHR mener dette svekker organisasjonenes kapasitet når kostnadene øker. Dersom bruker- og pårørendeorganisasjoner skal delta i utvikling, innføring og evaluering av tjenestene, må tilskuddene dekke dette arbeidet.

Brukermedvirkning krever mer enn en invitasjon til et møte. Representanter trenger opplæring, forberedelsestid, tilgjengelige saksdokumenter og mulighet til å hente inn og formidle erfaringer fra flere enn seg selv. Tjenestene må sette av penger til honorar, reise, nødvendig tilrettelegging og oppfølging av innspill.

Brukere og pårørende må involveres når mandat, mål og prioriteringer fastsettes. De må kunne påvirke utforming av tjenester, anskaffelser og evalueringer. Det må være synlig hvilke innspill som er tatt inn, og uenighet må fremgå når den består. En brukerrepresentant i en arbeidsgruppe er ingen dokumentasjon på at alle brukere støtter konklusjonene.

Vi ber komiteen sikre lønns- og prisjustering av tilskuddene og egne ressurser til gjennomføring av de nasjonale faglige rådene om bruker- og pårørendemedvirkning. [4] Nye reformer og omorganiseringer må ha en finansiert plan for medvirkning. Organisasjonenes mulighet til å fremme kritikk må ivaretas, også når de samarbeider tett med offentlige tjenester.

### **4 Styrk erfaringskompetanse og undersøk lav måloppnåelse**

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse foreslås kuttet med fem millioner kroner. Den separate tilskuddsordningen for erfaringskompetanse videreføres med 4,1 millioner, samtidig som måloppnåelsen vurderes som lav. [2] Dette gjelder to ulike ordninger, som må vurderes hver for seg.

FFHR ber komiteen reversere kuttet til senteret. Arbeidet med å innhente, systematisere og formidle bruker- og pårørendeerfaringer må ha forutsigbare rammer. Ved omorganisering av kompetansemiljøene må regjeringen sikre at denne kunnskapen beholder sin faglige tyngde og sin mulighet til å utfordre tjenestene.

Lav måloppnåelse i tilskuddsordningen må føre til en åpen gjennomgang av hva som hindrer resultater. Er mål og tildelingskriterier hensiktsmessige? Treffer ordningen miljøene som kan bidra til rekruttering, kvalifisering og ansettelse? Er midlene tilstrekkelige, og måles de resultatene ordningen er ment å oppnå? Brukerorganisasjoner, erfaringskonsulenter og arbeidsgivere må delta i gjennomgangen.

Erfaringskompetanse må følges av tydelige roller, lønnede stillinger, veiledning og kompetanseutvikling. Vi ber om at offentlige oppdrag og anskaffelser i større grad stiller krav til hvordan erfaringskompetanse inngår i bemanning og kvalitetsarbeid. Det må finnes flere veier inn i slike roller, med kvalitet i opplæringen og tilrettelegging for mennesker med ulike bakgrunn. Ansatte erfaringskonsulenter og uavhengige brukerrepresentanter har ulike funksjoner som begge må ivaretas.

## **5 Sikre samtidig hjelp ved rus og psykiske lidelser**

Rusbehandling, psykisk helsevern og somatiske tjenester må kunne behandle samtidige behov.[3] Det må være tydelig hvem som tar ansvar når flere tjenester er involvert eller er uenige om hvor personen hører til. Personer med sammensatte utfordringer må ikke bli sendt mellom tjenester som hver for seg vurderer dem som utenfor sin målgruppe.

Dette gjelder også tilgang til utredning av blant annet ADHD, traumer og kognitive vansker. Helsedirektoratets nasjonale pasientforløp legger opp til utredning også når pasienten ikke klarer å avstå fra rusmidler i utredningsfasen, med faglig tilpasset tolkning og ny vurdering der det er nødvendig. [5] Det må settes av kapasitet til slik utredning. Rusmiddelbruk må ikke i seg selv bli en standardbegrunnelse for å stanse avklaring av andre hjelpebehov.

Vi ber om at regjeringen følger opp avvisninger, behandlingsavbrudd og manglende ansvarsovertakelse mellom tjenestene. Oppsøkende og tverrfaglige tilbud må være tilgjengelige for personer som trenger dem. De må samtidig inngå i et samlet tilbud med boligoppfølging, behandling og praktisk støtte som kan vare over tid.

## **6 Bevar behandlingsbredde og finansier samhandling**

FFHR mener mennesker med rusutfordringer må få reelle valg mellom faglig forsvarlige behandlingsformer. Legemiddelbehandling må kunne kombineres med samtalebehandling, sosialfaglig oppfølging, aktivitet og støtte til å bygge en fungerende hverdag. Tilbudet må ta

utgangspunkt i den enkeltes behov og mål, med informasjon som gjør samvalg mulig.

Anskaffelser og avtaler må ivareta behandlingsbredde, nødvendig varighet, kvalitet i bemanningen og sammenheng med ettervern. Bruker- og pårørendemedvirkning og bruk av erfaringskompetanse må etterspørres og følges opp i avtalene. Ved nedlegging eller endring av tilbud må konsekvensene for pasientene og kontinuiteten i behandlingen vurderes før endringen gjennomføres.

ISF-andelen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling foreslås økt fra 25 til 30 prosent. Dette er en omfordeling fra basisbevilgningene. [2] Komiteen må undersøke hvordan finansieringen virker for pasienter som trenger langvarig hjelp, oppsøkende arbeid og samarbeid mellom flere tjenester.

Vi ber om at finansieringen gir tilstrekkelig rom for koordinering, samarbeidsmøter, kontakt med pårørende og oppfølging når personen ikke møter. Slike oppgaver må inngå i planleggingen av kapasitet og ressursbruk. Effekten av finansieringsendringer må vurderes ut fra kvalitet og sammenheng i forløpene, i tillegg til aktivitet og ventetid.

## **7 Sikre ideelle tilbud og oppfølging i hverdagen**

De tre tilskuddsordningene for ideelle institusjons-, aktivitets- og oppfølgingstilbud under kap. 765, post 72 reduseres samlet med 11 millioner kroner. Midlene flyttes til nærklinikk og brukerstyrte hus. [2] Vi støtter utvikling av slike tilbud, men ber om at de finansieres uten å redusere rammen for de øvrige ordningene.

Aktivitet, fellesskap og praktisk støtte må inngå i et sammenhengende tilbud før, under og etter behandling. Det må finnes steder å komme til, mennesker å bygge relasjoner med og hjelp til utfordringer som står i veien for deltakelse. Lav terskel må bety at det er mulig å få kontakt og komme i gang, også når livet er uoversiktlig.

Tilskuddsordningene må samlet gi rom for sammenhengende tilbud. Aktører som kombinerer aktivitet, likepersonsarbeid og individuell oppfølging, trenger tydelig veiledning om hvilke ordninger som dekker de ulike delene, og hvordan disse kan finansieres uten dobbeltdekning. Det bør være mulig å søke flerårig støtte og få avklaring i tide til å beholde ansatte og planlegge tilbudene.

Vi ber komiteen reversere reduksjonen og sikre mer forutsigbare rammer for ideelle, frivillige og brukerstyrte tilbud. Samarbeidet med offentlige tjenester må avklare ansvar og finansiering. Kommuner og helseforetak må ha tilstrekkelig kapasitet til å oppfylle sitt ansvar, også når frivillige og ideelle bidrar.

## **8 Prioriter overdoseforebygging og helsehjelp i praksis**

Budsjettforslaget reduserer bevilgningen til overdosearbeidet med én million kroner. [2] FFHR ber komiteen reversere reduksjonen og sikre finansiering av gjennomføringen av overdoseforebyggende tiltak lokalt. En handlingsplan må følges av kapasitet til å nå mennesker som er utsatt.

Forebygging, skadereduksjon, behandling og ettervern må vurderes samlet. Mennesker trenger ulik hjelp på ulike tidspunkter. Komiteen må kreve at forslag om å flytte midler mellom disse områdene begrunnes med behov, forventet nytte og konsekvenser for brukerne. En helhetlig ruspolitikk må finansiere innsatsen i hele forløpet.

Oppfølging ved utskrivning fra behandling, løslatelse og etter en overdose må prioriteres. Det må være tydelig hvem som tar kontakt, hvordan hjelpen kobles sammen, og hva som skjer hvis personen ikke møter. Vi ber om ressurser til oppsøkende arbeid, nødvendig kompetanse og tilgjengelige forebyggende tiltak tilpasset ulike brukergrupper.

Somatisk helse og tannhelse må inngå i oppfølgingen på rusfeltet. Den enkelte må få hjelp til å avklare behov, bestille time og gjennomføre behandling når det er nødvendig. Kostnader og praktiske hindringer må vurderes som del av forløpet.

Retten til offentlig tannhelsehjelp for personer med rusmiddelavhengighet er knyttet til bestemte tjenester og vilkår. [6] Komiteen bør be regjeringen undersøke om organisering av kommunale lavterskeltilbud uten enkeltvedtak skaper uklarhet om dokumentasjon og tilgang til tannhelsehjelp. Personer med tilsvarende behov må få rettighetene sine avklart uavhengig av kommunens organisasjonsmodell. Vi ber om tydelig veiledning til kommuner og fylkeskommuner og tiltak der mennesker faller mellom ordningene.

## **9 Gi pårørende og barn som pårørende nødvendig støtte**

Pårørende må møtes som personer med egne behov for informasjon, støtte og avlastning. Der den enkelte ønsker det, må de involveres i planlegging og oppfølging. Samtidig må tjenestene kunne gi generell veiledning og støtte til pårørende innenfor gjeldende regler, også når det er begrensninger på deling av pasientopplysninger.

Vi ber om at finansieringen av integrert ettervern og andre forløp også omfatter arbeid med pårørende. Tjenestene må ha tid og kompetanse til å avklare ønsker, samarbeid og ansvar. Familien skal kunne være familie, uten å måtte overta koordineringen når offentlige tjenester ikke samarbeider.

Barn som pårørende må få tilpasset informasjon, oppfølging og tilgang til trygge arenaer. Regjeringen må vise hvordan satsingene når disse barna. Tilbud til unge med egne rusutfordringer må samtidig planlegge overgangen til voksentjenestene og sikre sammenheng med familie, skole og lokalmiljø. Hjelpen må følge behovet gjennom overgangen ved 18 år.

## **10 Mål om hjelpen gir bedre liv**

Regjeringen må rapportere på om mennesker får hjelp som de opplever som nyttig, og om tilbudene gir bedre kontinuitet og livskvalitet. Dette krever systematiske tilbakemeldinger fra brukere og pårørende, inkludert dem som avbryter eller ikke kommer inn i tilbudene.

Vi ber om at evalueringer undersøker trygghet, relasjoner, bolig, meningsfull aktivitet, arbeid eller utdanning og innflytelse over egen oppfølging. Slike vurderinger må brukes til å tilpasse hjelpen og forbedre tjenestene. Bruker- og pårørendeorganisasjoner må delta i valg av hva som måles og i tolkning av resultatene. [4]

Digitale verktøy kan støtte dette arbeidet, men det må også finnes tilgjengelige måter å delta på uten digitale ferdigheter. Språk, kultur, kognitive vansker og funksjonsnedsettelse må tas hensyn til. Komiteen må etterspørre hvem tilbudene ikke når, og hvilke endringer som trengs for å gi likeverdig tilgang.

### **FFHR ber komiteen prioritere følgende**

1. Sikre særskilte, øremerkede midler i 2027 til innføring og drift av integrert ettervern, med en kostnadsberegnet plan for ansvar, kontinuitet og brukerstyrte plasser.
2. Kreve en kommunevis gjennomgang av rusarbeidet etter omleggingen til frie midler, med rapportering senest i revidert nasjonalbudsjett 2027 og korrigerende tiltak der tilbud er svekket.
3. Lønns- og prisjustere tilskuddene til bruker- og pårørendeorganisasjoner og finansiere gjennomføringen av nasjonale råd om medvirkning.
4. Reversere kuttet til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse og gjennomgå innretning, kriterier og måloppnåelse i den separate tilskuddsordningen for erfaringskompetanse.
5. Sikre finansiert oppfølging av Riksrevisjonens funn om ROP-gruppen og kapasitet til samtidig utredning og behandling av rus og psykiske lidelser.
6. Reversere reduksjonen i tilskuddsordningene for ideelle institusjons-, aktivitets- og oppfølgingstilbud, og gi tilbudene mer forutsigbare rammer.
7. Reversere reduksjonen i overdosearbeidet og prioritere oppfølging i sårbare overganger samt reell tilgang til somatisk helsehjelp og tannhelsehjelp.

8. Sikre at finansiering og anskaffelser ivaretar behandlingsbredde, erfaringskompetanse, pårørende og samhandling, og at kvalitet måles med utgangspunkt i brukernes behov og erfaringer.

Komiteen har mulighet til å forplikte regjeringen på hva innbyggerne faktisk skal få. FFHR ber om et budsjett som gir tjenester og organisasjoner ressurser til å gjennomføre vedtakene, og som gjør det mulig å etterprøve om hjelpen blir bedre.

Henrik Larsen  
Daglig leder i FFHR

## Kilder

[1] Prop. 1 S (2026–2027), Helse- og omsorgsdepartementet, del 1, omtalen av vedtak 628 (2023–2024) om integrert ettervern.

[2] Samme proposisjon, del 2, kap. 732 om finansiering og kap. 765, post 21, 62, 71, 72 og 74.

[3] Riksrevisjonen, Dokument 3:5 (2024–2025), om helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser.

[4] Helsedirektoratet, nasjonale faglige råd om bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet, individnivå.

[5] Helsedirektoratet, nasjonalt pasientforløp for rusbehandling TSB, utredning i spesialisthelsetjenesten.

[6] Helsedirektoratet, Tannbehandling til personer med rusmiddelavhengighet, oppdatert 2. juli 2026.

Tilbake

Send

Dette nettstedet er beskyttet av reCaptcha, se [Googles personvern](#) og [vilkår](#).

Regler om dokumentoffentlighet for Stortinget. Forvaltningsloven 13 (Taushetsplikt)

Stortinget  
Postboks 1700 Sentrum  
0026 Oslo  
Sentralbord: 23 31 30 50

Ansvarlig redaktør: Mona Mortensen Krane  
Nettredaktør: Lars Henie Barstad