

Evaluering av heroinassistert behandling i Norge

Desiree Eide, Francesca Melis, Ronny Bjørnstad, Silvana De Pirro, Rune Ellefsen, Zhanna Gaulen, Vegard Kokabzadeh Haukland, Marja Leonhardt, Lene Midtsundstad, Lars Henrik Ryther Myklebust, Eva Lassemo, Linn Støme, Ann Oldervoll, Birgitte Thylstrup, Christian Tjagvad, Linda Elise Couëssurel Wüsthoff, Thomas Clausen

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo
Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk), Oslo universitetssykehus
Rus- og avhengighetsklinikken (RAK), Haukeland universitetssjukehus
Center for Rusmiddelforskning (CRF), Aarhus Universitet
ProLAR Nett



RUSFORSK

CENTER FOR
RUSMIDDEL-
FORSKNING

+ proLAR Nett
NASJONALT FORBUND FOR FOLK I LAR

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Publiseringsdato: juni 2026

Senter for rus- og avhengighetsforskning
Universitetet i Oslo
Oslo, Norge

Finansiering: Utarbeidelsen av denne rapporten er finansiert av Helsedirektoratet.

Takk: Vi vil gjerne takke pasienter og pårørende som deltok i denne evalueringen for at de stilte sin tid og informasjon til rådighet. Vi vil også takke de ansatte ved klinikkene for heroinassistert behandling for deres innsats i forbindelse med datainnsamlingen. Vi er videre takknemlige for de konstruktive innspillene vi har mottatt fra internasjonale eksperter på heroinassistert behandling: Douglas Scott MacDonald (Kanada), Katrine Wilken-Jensen Nørfelt Marstrand (Danmark), Andrew McAuley (Skottland), Olivier Simon (Sveits), John Strang (England) og Willem van den Brink (Nederland).

Interessekonflikter: Ingen

Forfatteraffiliasjoner:

Desiree Eide: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

Ronny Bjørnstad: ProLAR Nett

Silvana De Pirro: Rus- og avhengighetsklinikken (RAK), Haukeland universitetssjukehus

Rune Ellefsen: Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk), Oslo universitetssykehus

Zhanna Gaulen: Rus- og avhengighetsklinikken (RAK), Haukeland universitetssjukehus

Vegard Kokabzadeh Haukland: Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk), Oslo universitetssykehus

Eva Lassemo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo og Samsfunnforskning, NTNU

Marja Leonhardt: Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk), Oslo universitetssykehus

Francesca Melis: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

Lene Midtsundstad: ProLAR Nett

Lars Myklebust: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

Linn Støme: Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk), Oslo universitetssykehus

Ann Oldervoll: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

Birgitte Thylstrup: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Christian Tjagvad: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

Linda Elise Couëssurel Wüsthoff: Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk), Oslo universitetssykehus og Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

Thomas Clausen: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

For henvendelser vedrørende denne publikasjonen, kontakt prosjektleder:

Thomas Clausen, thomas.clausen@medisin.uio.no

Dette dokumentet er oversatt fra engelsk ved hjelp av et maskinoversettingsverktøy (GPT UiO) og deretter språklig gjennomgått av norske forskere. Det kan likevel forekomme feil i oversettelsen.

Forord

Heroinassistert behandling (HAB) har de siste årene vært et omdiskutert narkotikapolitisk tema i Norge. Etableringen av to prosjektklinikker i Oslo og Bergen i 2022 reflekterte både en langvarig bekymring for personer med alvorlig opioidbrukslidelse og en vilje til å utforske en supplerende behandlingsform i tilfeller der konvensjonell legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ikke hadde vært tilstrekkelig.

Denne rapporten presenterer den nasjonale evalueringen av dette prosjektet, gjennomført for å gi et bredest mulig kunnskapsgrunnlag for framtidige beslutninger om hvorvidt, og i hvilken form, HAB bør ha en plass i det norske behandlingssystemet.

Evalueringen ble bestilt av Helsedirektoratet og gjennomført av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) i samarbeid med Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk, Oslo universitetssykehus), Rus- og avhengighetsklinikken (RAK), Haukeland universitetssjukehus, Center for Rusmiddelforskning (CRF, Aarhus Universitet) og brukerorganisasjonen ProLAR Nett.

Rapporten belyser organiseringen og gjennomføringen av HAB ved de to klinikkene, kjennetegn ved pasientene som mottar behandlingen, observerte behandlingsutfall og hvordan tilbudet oppleves av pasienter, pårørende, klinikere og andre interessenter. Den kombinerer kvantitative data om helserelaterte utfall, rusmiddelbruk, kriminalitet og kostnader i tillegg til kvalitative intervjuer med pasienter, pårørende og ansatte, og gir dermed en helhetlig forståelse av dette komplekse tiltaket.

Formålet med rapporten er å gi beslutningstakere og myndigheter et bedre beslutningsgrunnlag for å veie fordeler, risiko og kostnader ved HAB; å gi klinikere og ledere som arbeider med HAB et bedre kunnskapsgrunnlag; samt å gi brukerorganisasjoner, pasienter og berørte familier et forskningsbasert grunnlag for videre dialog. Selv om rapporten ikke gir eksplisitte svar på alle spørsmål, fremhever den sentrale funn og vurderinger som er relevante for framtidig behandling.

Vi vil gjerne takke alle pasienter og pårørende som har delt sine erfaringer. Vi er også takknemlige overfor ansatte ved HAB-klinikkene, som ikke bare har bidratt med egne perspektiver, men også har hatt en viktig rolle i å støtte datainnsamlingen gjennom hele evalueringen.

Innholdsoversikt

Forord	4
Sammendrag	1
1. Introduksjon.....	6
2. Mål.....	7
3. Heroinassistert behandling i Norge	8
4. Internasjonal kontekst	16
5. Metode	20
6. Resultater	27
7. Utfyllende perspektiver	66
8. Anbefalinger.....	74
9. Diskusjon.....	88
10. Styrker og begrensninger	90
11. Fremtidig forskning	92
12. Konklusjon	94
13. Prosjektets publikasjoner	96
Vedlegg 1	98
Vedlegg 2.....	101
Vedlegg 3.....	103
Vedlegg 4.....	110
Vedlegg 5.....	112
Vedlegg 6.....	117
Referanser.....	123

Sammendrag

Formål og omfang

Dette er en evaluering hvor vi vurderer Norges forsøksprosjekt med heroinassistert behandling (HAB) i Oslo (HABiO) og Bergen (HABiB) gjennom de fire første driftsårene (12. januar 2022 til 31. desember 2025). Evalueringen kombinerer kliniske journaldata, intervjuer med klinikere, pasienter og deres pårørende, gjentatte spørreskjema og registerdata for å beskrive hvem som startet i HAB, kliniske og sosiale behandlingsutfall, tjenesteyting og sikkerhet, samt en foreløpig kost-nytte-analyse. Utfyllende beskrivelser av metode og resultater presenteres i rapportens hoveddel og vedlegg.

Overordnet budskap

Heroinassistert behandling gir gevinster på tvers av flere områder for en liten pasientgruppe med omfattende utfordringer. Samtidig er behandlingen både kostbar og krevende for både pasienter og ansatte. Det anbefales at videre politiske beslutninger bør sikre høy klinisk kvalitet og pasientsikkerhet, men også styrke integreringen med det øvrige systemet for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Ved fremtidige driftsmessige endringer som kan øke effektiviteten må dette gjennomføres uten å vesentlig undergrave behandlingens virksomme elementer.

Inntak og pasientpopulasjon

I perioden 2022–2025 startet 136 unike pasienter i evalueringsprosjektet for HAB (Oslo: 89; Bergen: 47). Begge klinikkene opererte under oppgitt maksimal kapasitet. Behandlingsretensjonen var moderat: 48 % (n = 65) av de som hadde startet hadde avsluttet behandlingen ved utgangen av 2025, med en gjennomsnittlig behandlingsvarighet blant utskrevne pasienter på 11 måneder. De fleste avslutninger (61,5 %) var frivillige, ofte i form av overgang til konvensjonell legemiddelassistert rehabilitering (LAR), mens 38,5 % skyldtes manglende oppmøte eller ikke-frivillig avslutning. Pasientene i HAB var primært menn i midten av 40-årene, med langvarig opioidbruk, tidligere LAR-forsøk, hyppig bruk av flere rusmidler og betydelig sosial og medisinsk kompleksitet (ustabil bosituasjon, psykiatrisk og fysisk samsykelighet, lav arbeidsdeltakelse).

Behandlingsutfall og pasienterfaringer

Heroinassistert behandling ga gradvise, moderate forbedringer på flere områder: bedre livskvalitet; redusert belastning av fysiske symptomer; redusert selvrapportert bruk av heroin og andre rusmidler, og nedgang i enkelte former for kriminalitet. Gevinstene akkumulerte over tid og var avhengig av vedvarende deltakelse i behandling. Flere pasienter og familier beskrev tydelige fordeler av å ha pålitelig legemiddeltilgang, økt hverdagsstabilitet og sterkere terapeutiske relasjoner. Samtidig hadde HAB begrenset effekt på strukturelle faktorer slik som bolig, arbeid og matsikkerhet. Alvorlige uønskede hendelser (ikke dødelige overdoser, medisinske og psykiatriske komplikasjoner) var

nokså vanlige underveis i HAB, noe som understreker behovet for spesialiserte helsetjenester og tett klinisk oppfølging.

Tjenesteyting, tilgang og prosessutfordringer

Henvisningsvolum og inntak forble lavere enn klinikkenes maksimale kapasitet, noe som tyder på at henvisningsveier, inklusjonskriterier og lokal etterspørsel, heller enn fysisk kapasitet, var de viktigste begrensende faktorene. Driftsmessige utfordringer inkluderte behovet for et stort antall kvalifiserte ansatte for å sikre trygg dosering og observasjon, samt uforutsigbar eller ulik praktisering av regler som kunne skape uro blant pasienter, stigma hos behandlere som barriere mot henvisninger, og at klinikkene var stengt midt på dagen noe som bidro til å redusere effektiviteten i bemanningen.

Helseøkonomiske funn

Fra et helseøkonomisk perspektiv fremstår HAB som et ressurskrevende tiltak, med behandlingskostnader på om lag 1 million NOK per pasient per behandlings-år. Den relevante helseøkonomiske problemstillingen er imidlertid merkostnaden og helsegevinsten sammenlignet med pasienter som ikke viderefører et stabilt behandlingsopplegg, med samtidig høy sykdomsbelastning og betydelig tjenestebruk.

Den årsbaserte merkostnaden (ICER) ved fortsatt HAB var om lag 103 000 NOK per pasient per år, samtidig som fortsatt behandlingsretensjon var assosiert med en merhelsegevinst på 0,122 QALY, tilsvarende en sum på 845 087 NOK per vunnet kvalitetsjustert leveår. Dette er over de nivåer som benyttes som terskelverdi ved alvorlige tilstander i Norge.

Utvidede analyser viste betydelige reduksjoner i øvrig helsetjenesteforbruk, særlig innen somatiske spesialisthelsetjenester (omtrent 108 000 NOK per pasient per år). Når disse inkluderes i sensitivetsanalysen, blir netto merkostnad tilnærmet utlignet og svakt negativ ($\approx -6\,500$ NOK per pasient per år), samtidig som helsegevinsten opprettholdes. Dette antyder at deler av HABs høye behandlingskostnader kan motvirkes av redusert bruk av andre helsetjenester. Sensitivetsanalyser antydet i tillegg tilsvarende reduksjoner i kriminalitetsrelaterte kostnader, men disse estimatene er mer usikre og må tolkes med varsomhet.

Konklusjoner og anbefalinger

Heroinassistert behandling har per i dag en smal, men relevant funksjon innenfor Norges LAR system: Den når en liten gruppe personer med alvorlig, behandlingsresistent opioidbrukslidelse og gir betydningsfulle kliniske og sosiale gevinster for pasientene. Samtidig er HAB ressurskrevende, med høye kostnader per pasient, noe som begrenser muligheten for oppskalering og langsiktig bærekraft. Gitt den moderate etterspørselen og de høye enhetskostnadene anbefaler vi å opprettholde HAB ved de to eksisterende klinikkene, samtidig som målrettede effektiviseringstiltak gjennomføres i disse to klinikkene (se oppsummering av anbefalingene nedenfor).

Sammendrag av anbefalinger

Anbefalingene i denne rapporten er utarbeidet med utgangspunkt i at heroinassistert behandling (HAB) forstås som én av flere komponenter i det bredere systemet for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Konvensjonell LAR, i hovedsak metadon og buprenorfin, er fortsatt førstelinjebehandling for de fleste personer med opioidbrukslidelse. HAB bør betraktes som en utvidelse innen denne behandlingsskjeden, som tilbyr et mer intensivt behandlingstilbud for en liten undergruppe pasienter med alvorlig, behandlingsresistent opioidbrukslidelse hvor standard behandling i LAR ikke har gitt tilstrekkelig effekt. Med dette systemperspektivet må beslutninger om HABs framtid ta hensyn til LAR-dekning, kapasitet og overordnede behandlingsprioriteringer.

Evalueringen viser at etterspørselen etter HAB er moderat sett i forhold til den totale LAR-populasjonen og også i forhold til den maksimale kapasiteten ved de to etablerte klinikkene. Internasjonale erfaringer fra velfungerende LAR-systemer tyder på at kun en liten andel av pasientene er aktuelle kandidater for HAB. Evalueringen i Norge samsvarer med dette mønsteret og indikerer at etterspørselen etter HAB er moderat relativ til den samlede LAR-populasjonen. Politikktutforming og tjenestepanlegging for HAB bør derfor kalibreres både til alvorlighetsgraden i målgruppens behov og til målgruppens begrensede størrelse. Enhver utvidelse eller omfordeling av HAB-kapasitet bør begrunnes med dokumenterbar behovsprofil, realistiske anslag for rekruttering og nøye vurdering av alternativkostnader innenfor det bredere LAR-systemet.

De positive resultatene som er observert i Norge kommer fra en HAB-modell, som krever betydelige ressurser, og som kombinerer overvåket dosering, tett klinisk observasjon, tverrfaglig psykososial oppfølging og høy bemanningsfaktor. Disse elementene ligger til grunn for både sikkerhet og behandlingseffekt. Betydelige reduksjoner i bemanning, observasjon eller integrert oppfølging vil endre karakteren av tiltaket, svekke kunnskapsgrunnlaget for dets gevinster og trolig øke risiko og påfølgende komplikasjoner og kostnader. Samtidig er dagens høykostnadsmodell sårbar, særlig gitt relativt få pasienter og endrede trender i heroinbruk på samfunnsnivå. Framtidige beslutninger innebærer derfor avveininger mellom klinisk kvalitet, tilgjengelighet og langsiktig økonomisk bærekraft. Utfyllende detaljer om anbefalingene er presentert i **Kapittel 8**.

På denne bakgrunnen gir rapporten fem hovedanbefalinger:

1. Videreføre HAB ved eksisterende klinikker, med fokus på driftsmessig effektivitet

HAB bør videreføres som et offentlig finansiert behandlingstilbud innenfor LAR ved de to etablerte klinikkene, ettersom det utgjør et kunnskapsbasert behandlingsalternativ for en liten gruppe pasienter med alvorlig, behandlingsresistent opioidbrukslidelse og bidrar til bedre behandlingsutfall for denne gruppen. Selvstendige HAB-klinikker bør imidlertid begrenses til steder der det foreligger tilstrekkelig forventet etterspørsel, og det bør fastsettes tydelige driftsmessige terskler for minimumsbemanning og pasientvolum for å ivareta sikkerhet, kvalitet og økonomisk bærekraft. Derfor er det per i dag lite sannsynlig at etablering av nye selvstendige klinikker i flere byer vil være faglig og økonomisk begrunnet, gitt det anslåtte antallet potensielle pasienter som kan være aktuelle for HAB i andre opptaksområder.

Selv om denne rapporten anbefaler videreføring av HAB, anbefales det også sterkt å utforske driftsmessige endringer som kan redusere kostnadsnivå og dermed langsiktig levedyktighet.

2. Systematisk utforske kostnadsbesparende tiltak innen HAB

Dersom HAB blir en permanent del av behandlingssystemet, vil videreføring på sikt kunne forutsette målrettede tiltak for mer effektiv organisering uten å svekke faglig kvalitet, sikkerhet eller pasientsentrert behandling. Dagens HAB-modell er ressurskrevende, og estimert merkostnad per kvalitetsjustert leveår (ICER) på 845 000 NOK ligger over nivåer som ofte benyttes som referanse for offentlig betalingsvillighet ved alvorlige tilstander i Norge (825 000 NOK). En relevant kontekstualisering er en nylig norsk studie som viser en ICER for konvensjonell LAR på 479 000 NOK per QALY sammenlignet med ingen behandling.

Denne rapporten anbefaler derfor å utforske kostnadsbesparende tiltak for å bedre driftsmessig effektivitet. Dette kan omfatte hensiktsmessig bruk av rimeligere legemiddelalternativer for enkelte pasienter etter individuelle vurderinger, forbedret planlegging og tidsstyring for å redusere bemanningstopper, og delte bemanningsmodeller med øvrige LAR-tjenester. Slike endringer bør prøves ut gradvis og evalueres med evaluerings- og forskningsmetoder opp mot forhåndsdefinerte kriterier for sikkerhet, kvalitet og behandlingsutfall.

3. Opprettholde HAB som et helhetlig, høy-kvalitets og kunnskapsbasert tilbud

Selv om kostnadsreduksjoner etterstrebes, må HAB beholde sine kjernekomponenter: overvåket administrasjon av opioider, tilstrekkelig klinisk observasjon og beredskap for akutte hendelser, samt integrert medisinsk, psykisk helse- og sosialfaglig oppfølging for pasienter med sammensatte behov. Underbemannede klinikker risikerer svekket sikkerhet, økt belastning og utbrenthet hos ansatte og brudd i behandlingstilbudet, samt

reduisert pasienttilfredshet og dårligere behandlingsutfall. Eventuelle kostnadsbesparende tiltak bør eksplisitt unngå å svekke disse sentrale elementene for å ivareta sikkerhet og kvalitet i tjenestene.

Å ivareta kvalitet forutsetter også adekvat kompetanse og støtte i arbeidsstyrken. Klinikken bør sikre tilgang til leger med rusmedisinsk ekspertise, sykepleiere med kompetanse i overvåket injiserbar dosering, akuttbehandling og skadereduksjon, i tillegg til sosiale tjenester og regelmessige tverrfaglige vurderinger. For å ivareta målgruppens komplekse og sammensatte helseutfordringer og sikre tilgang til fysisk og psykisk helsehjelp bør disse kompetansene være tilgjengelige som en del av HAB eller i tett samarbeid med HAB. Nivåer for Minimumsbemanning bør defineres og opprettholdes, med kontinuerlig opplæring og veiledning samt tydelige kliniske prosedyrer. Forslag til kostnadsreduksjon må vurderes opp mot konsekvenser for disse bemanningsstandardene og for sikkerheten til pasienter og ansatte.

4. Styrke integreringen av HAB i eksisterende LAR-tjenester

Delt infrastruktur og bemanning mellom HAB og LAR kan redusere dobbeltarbeid og driftskostnader, styrke robusthet i bemanningen og gjøre det lettere for pasienter å bevege seg mellom ulike behandlingsalternativer dersom behovene endrer seg. Samorganisering mellom behandlingsalternativene kan bedre driftsmessig effektivitet og redusere klinikkenes sårbarhet dersom pasienttilstrømmingen skulle avta.

5. På lengre sikt vurdere forsterkede rusbehandlingstjenester som alternativ til selvstendige HAB klinikker

På lengre sikt anbefales det å vurdere bredere, «forsterkede» polikliniske rusbehandlingstjenester som kan ivareta personer med alvorlig, høy-risiko rusmiddelbruk utover opioider (for eksempel stimulanter og bruk av flere rusmidler), samt personer med daglig utlevering av medikamenter i LAR/HAB og som har behov for intensiv oppfølging. Slike tjenester vil kunne anvende den strukturerte, tverrfaglige -modellen fra HAB for en større gruppe pasienter med omfattende behov for tjenester og oppfølging. Dette vil gi en mer fleksibel, dynamisk og bærekraftig måte å organisere intensiv rusbehandling på i samsvar med endringer i rusmønstre og tjenestebehov over tid.

Samlet har disse anbefalingene som mål å sikre fordelene ved den helhetlige HAB modellen for de som har størst behov, samtidig som tilbudet forblir trygt, godt integrert i det øvrige LAR-systemet og økonomisk bærekraftig over tid.

1. Introduksjon

Opioidbrukslidelse forstås ofte som en kronisk, tilbakevendende tilstand forbundet med en rekke fysiske, sosiale og psykiske problemer som medfører betydelig økt sykkelighet og dødelighet i gruppen. På grunn av det kroniske forløpet har personer med opioidbrukslidelse ofte behov for langvarig oppfølging i behandlingssystemet. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) omfatter bruk av opioidagonister, oftest metadon og buprenorfin. Generelt er LAR forbundet med redusert risiko for dødelige overdoser, infeksjoner og kriminalitet. Selv om denne behandlingsformen har vært vellykket, gir standard LAR ikke tilfredsstillende resultater for om lag én av ti personer med opioidbrukslidelse, noe som kan få fatale konsekvenser.

Heroinassistert behandling (HAB) innebærer daglig, overvåket bruk av farmasøytisk heroin (diacetylmorfin) i en klinisk setting. Et langtidsvirkende opioid (tradisjonelt metadon) benyttes for å dekke behovet over natten. De fleste HAB-programmer bruker injiserbar eller tablettformulert diacetylmorfin. Andre administrasjonsveier, inkludert inhalasjon og intranasal administrasjon, er tilgjengelige eller er tatt i bruk i enkelte land. Kunnskapsgrunnlaget for disse administrasjonsformene er imidlertid mer begrenset enn for injiserbare og orale/tablettformuleringer. De kan derfor snarere betraktes som mindre etablerte tilnærminger enn standard former for HAB [1, 2].

Heroinassistert behandling har blitt implementert i ulike land i over 30 år. Resultater fra randomiserte kontrollerte studier av høy kvalitet indikerer at HAB kan være effektiv for å redusere kriminalitet og illegalt heroinbruk, og at pasienter i målgruppen har en tendens til å forbli lenger i HAB enn i metadonbasert LAR alene [3, 4]. Når det gjelder behandlingsretensjon og redusert illegalt heroinbruk, støtter kunnskapsgrunnlaget fra randomiserte kontrollerte studier gjennomgående at HAB er mer effektiv enn oral metadon for en undergruppe av pasienter [3].

Til tross for at internasjonale studier støtter heroinassistert behandling (HAB), er kunnskapen fortsatt begrenset med tanke på hvordan modellen fungerer og hvordan den kan integreres i et nasjonalt behandlingssystem, som for eksempel det norske helsevesenet. I 2021 ble et femårig, statlig finansiert forsøksprosjekt for HAB introdusert i Oslo og Bergen. Finansieringen av det norske HAB-programmet omfattet både den kliniske intervensjonen og en omfattende forskningsbasert evaluering gjennomført i perioden 2021–2026. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF, Universitetet i Oslo) ledet forskergruppen i samarbeid med Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk, Oslo universitetssykehus), Rus- og avhengighetsklinikken (RAK, Haukeland universitetssjukehus), Center for Rusmiddelforskning (CRF, Aarhus Universitet) og brukerorganisasjonen ProLAR Nett.

2. Mål

Det primære målet med dette prosjektet var å evaluere effektene av heroinassistert behandling (HAB) for pasienter med opioidbrukslidelser i Norge. Denne sluttrapporten oppsummerer studiens aktiviteter og kunnskapsgrunnlag gjennom kvantitative resultater, kvalitative funn og en foreløpig samfunnsøkonomisk vurdering og presenterer tydelige, praktisk orienterte anbefalinger for politikk og praksis basert på disse resultatene.

Evalueringen ble bestilt av Helsedirektoratet i 2021 for å gi grunnlag for beslutninger om hvorvidt HAB bør videreføres som et permanent behandlingstilbud, og i så fall hvordan framtidig utforming, organisering og omfang av HAB-tjenestene bør legges opp. I tråd med oppdragsbeskrivelsen har prosjektet utarbeidet en midtveisrapport levert i 2024, samt denne omfattende sluttrapporten, som syntetiserer funn fra prosjektstart og gjennom hele evalueringsperioden. Formålet med rapporten er å gi Helsedirektoratet og andre aktører et kunnskapsgrunnlag for å vurdere om, og i så fall hvordan, HAB bør videreføres, tilpasses eller skaleres i Norge. Anbefalingene er utformet for å balansere klinisk effekt og pasientsikkerhet med hensyn til likeverdighet, driftsmessig gjennomførbarhet og økonomisk bærekraft.

3. Heroinassistert behandling i Norge

3.1 Etableringen av heroinassistert behandling i Norge

Den offentlige og politiske debatten om heroinassistert behandling (HAB) oppsto første gang i Norge rundt 2007. På det tidspunktet var støtten til HAB liten blant partiene på Stortinget, og HAB var ikke et synlig tema i den offentlige debatten. Dette endret seg imidlertid markant i løpet av det påfølgende tiåret. Da regjeringen fattet sin endelige beslutning om å gjennomføre et tidsavgrenset HAB-prosjekt i 2019, hadde HAB blitt et sterkt debattert tema, og mange politiske partier og andre sentrale aktører hadde i flere år tatt til orde for etablering av HAB [5].

Skiftet fra minimal støtte på midten av 2000-tallet til etableringen av de første HAB-klinikkene i 2022 var ikke primært et resultat av press eller krav fra kliniske rusbehandlingsmiljøer eller forskere. Snarere var det drevet fram av sentrale enkeltpolitikere, aktivister, brukerorganisasjoner og, etter hvert, representanter for media og politiske partier. Disse aktørene framstilte HAB som et viktig tiltak for de mest utsatte blant personer som injiserer rusmidler der eksisterende legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ble vurdert som utilstrekkelig. Samtidig så HAB også ut til å ha en bredere symbolsk rolle, ved å kunne markere et mulig tidsskifte i debatten om rusreform, som hadde tiltatt i styrke i tiåret fram mot iverksettingen av HAB-prosjektet. I løpet av dette tiåret fikk debatten om rusreform, kritikken av de negative konsekvensene av en «straffende» tilnærming til personer som injiserer rusmidler, og kravet om en mer liberal ruspolitikk stadig større gjennomslag. Dette skiftet i diskurs påvirket det norske ruspolitiske landskapet og var trolig en viktig forutsetning for den økte politiske støtten til HAB [5].

Disse politiske endringene ble dermed i større grad drevet av opinionsledere og politiske aktører enn av den eksisterende vitenskapelige og lokalt forankrede kunnskapsbasen. I Norge har personer med opioidbrukslidelse tilgang til gratis helse- og sosiale tjenester, og de i løpet av senere årene har behandling blitt mer og mer tilgjengelig, med redusert ventetid og, i mange tilfeller, raskt inntak i behandling. I tillegg er om lag 70–80 % av den anslåtte målgruppen til LAR i LAR; behandlingsretensjonen er generelt høy, og de fleste pasienter forblir i behandling over lengre tidsperioder. Pasientrapportert tilfredshet med konvensjonell LAR er samlet sett moderat til høy [6].

Samtidig er det i dag svært få personer i Norge som blir pågrepet eller fengslet for mindre narkotikalovbrudd som bruk eller besittelse av små mengder illegale rusmidler, noe som gjenspeiler endringer de siste årene i både rettspraksis og lovverk [7]. Mange personer med ruslidelser er imidlertid fengslet for andre typer lovbrudd som ikke er direkte knyttet til bruk eller besittelse av rusmidler [8]. Overordnet sett har ikke «krigen mot narkotika» vært et framtrødende trekk ved norsk ruspolitikk eller klinisk praksis de senere årene [9].

I stedet blir Norge ofte beskrevet som å ha en relativt balansert og helserettet ruspolitikk og rangeres blant de bedre presterende landene på Global Drug Policy Index [10].

Til tross for økende politisk støtte til HAB de siste årene, har flere fagmiljøer innen rusbehandling og -forskning, samt enkelte brukerorganisasjoner, kritisert bruken av begrensede økonomiske ressurser til å etablere en ny, kostbar behandlingsmodell som HAB. De har i stedet argumentert for å styrke eksisterende LAR-tjenester, med vekt på deres kostnadseffektivitet og bredere pasientnytte. På den andre siden av debatten har flere politiske partier og brukerorganisasjoner støttet HAB som et nødvendig supplement til eksisterende behandlingstilbud for en liten undergruppe av de mest sårbare pasientene med alvorlig opioidbrukslidelse som ikke har nytte av LAR [5].

I tiåret før regjeringens vedtak om det femårige HAB-prosjektet i 2019 gjennomførte helsemyndighetene flere utredninger og vitenskapelige gjennomganger for å vurdere en mulig innføring av HAB i Norge [11]. Disse gjennomgangene konkluderte gjennomgående med at kunnskapsgrunnlaget på det tidspunktet var utilstrekkelig til å støtte HABs effekt for den tiltenkte pasientgruppen, og at en innføring derfor ville være for tidlig. Senere ble den politiske støtten til HAB innrettet mot å gjennomføre et tidsavgrenset forsøksprosjekt utformet for å generere kunnskap som kunne gi grunnlag for en beslutning om eventuell permanent etablering. Denne tilnærmingen skilte seg fra enkelte andre land, som Danmark, der HAB ble innført i 2010 som en permanent LAR-tjeneste uten noen forutgående pilotfase eller formell plan for forskningsbasert evaluering [12]. Siden den gang har flere internasjonale studier, inkludert randomiserte kontrollerte studier, systematiske oversikter og observasjonsstudier, rapportert positive effekter av HAB både for pasienter og for samfunnet [13].

3.2 Behandling av opioidbrukslidelse i Norge

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten. Personer kan henvises til LAR av fastlege, psykolog, kommunale helse- og sosialtjenester eller andre enheter i spesialisthelsetjenesten. Ved utgangen av 2024 var nærmere 8 500 personer i LAR) [14]. Norge reviderte de nasjonale retningslinjene for LAR i 2022, med økt vekt på brukermedvirkning, individuelt tilpassede behandlingsplaner og et bredere utvalg av tilgjengelige legemidler i LAR [15]. Dagens farmakologiske alternativer omfatter buprenorfin (tilgjengelig som monoterapi, i depotform og i kombinasjon med nalokson), metadon, levometadon og ulike morfinbaserte preparater (med 24-timers- og 12-timersformuleringer) [14]. 24-timers morfinformuleringen ble tilgjengelig i løpet av HAB-prosjektperioden, den 1. november 2023.

Heroinassistert behandling (HAB) utgjør en svært liten del av LAR-systemet i Norge og omfatter under 1 % av pasientene i LAR) [14]. Selv om tidligere behandling i LAR ikke er et formelt krav, brukes ikke HAB som førstevalg; pasienter forventes som hovedregel å ha forsøkt andre LAR-legemidler og tilnærminger før de vurderes for HAB. Norsk HAB er

integret i spesialisthelsetjenesten og ytes fra sykehusbaserte enheter under de regionale helseforetakene, som et definert tilleggsalternativ innenfor den bredere rammen av LAR.

Overordnet ligner HAB-pasienter den øvrige LAR-populasjonen når det gjelder alder, kjønnsfordeling, forekomst av psykiske helseproblemer og tilgang til behandling for psykiske lidelser, samt mønstre for tilleggsforordning av benzodiazepiner og behandlerinvolvering (ansvarsgruppemøter). De skiller seg imidlertid ut ved å ha mer ustabile boforhold, lavere sysselsetting og mindre arbeidsrelatert inntekt, mer hyppig og vedvarende rusmiddelbruk, samt en høyere overdoserate (se **Tabell 3.A**).

Tabell 3.A: Sammenligning av situasjon og behandlingstiltak blant pasienter i HAB med pasienter i øvrig LAR (fra LAR Statusrapport 2024)

	Pasienter i HAB (n=71)	Pasienter i LAR (n=5551)
Kjønn	18,6 % kvinner 81,4 % menn	30,4 % kvinner 69,6 % menn
Alder	46,9 år	47,8 år
Bosituasjon	65,6 % egen bolig 7,1 % hospits/hybelhus/hotell 7,1 % hos andre 11,1 % på institusjon 2,9 % uten fast bolig	81,9 % egen bolig 2 % hospits/hybelhus/hotell 3,7 % hos foreldre 2,2 % hos andre 1,1 % i fengsel 4,2 % på institusjon 2,5 % uten fast bolig 2,3 % ukjent bosituasjon
Hovedaktivitet	90,0 % uten beskjeftigelse 5,7 % i deltidsjobb	82,6 % uten beskjeftigelse 9,0 % i heltidsjobb 5,4 % i deltidsjobb 1,1 % under utdanning 0,3 % i deltidsjobb og utdanning 2 % ukjent
Hovedinntekt	64,3 % uførepensjon 18,6 % AAP 15,7 % sosialhjelp 1,4 % annet/ukjent	71,6 % uførepensjon 10,3 % AAP 2,4 % sosialhjelp 10,1 % arbeidsinntekt 4,0 % annet
Tilleggsforordning av benzodiazepiner	42,9 % tilleggsforordning 54,3 % ikke tilleggsforordning 2,9 % ukjent status	41,1 % tilleggsforordning 54,8 % ikke tilleggsforordning 4,2 % ukjent status
Bivirkninger av LAR-medikament*	0 % bivirkninger 50,0 % ingen bivirkninger 45,7 % ikke aktuelt 4,3 % ukjent status	8,3 % bivirkninger 37,4 % ingen bivirkninger 39,4 % ikke aktuelt 14,9 % ukjent
Rusprøver	84,3 % ikke regelmessige rusprøver 7,1 % stikkprøver 7,1 % regelmessige rusprøver 1,4 % ukjent status	49,1 % ikke regelmessige rusprøver 26,5 % stikkprøver 20,1 % regelmessige rusprøver 3,9 % ukjent status
Behandlingsmålsetting	94,3 % stabilisering uten krav til rusfrihet 5,7 % rehabilitering med rusfrihet	26,2 % stabilisering uten krav til rusfrihet 68,1 % rehabilitering med rusfrihet 5,7 % ikke avklart

Individuell plan	51,4 % IP 40,0 % ikke IP 8,6 % ukjent status	9,3 % IP 77,0 % ikke IP 13,4 % ukjent status
Ansvarsgruppemøte siste tre måneder	28,6 % ansvarsgruppemøte 71,4 % ikke ansvarsgruppemøte	27,4 % ansvarsgruppemøte 69,8 % ikke ansvarsgruppemøte 2,9 % ukjent
Behandling for psykiske helseproblemer siste fire uker	14,3 % mottatt behandling 85,7 % ikke mottatt behandling	15,6 % mottatt behandling 79,3 % ikke mottatt behandling 5,4 % ukjent status
Psykiske helseproblemer siste fire uker	7,1 % depressive symptomer 24,3 % angstsymptomer 7,1 % vrangforestillinger	12,3 % depressive symptomer 23,8 % angstsymptomer 6,7 % vrangforestillinger
Rusbruk siste fire uker	14,3 % ingen rusbruk siste fire uker 21,4 % få enkeltepisoder 54,3 % regelmessig bruk 10 % ukjent status	42,1 % ingen rusbruk siste fire uker 17,5 % få enkeltepisoder 26,3 % regelmessig bruk 14,1 % ukjent status
Overdose siste år	12,9 % overdose	6,3 % overdose
Pasienters fornøydhhet med behandlingen	71,4 % fornøyde 20,0 % blandet 8,9 % misfornøyde 5,7 % ukjent	61,3 % fornøyde 14,6 % blandet 3,1 % misfornøyde 21,0 % ukjent
Behandlers fornøydhhet med behandlingen	77,6 % fornøyde 20,9 % blandet 1,5 % misfornøyde	68,8 % fornøyde 23,0 % blandet 2,6 % misfornøyde 5,7 % ukjent
Endringsbehov	95,7 % ikke endringsbehov 2,9 % endringsbehov 1,4 % ukjent status	82,9 % ikke endringsbehov 10,8 % endringsbehov 6,3 % ukjent status

* Inkluderer kun LAR-enheter som bruker DIPS Arena eller Checkware (n= 4031)

Referanse [14].

3.3 Klinikker for heroinassistert behandling i Oslo og Bergen

I 2018 godkjente regjeringen et tidsavgrenset forsøksprosjekt for å etablere to klinikker for heroinassistert behandling (HAB) i henholdsvis Oslo og Bergen. Selv om klinikkene er relativt likt strukturert, har de noen forskjeller (se **Tabell 3.B**).

Tabell 3.B: Norsk HAB klinikk karakteristika

	Oslo	Bergen
Åpningsdato	januar 2022	mars 2022
Opptaksområde ¹	523.400	465.200
Pasienter i LAR (ekskl. HAB) ¹	1.141	1.109
Pasienter i HAB ²	45	31
Åpningstider	08:15-11:00 (observasjon til 12:00) 12:00-14:00 stengt for pasienter 14:00-16:00 for injisering (til 17:00 for tabletter)	8:30-11:00 12:00-14:00 stengt for pasienter 14:00-16:00 for injisering (til 17:00 for tabletter)
Antall årsverk	19,2	12,9
Bemanning i hverdager	13 klinikere (sykepleiere, lege, sosionom, klinikkleder, administrativt ansatte)	8-10 klinikere (sykepleiere, lege, klinikkleder, psykolog, sosionom, administrativt ansatte)
Bemanning i helger	6 sykepleiere 1 miljøarbeider	5 sykepleiere
Legedekning	1 lege 100 % (5 dager/uke) Helgevaktordning	1 lege 40 % (1.5 dager/uke) Helgevaktordning
Psykologdekning	Ingen (henvises til andre enheter i LAR for samtaler hos psykolog)	20 % (1 dag/uke)

¹ Bukten, A.L., Lillevold, P.H., Skeie, I., Clausen, T.: SERAF RAPPORT 5/2025 - Statusrapport 2024. In. Oslo: Norwegian Centre for Addiction Research - Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF); 2025.

² Status, 31.12.2025

Etablering av HAB som nytt behandlingstilbud i Norge

Klinikkene rapporterte at etableringen av HAB var en kompleks prosess. Innføring av diacetylmorfin krevde en langvarig godkjenningsprosess, utvikling av nye rutiner i samarbeid med sykehusapotekene og håndtering av innledende leveringsutfordringer. Klinikkene måtte også sikre sentralt beliggende, formålsbygde lokaler som la til rette for effektiv pasientflyt, kapasitet, sikkerhet og pasienttilfredshet, samtidig som bekymringer blant naboer ble håndtert. Bemanningsnivå og arbeidsplaner ble gradvis skalert opp med sterk vekt på tverrfaglig kompetanse. Et innledningsvis stort henvisningsvolum medførte en midlertidig inntaksstopp for å ivareta pasient- og ansattssikkerhet.. Klinikkene fikk utviklet en tilpasset elektronisk medikamentkurve og justerte dokumentasjonsrutiner. Det ble satt av om lag tre måneder til omfattende opplæring av ansatte i HAB-spesifikke prosedyrer, rusbehandling, fysisk og psykisk helse, kommunikasjon, sikkerhet og samhandling med andre tjenester. Hele den ordrette oppsummeringen fra klinikkene om etableringen av HAB er inkludert i **Vedlegg 1**.

Behandlingsmodell

Heroinassistert behandling tar sikte på å møte pasientenes medisinske behov gjennom bruk av medisinsk heroin (diacetylmorfin, DAM). På grunn av den korte halveringstiden til DAM [16] krever denne behandlingsmodellen som regel tett oppfølging, hyppige doseringer og en høyere grad av regulering enn standard LAR.

Pasientene møter opp på klinikken to ganger daglig, hver dag. Begge klinikker gjennomfører to daglige pasientøkter (morgen og ettermiddag) med stenging av klinikken for pasienter midt på dagen (12.00–14.00). Denne tiden er avsatt til oppfølging, dokumentasjon, møter og fagutvikling for personalet. I åpningstiden administrerer pasientene selv forskrevet injiserbar eller tablettformulert DAM under tilsyn, og får i tillegg en langtidsvirkende opioidformulering for å dekke medisinsbehovet gjennom natten, vanligvis metadon eller peroral depotmorfin. Et typisk pasientforløp omfatter en kort forundersøkelse i venterommet (inkludert visuell medisinsk vurdering, dosevurdering og utåndingsprøve for alkohol), etterfulgt av tilsyn ved administrering i injeksjonsbåser med veiledning i hygiene og sikkerhet, samt en observasjonsperiode på minimum 20 minutter etter dosering. Observasjonstiden varierer etter klinisk skjønn. Et besøk på klinikken kan totalt ta opptil to timer per dag for pasienten.

Sosionomer er ansatt ved HAB-klinikkene for å gi psykososial oppfølging og bidra til å koordinere pasientenes kontakt med andre offentlige tjenester. Pasienter henvises til annen spesialisthelsetjeneste (for eksempel ved spesifikke fysiske eller psykiatriske behov) når dette er relevant. Klinikkene samarbeider også med kommunale tjenester, for eksempel for å tilrettelegge for lavterskel fritidsaktiviteter og lønnet arbeid.

Bilder fra injeksjons- og observasjonsrommene ved HABiB og HABiO er vist nedenfor i **Figur 3.A**.

Figur 3.A: Injeksjons- og observasjonsrom ved HABiB og HABiO



Injeksjonsrom

Observasjonsrom

HABiB foto: Vibeke Bråthen Buljovcic; HABiO foto: Ann Oldervoll

Medikamenter

Legemiddeldosering individualiseres etter administrasjonsvei, med DAM tilgjengelig både i peroral og injiserbar formulering. Injiserbare formuleringer kan inntas selv intravenøst eller intramuskulært. For å dekke medikamentbehovet gjennom natten brukes langtidsvirkende opioider, oftest metadon eller peroral depotmorfin (12- eller 24-timersformuleringer). Behandlingsregimene er fleksible og kan justeres over tid i tråd med pasientenes kliniske behov.

Bemanning

Hver klinikk har et behandlingsteam bestående av spesialister i rus- og avhengighetsmedisin, sykepleiere og spesialsykepleiere, sosionomer og merkantilt/personell i støttefunksjoner. Sykepleiere gjennomfører pre- og postvurderinger, deler ut legemidler og gir grunnleggende helsehjelp (for eksempel helsesjekk, vitaminer osv.). Valgfri psykososial oppfølging (bolig, økonomi, bistand til arbeid) gis av sosionomer. I tillegg er kunnskap om prinsipper for skadereduksjonsarbeid av betydning.

Oslo har 19,2 årsverk, og Bergen 12,9 årsverk. Personalet er i hovedsak ansatt utelukkende i HAB, og det er ingen felles bemanning med konvensjonell LAR (med unntak av at én lege ved HABiO også er ansatt i LAR).

Begge klinikkene organiserer jevnlig intern opplæring og undervisning for ansatte, vanligvis i tidsrommet med stengt drift midt på dagen (12.00–14.00). I disse øktene inviteres eksterne aktører (forskere, helsepersonell m.fl.) til å holde presentasjoner eller undervisningsopplegg om temaer som er relevante for gjennomføring av HAB og det kliniske arbeidet.

Klinikklokalisering

Oslo-klinikken (HABiO) ligger i nærheten av LAR-klinikken på Ullevål-campus, Oslo universitetssykehus. Den holder til i et spesialtilpasset bygg med utforming basert på Behandlingscenter Odense, den største heroinklinikken i Danmark [17].

Klinikken er organisert med en sirkulær planløsning: Fra inngangen går pasientene videre til et venterom og deretter til et undersøkelsesrom for konsultasjon med lege. Der får de utlevert tabletter eller, dersom de får forskrevet injeksjonsbehandling, går de videre til injeksjonsrommet, som har fem injeksjonsbåser. Etter behandling går pasientene til observasjonsrommet, hvor det serveres frokost, og deretter forlater de klinikken etter en forhåndsdefinert observasjonsperiode.

Bergen-klinikken (HABiB) ligger i sentrum (Engenhuset). Klinikken flyttet dit etter om lag halvannet år i to ulike midlertidige lokaler i Skuteviksklinikken, like utenfor sentrum. Engenhuset er et totalrenovert bygg på seks etasjer som huser flere enheter ved Rus- og avhengighetsklinikken, inkludert en korttids døgnavdeling, en poliklinikk og en forskningsseksjon. Pasienter har egen inngang til HABiB.

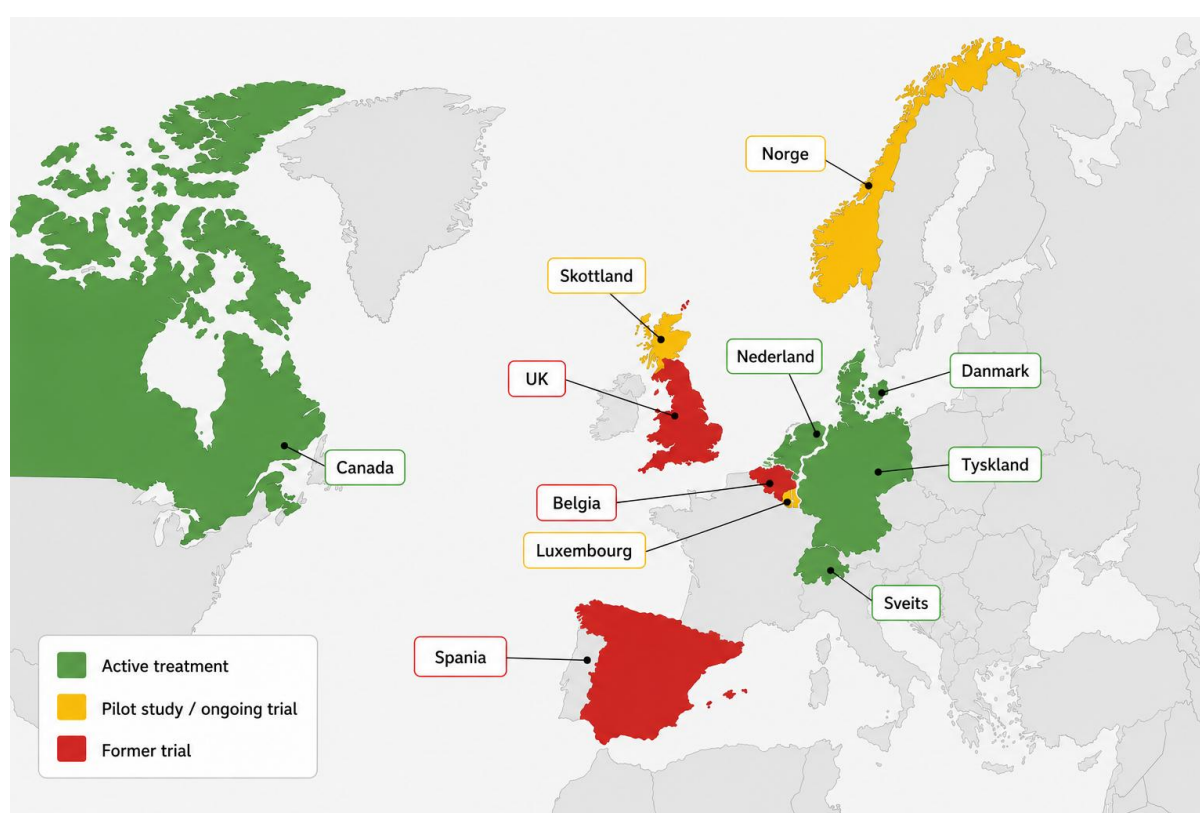
Pasientene ved Bergen-klinikken følger også en sirkulær pasientflyt. Fra inngangen går de til et venterom, før de blir kalt inn til en forundersøkelse ved sykepleier eller sosionom. På dette tidspunktet får pasienter som har forskrevet tabletter utlevert disse, mens de som får injeksjonsbehandling går videre til et eget injeksjonsrom med seks individuelle båser. Etter behandlingen går pasientene til et observasjonsrom hvor det serveres kaffe, og de forlater klinikken etter en endt forhåndsdefinert observasjonsperiode.

4. Internasjonal kontekst

4.1 Sammendrag av eksisterende programmer

Siden heroinassistert behandling (HAB) først ble innført i Sveits i 1994 [18], er behandlingsmodellen gradvis blitt innført i flere land, deriblant Nederland, Tyskland, Danmark og Canada. I de fleste tilfeller startet HAB som et forskningsprosjekt i form av en randomisert kontrollert studie. Disse studiene viste positive korttids- og langtidsresultater, noe som førte til at HAB ble integrert i de etablerte behandlingssystemene. Mer nylig har også Luxembourg og Skottland innført HAB som prosjekter. Per i dag er HAB tilgjengelig i åtte land, inkludert Norge (se **Figur 4.A**).

Figur 4.A: Status for heroinassistert behandling internasjonalt



I Spania, Belgia og Storbritannia ble HAB innført gjennom forskningsstudier; de tilhørende klinikkene ble imidlertid lagt ned da studiene var avsluttet eller finansieringen opphørte. De fleste HAB-programmer anskaffer diacetylmorfin (DAM) produsert av én enkelt sveitsisk produsent, noe som begrenser priskonkurransen, men sikrer legemidler av medisinsk kvalitet [19].

Betydelig heterogenitet mellom landene gjør direkte sammenlikning utfordrende. HAB-programmene varierer når det gjelder organisatoriske, regulatoriske og finansielle strukturer (for eksempel kommunal, regional/fylkeskommunal eller nasjonal forankring), med ulike finansieringskilder og økonomiske rammer. De varierer også i antall klinikker, pasientkapasitet og inklusjonskriterier. Selv om alle programmene baserer seg på leger

og sykepleiere, er tilgjengeligheten og rollene til sosionomer, psykologer og farmasøytter svært ulike, og dermed også bredden i tjenestetilbudet ved klinikkene.

Programmene skiller seg også med hensyn til hvilke inntaksmåter som er tillatt. Selv om de fleste land tilbyr injiserbar heroin, tilbyr enkelte i tillegg tabletter, inhalerbare eller intranasale formuleringer. Medikasjonen som brukes for å dekke behovet gjennom natten varierer tilsvarende og kan omfatte metadon, buprenorfin eller peroral depotmorfin, med ulike praksiser for overvåket inntak og med adgang til hjemmedosering av DAM i noen land (Sveits og Canada).

Samlet sett viser internasjonal forskning at HAB i stor grad lykkes med å nå pasienter som ikke har hatt nytte av andre behandlingstilbud for opioidbrukslidelse. Mange forblir i behandling i flere år, og programmene rapporterer bedring i helse, økt stabilitet og redusert bruk av illegale rusmidler. Siden de første studiene ble gjennomført, har imidlertid tjenestemodeller, pasientprofiler og rusmidler på markedet endret seg betydelig. Selv om forsøksfunnene fortsatt er gyldige sett i lys av sin opprinnelige kontekst, er dagens situasjon mer kompleks, og HAB må tilpasse sin utforming og gjennomføring for å møte nye behov og risikofaktorer. Tilbudet i HAB påvirkes av endrede bruksmønstre og demografiske utviklingstrekk, inkludert en aldrende pasientpopulasjon og økende polysubstansbruk. På tvers av land rapporteres det at inntak av pasienter til HAB generelt ligger under tilgjengelig kapasitet, dog relativt stabilt over tid.

4.2 Internasjonalt ekspertseminar

I januar 2026 arrangerte Senter for rus- og avhengighetsforskning et internasjonalt seminar om HAB. Ekspertter fra Canada, Sveits, Nederland, Danmark, Skottland, England og Norge delte erfaringer fra sine HAB-programmer og diskuterte sentrale problemstillinger av relevans for det norske prosjektet. Til tross for forskjeller mellom landene, var det bred enighet om flere punkter:

- Heroinassistert behandling er ikke en førstevalgsbehandling, men et målrettet tilbud for pasienter som ikke har hatt tilstrekkelig nytte av eksisterende LAR.
- Mange pasienter i HAB er eldre, har lange behandlingsforløp og lever med sammensatte helse- og sosiale problemer. Høy forekomst av hjemløshet eller ustabil bosituasjon, psykisk komorbiditet og omfattende kontakt med strafferettsapparatet er vanlig.
- På tvers av land er retensjon i HAB typisk høy, og en betydelig andel pasienter forblir i behandlingen i mange år.
- Samtidig blir HAB-populasjonen eldre, og tjenestene må i økende grad håndtere komplekse kroniske tilstander som kreft, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og demens. Integriert oppfølging av sosiale behov (for eksempel bolig, inntektssikring, familiekontakt og daglige aktiviteter) ble framhevet som avgjørende for å oppnå ønsket behandlingseffekt.

Ekspertene pekte på flere barrierer for tilgang til HAB, inkludert geografisk avstand og mangel på lokale tilbud, særlig i mer rurale områder, i tillegg til stigma i helsevesenet og i samfunnet generelt. Å forankre HAB i spesialiserte rustjenester med tverrfaglige team ble sett på som én måte å styrke integrasjon og langsiktig bærekraft på.

4.3 Erfaringer og lærdom fra internasjonale HAB-programmer

Diskusjonene under seminaret framhevet flere felles erfaringer:

- Heroinassistert behandling fungerer best når den er integrert i det øvrige behandlingstilbudet, ikke isolert fra andre tjenester.
- Det finnes ingen enkeltstående «riktig» modell: Noen land bruker egne, selvstendige klinikker, mens andre integrerer et mindre antall HAB-pasienter i eksisterende LAR-klinikker.
- Betegnelsen «heroinassistert behandling» kan bidra til stigma og bør erstattes med «diacetylmorfinassistert behandling», «DAM-behandling», eller en enda mer nøytral term.
- Pasienter følger ofte ulike forløp: Noen går ut av HAB etter en periode med stabilitet, noen går over til andre LAR-legemidler, og noen har behov for HAB på lengre sikt.
- Regelmessige revurderinger (ofte hver sjette måned) er viktige for å vurdere om HAB fortsatt er riktig tilbud for den enkelte.
- Kostnadsdiskusjoner bør være omhyggelige og brede. Selv om HAB er ressurskrevende, kan det gi innsparinger ved å redusere fengslinger, sykehusinnleggelse, bruk av akutt-tjenester, overdoser og kriminalitet.
- En bestemt behandling er ikke bedre bare fordi den er billigere; den må fungere for pasienten det gjelder.

Ekspertene understreket også at de viktigste spørsmålene ofte er «hvorfor» og «hva»: Hvorfor begynte personen å bruke heroin? Hvorfor hjelper denne behandlingen nå? Hva skal til for at en endring skal være mulig? Å forstå disse perspektivene er avgjørende for å utforme tjenester som er til nytte for pasienten.

Avslutningsvis ble det vektlagt at tilsynelatende små programdetaljer kan ha stor betydning for resultatene. Klinikkløkaler, holdninger i personalgruppen, fleksibilitet i dosering og timeplan, og hvordan behandlingsrevurderinger gjennomføres, vil alle ha betydning for om pasientene opplever respekt, trygghet og motivasjon til å forbli i behandling.

4.4 Forsterkede rusbehandlingstjenester

«Forsterkede rusbehandlingstjenester» er et begrep hentet fra en skotsk behandlingsmodell der HAB tilbys som én av flere modaliteter for personer med alvorlige ruslidelser. I denne konteksten betegner det et omfattende poliklinisk behandlingstilbud for personer med alvorlig, høyrisiko rusmiddelbruk ut over opioider, inkludert sentralstimulerende midler, samt for pasienter som får daglig utlevering av medikasjon i LAR eller HAB som har behov for intensiv og kontinuerlig oppfølging. Tjenestemodellen defineres dermed utfra personens funksjonsnivå og kliniske behov, snarere enn av hvilke konkrete rusmidler som brukes.

I disse tjenestene blir den strukturerte, tverrfaglige behandlingsmodellen fra HAB gjort tilgjengelig for en bredere pasientgruppe med komplekse behov. Dette muliggjør en mer fleksibel og bærekraftig modell for intensiv rusbehandling som kan tilpasses samfunnsmessige endringer med hensyn til rusbruksmønstre og tjenestebehov.

Internasjonale erfaringer viser at mange pasienter unndrar seg behandling ikke fordi de ikke ønsker hjelp, men fordi de opplever seg misforstått, dømt eller presset. Ekspertene understreket at behandlingen bør oppleves som støtte, ikke kontroll. En respektfull, fleksibel tilnærming kan redusere stigma og bedre deltakelse i behandling.

5. Metode

5.1 Tidslinje

Den primære datainnsamlingen for denne evalueringen fant sted i perioden 2022–2025 (mens datainnsamlingen i prosjektet fortsetter med samme metodikk også gjennom hele 2026). De første kvalitative intervjuene ble gjennomført i november 2020 med prosjektledere ved klinikkene. Forskningsplanlegging og utvikling av spørreskjema startet i 2020. Kvalitative intervjuer med pasienter, ansatte og berørte familiemedlemmer ble gjennomført i perioden 2022–2025. Pasientspørreskjema ble tatt i bruk fra klinikkene åpnet i 2022. Data vedrørende henvisninger, uønskede hendelser og medikasjon ble også samlet inn fra åpningen av klinikkene og fram til og med utgangen av 2025.

5.2 Forskningsstruktur og mål

Evalueringen benyttet kvalitative, kvantitative og registerbaserte data. Hvert tematisk område inkluderte flere datakilder (se **Tabell 5.A**), herunder dybdeintervjuer og semistrukturerte intervjuer, spørreskjema, kliniske journaldata og registre. De viktigste evalueringsteamene med tilhørende datakilder er listet opp i **Tabell 5.A**. Tilhørende formål er angitt i **Tabell 5.B**. Alle data ble lagret sikkert i Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo.

Tabell 5.A: Tematiske områder og datakilder brukt i evalueringen¹

Tematisk område	Datakilde
Holdninger/erfaringer med HAT	Dybdeintervjuer og semistrukturerte intervjuer (pasienter, pårørende, ansatte)
Helsestatus/sosiale forhold/behandlingsutfall	Gjentatte spørreskjema, kliniske journaler, registre
Alvorlige hendelser	Kliniske journaler
Prosessevaluering	Intervjuer (pasienter, klinikkledere, ansatte, administratorer) og henvisningsregistre
Kost-nytte	Administrative registre, registre, gjentatte spørreskjema

¹For mer informasjon om analytiske tilnærminger, se **Vedlegger 2–6**.

Tabell 5.B: Tematiske områder og tilhørende hovedmål¹

Tematisk område	Hovedmål
Holdninger/erfaringer med HAT	Å belyse erfaringene med HAB fra ulike perspektiver, med hensyn til fordeler og utfordringer for de som mottar HAB, gevinster og utfordringer for de som yter HAB, samt mulige indirekte konsekvenser av HAB for omsorgsoppgavene til pasientenes pårørende.
Helsestatus/sosiale forhold/behandlingsutfall	Å beskrive endringer i psykisk og fysisk helse blant pasienter som mottar HAB, og på hvilke måter dette er assosiert med livskvalitet, bruk av helse- og sosialtjenester, sosial reintegrering, kriminell atferd, bruk av illegale rusmidler og bruk av legemidler.
Alvorlige hendelser	Å rapportere alle alvorlige uønskede hendelser ved behandlingsoppstart og under pågående behandling.
Prosessevaluering	Å evaluere de organisatoriske prosessene knyttet til implementeringen av HAB i norske spesialisthelsetjenester, samt eventuell påvirkning fra HAB på pasienters bruk av konvensjonell LAR.
Helseøkonomiske analyser	Kost-nytte analyse av HAB gjennom bruk av kvalitetsjusterte leveår (QALYs) og beregning av merkostnad ved HAB/inkrementell kostnadseffektivitet (ICER) i tråd med norske retningslinjer for helseøkonomisk analyser. Inkludere utvidet analyse ved samfunnsrelaterte kostnader ved endringer i helsetjenesteforbruk og kriminalitet.

¹ For mer informasjon om analytiske tilnærminger, se **Vedlegger 2–6**.

5.3 Design

Holdninger til og erfaringer med HAB

Et kvalitativt design ble brukt for å undersøke holdninger til og erfaringer med HAB blant pasienter, klinikere og berørte familiemedlemmer. Datainnsamlingen inkluderte intervjuer, workshops, uformelle samtaler og etnografisk observasjon.

Pasientdata omfattet:

- 60 semistrukturerte dybdeintervjuer med 31 personer ved klinikkene i Oslo og Bergen (mars 2022–juni 2024). Deltakerne ble intervjuet minst én og opptil tre ganger for å fange opp endring over tid.

- Fire åpne pasientworkshops på om lag tre timer hver (gjennomført i 2024 og senhøsten 2025).
- Omtrent 300 timer feltobservasjon (2022–2024).
- 32 korte, strukturerte uformelle samtaler gjennomført av medforskere fra ProLAR Nett (mars 2024 - november 2025).

Intervjuene ble gjennomført én-til-én ved bruk av en intervjuguide som var utviklet i samarbeid med ProLAR Nett. Intervjuene ble tatt opp og transkribert (med bruk av KI-verktøy og manuell gjennomgang). Workshops og medforskersamtaler genererte anonymiserte feltnotater.

Klinikerdata besto av 47 intervjuer gjennomført i to faser:

- Tidlig implementeringsfase (de første 14 månedene): 23 intervjuer, hovedsakelig i gruppeformat, med til sammen 31 klinikere i ulike roller.
- Senere fase (år fire, 2025): 23 individuelle intervjuer (på klinikken og via Teams) med fokus på perspektiver på den ideelle HAB-praksis.

Data fra berørte familiemedlemmer besto av 18 dybdeintervjuer med 10 deltakere. Hver deltaker ble intervjuet to ganger, omtrent fire og 14 måneder etter at deres pårørende startet i HAB (juni 2022–april 2024). Disse intervjuene utforsket hvordan behandlingen i HAB påvirket livskvalitet og relasjoner.

På tvers av alle grupper ble det ved rekruttering lagt vekt på variasjon i rolle, klinikktilhørighet og tidspunkt for deltakelse, for å fange et bredt spekter av erfaringer og hvordan disse endret seg over tid.

Alle data ble analysert ved hjelp av tematisk analyse for å identifisere gjennomgående mønstre og utvikle analytiske kategorier i dialog med relevant litteratur. Flere datakilder (intervjuer, workshops, medforskersamtaler og feltnotater) ble triangulert for å styrke validiteten, fange ulike perspektiver og erfaringer med HAB, etterprøve framvoksende funn og følge endringer over tid. Nærmere detaljer om den kvalitative metodikken er gitt i

Vedlegg 1.

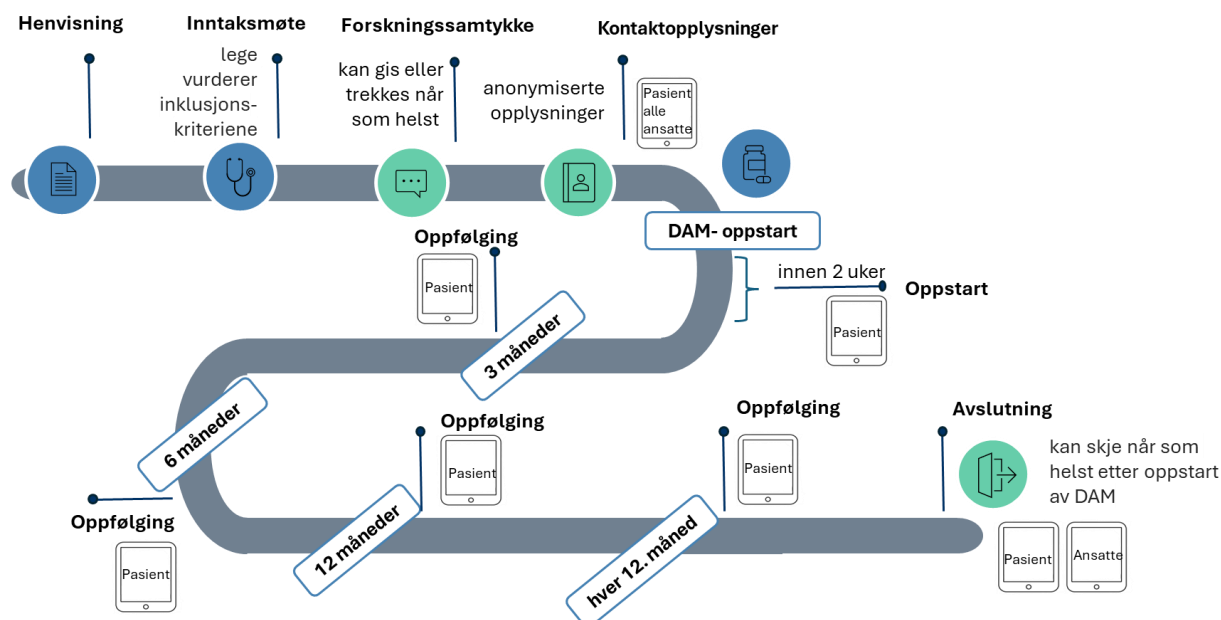
Helsestatus, sosiale forhold og behandlingsutfall

For å undersøke helsestatus, sosiale forhold og behandlingsutfall benyttet vi data fra spørreskjema som ble samlet inn fra pasienter ved klinikkene ved gjentatte tidspunkt (se **Figur 5.A**). Spørreskjemaene ble administrert ved behandlingsstart (ideelt innen to uker etter oppstart) og deretter ved faste oppfølgingstidspunkter under behandlingen: 3, 6, 12, 24, 36 og 48 måneder.

I tilfeller der en pasient avsluttet behandlingen, ble både pasienten og relevant klinisk personell bedt om å fylle ut et eget spørreskjema som tok sikte på å identifisere årsaker til at behandlingen ble avsluttet.

Dette repeterte målingsdesignet gjorde det mulig å følge endringer over tid på flere områder. Spørreskjemaene ble besvart elektronisk på nettbrett. Hvert skjema tok om lag én time å fylle ut. Deltakerne hadde imidlertid anledning til å dele det opp og fullføre det i flere omganger over flere besøk.

Figur 5.A: Spørreskjema studiedesign



I tillegg ble deltakernes forskrevne legemidler hentet fra pasientjournalen én måned etter oppstart og deretter hver tredje måned gjennom hele behandlingsforløpet. Disse dataene omfatter doser og inntaksmåter for diacetylmorfin (DAM), andre opioider, benzodiazepiner samt legemidler mot psykiske og fysiske lidelser.

Alvorlige uønskede hendelser

Pasientjournalen for alle studiedeltakere ble systematisk gjennomgått med tanke på forhåndsdefinerte alvorlige uønskede hendelser, slik som overdose, krampeanfoll, allergisk reaksjon og hendelser som omfattet vold, utagering, trusler om vold eller selvskaading.

Overdose ble definert som lav oksygenmetning i blodet (under 90 %) eller svært langsom respirasjon (færre enn åtte pust per minutt). Relevante funn ble hentet ut fra journalene og lagret sikkert i TSD.

Prosessevaluering

For prosessevalueringen gjennomgikk vi henvisningsdata (herunder henvisende instans, om henvisningen ble innvilget eller avslått og begrunnelser for avslag), gjennomførte intervjuer med klinikkledere og ansatte, og integrerte relevante funn fra feltobservasjoner og pasientworkshops.

Disse datakildene ble sammenstilt for å vurdere henvisningsforløp, beslutningsprosesser og tidlige dynamikker for implementering. Hovedfunnene fra denne implementerings- og prosessevalueringen er presentert i midtveisrapporten [20] og oppdatert i denne sluttevalueringen.

5.4 Helseøkonomisk analyse

Bakgrunn og kontekst

HAB er utviklet for personer med alvorlig opioidbrukslidelse hvor ordinær LAR-behandling ikke har gitt tilstrekkelig effekt. Internasjonalt beskrives denne gruppen som klinisk og økonomisk distinkt med høy sykdomsbelastning, betydelig komorbiditet og omfattende tjenestebruk [21, 22]. Den sentrale helsepolitiske problemstillingen er ikke bare om HAB er en kostbar intervensjon, men om de ekstra helsegevinstene rettferdiggjør merkostnadene for en liten gruppe med svært alvorlig sykdom.

Helseøkonomisk rammeverk i Norge

Norske prioriteringsbeslutninger bygger på nytte, ressursbruk og alvorlighet [23, 24]. Helseøkonomiske evalueringer benytter ofte QALY og ICER som sentrale mål [25].

Kvalitetsjusterte leveår (QALY)

For å kunne sammenligne effekten av ulike helsetiltak brukes det i helseøkonomiske analyser ofte et felles mål på helsegevinst kalt QALYs (Quality Adjusted Life Years), på norsk: kvalitetsjusterte leveår. QALYs kombinerer levetid og helsereelatert livskvalitet i ett mål, og anbefales brukt i helseøkonomiske analyser og prioriteringsarbeid i Norge fordi det gir et felles mål for helsegevinst [25]. Dette muliggjør vurderinger av hvordan begrensede helseressurser kan brukes mest effektivt, samlet for den norske helsetjenesten.

Merkostnad og -helseeffekt (ICER)

For å vurdere om helsegevinstene ved et tiltak står i rimelig forhold til kostnadene benyttes ofte ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio), på norsk omtalt som *inkrementell kostnadseffektivitetsratio* eller enklere som *merkostnad per ekstra helsegevinst*. ICER uttrykker hvor mye ekstra samfunnet må betale for å oppnå ett ekstra kvalitetsjustert leveår (QALY) sammenlignet med et relevant alternativ. I denne rapporten må analysene i hovedsak forstås som merkostnadsanalyser av fortsatt behandlingsretensjon i HAB versus overgang til andre behandlingsforløp, eller til ikke-planlagt behandlingsavslutning.

Terskelverdier og alvorlighet

Det finnes ingen absolutt betalingsvillighetsgrense i Norge for ett vunnet kvalitetsjustert leveår (QALY). Norske prioriteringsprinsipper innebærer at akseptabel kostnad per QALY øker med sykdommens alvorlighet. For alvorlige tilstander omtales nivåer omkring 825 000 NOK per QALY ofte som et relevant referansepunkt [26]. HAB-populasjonen

representerer samtidig en gruppe med høy sykdomsbelastning og betydelig, noe som tilsier høy alvorlighet i prioriteringsmessig forstand.

Kostnadsreduksjoner

HAB er en ressurskrevende behandlingsform, men målgruppen er samtidig preget av høy sykdomsbelastning, ustabile behandlingsforløp, fysisk og psykisk samsykelighet og omfattende bruk av helsetjenester. En analyse som kun inkluderer HAB–klinikk-kostnader kan derfor overvurdere netto ressursbruk dersom behandlingen samtidig bidrar til redusert bruk av andre tjenester.

I helseøkonomiske analyser omtales slike reduksjoner ofte som kostnadsreduksjoner. En kostnadsreduksjon innebærer ikke at behandlingen blir kostnadsfri, men at deler av bruttokostnaden kan motvirkes av redusert ressursbruk og -kostnad andre steder i tjenestesystemet. Dette er særlig relevant i praksisnære analyser, fordi HAB ikke bare kan påvirke livskvalitet, men også bidra til stabilisering og redusert behov for andre akutte eller ressursintensive tjenester.

Internasjonale evalueringer av heroinassistert behandling har videre vist at effektene kan strekke seg utover tradisjonelle helseutfall og helsetjenestebruk. Reduksjoner i kriminalitet og illegale aktiviteter er ofte fremhevet som mulige samfunnsøkonomiske gevinster [27-29]. I denne rapporten vurderes derfor kriminalitetsrelaterte kostnadsreduksjoner som sensitivitetsanalyser til hovedmodellen.

Datakilder og utfallsmål

Analysen er basert på individdata fra forsøksprosjektet med HAB i Oslo og Bergen i perioden 2022–2025. Pasienter som fortsatte i HAB ble sammenliknet med pasienter som avbrøt behandlingen, inkludert personer som gikk over til LAR eller avsluttet behandling helt.

Metoden integrerte data hovedsakelig fra tre kilder: pasientjournaler, nasjonale registre og selvrapporterte spørreskjema for å måle følgende hovedelementer:

Program-/direktekostnader i HAB: Dette ble estimert ved at klinikkens samlede driftsutgifter ble fordelt til pasientnivå basert på faktisk behandlingseksposering og tid i behandling. Denne tilnærmingen fanger opp de fulle kostnadene ved å levere tiltaket under reelle driftsforhold.

Helseutfall: Helse ble målt ved EQ-5D-5L og omregnet til utility-verdier ved bruk av norsk EQ-5D-5L-modell [30]. QALYs ble beregnet ved *area-under-the-curve*-metoden mellom gjentatte målinger gjennom behandlingsforløpene [31].

Helsetjenestebruk: Individdata fra nasjonale helseregistre (Norsk pasientregister [NPR] og primærhelsetjenesteregisteret [KPR]) ble brukt til å kartlegge forbruk av spesialist- og primærhelsetjenesten før og etter HAB-behandling, stratifisert etter fagområde og

omsorgsnivå. I tillegg til ble det gjort en overordnet analyse av spesialisthelsetjenesteforbruk basert på endring over 3-måneders segmenter fra ett år før oppstart av HAB til to år etter oppstart i perioden 2022-25. Tilhørende kostnadsestimater ble foretatt ved hjelp av nasjonale enhetskostnader [29, 32, 33].

Kriminalitet: Pasientene rapporterte type kriminalitet og antall dager med kriminalitetsrelatert aktivitet gjennom behandlingsforløpet, inkludert vinningskriminalitet, narkotikarelatert kriminalitet og volds-. I den helseøkonomiske analysen ble endring i antall dager med kriminalitetsrelatert aktivitet i løpet av HAB benyttet som hovedmål, og deretter omregnet til årsbaserte samfunnskostnader ved bruk av konservative kostnadsvekter basert på norske og internasjonale analyser. Kostnadsvektene reflekterer gjennomsnittlige samfunnskostnader knyttet til politi, rettsvesen, kriminalomsorg og offer-relaterte konsekvenser (se **Vedlegg 4**). Resultatene må tolkes som konservative estimater av mulige samfunnsøkonomiske konsekvenser, og ikke som presise mål på faktiske kriminalitetskostnader.

Detaljer om kost-nytte-analysene, kostnadsberegningene og metodiske begrensninger finnes i den tekniske kostnadseffektivitetsrapporten (se **Vedlegg 4**).

5.5 Forskningsgruppe

Forskerteamet for evalueringen av forsøksprosjektet for HAB har bestått av fem ulike forskningsenheter. Disse enhetene bidro med en variert multi-metode-tilnærming gjennom ulike faglige spesialiteter og bakgrunner. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo ledet forskningsgruppen i samarbeid med Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk) ved Oslo universitetssykehus, Rus- og avhengighetsklinikken (RAK) ved Haukeland universitetssjukehus, Center for Rusmiddelforskning (CRF) ved Aarhus Universitet og brukerorganisasjonen ProLAR Nett.

Hver gruppe hadde hovedansvar for ulike tematiske områder, samtidig som alle bidro inn i felles analyser, for å sikre en helhetlig og uavhengig evaluering av HAB. Forskerteamet inkluderte bidrag fra 14 forskere, fem medforskere, to doktorgradsstipendiater, tre masterstudenter, en prosjektkoordinator samt brukerrepresentanter. Dette omfattet både fulltids-, deltids- og egenfinansierte ('in-kind') bidrag.

Forskningsgruppen møttes månedlig for å dele status og legge til rette for aktivt samarbeid. Forskerne og forskningskoordinatoren var i hyppig kontakt med klinikkansatte, brukerrepresentanter og klinikkledelser.

5.6 Etske godkjenninger

Forskningen som inngår i denne evalueringen, er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, referanse #195733, 21.12.2020), samt personvernombudene ved Oslo universitetssykehus (referansenummer 22/07474) og Haukeland universitetssjukehus (referansenummer 3061-3061).

6. Resultater

Dette kapittelet presenterer hovedresultatene fra evalueringen av heroinassistert behandling (HAB) i løpet av de første fire årene (12. januar 2022– 31. desember 2025) av det norske forsøksprosjektet med HAB i Oslo (HABiO) og Bergen (HABiB). Kapittelet oppsummerer sentrale funn om inntak i behandling, pasientkarakteristika, prosjektets effekt på helse og livskvalitet, bivirkninger og kost-nytte. Mer detaljerte resultater presenteres i de påfølgende delkapitlene. Metodene er beskrevet i **Kapittel 5** og i **vedleggene**.

Sammendrag av resultater

Inntak i behandling og retensjon

I løpet av fireårsperioden samtykket 136 pasienter til å delta i evalueringsprosjektet (Oslo: 89; Bergen: 47). Klinikkerne erfarer at svært få pasienter ikke deltok i forskningen. Begge klinikkene opererte under oppgitt maksimal driftskapasitet (Oslo: 65; Bergen: 100). Retensjonen var moderat: av de 141 behandlingsforløpene ble 46 %, (n = 65) avsluttet innen utgangen av 2025. Blant de som avsluttet behandlingen, var gjennomsnittlig tid i behandling om lag 11 måneder (spenn fra 15 dager til 3,3 år). De fleste avslutningene (61,5 %) var frivillige, ofte med overgang til ordinær LAR (88 %) eller utskriving etter gjensidig enighet, mens 38,5 % skyldtes manglende oppmøte eller ufrivillig avslutning.

Pasientkarakteristika

Ved behandlingsstart var pasientene gjennomgående en sårbar gruppe. De var overveiende menn i midten av 40-årene med langvarig opioidbruk, tidligere erfaring fra LAR, hyppig bruk av flere rusmidler og betydelige sosiale belastninger (inkludert ustabil bosituasjon, lav arbeidsdeltakelse, begrenset utdanning og lese- og skrivevansker). Mange hadde kroniske fysiske og psykiatriske tilleggslidelser og komplekse, langvarige hjelpebehov.

Erfaringer

Brukere, klinikere og pårørende rapporterte tydelige gevinster knyttet til behandlingen: forutsigbar tilgang til forskrevet heroin, sterkere relasjoner mellom pasient og behandler, større hverdagsstabilitet og reduksjon i risikofylt rusbruk og enkelte former for kriminalitet. Samtidig opplevde noen pasienter at rigide klinikkregler, hyppige oppmøter (ofte to ganger daglig), doseringspraksis og uforutsigbar håndheving av regler i klinikken kunne skape belastninger og mistillit. Klinikerne verdsatte effekter knyttet til skadereduksjon for pasientene, men beskrev spenninger knyttet til doseringsrisiko, håndtering av atferd og et begrenset handlingsrom utover selve medikamentbehandlingen. Pårørende rapporterte om både økonomisk og emosjonell lettelse, samtidig som de uttrykte frustrasjon over begrenset endring på flere sosiale områder på kort sikt.

Behandlingsutfall

HAB ga gradvise, moderate forbedringer i livskvalitet, reduksjon i rapportert heroinbruk og nedgang i enkelte former for selvrapportert kriminalitet. Forbedringene kom gradvis og forutsatte at pasientene sto i behandling over tid. Strukturelle problemer – som boligustabilitet, arbeidsledighet, dårlig tilgang på mat og kroniske helseplager – vedvarte i stor grad og begrenset mulighetene til bedring for mange. Pasientene rapporterte også om bedre sosiale relasjoner til familie, mer struktur, økt stabilitet og større håp i hverdagen etter oppstart i HAB.

Uønskede hendelser

Alvorlige uønskede hendelser var vanlige blant pasientene i HAB og besto hovedsakelig av ikke-dødelige overdoser, atferdsrelaterte episoder og andre medisinske og psykiatriske komplikasjoner.

Tjenesteyting og prosesser

Henvisninger og inntak sank over tid og forble under klinikkens oppgitte maksimale driftskapasitet, noe som tyder på at volum og kontinuitet i henvisningene samt tilpasninger av behandlingsmodellen var viktigere begrensninger enn fysisk kapasitet. Henvisningskilder omfattet LAR, velferdstjenester, lavterskeltilbud og fastleger; tidlige inntaksstopp og gradvis oppbygging av kapasitet (særlig i Bergen) påvirket rekrutteringen. Rapporterte prosessutfordringer inkluderer ulik håndheving av regelverk, høyt ressursbehov knyttet til trygg dosering og observasjon, og barrierer skapt av stigma blant behandlere i henvisende tjenester.

Helseøkonomi

Fra et helseøkonomisk perspektiv fremstår HAB som en ressurskrevende intervensjon med bruttokostnad på om lag 986 000 NOK per pasient per behandlings-år, som samtidig gir målbare helsegevinster i en pasientgruppe med høy sykdomsbelastning. Den mest helsepolitisk relevante analysen ga en estimert merkostnad på 845 087 NOK per vunnet kvalitetsjustert leveår (QALY) ved fortsatt behandlingsretensjon i HAB, sammenlignet med ikke-planlagt avslutning av behandling. Estimater ligger over nivåer som ofte benyttes som referanse for alvorlige tilstander i Norge (som er om lag 825 000 NOK per QALY). Samtidig antydte analysene betydelige kostnadsreduksjoner i øvrig helsetjenesteforbruk, særlig innen somatiske spesialisthelsetjenester (omtrent 108 000 NOK per pasient per år), slik at å fortsette i HAB i enkelte scenarier fremstod som tilnærmet kostnadsnøytral eller svakt kostnadsbesparende, samtidig som helsegevinsten opprettholdes. Sensitivitetsanalyser antydte videre reduksjoner i kriminalitetsrelaterte kostnader (omtrent 172 000 NOK per pasient per år), men disse estimatene er mer usikre og må tolkes varsomt. Analysene antyder dessuten at HAB for enkelte pasienter kan fungere som en inngang til videre behandling med mer konvensjonell LAR, snarere enn et endepunkt i behandlingsforløpet. En relevant kontekst vil her være en nylig norsk studie som viser en merkostnad for konvensjonell LAR på 479 000 NOK per QALY sammenlignet med ingen behandling [29].

6.1 Inntak i behandling og retensjon

Hovedfunn og tolkning:

Totalt 136 pasienter deltok i HAB-evalueringen i perioden 2022–2025 (Oslo: 89; Bergen: 47). Retensjonen var moderat, med en gjennomsnittlig behandlingstid på 11 måneder. Per 31. desember 2025 var 76 pasienter fortsatt i behandling.

Tallene tyder på at færre pasienter ble tatt inn enn det klinikkene hadde kapasitet til. De viktigste begrensningene var derfor ikke fysisk kapasitet, men volum og kontinuitet i relevante henvisninger, samt i hvilken grad behandlingsmodellen traff behov og preferanser hos målgruppen.

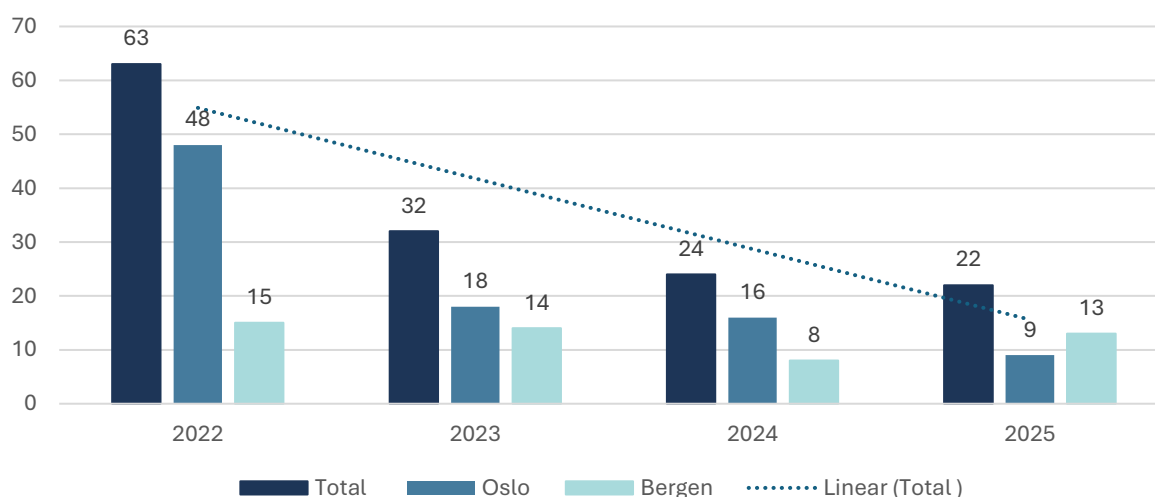
Resultater:

Inntak

Mellom januar 2022 og desember 2025 var det 136 pasienter som samtykket til å delta i evalueringsprosjektet (HABiO 65 %, n = 89 og HABiB 35 %, n = 47).

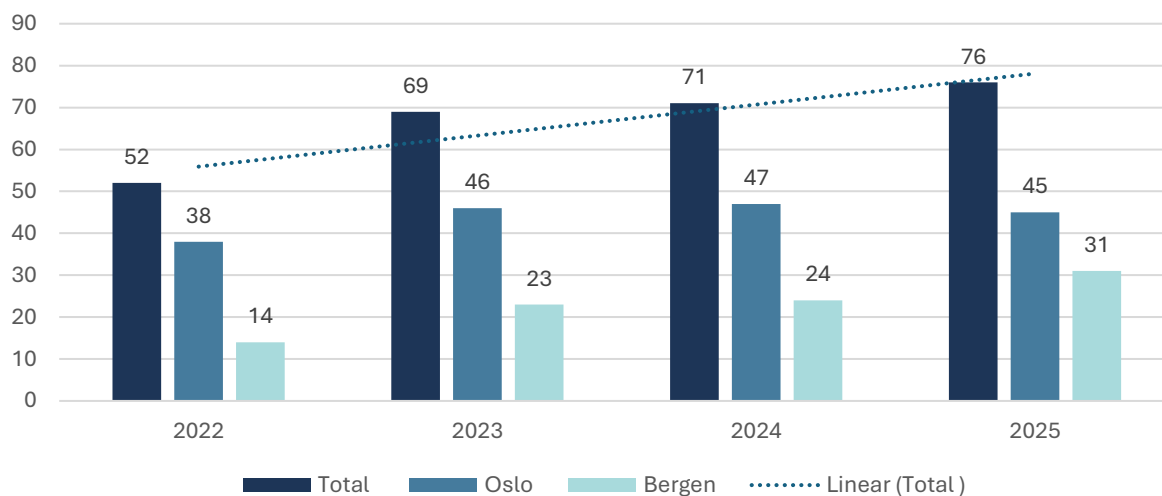
Begge klinikker har vist en nedadgående trend i inntak av nye pasienter siden oppstarten i 2022 (se **Figur 6.A**). Kapasitetsbegrensninger alene forklarer ikke denne utviklingen da dagens pasienttall fortsatt ligger under klinikkens maksimale driftskapasitet. Dette tyder på at andre faktorer, slik som henvisningsrater, pasientretensjon eller opplevd relevans, også kan påvirke inntaket. Det har likevel vært en jevn økning i antall pasienter i behandling i klinikkene (se **Figur 6.B**).

Figur 6.A: Totalt antall inntak av nye pasienter ved HABiO og HABiB



Referanseperiode: 1. januar 2022–31. desember 2025. Gjelder deltakere i evalueringsprosjektet.
Totalt antall innskrivninger: 141; antall unike pasienter: 136

Figur 6.B: Antall pasienter i behandling ved utgangen av hvert år



Referanseperiode: 1. januar 2022–31. desember 2025. Gjelder deltakere i evalueringsprosjektet.
Totalt antall innskrivninger: 141; antall unike pasienter: 136

Kapasitet

Ved utgangen av 2025 ble det rapportert en kapasitet 65 pasienter ved HABiO og 100 pasienter ved HABiB. Ved oppstart hadde HABiB imidlertid en lavere pasientkapasitet, først 15, deretter økt til 40, og til slutt til 100 etter to flyttinger, sistnevnte i november 2024. I Oslo økte kapasiteten fra opprinnelig 50 til 65 pasienter, ettersom en økende andel valgte tablettformuleringer, noe som krever mindre tid på oppfølging ved klinikken.

Det har ikke vært en formell venteliste for rekruttering. I løpet av det første driftsåret ble det innført midlertidige inntaksstopp av klinikkledelsen på grunn av stor pågang av henvisninger, noe som kan ha påvirket rekrutteringen i denne perioden (se **kapitler 6.1 og 6.6**). Per 31. desember 2025 var 76 pasienter i aktiv behandling, tilsvarende om lag halvparten av samlet kapasitet.

Retensjon

Per 31. desember 2025 ble det registrert 141 behandlingsforløp blant 136 pasienter, inkludert fem andre gangs behandlingsinntak. På tvers av alle episoder bidro pasientene med totalt 359 personår i behandling. Til sammen 65 personer ble avsluttet fra HAB. Av disse var 61,5 % planlagte avslutninger (n = 40), noe som kan anses å være i tråd med behandlingsmålene, da de enten skyldtes overgang til ordinær LAR (n=35) eller var basert på gjensidig enighet med behandlende lege. De øvrige avslutningene (n = 25) var hovedsakelig knyttet til manglende oppmøte eller atferdsrelaterte forhold, inkludert voldsepisoder.

Ettårsretensjonen var 65,7 %, med en median behandlingstid på 2,5 år. Blant avsluttede behandlingsforløp hadde median varighet i underkant av 7 måneder.

Forskjeller i forløp mellom gruppene kom særlig tydelig fram når vi så på behandlingsvarighet. Blant de som avsluttet behandling, gjorde 47 % dette i løpet av de første seks månedene (60 % planlagt avslutning, 40 % frafall), 21 % avsluttet mellom 6 og 12 måneder, og 31 % etter mer enn 12 måneder. Blant pasienter med mer enn 12 måneder i behandling var ikke-planlagt avslutning relativt sjeldent (23 %). Dette mønsteret tyder på at de første 6–12 månedene representerer en kritisk periode både for frafall og for planlagt avslutning.

På tvers av utfallene beskrevet i **Kapittel 6.4** og i **Vedlegg 3** viste pasienter som forble i behandling generelt en gradvis bedring over tid. Noen variabler (slik som heroinbruk, russug og livskvalitet) viste mer uttalt forbedring, mens andre, slik som smerte, angst og depresjon, tenderte til å være mer stabile. Pasienter med planlagt overgang til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) viste typisk et lignende endringsmønster og syntes på enkelte områder å gjøre det like bra eller noe bedre enn de som fortsatt var i behandling. Til sammenligning viste gruppen med frafall et mer ustabil forløp: selv om mange hadde en initial forbedring etter behandlingsstart, varierte resultatene deres over tid, i tråd med en mindre stabil tilknytning til behandling.

6.2 Pasientkjennetegn

Hovedfunn og tolkning:

Ved behandlingsstart hadde pasientene ofte sammensatte utfordringer, inkludert ustabil bosituasjon, lav arbeidsdeltakelse, begrenset utdanning og polysubstansbruk. Funnene av pasientkarakteristika tyder på at HAB i hovedsak når en sosialt og klinisk sårbar gruppe med omfattende tidligere behandlingserfaring og vedvarende udekkede behov.

Resultater:

Demografi ved behandlingsstart

Per 31. desember 2025 hadde totalt 136 pasienter startet i heroinassistert behandling og samtykket til å delta i evalueringsprosjektet. Flertallet var menn (n = 109, 80 %), med en gjennomsnittsalder ved inntak på 45,3 år (spenn 25,4–67,1 år), og kun små forskjeller mellom menn og kvinner (menn: 45,1 år; kvinner: 46,0 år). Pasientene ved Oslo-klinikken var eldre enn i Bergen (Oslo: 46,6 år; Bergen: 42,8 år) (**Tabell 6.A**).

Ved inntak hadde mange av pasientene langvarige og komplekse sosiale utfordringer: Omtrent halvparten bodde i leid bolig, mens en betydelig andel bodde i midlertidige botilbud eller institusjon, og bare et lite mindretall eide egen bolig eller bodde sammen med familie. Utdanningsnivået var gjennomgående lavt, og en betydelig andel rapporterte lese- og skrivevansker.

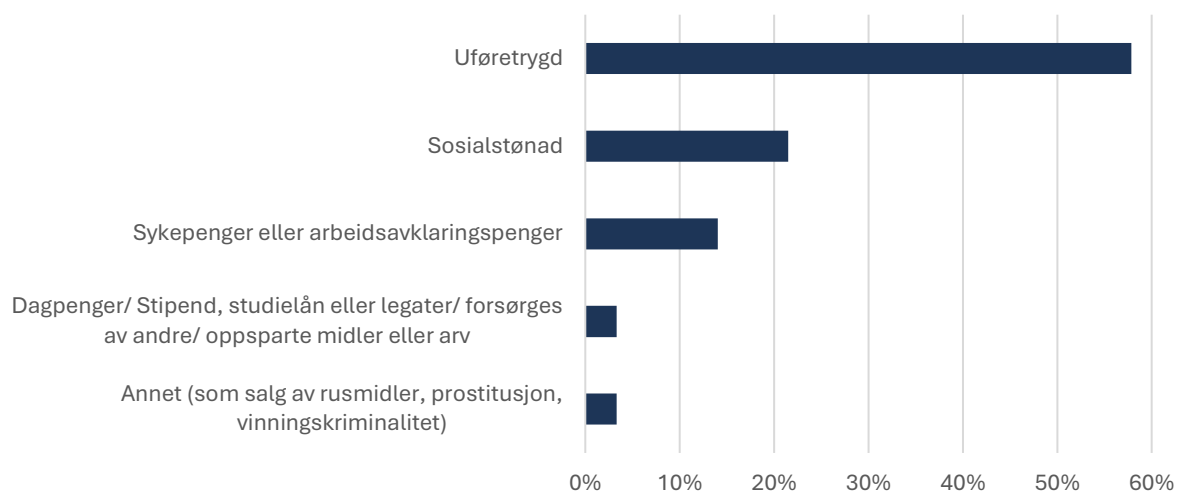
Tabell 6.A: Pasient karakteristika ved behandlingsstart (n=136)

Karakteristika av forskningskohort 2022-2025*	N (%)
Født i Norge (n=121)	112 (93 %)
Boligsituasjon (n=123)	
Egen eid bolig	6 (5 %)
Leid bolig	63 (51 %)
Midlertidig bolig	24 (20 %)
Kommunal rusinstitusjon / leilighet	19 (15 %)
Ute/på gaten/i parkeringshus	1 (1 %)
Hos venner/familie/kjæreste	9 (7 %)
Annet	3 (1 %)
Bor sammen med andre (ja) (n=122)	36 (30 %)
Ustabil boligsituasjon de siste 30 dager (ja) (n=122)	19 (16 %)
Høyeste utførte utdanning (n=119)	
Ikke fullført grunnskole	9 (8 %)
Grunnskole	48 (40 %)
Videregående	42 (35 %)
Høyere utdanning	20 (16 %)
Lese- og skrivevansker (ja) (n=120)	29 (24 %)
Heltidsjobb /Deltidsjobb/ Under utdanning / Deltidsjobb og under utdanning (ja) (n=122)	6 (5 %)
Tidligere rusbehandling (ja) (n=121)	116 (96 %)
Ufrivillig behandlingsavbrudd (ja) (n=116)	22 (19 %)

* Gyldige svaralternativer for hver variabel er angitt i parentes.

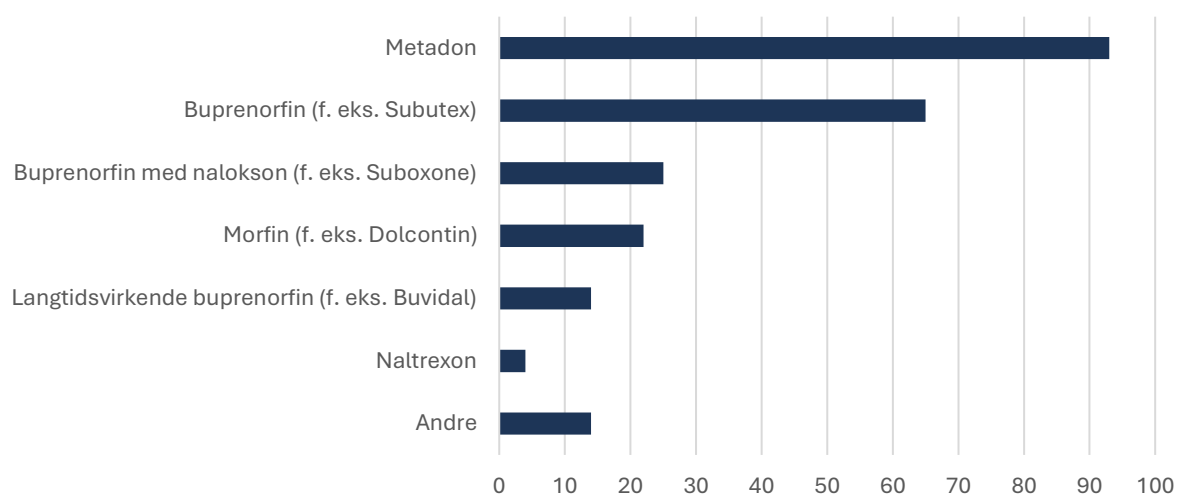
Ved behandlingsstart var svært få i inntektsgivende arbeid, og de fleste var avhengige av uføretrygd eller sosialhjelp som hovedinntektskilde (se **Figur 6.C**).

Figur 6.C: Prosentfordeling av oppgitt hovedinntektskilde (n=121)



Nesten alle pasientene hadde tidligere erfaring med LAR, og i gjennomsnitt hadde de prøvd to ulike typer LAR-legemidler (se **Figur 6.D**).

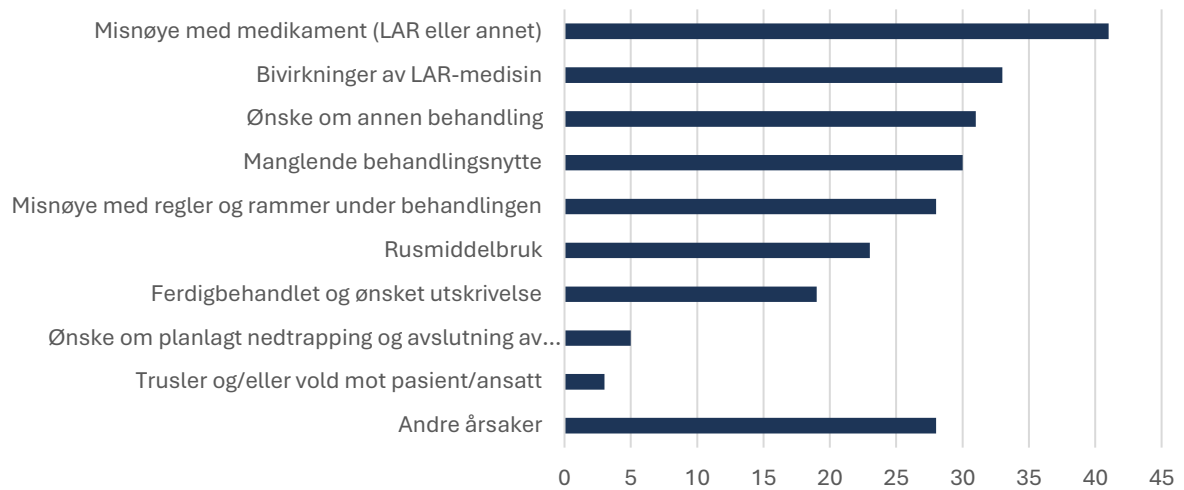
Figur 6.D: Svar på spørsmålet «Hvilke medikamenter fikk du forskrevet?» *



* Flere svar mulig, per antall positivt svar

Før oppstart i HAB hadde de fleste selv valgt å avslutte LAR, ofte på grunn av misnøye med medikamentet, bivirkninger eller opplevd begrenset nytte (se **Figur 6.E**).

Figur 6.E: Svar på spørsmålet «Hva var årsaken(e) til forrige behandlingsavbrudd?» *



**Flere svar mulig, per antall positivt svar*

6.3. Holdninger og erfaringer blant pasienter, klinikere og berørte familiemedlemmer

Hovedfunn og tolkning:

Holdninger til og erfaringer med HAB blant pasienter, klinikere og pårørende reflekterte både gevinster og belastninger. På den ene siden rapporterte alle grupper økt stabilitet og trygghet. På den andre siden beskrev særlig pasienter – men også enkelte pårørende og ansatte – frustrasjon, uro og mistillit knyttet til rigide regler og doseringspraksis.

Funnene tyder på at HAB kan gi reell trygghet, stabilitet og lettelse for pasienter, klinikere og familier, men at virkningen begrenses av en behandlingsramme som ofte oppleves som rigid og til dels lite tillitsvekkende. Å finne en bedre balanse mellom struktur/sikkerhet og større fleksibilitet og lydhørhet for pasient- og pårørendebehov framstår som sentralt for å maksimere gevinstene.

Resultater:

Pasienter

Hyppig og respektfull kontakt mellom pasienter og ansatte bidro til at pasientene opplevde seg som legitime borgere snarere enn marginaliserte «rusbrukere». Når daglige møter mellom pasienter og klinikere åpnet for uformelle samtaler utover rusmiddelbruk, behandling og regelverk, kunne slike interaksjoner redusere stigma og styrke opplevelsen av sosial legitimitet. Når samhandlingen derimot var preget av kontroll og myndighetsutøvelse, kunne den daglige kontakten med klinikere forsterke opplevelser av stigma og marginalisering.

Daglig oppmøte og krav om regeloverholdelse kunne for mange oppleves som stabiliserende rammer som støttet rehabilitering og strukturering av hverdagen utover rusavhengigheten – særlig når kliniske krav ble opplevd som legitime og gjennomførbare innenfor pasientenes egne rutiner og behandlingsmål. Når de samme forventningene blir opplevd som å være i utakt med pasientenes forståelse av selvråderett, kan kravene derimot erfares som belastende og begrensende heller enn støttende.

Tilgang til medisinsk heroin, gode relasjoner mellom pasient og behandler, og et støttende behandlingsmiljø i og rundt klinikken ble av pasientene i klinikkens tidlige fase trukket frem som de viktigste fordelene ved HAB. Samtidig ble flere utfordringer pekt på i denne perioden: et svært tett behandlingsopplegg med begrensede typer medisin tilgjengelig for å dekke behovet gjennom natten, strenge regler, økt «dødtid» etter oppstart i HAB og uro knyttet til om tilbudet ville fortsette på lang sikt.

Pasientenes beskrivelser av endringer i hverdagslivet etter behandlingsstart viste også at livskvaliteten forbedret seg på enkelte områder. Ved å få nødvendig medikasjon i en trygg ramme, kombinert med psykososial støtte, ble hverdagen tryggere, mer forutsigbar og stabil. Mange opplevde også mindre press til å begå kriminalitet for å finansiere illegale rusmidler.

Tilbakemeldinger fra pasientworkshoper viste bekymring for en stadig mer rigid praktisering av regelverket over tid, samt ulikheter i praksis mellom ansatte (for eksempel i håndheving av regler eller doseringspraksis), som enkelte opplevde som urettferdige. Dette pekte på betydningen av både likebehandling og fleksibilitet i regelhåndtering for å opprettholde tillit og behandlingsgevinster. Enkelte pasienter understreket også at den høye behandlingsintensiteten, med krav om oppmøte to ganger daglig for medikamentutdeling, kunne begrense mulighetene for andre aktiviteter og for å følge opp familieforpliktelser, og dermed hemme sosial reintegrering.

Selv om pasienter kunne oppleve det som krevende å måtte møte opp to ganger daglig i HAB, vektla mange samtidig at dette bidro til positive rutiner, stabilitet og meningsfulle sosiale relasjoner med klinikerne. Denne regelmessige kontakten og de personlige relasjonene ble beskrevet som et positivt trekk ved måten HAB er organisert på. Klinikerne påpekte det samme, og vektla at de nære relasjonene var avgjørende for å kunne gi en personsentrert og individuelt tilpasset behandling.

Klinikere:

Klinikerne i HAB beskrev tre sider ved arbeidet som særlig givende, og tre som mest utfordrende. De givende sidene var å se den tydelige skadebegrensende effekten av behandlingen, å kunne gi helhetlig oppfølging, og å være del av et positivt behandlingsmiljø med gode relasjoner mellom pasienter og behandlere. De mest utfordrende sidene var dosering og overdoserisiko, håndheving av regler og håndtering av aggresjon, samt vanskeligheten med å sette i gang behandlingstiltak utover medikasjon og skadereduksjon.

Det som opplevdes som givende og det som opplevdes som krevende, hang tett sammen og var tidvis motstridende, noe som illustrerer dobbeltheten og spenningene i klinikerens arbeid med HAB. Utfordringene varierte også mellom ulike pasientgrupper, avhengig av graden av stabilitet hos den enkelte pasient. De mest ustabile pasientene ble oppfattet som mer krevende med hensyn til de utfordrende sidene ved HAB, og flere klinikere uttrykte usikkerhet om nytten av HAB for en liten gruppe av de mest ustabile pasientene.

Etter klinikerens vurdering burde den idealtypiske faglige tilnærmingen i HAB, slik den hadde utviklet seg innen prosjektets fjerde år, være individualisert og pasientsentrert, med et helhetlig perspektiv og tverrfaglig samarbeid. Tjenesten burde være fleksibel og samtidig anerkjenne rusmiddelbruk som en del av pasientenes hverdagsliv. Disse innsiktene peker på et behov for politiske endringer og ressursallokering som omsetter

overordnede verdier til konkrete driftsmessige standarder som gjør pasientsentrert behandling mulig å realisere i praksis.

Klinikerne pekte også på at stigma blant enkelte fastleger fungerte som en barriere for tilgang til HAB. Noen pasienter ble ikke henvist fordi situasjonen deres ikke ble vurdert som «alvorlig nok», mens andre ikke ble henvist fordi de ble vurdert som for kaotiske til å kunne følge den høye graden av struktur ved HAB-klinikkene.

Berørte familiemedlemmer

Pårørende til HAB-pasienter beskrev en kombinasjon av relasjonell, økonomisk og emosjonell lettelse etter at deres nærstående kom inn i HAB. Den positive erfaringen med HAB var ofte blandet med ambivalens og tidvis skuffelse over innholdet i tilbudet eller den begrensede bedringen for deres familiemedlem. Samtidig var pårørende samstemte i at HAB klart ble opplevd som bedre enn å stå uten behandling – både for deres egen og pasientens livskvalitet.

Det strenge behandlingsregimet i HAB ble av pårørende oppfattet som en begrensning for pasientenes mulighet til å delta i familiesammenkomster som de mente var viktige for relasjonsbygging og sosial reintegrering (se **Tabell 6.B**). For mer informasjon om holdninger og erfaringer blant pasienter, klinikere og berørte familiemedlemmer, se **Vedlegg 2**.

Tabell 6.B: Pårørendes opplevde konsekvenser av HAB

Type konsekvens	For pårørende	For pårørende i HAB	For relasjonen mellom pårørende og den som går i HAB
Fordeler	Redusert emosjonell og økonomisk belastning	Stabilisert tilstand og bedre hverdagssituasjon	Positive samspill og forbedrede relasjoner
Utfordringer	Tvil om behov for og behandling med medisinsk heroin	Begrensninger på muligheter utenfor behandlingen og mangel på forventede positive endringer	Begrensninger på muligheten til å bygge familierelasjoner og betingede behandlingsutfall

6.4 Helsestatus, sosiale forhold og behandlingsutfall

Hovedfunn og tolkning:

Heroinassistert behandling ga moderate behandlingsgevinster på flere fysiske og psykiske helseområder, men disse kom som regel gradvis over tid. HAB var assosiert med redusert selvrapportert kriminalitet (både som offer og gjerningsperson), redusert heroinbruk og mindre polysubstansbruk.

Samtidig vedvarte mange utfordringer inkludert pågående rusmiddelbruk, kroniske fysiske og psykiske helseplager, lav arbeidsdeltakelse, matsikkerhet og behov for langvarig oppfølging for å opprettholde bedring.

Resultatene tyder på at HAB-pasienter opplevde moderate helsegevinster mens de sto i behandling, men de gjenværende problemene understreker behovet for langvarig oppfølging og integrert medisinsk og sosial støtte.

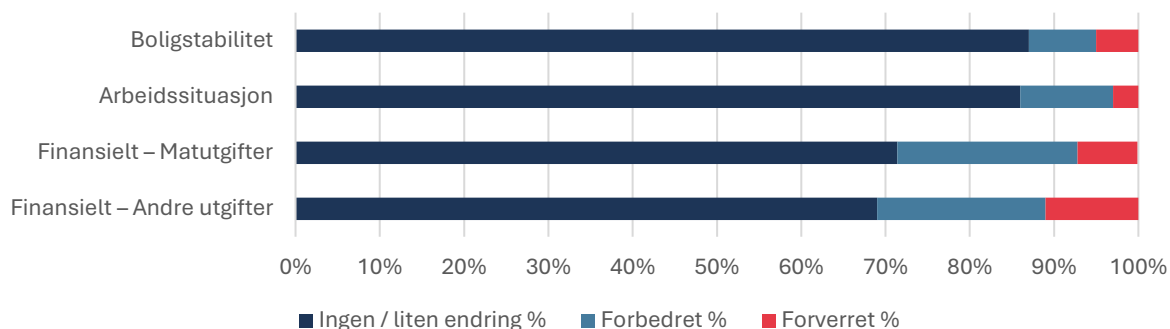
Resultater:

Bolig, arbeid og økonomi

Fra første til siste tilgjengelige måletidspunkt var bosituasjonen i hovedsak uendret for de fleste deltakerne: 13 % opplevde en endring i boligstabilitet i løpet av behandlingen, hvor 8 % fikk en mer stabil bosituasjon og 5 % gikk fra stabil til ustabil bolig.

Nesten alle pasientene var utenfor arbeidslivet ved behandlingsstart og forble det i oppfølgingsperioden. Fjorten prosent endret arbeidstilknytning: 3 % gikk fra arbeid eller utdanning til å være utenfor begge, mens 11 % oppga at de var i arbeid (deltid eller heltid) eller i utdanning ved siste tilgjengelige måling. Bruker vi «å ha nok penger til månedlige matutgifter» som en indikator på økonomiske ressurser, rapporterte 71 % ingen eller kun små endringer i økonomisk situasjon, mens 29 % opplevde en betydelig endring: 7 % fikk dårligere og 22 % bedre økonomi. Et lignende mønster fremkom når vi så på «penger tilgjengelig til andre utgifter og aktiviteter»: 11 % rapporterte forverring, mens 20 % oppga bedring. Resultatene er oppsummert i **Figur 6.F**.

Figur 6.F: Endringer i boligstabilitet, sysselsettingsstatus og økonomisk situasjon fra oppstart til siste tilgjengelige vurdering

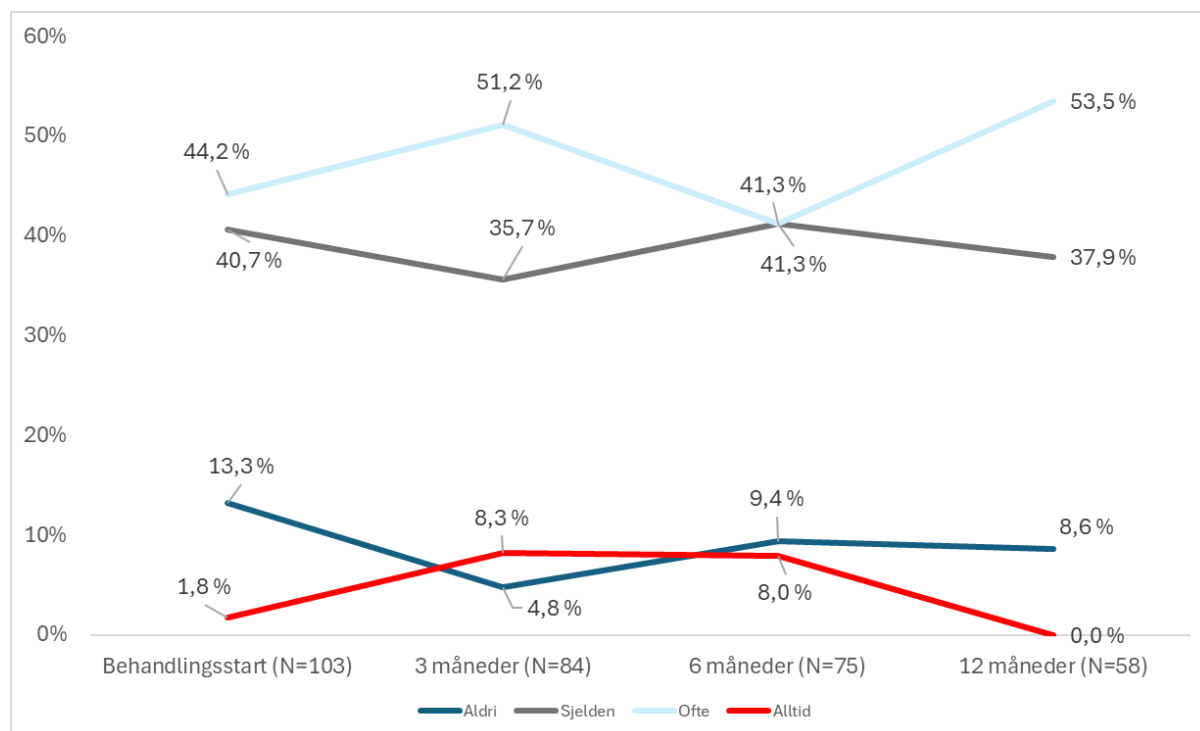


Mer informasjon i **Vedlegg 3**.

Sult og matsikkerhet

Sult var et vedvarende problem blant deltakerne i HAB det første året i behandling. Ved behandlingsstart rapporterte 44 % at de «ofte» var sultne; dette økte til 54 % etter 12 måneder, med en midlertidig topp etter tre måneder (se **Figur 6.G**).

Figur 6.G: Andel deltakere i hver sultkategori (aldri, sjelden, ofte, alltid) på fire tidspunkter i løpet av det første året med HAB (%)



Den viktigste beskyttende faktoren var stabil tilgang på mat: Deltakere som rapporterte at de «ofte» eller «alltid» hadde tilgang til mat, hadde klart lavere risiko for å oppleve hyppig sult.

Når vi tok høyde for andre faktorer, hadde deltakere som rapporterte bruk av amfetamin høyere nivåer av sult enn de som ikke rapporterte amfetaminbruk.

Selvrapportert kriminalitet

Ved behandlingsstart rapporterte 68 % at de hadde vært utsatt for kriminalitet i løpet av de siste tre månedene. Ved siste tilgjengelige måletidspunkt hadde 37 % endret status: 13 % gikk fra ikke å ha vært utsatt for kriminalitet til å ha vært utsatt, mens 24 % gikk fra å ha vært utsatt til ikke å rapportere offererfaringer de foregående tre månedene.

Ved behandlingsstart rapporterte 46 % at de hadde begått en straffbar handling i løpet av de siste tre månedene. Ved siste måling hadde 37 % endret status: 8 % gikk fra ikke å ha begått kriminalitet til å rapportere kriminalitet, mens 29 % gikk fra å ha begått kriminalitet til ikke å rapportere noen kriminelle handlinger i de foregående tre månedene.

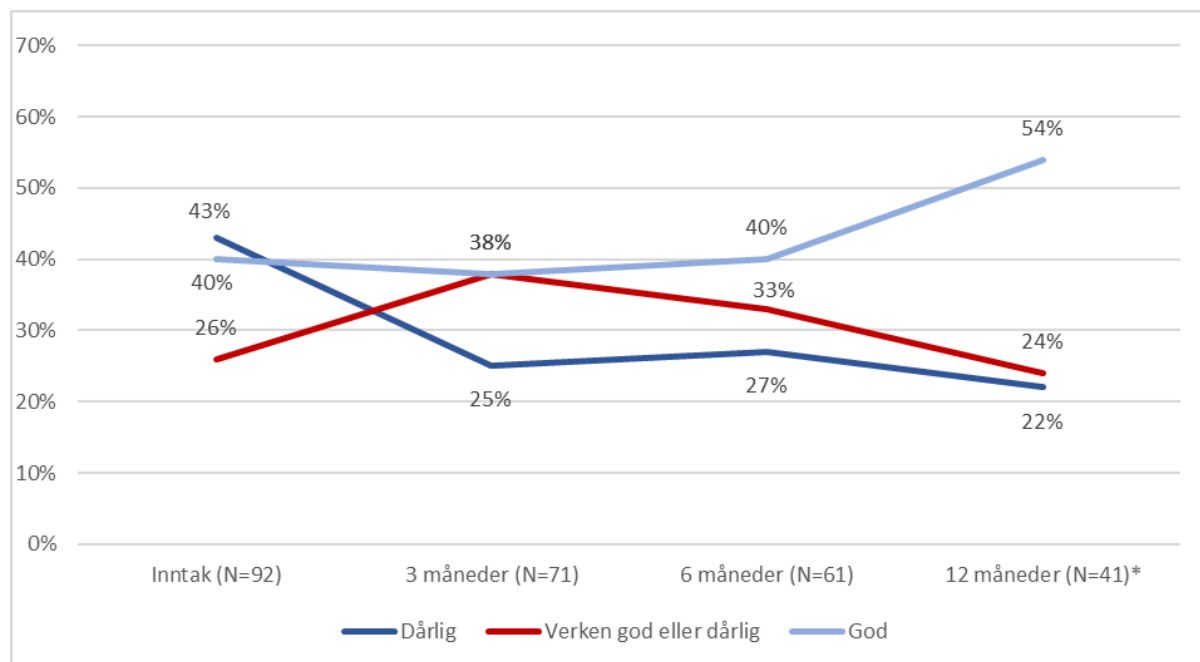
Psykisk helse

Vi fant en gradvis forbedring i selvrapportert psykisk helse fra behandlingsstart og gjennom observasjonsperioden, med en statistisk signifikant endring i svarfordelingen etter 12 måneder (se **Figur 6.H**). Andelen som rapporterte «god» psykisk helse økte, med 35 % ved 12 måneder, samtidig som andelen som rapporterte «dårlig» psykisk helse ble redusert med 48 %.

For selvrapporterte symptomer på angst og depresjon fant vi ingen endring i alvorlighetsgrad samlet sett (se **Figur 6.I**). Nedgangen på 48 % i andelen som rapporterte alvorlige symptomer etter 12 måneder sammenfalt med en samtidig økning på 17 % i andelen som rapporterte moderate symptomer. Alder og tidligere selvmordsforsøk var signifikante prediktorer for begge utfall. Kjønn hadde kun betydning for angst og depresjon, mens klinikktilhørighet kun hadde betydning for vurderingen av psykisk helse.

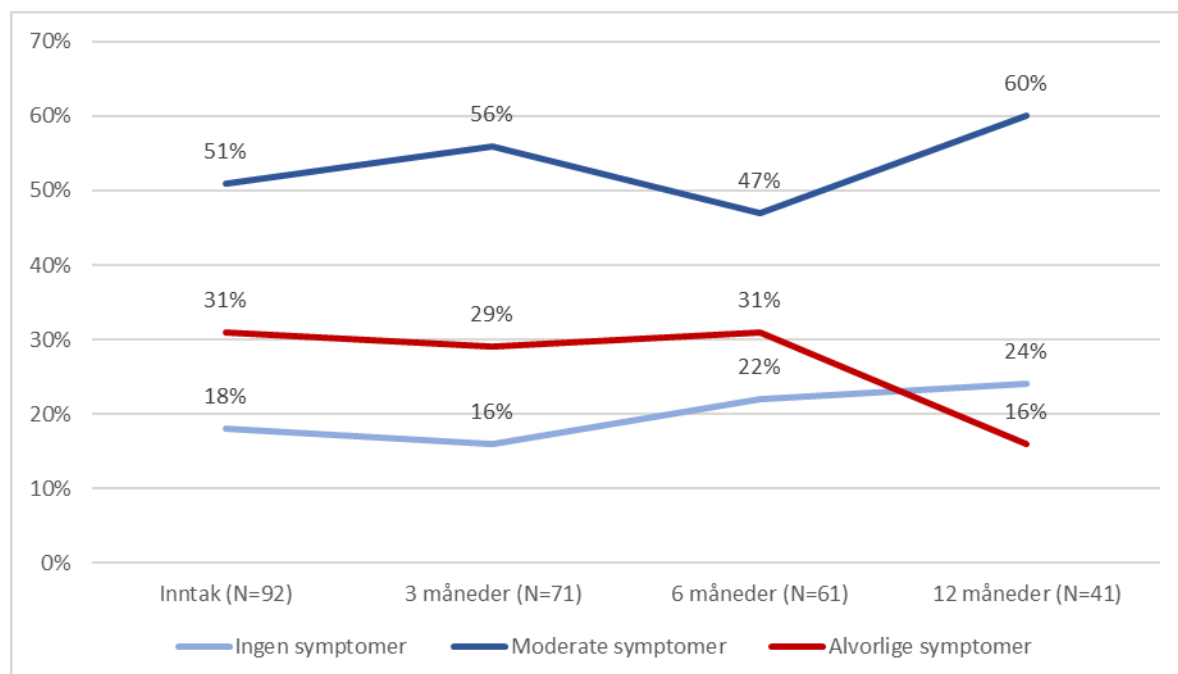
Heroinassistert behandling ser ut til gradvis å bedre pasientenes selvrapporterte psykiske helse over tid, trolig ved å styrke generell psykiske velvære. Selvrapporterte symptomer på angst og depresjon ser derimot ikke ut til å endre seg i samme grad, noe som tyder på at psykiske lidelser kan vedvare hos de som allerede strever med dette. Dette understreker behovet for spesifikk psykiatrisk kartlegging og målrettede tiltak for i det minste en del av pasientene, og peker på viktigheten av integrerte behandlingstilnærminger i HAB som innbefatter både rusmiddelbruk og samtidig psykisk lidelse.

Figur 6.H: Selvrapportert psykisk helse over en 12-måneders observasjonsperiode blant pasienter i heroinassistert behandling



Fra 2022-2024. n=79, 3-punkts Likert-skala.

Figur 6.I: Selvrapportert angst og depresjon over en 12-måneders observasjonsperiode blant pasienter i heroinassistert behandling



Fra 2022-2024. n=79, 3-punkts Likert-skala

Livskvalitet

Over tid viste deltakerne i HAB gradvise forbedringer i livskvalitet (både helserelatert og mer helhetlig). Skårene økte sakte, men jevnt fra måned til måned, noe som tyder på at behandlingsgevinstene hovedsakelig akkumuleres over tid heller enn å komme umiddelbart etter behandlingsstart. De fleste (82 %) fulgte relativt gunstige forløp med gjennomgående høyere livskvalitet, mens en mindre gruppe startet med lave skårer, men viste tydelig bedring over tid. I praksis innebærer dette at HAB kan bidra til å stabilisere og bedre det daglige velværet, men at gevinstene ofte forutsetter langvarig tilknytning til behandlingen.

Sosiale relasjoner og opplevelsen av at livet er meningsfullt var viktige bidrag til bedre livskvalitet, men sammenhengene var ikke entydige. Deltakere som rapporterte meningsfull sosial støtte, hadde gjennomgående høyere trivsel, og det å tilbringe tid sammen med andre hang sammen med bedre sosiale utfall. Samtidig var ikke sosial støtte tilstrekkelig til å fjerne alvorlige problemer for alle: noen med sterke sosiale bånd tilhørte fortsatt grupper med fallende eller gjennomgående lav trivsel. Dette tyder på at sosial støtte må kombineres med andre målrettede tiltak.

Vedvarende psykiske plager (for eksempel angst og depresjon) og kroniske fysiske symptomer var derimot jevnt over forbundet med lavere livskvalitet og med å tilhøre en gruppe med mindre gunstige forløp. Dette understreker behovet for integrert oppfølging av både psykisk og fysisk helse som en del av HAB.

Fysisk helse

Somatisk helse ble vurdert ved hjelp av to komplementære selvrapporteringsmål for somatisk belastning: (1) alvorlighetsgrad og funksjonell påvirkning av symptomer i løpet av de siste tre månedene, og (2) forekomst av vedvarende kroniske tilstander.

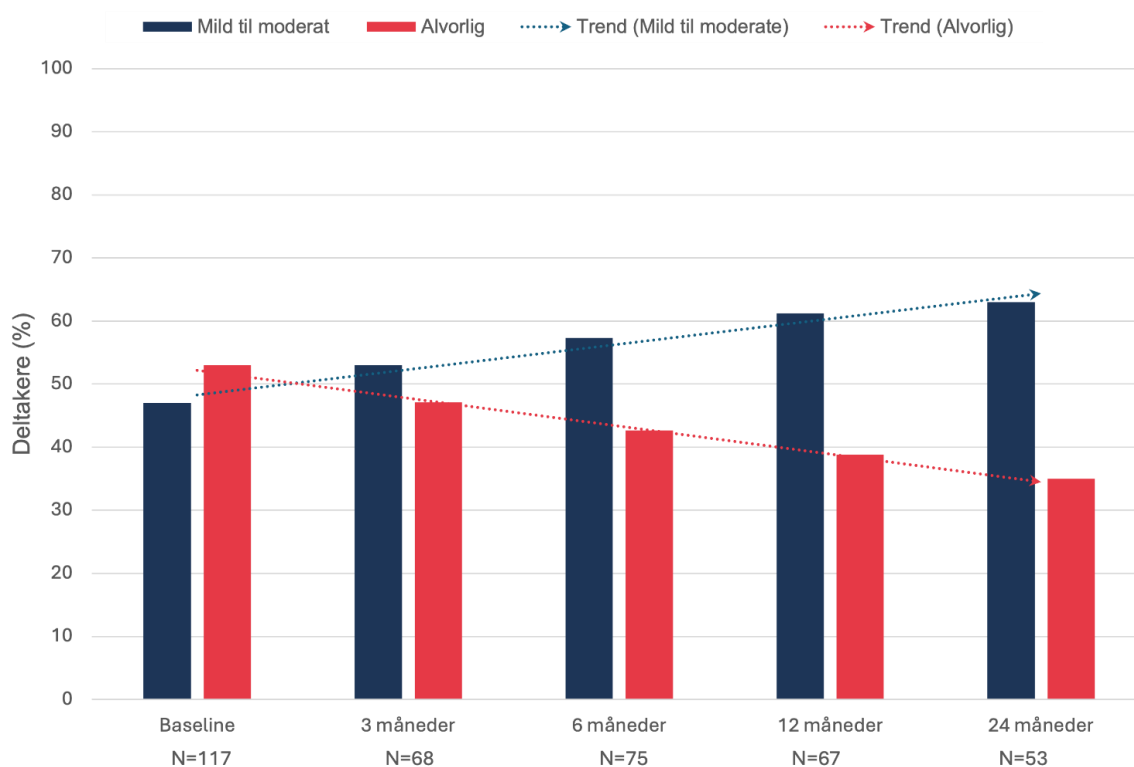
Deltakerne viste en positiv utvikling i løpet av behandlingen, med nedgang i gjennomsnittlige skårer for akutte fysiske plager og en reduksjon i andelen klassifisert med høy symptombyrde. Andelen klassifisert med «alvorlig» fysisk symptombyrde falt fra én av to (53 %) ved inntak til om lag én av tre etter henholdsvis 12 måneder (39 %) og 24 måneder (35 %), mens andelen med lav symptombyrde økte tilsvarende fra færre enn 1 av 2 (47 %) ved baseline til nesten 2 av 3 (63 %) etter 24 måneder (se **Figur 6.J**).

Ved baseline rapporterte deltakerne en betydelig somatisk belastning både innen akutte og kroniske symptomdomener. Totalt rapporterte deltakerne i gjennomsnitt 8,5 akutte symptomer (SD = 3,5) og en median på 9 [6; 11]. Deltakerne rapporterte også høy kronisk somatisk belastning, med et gjennomsnitt på 4 kroniske helseplager (SD = 3) og en median på 4 tilstander [2; 6], noe som indikerer en svært belastet populasjon med flere samtidige kroniske helseproblemer.

Den høyeste aktuelle symptombelastningen ble rapportert for søvnproblemer, hvor nesten halvparten av deltakerne vurderte disse som plagsomme «mye» eller «svært mye» (48,7 %). Tann- og tannkjøttproblemer var det nest mest utbredte høybelastende symptomet og påvirket omtrent 2 av 5 deltakere (41,9 %), etterfulgt av leddsmerter, rapportert av omtrent 1 av 3 deltakere (33,3 %). Hukommelsesproblemer (27,1 %), fordøyelsesplager (26,5 %) og forstoppelse (23,7 %) var også hyppig rapportert (se **Supplerende Figur A i Vedlegg 3**).

Akutt symptombelastning ble beregnet ved å summere alvorlighetsgrad på tvers av somatiske symptomer, noe som ga en samlet skår for somatisk symptombelastning. Høyere skår indikerte større opplevd symptombelastning i løpet av de siste tre månedene. En lineær blandet modell — som tar høyde for både trender på gruppenivå og individuell variasjon over tid — viste en statistisk signifikant bedring i somatisk symptombyrde i løpet av behandlingsperioden ($p < .001$).

Figur 6.J: Pasientrapportert alvorlighetsgrad av akutte fysiske symptomer ved oppstart og etter 24 måneder i heroinassistert behandling



Andel deltakere som rapporterte milde-til-moderate og alvorlige akutte somatiske symptomer på tvers av fem tidspunkter (baseline, 3, 6, 12 og 24 måneder). Blå søyler representerer andelen deltakere klassifisert i mild-til-moderat kategorien, mens røde søyler representerer andelen klassifisert i den alvorlige kategorien. Prikkede trendlinjer illustrerer den overordnede utviklingen for hver alvorlighetsgruppe gjennom oppfølgingsperioden. Diagrammet illustrerer en konsistent divergens mellom de to gruppene over tid, der andelen deltakere med alvorlige symptomer avtok fra 52 % ved baseline til 35 % ved 24 måneder, mens andelen med milde-til-moderate symptomer økte fra 47 % til 62 % i samme periode. Samlet sett tyder mønsteret på en gradvis og vedvarende forskyvning mot lavere

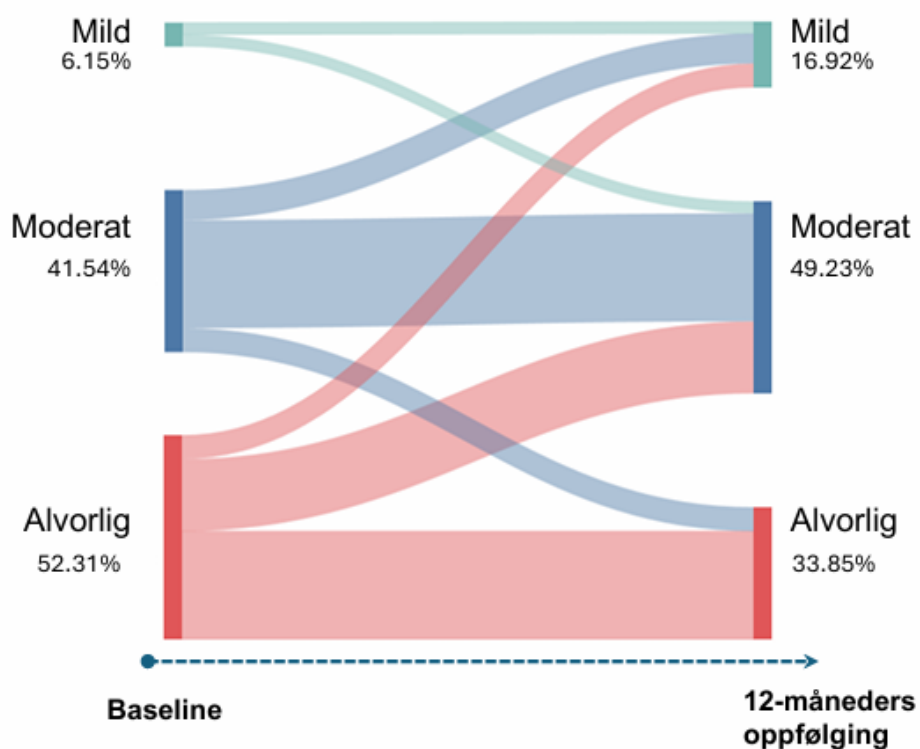
symptombelastning gjennom oppfølgingsperioden. På grunn av pågående rekruttering gjenspeiler utvalgsstørrelsene ved senere måletidspunkt hvor lenge deltakerne har vært med i programmet, og ikke nødvendigvis at deltakere har sluttet.

Blant de 65 deltakerne med sammenkoblede data fra baseline og 12-månedersoppfølging, var de fleste klassifisert som alvorlig (52,3 %) eller moderat (41,5 %) ved baseline, med få i kategorien mild symptombyrde (6,2 %) (se **Figur 6.K**). Ved 12-månedersoppfølging hadde andelen klassifisert som alvorlig falt til 33,8 %, mens andelen i moderat (49,2 %) og mild (16,9 %) kategori økte tilsvarende. På individnivå gikk nesten halvparten av deltakerne med alvorlige symptomer ved baseline (47,1 %) over til en lavere alvorlighetsgrad ved oppfølging, og andelen klassifisert som mild ble mer enn fordoblet — fra om lag 1 av 16 (6,2 %) til 1 av 6 (16,9 %). Samlet sett indikerer disse mønstrene en meningsfull netto bedring i akutt somatisk symptombyrde i løpet av behandlingsperioden, støttet av et statistisk signifikant skifte i fordelingen av alvorlighetsgrad (McNemar–Bowker $\chi^2(3) = 9,29$, $p = ,026$; De Pirro et al., under utarbeidelse)

For å undersøke mulig attrisjonsbias ble baselinekarakteristika — inkludert demografi, somatisk symptombelastning og antall kroniske tilstander — sammenlignet mellom deltakere som deltok i oppfølgingen og de som falt fra. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppene, noe som tyder på at oppfølgingsutvalget i stor grad var representativt for den opprinnelige baselinekohorten.

Sammenlignet med NorComt-studien, som ikke fant signifikant reduksjon i somatisk symptombelastning blant personer som startet standard LAR over ett år (Bjørnstad et al., 2023), viste HAB-kohorten en signifikant reduksjon i somatisk symptombelastning fra baseline til ettårsoppfølging ($t(64) = 3,01$, $p = 0,004$), til tross for en mer alvorlig somatisk belastningsprofil ved baseline (De Pirro et al., under utarbeidelse).

Figur 6.K: Flyt i kategorier for somatisk symptomalvorlighet fra baseline til ettårsoppfølging (n = 65)



Sankey-diagrammet viser individuelle overganger mellom mild, moderat og alvorlig somatisk symptomalvorlighet fra baseline til ettårsoppfølging. Venstre side representerer alvorlighetsgrad ved baseline, mens høyre side representerer alvorlighetsgrad ved ettårsoppfølging hos de samme deltakerne. Bredden på hver strøm er proporsjonal med antallet deltakere som beveget seg mellom symptomalvorlighetskategorier. Oppadgående strømmer reflekterer bedring mot lavere symptomalvorlighet, mens nedadgående strømmer reflekterer forverring.

Samlet viser diagrammet en forskyvning mot lavere symptomalvorlighet over tid, der andelen deltakere klassifisert med alvorlig symptombelastning gikk ned fra 52,3 % ved baseline til 33,8 % ved oppfølging, mens andelen klassifisert med mild symptombelastning økte fra 6,2 % til 16,9 %. Totalt forbedret 32,3 % av deltakerne seg til en lavere alvorlighetskategori i løpet av oppfølgingen, mens 9,2 % forverret seg og 58,5 % forble stabile innen samme alvorlighetskategori over tid.

Pasientene hadde ved inntak en relativt høy forekomst av kroniske fysiske helseplager, noe som tyder på en gruppe med betydelig eksisterende sykdomsbyrde. Særlig utbredt var søvnproblemer og tannhelseplager (se **Vedlegg 3**), noe som er i tråd med tidligere studier blant personer med ruslidelser. Selv om disse helseplagene varierte noe gjennom behandlingsforløpet, viste flere kategorier en tydelig reduksjon mot slutten av første år. Denne forbedringen tyder på at deltakerne kan ha hatt nytte av økt medisinsk oppfølging, bedre helsekontroll og/eller forbedret egenomsorg i løpet av behandlingsperioden (se **Figur 6.J**).

Samlet sett tyder funnene på en delvis bedring på tvers av flere kroniske somatiske symptomdomener, selv om betydelig symptombyrde vedvarte på tvers av flere områder ved oppfølging.

Den intensive og integrerte strukturen i HAB gir en viktig mulighet for tettere somatisk oppfølging, tidligere identifisering av medisinske komplikasjoner og tilgang til tverrfaglig behandling. Samtidig kan den krevende naturen av intensiv HAB-deltakelse bli stadig mer utfordrende for pasienter som opplever forverring i fysisk eller psykisk helse, særlig når regelmessig klinikkovervåking ikke lenger er gjennomførbart. Dette understreker viktigheten av vedvarende og tilpasset somatisk oppfølging som forblir responsiv gjennom hele behandlingsforløpet. Ytterligere analyser knyttet til somatisk sårbarhet og medisinsk motivert behandlingsavbrudd er presentert i **Vedlegg 3**.

Oral helse

Nesten 40 % av deltakerne rapporterte forbedret oral helse over tid, noe som kan tyde på at den integrerte medisinske og psykososiale oppfølgingen i HAB kan bidra til bedre tilgang til og økt bruk av tannhelsetjenester. Tilleggsanalyser om oral helse og tilgang til tannhelsetjenester presenteres i **Vedlegg 3**.

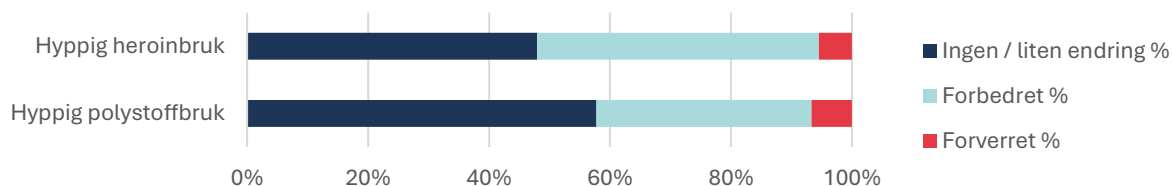
Selvrapportert rusmiddelbruk

Ved første måletidspunkt rapporterte 71 % hyppig heroinbruk, definert som bruk av heroin i mer enn 12 dager i løpet av den siste måneden. Ved siste måling hadde 52 % endret status: 5 % gikk fra å ikke bruke hyppig heroinbruk til hyppig heroinbruk, mens 47 % gikk fra hyppig til ikke-hyppig bruk (se **Figur 6.L**).

Selvrapportert antall dager med heroinbruk gikk også ned over tid. Gjennomsnittlig antall dager med heroinbruk siste måned var 19,9 dager ved første måling og 10,3 dager ved siste måling. Gjennomsnittlig endring var 9,6 færre dager (SD 12,8) (se **Figur 6.M**). Rapportert hyppig bruk av kokain og ikke-forskrevne benzodiazepiner endret seg minimalt over tid, og gjennomsnittlig antall bruksdager for disse stoffene var også stabilt (se **Vedlegg 3**).

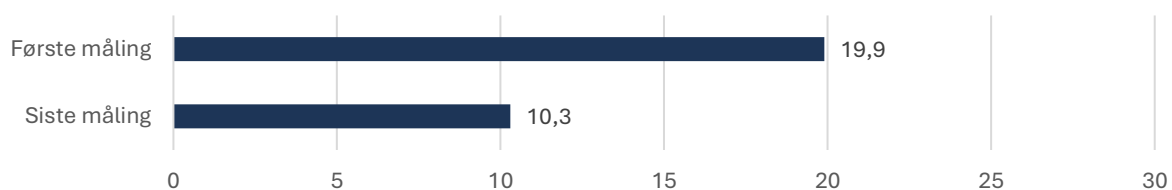
Når det gjelder hyppig polysubstansbruk, definert som bruk av to eller flere rusmidler (inkludert heroin) i løpet av mer enn 12 dager siste måned, oppfylte 59 % dette kriteriet ved behandlingsstart. Ved siste måling hadde 42 % endret status: 7 % gikk fra ikke å være til å bli hyppige polysubstansbrukere, mens 35 % gikk fra hyppig til ikke-hyppig polysubstansbruk (se **Vedlegg 3**).

Figur 6.L: Endringer i selvrapportert bruk av heroin og flere rusmidler fra oppstart til siste tilgjengelige målepunkt



Ytterligere informasjon i **Vedlegg 3**.

Figur 6.M: Selvrapportert gjennomsnittlig antall dager med heroinbruk (siste måned)



Ytterligere informasjon i **Vedlegg 3**.

Medikasjon

De fleste pasientene fikk diacetylmorfin (DAM) to ganger daglig. Inntaksmåten var hovedsakelig ved intravenøs eller intramuskulær injeksjon, mens andelen doser gitt oralt (tabletter) økte gradvis gjennom studieperioden. DAM-dosene var gjennomgående stabile, men varierte for enkelte på grunn av doseendring og uteblitte doser.

Alle pasienter fikk i tillegg et langtidsvirkende opioid for å dekke medisinbehovet gjennom natten, oftest Dolcontin eller metadon. I Bergen fikk en undergruppe små «bonusdoser» DAM som belønning innenfor en belønningsbasert tilnærming.

Samtidige fysiske og psykiske lidelser var vanlig, og mange pasienter hadde tilleggsmedikasjon, inkludert benzodiazepiner, legemidler for fysiske helseplager, psykofarmaka og antiviral behandling for hepatitt C og hiv. Mer detaljerte informasjon om medikasjon finnes i **Vedlegg 3**.

6.5 Alvorlige uønskede hendelser

Hovedfunn og tolkning:

Alvorlige uønskede hendelser var vanlige blant pasienter i HAB. De fleste opplevde én eller flere alvorlige hendelser, inkludert ikke-dødelige overdoser, allergiske reaksjoner, kramper, vold, trusler, utagering og selvskading.

Pasienter i HAB har alvorlig, høy-risiko polysubstansbruk, noe som gjør dem særlig utsatt for alvorlige uønskede hendelser. HAB bør derfor gis innenfor spesialiserte tverrfaglige rusbehandlingstjenester, med særskilt kompetent personell, i en ramme som sikrer høy grad av sikkerhet og klinisk tilsyn.

Resultater:

Blant deltakerne hadde 78 % (104 personer) til sammen 633 alvorlige uønskede hendelser som ble rapportert i journalene. Atten deltakere hadde mer enn 10 hendelser hver; av disse hadde to pasienter mer enn 20 hendelser, og ytterligere to hadde mer enn 30.

Av alle registrerte alvorlige uønskede hendelser var 36 % (n = 230) ikke-dødelige overdoser, 6 % (n = 40) kramper, 6 % (n = 36) allergiske reaksjoner, og 13 % (n = 83) omfattet vold, utagering, trusler eller selvskading. De resterende 39 % (n = 244) ble kategorisert som «andre» hendelser, inkludert fysisk og psykiatrisk sykdom, svimmelhet, alvorlig ruspåvirkning og problematisk atferd.

6.6 Prosess- og implementeringsevaluering

Hovedfunn:

Fra oppstart er HAB blitt implementert på en vellykket måte gjennom grundige forberedelser, opplæring av ansatte og sterk organisatorisk støtte fra øvrige avdelinger ved sykehusene der klinikkene er lokalisert.

I løpet av de første fire årene ble det mottatt 280 henvisninger til HAB, hovedsakelig fra eksisterende LAR-tjenester, i tillegg til henvisninger fra NAV, lavterskel rustiltak og fastleger.

Tolkning:

Funnene tyder på at HAB er blitt etablert som et nytt behandlingstilbud på en vellykket måte. Imidlertid var tilbudet i starten preget av strukturelle begrensninger som kan ha redusert muligheten til å nå sitt fulle potensial og skalerbarhet i løpet av femårsperioden. En kombinasjon av umodne prosedyrer, ustabile lokaler og bemanningsutfordringer innebar at tilgangen til HAB i begynnelsen var mer begrenset enn forutsatt. Dette kan ha påvirket både det totale antallet henvisninger og hvor mange pasienter som er blitt inkludert ved slutten av prosjektperioden.

Heroinassistert behandling fikk raskt omfattende medieomtale i startfasen og ble dermed godt kjent både i befolkningen generelt og i aktuelle målgrupper. Tilbudet vakte betydelig interesse i målgruppen, og antallet henvisninger økte kort tid etter at klinikkene åpnet i 2022, særlig via etablerte velferds- og behandlingstjenester (spesielt LAR), noe som resulterte i perioder med inntaksstopp i løpet av det første og delvis det andre driftsåret. Den store pågangen av henvisninger etter oppstart tyder på at målgruppen i stor grad er kjent med eksisterende systemer og har behov for mer intensive behandlingsalternativer. Henvisningene til HAB gikk imidlertid ned i den senere fasen av prosjektet. I hvilken grad informasjon om HAB og innholdet i behandlingen faktisk nådde ut til det bredere hjelpeapparatet og organisasjoner som kunne henvist aktuelle pasienter, er uklart. Henvisningene som ble mottatt i periodene med inntaksstopp ble ikke satt på «venteliste» og fordret at pasientene ble henvist på nytt etter at det igjen ble åpnet for henvisninger. Tilbakemeldinger fra pasienter kan tyde på at informasjon om dette manglet og at de ikke ble rehenvist. Spredning av korrekt og lett tilgjengelig informasjon om behandlingen var viktig både for å motvirke stigma og rykter om HAB, og for å nå ut til målgruppene og personer som kunne være aktuelle for inklusjon.

En annen faktor som påvirket HAB – og potensielt også henvisningene – var de nye nasjonale LAR-retningslinjene som kom i første halvdel av 2022, som betydelig utvidet repertoaret av tilgjengelige legemidler i LAR. Denne utvidelsen inkluderte 12- og 24-timers morfinformuleringer, som kan ha framstått som et attraktivt alternativ til høyintensiv HAB ved å åpne for en mer individualisert behandling innenfor ordinær LAR. Denne strukturelle endringen i prosjektperioden kan derfor ha påvirket både antallet

henvisninger til HAB og hvor attraktivt tilbudet ble oppfattet, sett i lys av et bredere spekter av alternativer innenfor rammen av ordinær LAR.

Resultater:

Faktorer som påvirket implementering og inntak

Fra starten av ble innføringen av HAB støttet av god forberedelsestid, opplæring av ansatte, støtte fra sykehusledelsen og samarbeid med erfarne danske HAB-klinikker. Inntak av pasienter ble gjennomført med tanke på ansattes trivsel, pasientsikkerhet og behandlingsmiljøet i klinikkene.

I intervjuer med klinikere og workshoper med pasienter i sluttfasen av prosjektet kom temaet «henvisningsstigma» tidvis opp. Dette viste til at noen beskrev en erfaring med en viss tilbakeholdenhet med å henvise personer til HAB fordi behandlingen ble oppfattet som «for krevende» eller som lite egnet for personer med svært kaotisk hverdag. Dette kan ha medført at aktuelle kandidater ikke ble henvist.

1. Utvikling av kliniske prosedyrer og rutiner:

Innføring av HAB for pasienter med polysubstansbruk krevde omfattende arbeid i startfasen for å utvikle, teste og revidere prosedyrer. Rutinene er nå langt mer etablerte, men justeringer og faglige diskusjoner pågår fortsatt. Gjennom hele perioden hadde forskningsgruppen og klinikerne tett kontakt, faste møter og løpende informasjonsutveksling. Forskerne formidlet også resultater til klinikkene underveis, noe som kan ha vært nyttig i vurdering og videreutvikling av kliniske prosedyrer.

2. Klinikkfasiliteter:

Begge klinikkene opplevde forsinkelser og usikkerhet knyttet til egnede lokaler. HABiO fikk et midlertidig, spesielt tilpasset lokale med høy kapasitet. HABiB har brukt to midlertidige lokaler med lavere og skiftende kapasitet før de fikk permanente, tilpassede lokaler i november 2024. Tidlige utfordringer med lokalene påvirket arbeidsforholdene for ansatte negativt.

3. Bemanning:

Begge klinikkene slet med å rekruttere tilstrekkelig antall sykepleiere og tidvis leger, noe som til tider førte til begrensninger i pasientinntaket. Regler for overtid og arbeidstid skapte misnøye og utfordringer knyttet til helgebemanning; HABiO ansatte vektere i helgene, og HABiB bygget gradvis opp bemanningen for å imøtekomme dette.

4. Økonomi og budsjettbegrensninger:

Økende kostnader til lønn, diacetylmorfin og andre varer ble ikke fullt ut kompensert gjennom økt statlig finansiering i prosjektperioden. Dette medførte perioder med tak på antall pasienter.

5. Integrering av forskning i klinikken:

Forskning og datainnsamling var integrert i det daglige arbeidet og innebar ekstra oppgaver for en mindre del av personalet, men ble generelt vurdert som positivt. I klinikkene hadde utvalgte sykepleiere og sosionomer ansvar for å samle inn basis- og oppfølgingsdata som del av rutinepraksis. Samarbeid og planlegging knyttet til integrering av forskning i klinisk arbeid ble startet allerede i prosjektets planleggingsfase og involverte både klinikkledere, ansatte og forskergruppen.

6. Henvisninger:

Fra starten av 2022 og ut 2025 mottok de to klinikkene 280 henvisninger som gjaldt 224 pasienter (Oslo: 180; Bergen: 100). 39 pasienter hadde to henvisninger, og åtte hadde tre eller flere. Samlet var 75 % av de henviste pasientene menn (75 % i både Oslo og Bergen), og gjennomsnittsalderen var 45 år (Oslo: 45; Bergen: 44).

De fleste henvisningene var sekundære, det vil si at pasientene allerede var i ordinær LAR (62 % totalt: 53 % i Oslo; 77 % i Bergen). Samlet ble 38 % av henvisningene avvist (Oslo: 39 %; Bergen: 36 %), og gjennomsnittsalderen i de avviste henvisningene var 44 år, hvorav 73 % var menn.

Hovedkilden til henvisningene var de ordinære LAR-tjenestene ved samme sykehus (49 % totalt: 34 % i Oslo; 76 % i Bergen). Andre viktige henvisere var NAV (11 % totalt og i begge byer), lavterskel rustjenester (11 % totalt: 17 % i Oslo; 0 % i Bergen) og fastleger (9 % totalt: 18 % i Oslo; 6 % i Bergen).

Førtifire prosent av alle henvisninger og 42 % av avslagene kom i løpet av det første året. Gjennomsnittlig årlig avslagsrate var 38 %, og varierte mellom 36 % og 43 %.

Den vanligste avslagsgrunnen var «inntaksstopp» (antall henvisninger oversteg klinikkens kapasitet), noe som utgjorde 16 % av alle avslag (23 % i Oslo; 3 % i Bergen); 71 % av disse fant sted i prosjektets første år, resten i det andre. Andre hyppige avslagsgrunner var: ikke i målgruppen (15 % totalt: 11 % i Oslo; 22 % i Bergen), annen behandling (for eksempel LAR) vurdert som mer egnet (14 % totalt: 20 % i Oslo; 3 % i Bergen), voldsrisiko (13 % totalt: 14 % i Oslo; 4 % i Bergen), og at nye medikamenter i LAR nå var tilgjengelige (11 % totalt: 7 % i Oslo; 19 % i Bergen) (se **Vedlegg 5**).

6.7 Helseøkonomisk analyse

Hovedfunn

HAB fremstår som en ressurskrevende behandling som samtidig gir målbare helsegevinster hos en pasientgruppe med høy sykdomsbelastning. Ett år i HAB-dagbehandling var estimert til om lag 986 000 NOK per pasient.

Merkostnad og helsegevinst ved fortsatt behandlingsretensjon i HAB, sammenlignet med pasienter uten videreført strukturert behandling, tilsvarte 845 087 NOK per vunnet kvalitetsjusterte leveår (QALY). Estimaten ligger over terskelverdien som ofte benyttes for alvorlige tilstander i Norge (825 000 NOK).

Videre analyser viste betydelige reduksjoner i øvrig helsetjenesteforbruk, særlig innen somatiske spesialisthelsetjenester (108 000 NOK per pasient per år). Sensitivitetsanalyser antydte i tillegg reduksjoner i kriminalitetsrelaterte kostnader (172 000 NOK per pasient per år).

Samlet antyder resultatene at deler av HABs høye behandlingstkostnader kan motvirkes av bredere helse- og samfunnsøkonomiske besparelser, slik at den samlede kostnaden ved fortsatt behandling sammenlignet med ingen behandling i enkelte scenarier fremstår som tilnærmet kostnadsnøytral, samtidig som helsegevinsten opprettholdes.

Brutto-kostnader

Fra 2020 til 2025 utgjorde de totale driftskostnadene for heroinassistert behandling (HAB) i Oslo og Bergen 232 654 770 NOK (se **Tabell 6.C**). Kostnadene økte gradvis i takt med etablering av klinikkene, økt kapasitet og mer stabil drift. Personellkostnader utgjorde hoveddelen av programkostnadene, mens medikamenter og øvrige driftsutgifter representerte mindre, men fortsatt betydelige kostnadskomponenter.

Tallene representerer samlede klinikk-kostnader og kan ikke direkte tolkes som kostnad per pasient. Klinikkene var under gradvis oppbygging gjennom analyseperioden, samtidig som pasientvolum og behandlingsaktivitet økte. Kostnadene beskriver derfor ressursbruk på systemnivå og omfanget av den samlede satsingen over tid.

For å estimere behandlingstkostnader på individnivå ble samlede klinikk-kostnader fordelt til pasientnivå basert på faktisk behandlingsaktivitet, observerte behandlingsforløp og antall behandlingsdager (se **Tabell 6.C**). Dette ga en estimert årlig bruttokostnad på om lag 986 000 NOK per pasientår i HAB.

Tabell 6.C: Årlige programkostnader, behandlingsaktivitet og kostnader per behandlingsdag i Norsk HAB, fordelt på klinikk.

Klinikk	År	N pasienter	Totale kostnader (NOK)	Pasientdager	Kostnad per dag (NOK)
Bergen	2022	13	17 109 131	2 310	7 407
Bergen	2023	26	23 712 415	6 905	3 434
Bergen	2024	29	26 098 658	8 246	3 165
Bergen	2025	35	28 997 801	9 205	3 150
Oslo	2022	47	24 995 168	8 644	2 892
Oslo	2023	56	33 360 833	16 600	2 010
Oslo	2024	62	37 896 279	16 874	2 246
Oslo	2025	56	40 484 485	17 298	2 340
Total	2022–2025	136*	232 654 770	86 082	2 703

*Totalt antall pasienter representerer unike individer i materialet. Pasienter kan inngå i flere kalenderår og summeres derfor ikke på tvers av år. Pasientdager representerer faktisk observerte behandlingsdager. Kostnad per behandlingsdag er beregnet ved å fordele totale klinikkostnader på totalt antall observerte pasientdager.

Steg-1 kostnadsanalyse med QALY og ICER

Bruttokostnadene beskriver hva HAB koster å levere, men sier ikke alene noe om behandlingens kostnadseffektivitet. Neste steg i analysen var derfor å undersøke hvordan kostnader og helsegevinster utviklet seg gjennom behandlingsforløpene, målt ved kvalitetsjusterte leveår (QALY) og inkrementell kostnadseffektivitet (ICER).

Den akkumulerte analysen av kostnader og helsegevinster omfattet pasienter med minst to EQ5D-5L-målinger gjennom behandlingsforløpet (N=116). Innledningsvis ble pasienter som fortsatte i HAB sammenlignet med pasienter som avsluttet behandling underveis i forløpet (se **Tabell 6.D**).

Tabell 6.D: Kvalitetsjusterte leveår (QALYs) og direkte-/programkostnader for pasienter i HAB 2022-2025, fordelt på Fortsatt vs. Sluttet i behandling.

Gruppe	N	Kostnad	SD	QALY	SD	Dager i behandling
Fortsatt	68	2 574 079	1 290 495		0,822	946,5
Sluttet	48	1 059 652	881 910	0.307	0,478	387,9

Den akkumulerte analysen viste at pasienter som fortsatte i HAB hadde om lag 1,5 millioner kroner høyere observerte kostnader, men samtidig 0,883 flere kvalitetsjusterte leveår (QALY) enn pasienter som avsluttet behandling i HAB. Dette tilsvarte en ICER på 1,71 millioner NOK per QALY (se **Tabell 6.E**).

Tabell 6.E: Avledet akkumulert ICER (fra Tabell 6.D)

Δ -Kostnad	Δ -QALY	ICER
1 514 427	0.883	1 714 495 NOK/QALY

Årsbaserte analyser

Den høye ICER-en må forstås i lys av at gruppen som fortsatte i HAB hadde nesten 2,5 ganger lengre behandlingstid enn gruppen som avsluttet behandling. Det ble derfor gjennomført en årsbasert analyse hvor kostnader og helsegevinster ble omregnet til årlige rater for mer direkte sammenligning av behandlingsforløp med ulik varighet (se **Tabell 6.F**). Pasientene ble samtidig fordelt i tre klinisk relevante grupper:

1. De som fortsatte behandling
2. De med planlagt avslutning
3. De med ikke-planlagt avslutning

Tabell 6.F: Gjennomsnittlig QALY og oppfølgingstid for pasienter i HAB 2022-2025, fordelt på pasienter (1) Fortsatt behandling, (2) Planlagt avslutning, (3) Ikke-planlagt avslutning

Gruppe	N	QALY	SD	Median	Oppfølging i år
Fortsatt behandling i HAB	68	1,214	0,82	1,211	2,625
Planlagt avslutning	32	0,347	0,523	0,25	1,13
Ikke-planlagt avslutning	16	0,234	0,357	0,055	0,951

I den videre tre-gruppe analysen ga sammenligningen mellom gruppe 1) De som fortsatte i behandling vs. gruppe 3) De med ikke-planlagt avslutning, ga en ICER på 845 087 NOK per QALY. Sammenligningen må forstås som en praksis-nær analyse av merkostnad og helsegevinst ved fortsatt behandlingsretensjon i HAB sammenlignet med fravær av videreført strukturert behandling, snarere enn et rent «ingen behandling»-scenario. Estimater ligger over terskelverdien som ofte diskuteres for alvorlige tilstander i Norge (825 000 NOK). Analysen er helsepolitisk relevante relevant fordi den illustrerer hva som kan gå tapt når en svært belastet pasientgruppe ikke forblir i strukturert behandling.

Resultatene fra sammenligning mellom gruppe 1) og 2) De med planlagt avslutning antyder samtidig at HAB ofte fungerer som inngang til videre konvensjonell LAR, da hovedtyngden av pasientene med planlagt avslutning ble overført til slik mer konvensjonell substitusjonsbehandling. Fortsatt behandling fremstod her som dominant, det vil si assosiert med både noe høyere helsegevinst til noe lavere netto kostnad i den årsbaserte analysen. Dette kan tyde på at overgang til videre behandling ikke nødvendigvis representerer et mislykket behandlings-utfall, men i enkelte tilfeller en overgang til mer stabil konvensjonell behandling (se **Tabell 6.G**).

Tabell 6.G: Årsbasert ICER for tre grupper av pasienter i HAB, Norge, 2022-2025

Sammenligning		Δ -QALY	ICER
Fortsatt behandling vs. Planlagt avslutning	-33 749	0,069	Dominant
Fortsatt behandling vs. Ikke-planlagt avslutning	103 344	0,122	845 087 NOK/QALY

Helsetjeneste-kostnadsreduksjoner og justert kostnadseffektivitet

De årsbaserte ICER-estimatene beskriver forholdet mellom direkte behandlingstkostnader og helsegevinster i HAB, men fanger ikke opp mulige endringer i ressursbruk i andre deler av helsetjenesten. Neste analysetrinn undersøker derfor om fortsatt behandlingsretensjon i HAB samtidig var assosiert med redusert helsetjenesteforbruk, og hvordan slike observerte kostnadsreduksjoner kan påvirke det samlede kostnadsbildet og kostnadseffektiviteten.

I et slikt utvidet helseøkonomisk perspektiv presenteres observerte reduksjoner i øvrig helsetjenesteforbruk som scenario- og sensitivitetsanalyser. Formålet er å undersøke om deler av HABs direkte behandlingstkostnader kan motvirkes av lavere ressursbruk i andre deler av helsetjenesten.

Primærhelsetjenester

Primærhelsetjenester omfatter her fastlege, fysioterapi og legevakt. De gjennomsnittlige årsbaserte kostnadsendringene per pasient var små, og primærhelsetjenester hadde derfor begrenset betydning for de samlede kostnadseffektivitetsestimaterne (se **Tabell 6.H**).

Tabell 6.H: Gjennomsnittlige årsbaserte primærhelse-offsets (gjennomsnittlig NOK per pasient per år)

Sammenligning	Fastlege	Fysioterapi	Legevakt	Totale primærhelse-tjenester
Fortsatt vs. planlagt avslutning	1 192	478	773	2 443
Fortsatt vs. ikke-planlagt avslutning	493	6	1 283	1 782

Spesialisthelsetjenester

Spesialisthelsetjenestene omfatter somatiske helsetjenester (SOM), psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), summert på tvers av omsorgsnivå (døgn, dagbehandling og poliklinikk).

Tabell 6.I viser gjennomsnittlige års-baserte kostnadsendringer per pasient (NOK per pasient per år). Positive tall er tolket som kostnadsreduksjoner i favør av fortsatt HAB sammenlignet med de andre pasientgruppene, mens negative tall indikerer høyere relative kostnader i fortsatt-gruppen for den aktuelle tjenestekategorien.

Samlet fremstår spesialisthelsetjenestene som helseøkonomisk viktigere enn primærhelsetjenestene, fordi både kostnadsnivå og potensialet for reduksjon er vesentlig større.

Tabell 6.I: Gjennomsnittlige årsbaserte kostnadsreduksjoner i spesialisthelsetjenesten etter behandlingsforløp, NOK per pasient per år

Sammenligning	SOM	PHV	TSB/SUD	Totale spesialisthelsetjenester
Fortsatt vs. planlagt avslutning	24 583	-2 567	-1 266	20 750
Fortsatt vs. ikke-planlagt avslutning	80 912	-3 352	30 542	108 102

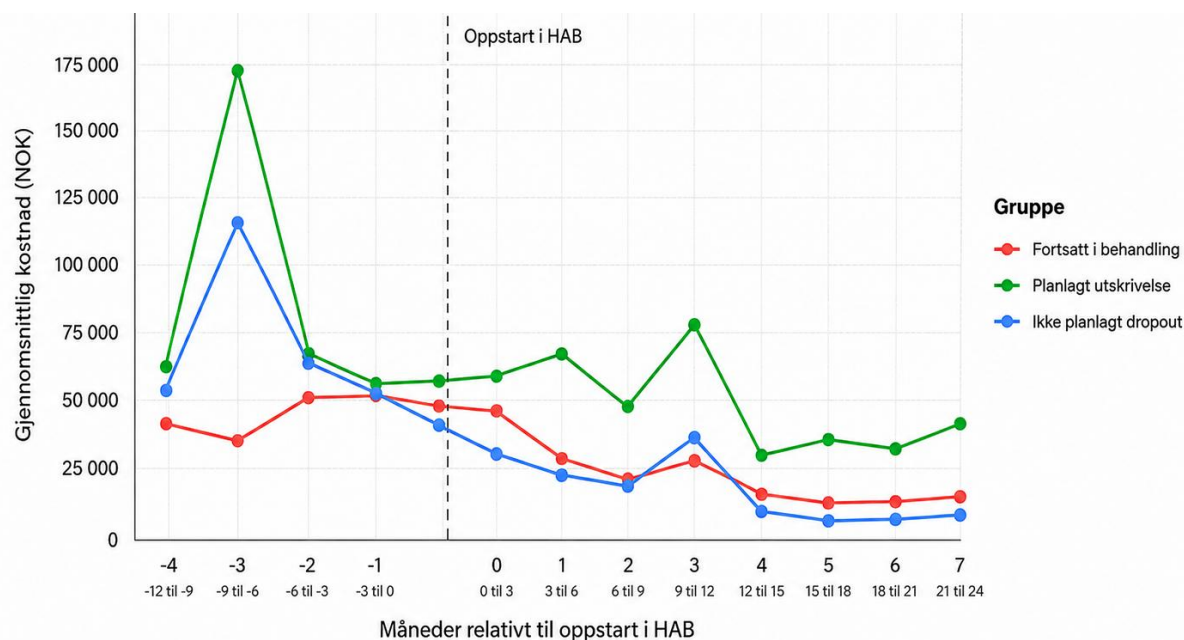
Sammenligningen mellom gruppe 1) Fortsatt behandling og gruppe 3) Ikke-planlagt avslutning vurderes som særlig relevant, fordi den i Steg-1 representerte den nærmeste praksisnære sammenligningen med fravær av videreført strukturert behandling. For denne gruppen var den årsbaserte reduksjonen i spesialisthelsetjenestekostnader 108 102 NOK per pasient per år. Den største komponenten var somatiske helsetjenester (80 912 NOK), noe som kan indikere at fortsatt HAB bidrar til stabilisering og redusert behov for somatisk spesialistbehandling.

Psykisk helsevern viste små negative estimater, noe som kan indikere begrensede kostnadsreduksjoner eller vedvarende behov for psykisk helsehjelp. TSB viste derimot tydelige reduksjoner sammenlignet med ikke-planlagt avslutning (NOK 30 542), men ikke sammenlignet med planlagt avslutning.

Overordnet reduksjon i spesialisthelsetjenestekostnader

I tillegg ble det gjennomført en overordnet analyse av endring i helsetjenesteforbruk for hele kohorten (N=136) i HAB over tid. Analysen omfattet perioden fra ett år før oppstart av HAB til to år etter oppstart og viste en samlet reduksjon i spesialisthelsetjenestekostnader over tid (se **Figur 6.N**).

Figur 6.N: Endring i kostnader ved bruk spesialisthelsetjenester for pasienter i Norsk HAB, 2022-2024



Stiplet linje markerer oppstart i HAB (segment 0). Kostnader er oppgitt i 2022-kroner (NOK).

Den årsbaserte reduksjonen i totale spesialisthelsetjenestekostnader var om lag 105 788 NOK per pasient per år. Reduksjonen var særlig drevet av somatiske helsetjenester (64 935 NOK) og TSB (43 774 NOK), mens psykisk helsevern viste en mindre økning (2 921 NOK). Tallene er gjennomsnittlige kostnader per pasient. Negative tall angir reduksjon i kostnader over tid, mens positive tall indikerer økte kostnader (se **Tabell 6.J**).

Tabell 6.J: Overordnet årsbasert endring i spesialisthelsetjenestekostnader fra ett år før til to år etter oppstart av HAB (NOK per pasient per år)

Kategori	1 år før HAB	2 år etter oppstart HAB	Endring	Årsbasert endring
SOM	19 447	3 213	-16 234	-64 935
PHV	969	1 699	730	2 921
TSB	23 215	12 272	-10 943	-43 774
Totale spesialisthelsetjenester	43 632	17 185	-26 447	-105 788

Scenario- og sensitivitetsanalyser av kostnadsreduksjoner i helsetjenestene

For å undersøke hvordan observerte reduksjoner i øvrig helsetjenesteforbruk kan påvirke kostnadseffektiviteten, ble det gjennomført sensitivitetsanalyser basert på de årsbaserte Steg-1-estimatene. Hovedanalysen beholdes uendret som basisanalyse, og resultatene nedenfor representerer derfor ikke nye hoved-estimer men som scenarioanalyser av hvordan reduserte kostnader i andre deler av helsetjenesten kan påvirke den samlede kostnadseffektiviteten (se **Tabell 6.K**).

Tabell 6.K: Justert årsbasert ICER med observerte kostnadsreduksjoner i helsetjenestene

Sammenligning	Δ -kostnad før kostnadsreduksjon	Kostnadsreduksjon spesialisthelsetjenestene	Kostnadsreduksjon primærhelsetjenestene	Netto Δ -kostnad	Δ -QALY	Tolkning
Fortsatt vs. planlagt avslutning	-33 749	20 750	2 443	-56 942	0,069	Dominant
Fortsatt vs. ikke-planlagt avslutning	103 344	108 102	1 782	-6 540	0,122	Dominant/ svakt kostnadsb esparende

Netto Δ kostnad = Steg-1 Δ kostnad minus spesialistoffset minus primæroffset. Når netto Δ kostnad er negativ og Δ QALY positiv, er fortsatt HAB dominant i denne scenarioberegningen.

Netto merkostnad ble beregnet ved å trekke observerte kostnadsreduksjoner i spesialist- og primærhelsetjenestene fra den års-baserte merkostnaden estimert i Steg-1. Når netto merkostnad er negativ samtidig som helsegevinsten er positiv, omtales tiltaket helseøkonomisk som dominant, det vil si assosiert med bedre helse og lavere samlede kostnader enn alternativet.

I sammenligningen mellom fortsatt HAB og ikke-planlagt avslutning var den års-baserte merkostnaden i Steg-1 103 344 NOK per pasient per år, samtidig som merhelsegevinsten var 0,122 QALY. Når observerte kostnadsreduksjoner i spesialisthelsetjenestene (108 102 NOK) og primærhelsetjenestene (1 782 NOK) inkluderes, blir netto merkostnad svakt negativ (-6 540 NOK per pasient per år). I dette scenariet fremstår fortsatt HAB dermed som tilnærmet kostnadsnøytral eller svakt kostnadsbesparende, samtidig som helsegevinsten opprettholdes sammenlignet med pasienter som ikke videreførte et stabilt behandlingsopplegg.

Resultatene må samtidig tolkes med varsomhet. Analysene er observasjonelle og kan ikke dokumentere sikre kausale effekter, men antyder at deler av HABs høye behandlingstkostnader kan motvirkes av redusert bruk av andre helsetjenester, særlig somatiske spesialisthelsetjenester.

Oppsummert kostnadsanalyse med reduksjoner for helsetjeneste-forbruk

De ulike kostnadsestimatene i analysen beskriver forskjellige sider av den samme behandlingen og bør ikke forstås som direkte sammenlignbare størrelser.

Den årlige behandlingstkostnaden på om lag 986 000 NOK per pasient beskriver den samlede bruttokostnaden ved ett år med HAB-dagbehandling, beregnet ved å fordele klinikk-kostnader på faktisk behandlingsaktivitet og pasientdager. Tallet uttrykker hvor ressurskrevende HAB er, men sier ikke alene noe om behandlingens kostnadseffektivitet.

ICER-estimatet beskriver merkostnad og helsegevinst ved fortsatt behandlingsretensjon i HAB sammenlignet med pasienter uten videreført strukturert behandling som også har høy sykdomsbelastning og betydelig bruk av helsetjenester. Den års-baserte merkostnaden mellom gruppene var om lag 103 000 NOK per pasient per år, samtidig som fortsatt HAB var assosiert med en årlig merhelsegevinst på 0,122 QALY. En ICER på 845 087 NOK per QALY beskriver dermed kostnaden for ett ekstra kvalitetsjustert leveår i HAB, og ikke hva behandlingen totalt koster. En relevant kontekst vil være en nylig norsk studie som viser en ICER for konvensjonell LAR på 479 000 NOK per QALY sammenlignet med ingen behandling [29].

De observerte reduksjonene i øvrig helsetjenesteforbruk (omtrent 108 000 NOK per pasient per år) representerer et tredje nivå i analysen og beskriver potensielle besparelser i andre deler av helsetjenesten, særlig innen somatiske spesialisttjenester. Når disse kostnadsreduksjonene trekkes fra den års-baserte merkostnaden på om lag 103 000 NOK, blir netto merkostnad tilnærmet utlignet. I sensitivetsanalysen fremstår fortsatt

behandlingsretensjon i HAB dermed som tilnærmet kostnadsnøytral eller svakt kostnadsbesparende, samtidig som helsegevinsten opprettholdes. Dette betyr ikke at HAB er billig eller gratis, men at deler av den høye behandlingstkostnaden kan motvirkes av redusert bruk av andre helsetjenester.

Sensitivitetsanalyse: Kriminalitetsrelaterte kostnader

Mens de foregående analysene undersøkte om deler av behandlingstkostnadene ved HAB kunne motvirkes av redusert bruk av helsetjenester, utvider neste analysetrinne perspektivet til kriminalitetsrelaterte kostnader som en mulig bredere samfunnsmessig konsekvens av behandling.

På grunn av egenrapporterte data, betydelig variasjon og små undergrupper presenteres kriminalitetsdelen kun som en sensitivitetsanalyse. Hovedvekten er lagt på samlet analyse av hele kohorten og representerer gjennomsnittlige årlige endringer per pasient, ikke akkumulerte totalendringer for hele kohorten (se **Tabell 6.L**).

Tabell 6.L: Samlede kriminalitetsrelaterte kostnadsreduksjoner

Variabel	Gjennomsnitt	SD
Baseline kriminalitetsdager	7,18	13,27
Siste observasjon	3,07	11,15
Endring	-4,10	15,96
Årsbaserte endring kriminalitetsdager	-49,24	191,56
Årsbaserte kostnadsendring (NOK)	-172 324	670 448

Den samlede analysen omfattet 136 pasienter og viste en gjennomsnittlig års-basert reduksjon på om lag 49 kriminalitetsrelaterte dager per pasient per år. Dette tilsvarte en estimert gjennomsnittlig årlig kostnadsreduksjon på 172 000 NOK per pasient. Samtidig var variasjonen stor, noe som indikerer heterogene forløp og stor variasjon innad i pasientgruppen, som ytterligere understøtter varsomhet i fortolkningen. Resultatene innlemmes derfor ikke i hoved-ICER-estimatene på samme måte som for reduksjon i helsetjenester, men presenteres som en sensitivitetsanalyse av mulige bredere samfunnskonsekvenser.

Samlet antyder analysen at redusert kriminalitetsrelatert aktivitet kan representere betydelige samfunnsmessige kostnadsreduksjoner ved HAB, men estimatene er usikre og bør forstås som sensitivitetsanalyser av mulige bredere samfunnskonsekvenser snarere enn presise økonomiske effektestimater.

Samfunnsøkonomiske vurderinger og implikasjoner

Personer som søker seg til HAB har, slik denne rapporten viser, ofte store belastninger på mange livsområder. Før oppstart i behandling har de høy sykdomsbelastning, omfattende somatiske og psykiske helseplager, hyppige ikke-dødelige overdoser og andre rusrelaterte akutthendelser. Mange har samtidig ustabile boforhold, lav funksjonsevne og betydelig involvering i kriminalitet. Dette innebærer store personlige kostnader i form av redusert helse, livskvalitet og funksjon, men også betydelige samfunnskostnader knyttet til helsetjenestebruk, akutte hendelser og kriminalitet.

For personer med opioidbrukslidelse finnes det allerede en virksom behandling i form av legemiddelassistert rehabilitering (LAR), hovedsakelig basert på metadon eller buprenorfin. LAR har dokumenterte positive effekter både for individ og samfunn og er for de fleste pasienter et tilstrekkelig behandlingstilbud. HAB er derimot utviklet for den mindre gruppen (anslagsvis 3–5 %) med særlig alvorlig og komplisert opioidbrukslidelse, hvor ordinær LAR ikke har gitt tilfredsstillende effekt. HAB retter seg dermed mot pasienter med høy sykdomsbelastning, betydelig komorbiditet og omfattende behandlingsbehov.

Rapporten viser samtidig at HAB er et ressurskrevende tilbud, med beregnede behandlingstkostnader på om lag 986 000 NOK per pasient per behandlings-år, basert på samlede driftskostnader fordelt på faktisk behandlingsaktivitet i perioden 2022–2025. Dette reiser et sentralt spørsmål: Er kostnaden ved HAB samfunnsmessig forsvarlig sett opp mot helsegevinstene behandlingen gir? Hva får samfunnet igjen for ressursene som investeres, og hvordan kommer HAB ut sammenlignet med andre behandlingsoalternativer? Kost–nytte-analysen som presenteres her, har som formål å belyse disse spørsmålene.

Kost–nytte-analysene viser at pasienter som forblir i HAB over tid oppnår målbare helsegevinster målt ved kvalitetsjusterte leveår (QALY). Den mest helsepolitisk relevante analysen sammenlignet pasienter som fortsatte i strukturert HAB-behandling med pasienter som ikke videreførte et stabilt behandlingsopplegg etter ikke-planlagt avslutning. Den årsbaserte analysen viste en estimert merkostnad på 845 087 NOK per vunnet kvalitetsjustert leveår (QALY), over nivåer som ofte benyttes som referanse ved alvorlige tilstander i Norge. Analysen bygger samtidig på praksisnære norske data fra faktiske behandlingsforløp og representerer det mest detaljerte empiriske grunnlaget som per i dag finnes for norsk HAB.

Samtidig viste videre analyser betydelige reduksjoner i bruk av øvrige helsetjenester, særlig somatiske spesialisthelsetjenester, tilsvarende omtrent 108 000 NOK per pasient per år. Når slike observerte kostnadsreduksjoner inkluderes i sensitivitetsanalysene, fremstår fortsatt HAB som tilnærmet kostnadsnøytral eller svakt kostnadsbesparende, samtidig som helsegevinsten opprettholdes. Selvrapporterte data antydte i tillegg betydelige reduksjoner i kriminalitetsrelaterte kostnader, med estimater på godt over

100 000 NOK per pasient per år, selv om disse analysene er mer usikre og må tolkes med større varsomhet.

Samlet peker resultatene i retning av at HAB kan være helseøkonomisk forsvarlig for en liten og svært belastet pasientgruppe, særlig når bredere helse- og samfunnsmessige konsekvenser tas i betraktning. Evalueringen gir derfor støtte til videreføring av de etablerte HAB-klinikkene i Oslo og Bergen.

Samtidig tilsier både kostnader, pasientgrunnlag og organisering at tilbudet bør videreutvikles innenfor rammene av eksisterende klinikker snarere enn gjennom bred geografisk ekspansjon. Små pasientgrupper vil kunne gi høyere kostnader per pasient og redusert kostnadseffektivitet.

Analysene av tre pasientforløp viser samtidig viktige forskjeller i behandlingsutfall. Pasienter som fortsatte i HAB oppnådde gradvise og stabile helsegevinster over tid. En annen gruppe avsluttet HAB planlagt og gikk videre til ordinær LAR, noe som må forstås som et ønsket behandlingsutfall snarere enn behandlingssvikt. For disse pasientene kan HAB fungere som en overgang til mer stabil substitusjonsbehandling med lavere behandlingsintensitet og kostnad. Fra en nyere norsk studie er det estimert at ett år i ordinær LAR gir målbare helse- og samfunnsgevinster til en merkostnad på om lag 480 000 NOK per vunnet kvalitetsjustert leveår sammenlignet med ingen rusbehandling, altså lavere enn estimatet for HAB [29]. Evalueringen viser at HAB når ut til målgruppen og at de fleste pasientene fortsetter i behandling, enten i HAB eller i ordinær LAR. Det er disse to gruppene som har de største helsegevinstene fra HAB.

Den minste gruppen i datamaterialet bestod av pasienter som forsøkte HAB, men som ikke fant seg til rette eller oppnådde ønsket stabilitet, og som avsluttet behandling uten videreført strukturert oppfølging. Mange av disse falt, om ikke annet for en periode, helt ut av rusbehandling. Dette er uheldig både for individene selv, som mister den potensielle helsegevinsten behandling kan gi, og for samfunnet. Denne siste gruppen som forsøker HAB, men som ikke oppnår sine behandlingsmål, vil også ha nytt av behandling enten som kortvarig stabilisering, eller lengre tids stabilisering etter gjentatte forsøk, noe som også vil kunne gi helsegevinster på sikt. Det er imidlertid ikke lett å på forhånd avgjøre hvem som vil ende i hvilken av disse gruppene.

6.8 Sammendrag av hovedresultater

Sammendrag av hovedresultater	
Inntak i behandling og retensjon	Totalt 136 pasienter deltok i evalueringen av heroinassistert behandling i perioden 2022–2025 (89 pasienter i Oslo og 47 i Bergen). Retensjonen var moderat, med en gjennomsnittlig behandlingstid på 11 måneder. Per 31. desember 2025 var 76 pasienter innskrevet i behandling.
Pasientkjennetegn	Ved behandlingsstart hadde pasientene ofte sammensatte behov, inkludert ustabile boforhold, lav yrkesdeltakelse, begrenset utdanning og bruk av flere rusmidler. Funnene i denne seksjonen tyder på at heroinassistert behandling i hovedsak når en sosialt og klinisk sårbar gruppe med omfattende tidligere behandlingserfaring og vedvarende udekkede behov.
Holdninger og erfaringer blant pasienter, klinikere og berørte familiemedlemmer	Holdninger til og erfaringer med heroinassistert behandling blant pasienter, behandlere og familiemedlemmer reflekterte tydelige gevinster når det gjelder stabilitet og sikkerhet, men også belastning og mistillit knyttet til rigide regler og doseringspraksiser.
Helsestatus, sosiale forhold og behandlingsutfall	Heroinassistert behandling ga moderate gevinster på flere områder innen både fysisk og psykisk helse, der forbedringene typisk kom gradvis over tid. Heroinassistert behandling var assosiert med redusert selvrapportert kriminalitet (både som offer og gjerningsperson), redusert heroinbruk og redusert bruk av flere rusmidler.
Alvorlige uønskede hendelser	Alvorlige uønskede hendelser var vanlige blant pasienter i heroinassistert behandling. De fleste pasientene opplevde én eller flere alvorlige uønskede hendelser, inkludert ikke-dødelige overdoser, allergiske reaksjoner, kramper, vold, trusler og utagerende atferd.
Prosess- og implementeringsevaluering	Henvisninger og inntak gikk ned og forble under klinikkenes kapasitet, noe som kan tyde på at henvisningsvolum, kontinuitet, samsvar mellom behandling og tjenestetilbud og prosessuelle barrierer (inkludert bemanningskrav og stigma hos henvisende behandlere) var mer begrensende faktorer enn den fysiske kapasiteten.
Helseøkonomisk analyse	HAB var et ressurskrevende tilbud (om lag 1 million NOK per pasient per behandlingsår), men behandling i HAB var samtidig assosiert med målbare helsegevinster. Sammenligningen mellom pasienter som fortsatte i HAB og pasienter uten videreført stabilt behandlingsopplegg ga en estimert merkostnad på 845 087 NOK per vunnet kvalitetsjustert leveår, som er noe over referansekostnadsnivået for alvorlige tilstander i Norge. Sensitivitetsanalyser antydte samtidig betydelige kostnadsreduksjoner i bruk av øvrige helsetjenester og kriminalitet i favør for gruppen som fortsatte i HAB.

7. Utfyllende perspektiver

Som et tillegg til forskningsresultatene som er presentert i **Kapittel 6**, inneholder dette kapittelet ytterligere perspektiver som er innhentet særskilt for denne rapporten. Dette omfatter avsluttende kommentarer fra klinikkledelsen (**7.1**), ansattes vurderinger, uttalelse fra brukerrepresentantgruppen og nabolagsperspektivet i Bergen (**7.2**) Den utvidede versjonen av dette kapittel finnes i **Vedlegg 6 a-c**.

Mange aktører har nå direkte eller indirekte erfaring med denne behandlingen, og deres synspunkter gir viktig innsikt i hvordan HAB fungerer i klinisk hverdag. Samtidig reflekterer disse perspektivene i stor grad pasienter som forblir i langvarig behandling, som vi fra data vet skiller seg på viktige måter fra de som avslutter tidligere og viser mindre stabilitet og forbedring. Bruker- og interessentperspektivene som presenteres nedenfor bør derfor tolkes i lys av funnene for hele pasientgruppen, inkludert de som har avsluttet. Videre bidrar dette kapitlet til å illustrere hvorfor man ikke kan legge til grunn at løsninger som lavere bemanning eller en mindre sikkerhetsfokuseret modell vil gi de samme resultatene som de som er dokumentert i forskningen.

7.1 Klinikkledelsen

I april 2026 ble lederne ved begge klinikkene bedt om å skrive en kort, avsluttende kommentar omkring sine erfaringer fra prøveprosjektet. Dette gjengis nedenfor tilnærmet ordrett.

Klinikerperspektiv fra HABIO

Normalt kreves avslutning av heroinbruk, eventuelt seponering av annen substitusjonsbehandling, før endringsarbeid kan starte. I HAB medisinerer en med heroin (diacetylmorfin) i adekvate doser innen trygge rammer. Tanken er at endring til et bedre liv med bedre helse også kan starte ved pågående heroinbruk.

Etableringen, utformingen og driften av denne behandlingen har vært berikende, hvor vi bevitner bedre liv, helsestatus, relasjoner og dempende symptomer. Etske problemstillinger for å hjelpe pasientens situasjon er mange og komplekse.

Hvem er pasientene?

Pasientene som henvises til Heroinassistert behandling er pasienter med sammensatte problemstillinger. De har en alvorlig langvarig avhengighetslidelse i hovedsak med heroin, samt fysiske og psykososiale utfordringer som bør behandles.

For noen pasienter ser det ut til at HAB kan fungere som et stabiliserende ledd i et langsiktig behandlingsforløp hvor f.eks. rusfrihet og deltakelse i ordinært eller tilpasset arbeidsliv fremstår som oppnåelige mål. Andre pasienter i vår målgruppe kan av ulike grunner ha et mer begrenset behandlingspotensiale, og for disse blir hovedfokus i behandlingen skadereduksjon, samtidig som klinikken er en egnet arena for bl.a.

relevante sosialfaglige og kroppslige helseintervensjoner. Majoriteten av pasienter kan sies å befinne seg på et spekter mellom disse ytterpunktene, og som klinikere opplever vi at behandlingen kan være meningsfull og treffende over hele spekteret.

Riktig medisinerer som grunnmur

Riktig medisinerer er en forutsetning for stabilisering og videre oppfølging i HAB. Praksis for hovedmedisinerer med diacetylmorfin (DAM) har i hovedsak vært stabil, med enkelte justeringer i dosenivå. Kveldsmedisinerer har derimot utviklet seg over tid, fra initial bruk av metadon, via 12-timers morfin, til at 24-timers morfin som nå er blitt det dominerende preparatet. Fra et klinisk perspektiv er det behov for fleksibilitet i valg av kveldsmedikasjon, slik at behandlingen kan tilpasses individuelt. Samtidig fremstår 24-timers morfin som et særlig godt egnet alternativ i HAB. Preparatet er forbundet med lav risiko og høy pasienttilfredshet, og har etablert seg som et foretrukket førstevalg.

Det er også gode erfaringer med pasienter som møter én gang daglig for DAM-administrasjon, kombinert med langtidsvirkende opioiddekning resten av døgnet, for eksempel med 24-timers morfin. Denne modellen er mindre inngripende i pasientens hverdag og kan bidra til mer effektiv ressursutnyttelse i tjenesten.

Efaringene tilsier at stabil og tilpasset medikamentell behandling er en grunnleggende forutsetning for å kunne gi helhetlig oppfølging. Dette legger til rette for stabilisering også på andre livsområder.

Oppfølging av fysisk helse

Pasienter i HAB behandling har høy forekomst av fysiske helseplager. Systematisk kartlegging inngår ved oppstart og videre oppfølging i klinikken. Oppfølgingen omfatter kliniske vurderinger, prøvetaking og enkle undersøkelser. Klinikkerne arbeider aktivt for å etablere og opprettholde kontakt med fastlege og øvrige helsetjenester, og pasientene henvises til spesialist- og primærhelsetjenesten ved behov. Den lavterskelbaserte og hyppige kontakten gir gode muligheter for å avdekke helseutfordringer. Mange pasienter har behov for påminnelser og praktisk bistand for å møte til avtaler utenfor klinikken.

Klinikken har en sentral rolle i legemiddeladministrasjon. Mange pasienter får utdelt og inntar legemidler for fysiske plager daglig i klinikken, inkludert behandling for hjerte- og karsykdom, antikoagulasjon og antiviral behandling for HIV og hepatitt. Dette bidrar til økt etterlevelse og bedre behandlingskvalitet. Det er et særlig fokus på infeksjonssykdommer og sårproblematikk relatert til injeksjonsbruk.

Det er også behov for god akuttmedisinsk kompetanse i personalgruppen, særlig ved håndtering av overdoser og andre akutte hendelser i klinikken.

Psykososial oppfølging

De psykologiske og sosiale rammene i behandlingen vurderer vi som vesentlige for å lykkes i arbeidet med den enkelte pasient, samt gruppen som helhet. Det er en intensiv behandling hvor våre holdninger, væremåte, språk, forståelse, og kompetanse er grunnlaget for å skape en trygg og forutsigbar ramme. Det tilstrebes å skape et trygt behandlingsmiljø der pasientene føler seg sett og respektert. Rekruttering av ansatte med riktig personlig egnethet har derfor blitt vektlagt. Vi erfarer at sosialfaglige intervensjoner med hensyn til arbeid, økonomi, bolig, og sosiale relasjoner er sentralt for at pasienten lettere kan stå i behandling. Det er også av betydning å jobbe mot gode relasjoner til samarbeidspartnere. Støttesamtaler og tett oppfølging under behandling ved andre helseinstitusjoner og -enheter kan være helt nødvendig. *Tid* som ressurs i behandlingen gjør det mulig å bygge langsiktige og tillitsfulle bånd, og gir pasientene rom til å ta små, men betydningsfulle skritt mot endring. Pasienter som ønsker det, kan få samtalebehandling og henvises da internt i egen seksjon. Dette oppleves som verdifullt å kunne tilby pasienter som ønsker det.

Lokaler, beliggenhet og naboskap

Prosjektet i Oslo fikk etablert tilpassede lokaler fra start. Det har vært fokus på sikkerhet og god pasientflyt i utformingen for å skape forutsigbarhet både for personalet og pasientene. Store arealer er nødvendig når mange pasienter oppholder seg i lokalet på samme tid daglig. Det er stor slitasje på lokaler som benyttes til formålet til denne intensive behandlingen, det er viktig med midler til å kunne reparere og utbedre ved behov.

Prøveprosjektet i Oslo ble lagt til Ullevål sykehus, det har ført god dialog omkring sikkerhetstiltak på sykehuset. Det har ikke vært stor problematikk knyttet til kjøp/salg på området eller andre utfordringer. Prøveprosjektet har gjort en del arbeid med å involvere seg i arbeid og praktiske tiltak også rundt bygget. Ved hendelser på sykehusområdet er det etablert samarbeid mellom HABiO og sikkerhetsenheter for å redusere problematikken. Utfordringer oppleves som knyttet til enkeltpasienter og ikke pasientgruppen som helhet. Plassering av prøveprosjektet på sykehusområdet med nærhet til LAR, somatikken og sikkerhet vurderes videre som en fordel.

Klinikerperspektiv fra HABIB

Stabilisering i HAB

Våre erfaringer tilsier at for de fleste pasientene tar det tid å bli stabilisert i HAB. Rammene i HAB som oppmøtetider, overvåket inntak, observasjon i etterkant av inntak er for mange utfordrende. Og det må anerkjennes at HAB er en krevende behandling for pasienten. Det at helsepersonell vurderer om effekten av diacetylmorfin er tilstrekkelig eller for høy er en krevende overgang for pasienter som tidligere har justert dette selv. Noen ønsker en høyere grad av ruspåvirkning enn det som er medisinskfaglig forsvarlig, og noe som blir diskutert jevnlig.

Overgangen fra usikkerhet knyttet til tilgang og styrke på heroin, til en stabil dose heroin bidrar til en normalisering av hverdagen, men bidrar til andre utfordringer. Pasientene får bedre tid. Flere uttrykker at de ønsker noe meningsfylt å gjøre. Ensomhet bidrar til å holde dem til kjente i rusmiljøet, som de ønsker seg bort fra. Vi har erfart at mange reflekterer over eget liv, muligheter som har gått tapt og det de har mistet.

Individuell tilpassing av kveldsmedikasjon og erstatningsmedisin ved planlagt fravær er av stor betydning for opplevd fornøydhetsgrad av behandling. I vurderingen vektlegges pasientenes opplevelser og fornøydhetsgrad med medikamentet.

Stabilisering i HAB bidrar til normalisering av hverdagen til pasientene. Det tilrettelegges for oppmøte en eller to ganger for dagen. Overgang til herointabletter dersom pasientene ikke ønsker å injisere, men er i behov av heroin. Det tilrettelegges også for pasienter som er i behov av å reise bort. Pasientene får da enten med seg erstatningsmedisin, eller henter erstatningsmedisin på apotek.

Behandlingstilbudet er for noen pasienter skadereduksjon og stabilisering, mens for andre er målsetningen rusfrihet og betydelig endring av livssituasjon. Forbedret bosituasjon og økonomi, deltakelse i aktiviteter, jobb, utredning og behandling av psykiatriske og fysiske plager, overgang til ordinær LAR er endringer vi har sett etter oppstart av HAB.

Integrert behandling

Tilbud om integrert behandling og oppfølging av lidelser som diabetes, epilepsi, psykoselidelser, HIV, Hepatitt-C og infeksjoner har bidratt til stabilisering av kroniske lidelser og redusert antall innleggelsesperioder. Tilbud om denne type integrert behandling gjøres individuelt og utfra pasientens evne til å følge opp annen behandling. Videre minnes pasientene på timer hos tannlege, fastlege og timer hos spesialisthelsetjenesten for å øke sannsynligheten for at avsatte timer blir benyttet.

For pasienter som ønsker, og er i behov av oppfølging av psykolog får de tilbud om dette i poliklinikken.

Det er godt internt samarbeid i Rus- og avhengighetsklinikken. Samlokaliseringen i Engenhuset gjør at HAB-pasienter kan være innlagt på korttidspost samtidig som de får HAB-behandling. I tillegg er samarbeidet mellom LAR og HAB sømløst, noe som sikrer rask overføring ved ønske om endring av behandling.

Etiske vurderinger

Etiske drøftinger og vurderinger om hva som er forsvarlig og god helsehjelp er en tilbakevendende problemstilling. Vurdering av avslutning på grunn av alvorlige fysiske sykdommer, uønskede hendelser, mangelfullt samarbeid med pasient, og redusert fungering etter oppstart i HAB er vanskelig faglige og etiske drøftinger.

Pasientmøter

Det har vært avholdt 1 husmøte i halvåret hvor pasientene blir orientert om endringer og oppdateringer, og pasientene kan ta opp problemstillinger de ønsker å belyse. Pasientene har valgt tillitsvalgt, som kan videreformidle og ta opp saker utenom disse møtene.

Lokaler

HABIB flyttet inn i nye, fine og tilrettelagte lokaler i Engenhuset november 2024. Engenhuset har en sentral beliggenhet i Bergen sentrum, noe som gjør det enklere for pasienter i omliggende bydeler og omegnskommuner å komme til klinikken med kollektiv transport. Siden innflytting har det vært avholdt jevnlig møter med ulike representanter fra nabolaget til Engenhuset, dette omtales i eget vedlegg. HABIB har mottatt et fåtall direkte henvendelser vedrørende bekymring om observasjoner av pasienter eller hendelser siden innflytting. Det er etablert rutiner for å unngå forsøpling og ansamling av personer i tilknytting til HAB.

Flytting til Engenhuset har gjort en betydelig forskjell for ansatte med tanke på fysisk arbeidsmiljø, sikkerhet og pasientflyt. Umiddelbart etter innflytting formidlet pasientene at det var fine lokaler som var gode å være i, og at det opplevdes som roligere. Pasientantallet har gradvis økt, og pr april 2026 er det 36 pasienter i HABIB. Lokalene er utformet med tanke på at pasientantallet i HABIB ble estimert 50 – 100 pasienter.

Samarbeid med andre tjenester

De fleste pasientene som starter i HAB har store og sammensatte utfordringer. Vi tilstreber å ha et tett samarbeid med kommunale tjenester, fastlege, NAV, primær helsetjenesten, tannhelsetjenesten, kriminalomsorgen osv. for å ivareta pasientens behov for helhetlig og sammensatte tjenester.

“Huset Bergen” ligger i kort gåavstand til HABIB, noe som har vært veldig positivt for pasientene som nå har et værested mellom åpningstiden for HAB. Flere av pasientene er også i frivillig og/eller lønnet arbeid på Huset Bergen.

Bemanning

Siden halvtidsevalueringen er det gjort endringer i bemanningsplan og arbeidstid for å optimalisere bruk av ressurser. I HABIB jobber sykepleierne og vernepleierne langvakter for å unngå overlapp og opphopning av personalet når pasientene ikke er i klinikken. Personalet uttrykker at de opplever dette som gunstig med tanke på turnus og muligheter for lengre friperioder, og nyttig med tanke på at personalgruppen ikke skiftes ut i løpet av dagen.

Tiden poliklinikken er stengt for pasienter brukes til medikamentdosering, behandlingsmøter, kompetansehevede tiltak, undervisning, simuleringstrening, delta i ansvarsgruppemøter og personalmøter.

Medikamenthåndtering er ressurskrevende med tanke på bemanning. Vurderinger av pasient og dosejusteringer etter etablerte rutiner krever erfarne sykepleiere og vernepleiere som både kjenner pasienten og medikamentet, noe som gjør HAB ekstra sårbar ved fravær.

HABIB har tilstedeværende overlege 1 ½ dag pr uke. Det er ønskelig med mer tilstedeværende lege i poliklinikken, men frem til nå ikke vært mulig på grunn av rekruttering. Redusert tilstedeværende legedekning kompenseres med tilgjengelighet på telefon, og rutiner blant annet ved justering av doser etter overdosering.

Stigma

Stigma knyttet til HAB er fortsatt en høyaktuell problemstilling, og som for mange pasienter bidrar til en usikkerhet knyttet til det å være i behandling. Det er pasienter som ikke ønsker å informere sine nærmeste pårørende at de er i HAB, fordi de er bekymret for hvordan pårørende vil håndtere det. Flere pasienter har også fortalt at de har blitt frarådet å starte i HAB fra kjente i rusmiljøet som selv ikke er i HAB.

7.2 Oppsummering av de ulike perspektivene

Ansatte, pasienter og brukerrepresentanter, naboer og forskere bidrar alle med ulike perspektiver på heroinassistert behandling, og anbefalingene formes av hvordan disse perspektivene bringes sammen, snarere enn av én enkelt gruppes syn. I denne evalueringen brukes perspektiver fra pasienter, brukerorganisasjoner, klinikere og naboer som sentrale, men ikke eksklusive, kunnskapskilder, og kombineres med systematiske analyser av kliniske data og intervjuer for å gi en balansert samlet vurdering. Dette kapitlet løfter fram disse ulike perspektivene, som utdypes nærmere i **Vedlegg 6**.

Ansatte

Ansatte som svarte på en kort spørreundersøkelse i 2026 (se **Vedlegg 6.a**), beskriver gjennomgående HAB-klinikkene som velorganiserte, med rutiner og arbeidsflyt som fungerer godt. De verdsetter små, stabile team og det å møte pasientene to ganger daglig, noe som fremmer tillit, tidlig oppdagelse av endringer i helsetilstand og tett oppfølging av somatiske problemer. Mange rapporterer positive pasientforløp og muligheten for langvarige, tillitsfulle relasjoner. Samtidig peker ansatte på utfordringer knyttet til misforhold mellom arbeidstopper og bemanning, spesielt etter ca. kl. 15.30 og i helger, når færre ansatte er på jobb, men krevende pasientsituasjoner oftere oppstår.

Ansatte er delte i synet på å integrere HAB i ordinær legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Noen uttrykt bekymring for at samlokalisering av HAB- og LAR-pasienter kan destabilisere enkelte, bidra til å normalisere heroinbruk for andre og øke konfliktnivået som følge av ulike medikamentregimer og kriterier. Mange var i prinsippet åpne for en eller annen form for integrering, men bare dersom HABs intensive oppfølging beholdes, fysisk atskillelse innen felles lokaler sikres, og bemanning, opplæring og medisinsk tilstedeværelse styrkes. Flere ansatte understreker at HAB og LAR bygger på ulike driftsmodeller og kompetanser, og at HAB kjennetegnes av en relasjonsbasert modell. På dette grunnlaget mener mange at HAB bør forbli et tydelig definert, eget tilbud, selv om det organisatorisk kan være knyttet til en bredere LAR-struktur.

Pasienter og brukerorganisasjon

Pasienter og brukerorganisasjonen ProLAR Nett støtter HAB sterkt. Basert på flere verksteder, intervjuer og løpende involvering over fem år rapporterer ProLAR Nett tydelige helsemessige forbedringer og høyere tilfredshet sammenlignet med ordinær LAR. De formidler at nesten alle pasienter i HAB oppgir at behandlingen har reddet livet deres eller gjort det mulig å bryte et destruktivt mønster med illegal opioidbruk. ProLAR Nett anbefaler derfor klart å videreføre HAB i Bergen og Oslo, og foreslår å bygge videre på internasjonale erfaringer for å videreutvikle organisering og praksis. ProLAR Nett og en pasientrepresentant foreslår flere konkrete endringer som er beskrevet i detalj i **Vedlegg 6.b**.

Nabolag

Beboerne som deltok i nabolagsforumet i Bergen, bidro til et oppsummeringsnotat fra møtet (se **Vedlegg 6.c**). Beboere rundt Engenhuset i Bergen sentrum opplevde at de ikke ble tilstrekkelig informert eller involvert da bygget ble utviklet til et helsehus med korttidsplasser, polikliniske tjenester, forskning og HAB. Tidligere negative erfaringer med et kommunalt LAR-senter og nærliggende hospitser preget deres bekymringer, blant annet knyttet til tyveri, åpen rusbruk og -omsetning og uro. På et første nabolagsmøte i 2021 opplevde beboerforeningen (Sydnes Vel) store avstander mellom egne forventninger og helseforetakets, særlig når det gjaldt informasjon, ansvarsfordeling og vurdering av konsekvenser for nabolaget. De opplevde at spørsmål om konsekvensutredninger og håndtering av mulige problemer ikke ble tilstrekkelig besvart.

Høsten 2024 ble det etablert en kontaktgruppe der Bergen kommune, representert ved koordinator for arbeid mot åpne russcener, og det brukerstyrte tiltaket HUSET Bergen også ble faste deltakere, i tillegg til beboerforeningen og Klinikk for rusmedisin. Bergen politidistrikt har deltatt på enkelte møter. Møtene har fungert som et forum for systematisk erfarings- og informasjonsdeling og har blant annet tatt opp om, og i hvilken grad, det har vært synlig rusbruk, rusomsetning, risikofylt trafikkatferd, trusler, tyveri og ruspåvirkede personer i nabolagets fellesområder siden forrige møte. Ifølge deltakerne i kontaktgruppen er det ikke etablert noen slik russcene i området. Selv om noen pasienter oppholder seg i umiddelbar nærhet, reiser de fleste hjem eller til andre steder mellom besøkene på klinikken. Deltakerne i kontaktgruppen beskriver samarbeidet som godt. Se **Vedlegg 6** for fullstendig oppsummering.

8. Anbefalinger

Anbefalingene i denne rapporten er utarbeidet med utgangspunkt i at heroinassistert behandling (HAB) forstås som en utvidet del av det allerede etablerte systemet for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for pasienter med opioidbrukslidelse. Ordinær LAR med bruk av medikamenter slik som metadon og buprenorfin administrert gjennom apotek, spesialisthelsetjenesten (TSB) eller primærhelsetjenesten er fortsatt førstevalg for de fleste pasienter innenfor denne gruppen. HAB utgjør en spesialisert behandlingsform innenfor et kontinuum av ulike medikamenter og behandlingsformer og representerer et ressurs- og behandlingsintensivt tilbud for en liten undergruppe pasienter uten tilstrekkelig nytte av konvensjonell LAR. Å forankre anbefalingene i et slikt systemperspektiv er avgjørende, ettersom beslutninger om HAB vil direkte påvirkes av aktuell LAR-dekning, kapasitet og overordnede prioriteringer i behandlingstilbudet.

Funnene i denne rapporten viser at etterspørselen etter HAB er moderat innenfor den totale LAR-populasjonen. I godt utbygde systemer som i Norge (med LAR-dekning 70–80 % med gjennomgående høy kvalitet), vil HAB typisk rette seg mot en liten andel pasientene (3,2–3,3 %), som har behandlingsrefraktær opioidbrukslidelse og alvorlige, ofte langvarige helse- og sosiale behov. Helsepolitiske beslutninger bør derfor kalibreres etter pasientgruppens alvorlighetsgrad og relative andel av den totale pasientpopulasjonen. En eventuell utvidelse eller omfordeling av HAB-kapasitet bør således begrunnes i dokumenterte behov og realistiske anslag for inntak av pasienter, og en vurdering av alternativkostnader andre steder i LAR-systemet.

Valg av driftsmodell og ressursbruk er sentralt for å bevare de kliniske gevinstene som er dokumentert i evalueringen av prøveprosjektet, samtidig som man sikrer langsiktig bærekraft og kontinuitet. De positive resultatene i evalueringen av dette prøveprosjektet bygger på et godt bemannet og ressursintensivt behandlingstilbud som kombinerer overvåket dosering, tett klinisk oppfølging, tverrfaglig psykososial støtte, og høy bemanning per pasient. Reduksjoner eller endringer i disse kjernekomponentene vil endre intervensjonen og således svekke kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for anbefalingene i denne rapporten. Lavere bemanning, kortere observasjonstid eller reduksjon av integrerte tjenester kan forventes å redusere effekten og øke risikoen for senere skader og følgekostnader for pasienter som ellers er egnet for HAB. Samtidig representerer dagens høykostnadsmodell en utfordring, særlig gitt relativt små pasientvolum og endrede mønstre for bruk av ikke-farmasøytisk heroin.

Dette medfører avveininger med hensyn til klinikkstørrelse, tjenesteorganisering og behandlingsstruktur. Små, selvstendige klinikker kan gi individtilpasset oppfølging og god kontinuitet, men er sårbare for utfordringer i bemanning, sikkerhets- eller forsyningsproblemer, samt høye kostnader per pasient. Samorganiserte tjenester kan ventes å gi fordeler som økt driftsrobusthet og felles infrastruktur, men stiller samtidig krav til løsninger som ivaretar individuelt tilpasset behandling.

Følgende anbefalinger tar sikte på å balansere disse hensynene ved å beskytte den kliniske integriteten og sikkerheten i HAB-tilbudet, og samtidig bedre samordningen med det øvrige LAR-systemet og øke kostnadseffektivitet, bærekraft og tilgjengelighet. Hver anbefaling bør derfor leses i lys av to hovedprioriteringer: å opprettholde kunnskapsbaserte standarder, og å forbedre drifts- og organisasjonspraksis.

Anbefaling 1

Heroinassistert behandling bør videreføres ved de allerede etablerte klinikkene. Gitt de høye behandlingstkostnadene bør imidlertid bemannings- og driftsmodeller gjennomgås og optimaliseres.

Heroinassistert behandling (HAB) bør videreføres som et integrert, offentlig finansiert tilbud innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR), ved de to etablerte klinikkene (HABiO og HABiB).

Som en kunnskapsbasert behandling for personer med alvorlig, behandlingsrefraktær opioidbrukslidelse, utfyller heroinassistert behandling eksisterende LAR-tilbud ved å nå en undergruppe som ikke har hatt tilstrekkelig nytte av konvensjonell behandling. Videreføring av heroinassistert behandling ivaretar klinisk valgfrihet, støtter skadereduserende målsettinger og styrker helsevesenets kapasitet til å møte komplekse behov. De samlede funnene i denne evalueringen taler for en videreføring av tilbudet.

Gitt de høye kostnadene ved heroinassistert behandling, og at tilbudet ligger opp mot dagens terskelverdi for alvorlige tilstander i Norge - også vurdert som prognosetap ved alvorlige lidelser - anbefaler denne evalueringen at bemannings- og driftsmodeller gjennomgås og optimaliseres med tanke på effektivitetsforbedring (se **Anbefaling 2**).

Ytterligere vurderinger

Begrens frittstående klinikker for heroinassistert behandling til steder med tilstrekkelig forventet etterspørsel.

Fordi heroinassistert behandling er en ressursintensiv behandlingsform som krever høy personaltetthet og spesialisert kompetanse, vil etablering av frittstående klinikker være avhengig av et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å være bærekraftig. I områder med lav etterspørsel kan slike klinikker medføre høye enhetskostnader, sårbare tjenestestrukturer og redusert kontinuitet i behandlingstilbudet.

De nåværende klinikkene i Oslo og Bergen betjener om lag 3 % av LAR-pasientene i sine opptaksområder, og pasienttallene ligger fortsatt under klinikkens maksimale driftskapasitet. Dette tyder på at åpning av flere frittstående klinikker for heroinassistert behandling i andre byer sannsynligvis ikke vil være en bærekraftig løsning. Nye klinikker bør kun etableres der en definert minimumsterskel nås, eller der tilbudet samlokaliseres og samorganiseres med eksisterende LAR- eller rusbehandlingstjenester for å sikre tilstrekkelig pasientvolum (se **Anbefaling 4**).

Etablere driftsmessige terskler for trygg og effektiv behandling

Driftsmessige terskelverdier bør defineres for å sikre pasientsikkerhet og en hensiktsmessig ratio mellom ansatte og pasienter. Minimum trygg bemanning og infrastruktur i klinikkens åpningstid må inkludere; tilstrekkelig kompetanse for kliniske beslutninger, forsvarlig dosering og observasjon, sikker utdeling, psykososial oppfølging og dokumentasjon. Et minimums driftsmessig nivå som gjør det mulig å drive forsvarlig og opprettholde behandlingskvalitet bør omfatte:

- Én lege med rusmedisinsk kompetanse
- To til tre sykepleiere (for vurdering før dose, utdeling og observasjon)
- Én sosionom
- Én psykolog
- Hensiktsmessig administrativ-, sikkerhets- og renholdsstøtte

Bemanningsnivået må skaleres i tråd med klinikkens åpningstider og for å dekke planlagt og ikke-planlagt fravær i løpet av året. En klinikk som drives innenfor denne modellen kan håndtere en moderat pasientmengde på en trygg måte.

I perioden for denne evalueringen hadde klinikkene 19,2 årsverk hver for om lag 40–50 (i Oslo) og 12,9 (i Bergen) pasienter, noe som tilsvarer et forhold mellom ansatte og pasienter på ca. 1:2 eller 1:3. Tilbys behandlingen med lavere pasientvolum vil bemanningsbehov og kostnader per pasient øke betydelig.

Videreføre evaluering og kartlegging

Klinikkene bør fortsette systematisk kartlegging og evaluering for å fange opp relevante endringer. Dette gjelder endringer i rusbruksmønstre, forekomst av bruk av nye stoffer og variasjoner i etterspørsel etter behandling. Fortsatt regelmessig evaluering er derfor avgjørende fordi det vil kunne bekrefte effekt og sikkerhet, avdekke endrede behov eller skadekonsekvenser, og gi nødvendig kunnskapsgrunnlag for å tilpasse tjenester, fordele ressurser og informere politikkutforming også fremover.

Utvikle beredskapsplaner ved eventuell klinikknedleggelse og pasientoverføring

Gitt de store behovene og den kliniske sårbarheten hos pasienter i heroinassistert behandling, er robuste beredskapsplaner avgjørende dersom én eller begge klinikkene for heroinassistert behandling skulle legges ned eller omorganiseres vesentlig. Enhver beslutning om å avvike eller omstrukturere tilbudet må inkludere forutsigbare, proaktive planer og tiltak som sikrer behandlingskontinuitet og trygg overgang til egnet alternativ behandling, slik som eksempelvis konvensjonell LAR. Overganger mellom ulike tjenestetilbud er kjent som risikosituasjoner og glippsoner innen psykisk helsevern og rusbehandling. Brå avslutninger eller dårlig planlagte overganger vil i betydelig grad kunne ramme denne sårbare pasientgruppen, øke risikoen for overdose, abstinens og tap av verdighet.

Slike planer bør omfatte:

- Tidlig individuell gjennomgang og identifisering av risiko ved avslutning for alle berørte pasienter, samt utarbeidelse av individuelt tilpassede planer for å sikre behandlingskontinuitet. Planene bør utarbeides i fellesskap mellom pasient og behandler.
- Garantert tilbud om kontinuitet i substitusjonsbehandling med konvensjonelle legemidler uten behandlingsavbrudd, sammen med proaktiv håndtering av dosejusteringer og eventuelle bivirkninger.
- Koordinert oppfølging på tvers av relevante tjenester, inkludert øvrige tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), herunder LAR, i tillegg til fastlege og øvrig primærhelsetjeneste, spesialisert psykisk helsevern, samt sosiale tjenester for å sikre fortsatt støtte for pasientgruppens sammensatte medisinske, psykiske, boligrelaterte og økonomiske behov.
- Tydelig, forutsigbar og transparent kommunikasjon med pasientene, inkludert informasjon om forventet tidsplan, tilgjengelige behandlingsalternativer og hvilken støtte som kan tilbys i overgangsperioden.

Begrunnelse

- Heroinassistert behandling bidrar til bedring i psykisk helse, fysisk helse og generell livskvalitet hos pasienter med alvorlig, behandlingsrefraktær opioidbrukslidelse. Den gir samtidig målbare reduksjoner i bruk av illegale rusmidler og vinningskriminalitet, samt reduksjon og endring av annen helsetjenesteforbruk på alle forvaltningsnivå.
- Heroinassistert behandling bidrar til å møte behovene i en klinisk sammensatt pasientgruppe ved å tilby et behandlingsalternativ med diacetylmorfin for pasienter med særlig behov for overvåket rusbehandling. Det er rapportert positive erfaringer og gevinster knyttet til behandlingen blant pasienter, klinikere og berørte familiemedlemmer.
- Dagens modell er samtidig forbundet med høye kostnader per pasient. Gjennomgang og optimalisering av bemanningsmodeller, administrative prosesser og samorganisering med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kan bidra til reduserte enhetskostnader og styrket langsiktig bærekraft.

Anbefaling 2

Utforske kostnadsbesparende alternativer innen heroinassistert behandling

Dersom heroinassistert behandling skal gå fra å være et tidsavgrenset prøveprosjekt til å bli et rutinemessigtilbud, vil langsiktig bærekraft kreve pragmatiske, kunnskapsbaserte effektiviseringstiltak som samtidig opprettholder klinisk kvalitet og sikkerhet. Høye enhetskostnader, høyt bemanningsnivå og relativt lavt pasientvolum skaper økonomisk og driftsmessig sårbarhet. Dagens kostnader ved heroinassistert behandling ligger tett opp mot den nasjonale betalingsvillighetsgrensen/terskelverdien selv for alvorlige lidelser, og kostnadsbesparende alternativer bør derfor vurderes for å styrke tilbudets langsiktige levedyktighet.

Tiltak for kostnadskontroll bør utredes systematisk og på måter som ivaretar kliniske hensyn, prøves ut lokalt og evalueres opp mot forhåndsdefinerte indikatorer for sikkerhet og behandlingsutfall. Endelige beslutninger om implementering bør tas innenfor en bredere prioriteringsramme for sykehus- og helsetjenesten.

Ytterlige vurderinger

Vurdere legemiddelalternativer med lavere kostnader

For pasienter der kliniske behov tillater peroralt inntak (tabletter), kan godkjente morfinformuleringer gi effektiv dekning over natten eller også på dagtid til lavere innkjøps- og håndteringskostnader enn diacetylmorfin. Dette kan også redusere kompleksiteten i apotekdriften ved forenklede krav til oppbevaring og sikkerhet. Pasientmedvirkning må gis tilstrekkelig plass i de vesentlige kliniske beslutningene om inntaksmåte og legemiddelvalg.

Utforske forbedrede løsninger for timeplanlegging og tidsbruk

Erfaringer fra internasjonale klinikker for heroinassistert behandling viser at det finnes muligheter for å forbedre bemanning og pasientflyt. For eksempel kan innføring av timeavtaler (for eksempel timeavtaler eller samlede utdelingstidspunkter for tablettbrukere) redusere bemanningstopper og forkorte pasientenes ventetid.

Den to timer lange stengningen midt på dagen gjør at klinikkene i denne tidsperioden er "overbemannet" noe som skaper driftsmessig ineffektivitet, særlig i Oslo der alle ansatte går vakter av samme lengde, med betydelig overlapp i bemanningen midt på dagen. Selv om denne midt-på-dagen-stengningen er ment å sikre tilstrekkelig pause mellom heroindoser for pasientene, og også til en viss grad brukes til fagutvikling og klinisk oppfølging av pasienter, bør alternative løsninger til full klinikklukking utredes. Disse endringene kan forbedre effektiviteten og den kliniske utnyttelsen av de ansattes tid.

Vurdere alternative bemanningsmodeller

Bruk av felles personell på tvers av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og heroinassistert behandling, med rotasjon av ansatte, kan potensielt redusere personalkostnader samtidig som kvalitet og klinisk bærekraft opprettholdes, forutsatt at alle ansatte får nødvendig opplæring.

Begrunnelse

- Anslåtte brutto behandlingstkostnader er på om lag 1 million kroner per pasient per år (986 595 NOK). Fortsatt behandlingsretensjon i HAB sammenlignet med fravær av videreført stabilt behandlingsopplegg – ga en merkostnad på 845 087 NOK per vunnet kvalitetsjustert leveår (QALY), det vil si noe over terskelverdien som ofte benyttes for alvorlige tilstander i Norge (ca. 825 000 NOK). Betydelige reduksjoner i øvrig helsetjenesteforbruk og kriminalitetsrelaterte kostnader antyder samtidig et mer gunstig samlet kostnadsbilde.
- Dagens bemanningsmodell (ca. 1 ansatt per 2,5 pasienter) gir en høy ratio mellom ansatte og pasienter.
- Selv om heroinassistert behandling kan gi besparelser på systemnivå (som redusert bruk av helsetjenester), er dagens organisasjonsmodell sårbar, og målrettede effektiviseringstiltak vil kunne forbedre den økonomiske bærekraften uten at kjernekomponentene i behandlingen går tapt.

Anbefaling 3

Heroinassistert behandling bør fortsatt tilby helhetlige, høy-kvalitets og kunnskapsbaserte tjenester

Heroinassistert behandling bør forbli et helhetlig og kunnskapsbasert tilbud av høy kvalitet, selv om programmet utforsker driftsmessige effektiviseringstiltak. Fordi HAB innebærer spesialisert behandling, overvåket administrasjon av opioider, og håndtering av sammensatte medisinske, psykiatriske og sosiale behov, må eventuelle kostnadsbesparende tiltak utformes slik at faglige kjernekomponenter og sikkerhetsstrukturer opprettholdes.

Et sentralt funn i denne evalueringen er at HAB fungerer som mer enn en ren legemiddelutdeling. Tilgang til psykososial og medisinsk oppfølging i tillegg til andre relasjonelle støttefunksjoner, utgjør kjernekomponenter i tilbudet og bidrar til pasientengasjement, retensjon i behandling og positive behandlingsutfall. Disse komponentene bør opprettholdes selv ved gjennomføring av effektiviseringstiltak. Funnene i denne evalueringen reflekterer resultater oppnådd innenfor en godt utbygd og ressurssterk modell; endringer i tjenesteomfang eller ressursnivå vil derfor endre grunnlaget for hvordan disse resultatene kan oppnås og fortolkes.

Å ivareta kvalitet forutsetter også adekvat kompetanse og støtte i arbeidsstyrken. Klinikene bør sikre tilgang til leger med rusmedisinsk ekspertise, sykepleiere med kompetanse i overvåket injiserbar dosering, akuttbehandling og skadereduksjon, i tillegg til sosiale tjenester og regelmessige tverrfaglige vurderinger. For å ivareta målgruppens komplekse og sammensatte helseutfordringer og sikre tilgang til fysisk og psykisk helsehjelp bør disse kompetansene være tilgjengelige som en del av HAB eller i tett samarbeid med HAB. Nivåer for minimumsbemanning bør defineres og opprettholdes, med kontinuerlig opplæring og veiledning samt tydelige kliniske prosedyrer. Forslag til kostnadsreduksjon må vurderes opp mot konsekvenser for disse bemanningsstandardene og for sikkerheten til pasienter og ansatte.

Strukturert opplæring og muligheter for faglig spesialisering fremstår som avgjørende for å opprettholde kvalitet i tjenestene. Relasjonen mellom pasient og behandler er generelt en sentral faktor for pasienttilfredshet og behandlingsutfall i all rusbehandling. Kliniske arbeidsoppgaver og ferdighetstrening i seg selv garanterer ikke at behandlere kan inngå i terapeutiske relasjoner eller bygge tillit. Opplæring i å håndtere rollen og makten som «portvoktere» til legemidler kan blant annet omfatte løpende egenvurdering av praksis knyttet til å begrense pasienters tilgang til tilbudet, og økt bevissthet om hvordan denne makten forvaltes. Det kan også være viktig å trene klinikere i mer enhetlig praktisering av klinikkregler og etablere rutiner for å unngå ulik behandling av pasienter basert på forhold som ikke er knyttet til medisinske vurderinger eller individuelle behandlingsbehov.

Begrunnelse

- Komplekse behov krever spesialisert behandling. Pasientgruppen i heroinassistert behandling har ofte alvorlig samsykelighet i form av psykiske lidelser, kroniske fysiske sykdommer og ustabile boforhold i større grad enn pasienter i konvensjonell LAR. De har derfor behov for koordinerte medisinske, psykiatriske, sosiale og skadereduserende tiltak som går utover selve legemiddelbehandlingen.
- Heroinassistert behandling innebærer overvåket inntak av opioider og oppfølging av pasienter som ikke har oppnådd stabilisering av sin opioidbrukslidelse med konvensjonelle legemidler, og hvor de fleste har pågående bruk av flere rusmidler også mens de er i HAB. Strengt kliniske prosedyrer, kapasitet for observasjon, beredskap for akutte situasjoner og kvalifisert personale er nødvendig for å forebygge skade og opprettholde terapeutisk nytte.
- Små eller underdimensjonerte klinikker kan risikere svekket sikkerhet, utbrenthet blant ansatte, begrensede åpningstider og brudd i kontinuiteten i behandlingen. Særlig på grunn av injiserbar heroinassistert behandling kreves et minimum av infrastruktur (for eksempel observasjonsrom og båser for overvåket medisininntak), klinisk personell (leger med rusmedisinsk kompetanse og spesialsykepleiere) og administrativ støtte for på en pålitelig måte å oppfylle kliniske og regulatoriske forpliktelser.
- Effektiviseringstiltak bør utformes med stor varsomhet for å sikre at kostnadsreduksjoner ikke skjer på bekostning av behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Tiltak som svekker sentrale behandlingskomponenter – herunder observasjonstid, nødvendig fagkompetanse eller psykososial oppfølging – kan redusere behandlingseffekten og medføre økte samfunnsmessige kostnader gjennom høyere bruk av akutt-tjenester, sykehusinnleggelse og kontakt med strafferettslige instanser.

Anbefaling 4

Samorganisere og integrere heroinassistert behandling med eksisterende legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Samlokalisering og samorganisering av HAB innenfor etablerte LAR-tjenester kan bidra til økt tilgjengelighet, større fleksibilitet i ressurs- og personellutnyttelsen, reduserte driftskostnader per pasient gjennom delt infrastruktur, samt mer sammenhengende kliniske forløp og enklere henvisningsrutiner. Anbefalingen vektlegger særlig integrering og fleksibel utnyttelse av personell- og kompetanseressurser på tvers av HAB og LAR.

En slik organisering kan ivareta behovet for den spesialiserte behandlingen HAB krever, samtidig som ressursutnyttelsen forbedres og kontinuiteten styrkes for pasienter som beveger seg mellom ulike behandlingsformer. Dette kan bidra til økt bærekraft, robusthet og effektivitet i tjenestetilbudet.

Ytterlige vurderinger

Planlegging av eventuell omorganisering bør foregå i samarbeid med ansatte, i tillegg til åpen kommunikasjon og gjennomføring med aktiv involvering, støtte og strukturert tilbakemelding til pasienter.

Samorganisering kan redusere stigma for pasienter som starter i HAB, ettersom bruk av en felles LAR-enhet normaliserer behandlingen og unngår den synligheten som kan følge av å møte i en egen, HAB-spesifikk klinikk. Samtidig krever samorganisering og/eller samlokalisering nøye håndtering av pasientflyt og forventninger hos ulike pasientgrupper. Noen LAR-pasienter kan oppleve ubehag ved å dele lokaler med en klinisk mer ustabil pasientgruppe, og begge grupper kan oppleve at de ikke får like mye oppmerksomhet eller omsorg. Planleggingen bør derfor sikre likeverdig tilgang og opplevd rettferdighet, samtidig som man anerkjenner iboende forskjeller mellom behandlingsmodellene.

I tillegg kan ansatte fra både HAB og LAR være skeptiske til omorganisering. All omstrukturering bør derfor planlegges i fellesskap, kommuniseres transparent og gjennomføres med aktiv medarbeiderstøtte og gode muligheter for tilbakemelding.

Videre kan opplæring av ansatte på tvers av HAB og LAR bidra til å redusere kunnskapsgap og stigma som tidvis eksisterer mellom klinikere som arbeider i ulike behandlingsmodeller. Samtidig vil ikke alle ansatte i LAR nødvendigvis ønske å arbeide innenfor HAB. Tidlig involvering av ansatte i planlegging og gjennomføring av organisatoriske endringer vil derfor være viktig for å skape eierskap, imøtekomme bekymringer og utvikle organisatoriske løsninger som balanserer individuelle preferanser og tjenestens behov.

Begrunnelse

- Samorganisering av bemanning vil kunne bedre overgangene mellom ulike legemiddelalternativer i LAR og dermed styrke mulighetene for individuelt tilpasset behandling på ulike stadier i pasientens bedringsprosess.
- Felles kliniske team kan bidra til mer ensartet klinisk praksis og samtidig styrke tjenestens robusthet og fleksibilitet. Rulleringsordninger kan gi tilgang til en større gruppe kvalifiserte fagpersoner, redusere sårbarhet knyttet til kapasitetsutfordringer og belastning ved enkeltklinikker, muliggjøre mer effektiv utnyttelse av spesialistkompetanse samt forenkler opplæring, veiledning og kompetanseoverføring.
- Samorganisering (felles lokaler) av HAB og LAR kan redusere dobbeltbruk av infrastruktur, noe som gir lavere investerings- og driftskostnader per pasient og legger til rette for en mer effektiv ressursbruk.
- Samlokalisering av HAB og konvensjonell LAR kan forenkle overganger mellom behandlingsforløp, redusere praktiske barrierer for pasientene og styrke kontinuiteten når behandlingsbehov endres – og potensielt også bidra til økt deltakelse og retensjon i behandling.
- I denne praksisnære helseøkonomiske evalueringen ser HAB ut til å ligge over dagens norske betalingsvillighetsgrenser for alvorlige tilstander. Bruk av spesialisthelsetjenestene fremstår som den viktigste kilden til kostnadsbesparelser, samt at en samtidig reduksjon i kriminalitetsrelatert aktivitet er vurdert som ytterligere besparelse ved en sensitivetsanalyse. Samlet fremstår HAB som en kostnadseffektiv behandling for en ellers belastet pasientgruppe som ikke har tilstrekkelig effekt av konvensjonell behandling.

Bemanningskostnader utgjør en vesentlig del av de totale kostnadene. Integrering av bemanning med ordinær LAR kan derfor representere et realistisk tiltak for å redusere ressursbruken uten å redusere kvaliteten vesentlig eller avvikle HAB som behandlingstilbud.

Anbefaling 5

Utforske etablering av forsterkede rusbehandlingstjenester for en bredere pasientpopulasjon

Det bør vurderes å etablere spesialiserte, forsterkede polikliniske rusbehandlingstjenester. Slike tjenester vil kunne gi styrket, daglig behandling til personer med alvorlige ruslidelser utover opioidbrukslidelse, inkludert bruk av stimulerende stoffer (amfetamin, crack, kokain) og samtidig bruk av flere rusmidler, samt personer med daglig utlevering av medikasjon i LAR/HAB som har behov for høyintensiv oppfølging. Tjenesten kan samle tverrfaglige kliniske ressurser, tilby fleksible modeller for tjenesteyting (utvidede åpningstider, oppsøkende virksomhet og overvåket legemiddelinntak), og gi tilpasset oppfølging av fysiske sykdommer og psykososiale forhold hos pasienter som ikke har fått tilstrekkelig effekt av standard behandling.

Denne anbefalingen skiller seg fra samorganiseringen av HAB innenfor LAR (**Anbefaling 4**) ved å samle intensiv behandling på tvers av legemiddeltypene og behandlingsmodeller (ikke bare HAB), og ved å bedre tilgjengeligheten og behandlingkontinuiteten for en bredere gruppe pasienter med omfattende behov – det vil si at pasientene inkluderes på grunnlag av funksjon og kliniske behov, snarere enn hvilke typer rusmidler de bruker. Denne anbefalingen innebærer ikke å erstatte eksisterende HAB-tilbud, men å bygge videre på prinsippene i HAB for å utvikle en mer skalerbar og inkluderende tjenestemodell som kan tilpasses endringer i rusbruksmønstre og tjenestebehov hos individ og samfunn over tid.

En forsterket rusbehandlingstjeneste kan videreføre det pragmatiske og likeverdige tilgangsperspektivet og behandlingskomponentene som kjennetegner HAB, til andre pasientgrupper, og dermed være et reelt alternativ for å nå et bredere spekter av potensielle pasienter med behov for høyintensiv oppfølging. Modellen vil også gjøre det enklere å dreie behandlingen i tråd med pasientenes til enhver tid gjeldende behov, og å integrere systemer for henvisning og oppfølging. Det er utvilsomt praktiske begrensninger knyttet til denne anbefalingen som må utredes nærmere av relevante aktører, og som ligger utenfor rammen for denne rapporten.

Begrunnelse

- Én enkelt, høyintensiv enhet kan slik samle rusmedisinere, psykiatriske sykepleiere, psykologer, personer med sosialfaglig- og skadereduksjonskompetanse, samt annet medisinsk personell for å levere kunnskapsbaserte tiltak effektivt og håndtere pasientenes komplekse samsykelighet. En slik samling av kompetanse vil også styrke den langsiktige levedyktigheten til behandlingsmodellen fra HAB.

- En forsterket rusbehandlingstjeneste vil redusere risikoen for at pasienter «faller mellom stolene» når deres kliniske behov endrer seg. Pasienter som ikke lenger oppfyller kriteriene for HAB, eller som trappes ned fra intensiv behandling, vil ha tilgang til ulike behandlingsintensitetsnivåer innenfor én og samme tjeneste. Dette kan støtte mer gradvise og faglig forsvarlige overganger, og redusere risikoen for brå behandlingsavslutning, tilbakefall og overdose.
- Tilbakemeldinger fra evalueringen tyder på at nytten av HAB strekker seg utover selve legemiddelbehandlingen til å omfatte struktur i hverdagen, tett oppfølging og integrerte støttetiltak. Å anvende denne modellen på andre pasientgrupper med store og sammensatte behov kan gi tilsvarende gevinster i form av økt stabilitet, bedre helse og forbedret sosial fungering.
- Å definere tjenestemodellen ut fra personens funksjonsnivå og kliniske behov, snarere enn hvilke rusmidler som brukes, vil kunne anvende den strukturerte og tverrfaglige modellen fra HAB på en bredere gruppe personer med komplekse behov. Dette kan gi et mer dynamisk og bærekraftig rammeverk for intensiv rusbehandling etter hvert som rusbruksmønstre og tjenestebehov endrer seg. En slik modell vil være mer økonomisk bærekraftig og muliggjør etablering av forsterkede rusbehandlingstjenester også utenfor de største byene hvor det i dag finnes HAB klinikker.

Oppsummering av hovedanbefalinger

Hovedanbefalingene oppsummeres her og utdypes nedenfor, inkludert sentrale vurderinger og begrunnelse.

Oppsummering av hovedanbefalinger
1. Heroinassistert behandling bør fortsette ved de allerede etablerte klinikkene. Gitt de høye behandlingstkostnadene bør imidlertid bemannings- og driftsmodeller gjennomgås og optimaliseres.
2. Kostnadsbesparende tiltak innen HAB bør utforskes uten at det går på bekostning av klinisk kvalitet og sikkerhet.
3. Heroinassistert behandling bør fortsatt tilby helhetlige, høy-kvalitets og kunnskapsbaserte tjenester.
4. Heroinassistert behandling bør, der dette lar seg gjøre, samorganiseres og integreres med eksisterende tjenester for legemiddelassistert rehabilitering.
5. Det bør vurderes å utvikle forsterkede rusbehandlingstjenester som et bredere og mer dynamisk alternativ for pasientgrupper med store og sammensatte behov

9. Diskusjon

Evalueringen viser at HAB har en liten, men verdifull plass innenfor det norske helsevesenet knyttet til substitusjonsbehandling for opioidbrukslidelse. Tilbudet når en liten gruppe personer med alvorlig, opioidbrukslidelse som ikke har hatt tilstrekkelig effekt av annen behandling, og bidrar til betydningsfulle kliniske og sosiale gevinster, blant annet bedre fysisk og psykisk helse, redusert bruk av illegale rusmidler og mindre vinningskriminalitet. Samtidig er dagens modell svært ressurskrevende, med betydelige kostnader per pasient og lavere etterspørsel enn forventet. I sum begrenser dette mulighetene for en omfattende nasjonal oppskalering, og reiser legitime spørsmål om langsiktig bærekraft.

Dette to-delte bildet – klare gevinster for en liten og marginalisert gruppe, kombinert med relativt høye kostnader – er sentralt for hvordan anbefalingene er utformet. Det taler for fortsatt drift av HAB ved de eksisterende klinikkene, samtidig som det etterlyses målrettede tiltak for å bedre kostnadseffektiviteten. Anbefalingene bygger på en forståelse av at HAB skal fungere som en forlengelse av det etablerte LAR-systemet, og være forbeholdt dem med størst behov for intensiv behandling.

Samtidig argumenterer rapporten for at dagens HAB-modell kan fungere som en plattform for mer fleksible, høyintensive tjenester til en bredere gruppe pasienter med sammensatte behov, hvor ikke alle vil få diacetylmorfin. Dette fremtidsrettede perspektivet reflekterer endrede mønstre i rusmiddelbruk og innebærer bruk av erfaringene og kompetansen som er utviklet gjennom HAB til å drive videre tjenesteinnovasjon, heller enn å se HAB utelukkende som et avgrenset, tidsbegrenset prøveprosjekt.

Anbefalingene formes derfor av en tydelig «push–pull»-dynamikk. På den ene siden fremhever klinikere og brukerrepresentanter en sterk faglig og etisk begrunnelse for videreføring av HAB, basert på observerte forbedringer i livskvalitet, stabilitet og helse. På den andre siden understreker de høye behandlingstkostnadene, de moderate men målbare helsegevinstene målt i kvalitetsjusterte leveår (QALY), og den moderate etterspørselen, at HAB er et ressurskrevende tilbud for en liten og særlig belastet andel av LAR-populasjonen.

Videre forventer vi at heroininjeksjon kan bli et avtagende bruksmønster i årene som kommer, og at behovet for heroinassistert behandling for denne spesifikke gruppen dermed vil reduseres. Samtidig kan vi ikke utelukke at andre syntetiske opioider kan få en mer fremtredende rolle som de viktigste rusmidlene blant personer som injiserer opioider, inkludert fentanyl-analoger, nitazener og nyere grupper som «orfiner». For personer som fortsatt injiserer opioider, uavhengig av om det dreier seg om heroin eller andre opioider, er det rimelig å anta at HAB vil kunne gi tilsvarende fordeler som de vi observerer og forventer for personer som injiserer heroin. Dersom fremtidig opioidbruk i

økende grad vil bli kjennetegnet av andre inntaksmåter, som inhalasjon eller peroral bruk, vurderer vi imidlertid at andre behandlingsformer og tilnærminger vil ha større potensial til å nå og møte behovene til disse brukerne enn injeksjonsbaserte behandlingstilbud.

Det europeiske opioidmarkedet er i rask utvikling, med forventet økt tilstrømming og diversifisering av potente syntetiske opioider, og tjenestene må derfor forbli fleksible, omstillingsdyktige og tilpasningsdyktige til endringer i rusmiddelbildet.

Som svar på disse motstridende hensynene anbefaler rapporten å opprettholde HAB der det allerede er etablert, samtidig som man systematisk utforsker organisatoriske endringer som kan gjøre modellen mer bærekraftig. Dette kan omfatte tettere samarbeid med LAR, samlokalisering med andre tjenester, mer fleksibel bruk av personell og andre organisatoriske løsninger som kan redusere kostnader uten å svekke sikkerhet eller behandlingseffekt. I denne forstand representerer anbefalingene et pragmatisk kompromiss: videreføring av HAB som et spesialisert og virksomt tilbud for en liten og særlig belastet pasientgruppe, samtidig som organiseringen tilpasses for å bevare kliniske gevinster og sikkerhet, bruke ressursene bedre og på sikt vurdere om enkelte elementer i modellen kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper med tilsvarende komplekse behandlings- og oppfølgingsbehov.

10. Styrker og begrensninger

Denne evalueringen har flere viktige styrker, men også begrensninger som påvirker hvordan funnene bør tolkes. Samlet gir rapporten både et bredt og detaljert bilde av heroinassistert behandling (HAB) i Norge, samtidig som den synliggjør kunnskapshull som framtidig forskning og fagutviklingsarbeid må utforske videre.

En sentral styrke er bredden og dybden i det kvalitative materialet. Vi gjennomførte mer enn 100 intervjuer med pasienter, pårørende, klinikere og andre interessenter, og kombinerte disse med tilleggsilder som observasjoner og dokumentgjennomganger. Vi møtte også internasjonale eksperter på HAB for å lære av erfaringer fra ulike kontekster. Dette ga et rikt og mangfoldig datamateriale som gjorde det mulig å se HAB fra flere sider, sammenligne perspektiver og validere sentrale temaer. Mangfoldet av kilder styrker troverdigheten i funnene om hvordan HAB er organisert og erfart i den kliniske hverdagen.

Det kvalitative materialet er likevel ikke uten begrensninger. Pasientintervjuene er trolig påvirket av seleksjonsskjevhet: personer som avsluttet behandlingen tidlig eller under vanskelige omstendigheter ble intervjuet sjeldnere, og deres grunner til å slutte er derfor underrepresentert. Dette kan forskyve materialet i retning av noe mer positive beskrivelser og innebære at problemer som bidro til at enkelte pasienter forlot HAB, i mindre grad fanges opp. I tillegg var deltakerne klar over at evalueringen kunne få betydning for framtidige beslutninger om videreføring av HAB. Dette kan ha påvirket hvordan de presenterte sine erfaringer, for eksempel ved å vektlegge bestemte problemer eller fordeler. Når det er sagt, inneholder materialet omfattende kommentarer fra pasienter, pårørende og ansatte, og de samme fordelene og utfordringene går igjen på tvers av ulike datakilder, noe som tyder på at strategisk selvpresentasjon ikke har hatt avgjørende innflytelse på funnene.

Når det gjelder helsestatus, sosiale forhold og behandlingsutfall, ligger en viktig styrke i den systematiske bruken av standardiserte måleinstrumenter, gjennomgang av medisinske journaler og at dataene ble samlet inn over tid. Dette longitudinelle designet gjør det mulig å se ikke bare om det skjer endringer innenfor områder som forordnete legemidler, rusmiddelbruk, livskvalitet, kriminalitet og bosituasjon, men også hvor raskt disse endringene oppstår og hvordan de varierer mellom personer. Samtidig omfatter studien et begrenset antall pasienter, og pasientene i HAB representerer en selektert gruppe personer med alvorlig opioidbrukslidelse. Funnene bør derfor tolkes som spesifikke for denne gruppen og kan ikke uten videre generaliseres til alle personer med opioidbrukslidelse. Manglende data og uregelmessig oppfølging for enkelte deltakere introduserer usikkerhet, særlig dersom de med mest ustabile livssituasjoner i mindre grad fullførte kartleggingen ved senere måletidspunkter. Dette kan føre til en overvurdering av gunstige behandlingsutfall.

Analysen av alvorlige uønskede hendelser styrkes av en systematisk gjennomgang av medisinske journaler for alle pasienter i studien. Dette gir en helhetlig oversikt over hvilke alvorlige uønskede hendelser som inntraff, hvor ofte de forekom, og hvordan klinikkene responderte – noe som er avgjørende for å vurdere risiko knyttet til HAB. Samtidig inneholder medisinske journaler sjelden detaljert informasjon om omstendighetene i forkant av hendelsene. Som følge av dette kan evalueringen beskrive hva som skjedde og hvordan situasjonene ble håndtert, men har begrenset mulighet til å identifisere spesifikke utløsende faktorer eller risikofaktorer, ei heller hvordan slike hendelser kunne ha vært forebygget. Videre kan det hende at enkelte hendelser, både mindre alvorlige og alvorlige, av ulike grunner, kan ha blitt utelatt fra journalføring.

Den helseøkonomiske analysen bygger på detaljerte longitudinelle individdata fra det nasjonale evalueringsprosjektet for HAB og kombinerer informasjon om livskvalitet, behandlingsforløp, behandlingsretensjon, all øvrig helsetjenesteforbruk, og kriminalitetsrelaterte utfall. Dette gir en praksis-nær og beslutningsrelevant evaluering av kostnader, helseutvikling og ressursbruk i norsk kontekst. Samtidig må funnene tolkes i lys av at analysene bygger på observasjonelle data, begrenset oppfølging av enkelte pasientgrupper og enkelte usikre kostnadsestimater, særlig for kriminalitet og langsiktige kostnadsreduksjoner i helsetjenestene.

Samlet sett gir evalueringen en robust og sammensatt beskrivelse av hvordan HAB fungerer i Norge i dag, samtidig som den er åpen om hvor kunnskapsgrunnlaget er svakere, og hvor det er behov for videre forskning.

11. Fremtidig forskning

Heroinassistert behandling (HAB) er et fagfelt i utvikling, og det norske prøveprosjektet er gjennomført i et behandlingslandskap i endring. For at tilbudet skal forbli relevant og kunnskapsbasert må videre forskning bevege seg utover de opprinnelige evalueringsspørsmålene og belyse hvordan HAB bør tilpasses, målrettes og integreres i et fremtidig dynamisk behandlingssystem.

For det første vil målgruppen for HAB sannsynligvis endre seg over tid. Dagens modell er i stor grad rettet mot en liten, sterkt marginalisert populasjon med langvarig opioidbrukslidelse og gjentatte tidligere behandlingsforsøk. Parallelt endrer mønstre for opioid- og rusmiddelbruk seg, blant annet med økt bruk av stimulerende stoffer, inkludert crack-kokain. Fremtidig forskning bør derfor undersøke om de eksisterende inklusjonskriteriene fortsatt er hensiktsmessige, og om det finnes spesifikke undergrupper som kan ha særlig nytte av HAB eller en HAB-inspirert behandlingsmodell. Longitudinelle og registerbaserte studier kan bidra til å identifisere hvilke pasientkjennetegn som predikerer gode og stabile behandlingsutfall, og hvilke som er forbundet med begrenset nytte eller tidlig behandlingsavslutning.

For det andre utvides repertoaret av tilgjengelige legemidler og formuleringer innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR), og HAB kan ikke vurderes isolert fra utviklingen innen konvensjonell LAR. Nye og eksisterende legemidler (for eksempel langtidsvirkende buprenorfin, ulike morfinformuleringer, samt inhalerbare og intranasale alternativer) endrer den relative nytteverdien og rollen til diacetylmorfin i behandlingssystemet. Fremtidig forskning bør inkludere pragmatiske sammenliknende effektstudier som vurderer ulike behandlingsmodeller – for eksempel med behandlingsforløp der pasienter beveger seg mellom konvensjonell LAR, HAB og andre intensive eller lavterskel behandlingstilbud.

For det tredje er det behov for å teste ut forsøksvise modeller for organisering og gjennomføring av tjenester. Den nåværende norske HAB-modellen er intensiv, klinikkbasert og høyt bemannet, noe som gir høy grad av sikkerhet, men også gjør tilbudet ressurskrevende og at det til tider blir opplevd som rigid. Fremtidige studier kan utforske alternative konfigurasjoner, slik som tettere integrasjon eller samlokalisering med LAR-tjenester, eller delte bemanningsmodeller. Implementerings- og gjennomførbarhetsstudier, inkludert multi-metode-design, kan bidra til å avklare hvilke modeller som opprettholder sikkerhet og effekt samtidig som fleksibilitet, pasienttilfredshet og økonomisk bærekraft forbedres.

Den foreliggende helseøkonomiske analysen gir et første, praksisnært estimat av kostnader, helsegevinster og samfunnsmessige konsekvenser av HAB i norsk kontekst. Videre forskning bør prioritere mer fullstendig oppfølging av livskvalitet og

helsetjenestebruk over tid, samt et bredere samfunnsperspektiv som inkluderer utvidete mål på kriminalitet, velferdsytelser, boligstabilitet, arbeidstilknytning og sosial fungering. På sikt bør HAB også sammenlignes direkte med konvensjonell LAR i norsk kontekst, inkludert kostnader, behandlingsretensjon, livskvalitet og helsetjenestebruk, samtidig som organisatoriske løsninger som kan redusere kostnader uten å svekke sikkerhet eller behandlingseffekt undersøkes. Det er også behov for mer robuste analytiske design som bedre fanger opp forskjeller mellom pasientgrupper, inkludert tilnærminger basert på koblede registerdata og målforsøk ('target trial emulation'). Dette vil styrke den kausale tolkningen av både kostnader og behandlingsutfall.

Evalueringer bør utvide det samfunnsmessige perspektivet ved å inkludere mer omfattende data om kriminalitet, bruk av velferdsordninger og sosial fungering. Det er særlig viktig at videre økonomiske analyser eksplisitt vurderer alternative, potensielt mindre ressurskrevende tjenestemodeller slik som samlokalisering eller integrasjon med konvensjonelle LAR-tilbud, for å undersøke om tilsvarende helsegevinster kan oppnås til lavere kostnad.

Til slutt bør fremtidig forskning i større grad vektlegge utfall som er viktige for pasienter, deres pårørende og lokalsamfunn. Dette inkluderer ikke bare tradisjonelle indikatorer (slik som dødelighet, rusmiddelbruk, kriminalitet og sykehusinnleggelseser), men også bedringsorienterte mål som sosial deltakelse, opplevd autonomi, meningsfulle relasjoner, stigma og erfaringer med tvang eller tillit til tjenestene. Innebygget kvalitativ forskning, som følger pasienters, familiers og nære sosiale nettverks fortellinger over tid, kan gi innsikt i hvordan HAB virker inn i bredere livsløp, og hvordan behandlingsmodeller kan støtte langvarig bedring i vid forstand.

Oppsummert bør neste fase av forskningen betrakte HAB ikke som et statisk tiltak, men som en fleksibel komponent i et bredere behandlingsøkosystem som vil være i endring også fremover. Å forstå hvilke pasienter som har nytte av HAB, under hvilke betingelser, og med hvilke kombinasjoner av legemidler og tjenestemodeller, vil være avgjørende for å utforme en klinisk effektiv, akseptabel og bærekraftig rolle for HAB i årene som kommer. Dersom dagens trend med fallende søkning til HAB fortsetter, vil behandlingsmodellen kunne reduseres i relevans, mens nye metoder for nye pasientgrupper vil måtte nås i fremtiden.

12. Konklusjon

Denne evalueringen viser at heroinassistert behandling (HAB) i Norge, per i dag, fyller en begrenset, men verdifull funksjon innenfor det bredere systemet for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). HAB når en liten gruppe personer med alvorlig, langvarig opioidbrukslidelse, omfattende behandlingserfaring og sammensatte sosiale og helsemessige problemer hvor konvensjonell LAR ikke har gitt tilstrekkelig effekt. For denne gruppen gir HAB betydningsfulle gevinster: reduksjon i heroinbruk, lavere selvrapportert kriminalitet og gradvise forbedringer i livskvalitet, fysisk og psykisk helse, trygghet og stabilitet. Pasienter, klinikere og pårørende beskriver HAB som klart bedre enn å stå uten behandling, og som en kilde til struktur, stabilitet, støtte og skadereduksjon for personer i svært sårbare livssituasjoner.

Samtidig fremhever evalueringen viktige begrensninger og avveininger. Etterspørselen etter HAB er moderat, og de nåværende klinikkene drives under maksimal driftskapasitet. Basert på selvrapporterte data forblir mange strukturelle utfordringer (slik som fattigdom, mat-usikkerhet, ustabil bosituasjon, arbeidsledighet og alvorlig samsykkelighet) i stor grad uendret gjennom behandlingsforløpet, og krever samordnede tiltak utover selve legemiddelbehandlingen. Behandlingsmodellen er også krevende; Oppmøte opptil to ganger daglig kan begrense deltakelse i arbeid, utdanning, familieliv og sosial reintegrering. Pasienter rapporterer at strenge regler og lite fleksibel doseringspraksis kan belaste tilliten og gjøre det vanskelig å tilpasse behandlingen til individuelle behov. Klinikkerne opplever spenninger mellom ønsket om å gi fleksibel, personsentrert behandling og behovet for å ivareta sikkerhet innenfor rammen av en høyrisikobehandling.

I tillegg er alvorlige uønskede hendelser vanlige blant pasienter i HAB, noe som understreker behovet for at denne behandlingen gis innenfor spesialiserte tverrfaglige rusbehandlingstjenester, av personell med relevant kompetanse, i en ramme som sikrer høy grad av sikkerhet og tett klinisk oppfølging.

Selv om HAB gir tydelig klinisk nytte, er det samtidig et høykostnadstiltak. Behandlingskostnadene per pasient er betydelige, og estimert kostnad per kvalitetsjustert leveår ligger noe over nivåer som ofte benyttes som referanse for alvorlige tilstander i Norge. Beslutninger om videre implementering bør derfor ta hensyn både til kostnadseffektivitet og til bredere etiske hensyn, inkludert likeverd, alvorlighetsgrad av tilstand og tilgjengelighet av effektive alternative tilbud for denne pasientgruppen.

Samlet sett taler funnene for å videreføre HAB som et spesialisert behandlingstilbud innenfor LAR, samtidig som det advares mot omfattende oppskalering. Videre arbeid bør rettes inn mot å styrke integreringen med mer tradisjonelle rusbehandlingstjenester for å etablere en mer bærekraftig organisasjonsmodell og bedre kostnadseffektivitet. Å videreutvikle HAB-modellen innenfor en forsterket rusbehandlingsmodell vil kunne gjøre

det mulig å nå en bredere gruppe personer med sammensatte behov, og legge til rette for en mer dynamisk, tilpasningsdyktig og bærekraftig måte å levere intensiv rusbehandling på i takt med endringer i rusbruksmønstre og tjenestebehov. HAB bør derfor ikke betraktes som en isolert løsning, men som en komponent i en kunnskapsbasert behandlingsskjede som kan tilby ulike nivåer og typer av støtte ettersom pasientenes behov endrer seg.

13. Prosjektets publikasjoner

Denne delen presenterer de vitenskapelige publikasjonene som er resultat av evalueringsprosjektet for heroinassistert behandling (HAB). Samlet dokumenterer disse publikasjonene prosjektets viktigste empiriske funn, metodiske arbeid og konseptuelle bidrag.

Publikasjoner per år:

2023

Ellefsen, Rune. (2023). [Narkotikapolitikk i endring: Heroinklinikkenes oppkomst i Norge](#). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 41(3):307–325.

Ellefsen, Rune, Linda Elise Couëssurel Wüsthoff, Espen Ajo Arnevik. (2023). [Patients' satisfaction with heroin-assisted treatment: a qualitative study](#). *Harm Reduction Journal*, 20(73).

Melis, Francesca, Morten Hesse, Desiree Eide, Birgitte Thylstrup, Christian Tjagvad, Julie Elizabeth Brummer, Thomas Clausen. (2023). [Who receives heroin-assisted treatment? A comparison of patients receiving opioid maintenance treatment in Denmark](#). *Drug and Alcohol Dependence*, 254:111051.

2024

Brummer, Julie, Birgitte Thylstrup, Francesca Melis, Morten Hesse. (2024). [Predictors of retention in heroin-assisted treatment in Denmark 2010–2018 – A record-linkage study](#). *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 165.

Ellefsen, Rune, Silvana De Pirro, Vegard Haukland, Linda Elise Couëssurel Wüsthoff, Espen Ajo Arnevik. (2024). [“It’s a delicate balance”: clinicians’ experiences of providing heroin-assisted treatment](#). *Harm Reduction Journal*, 21:230.

Kyrkjebø-Urheim, Tiril, Christina Andersen, Rune Ellefsen. (2024). [Pasienters opplevelse av livskvalitet i heroinassistert behandling](#). *Sykepleien Forskning*, 19(97141):e-97141.

Myklebust, Lars Henrik, Desiree Eide, Espen Ajo Arnevik, Omid Dadras, Silvana De Pirro, Rune Ellefsen, Lars Thore Fadnes, Morten Hesse, Timo Kvamme, Francesca Melis, Ann Oldervoll, Birgitte Thylstrup, Linda Elise Couëssurel Wüsthoff, Thomas Clausen. (2024). [Evaluation of heroin-assisted treatment in Norway: protocol for a mixed methods study](#). *BMC Health Services Research*, 24(1):398.

2025

Ellefsen, Rune, Silvana De Pirro, Linda Elise Couëssurel Wüsthoff. (2025). [Relational hope and despair: Heroin-assisted treatment as experienced by the patients' family members](#). *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1–14.

Haukland, Vegard. (2025). [Beyond a spoiled identity: Destigmatization through everyday interactions in heroin-assisted treatment](#). *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1–15.

Melis, Francesca, Charlotte Castel, Desiree Eide, Thomas Clausen. (2025). [Health-related quality of life trajectories of patients in heroin-assisted treatment](#). *Drug and Alcohol Dependence*, 275.

Melis, Francesca, Timo L. Kvamme, Christian Tjagvad, Desiree Eide, Birgitte Thylstrup, Thomas Clausen, Morten Hesse. (2025). [Health-related quality of life measures as predictors for recurrent hospitalization and mortality among patients in heroin-assisted treatment](#). *Quality of Life Research*, 34: 3365–3376.

Melis, Francesca, Thomas Clausen, Charlotte Castel, Omid Dadras, Silvana De Pirro, Lars Henrik Myklebust, Ann Oldervoll, Linda Elise Couëssurel Wüsthoff, Desiree Eide. (2025). [Patient characteristics from Norway's first heroin-assisted treatment clinics](#). *Substance Use & Addiction Journal*, 46(1):13–24.

Myklebust, Lars Henrik, Desiree Eide, Linda Elise Couëssurel Wüsthoff, Francesca Melis, Ann Oldervoll, Silvana De Pirro, Thomas Clausen. (2025). [Changes in self-reported mental health, anxiety, and depression among patients in heroin-assisted treatment: findings from a Norwegian trial project](#). *European Addiction Research*, 31(4):286–296.

2026

Gaulen, Zhanna, Marja Leonhardt, Linda Elise Couëssurel Wüsthoff. (2026). Hunger and food access in Norwegian heroin-assisted treatment: a 12-month longitudinal study. Under fagfelleurdering.

Leonhardt, Marja, Rune Ellefsen, Vegard Kokabzadeh Haukland, Linda Elise Couëssurel Wüsthoff, Linda Eline. (2026). [Providers' perspectives on what heroin-assisted treatment ought to be: a qualitative study](#). *BMC Health Service Research*. Akseptert 12.05.26.

Melis, Francesca, Desiree Eide, Thomas Clausen. (2026). Beyond health: trajectories and predictors of multidimensional quality of life during heroin-assisted treatment. Under fagfelleurdering.

Vedlegg 1

Til rapporten ble klinikklederne bedt om å skrive om etableringen av HAB. Dette vedlegg er deres ordrette bidrag.

Etablering av HAB som nytt behandlingstilbud i Norge

Planlegging av oppstart av HAB baserte seg på estimerte tall om forventet pasientantall og erfaringen fra HAB klinikkene i Danmark.

Hospitering i HAB klinikker i Danmark var vesentlig for å få kjennskap til behandling. COVID-19 restriksjoner begrenset muligheten for å reise, og hospitere i etablerte klinikker. Spesielt i forhold til utforming av klinikkene ville det vært gunstig om vi kunne besøkt andre klinikker tidlig i planleggingsfasen, med tanke på tilpassing av lokalene. Den “danske modellen” ble tilpasset spesialisthelsetjenesten i Norge, og la grunnlaget for vår faglig utforming av tilbudet.

Det ble planlagt for en gradvis opptrapping av pasientantall for å innhente erfaring og bygge kompetanse. Det var nødvendig å tilpasse opptrapping i et tempo der det ble vurdert at pasientsikkerhet og ansattssikkerhet ble ivaretatt.

Behandling med diacetylmorfin:

Diacetylmorfin er et medikament som tidligere ikke har vært brukt som substitusjonslegemiddel i Norge, og dermed ingen erfaring i bruk av medikamentet. Det var en lang søknadsprosess før medikamentet ble godkjent for bruk i Norge.

Det var behov for etablering av rutiner i samarbeid med sykehusapotekene for bestilling, levering og oppbevaring av diacetylmorfin. Vi opplevde leveringsutfordringer i oppstartsfasen, men med samarbeid mellom klinikkene løste dette seg uten konsekvenser for pasientbehandlingen.

Utforming og etablering av rutiner for behandlingen baserte seg i stor grad på rutinene brukt i de danske klinikkene.

Lokaler:

Etablering av lokaler og beliggenhet. Lett tilgjengelighet med offentlig transport er en forutsetning med tanke på beliggenhet. Etablering av lokaler har medført bekymring fra naboer som har uttrykt frykt for etablering av rusmiljø i nabolaget. Det å etablere tilrettelagt lokaler tok noe lengre tid enn forventet. HABIB har flyttet 2 ganger, og ut fra erfaringene fra de første lokalene ble det gjort tilpasninger i utformingen av lokalene for bedre tilrettelegging for driften. Utforming av lokalene fremstår som viktig for å få en god pasientflyt, som er viktig for å kunne ha en større andel pasienter i behandling på samme tid, ha god pasienttilfredshet og sikkerhet.

Bemanningsfaktor og arbeidsplaner:

Vanskelig å beregne før oppstart pga usikkerhet antall pasienter som ble henvist. For mange ansatte vil gi ansatte mye dødtid og lange dager på jobb, for få ansatte ville bli utfordrende både med tanke på pasientsikkerhet og HMS. Vi startet derfor med redusert bemanning i forhold til forventet antall pasienter, og øke opp etter hvert som behovet viste seg. Første sommeren medførte dette at vi hadde inntaksstopp for å ivareta pasientsikkerhet og HMS.

Et godt samarbeid med tillitsvalgte i planleggingsfasen var avgjørende for å finne gode løsninger for arbeidsplaner. Det er gjort nødvendige justeringer og endringer i både turnus, bemanningsfaktor og arbeidstid i løpet av prosjektperioden.

Personalsammensetning og rekruttering:

Sammensetning av personalet skulle sikre tverrfaglig kompetanse, tilsvarende TSB. I tillegg også sikre kompetanse innenfor akutt-tjenester, somatikk, psykiatri og rus for å ivareta pasienter med høy grad av komorbide lidelser. I rekruttering ble ulik erfaringsbakgrunn derfor prioritert i tilsetning av sykepleiere og vernepleiere.

Overlege i rus- og avhengighetsmedisin

Sosionom ble prioritert som egne ressurser i begge klinikkene for å sikre og ivareta sosialfaglig oppfølging.

Behovet for psykolog ble ulikt prioritert i klinikkene, men begge klinikkene sikret tilgang til psykologkompetanse.

Journalsystem:

I tett samarbeid med IKT ble det utviklet en tilpasset medikamentkurve tilpasset HAB. Det har vært behov for tilpassing innenfor gjeldende retningslinjer for pasienter med opphold flere ganger for dager. Det har lagt mye arbeid i å tilpasse bruk i journalsystemet som ikke lå i gjeldende struktur i TSB.

Samarbeidsstrukturer med andre tjenester:

Etablere kontakt med allerede eksisterende samarbeidspartnere og tjenestetilbud. Vi inviterte oss til møter med samarbeidspartnere for å informere om HAB, om behandlingstilbudet, målgruppen og henvisningsprosedyrene.

Opplæring:

Det ble satt av ca. 3 måneder til grunnopplæring og innflytting i klinikken.

Med ulik erfaring og bakgrunn var det behov for å bli kjent med hverandre, bygge kultur, felles kompetanse og etablere et felles forståelsesgrunnlag. Undervisning, kurs og e-læringskurs og hospitering ble brukt i opplæringen.

Opplæringsplanen inkluderte:

- HAB spesifikk opplæring: Diacetylmorfin, Injeksjonsveiledning, Akutt opplæring i behandling av overdoser, kramper, anafylaksi, HLR
- Opplæring i bruk av sykehusets journalsystem og IKT system
- Rusmiddelavhengighet, heroinavhengighet
- Rusbehandling og LAR-behandling
- Somatiske lidelser
- Psykiske lidelser
- Smittevern
- Selvmord
- Tilbud fra andre tjenester og frivillige organisasjoner
- Bruk av erfaringskompetanse
- Etikk
- Kommunikasjon (MI-motiverende intervju)
- MAP (møte med aggresjonsproblematikk)
- Barn som pårørende

Vedlegg 2

Holdninger og erfaringer blant pasienter, klinikere og berørte familiemedlemmer

Datainnsamling:

Det kvalitative datamaterialet består av semistrukturerte dybdeintervjuer, uformelle samtaler, etnografiske feltobservasjoner og workshops.

- **Dybdeintervjuer med pasienter (n=60):** I alt 31 pasienter ble rekruttert og intervjuet ved klinikkene i Oslo og Bergen mellom mars 2022 og juni 2024. Pasientene ble intervjuet minst én og opptil tre ganger i løpet av en toårsperiode, avhengig av tilgjengelighet, for å fange opp endringer i perspektiver og erfaringer. Intervjuene var semistrukturerte og ble gjennomført én-til-én av forskere eller medforskere som var representanter fra brukerorganisasjoner. Intervjuguide ble utviklet i samarbeid med representanter fra brukerorganisasjonen ProLAR Nett. Alle intervjuer ble tatt opp og transkribert, enten manuelt eller ved hjelp av en kunstig intelligens-basert transkripsjonstjeneste (Whisper, OpenAI). Automatiserte transkripsjoner ble manuelt gjennomgått og redigert for å sikre nøyaktighet.
- **Workshops med pasienter (n=4):** For å fange opp ytterligere erfaringer og perspektiver fra pasienter i heroinassistert behandling i perioden etter at dybdeintervjuene var avsluttet, ble det arrangert fire åpne pasientworkshops hvor pasienter fortalte om og diskuterte sine erfaringer med HAB. Disse hadde en varighet på om lag tre timer og ble gjennomført både i Bergen og Oslo i 2024 (det tredje klinikkåret) og mot slutten av 2025 (det fjerde klinikkåret), i samarbeid med ProLAR Nett. Det ble utarbeidet anonymiserte feltnotater fra alle workshopene.
- **Deltakende observasjoner (om lag 300 timer):** Etnografisk feltarbeid ble gjennomført av forskere ved begge klinikkene mellom 2022 og 2024, og resulterte i skriftlige feltnotater med sentrale observasjoner av metodologisk og analytisk relevans. Observasjonene bidro innledningsvis til utviklingen av intervjuguider, og supplerte intervjudata ved å gjøre det mulig å se pasientenes fortellinger opp mot klinikkens hverdagsrutiner, organisatoriske praksiser og sosiale relasjoner. Materialet fra deltakende observasjon ga også kontekstuell informasjon som utgjorde et nyttig grunnlag for å forstå hvordan HAB praktiseres og hvordan behandlingen arter seg i det daglige
- **Uformelle samtaler med pasienter (n=32):** Samtaler ble gjennomført av medforskere fra ProLAR Nett ved begge klinikker mellom mars 2024 og november 2025, og dekket perioden etter at dybdeintervjuene var avsluttet. Samtalene ble planlagt og gjennomført i samarbeid med forskere ved RusForsk for å supplere de øvrige kvalitative dataene. Et lite sett med faste spørsmål ble brukt gjentatte ganger for å belyse pasientenes hverdagslige erfaringer i behandling og fange opp

eventuelle endringer i behandlingen. Korte, anonymiserte referater ble skrevet etter hver samtale og delt med forskergruppen.

- **Intervjuer med klinikere (n=47):** Intervjuer med klinikere ble først gjennomført i den innledende fasen av HAB og deretter i den senere fasen. Først ble to runder med intervjuer (hovedsakelig gruppeintervjuer) gjennomført i løpet av de første 14 månedene av driften til klinikkene. Dette omfattet 23 kvalitative intervjuer med 31 klinikere (21 sykepleiere, inkludert to vernepleiere med sykepleieoppgaver, fire leger, tre sosionomer, én psykolog og to klinikkledere) i Oslo og Bergen. Målet med disse første intervjuene var å fange opp erfaringer med sentrale utfordringer og gevinster ved HAT over tid, sett fra et klinisk perspektiv. Deretter ble 23 ytterligere individuelle intervjuer gjennomført med klinikere (11 sykepleiere, tre sosionomer, to leger, to kliniksjefer og fem tidligere ansatte) i klinikkens fjerde driftsår. Målet med disse intervjuene var å undersøke HAB-ansattes syn på hva det ideelle HAB innebærer ved å analysere deres beskrivelser av idealtypiske behandlingspraksiser, som gjenspeiler en behandlingsfilosofi blant klinikerne. Nitten intervjuer ble gjennomført ved klinikkene i Bergen og Oslo, mens fem intervjuer med tidligere ansatte i HAB ble gjennomført via Teams.
- **Intervjuer med berørte familiemedlemmer (n=18):** Mellom juni 2022 og april 2024 ble det gjennomført 18 kvalitative dybdeintervjuer med 10 familiemedlemmer til pasienter i HAB. Det ble gjennomført to intervjurunder, henholdsvis fire og 14 måneder etter at deltakerens familiemedlem startet i HAB. Målet var å fange opp erfaringer og synspunkter på HAB sett fra pasientenes familiemedlemmers perspektiv, inkludert hvordan HAB påvirket disse familiemedlemmene og deres relasjon til pasienten.

Analyse:

- Tematisk analyse ble benyttet for å analysere intervjudataene, identifisere og sortere tilbakevendende temaer og konstruere kategorier innenfor disse temaene i dialog med relevant faglitteratur og forskning og med kontinuerlig oppmerksomhet rettet mot studiens formål. Øvrige datakilder ble brukt til triangulering og til å undersøke pågående og utvikling i erfaringer med heroinassistert behandling (HAB) og endringer i HAB over tid. De ulike kvalitative datakildene komplementerte hverandre og styrket analysen når det gjelder validering; funnenes troverdighet ble kontrollert ved kryssjekk mellom flere datakilder (se ovenfor).

Vedlegg 3

Helsestatus, sosiale forhold og behandlingsutfall

Datainnsamling

Som beskrevet i **Kapitel 5.3**, fylte pasientene ut spørreskjemaer ved oppstart og senere ved flere oppfølgingstidspunkter gjennom hele behandlingsforløpet. Selv om disse tidspunktene var definert i forskningsprotokollen, ble det i praksis tillatt en viss fleksibilitet i datainnsamlingen. Flertallet av pasientene samtykket til å delta i forskningen, men deltakelse var frivillig, og spørreskjemaene inneholdt ingen obligatoriske spørsmål. Som en følge av dette var det noe variasjon i hvor fullstendige dataene var. Opplysninger om medikasjon ble innhentet fra pasientjournalene én måned etter første inntak av diacetylmorfin (DAM), deretter hver tredje måned gjennom hele behandlingsperioden.

Analyse

Det primære formålet med analysene i denne rapporten var å beholde så mye som mulig av de rapporterte dataene. Endringer mellom den første og siste tilgjengelige målingen ble kartlagt; **Supplerende Tabell A** inkluderer også gjennomsnittlig antall måneder mellom måletidspunktene.

Supplerende Tabell A nedenfor viser informasjon om antall pasienter og tidspunktet for målingene i forhold til deres første dag med inntak av DAM (se også **Kapittel 6.4**). Selv om klinisk personell støttet datainnsamlingen ved klinikkene, var ingen av spørsmålene i spørreskjemaet obligatoriske, og hver variabel hadde ulike svarprosent.

Supplerende Tabell A: Selv-rapporterte data

Tabellen viser antall pasienter inkludert for et spesifikt spørsmål, informasjon om tidspunktet for den første og siste målingen for denne gruppen, rapportert som antall måneder siden første dag med DAM, og endringer i behandlingsstatus mellom de to måletidspunktene.

	Antall pasienter	Første måling*	Siste måling*	Endring fra positiv til negativ	Endring fra negativ til positiv	Ingen endring
Stabil bosituasjon siste 30 dager	102	1.46	23.4	5 (5 %)	8 (8 %)	89 (87 %)
Yrkesstatus ¹	101	1.45	23.6	3 (3 %)	11 (11 %)	87 (86 %)
Penger til mat ²	98	2	23.8	7 (7 %)	21 (22 %)	70 (71 %)
Penger til andre utgifter ²	90	2.24	22.8	10 (11 %)	18 (20 %)	62 (69 %)
Offer for kriminalitet ³	102	1.44	23.3	13 (13 %)	25 (24 %)	64 (63 %)
Utøver av kriminalitet ⁴	102	1.44	23.3	8 (8 %)	30 (29 %)	64 (63 %)
Høyfrekvent heroinbruk ⁵	73	1.76	17.0	4 (5 %)	34 (47 %)	35 (48 %)
Høyfrekvent kokainbruk ⁵	26	3.75	13.5	1 (4 %)	2 (8 %)	23 (88 %)
Høyfrekvent bruk av ikke-forskrevne benzodiazepiner ⁵	56	2.45	17.5	9 (16 %)	9 (16 %)	38 (68 %)
Høyfrekvent bruk av flere rusmidler ⁶	90	2.02	22.6	32 (35 %)	6 (7 %)	52 (58 %)
				Gjennomsnittlig første måling	Gjennomsnittlig siste måling	SD endring
Antall dager med heroinbruk (siste 30 dager)	73	1,96	16,6	19,9	10,3	12,8
Antall dager med kokainbruk (siste 30 dager)	25	3,73	13,8	4,48	4,76	6,72
Antall dager med bruk av ikke-forskrevne benzodiazepiner (siste 30 dager)	73	2,56	20,3	18,5	18,3	11,2

*Måling. Gjennomsnittlig antall måneder etter første dag med DAM

¹ (ingen vs. noe) heltidsjobb, deltidsjobb, under utdanning, deltidsjobb og under utdanning

² Målt på en skala fra 1-5 (1 = aldri, 5 = veldig ofte). "Endring" er definert som endring med minst 2 poeng; ingen endring" inkluderer endring med 0 eller 1 poeng.

³ tyveri, fysisk vold, psykisk vold/truster

⁴ Vinningsforbrytelser (Inkluderer tyveri, svindel, innbrudd, heleri), Rusrelatert kriminalitet (inkluderer salg, smugling, fremstilling, ekskluderer eget bruk og besittelse), voldelig kriminalitet, trafikkforseelser, og annen type kriminalitet.

⁵ Mer enn 12 dager i løpet av de foregående 30 dagene

⁶ Bruk av mer enn 2 rusmidler i mer enn 12 dager i løpet av de siste 30 dagene.

SD = standard avvik for gjennomsnitt

Medikasjon:

Foreløpige analyser viser:

Én måned etter behandlingsoppstart fikk 97 % av pasientene DAM både om morgenen og ettermiddagen, mens et fåtall fikk DAM kun om morgenen (n=2, 1,5 %) eller kun om ettermiddagen (n=2, 1,5 %). For noen deltakere (0–6 på tvers av registreringene) ble et annet opioid (metadon, 12-timers morfin (Dolcontin) eller 24-timers morfin (Contalgin)) tidvis gitt om morgenen eller ettermiddagen i stedet for DAM. På tvers av registreringene var median DAM-dose ved intravenøst inntak 250 mg om morgenen og 260 mg om ettermiddagen, med variasjon fra henholdsvis 0–500 mg og 0–600 mg. For intramuskulært inntak var mediandosen for morgen- og ettermiddagsdoser 300 mg, med variasjon fra 0–500 mg og 0–800 mg. For peroralt inntak (tabletter) var median morgen- og ettermiddagsdoser 550 mg og 600 mg, med variasjon mellom 0 og 1200 mg. Doseringen var stort sett stabil i uken før hver registrering, men kunne variere på grunn av uteblitte doser eller dosetitrering (både opp og ned).

Én måned etter oppstart inntok 56 % (n=75) av deltakerne DAM intravenøst, 36 % (n=47) intramuskulært og 7 % (n=9) peroralt (tabletter). Etter ett år inntok 45 % (n=34) DAM intravenøst, 42 % (n=32) intramuskulært og 13 % (n=10) peroralt. Etter to år var tilsvarende tall 46 % (n=26) intravenøst, 30 % (n=17) intramuskulært og 25 % (n=14) peroralt. Én måned etter oppstart endret 11 % (n=14) inntaksmåte flere ganger per uke; denne andelen økte til om lag 18 % (n=19) i løpet av de påfølgende tre månedene. Inntaksmåtene som oftest ble brukt om hverandre, var intravenøs og intramuskulær.

Alle pasienter fikk i tillegg et langtidsvirkende opioid for å dekke medisinbehovet gjennom natten. Én måned etter oppstart mottok 34 % (n=45) metadon, 17 % (n=23) Contalgin (24-timers morfintabletter), 41 % (n=55) Dolcontin (12-timers morfintabletter), 5 % (n=7) Levopidon (levometadonhydroklorid) og 2 % (n=3) andre (uspesifiserte) opioider. På tvers av registreringene var median metadondose 40 mg (område 0–120 mg), median Contalgin-dose 330 mg (område 0–960 mg), median Dolcontin-dose 260 mg (område 0–700 mg), median Levopidon-dose 20 mg (område 0–30 mg) og mediandosen for «andre» opioider 0 mg (område 0–700 mg).

Ved HABiB-klinikken fikk noen pasienter «bonusdoser» med DAM regelmessig (én til tre ganger per uke) over definerte perioder som forsterkning ved oppnåelse av forhåndsdefinerte mål. Over årene fikk inntil 20 av de 47 pasientene som ble behandlet ved klinikken slike bonusdoser, oftest én gang per uke; ni pasienter fikk bonusdoser opptil to ganger per uke, og tre pasienter opptil tre ganger per uke. Median bonusdose var 40 mg (område 20–80 mg).

Mange pasienter fikk også forskrevet faste legemidler for andre fysiske og psykiske lidelser. Én måned etter oppstart fikk 38 % (n=50) slike legemidler, økende til 57 % (n=44) etter ett år. De mest utbredte legemidlene var benzodiazepiner forskrevet til 42 % (n=21)

etter én måned og 25 % (n=11) etter ett år. Legemidler for fysiske sykdommer (for eksempel antikoagulasjon, antidiabetika, antihypertensiva eller vitaminer) ble forskrevet til 40 % (n=20) etter én måned og 68 % (n=30) etter ett år. Legemidler for å forebygge eller håndtere DAM-relaterte allergiske reaksjoner var også vanlige, 18 % (n=9) fikk forskrevet slike legemidler etter én måned og 9 % (n=4) etter ett år. Andre regelmessig forskrevne legemidler omfattet antipsykotika, antidepressiva, antiepileptika og avføringsmidler. Noen få pasienter fikk smertestillende legemidler (både opioide og ikke-opioide, inkludert antiinflammatoriske legemidler og paracetamol). Noen pasienter fikk også behandling for hepatitt C og hiv.

Somatisk belastning i HAB-populasjonen

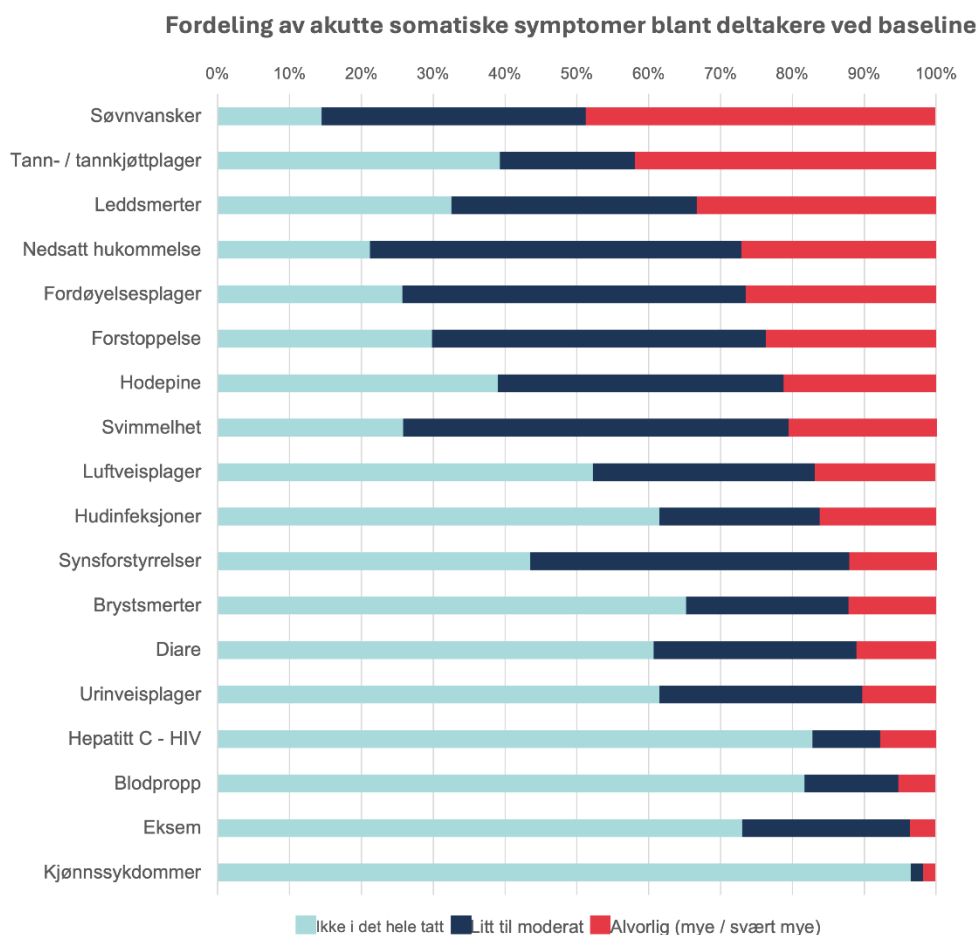
Symptomprofilene i HAB-populasjonen viste to delvis ulike dimensjoner av somatisk belastning. Den første, og kvantitativt dominerende, dimensjonen bestod av svært utbredte symptomer som påvirket daglig fungering. Ved baseline var alvorlige søvnproblemer (48,7 %), tann-/munnhelseplager (41,9 %) og alvorlige leddsmerter (33,3 %) særlig fremtredende. Den andre dimensjonen bestod av mindre utbredte, men klinisk mer alvorlige tilstander med risiko for akutte eller livstruende komplikasjoner. Dette inkluderte bryst smerter (34,8 % prevalens ved baseline; 12,8 % alvorlige symptomer) og blodpropprelaterte symptomer (18,3 % ved baseline; 4,5 % alvorlige symptomer) (se **Supplerende Figur A**).

Oppfølgingsdata viste reduksjoner innen begge dimensjoner. De største absolutte forbedringene ble observert i den høy-prevalente dimensjonen: søvnproblemer ble redusert med 13,7 prosentpoeng, leddsmerter med 13,2 prosentpoeng og tannhelseplager med 12,8 prosentpoeng. Innen den mer akutte og høy-risiko dimensjonen ble prevalensen av alvorlige bryst smerter redusert fra 12,8 % til 3,0 %, mens blodpropprelaterte symptomer ble redusert fra 18,3 % til 6,0 %, uten at noen deltakere rapporterte alvorlige symptomer ved oppfølging.

Samtidig viste resultatene at den somatiske belastningen fortsatt var betydelig ved oppfølging, hvor over én tredjedel fortsatt rapporterte alvorlige søvnproblemer (35,8 %) og én femtedel rapporterte alvorlige leddsmerter (20,8 %) etter ett år. Dette understreker behovet for vedvarende og tverrfaglig somatisk oppfølging i målgruppen.

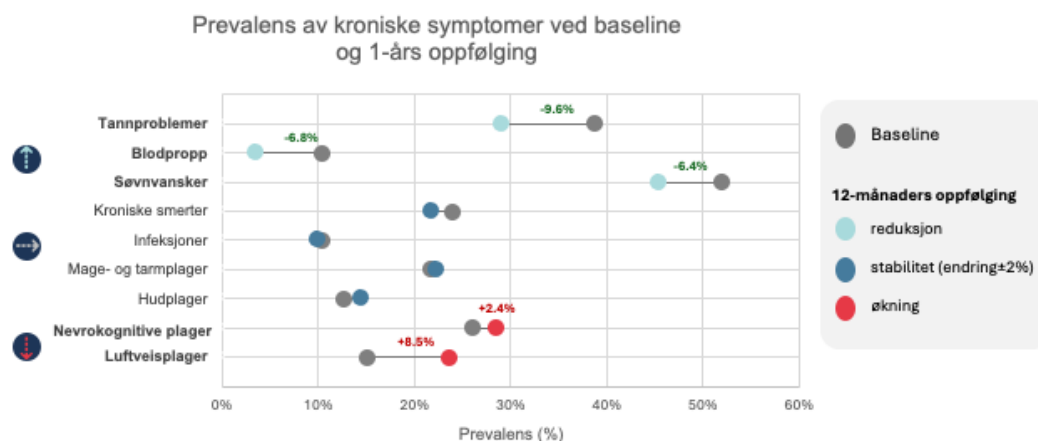
Selv om funnene er basert på selvrapporterte symptomer, kan resultatene tyde på at tidlig medisinsk screening og tettere somatisk oppfølging kan bidra til å redusere risikoen for alvorlige vaskulære komplikasjoner i denne gruppen. Mer overordnet kan den intensive og integrerte oppfølgingen i HAB gi en viktig mulighet for tettere somatisk oppfølging og tverrfaglig behandling hos personer med høy medisinsk sårbarhet og omfattende udekkede helsebehov.

Supplerende Figur A: Fordeling av akutte somatiske symptomer



Fordeling av akutte somatiske symptomer blant deltakere ved baseline (n=117). Figuren viser den prosentvise fordelingen av 18 somatiske symptomer rapportert de siste tre månedene, fordelt på tre alvorlighetsgrader: ikke i det hele tatt (lys turkis), litt til moderat (mørk blå) og alvorlig (mye/svært mye, rød). Søvnvansker, ledssmerter og nedsatt hukommelse var blant symptomene med høyest andel alvorlige rapporteringer. Samlet sett indikerer figuren en betydelig symptombyrde i utvalget ved baseline, med stor variasjon i alvorlighetsgrad på tvers av symptomkategoriene. På grunn av pågående rekruttering gjenspeiler utvalgsstørrelsene ved senere måletidspunkt hvor lenge deltakerne har vært med i programmet, og ikke nødvendigvis at deltakere har sluttet.

Supplerende Figur B: Prevalens av kronisk symptombelastning på tvers av symptomdomener fra baseline til 12-måneders oppfølging.



Figuren viser andelen deltakere som rapporterte symptomer innen hvert kroniske symptomdomene ved baseline (mørk grå) og ved 12-måneders oppfølging. En lyseblå prikk indikerer en reduksjon i symptomprevalens over tid, mens en blå prikk indikerer relativ stabilitet (endring innen ± 2 %). En rød prikk indikerer en økning i symptomprevalens. Tallet over hver forbindelseslinje viser endringens størrelse, uttrykt som absolutt prosentpoengforskjell mellom baseline og 12-måneders oppfølging

Prevalensen av kronisk symptombelastning viste ulike utviklingsmønstre på tvers av symptomdomener i løpet av 12-månedersperioden. Søvnvansker var det mest prevalente symptomdomenet både ved baseline (52 %) og oppfølging (46 %), etterfulgt av tannproblemer (39 %) og nevrokognitive symptomer (26 %). De største reduksjonene i prevalens ble observert for tannproblemer (-9,6 prosentpoeng), vaskulære risikomarkører som blodpropprelaterte symptomer (-6,8 prosentpoeng), og søvnvansker (-6,1 prosentpoeng). Respiratoriske symptomer (+8,6 prosentpoeng) og nevrokognitive symptomer (+2,4 prosentpoeng) økte derimot over tid, mens gastrointestinale, dermatologiske, infeksjonsrelaterte og kroniske smertesymptomer forble relativt stabile, definert som endringer innen ± 2 prosentpoeng.

Samlet sett tyder funnene på en delvis bedring på tvers av flere kroniske somatiske symptomdomener, selv om betydelig symptombyrde vedvarte på tvers av flere områder ved oppfølging.

Den intensive og integrerte strukturen i HAB gir en viktig mulighet for tettere somatisk oppfølging, tidligere identifisering av medisinske komplikasjoner og tilgang til tverrfaglig behandling. Samtidig kan den krevende naturen av intensiv HAB-deltakelse bli stadig mer utfordrende for pasienter som opplever forverring i fysisk eller psykisk helse, særlig når regelmessig klinikkovervåking ikke lenger er gjennomførbart. Dette understreker

viktigheten av vedvarende og tilpasset somatisk oppfølging som forblir responsiv gjennom hele behandlingsforløpet. Ytterligere analyser knyttet til somatisk sårbarhet og medisinsk motivert behandlingsavbrudd er presentert i **Vedlegg 3**.

Oral helse og tilgang til tannhelsetjenester

Selvrapportert oral helse viste noe forbedring i løpet av 12 måneders oppfølging. Andelen deltakere som vurderte sin orale helse som svært god/god økte fra 14 % ved baseline til 22 % ved oppfølging, mens andelen som rapporterte verken god eller dårlig oral helse økte fra 18 % til 28 %.

Parallelt økte andelen deltakere som rapporterte tannlegebesøk i løpet av de siste 0–2 årene fra 69,8 % ved baseline til 83,9 % ved oppfølging, mens andelen som oppga siste tannlegebesøk for 3–5 år siden ble redusert fra 16,8 % til 9,7 %.

Analyser på individnivå viste at 39,1 % av deltakerne rapporterte forbedret oral helse over tid, mens 42,2 % forble stabile og 18,8 % rapporterte forverring. Samlet sett tydet funnene på økt bruk av tannhelsetjenester i løpet av oppfølgingen, selv om oral helsebelastning fortsatt var betydelig hos en stor andel av deltakerne. Den økte bruken av tannhelsetjenester kan reflektere bedre tilgang til tannbehandling innenfor den integrerte medisinske og psykososiale oppfølgingen som tilbys i HAT.

Medisinsk sårbarhet og behandlingsavslutning

Skjemaer utfyllt av behandlingsspersonell indikerte betydelig medisinsk sårbarhet blant deltakere som avsluttet HAB i løpet av oppfølgingsperioden. Omtrent 44 % hadde rapporterte somatiske plager i løpet av behandlingsforløpet, og rundt én tredjedel hadde vært tilknyttet spesialiserte somatiske helsetjenester. Videre avsluttet omtrent én tredjedel HAB på grunn av medisinske, sikkerhetsmessige eller psykiatriske årsaker, noe som reflekterte forverring i fysisk eller psykisk helsetilstand.

Disse funnene understreker at somatiske og psykiatriske helsebehov i denne populasjonen er komplekse og krever kontinuerlig og dynamisk oppfølging, samt en fleksibel behandlingsmodell som kan tilpasses endrede kliniske behov gjennom behandlingsforløpet.

Vedlegg 4

Supplerende Tabell B: Kostnadsvekter benyttet i helseøkonomiske analyser (Norge, 2023 NOK)

Helsetjenesteforbruk ble tilordnet enhetskostnader basert på norske nasjonale kilder. Kostnader i primærhelsetjenesten ble estimert som omtrentlige fullkostnader inkludert både egenandeler og offentlige refusjoner.¹

Domene	Tjenestetype	Enhet	Enhets-kostnad (NOK)	Beskrivelse	Kilde / begrunnelse
Primærhelsetjeneste	Fastlege-konsultasjon	Per kontakt	1 000	Omtrentlig full kostnad inkludert refusjon, egenandel	HELFO-takster og estimerte totalkostnader
Primærhelsetjeneste	Legevakt	Per kontakt	3 350	Omtrentlig full kostnad	Kommunale kostnadsestimater
TSB	Døgn-behandling	Per ligge-døgn	8 500	Spesialisert døgnbehandling for ruslidelser	SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2023 / Helsedirektoratet
TSB	Dag-behandling	Per kontakt	2 000	Dagbehandling / dagkontakt	SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2023 / Helsedirektoratet
TSB	Poliklinikk	Per kontakt	1 200	Poliklinisk konsultasjon	SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2023 / Helsedirektoratet
Psykisk helsevern	Døgn-behandling	Per ligge-døgn	7 500	Psykiatrisk døgnbehandling	SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2023 / Helsedirektoratet
Psykisk helsevern	Dag-behandling	Per kontakt	1 800	Dagbehandling / dagkontakt	SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2023 / Helsedirektoratet
Psykisk helsevern	Poliklinikk	Per kontakt	1 100	Poliklinisk konsultasjon	SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2023 / Helsedirektoratet
Somatiske spesialisthelsetjenester	Døgn-behandling	Per ligge-døgn	9 500	Somatisk døgnbehandling	SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2023 / Helsedirektoratet
Somatiske spesialisthelsetjenester	Dag-behandling	Per kontakt	2 200	Somatisk dagbehandling / dagkontakt	SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2023 / Helsedirektoratet
Somatiske spesialisthelsetjenester	Poliklinikk	Per kontakt	1 300	Somatisk poliklinisk konsultasjon	SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2023 / Helsedirektoratet

¹ **Merknad.** Enhetskostnadene representerer omtrentlige gjennomsnittlige kostnader per kontakt eller liggedøgn og ble benyttet som pragmatiske kostnadsvekter for å estimere forskjeller i helsetjenesteforbruk mellom grupper. Kostnadene skal ikke forstås som eksakte regnskapskostnader eller DRG-refusjoner.

Supplerende Tabell C: Kostnadsvekter for kriminalitetsrelaterte utfall (Norge, 2023 NOK)

Utfall	Enhet	Kostnadsintervall (NOK)	Benyttet verdi	Beskrivelse
Kriminell aktivitet (samlet)	Per dag med kriminalitet	3 000–5 000	3 500	Gjennomsnittlig samfunnskostnad per dag med kriminalitet, inkludert politi, rettsapparat og samfunnsmessige konsekvenser
Eiendoms-kriminalitet	Per hendelse/dag	2 000–4 000	3 000*	Tyveri, innbrudd og relaterte lovbrudd
Narkotikarelatert kriminalitet	Per hendelse/dag	1 500–3 500	2 500*	Besittelse, omsetning og relaterte forhold
Voldskriminalitet	Per hendelse/dag	>10 000	Ikke modellert separat	Lavfrekvente, men potensielt høykostnadshendelser

I hovedanalysen ble det benyttet en konservativ gjennomsnittskostnad på 3 500 NOK per dag med kriminell aktivitet. Estimateret representerer en samlet kostnadsvekt på tvers av ulike kriminalitetstyper og ble brukt for å omregne endringer i hyppighet av kriminalitet til samfunnsøkonomiske kostnader. Estimateret er konservativt og fanger ikke fullt ut opp høykostnadshendelser eller bredere samfunnsmessige konsekvenser.

Metodiske styrker

- Studien bygger på detaljerte longitudinelle individdata fra det nasjonale evalueringssprosjektet for HAB og kombinerer informasjon om livskvalitet, behandlingsretensjon, helsetjenestebruk og kriminalitetsrelaterte utfall i ett samlet analytisk rammeverk.
- Studien representerer en praksis-nær evaluering av en liten, men svært belastet pasientgruppe med omfattende somatisk og psykisk komorbiditet, høy overdoserisiko og begrenset effekt av eksisterende behandlingstilbud, noe som gjør analysene særlig relevante for kliniske og helsepolitiske beslutninger.
- Gjentatte målinger over tid og koblingen mellom faktisk behandlingsaktivitet, behandlingdager og individfordelte kostnader gir et detaljert bilde av helseutvikling og ressursbruk i norsk HAB, selv om kostnadene kan være høyere enn ved fullt etablert drift.

Vedlegg 5

Henvisninger til HAB

Klinikkene har registrert alle henvisninger til HAB, inkludert hvem som henviste pasienten, og om henvisningen var primær eller sekundær. En primær henvisning innebærer at den kommer fra en ekstern instans, mens sekundær innebærer at pasienten allerede var i konvensjonell LAR. Klinikkene registrerte også om henvisningene ble innvilget eller avslått, og begrunnelsen for avslag. For kategorisering av henvisere og begrunnelser for avslag (se **Supplerende Tabeller D og E**).

I perioden fra klinikkene åpnet tidlig i 2022 og frem til slutten av evalueringsperioden i desember 2025, mottok klinikkene 280 henvisninger vedrørende 224 pasienter (180 i Oslo og 100 i Bergen). Totalt gjaldt 75 % av henvisningene mannlige pasienter, med 75 % både i Oslo og Bergen. Gjennomsnittsalderen for de henviste pasientene var 45 år, med en gjennomsnittsalder på 45 år i Oslo og 44 år i Bergen (se **Supplerende Tabell F**).

De fleste henvisningene (62 %) ble kategorisert som sekundære, det vil si at pasienten allerede var i konvensjonell LAR (53 % av henvisningene i Oslo; 77 % av henvisningene i Bergen). Totalt ble 38 % av henvisningene avslått, med 39 % av henvisningene i Oslo og 36 % av henvisningene i Bergen. Blant pasienter med avslag på henvisning var 73 % menn, og gjennomsnittsalderen var 44 år (se **Supplerende Tabell F**).

De fleste henvisningene kom fra den konvensjonelle LAR-tjenesten ved samme sykehus, det vil si 49 % totalt, 34 % i Oslo og 76 % i Bergen. Den nest vanligste henviseren var Arbeids- og velferdsetaten (NAV) med 11 % totalt, og 11 % både i Oslo og Bergen. Lavterskel rusomsorgstjenester var den tredje vanligste henviseren og sto i gjennomsnitt for 11 % av henvisningene. Denne andelen stammet utelukkende fra Oslo (17 %), med ingen slike henvisninger i Bergen. Fastleger sto for 9 % av henvisningene, med 18 % av henvisningene i Oslo og 6 % av henvisningene i Bergen (se **Supplerende Tabell D**).

Førtifire prosent av alle henvisninger og 42 % av avslagene kom i løpet av det første året. Den gjennomsnittlige årlige avslagsraten var 38 %, med variasjon fra 36 % til 43 % (se **Supplerende Tabell G**).

Den vanligste begrunnelsen for avslag var «inntaksstopp», det vil si at klinikken midlertidig hadde stanset inntak av nye pasienter. Dette utgjorde 16 % av avslagsgrunnene totalt, 23 % av avslagene i Oslo og 3 % i Bergen. Syttien prosent av avslag kategorisert som «inntaksstopp» kom i løpet av det første året, og resten i løpet av det andre året, noe som indikerer at klinikkene mottok flere henvisninger enn de kunne behandle i oppstartsfasen. Andre vanlige begrunnelser for avslag var ikke å være i målgruppen (totalt 15 %: Oslo 11 %; Bergen 22 %), at annen behandling, som konvensjonell LAR, ble vurdert som mer egnet (totalt 14 %, Oslo 20 %, Bergen 3 %), voldsrisiko (totalt 13 %, Oslo 14 %, Bergen

4 %) og at nye legemidler ble tilgjengelige i konvensjonell LAR (totalt 11 %, Oslo 7 %, Bergen 19 %).

Hovedpunkter:

- I løpet av de første fire årene etter at klinikkene åpnet, ble det mottatt 280 henvisninger.
- De fleste henvisningene kom fra LAR, etterfulgt av Arbeids- og velferdsetaten (NAV), lavterskel rusomsorgstjenester og fastleger.
- Førtifire prosent av henvisningene og 42 % av avslagene kom i løpet av det første året.
- Den vanligste begrunnelsen for avslag var «inntaksstopp» (første og andre driftsår), etterfulgt av «ikke i målgruppen», «annen behandling vurdert som mer egnet (dvs. LAR)», «voldsrisiko» og «andre legemidler blir tilgjengelige i LAR».

Supplerende Tabell D: Henvisere

	HAB-totalt (n=280)		HABiB (n=100)		HABiO (n=180)	
	n	%	n	%	n	%
Spesialist helsetjeneste TSB Annet Helseforetak (inkl LAR)	7	2,5			7	3,9
Spesialist helsetjeneste TSB (Ikke LAR)	4	1,4	1	1,0	3	1,7
Spesialist helsetjeneste LAR	138	49,3	76	76,0	62	34,4
Spesialist helsetjeneste Intern lege HAB	2	0,7			2	1,1
Spesialist helsetjeneste PSYK	10	3,6	1	1,0	9	5,0
Spesialist helsetjeneste SOMA	6	2,1	3	3,0	3	1,7
Ambulerende tjeneste PSYK (FACT, APAS)	6	2,1			6	3,3
Kommunalt Rustiltak	5	1,8			5	2,8
Lavterskel LAR (LARUS, LASSO)	9	3,2	1	1,0	8	4,4
Lavterskel rustiltak (kommunalt, privat)	31	11,1			31	17,2
Fastlege	24	8,6	6	6,0	18	10,0
NAV	31	11,1	11	11,0	20	11,1
Brukerorganisasjon (FHN)	3	1,1			3	1,7
Pasient selvhenvising (klage)	4	1,4	1	1,0	3	1,7
Total	280	100,0	100	100,0	180	100,0

Supplerende Tabell E: Årsak for avvisning

	HAB-Totalt 107/280		HABiB 36/100		HABiO 71/180	
	n	Valid %	n	Valid %	n	Valid %
Annen behandling bedre egnet (LAR)	15	14,0	1	2,8	14	19,7
Alvorlig psykisk lidelse	5	4,7			5	7,0
Voldsrisiko	14	13,1	4	4,0	10	14,1
Alvorlig fysisk sykdom	2	1,9			2	2,8
Ikke i målgruppen (lite heroinbruk, inhalasjon, ung alder, smertebehandling, annet sykehus)	16	15,0	8	22,2	8	11,3
Medikamentell årsak -> Nye legemidler i LAR	12	11,2	7	19,4	5	7,0
Annet	5	4,7	1	2,8	4	5,6
Ikke møtt til vurderingssamtale	7	6,5	7	19,4		
Redusert kognitiv funksjon	1	0,9	1	2,8		
Pasientens eget ønske (LAR, TSB)	7	6,5	6	16,7	1	1,4
Inntaksstopp/-pause	17	15,9	1	2,8	16	22,5
Voldsrisiko og alvorlig psykisk lidelse	2	0,7			2	2,8
Vurdert å ikke kunne møte til HAB (pga fysisk eller psykisk årsak)	4	1,4			4	5,6
TOTAL	107	100,0	36	100,0	71	100,0

Supplerende Tabell F: Alder, kjønn, henvisnings- og inklusjonstype, totalt og fordelt på klinikkene

	HAB total (n=280)		HABiB (n=100)		HABiO (n=180)	
	n	%	N	%	n	%
Alder*	44,87	0,601 [22-68]	43,80	0,970 [26-68]	45,46	0,763 [22-68]
Kjønn (M)	210	75,0	75	75,0	135	75,0
Henvisningstype (sekundær)	173	61,8	77	77,0	96	53,3
Inklusjon (Nei)	107	38,2	36,0	36,0	71	39,4
	HAB-total (n=280)		HAB-Inkludert (n=173)		HAB – avvist (n=107)	
	n	%	N	%	n	%
Alder*	44,87	0,601 [22-68]	45,29	0,710 [25-68]	44,19	1,077 [22-68]
Kjønn (M)	210	75,0	132	76,3	78	72,9

HAB: heroin-assistert behandling; HABiB: HAB i Bergen; HABiO: HAB i Oslo;

*mean, SE range [min-max];

mean: gjennomsnitt; SE: standard feil for gjennomsnitt;

range [min-max]: Spenn [minimums verdi til maksimums verdi]; n: antall; %: prosent

Supplerende Tabell G: Oversikt over årlige mottatte henvisninger og avslag

	Henvisninger HAB Totalt (n=280)		Avvisninger HAB Totalt (n=107)		
	n	Prosentvise henvisninger totalt (%) ¹	n	Årlig avvisningsrate (%) ²	Prosentvise avvisninger totalt (%) ³
SUM 2022	124	44,3	45	36,3	42,1
SUM 2023	46	16,4	18	39,1	16,8
SUM 2024	55	19,6	24	43,6	22,4
SUM 2025	55	19,6	20	36,4	18,7
Total 2022-2025	280	100	107	38,2	100

¹ årlige henvisninger / totalt antall henvisninger

² årlig antall avvisninger/ årlig antall henvisninger

³ årlige avvisninger/ totalt antall henvisninger

Vedlegg 6

6.a Ansatte

I april 2026 fikk ansatte tilsendt et kort spørreskjema om holdninger og erfaringer med HAB, utarbeidet spesielt til denne rapporten. Skjemaet ble sendt til alle ansatte via ledelse og 27 svarte. Denne delen er metodisk adskilt fra funnene presentert i **Kapittel 6.3** og er utarbeidet som en del av den avsluttende evalueringen.

Oppsummeringen nedenfor syntetiserer svarene fra ansatte ved de to HAB-klinikkene. Den løfter fram gjennomgående temaer knyttet til organisering, daglige rutiner, bemanning og arbeidsbelastning, sikkerhet, ressursbruk, integrasjon med annen legemiddelasistert substitusjonsbehandling (LAR), hva som fungerer godt, hovedutfordringer, og prioriterte ønsker for endring. Funnene presenteres tematisk og gjenspeiler samlede vurderinger fra flere respondenter ved begge klinikker.

Overordnet inntrykk

Ansattes svar viser gjennomgående positive vurderinger av klinikkenes organisering, daglige rutiner og pasientsikkerhet, samtidig som det er tydelige bekymringer knyttet til bemanningsmønstre, topper i arbeidsbelastning, driftsmessig ineffektivitet, og praktiske konsekvenser av å integrere HAB i ordinær LAR. Respondentene trakk fram både hva de opplevde som mest meningsfullt (relasjonsarbeid og å oppleve pasientframgang), og mest belastende (gjentatt stress, pasientkonflikter og usikkerhet om ressurser). Det var bred støtte til å videreføre HAB, men mer delte meninger om eventuell samlokalisering eller å slå sammen HAB og LAR praktisk eller administrativt.

Viktige styrker:

Klinikkorganisering og rutiner

De fleste oppga at klinikkene er godt organisert, og at daglige rutiner og arbeidsflyt fungerer bra. Ansatte verdsatte kontinuiteten i å jobbe i små, faste team og å møte pasientene to ganger daglig. Dette fremmer relasjonsbygging, tidlig oppdagelse av helsemessige endringer og god oppfølging av fysiske sykdommer.

Pasientutfall og opplevelse av meningsfullt arbeid

Mange ansatte beskrev tydelige, konkrete gevinster for pasientene (som bedre livskvalitet, redusert kriminalitet eller risikoadferd, og økt stabilitet). Muligheten til å følge pasientene tett over tid og bygge tillit ble gjentatte ganger trukket frem som den mest givende delen av arbeidet.

Sikkerhet og kompetanse

Et flertall opplevde pasientsikkerhet og ansattes sikkerhet som godt ivaretatt. Respondentene uttrykte tillit til kollegenes kompetanse og opplevde at kjerneoppgavene i klinikken blir håndtert på en faglig ansvarlig måte.

Hovedbekymringer og driftsutfordringer rapportert av ansatte

Vedvarende misforhold mellom topper i arbeidsbelastning/-intensitet og bemanning:
Ettermiddager (etter ca. kl. 15.30) og helger ble ofte beskrevet som sårbare perioder, med færre ansatte på jobb, samtidig som flere krevende pasientsituasjoner gjerne oppstår. Flere respondenter etterlyste ekstra bemanning seint på dagen og i helgene.

Ujevn fordeling av oppgaver og belastning:

Ansatte påpekte at noen i kollegiet ivaretar en større del av arbeidsbyrden enn andre. Bemanningsmodeller/-ordning og turnusplanlegging ble trukket fram som områder med forbedringspotensial.

Fravær og sykefravær økte presset på de som var på jobb:

Særlig i perioder med høy intensitet opplevde ansatte at fravær og sykefravær forsterket belastningen på resten av personalet.

«Dødtid» mellom doseringene:

Det ble rapportert om perioder med lite direkte pasientrettet aktivitet mellom doseringstidspunktene. Ansatte foreslo at denne tiden kunne brukes til mer systematisk oppfølging av fysiske sykdommer, dokumentasjon eller annen pasientoppfølging.

Vurderinger av integrering av HAB i LAR

Bekymringer for samlokalisering av HAB- og LAR-pasienter:

Noen ansatte uttrykte bekymring for at samlokalisering av HAB- og LAR-pasienter kunne ha utilsiktede konsekvenser, blant annet ved å virke destabiliserende for enkelte pasienter, bidra til normalisering av heroinbruk eller øke konfliktnivået knyttet til ulike medikamentregimer og inntakskriterier.

Delte meninger om integrering:

Mange var i prinsippet åpne for en form for integrering, men forutsatt nøye planlegging der HABs tette oppfølging ivaretas, fysisk adskillelse (for eksempel felles bygg, men separate klinikkarealer), og at bemanning, opplæring, og medisinsk tilgjengelighet styrkes. Noen pekte på mulige gevinster som deling i bruk av ressurser, bedre medisinsk tilstedeværelse og smidigere overgangsløsninger for pasienter.

Risikoer og faglige innvendinger:

En rekke ansatte uttrykte bekymring for økt klinisk kompleksitet, økt sikkerhetsrisiko, mer administrativt arbeid med tap av den nære, traumeorienterte tilnærmingen som preger HAB i dag. Flere understreket at LAR og HAB krever ulike driftsmodeller og kompetanse, og argumenterte for at HAB bør videreføres som et eget tilbud – eventuelt som en tydelig definert enhet innenfor en større LAR-struktur.

6.b. Pasienter og tjenestebrukere

ProLAR Nett deltok som brukerorganisasjon både i planlegging av prøveprosjektet for heroinassistert behandling (HAB) før oppstart og gjennom de påfølgende 5 årene av prosjektet, og bidrar i evalueringsrapporten med perspektiver og vurderinger basert på eget arbeide innen prøveprosjektet.

Følgende vurderinger og anbefalinger er utarbeidet av ProLAR Nett og en brukerrepresentant (pasient). De bygger på fire workshoper med pasienter i Oslo og Bergen, jevnlig samtaler med pasienter, pasientintervjuer og annen medvirkning i HAB:

- *Mulighet for utdeling av diacetylmorfin (DAM) i tablettform gjennom lokale apotek, på samme måte som ved ordinær LAR-medikasjon.*
- *Mulighet for at HAB-legen kan fungere som pasientens fastlege. Denne legen vil ofte ha mer relevant kompetanse og være mindre tilbakeholden med å forskrive A- og B-preparater når det er faglig indikasjon for det. Dette kan motvirke dagens situasjon, der noen pasienter får forskrevet benzodiazepiner av fastlegen, mens andre for eksempel kun får antipsykotika eller antihistaminer mot søvnevansker og angst.*
- *Færre ansatte: Det oppleves som at det jobber betydelig færre ansatte i sprøyterom, hvor de håndterer en mer uforutsigbar pasientgruppe enn i HAB. Kostnader kan potensielt reduseres ved å samlokalisere LAR og HAB i samme bygg, eventuelt fysisk atskilt. Tilsvarende løsninger finnes både i Nederland og Tyskland.*
- *Mindre urettferdig/ulik behandling, samtidig som individuell tilpasning ivaretas: Alle har ulike behov og livssituasjoner, men de skal ha de samme rettighetene.*
- *Mindre motstand mot «rus»/sedasjon etter dosering: Det oppleves belastende å måtte «kjempe mot» effekten av legemiddelet, kun fordi sykepleiere i sin utdanning har lært at rus er skadelig. Dette bør ikke være utgangspunktet for HAB-programmer. Hvis en halvtime med «rus» om morgenen gjør at pasienten kommer seg gjennom resten av dagen uten å måtte ta tilleggsopioider, har dette en terapeutisk og forebyggende effekt. Det bør være enklere å titrere/trappe opp til en dose som gir en slik terapeutisk effekt.*
- *Det bør være ansatte med egenerfaring ved klinikkene, som kan «bygge bro» mellom pasienter og behandlere.*
- *Bruke et navn som for eksempel «diacetylmorfinassistert behandling» i stedet for «heroin», for å unngå tabloide og negative assosiasjoner og stigma som følger med begrepet «heroin».*
- *Jobbe aktivt ut mot brukergruppene - gjerne sammen med frivillige pasienter - for å spre informasjon og rekruttere personer som fortsatt bruker gateheroin.*
- *Knuse tablettene foran pasienten slik at de kan være sikre på at de får korrekt dose, og for å forebygge feil i doseringen.*

ProLAR Netts oppsummering og avsluttende kommentarer:

Vi ser en tydelig forbedring både helsemessig og med hensyn til fornøydhets med denne behandling kontra ordinær LAR-behandling.

Så å si alle i behandling gir uttrykk for at dette reddet deres liv, eller gjorde det mulig å endre et destruktivt liv på illegale rusmidler. Gjennom intervjuer og workshops har vi sett dette fra vårt perspektiv og kan på det sterkeste anbefale at behandlingen videreføres for denne pasientgruppen. Vi tror også det er mulig å få endret praksis til det bedre ved å følge utvikling også internasjonalt vedrørende HAB hvor ifra det kan hentes lærdommer fra gode praksiser og ulike måter å organisere behandlingen på.

Gjennom disse årene har vi også sett ulemper ved driftsorganisering som vi har opplevd som negativt eller uhensiktsmessige, noe som kan ha påvirket etterspørsel og satt prosjektet i uheldig ramme, på grunn av interne regler i klinikkene og metode. Dette vil vi komme tilbake til i en senere anledning. Forskerne har etter vår erfaring også sett dette.

Vi vil allikevel være tydelige på at HAB prosjektet har reddet liv, og vil kunne gjøre dette i årene som kommer. Vi vil på det sterkeste anbefale en videreføring i Bergen og Oslo.

6.c. Innspill fra naboer i Bergen

Følgende avsnitt presenterer et ordrett sammendrag av kommentarer fra beboere som deltok i naboforumet i Bergen. Deltakerne som har bidratt, har gjennomgått og godkjent at sammendraget inkluderes i denne rapporten.

Erfaringer med etableringen av HAB - Engenhuset

Engenhuset er lokalisert i Bergen sentrum ved Nøstet og Engen. Området har siden 1700-tallet rommet ulike helseinstitusjoner både somatiske og psykiatriske sykehus [34]. Nabolaget består av småhusbebyggelse, større leilighetskomplekser samt barnehage, universitet, syke- og aldershjem og næringsvirksomhet.

Etableringen av Helsehuset og involvering av nabolaget

Ved etableringen av Engenhuset, som omfatter blant annet korttidssengpost, poliklinikk, forskning og heroinassistert behandling, ga naboene - representert ved Sydnes Vel - uttrykk for at de ikke ble tilstrekkelig varslet eller orientert om endringen i bruken av bygget, herunder planlegging, prosjektering eller beslutningsprosesser knyttet til etableringen av Engenhuset. Engenhuset har tidligere huset et LAR-senter under drift av Bergen kommune. Samtidig var det flere hospitser i området. Erfaringene fra denne perioden har gitt beboerne negative inntrykk, særlig knyttet til tyveri, åpen bruk og omsetting av rusmidler, samt uro og bråk.

Det første organiserte nabomøtet ble gjennomført høsten 2021 med deltakelse fra Rus- og avhengighetsklinikken, velforeningen og beboere i området. I møtet opplevde velforeningen at det forelå betydelige forventningsforskjeller mellom helseforetaket og beboerne, særlig når det gjaldt informasjonsbehov, ansvarsforhold og vurderinger av konsekvenser for nabolaget. Spørsmål knyttet til konsekvensutredninger og håndtering av mulige nabolagsutfordringer ble reist uten at velforeningen opplevde at det ble gitt tilstrekkelige avklaringer i møtet. I perioden etterpå var kommunikasjonen mellom velforeningen og ledelsen av helseforetaket begrenset. Senere (i 2026) har velforeningen etablert dialog med ledelsen i helseforetaket, med uttrykt ambisjon om å gjennomføre et nytt folkemøte for å klargjøre mer prinsipielle spørsmål om etableringen av Engenhuset herunder også ansvarsforhold mellom helseforetak, kommune og politi.

Kontaktorgan - dialog om løpende drift og hendelser i nabolageteHøsten 2024 ble det etablert et kontaktorgan hvor Bergen kommune ved koordinator for innsats mot åpne russcener, og det brukerstyrte tilbudet Huset Bergen også ble faste deltagere, i tillegg til velforeningen og Rus- og avhengighetsklinikken. Bergen politidistrikt deltok på enkelte møter. Møtene har fungert som arena for systematisk erfarings- og informasjonsdeling og har blant annet omhandlet om og i hvilket omfang man eventuelt har erfart synlig rusmiddelbruk, omsetning rusmidler, risikofyllt trafikkatferd, truster, tyveri og rusede personer i nabolaget fellesarealer siden sist møte. Kommunens koordinator for åpne rusområder har på møtene orientert om situasjonen knyttet til rusbruk og åpne rusområder i Bergen generelt. Medborgerskap har vært et tema. En gjennomgående

bekymring i nabolaget har vært at HAB-pasienter kunne bruke området som et uformelt oppholdssted mellom behandlingstidspunkter, med risiko for økt uro og etablering av et rusmiljø. Ifølge aktørene i kontaktorganet har det ikke blitt etablert et rusmiljø i området. Selv om enkelte pasienter oppholder seg i nærområdet, reiser de fleste hjem eller til andre steder mellom besøkene ved klinikken. Deltakerne i kontaktorganet beskriver samarbeidet som godt. Tiltak som er iverksatt inkluderer dialog mellom ansatte og pasienter om hensynsfull atferd i og rundt Engenhuset, utdeling av kontaktinformasjon til relevante aktører, samt videreføring av miljøvandringer og brobyggende arbeid gjennom Huset Bergen. Det er avtalt å videreføre møtene med omtrent seks ukers intervall, foreløpig planlagt frem til juni 2026.

Referanser

1. van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Koeter MW, van Zwieten BJ, van Ree JM: **Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials.** *BMJ* 2003, **327**(7410):310.
2. Westenberg JN, Meyer M, Strasser J, Krausz M, Dürsteler KM, Falcato L, Vogel M: **Feasibility, safety, and acceptability of intranasal heroin-assisted treatment in Switzerland: protocol for a prospective multicentre observational cohort study.** *Addict Sci Clin Pract* 2023, **18**(1):15.
3. Smart R: **Evidence on the Effectiveness of Heroin-Assisted Treatment.** Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2018.
4. Smart R, Reuter P: **Does heroin-assisted treatment reduce crime? A review of randomized-controlled trials.** *Addiction* 2022, **117**(3):518–531.
5. Ellefsen R: **Narkotikapolitikk i endring: Heroinklinikkenes oppkomst i Norge.** vol. 4. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*; 2024: 307–325.
6. Nesse L, Clausen T: **Treatment satisfaction among patients in opioid agonist treatment in Norway: A multicenter cohort study.** *Nordisk Alkohol Nark* 2025, **42**(4):353–364.
7. Olsen HL, Lundeberg I.R.: **Courts as policy actors: The blurring of punitiveness in Norwegian drug reform,** vol. 2. *Nordic Journal of Criminology*; 2025: 1–17.
8. Tverborgvik T, Stavseth MR, Lothe J, Havnes IA, Clausen T, Lindstad M, Rønning AR, Bukten A: **Levekår, rus og psykisk helse blant personer som har vært fengslet eller gjennomført straff i samfunnet: SERAF rapport 5/2024.** Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2024.
9. Waal H, Clausen T, Todd-Kvam J: **Bedre enn sitt rykte? Norsk ruspolitikk i internasjonalt lys.** *Rus & Samfunn.* <https://www.rus.no/fag/bedre-enn-sitt-rykte-norsk-ruspolitikk-i-internasjonalt-lys>; 2022.
10. Nougier M, Cots Fernández A: **The Global Drug Policy Index 2021.** London: Harm Reduction Consortium; 2021.
11. Dalsbø TK, Steiro AK, Hammerstrøm KT, Smedslund G: **Heroinassistert substitusjonsbehandling for personer med kronisk heroinavhengige.** Vol. 17. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
12. Sunhedsstyrelsen: **Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin til opioidafhængige patienter: Opgørelse over årene 2013-2020.** København: Sunhedsstyrelsen; 2021.
13. Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, Marchand K, MacDonald S, Lock K, Harrison S, Janmohamed A, Anis AH, Krausz M *et al*: **Hydromorphone Compared With Diacetylmorphine for Long-term Opioid Dependence: A Randomized Clinical Trial.** *JAMA Psychiatry* 2016, **73**(5):447–455.

14. Bukten AL, Lillevold PH, Skeie I, Clausen T: **SERAF RAPPORT 5/2025 - Statusrapport 2024**. Oslo: Norwegian Centre for Addiction Research - Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF); 2025.
15. McDonald R, Bech AB, Clausen T: **SERAF RAPPORT 2/2025 - Evaluering av implementeringen av revidert nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet**. Oslo: Norwegian Centre for Addiction Research - Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF); 2025.
16. Milella MS, D'Ottavio G, De Pirro S, Barra M, Caprioli D, Badiani A: **Heroin and its metabolites: relevance to heroin use disorder**. *Transl Psychiatry* 2023, **13**(1):120.
17. Behandlingscenter Odense: **Heroinbehandling**. <https://www.stofbehandlingen.dk/heroinbehandling>
18. Perneger TV, Giner F, del Rio M, Mino A: **Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments**. *BMJ* 1998, **317**(7150):13–18.
19. Schmitt-Koopmann C, Baud CA, Junod V, Simon O: **Switzerland's Dependence on a Diamorphine Monopoly**. In., vol. 13: 882299. *Front. Psychiatry*; 2022.
20. Eide D, Bjørnstad R, Brummer J, Dadras O, De Pirro S, Ellefsen R, Fadnes LT, Haukland V, Hesse M, Midsundstad L *et al*: **SERAF rapport 4/2024 Midtveisrapport om heroinassistert behandling fra 2022-2023**. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning; 2024.
21. Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A, van den Brink W, Haasen C, Schechter MT, Lintzeris N, Bell J, Pirona A, Oviedo-Joekes E *et al*: **Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction†**. *Br J Psychiatry* 2015, **207**(1):5–14.
22. Nosyk B, Guh DP, Bansback NJ, Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, Meikleham E, Schechter MT, Anis AH: **Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment**. *Cmaj* 2012, **184**(6):E317–328.
23. Helse- og omsorgsdepartementet: **Meld. St. 34 (2015–2016): Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering**; 2015–2016.
24. Helse- og omsorgsdepartementet: **Meld. St. 38 (2020–2021). Nytte, ressurs og alvorlighet: Prioritering i helse- og omsorgstjenesten**; 2020.
25. Bjørnelv GMW, Aas E: **Cost-effectiveness analysis: a framework for prioritisation criteria**. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2023, **143**(16).
26. Helse- og omsorgsdepartementet: **På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering**; 2015.

27. Byford S, Barrett B, Metrebian N, Groshkova T, Cary M, Charles V, Lintzeris N, Strang J: **Cost-effectiveness of injectable opioid treatment v. oral methadone for chronic heroin addiction.** *Br J Psychiatry* 2013, **203**(5):341–349.
28. Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W: **Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials.** *Bmj* 2005, **330**(7503):1297.
29. Chaudhary P, Fadnes LT, Fosse S, Chalabianloo F, Johansson KA: **Universal Health Coverage of Opioid Agonist Treatment in Norway: An Equity-Adjusted Economic Evaluation.** *Pharmacoeconomics* 2025, **43**(1):93–107.
30. Garratt AM, Stavem K, Shaw JW, Rand K: **EQ-5D-5L value set for Norway: a hybrid model using cTTO and DCE data.** *Quality of Life Research* 2025, **34**(2):417–427.
31. Bjørnelv GMW, Michel YA: **Kostnadseffektivitetsanalyser – hvordan beregnes helsegevinster?** *Tidsskr Nor Laegeforen* 2024, **144**(15).
32. Helsedirektoratet: **SAMDATA spesialisthelsetjenesten,**
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten>
33. Sveen CA, Pedersen G, Ulvestad DA, Zahl KE, Wilberg T, Kvarstein EH: **Societal costs of personality disorders: A cross-sectional multicenter study of treatment-seeking patients in mental health services in Norway.** *Journal of Clinical Psychology* 2023, **79**(8):1752–1769.
34. Hartvedt GH, Skreien N: **Bergen byleksikon - Engensenteret,**
<https://www.bergenbyarkiv.no/bergenbyleksikon/arkiv/1424347>