

Rus- og avhengighetsbehandling 2035

En fremtidsstudie



Oppsummering

Dette dokumentet oppsummerer arbeidet med prosjektet «Rus- og avhengighetsbehandling 2035». Prosjektet har arbeidet gjennom våren 2023 for å identifisere viktige trender innenfor rus- og avhengighetsfeltet. Prosjektet er i regi av Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (NK-TSB), og er gjort i samarbeid med konsulent- og analyseselskapet inFuture.

Et mål i fremtidsstudien har vært å identifisere den «strategiske blindsonen». Det vil si identifisering av hvilke trender som blir viktige i årene som kommer, men hvor dagens beredskap for å møte dem er lav. Med beredskap mener vi strategier, planer og tiltak som utnytter mulighetene og/eller forsvarer oss mot utfordringene som ligger i trendene.

Vurderingen av hvilke trender som er i den strategiske blindsonen er i denne fremtidsstudien basert på tilbakemeldinger fra mer enn 240 deltakere fra rus- og avhengighetsfeltet. Deltakerne fikk presentert ti trender (i tre ulike fremtidssamlinger) utarbeidet av prosjektet gjennom et bredt sett analyser og dybdeintervjuer, og vurderte hver enkelt trends viktighet og hvor beredt rus- og avhengighetsfeltet er til å møte den. Basert på disse tilbakemeldingene ble det funnet åtte trender som ble ansett å være i den strategiske blindsonen. Disse trendene fordelt på to ulike tema er:

Tema 1: Bruk. Utviklingen viser nye former for avhengigheter muliggjort av digitalisering. Det blir også nye typer rusbrukere etter hvert som nordmenn får et mer liberalt forhold til rusmidler. De tre trendene innenfor den strategiske blindsonen for tema "bruk" er:

Et mer liberalt syn på rus

Nordmenn får gradvis et mer liberalt forhold til rusmidler. Tilgang til rusmidler øker. Politikk og lovverk følger etter.

De nye gamle rusbrukerne

Befolkningen blir eldre. Eldre drikker mer, bruker mer legemidler og utgjør en større del av dem som har en risikofylt rusmiddelbruk.

Digitalisert avhengighet

Digitalisering bidrar til økt tilgang på rusmidler, samt nye former for avhengigheter.

Tema 2: Behandling. Utviklingen trekker i retning mot et sterkere behov for prioritering etter hvert som ressursene blir knappere enn før. Det vokser også frem nye muligheter til behandling både fra digitalisering, men også gjennom økt tilgang til informasjon og kunnskap. De fem trendene innenfor den strategiske blindsonen for tema "behandling" er:

Sterkere prioritering av ressursene

Større press på økonomi og personell. Det blir slutt på mer ressurser for å svare ut økt behov. Det blir større krav til kostnadseffektivitet.

Digitale muligheter i vekst

Stort potensial i digitalisering og kunstig intelligens i alle helsetjenestens oppgaver fra forskning til behandling og oppfølging av pasienter.

Fremtidens kunnskapsbaserte behandling

Sterkere fokus på det som virker når det blir større kamp om ressursene. Da blir det viktigere å lykkes godt med dokumentering av kunnskap, samt anvende kunnskapen effektivt.

Pasienten i sentrum

Pasienten får en større rolle i egen behandling. Ny teknologi og nye metoder åpner for mer individuell behandling. Det kan påvirke finansieringen av tjenestene.

Samarbeid på tvers blir viktigere

Avhengighetsutfordringer henger sammen med både psykisk og somatisk helse, men det har også en bredere konsekvens for individ og samfunn. Nye former for samarbeid møter utviklingen.

I denne rapporten beskrives først metoden benyttet i fremtidsstudien. Deretter presenteres hver enkelt trend i den strategiske blindsonen for fremtidens rus- og avhengighetsbehandling.

Fremtidsstudien er ment å være et underlag for strategiske veivalg, basert på dialog og prosesser med aktører innenfor fagfeltet. Det har ikke vært prosjektets mandat å gi konkrete råd om hvordan de ulike trendene best kan møtes.

Arbeidet med denne rapporten ble avsluttet september 2023. Prosjektet ønsker å takke alle bidragsytere til prosjektet, både de som deltok på fremtidssamlingene og i møter med inFuture og prosjektgruppen.

Innhold

| | |
|---|----|
| Oppsummering..... | 2 |
| Innhold | 4 |
| Metodebeskrivelse | 5 |
| Trendanalysen | 5 |
| Fremtidsprosessen | 6 |
| Evaluering av trendene..... | 8 |
| Beskrivelse av trender for tema «Bruk» | 10 |
| Trend 1.1 Et mer liberalt syn på rus..... | 11 |
| Trend 1.2 De nye gamle rusbrukerne | 12 |
| Trend 1.3 Digitalisert avhengighet..... | 14 |
| Beskrivelse av trender for tema «Behandling» | 15 |
| Trend 2.1 Sterkere prioritering av ressursene | 16 |
| Trend 2.2 Digitale muligheter i vekst..... | 18 |
| Trend 2.4 Fremtidens kunnskapsbaserte behandling..... | 20 |
| Trend 2.5 Pasienten i sentrum..... | 22 |
| Trend 2.6 Samarbeid på tvers blir viktigere..... | 23 |
| Kildeliste | 25 |
| Vedlegg..... | 30 |
| Deltakere i prosjektet | 31 |



Vi har benyttet en forskningsbasert metode i kombinasjon med mer enn 20 års praktisk erfaring med fremtidsstudier. Viktige deler av forskningsunderlaget for metoden er beskrevet i kapittelet «Creating actionable future narratives», i den fagfelleverderte boken «Innovating for trust» (1).

En fremtidsstudie skal bidra til fremtidsforståelse. Den skal identifisere hvor fremtiden forventes å bli forskjellig fra nåtiden, og hvor vi ikke i tilstrekkelig grad har tatt høyde for denne endringen i dagens strategier, planer og tiltak. Fremtidsstudien skal hjelpe oss med å identifisere hva vi må begynne å gjøre annerledes allerede i dag, for å møte fremtiden på best mulig måte. Et viktig verktøy i fremtidsstudier er derfor den strategiske blindsonen. Den strategiske blindsonen omfatter trendene som blir viktige i årene som kommer, men hvor dagens beredskap er lav. Med beredskap mener vi strategier, planer og tiltak som utnytter mulighetene og/eller forsvaret oss mot utfordringene som ligger i trendene. Vi har dermed den strategiske blindsonen når beredskapen for å møte viktige trender er lav.

Fremtidsstudier skal tilfredsstillende to motstridende krav. På den ene siden skal de utfordre forutgående antagelser. Dette er viktig både for at analysen skal bidra til ny innsikt, og for å unngå uheldig stivhengighet, der beslutningene om fremtiden er avhengige av beslutninger som er tatt i fortiden. Det vil kunne gi ugunstige utfall, dersom omstendighetene er endret. Aktørene innen en hvilken som helst sektor vil naturlig nok vektlegge de perspektivene som er viktige for dem. Deres erfaringer med fortidens beslutninger vil dermed dominere deres antagelser om fremtiden.

Fremtidsstudien må dermed være kreativ og samtidig underbygget analytisk, for å kunne utfordre implisitte antagelser og vanetenking. På den annen side skal fremtidsstudien være knyttet til eksisterende fagkunnskap og sektorens erfaringer. Arbeidet i fremtidsstudien må dermed trekke eksplisitt på denne kompetansen. Metoden for fremtidsstudien består derfor av to hoveddeler: trendanalysen og fremtidsprosessen.

Trendanalysen

Nasjonal kompetansetjeneste TSB etablerte en prosjektgruppe som har satt de tematiske rammene (omfanget) for trendanalysen. For å avgrense analysen til en håndterbar størrelse er noen tema holdt utenfor studien, selv om disse også vil ha innflytelse på rus- og avhengighetsfeltet. Ett slikt tema er bærekraft.

Det ble gjennomført dybdeintervjuer med sentrale ledere og fagpersoner for å få tilbakemeldinger på hvilke trender som var relevante for prosjektet. Intervjuene danner utgangspunkt for en omfattende gjennomgang av relevant litteratur. Det er gjennomgått forskning, statistikk, rapporter, analyser, artikler og andre typer underlagsdokumenter.

Underveis i arbeidet har inFuture og prosjektgruppen hatt flere møter. Diskusjonene og innspillene fra arbeidsmøtene har gitt stor verdi i prosjektet. Vedlegget «Deltakere i prosjektet» gir oversikt over bidragsytere.

Ut av dette rike kildematerialet har vi avdekket ti trender innenfor to tema:

| Bruk | Behandling |
|---|--|
| 1.1 Et mer liberalt syn på rus | 2.1 Sterkere prioritering av ressurser |
| 1.2 De nye gamle rusbrukerne | 2.2 Digitale muligheter i vekst |
| 1.3 Digitalisert avhengighet | 2.3 Medikamentell behandling i vekst |
| 1.4 Mer komplekse sosioøkonomiske russammenhenger | 2.4 Fremtidens kunnskapsbaserte behandling |
| | 2.5 Pasienten i sentrum |
| | 2.6 Samarbeid på tvers blir viktigere |

Trendanalysen skal gi ny innsikt som er underbygget med fakta, og avdekke områder hvor det kan være behov for endring. Det er dermed en rekke krav til en god trendanalyse:

- Trendene bør ikke være så velkjente at de allerede er hensyntatt i eksisterende strategier og tiltak.
- Trendene bør ikke være så kreative og spekulative at de ikke kan underbygges med analyse og konkrete fakta. Spekulative trender kan være stimulerende å diskutere, men når de reelle prioriteringene skal gjøres, vil endring basert på trendene likevel ikke realiseres. Dette fordi de ikke lar seg underbygge med fakta.
- Trendene bør ikke være for overordnet beskrevet. Store megatrender som for eksempel globalisering og rask teknologisk utvikling er viktige, men deres svært overordnede beskrivelse gjør det mer krevende å identifisere tiltak for å møte trendene.
- Trendene bør som regel ikke være begrenset til enkeltteknologier. Det er mer formålstjenlig om analysen tar utgangspunkt i endringer som teknologien bidrar til, snarere enn teknologien i seg selv. Tilsvarende er det mer hensiktsmessig å se på utviklingstrekk på tvers av områder i helse- og omsorgssektoren enn innad i hver enkelt delsektor.

Fremtidsprosessen

Trendanalysen representerer destillatet av hva litteraturgjennomgangen har vist. Selv om trendanalysen har et rikt kildemateriale, er det viktig å teste trendene på en bred og sammensatt gruppe mennesker med kompetanse innen rus- og avhengighetsbehandling.

Vi avholdt tre fremtidssamlinger. En fysisk samling på Sentralen i Oslo 12. april 2023, og to digitale samlinger 13.–14. april. Til sammen var det over 240 deltakere. Fremtidssamlingene var åpne for alle aktører og enkeltpersoner som er engasjert i rus- og avhengighetsfeltet. Invitasjoner ble sendt ut bredt og informert om på Nasjonal kompetansetjeneste TSBs nettside, nyhetsbrev til ledere, ulike arrangementer for rusfeltet og sosiale medier. For å sikre deltakelse fra hele landet ble det gjennomført samlinger både fysisk og digitalt.

Deltakere på fremtidssamlingene var i stor grad ledere (51 %) med variert faglig bakgrunn (eks. sykepleiere, sosionomer og psykologer). Lang erfaring i arbeidslivet var et fellestrekk for deltakerne, hvor omtrent 60 % hadde mer enn 12 års yrkeserfaring. Høy deltakelse av erfarne ledere var ønsket for å sikre deres innsikt i overordnede utfordringer for drift og utvikling. Brukere, forskere og klinikere var

også godt representert i samlingene. Det var en overvekt av deltakere som har sitt arbeidssted i spesialisthelsetjenesten.

Under trendsamlingene har hver enkelt deltaker gitt sin individuelle vurdering av trendene, der hensikten har vært å avdekke den strategiske blindsonen. Med det menes de trendene som deltakerne vurderer blir viktige for rus- og avhengighetsbehandlingen i Norge frem mot 2035, men hvor beredskapen for trendene i dag er lav. Trendene i blindsonen vil dermed representere de utviklingstrekkene som dagens politikk og eksisterende strategier ikke hensyntar i tilstrekkelig grad.

Noen trender er lettere å like enn andre. En trend skal likevel ikke vurderes ut ifra om man liker den eller ikke, men basert på hvorvidt man vurderer at den blir viktig fremover eller ikke¹.

Når den strategiske blindsonen foreligger bidrar det til bedre fremtidsforståelse. Vi har dermed fått et grunnlag for å gjøre strategiske veivalg. Dette er veivalg som bidrar til at vi kan utnytte mulighetene som ligger i de prioriterte trendene og/eller forsvare oss mot utfordringene.

For å sikre at hver deltaker får gitt sin individuelle vurdering, uten å bli overstyrt av andre, har vi benyttet digital² trendevaluering. Dette sikrer at hver deltaker kan gi sitt syn anonymt, og at den enkeltes vurderinger er uavhengig av hva andre deltakere mener. Denne delen av metoden bygger på prinsippene om massenes visdom. Studier viser at den samlede vurderingen en større mengde uavhengige deltakere gjør, har bedre treffsikkerhet enn vurderingen som et fåtall eksperter gjør. Forutsetningen for å utløse denne effekten, er dog at hver enkelt deltaker opprettholder sin uavhengighet gjennom vurderingen og ikke får sitt syn påvirket av andre (2). Muntlig evaluering av trendene er dermed dårlig egnet. Digital evaluering styrker utsagnskraften i trendvurderingene.

Den samlede evalueringen av trendene avdekket at et stort antall trender ble vurdert å tilhøre den strategiske blindsonen. Det vil si at deltakerne samlet sett vurderte trendene som viktige, men at beredskapen i møtet med trendene i dag er lav. Gitt at trendene bygger på omfattende dokumentasjon er det ikke overraskende at sektorens synspunkt korresponderer godt med det som kommer frem i litteraturen. Det er likevel viktig for kvaliteten på fremtidsstudien at trendene er kvalifisert av deltakere som jobber i sektoren og har sin fagkompetanse derfra.

¹ Når en deltaker skal evaluere om en trend blir viktig fremover, gjøres to vurderinger samtidig: Hvorvidt man forventer at trenden inntreffer i årene som kommer, og om den da vil ha betydning. Selv om disse vurderingene av sannsynlighet og påvirkning gjerne kan splittes, viser empiri at vi likevel har vanskelig for å skille disse to fra hverandre når vi evaluerer trender. Der hvor trendevalueringer skiller mellom sannsynlighet og påvirkning, tegner det seg svært ofte en klar korrelasjon mellom disse to. Vi har tatt dette til etterretning og lagt opp til en samlet vurdering av trendens viktighet.

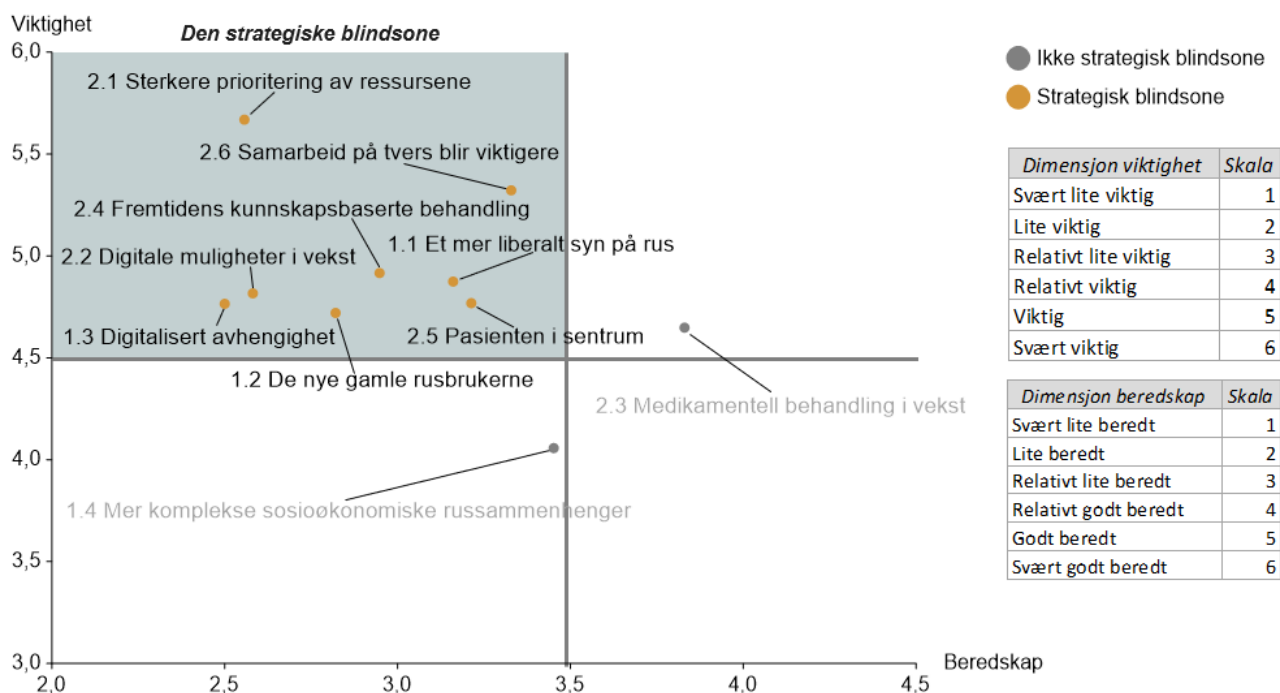
² inFuture bruker «Vevox» for digital trendevaluering. Deltakere skanner en QR-kode med sin telefon og kommer rett inn til et program for å gi deres digitale evaluering via mobiltelefon. Spørsmålene er synkronisert med presentasjon av trender, og den som presenterer styrer når tilbakemeldinger innhentes. Resultater fra avstemming vises fortløpende i presentasjonen. På den måten kan hver deltaker gi sin upåvirkede evaluering.



Trendanalysen bygger på omfattende underlagsdokumentasjon og dybdeintervjuer. Videre er trendene blitt presentert og evaluert av mer enn 240 deltakere fra rus- og avhengighetsfeltet. Av de ti trendene som analysen avdekket, så prioriterte deltakerne åtte av dem inn i den strategiske blindsonen (se figur 1). Det vil si at trendene både vurderes å bli viktige for fremtidens rus- og avhengighetsbehandling frem mot 2035, og at sektoren i dag vurderes å ha lav beredskap for å utnytte mulighetene og/eller forsvare seg mot utfordringene som ligger i trendene.

Ulike trender vurderes også ulikt innad i den strategiske blindsonen. Vi ser at trend «2.1 Sterkere prioritering av ressursene» skiller seg ut ved at den har høyere viktighet og mindre beredskap enn øvrige trender i blindsonen. Differansen mellom viktighet og beredskap, omtalt som gap, er en indikator på hvor stor påvirkningskraft de ulike trendene forventes å ha. Trendene sortert på ulike gap er vist i figur 2.

To trender er ikke prioritert inn i blindsonen. «2.3 Medikamentell behandling i vekst» ble vurdert høy på viktighet, men også så høyt på beredskap at trenden ikke inngår i blindsonen. «1.4 Mer komplekse sosioøkonomiske russammenhenger» ble ikke vurdert høyt nok på viktighet til å inngå i blindsonen. Disse trendene er derfor ikke omtalt videre i dokumentet når hver trend presenteres mer i dybden.



Figur 1: Grafisk fremstilling av den strategiske blindsonen for fremtidens rus- og avhengighetsbehandling frem mot 2035

| I den strategiske blindsonen | Tema | Trend | Viktighet | Beredskap | GAP (differanse viktighet-beredskap) |
|------------------------------|------------|--|-----------|-----------|--------------------------------------|
| JA | Behandling | 2.1 – Sterkere prioritering av ressursene | 5,7 | 2,6 | 3,1 |
| JA | Bruk | 1.3 – Digitalisert avhengighet | 4,8 | 2,5 | 2,3 |
| JA | Behandling | 2.2 – Digitale muligheter i vekst | 4,8 | 2,6 | 2,2 |
| JA | Behandling | 2.6 – Samarbeid på tvers blir viktigere | 5,3 | 3,3 | 2,0 |
| JA | Behandling | 2.4 – Fremtidens kunnskapsbaserte behandling | 4,9 | 2,9 | 2,0 |
| JA | Bruk | 1.2 – De nye gamle rusbrukerne | 4,7 | 2,8 | 1,9 |
| JA | Bruk | 1.1 – Et mer liberalt syn på rus | 4,9 | 3,2 | 1,7 |
| JA | Behandling | 2.5 – Pasienten i sentrum | 4,8 | 3,2 | 1,6 |
| NEI | Behandling | 2.3 – Medikamentell behandling i vekst (ikke i blindsonen) | 4,6 | 3,8 | 0,8 |
| NEI | Bruk | 1.4 – Mer komplekse sosio-økonomiske russammenhenger (ikke i blindsonen) | 4,1 | 3,5 | 0,6 |

Figur 2: Oversikt i tabell over den strategiske blindsonen for fremtidens rus- og avhengighetsbehandling frem mot 2035

Bruk

I dette kapitlet vises trender som er relatert til brukers avhengighet, som ble vurdert til å være i den strategiske blindsonen. Disse trendene er:

- 1.1 Et mer liberalt syn på rus
- 1.2 De nye gamle rusbrukerne
- 1.3 Digitalisert avhengighet



1.1

Et mer liberalt syn på rus

Nordmenn får gradvis et mer liberalt forhold til rusmidler. Tilgang til rusmidler øker. Politikk og lovverk følger etter.

 I den strategiske blindsonen



Denne trenden ble vurdert som viktig (4,9) der det er relativt lite beredskap (3,2) for å møte trenden. Det gir et nokså høyt gap (1,7). Trenden er i den strategiske blindsonen.

Det er økt bruk av, og mer liberale holdninger til, alle typer rusmidler – både alkohol og narkotika.

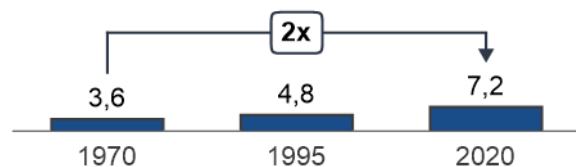
Fra 1970 til 2020 er alkoholbruken doblet i Norge, målt som liter per innbygger over 15 år (figur 3, (3)). Det har også vært en klar økning i bruken av utvalgte narkotiske stoffer i tiårsperioden 2012–2022. Andelen nordmenn som har brukt cannabis (figur 4, (4)) har økt med 41 % (2012–22), mens andelen unge (16–30 år) som har brukt kokain siste 12 måneder er doblet (figur 5, (4)).

Økt bruk henger sammen med mer liberale holdninger. Halvparten av nordmenn mener besittelse av cannabis til eget bruk ikke bør straffes (5).

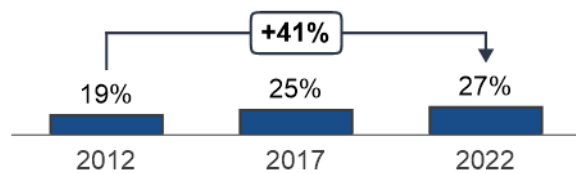
Lovgivningen beveger seg i retning mer liberalisering. Elleve europeiske land har avkriminalisert besittelse til eget bruk. Italia, Sveits, Nederland, Spania og Tsjekia har i tillegg avkriminalisert dyrking av cannabis (6). I 2017 var det stortingsflertall for å overføre ansvaret for samfunnets oppfølging av bruk og besittelse av ulovlige rusmidler fra justissektoren til helsesektoren. Avkriminalisering av besittelse til eget bruk er fremmet to ganger siden, men stemt ned (7).

Spørsmål til refleksjon

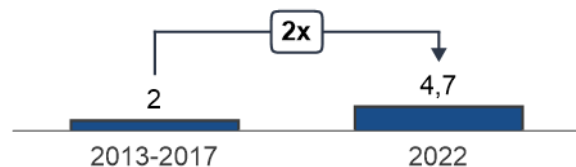
Hvordan best utvikle tilbudet til forebygging og behandling, når rusmidler blir mer akseptert i samfunnet? Hvordan få til en kritisk og åpen debatt om rusmidlers virkning, både den virkningen som brukeren ønsker, men også den helsefarlige effekten? Hvordan kan liberale holdninger endre politikken på feltet?



Figur 3: Omsetning av ren alkohol i Norge (liter per innbygger over 15 år). Viser at alkoholkonsumet per innbygger har økt fra 3,6 liter (ren alkohol) i 1970 til 7,2 liter i 2020.



Figur 4: Andel (%) nordmenn (16-64 år) som har brukt cannabis noen ganger siste 12 måneder. Viser at andelen nordmenn som har brukt cannabis har steget fra 19 % i 2012 til 27 % i 2022.



Figur 5: Andel (%) nordmenn (16-30 år) som har brukt kokain siste 12 måneder. Viser at andelen som har brukt kokain siste 12 måneder har gått fra 2 % (i snitt) i perioden 2013 til 2017, opp til 4,7 % i 2022.

1.2

De nye gamle rusbrukerne

Befolkningen blir eldre. Eldre drikker mer, bruker mer legemidler og utgjør en større del av dem som har en risikofylt rusmiddelbruk.

 I den strategiske blindsonen



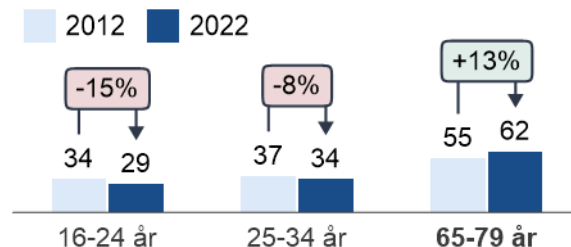
Denne trenden ble vurdert som viktig (4,7) der det er relativt lite beredskap (2,8) for å møte trenden. Det gir et nokså høyt gap (1,9). Trenden er i den strategiske blindsonen.

Kombinasjonen alkohol, legemidler, høyere alder og sykkelighet skaper nye utfordringer.

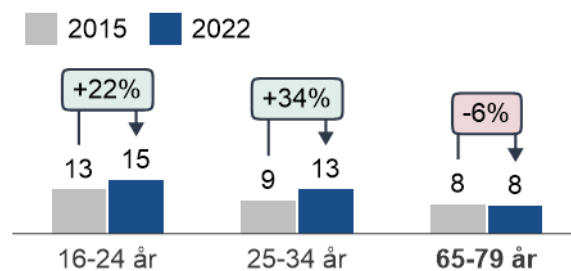
Eldre drikker oftere enn yngre (figur 6), men sjelden mye av gangen (figur 7). Andelen voksne i alderen 65–79 år som drikker alkohol er omtrent dobbelt så høy som for yngre aldersgrupper. Mens andelen har gått tilbake i yngre aldersgrupper, har den økt med 13 % for eldre (65–79 år, 2012–22) (8).

Det er en økt legemiddelbruk blant eldre (67–79 år). I perioden 2018–22 har andelen med daglig bruk av sovemidler og smertestillende økt henholdsvis fra 8–12 % og 15–17 % (figur 8, (9)).

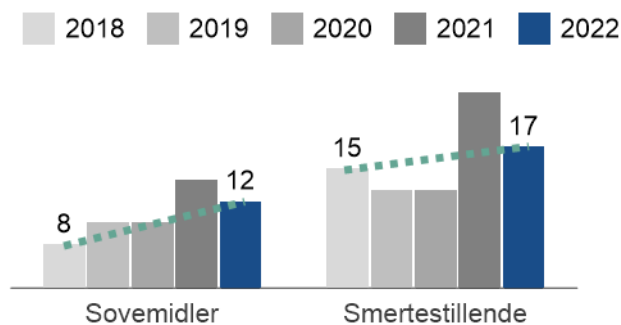
Endringen i bruksmønster gir økt risiko for helseskade. Blant annet er eldres hjerne mer følsom ovenfor rusmidler, og tar mer skade av disse (10). Samtidig bruk av legemidler og alkohol gir økt risiko for bivirkninger, samt økt risiko for fallulykker og andre skader. Det er betydelig bruk av alkohol og legemidler hos hjemmetjenestemottakere over 60 år (se figur 9 på neste side, (11))



Figur 6: Drikkefrekvens (dager/år). Viser at drikkefrekvensen har gått ned for de i aldersgruppen 16 til 34 år i perioden 2012 til 2022. Samtidig har drikkefrekvensen steget for de i aldersgruppen 65 til 79 år.



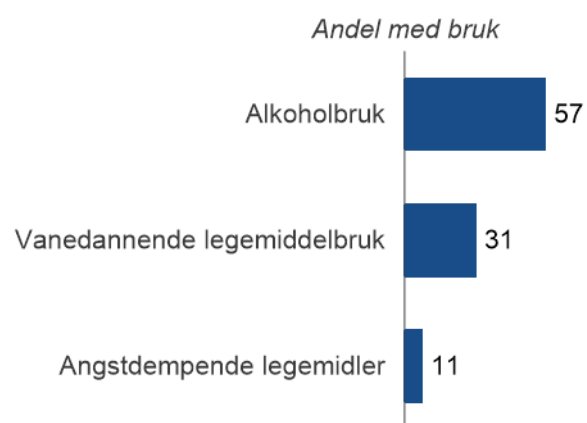
Figur 7: Drikkefrekvens (dager/år), 6+ enheter. Viser at drikkefrekvensen, 6+ enheter, har steget for de i aldersgruppen 16 til 34 år fra 2015 til 2022. I samme perioden har den gått ned 6 % for de i aldersgruppen 65 til 79 år.



Figur 8: Andel (i %) med daglig bruk av reseptbelagt legemiddel (67-79 år). Viser at andel som bruker sovemidler daglig har gått fra 8 % til 12 % fra 2018 til 2022. Andelen som bruker smertestillende, har i samme periode gått fra 15 til 17 %.

Spørsmål til refleksjon

Hvordan kan helse- og omsorgstjenesten best møte en ny generasjon eldre med alt fra alkoholnytere med «normal» bruk til dem med risikofylt forbruk over år og helseplager?



Figur 9: Forekomst av alkohol- eller legemiddelbruk hos eldre norske hjemmetjenestemottakere (andel i %). Viser at andelen som bruker angstdempende legemidler er 11 %, andel med vanedannende legemiddelbruk er 31 % og andelen som bruker alkohol er 57 %.

1.3

Digitalisert avhengighet

Digitalisering bidrar til økt tilgang på rusmidler, og til nye former for avhengigheter.

 I den strategiske blindsonen



Denne trenden ble vurdert som viktig (4,8) der det er lite beredskap (2,5) for å møte trenden. Det gir et høyt gap (2,3). Trenden er i den strategiske blindsonen.

Digitalisering gir økt tilgang på rusmidler, og digitalisering kan i seg selv gi avhengighet.

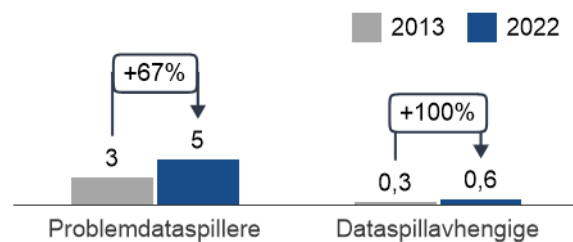
Det er vekst i antall nordmenn som kan gjøre anonym netthandel. Bruken av den anonymiserte nettleseren Tor har økt i Norge. Det gjennomsnittlige antall daglige brukere på Tor har steget med 60 %, fra under 6.000 i 2017 til godt over 9.000 i 2023 (12). Tor benyttes blant annet på «det mørke nettet», hvor det omsettes betydelige mengder narkotiske stoffer. Ett eksempel på dette er den russiske markedsplassen Hydra med 45 milliarder kroner omsetning (med kryptovaluta) og 17 millioner brukere (2015–22) (13). Darkmarketsno var et norsk eksempel på en nettbutikk for salg av narkotika, inntil den ble stengt i 2022 (14).

Dataspillavhengighet er nå tatt inn i kodeverket for diagnoseinformasjon (15). Det er en vekst i andelen av befolkningen som har et problematisk forhold til dataspill fra 3 % til 5 % (figur 10, (2013–22)) (16) (17). Det gjør seg særlig gjeldende blant unge, der forekomsten av «problemspillere» er betydelig større enn for eldre aldersgrupper. Unge (16–25 år) og unge voksne (26–35 år) har henholdsvis 236 % og 58 % større forekomst av problemspillere enn snittet av befolkningen (17).

Det observeres også en samvariasjon mellom økt bruk av sosiale medier og psykisk uhelse, særlig hos jenter. I Canada økte for eksempel forekomsten av alvorlige psykiske plager hos tenåringsjenter med 90 % mer enn hos gutter, i takt med utbredelsen av visuelle sosiale medier (18). Instagram er et eksempel på visuelle sosiale medier, og ifølge Facebooks egne undersøkelser forsterker denne tjenesten negative kroppsselvbilder hos en av tre tenåringsjenter (19).

Spørsmål til refleksjon

Hvordan finne avveiningen mellom å fremme digitale gevinster for individ og samfunn, og samtidig redusere skadevirkningene? Hva kan fagfeltene for digital avhengighet og annen avhengighet lære av hverandre?



Figur 10: Type dataspillere (i %) i den norske befolkning. Viser at andelen kategorisert som problemdataspillere har økt fra 3 % til 5 % fra 2013 til 2022. I samme periode har andelen dataspillavhengige gått fra 0,3 % til 0,6 % (dobbel så mye på tross av liten andel).

Behandling

I dette kapitlet vises trender som er relatert til behandling av brukers avhengighet, som ble vurdert til å være i den strategiske blindsonen. Disse trendene er:

2.1 Sterkere prioritering av ressurser

2.2 Digitale muligheter i vekst

2.4 Fremtidens kunnskapsbaserte behandling

2.5 Pasienten i sentrum

2.6 Samarbeid på tvers blir viktigere



2.1

Sterkere prioritering av ressursene

Større press på økonomi og personell. Det blir slutt på mer ressurser for å svare ut økt behov. Større krav til kostnadseffektivitet.

 I den strategiske blindsonen

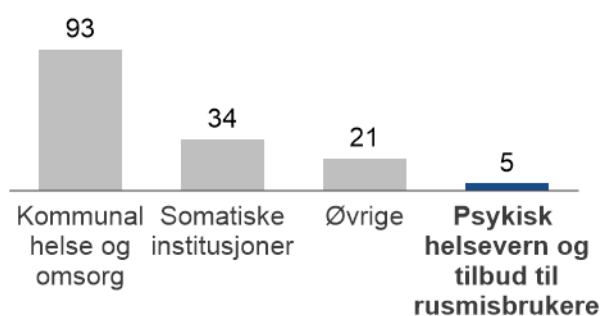


Denne trenden ble vurdert som svært viktig (5,7) der det er relativt lite beredskap (2,6) for å møte trenden. Det er trenden med høyest gap (3,1). Trenden er i den strategiske blindsonen.

Ressurssituasjonen blir mer utfordrende i fremtiden for Norge og i helsesektoren spesifikt, både økonomisk og når det gjelder tilgjengelig personell. Det vil bli behov for å prioritere hardere.

Reduserte inntekter og økte utgifter presser statsfinansene. Netto overføringer til staten fra befolkningen var på 10 milliarder kroner i 2010. I 2030 estimeres det å snu, slik at staten må betale ut 160 milliarder kroner mer enn den får inn fra befolkningen, og dette gapet forventes å vokse til 440 milliarder kroner i 2060³ (20) (21).

Samtidig vil behovet for ressurser innen helsesektoren øke kraftig. I kommunal helse og omsorg, og for somatiske institusjoner, estimeres det behov for henholdsvis 93.000 og 34.000 flere årsverk (2019 til 2040)⁴. I samme periode forventes det et økt behov på 5.000 årsverk innen psykisk helsevern og tilbud til rusbrukere (figur 11, (22)). Behovet i somatikken og kommunal helse og omsorg forventes å sluke kapasiteten. Det vil være slutt på å svare ut økt behov med økte ressurser. Regjeringen signaliserer at det må prioriteres hardere (figur 12, (23)).



Figur 11: Økt personellbehov i ulike deltjenester (tusen årsverk) (2019-40). Viser at det er behov for om lag 5.000 personer innen psykisk helsevern og tilbud til rusmisbrukere. Til sammenligning er behovet 93.000 innen kommunal helse og omsorg.

Jeg vil derfor be helseregionene om å se på hva de kan gjøre mindre av

Helse- og omsorgsminister
Ingvild Kjerkol



Figur 12: Sitat fra Sykehustalen 2023. Bilde er av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol.

³ Forutsatt netto overføringer per aldersgruppe i Perspektivmeldingen 2013 (tall for 2010) og Perspektivmeldingen 2021 (estimat for 2030 og 2060)

⁴ Framskrivning i scenario «middels» i Helsepersonellkommisjonen. Kommunal helse og omsorg inkluderer +800 årsverk i rusomsorg frem mot 2040

Rusbehandlingen vil da endres. Med større krav til ressurseffektivitet forventes det blant annet en vridning fra liggedøgn til poliklinisk behandling. Vekst i poliklinikk innen TSB estimeres til henholdsvis 37 % og 400 % større enn for VOP⁵ og BUP⁶ i perioden (2021–40) (24). Rusbehandling forventes da å bli mer ambulant og arenafleksibelt, og flere oppgaver vil flyttes nedover i helsepyramiden til mindre spesialiserte ressurser (figur 13, (22)).

Et sitat fra Uteteam Ung⁷ ved Oslo Universitetssykehus kan trekkes frem:

«Jeg har bare hatt dårlig hjelp, men du er den beste psykologen jeg har møtt. [...] Hvorfor? **Det er fordi en psykolog kommer på døra mi.»**
Kvinne, 21 år (25)



Figur 13: Helsepyramiden. Viser at graden av spesialisering øker for de på toppen, men at disse utgjør færre personer. Øverst i pyramiden er høyspesialister, og nederst i pyramiden er likepersoner og egenhjelp.

Spørsmål til refleksjon

Hvordan kan vi best få mer ut av mindre? Hvordan kan vi organisere tjenestene annerledes, for å demme opp for mangel på helsepersonell, slik at ressurser kan utnyttes bedre?

⁵ Voksenpsykiatrisk poliklinikk

⁶ Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

⁷ Uteteam Ung (Oslo Universitetssykehus) er et tverrfaglig team som lager møter med unge mellom 16 og 26 år med problematisk rusbruk på steder og måter de er komfortable med selv.

2.2

Digitale muligheter i vekst

Stort potensial i digitalisering og kunstig intelligens i alle helsetjenestens oppgaver fra forskning til behandling og oppfølging av pasienter.

 I den strategiske blindsonen



Denne trenden ble vurdert som viktig (4,8) der det er relativt lite beredskap (2,6) for å møte trenden. Det gir et høyt gap (2,2). Trenden er i den strategiske blindsonen.

Digitalisering skaper nye muligheter for behandling og avlastning av helsepersonell. Det kan også utvikles verktøy som øker tilgjengeligheten til behandling.

Digitalisering har et betydelig potensial til å avlaste helsepersonell. Det muliggjør blant annet fjernbehandling, som er under utprøving flere steder i Norge. Flere studier viser gode resultater av terapeutveiledet internettbehandling. Det gjelder for eksempel eMestring mot høyt forbruk av alkohol, depresjon, sosial angst og panikkklidelse (26) (27) (28). Tilsvarende har fjernbehandling mot spillavhengighet hatt signifikant positive resultater for deltakere (29).

Digitale poliklinikker er et annet eksempel på løsninger som bidrar til at flere kan få dekket behovet for helsehjelp. En nederlandsk studie fant at flere kvinner oppsøkte hjelp gjennom nettbasert rusbehandling. Kvinneandelen av pasientene økte med 40 % (30).

Utviklingen av kunstig intelligens (KI) er ytterligere et område med betydelig potensial. KI kan anvendes bredt innen helsesektoren, og vi ser lovende resultater i bruk av KI som assistent i behandling. For eksempel har Googles store, medisinske språkmodell «Med-PaLM 2» blitt testet på fagkunnskap. «Med-PaLM 2» presterte på «ekspertnivå» med 85 % riktige svar på legeeksamen⁸ (31).

Helsemyndighetene på sin side ønsker å fremme digitalisering i helsetjenesten. Helsedirektoratet har anbefalt å redusere antall indikatorer for å måle ønsket praksisendring i sektoren. Anbefalingen tilsier en betydelig reduksjon fra 39 til 8 indikatorer, men hele tre av disse åtte er rettet mot digital oppfølging av pasienter (32). Samtidig er forvaltningen av personvern en barriere. Både klinikere og forskere påpeker dette problemet, som eksemplene under viser.

«Hvis vi ikke får dele kunnskap, er det god grunn til å snakke om **dødelig personvern.**»
32 leger ved Oslo Universitetssykehus (33)

«Forskning på helsedata styres dessverre etter hvilke data som er tilgjengelige, snarere enn de kliniske problemene vi trenger å løse. **Klinikknære data ligger nedlåst.**»
Forskere i prosjektet BigMed (34)

⁸ Spørsmål tilsvarende eksamen for å få legelicens i USA, «United States Medical Licensing Examination». KI-en kan benyttes som assistent, ikke som erstatning til helsepersonell. Det er det en rekke grunner til, herunder at nåværende KI-modeller fremdeles har vesentlige kunnskapshull.

Spørsmål til refleksjon

Hvordan kan digitale muligheter best utnyttes? Hvilke kompetanser bør utvikles, og hvilke prosesser bør endres, for å realisere gevinster fra digitalisering og samtidig unngå fallgruvne?

2.4

Fremtidens kunnskapsbaserte behandling

Sterkere fokus på det som virker når det blir større kamp om ressursene. Da blir det viktigere å lykkes godt med dokumentering av kunnskap, samt anvende kunnskapen effektivt.

 I den strategiske blindsonen



Denne trenden ble vurdert som viktig (4,9) der det er lite beredskap (2,9) for å møte trenden. Det gir et høyt gap (2,0). Trenden er i den strategiske blindsonen.

Det utvikles behandlingsmetoder etter hvert som forskning blir mer tilgjengelig og kunnskapen øker. Å ta i bruk den nye kunnskapen på en systematisk måte blir viktig for å sikre fokus på «det som virker» i en tid der hardere prioriteringer forventes.

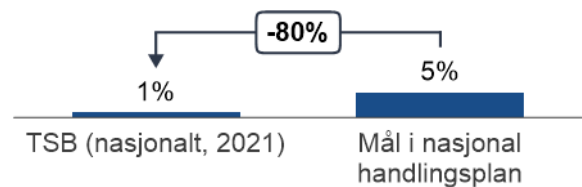
Det er nye innfallsvinkler for behandling av avhengighet. Ett eksempel er kjernekomponentmodellen. Modellen fremhever at ulike typer avhengighetslidelser har felles underliggende mekanismer, og at det ikke kun handler om virkning av rusmiddel. Dette er eksempelvis mangel på motivasjon, et driv mot å lindre negativ affekt eller svekket sosial støtte. Bruk av slike kjerneområder i behandlingen skaper større potensial til å møte sammensatte ruslidelser bedre (35).

På tross av utvikling i behandlingsmetoder er rusfeltet lite representert i forskningen. Målet i Nasjonal handlingsplan tilsier 5 % deltakelse i kliniske studier for pasienter i spesialisthelsetjenesten, men status for TSB nasjonalt var 1 % i 2021 (~80 % mindre enn målet) (figur 14, (36)). Innsatsen på forskning innenfor rusfeltet er også lav, sammenlignet med totalbudsjettet (figur 15, (37)). En konsekvens av dette er at anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer i svært begrenset grad er forankret i forskning.

Evidensbasert innsikt anvendes heller ikke nok. Studier viser at 30–40 % av pasienter ikke mottar behandling i henhold til oppdatert evidensbasert innsikt, og at 20–25 % av behandlingen er unødvendig eller til og med skadelig⁹ (38). Samtidig kan evidensbasert behandling oppleves for lite pasientorientert:

«Pasienter kan bli [...] hersket over når deres behandlere er **upassende** drevet av **ovenfra-og-ned-retningslinjer**.»

Greenhalgh m.fl. (39)



Figur 14: Deltakelse i kliniske studier (% av pasienter i spesialisthelsetjenesten). Viser at deltagelsen i TSB (nasjonalt i 2021) var 1 %. Det er lavere enn målet i Nasjonal handlingsplan på 5 %.



Figur 15: Forskningsinnsats i Norge. Viser at 4 % av samlet norsk forskningsinnsats er til psykiatri. Av dette er det 13 % til rusfeltet.

⁹ Studier i USA og Nederland på bruk av evidensbasert innsikt

Kombinasjonen av mer tilgjengelig forskning, og ny teknologi for å lese gjennom informasjon, kan gjøre arbeidet med å innføre evidensbasert behandling mer effektivt (steg 2 i figur 16). Forskningsrådet har, gjennom Plan S, satt krav til åpen forskning ved offentlig finansiering (40). Artikkelforfattere i Springer Nature, et av verdens største akademiske forlag, får nå sømløs integrering med Figshare. Det er et verktøy for deling av forskningsdata som muliggjør mer åpen forskning (41). Studier viser at artikler fra åpne forskningsprosjekt innen psykologi blir sitert 2,3 ganger oftere¹⁰ enn de som er «lukket» (42).



Figur 16: Innføring av evidensbasert behandling består av stegene 1. Informasjonsbehov, 2. Finne relevant informasjon, 3. Evaluere informasjon, 4. Evidensbasert behandling og 5. Evaluere behandling. Det kan være et hinder for anvendelse å finne relevant informasjon (Steg 2). Derfor kan mer tilgjengelig forskning og ny teknologi for å lese informasjonen gjøre arbeidet med å innføre evidensbasert behandling mer effektivt.

Det utvikles nå generativ kunstig intelligens spesialisert på lesing av åpne forskningsartikler. Elicit er en slik kunstig intelligens, den finner svar på forskningsspørsmål blant 175 millioner vitenskapelige artikler og skriver sammendrag basert på beskrivelser fra bruker (43).

Spørsmål til refleksjon

Hvordan kan avhengighetsfeltet bli tyngre representert i forskningen? Hvordan ta i bruk brukererfaringer og kliniske erfaringer på en mer systematisk måte? Hvordan best utnytte nye muligheter for kunnskapsspredning?

¹⁰ Siteringsrate: Gjennomsnittlig siteringsrate for OA-artikler (Open Access) delt på gjennomsnittlig siteringsrate for ikke-OA-artikler.

2.5

Pasienten i sentrum

Pasienten får en større rolle i egen behandling. Ny teknologi og nye metoder åpner for mer individuell behandling. Det kan påvirke finansieringen av tjenestene.

I den strategiske blindsonen



Denne trenden ble vurdert som viktig (4,8) der det er relativt lite beredskap (3,2) for å møte trenden. Det gir et nokså høyt gap (1,6). Trenden er i den strategiske blindsonen.

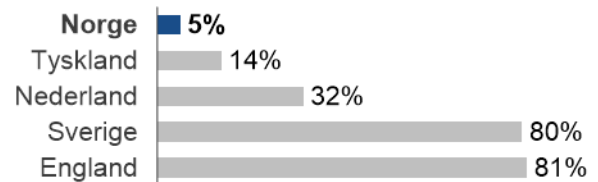
Fokuset dreies fra brukerrettigheter, og mer overordnede rapporteringskrav, til persontilpasset behandling.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og har blant annet resultert i etablering av brukerråd og brukerstyrte plasser (44). Helsedirektoratet har fokus på individuell plan i rapportering (32).

Persontilpasset behandling er viktig, ettersom rundt halvparten av de samlede risikofaktorene for å utvikle rusmiddellidelser er knyttet til genetikk (45). Risiko for avhengighet er også knyttet til individuelle trekk (46). Eksempelvis er farmakogenomikk¹¹ et verktøy for å gi pasientsentrerte behandlingsplaner på bruk av opioider, gitt variasjon i genetikk og tilhørende risiko for avhengighet (47).

Studier viser videre at involvering av pasienten i egen behandling skaper bedre selvfølelse, opplevelse av dyktiggjøring og uavhengighet (48). Sykehus med bedre pasientopplevelser har også færre komplikasjoner og lavere sannsynlighet for død (49). I

Norge er det foreløpig lite måling av pasientopplevelser, kun 5 % av fastleger i Norge mottar og gjennomgår informasjon om pasientopplevelser (figur 17, (50)).



Figur 17: Andel fastleger som mottar og gjennomgår informasjon om pasientopplevelse viser langt lavere nivåer for Norge sammenlignet med flere andre land. Norge: 5 %, Tyskland: 14 %, Nederland: 32 %, Sverige: 80 %, England: 81 %.

På sikt kan resultater fra mer tilpasset behandling påvirke finansieringsmodellene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å videreutvikle modellen for kvalitetsbasert finansiering (51). Et eksempel på en alternativ modell er verdibasert finansiering. I denne modellen prioriteres de utfallene som er viktige for pasientene, sett opp mot kostnadene for å oppnå disse utfallene (52).

Spørsmål til refleksjon

Hvordan best legge til rette for at de behandlingsutfall som betyr mest for pasienten kan prioriteres i avhengighetsfeltet? Hvilke avveininger bør gjøres mellom pasientens ønsker og det som helsepersonell vurderer som riktig intervensjon? Hvordan kan feltet best møte mer pasientorientert finansiering?

¹¹ Farmakogenomikk er beskrivelsen av hvordan effekten av legemidler er relatert til et individs genetiske egenskaper.

2.6

Samarbeid på tvers blir viktigere

Avhengighetsutfordringer henger sammen med både psykisk og somatisk helse, men det har også en bredere konsekvens for individ og samfunn. Nye former for samarbeid møter utviklingen.

 I den strategiske blindsonen



Denne trenden ble vurdert som viktig (5,3) der det er lite beredskap (3,3) for å møte trenden. Det gir et høyt gap (2,0). Trenden er i den strategiske blindsonen.

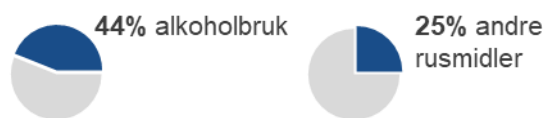
Utvikling av nye samarbeidsmodeller er viktig for å møte problemer med rus og avhengighet, ettersom dette er komplekse problemer som treffer bredt. Erfaringer med nye tverrfaglige samarbeidsmodeller kan også vise til gode resultater.

Rusproblemer og psykisk helse henger tett sammen. En studie fra Sverige viser eksempelvis at 90 % av jentene og 81 % av guttene hadde minst én psykiatrisk diagnose i tillegg til rusavhengigheten de søkte hjelp for (53).

Rusproblemer og somatisk helse er også sterkt forbundet. Forventet levealder er 15–20 år kortere med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen ellers (54).

Substitusjon og legemidler får økt betydning i behandling av ulike former for rus- og avhengighetstilstander, men også for andre helseutfordringer. Slik blir det større behov for nye samarbeidsformer. Det har vært en økning på 65 % fra 2010 til 2020 i antall pasienter i behandling for opioidavhengighet (til om lag 8.900 pasienter) (55). Antall personer med cannabionoider på resept i Norge, eksempelvis for smertelindring, har økt 300 % fra 2016 til 2022 (til 941 brukere) (56). Det er også høy interesse for, og lovende resultater fra, studier i bruk av psykedeliske stoffer til behandling ved psykisk sykdom (57).

Rusproblemer har en betydelig samfunnskonsekvens. 70 % av de samfunnsmessige kostnadene av alkoholbruk er knyttet til arbeidslivet (58). Andelen alkoholavhengige og andre rusavhengige i behandling for skadelig bruk/avhengighet som hadde vært i arbeid det siste året var i 2022 henholdsvis 44 % og 25 %. (figur 18, (59)).



Figur 18: Andel i jobb siste år blant de som får behandling for skadelig bruk/avhengighet i 2022 er 44 % blant alkoholbrukere og 25 % blant brukere av andre rusmidler.

Det er stor variasjon i organisering av TSB (60). Selv der TSB og psykisk helsevern er samorganisert i distriktpsykiatriske sentre (DPS) er det fortsatt variasjon i samarbeidet rundt den enkelte pasient. Eksempelvis er det ulik andel LAR-pasienter som får behandling for psykiske lidelser: 7 % i Helgelandssykehuset og 25 % i Finnmarkssykehuset (61).

Primærhelseteam testes for tjenester innen rus, men evaluering viser at somatisk helseoppfølging av rusavhengige ikke er tilstrekkelig prioritert (62). Test av nye samhandlingsmodeller har gode resultater i psykisk helsevern (FACT), der det er om lag 30 % reduksjon i oppholdsdøgn og 40 % reduksjon i oppholdsdøgn med tvang (63). Forsøk pågår for tiden i TSB (eksempelvis RusFACT).

Modeller med økt samhandling kan vise til positive resultater. Studier internasjonalt viser at forebygging er mest effektiv tidlig i ungdomsårene. Spenningsøkende ungdom som deltar i organiserte fritidsaktiviteter, har redusert risiko for å få rusproblemer (figur 19, (64)).



Figur 19: Islandsmodell: Nedgang i bruk av alkohol med 42 % og cannabis med 17 %, ved å engasjere ungdom i fritidsaktiviteter (1998–2018).

Spørsmål til refleksjon

Hvordan best samhandle på tvers av etablerte områder knyttet til rus og avhengighet, psykisk helse og somatikk? Hvordan kan nye samarbeidsmodeller bidra til tidligere innsats? Hvordan best få et bredere samfunnsperspektiv i avhengighetsbehandlingen?

Kildeliste

1. Lüders M, Andreassen TW, Clatworthy S, Hillestad T. Innovating for Trust. ;
<https://www.amazon.com/Innovating-Trust-Marika-Lüders/dp/1785369474>.
2. Surowiecki. The Wisdom of Crowds: Why the Many Are Smarter Than the Few and How Collective Wisdom Shapes Business, Economies, Societies and Nations; 2004.
3. FHI. Alkoholomsetningen i Norge. [Online].; 2022 [cited 2023 Mai. Available from:
<https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholomsetningen-i-norge/?term=&h=1>.
4. FHI. Narkotikabruk i Norge. [Online].; 2023 [cited 2023 april. Available from:
<https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/?term=>.
5. Oslo Met. Rettsoppfatning i Norge. Holdninger til straff og straffegjennomføring. Oslo: Oslo Met, Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2022.
6. WorldAtlas. Countries That Have Decriminalized Drugs. [Online].; 2020 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.worldatlas.com/articles/countries-that-have-decriminalized-drugs.html>.
7. Store Norske Leksikon. Rusreformen. [Online].; 2023 [cited 2023 mars. Available from: <https://snl.no/rusreformen>.
8. FHI. Vedleggstabeller, alkoholbruk, voksne. [Online].; 2022 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.fhi.no/contentassets/792eb4888d304c40afebadcdb3258e4b/vedleggstabeller-alkoholbruk-voksne-2022.pdf>.
9. SSB. Røyk, alkohol og andre rusmidler. Tabell 12392. Bruk av alkohol, cannabis og vanedannende legemidler, etter kjønn og alder (prosent) 2018 - 2022. [Online].; 2022 [cited 2023 februar. Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/12392/>.
10. National Institute on Drug Abuse. The scope of substance use in older adults. [Online].; 2020 [cited 2023 mars. Available from: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-older-adults-drugfacts>.
11. Sverre Bergh m.fl. Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2021 September; 7(3).
12. Tor Metrics. Users (relay users og bridge traffic). [Online].; 2023 [cited 2023 mars. Available from: <https://metrics.torproject.org/userstats-relay-country.html>.
13. Digi.no. Hadde 17 millioner brukere: Verdens største markeds plass på det «mørke nettet» ble stengt av politiet. [Online].; 2022 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.digi.no/artikler/hadde-17-millioner-brukere-verdens-storste-markeds-plass-pa-det-morke-nettet-ble-stengt-av-politiet/518628>.

14. NRK. Her stenger Kripos-hackaren Noregs største «narko-nettbutikk». [Online].; 2022 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.nrk.no/norge/her-stenger-kripos-hackaren-noregs-storste-narko-nettbutikk -1.15886875>.
15. Norsk Helseinformatikk (NHI). Dataspillavhengighet blir en egen diagnose. [Online].; 2019 [cited 2023 mars. Available from: <https://nhi.no/psykisk-helse/psykisk-egenpleie/gaming-disorder-regnes-som-en-egen-diagnose/>.
16. Ståle Pallesen m.fl.. Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2013. Bergen: Universitet i Bergen, Institutt for samfunnspsykologi; 2014.
17. Ståle Pallesen m.fl.. Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2022. Bergen: Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnspsykologi; 2023.
18. Guo E. Social Media and Teenage Mental Health: Quasi-Experimental Evidence. In Canadian Centre for Health Economics; 2022; University of Toronto.
19. The Guardian. Facebook aware of Instagram’s harmful effect on teenage girls, leak reveals. [Online].; 2021 [cited 2023 juni. Available from: <https://www.theguardian.com/technology/2021/sep/14/facebook-aware-instagram-harmful-effect-teenage-girls-leak-reveals>.
20. Regjeringen. Perspektivmeldingen 2013. Meld. St. 12 (2012–2013). [Online].; 2013 [cited 2023 mai. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-12-20122013/id714050/>.
21. Regjeringen. Perspektivmeldingen 2021. Meld. St. 14 (2020–2021). [Online].; 2021 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>.
22. Regjeringen. NOU 2023: 4. Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. [Online].; 2023 [cited 2023 april. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>.
23. Regjeringen. Sykehustalen 2023. [Online].; 2023 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/>.
24. Helse Sør-Øst. Forslag til revidert framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Framskrivningsmodell. , Helse Sør-Øst; 2022.
25. Oslo universitetssykehus. Oppsummering av behandlingstilbudet og erfaringer ved Uteteam Ungs behandlingstilbud. Oslo universitetssykehus, Avdeling rus og avhengighetsbehandling ; 2021.
26. FHI. Fullstendig metodevurdering. Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser. Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester; 2018.
27. Helse Bergen. Forskning på Emeistring. Effekt av behandling. [Online].; 2021 [cited 2023 mars. Available from: <https://helse-bergen.no/emeistring/effekt-av-behandling>.

28. Dagens Medisin. Tilbyr behandling over nett til personer med høyt alkoholforbruk. [Online].; 2023 [cited 2023 may. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/alkohol-folkehelse-forskning/tilbyr-behandling-over-nett-til-personer-med-hoyt-alkoholforbruk/231435>.
29. Eilin Erevik m.fl.. The Norwegian remote intervention programme for problem gambling: Short- and long-term outcomes. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2020 august; 37(4).
30. Rusfeltets Hovedorganisasjon. Nederland når 40 % flere kvinner med online rusbehandling. [Online].; 2019 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.rusfeltet.no/arkiv/nederland-nar-40-flere-kvinner-med-online-rusbehandling>.
31. Google. Health. Our latest health AI research updates. [Online].; 2023 [cited 2023 april. Available from: <https://blog.google/technology/health/ai-llm-medpalm-research-thecheckup/>.
32. Helsedirektoratet. ISF Informasjonsmøte. Informasjonsmøte. Oslo: Innsatsstyrt finansiering (ISF) regelverk, Helsedirektoratet; 2022.
33. Aftenposten. 32 leger gjør opprør: Strengt personvern rammer pasientene. [Online].; 2019 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.aftenposten.no/norge/i/ka9n9Q/32-leger-gjoer-opproer-strengt-personvern-rammer-pasientene>.
34. Vibeke Binz Vallevik PHB. Kunstig intelligens i klinikken – en industri uten råvarer. [Online].; 2022 [cited 2023 mars. Available from: <https://tidsskriftet.no/2022/06/kunstig-intelligens-i-klinikken-en-industri-uten-ravarer>.
35. Kim Hyoun S. HDC. Component Model of Addiction Treatment: A Pragmatic Transdiagnostic Treatment Model of Behavioral and Substance Addictions. Frontiers in Psychiatry. 2018 august; 9.
36. Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Flere pasienter i TSB må delta i kliniske studier. [Online].; 2022 [cited 2023 mars. Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/flere-pasienter-i-tsb-ma-delta-i-kliniske-studier>.
37. Kristoffer Rørstad m.fl.. Kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge. Lysaker: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU); 2019. Report No.: 978-82-327-0385-2.
38. Grimshaw Jeremy M. m.fl.. Is evidence-based implementation of evidence-based care possible?. The Medical Journal of Australia. 2004 august; 180(6).
39. Trisha Greenhalgh m.fl.. Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: A movement in crisis? BMJ. 2014 juni.
40. Forskningsrådet. Innføring av plan S fra 2021. [Online].; 2020 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.forskningsradet.no/contentassets/b888bba02d2f444bb37d54c4d3938baf/plan-s-webinar-20-nov-2020-dele.pdf>.
41. Springer Nature. Figshare Integration Guidance For Authors. [Online]. [cited 2023 mars. Available from: <https://www.springernature.com/gp/authors/research-data/figshare-integration>.

42. Erin C McKiernan m.fl.. Point of View: How open science helps researchers succeed. eLife. Biochemistry and Chemical Biology. 2016 juli.
43. Elicit. What is Elicit? [Online]. [cited 2023 mars. Available from: [https://elicit.org/faq#what-is-
elicit](https://elicit.org/faq#what-is-elicit).
44. Erik Torjussen m.fl.. Brukermedvirkning i TSB – en myte? Nasjonal kartlegging. Oslo Universitetssykehus, Nasjonal kompetansetjeneste TSB; 2014.
45. Kendler KS m.fl.. Illicit psychoactive substance use, abuse and dependence in a population-based sample of Norwegian twins. Psychol Med. 2006 may; 36(7).
46. Ystrom E m.fl.. Genetic and Environmental Risk Factors for Illicit Substance Use and Use Disorders: Joint Analysis of Self and Co-twin Ratings. Behav Genet. 2014 januar; 44(1).
47. Steven J Marcalus m.fl.. Combating opioid addiction and abuse—2 ways to effectively intervene in the cycle of addiction through pharmacogenomics. Journal of the American Pharmacists Association. 2019 juli; 59(4).
48. Yvonne Bombard m.fl.. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. Implementation Sci. 2018 juli; 13.
49. Cathal Doyle m.fl.. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open. 2013; 3.
50. The Commonwealth Fund. Primary Care Practice Receives and Reviews Patient Satisfaction Experience Data. [Online].; 2019 [cited 2023. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-stats/practice-reviews-patient-experience-data>.
51. Regjeringen. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. [Online].; 2019 [cited 2023. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonale-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>.
52. BHB. 5 Examples of Substance Use Disorder Companies Using Value-Based Care. [Online]. [cited 2023. Available from: <https://bhbusiness.com/2022/06/24/5-examples-of-substance-use-disorder-companies-using-value-based-care/>.
53. Walderhaug E. Underkommunisert sammenheng. Det er en sterk statistisk sammenheng mellom fattigdom og rusproblemer. Psykologitidsskriftet. 2016 februar.
54. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. [Online].; 2022 [cited 2023 januar. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretagelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levevaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>.
55. FHI. Behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten. [Online].; 2022 [cited 2023 januar. Available from: <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/tiltak->

[og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/?h=1&term=#nye-pasienter-med-rusmiddelproblemer.](#)

56. FHI. Legemiddelforbruket i Norge 2016 - 2020. Folkehelseinstituttet, Avdeling for Legemiddelstatistikk; 2021.
57. Norsk Helseinformatikk (NHI). Psilocybin - fleinsopp - i behandling av depresjon. [Online].; 2021 [cited 2023 januar. Available from: <https://nhi.no/forskning-og-intervju/psilocybin-fleinsopp-i-behandling-mot-depresjon/>.
58. R. G. Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol. Bergen: Rokkansenteret, Notatserie i helseøkonomi; 2004.
59. FHI. Rusmiddellidelser i Norge. [Online].; 2022 [cited 2023 mars. Available from: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser?term=>.
60. Nasjonal kompetansetjeneste TSB. TSB i Norge. [Online].; 2023 [cited 2023. Available from: <https://tsbnorge.no/kartoversikt2>.
61. Helse Nord RHF. Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025. Utviklingsplan. Helse Nord RHF; 2016.
62. Institutt for helse og samfunn (UiO), Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (UiT Norges arktiske universitet). Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Evalueringsrapport. ; 2022.
63. Anne Landheim, Ellen Hoxmark, Amund Aakerholt, Kristian Aasbrenn. Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP), Høgskolen i Innlandet og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA); 2017.
64. Forebygging. Island-modellen – Suksessoppskrift for forebygging av rusbruk blant tenåringer. [Online].; 2019. Available from: <https://www.forebygging.no/Kronikker/2019/Island-modellen--Suksessoppskrift-for-forebygging-av-rusbruk-blant-tenaringer>.

Vedlegg

Deltakere i prosjektet

Rapporten bygger på intervju og møtevirksomhet med et bredt sett kompetansepersoner. Kompetansepersonene ga verdifulle innspill og bidrag inn i prosjektet.

Arbeidsgruppen

Diskuserte og bisto prosjektet i flere arbeidsmøter fra tidlige analyser frem til rapporten ble utarbeidet. Disse deltok også i trendkartmøtet.

- **Hilde Lytomt Harwiss**, prosjektleder for TSB-ledernetverket, Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- **Margrethe Aaen Erlandsen**, ko-prosjektleder for TSB-ledernetverket, Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- **Karoline Tolo Rollag**, spesialrådgiver, Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- **Eva Sørli**, opplæringsansvarlig, Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- **Espen Ajo Arnevik**, leder, Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning, Oslo universitetssykehus
- **Camilla Teffers**, partner, inFuture
- **Audun Ervik**, partner, inFuture

Dybdeinformanter

Deltok i intervju med prosjektet for å gi sine innspill på viktige trender og utvikling.

- **Kenneth Arctander Johansen**, daglig leder, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
- **Gerd Helene Irgens**, seksjonsleder/seniorrådgiver, Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen
- **Jørgen G. Bramness**, professor og seniorforsker, Folkehelseinstituttet, UiT Norges arktiske universitet og Nasjonal kompetansetjeneste ROP
- **Espen Ajo Arnevik**, leder, Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning, Oslo universitetssykehus

Trendkartmøte

Ga innspill på prosjektgruppens hypoteser til trender og viktige utviklingstrekk før disse ble evaluert på fremtidssamlinger.

- **Camilla Fjeld**, nestleder, Tyrili
- **Dagny Adriaenssen Johannessen**, forsker og førsteamanuensis i sosialt arbeid, Blå Kors og OsloMet
- **Guri Spilhaug**, leder, Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- **Johan Lothe**, daglig leder, WayBack og leder for brukerrådet i Avdeling rus- og avhengighetsbehandling, Oslo universitetssykehus (ble forhindret fra å delta i trendkartmøtet, men ga sine innspill i et separat møte)

Fremtidssamlingene

Ga innspill på trendanalysen basert på dimensjonene viktighet og beredskap. Dette er nærmere beskrevet i kapitlet om metode.

- Ca. 240 deltakere fra hele landet (fysisk og digitale samlinger)

