

 SINTEF		SINTEF RAPPORT	
		TITTEL	
		Rusklienter og tjenester før 'rusreformen' En tverrsnittundersøkelse	
SINTEF Unimed Postadresse: 0314 Oslo Besøksadresse: Forskningsveien 1 Telefon: 22 06 73 00 Telefaks: 22 06 79 09 Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MV A		FORFATTER(E) SINTEF: Tonje Gundersen, Lisbet Grut, Mitch Loeb, Torleif Ruud Rogalandsforskning: Tone Eikeland, Sverre Nesvåg, Espen Olsen	
		OPPDRAAGSGIVER(E)	
		Sosial- og helsedirektoratet avdeling for spesialisthelsetjenester	
RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAAGSGIVERS REF.	
STF78 A044513	Åpen	Mari Trommald	
GRADER. DENNE	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER
Åpen	82-14-03514-7	78G019	71 s + 11 vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN. SIGN.)	VERIFISERT AV (NAVN. SIGN.)
		Lisbet Grut	Torleif Ruud <i>Torleif Ruud</i>
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN. STILLING. SIGN.)	
	01.11.2004	Arne H. Eide, forskningssjef <i>Arne H. Eide</i>	
SAMMENDRAG			
Rapporten beskriver tilbudet til rusmiddelmissbrukere, og deres behov, slik dette vurderes av tjenesteapparatet. Det belyses hvilke virkemidler og tiltak som står til rådighet, hvilke behov det registreres at rusmiddelmissbrukere har og graden av udekkede behov. Som forventet er den største klientbelastningen i de fire største byene, særlig narkotikamisbrukere, disse legger også beslag på flest ressurser. Problematikken er kompleks med både somatiske og psykiske helseproblemer sammen med et langvarig rusmiddelmissbruk. Problemene er trolig større enn det som er fanget opp her, særlig i byene der mange konsulenter oppgir at de er ukjente med om klientene har somatiske og/eller psykiske helseproblemer. De fleste klienter som henvender seg får et tilbud, men ikke nødvendigvis et tilbud som svarer på det behovet som er registrert. Det er en rekke mangler når det gjelder tjenestetilbudet, særlig er tiltak som skole/voksenopplæring, egen bolig, støttekontakt/sosial aktivisering er dårlig dekket. Ventetiden for å få plass ved et spesialisert tiltak varierer, men mange venter kortere enn på forhånd antatt. De fleste som får tilbud om spesialiserte tiltak, eller som oppholdt seg der på kartleggings-tidspunktet, har fått slike tilbud tidligere.			
	NORSK		ENGELSK
GRUPPE 1	Helse		Health
GRUPPE 2	Rusmiddelmissbruk		Drug abuse
EGENVALGTE	Sosiale tjenester		Social services

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	7
1 Innledning	13
1.1 Bakgrunn for kartleggingen.....	13
1.2 Prosjektets målsetning og fremgangsmåte	14
2 Føringer som ligger til grunn for de sosiale tjenestene.....	17
2.1 Sosialtjenestens oppgave overfor rusmiddelmisbrukere.....	17
2.1.1 Sosialtjenesteloven.....	17
2.1.2 Samarbeid og oppgavefordeling 2003	17
2.1.3 Individuelle planer.....	18
2.1.4 Legemiddelassistert rehabilitering - LAR.....	18
3 Materiale og metode.....	19
3.1 Kommunene	19
3.1.1 Svarfordeling sosialtjenesten i kommunene	19
3.1.2 Svarfordeling fastlegene.....	20
3.1.3 Statistisk analyse for kommunedata	21
3.2 Spesialiserte tiltak innen rusmiddelomsorgen	21
4 Sosialtjenesten.....	23
4.1 Ressurser i sosialtjenesten.....	23
4.2 Organisering og virkemidler ved sosialtjenestene	24
4.3 Arbeidsmengde og belastning for konsulentene.....	26
4.3.1 Oppsummering	28
4.4 Klientkonsultasjoner i uke 46	29
4.4.1 Ressurser og arbeidsbelastning i uke 46.....	29
4.4.2 Type rusmiddelmisbruk	30
4.4.3 Konsultasjoner med klienter som har psykiske og/eller somatiske helseproblemer.....	31
4.4.4 Stort misbruk av minst ett rusmiddel	32
4.4.5 Varighet mer enn fem år	32
4.4.6 Tunge rusmiddelmisbrukere.....	33
4.4.7 Oppsummering	33
4.5 Behandlingsrettede tiltak utenfor sosialtjenesten i uke 46	34
4.5.1 Oppsummering	36

4.6	Forholdet mellom klientens behov og tilbudte tiltak, uke 46	37
4.6.1	Behov og tiltak i forhold til rusmiddelmisbruk.....	40
4.6.2	Byer, bykommuner og resten av landet.....	40
4.6.3	Forskjeller i behov og tilbudte tiltak mellom alkohol/medikamentmisbrukere og narkotikamisbrukere.....	41
4.6.4	Konsulentenes forklaring på hva gapet mellom behov og tiltak skyldes	41
4.6.5	Oppsummering	41
4.7	Samarbeid om rusmiddelproblematikk	42
4.7.1	Oppsummering	43
5	Fastlegene	45
5.1	Andel pasienter med et identifisert rusmiddelmisbruk	45
5.2	Konsultasjons hyppighet og pasientenes behov under konsultasjon	46
5.3	Misbrukets varighet og målsetning i forhold til rusmiddelmisbruket	48
5.4	Helseproblem og rusmiddelmisbruk.....	49
5.5	Legemiddelassistert rehabilitering for narkotikamisbrukere	49
5.6	Fastlegens samarbeid med sosialtjenesten og familie/pårørende	50
5.6.1	Oppsummering	51
6	Tiltak for rusmiddelmisbrukere.....	53
6.1	Inndeling av rustiltak (rusinstitusjoner)	53
6.2	Klientprofil ved institusjonene	54
6.2.1	Sosiodemografiske opplysninger og livssituasjon	54
6.2.2	Klientprofilen ved ulike typer institusjoner	54
6.2.3	Type og alvorlighetssgrad av rusmiddelmisbruk	55
6.2.4	Tunge rusmiddelmisbrukere.....	55
6.2.5	Type misbruk og institusjonstype	56
6.2.6	Somatiske og psykiske helseproblemer	56
6.2.7	Type helseproblem etter institusjonstype	57
6.2.8	Omfang av tidligere tilbud	57
6.2.9	Oppsummering om klientene og deres problemer	58
6.3	Mottatte tilbud og udekkede behov	58
6.3.1	Kommunale tilbud	60
6.3.2	Tilbud innen økonomi og arbeid	60
6.3.3	Tilbud innen rusomsorg og institusjoner	61

6.3.4	Status for LAR blant klienter med misbruk av heroin/opiater.....	61
6.3.5	Tilbud i somatiske sykehus	61
6.3.6	Tilbud i psykisk helsevern.....	61
6.3.7	Hvilke tilbud det er størst behov for	62
6.3.8	Hvilke behov er dårligst dekket	62
6.3.9	Misbruksproblematikk og målsetninger	63
6.3.10	Ventetid	64
6.3.11	Oppsummering om udekkede behov og tilbud	64
6.4	Samarbeid og koordinering	65
6.4.1	Hvilke instanser rusinstitusjonene samarbeidet med	65
6.4.2	Hvilke klientgrupper det samarbeides om	66
6.4.3	Omfang av koordinering	66
6.4.4	Oppsummering om samarbeid og koordinering	67
6.5	Årsaker til at tilbudet ikke er tilstrekkelig	67
6.5.1	Oppsummering	68
7	Sluttkommentar	69
8	Referanser	71
	Vedlegg	73

Tabell- og figuroversikt

Tabell 3-1	Antall sosialtjenester som har svart etter kommune	20
Tabell 3-2	Primærleger: Svarprosent og datagrunnlag	21
Tabell 4-1	Antall sosialtjenester og årsverk saksbehandlere etter fylke	23
Tabell 4-2	Sosialtjenestenes organisering av arbeidet med rusmiddelmisbrukere	24
Tabell 4-3	Klienter fordelt på kommunestørrelse	26
Tabell 4-4	Klienter fordelt på kommunestørrelse og type rusmiddelmisbruk	27
Tabell 4-5	Klienter pr sosialtjeneste og pr konsulent:	29
Tabell 4-6	Type Rusmiddelmisbruk	30
Tabell 4-7	Helseproblemer og type misbruk	31
Tabell 4-8	Type Helseproblemer	32
Tabell 4-9	Søknader sendt om poliklinisk behandling, institusjon eller LAR	34
Tabell 4-10	Ventetid for inntak i poliklinisk behandling, institusjon eller LAR	35
Tabell 4-11	Kontakt i venteperioden	35
Tabell 4-12	Konsultasjoner der det er søkt om spesialisttjenester og antall som har fått tilbud tidligere	36
Tabell 4-13	Registrerte behov og tiltak i uke 46	38
Tabell 4-14		39
Tabell 4-15	konsulentenes samarbeid med andre instanser om klienter ..	42
Tabell 4-16	Sosialtjenesten: Samarbeid med fastlegen og familie	43
Tabell 5-1	Fordeling av pasienter med ulike typer rusmiddelmisbruk på leger.....	45
Tabell 5-2	Kjennetegn ved misbruket	46
Tabell 5-3	Behov under konsultasjon	47
Tabell 5-4	Type rusmiddelmisbruk	47
Tabell 5-5	Forskjell i vurdert behov mellom alkohol/medikament misbrukere og narkotikamisbrukere	48
Tabell 5-6	Helse og type misbruk.....	49
Tabell 5-7	Pasienter og LAR.....	50

Tabell 5-8 Fastlegen: samarbeid med sosialtjenesten og familie	50
Tabell 6-1 Alvorlighetsgrad av rusmiddelmisbruk hos klienter ved institusjoner.....	55
Tabell 6-2 Antall rusklienter med alvorlige helseproblemer	56
Tabell 6-3 Andel (%) klienter (N=3390) med ulike tilbud eller udekket behov	59
Figur 6-4 Tilbud / tiltak: Aktuelt behov – dekning av behov	63
Tabell 6-5 Andel (%) med ventetid fra søknad ble mottatt til klienten fikk tilbud.....	64
Tabell 6-6 Andel (%) av klienter der institusjonen samarbeider med andre	65
Tabell 6-7 Andel (%) klienter med ulike former for koordinering.....	67
Tabell 6-8 Årsaker til at tilbudet ikke er tilstrekkelig for 1012 klienter	68

Sammendrag

Rapporten beskriver tilbudet til rusmiddelmisbrukere, og deres behov, slik dette vurderes av tjenesteapparatet. Det belyses hvilke virkemidler og tiltak som står til rådighet, hvilke behov det registreres at rusmiddelmisbrukere har og graden av udekket behov.

Hovedspørsmål:

1. Fungerer de sosiale tjenestene og helsetjenestene til rusmiddelmisbrukere etter intensjonene?
2. I hvilken grad treffer tjenestene målgruppens behov?

Kartleggingen ble gjennomført i to perioder høsten 2003:

I et representativt utvalg kommuner ble sosialtjenesten bedt om å registrere:

- o Ressurser ved sosialtjenesten
- o Tiltak og tjenester ved hver konsultasjon konsulentene ved sosialtjenesten hadde i uke 46. Dette dreide seg om konsultasjoner der klienten etter konsulentens vurdering hadde et misbruksproblem.

Et utvalg fastleger i de samme kommunene ble bedt om å registrere tiltak for hver pasient som var til konsultasjon i uke 46, og som etter deres mening hadde et misbruksproblem.

De spesialiserte tiltakene ble bedt om å registrere informasjon om tiltak og tjenester for hver klient som oppholdt seg ved institusjonen:

1. Døgn- eller dagtilbud (institusjon/tiltak): Hver klient som ble behandlet eller tatt hånd om ved institusjonen/tiltaket torsdag 20. november 2003.
2. Polikliniske tilbud: Hver klient som møtte til behandling/time ved poliklinikken i tiden 17. til 28. november (ukene 47 og 48). Vi ønsket informasjon om situasjonen for klienten slik den var *akkurat den dagen* klienten møtte til time i denne tidsperioden. Hver klient skulle bare registreres én gang.

Det ser ut til å være tre tjenester som er inne i bildet når det gjelder det lokalbaserte tilbudet til rusmiddelmisbrukere, og det er sosialtjenesten, fastlege og trygdekontor.

To typer tiltak opptrer hyppig: Økonomisk sosialhjelp og råd og veiledning. Noen typer tiltak ser ut til å være forholdsvis godt dekket i forhold til de behov som fanges opp. Dette er regelmessig kontakt med fastlege og sosialkontor, og tilbud i den spesialiserte rusomsorgen. Noen tilbud ser ut til å være dårlig dekket, dette er i hovedsak aktivisering, hjelp med bolig, skole/kurs/voksenoppplæring, tiltak i regi av Aetat, og også koordinering rundt den enkelte klient. Dette er tiltak som gjerne anses som grunnleggende forutsetninger for vellykket rehabilitering. En av intensjonene i sosialtjenesteloven er at rehabilitering av rusmiddelmisbrukere skal skje lokalt ut fra et helhetlig perspektiv som inkluderer aktivisering og sosiale tiltak. At disse tiltakene er dårlig dekket er derfor spesielt betenkelig.

Et sentralt spørsmål i denne kartleggingen har vært om psykiske helseproblemer i tilstrekkelig grad fanges opp og behandles. Spørsmålet er aktuelt både for førstelinjetjenestene og de spesialiserte rustiltakene. Kartleggingen indikerer at psykiske lidelser blant rusmiddelmisbrukere ikke fanges opp i tilstrekkelig grad.

Både sosialtjenesten og rustiltakene oppgir at det er forhold ved klienten, for eksempel at klienten ikke er motivert eller ikke ønsket mer hjelp eller tilbud, som er årsak dersom tiltak ikke har fungert etter intensjonene. Rustiltakene oppga også manglende kompetanse og mangelfullt samarbeid som begrensende for tilbudet til en del klienter. Manglende kapasitet var mer sjeldent oppgitt som årsak til at tilbudet ikke var tilstrekkelig.

Ventetid for inntak i rustiltak/institusjon

Data fra både sosialtjenesten i kommunene og rustiltakene viser at ventetiden er kortere enn på forhånd antatt. I følge sosialtjenestens registreringer er det store variasjoner når det gjelder ventetid for inntak i rustiltak: For ca. 30 % er ventetiden under en uke, men de få som venter lengst har ventet inntil to til tre år. I gjennomsnitt må klientene vente ca. fem uker på poliklinisk tilbud og/eller institusjonstilbud, mens de venter ca. tolv uker på LAR-tiltak. I følge rustiltakene hadde ingen klienter ventet mer enn 13 uker. Hele 72 % hadde ventet under en uke.

Samarbeid og koordinering med andre tjenester og instanser

Generelt samarbeider sosialkonsulentene oftest med fastlege, trygdekontor og de spesialiserte tiltakene. I de konsultasjoner som ble registrert i uke 46 var det oftest samarbeid med fastlege og familie/pårørende, men også en god del med de spesialiserte tiltakene. Jo kortere tid som misbruker, jo flere samarbeidsinstanser er involvert.

Sosialtjeneste og fastlege oppgir gjensidig at de samarbeider om klientene, og det samme gjelder også for sosialtjeneste og rustiltak. Når det gjelder rustiltakene/-institusjonene er ikke uventet samarbeidet med sosialtjenesten i kommunene mest utbredt. Dette gjaldt nesten alle klientene ved langtids- og omsorgsinstitusjonene. Deretter fulgte samarbeid med fastlegen, trygdekontor, familie/pårørende, og annen rusomsorg/rusinstitusjon. For rundt ti prosent av klientene ble det samarbeid med Aetat og/eller arbeidssted, med psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene. Mønsteret for samarbeid var i hovedsak det samme ved de tre institusjonstypene, men omsorgsinstitusjonene samarbeidet mindre med familie/pårørende enn de andre tiltakene.

Rustiltakene samarbeider oftere med sosialtjenesten om tunge misbrukere enn om de andre gruppene. Det var oftere samarbeid med psykisk helsevern, fastlege, trygdekontor, pårørende og psykisk helsearbeid i kommunene om klienter med alvorlige psykiske problemer enn om de andre klientene.

Under halvparten av klientene hadde en koordinator med ansvar for de samlede tilbud, ansvarsgruppe i kommunen og individuell plan. Koordineringen av tiltak var høyest for klienter ved langtidstiltak og omsorgstiltak og lavest for klientene ved korttidstiltak.

Ressurser i sosialtjenesten

Sosialtjenestens rusmiddelomsorg er bemannet med personale som i hovedsak har høyere relevant utdanning og tilleggsutdanning/kurs innen rusfeltet. Antall års erfaring varierer, men ca. halvparten har jobbet i rusfeltet i mer enn fem år.

De fleste tjenestene har egne tiltak spesielt rettet mot rusmiddelmisbrukere. Et fåtall av sosialtjenestene har eget rusteam, men nesten halvparten har en eller flere ruskonsulenter.

Det er et samsvar mellom størrelsen på klientmassen og bemanning. De mellomstore byene ser ut til å være best bemannet, mens Oslo er best bemannet av de fire store

byene. En del konsulenter blir utsatt for vold eller trusler om vold, og det er trolig en underrapportering av dette til ledelsen.

Det er en betydelig andel (38 %) rusmiddelmisbrukere i klientmassen. Det er særlig en opphopning av narkotikamisbrukere og blandingsmisbrukere i byene.

Narkotikamisbrukere legger også beslag på flest ressurser i sosialtjenesten, og det settes inn aller flest ressurser for de tunge misbrukerne. Dette kan indikere en tendens til at det først settes inn omfattende tiltak etter at problemene er blitt veldig store.

Registrerte konsultasjoner i sosialtjenesten i uke 46

Bykommuner hadde flest konsultasjoner per konsulent i uke 46. Ca. 2/3 av alle konsultasjoner var med narkotikamisbrukere, og en stor andel av disse var blandingsmisbrukere. Det er et stort misbruk av minst ett rusmiddel i mer enn halvparten av konsultasjonene, og de fleste konsultasjonene er med klienter som har vært misbrukere i mer enn 5 år.

Klientmassen viser en kompleks problematikk med både somatiske og psykiske helseproblemer sammen med et langvarig rusmiddelmisbruk. I nesten halvparten av konsultasjonene er det registrert psykiske helseproblemer, og de fleste av disse dreier seg om narkotikamisbrukere og/eller blandingsmisbrukere. Det er trolig en underreportering av både somatiske og psykiske helseproblemer for alle grupper misbrukere. De fire største byene oppgir oftest at de *ikke* kjenner til om klienten har helseproblemer, men forskjellen by/land er ikke stor.

Ca. 1/3 av alle som er søkt til spesialiserte tiltak er søkt til institusjon. De fleste av disse er narkomane – og dette gjelder også de som er søkt til poliklinisk behandling. De fleste som søkes til de spesialiserte tiltakene har fått slike tilbud tidligere. Dette indikerer at klientene vandrer i systemet over tid og har flere institusjonsopphold bak seg. Det er usikkert om dette betyr at hjelpen ikke er effektiv nok, eller om det er et uttrykk for at behandlingen må sees i et langvarig perspektiv der gjentatte institusjonsopphold og flere ulike typer tiltak er nødvendig.

Konsulentene har nesten alltid kontakt med klientene i ventetiden.

Sosialtjenestens registrering av forholdet mellom behov og tiltak

Det viser seg at et behov kan utløse mange ulike typer tiltak. Det vil si at det ofte gies et eller annet tilbud, men ikke alltid et tilbud som svarer direkte på det behovet som er registrert.

Noen behov registreres hyppigere enn andre, spesielt gjelder dette *Råd/veiledning*, *Behandling/rehabilitering*, *Økonomisk sosialhjelp*, *Ansvarsgruppe*. Bortsett fra behovet for ansvarsgruppe er det ofte samsvar mellom behov og tiltak for de tre første typer behov.

Eksempler på behov som registreres ofte uten at det følges med tiltak er: *Varig bolig*, *Bolig med oppfølging*, *Aktivisering*, *Individuell plan*, *Psykiatrisk helsetjeneste*, *A-etat*.

Det er en positiv sammenheng mellom grad av rusmiddelmisbruk og antall registrerte behov og tiltak. Dette betyr at flest ressurser går til de med stort misbruk, spesielt narkomane og særlig de tunge misbrukerne.

Kommunestørrelse har liten betydning for forholdet mellom behov og tiltak, men det er en liten tendens til at gapet mellom registrerte behov og tilbudte tiltak er mindre i bykommunene enn i de fire store byene og resten av landet.

Det er et mindre gap for alkoholmisbrukere og medikamentmisbrukere enn for resten av klientgruppen når det gjelder: *Bolig*, *Aktivisering*, *Henvvisning til spesialtiltak*, *A-etat*, *Trygd*, *Skole*. Narkomane får på den annen side oftere tilbud om individuell plan enn de andre. Dette henger trolig sammen med at mange av dem er under LAR-tiltak.

Konsulentene mener at et gap mellom behov og tiltak i overveiende grad skyldes forhold ved klienten.

Behov og tiltak fra fastlege

Svarprosenten fra fastlegene er svært lav og gir derfor et dårlig grunnlag for generalisering. Imidlertid viser de som har svart at en liten andel leger har en forholdsvis stor andel av pasientene med rusmiddelmisbruk. De fleste av disse konsultasjonene er med pasienter som misbruker narkotika, og de fleste av disse pasientene igjen oppsøker legen fordi de har behov for resept. Leger med de fleste og hyppigste konsultasjonene har flest narkomane, langtidsmisbrukere og blandingsmisbrukere. Nesten halvparten av rusmiddelmisbrukerne er hos legen en gang per uke, og pasienter som misbruker narkotika bruker legen oftest.

Misbrukets varighet varierer fra ett til førti år, med et gjennomsnitt på ca. femten år. For ca. halvparten er målsetningen LAR, mens rehabilitering med tanke på rusfrihet er målsetningen for ca. 1/3 og skadereduksjon og stabilisering for ca. 1/4.

Mer enn halvparten har psykiske helseproblemer, og mange av disse er omfattende blandingsmisbrukere. Somatisk og/eller psykisk sykdom/helse ser forøvrig ikke ut til å ha betydning for legebruken.

Spesialiserte rustiltak/institusjoner

De tre typer tiltak kartleggingen omfatter er korttids/polikliniske behandlingsinstitusjoner, langtids behandlingsinstitusjoner og omsorgsinstitusjoner.

Klienter ved rustiltakene og deres problemer

Det er dobbelt så mange menn som kvinner i alle aldersgrupper, med unntak av de under 20 år. Gjennomsnittsalder er 40 år, med standardavvik på 13 år. En av fire var gift eller samboer. En tredel hadde ikke egen bolig.

Av de registrerte klientene fikk litt mer enn halvparten et døgntilbud og litt mindre enn halvparten et poliklinisk tilbud, mens nesten ingen fikk dagtilbud. Poliklinisk tilbud finnes nesten bare ved korttidstiltakene, mens de få dagtilbudene som finnes er omtrent likt fordelt på de tre tiltakstypene. Døgntilbudene var omtrent likt fordelt med omtrent seks hundre klienter ved hver av de tre tiltakstypene.

Ca. 70 % av klientene har tidligere mottatt tilbud fra rusinstitusjoner. De tre gruppene som mottok henholdsvis attføring, uførepensjon og sosial stønad var alle på omtrent 20%.

Vel halvparten av klientene er definert som *tunge rusmiddelmisbrukere*. Dette fordeler seg på ca. en tredjedel tunge alkoholmisbrukere og litt over en tredjedel tunge narkotikamisbrukere, nesten ingen tunge medikamentmisbrukere og vel en fjerdedel tunge blandingsmisbrukere.

Litt over en tredjedel hadde enten alvorlige somatiske (13 %) eller psykiske (23 %) helseproblemer, mens syv prosent hadde både alvorlige somatiske og psykiske helseproblemer. De dominerende psykiske lidelsene var stemningslidelser, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser. Det var nesten ingen med psykose. Det er trolig en underrapportering av psykiske lidelser, særlig fra omsorgsinstitusjoner.

Rustiltakenes registrering av tilbud og udekkede behov

Etter rustiltakenes vurdering er det generelt et udekket behov i størrelsesorden 10-15 % når det gjelder de kommunale tilbudene, og det er stor variasjon med hensyn til hvor mange som mottar de enkelte tilbudene. Det oppgis å være størst udekket behov for

individuell plan og ansvarsgruppe, men det er også mange som oppgis å ikke få hjelp med bolig, økonomi og støttekontakt. Det er et noe mindre udekket behov for regelmessig kontakt med fastlege og sosialtjenesten.

Skole/kurs/voksenopplæring, tiltak i regi av Aetat, aktivisering/dagtilbud er blant de grunnleggende tiltak i rehabilitering. Omtrent en tredel av klientene har et behov for denne type tilbud, og mer enn halvparten av disse igjen mangler slike tilbud.

Mønsteret når det gjelder hvilke behov som er godt eller dårlig dekket, er i hovedsak det samme ved de tre institusjonstypene. Ca. seks prosent har et udekket behov for polikliniske tilbud, dagtilbud og døgntilbud. Andelen som mottok slike tilbud, var fordelt med omtrent halvparten på polikliniske tilbud, omtrent halvparten på døgntilbud og noen få prosent på dagtilbud. Dette gjenspeiler fordelingen av registreringer i denne undersøkelsen. Av totalpopulasjonen mottok omtrent ni prosent avrusning og tretten prosent LAR. Av de som oppgis å ha disse behovene, hadde nesten halvparten et udekket behov for avrusning og 19 % et udekket behov for LAR.

Omtrent en av seks hadde kontakt med somatisk sykehus for henholdsvis utredning og/eller behandling, og det ble registrert få udekkede behov for utredning og behandling ved sykehus.

Udekkede behov for tilbud fra psykisk helsevern ble registrert i størrelsesorden 2-7 % for de ulike typer tilbud. Det er i hovedsak tilbud utenfor døgnavdelinger som mangler. Når det gjelder behov for dobbeltdiagnoseteam, ble det registrert 7 % udekket behov.

Tunge rusmiddelmisbrukere hadde et noe større udekket behov (noen få prosent flere) sammenlignet med dem som ikke var tunge rusmiddelmisbrukere. Dette gjelder både for kommunale tjenester, arbeidstiltak, tilbud ved rustiltak, tilbud ved somatiske sykehus og tilbud ved psykisk helsevern.

De tilbud som viser størst udekket behov for klientgruppen som helhet (hos 10-20 %), samler seg i tre grupper: Det ene er tiltak i forhold til bolig og økonomi; det andre er tiltak i forhold til arbeid og aktivisering; det tredje er ulike tiltak for koordinering av tilbud og tjenester. Det ser ut til at dette er områder der det for store deler av tjenestetilbudet er et klart behov for økt innsats og forbedring.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for kartleggingen

Rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004. Målsetningen er å styrke sosial- og helse-tjenestetilbudet og sikre helhet i behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Lovforslagene ble fremmet i to omganger. I Ot.prp.nr 3 (2002-2003) ble det, som en konsekvens av sykehusreformen, foreslått å overføre ansvaret for de spesialiserte helsetjenestene og institusjonene og tiltak som kan sies å yte helsetjenester til rusmiddel-misbrukere til de regionale helseforetakene (Rusreform I). Deretter ble den såkalte Rusreform II fremmet. Denne foreslo at ansvaret for de resterende tjenestene, som etablering og drift av tiltak med spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere, ble overført til kommunene. Regjeringen fikk ikke tilslutning til dette forslaget. Det ble i stedet vedtatt å overføre ansvaret for både de spesialiserte helsetjenestene og institusjonene og de spesialiserte sosiale tiltak og døgninstitusjoner til de regionale helseforetakene.

Bakgrunnen for denne kartleggingen var altså forslaget om å endre ansvaret for det som ble kalt spesialiserte sosiale tjenester for rusmiddelmisbrukere fra årsskiftet 2003/2004. En beskrivelse av status når det gjelder helsetjenestene til rusmiddelmisbrukere konkluderte med at det, med få unntak, manglet pålitelige data om hvor mye tunge rusmiddelmisbrukere bruker av ulike tjenester (Ruud og Reas 2003). Man manglet altså gode grunnlagsdata som beskriver hva kommunene faktisk gjør og hvilke ressurser og muligheter de har til rådighet, altså hvordan kommunene var rustet til å ta et evt. utvidet ansvar. Samtidig så man det som hensiktsmessig å få kunnskap om tilbudet til rusmiddelmisbrukere før rusreformene trådte i kraft, uavhengig av hvilken modell man fant hensiktsmessig å innføre, fordi slik kunnskap ville danne grunnlag for senere evalueringer av en evt. reform. På bakgrunn av dette ønsket Sosial- og helsedirektoratet å få gjennomført en landsomfattende kartlegging som beskriver tiltak og tjenester til rusmiddelmisbrukere fra sosialtjenesten, primærleger og spesialiserte tiltak før en evt. reform ble iverksatt. Kartleggingen skulle beskrive gruppens behov og dekning av behov slik dette så ut før en evt. Rusreform I og II, som var bebudet ved årsskiftet 2003 – 2004.

SINTEF Helse og Rogalandsforskning ble, i samarbeid med SIRUS, i 2003 bedt om å gjennomføre kartleggingen. Det ble dannet en prosjektgruppe med forskere fra hver av de tre forskningsinstitusjonene. SINTEF har hatt hovedansvaret for å gjennomføre kartleggingen, og analysere data i forhold til kommunene, fastlegene og spesialiserte tjenester med vekt på en kobling mot psykiatri. Rogalandsforskning har hatt hovedansvaret for å analysere problemstillinger i forhold til de spesialiserte tjenestene. SIRUS har fungert som intern kvalitetssikrer og har deltatt i de faglige diskusjonene i gruppen, spesielt i den første fasen av prosjektet. I tillegg ble det dannet en referansegruppe bestående av representanter fra kommunene, de spesialiserte tjenestene, fagapparatet og brukernes organisasjoner. Prosjektarbeidet har skjedd i tett kontakt med en styringsgruppe hos oppdragsgiver, som er Sosial og helsedirektoratet.

Etter at datainnsamlingen var avsluttet høsten 2003, ble det som allerede nevnt avgjort at ansvaret for etablering og drift av institusjoner med spesialiserte sosiale tjenester og

døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere ikke skulle overføres til kommunene, men til de regionale helseforetakene. Kommunenes helhetlige ansvar for innbyggere med rusmiddelproblem er imidlertid ikke endret. Det er derfor fortsatt viktig å vite mer både om kommunenes tiltak og tjenester for rusmiddelmisbrukere og tiltak og behov i de spesialiserte tjenestene.

1.2 Prosjektets målsetning og fremgangsmåte

Hovedmål for prosjektet har vært å fremskaffe oversikt over tilbudet til rusmiddelmisbrukere, og deres behov, slik dette vurderes av tjenesteapparatet. Siktemålet med dette er å belyse hvilke virkemidler og tiltak som står til rådighet, hvilke behov det meldes at rusmiddelmisbrukere har fra de ulike tjenesteytere og graden av udekket behov.

Følgende spørsmål ble formulert:

1. Fungerer de sosiale tjenestene og helsetjenestene til rusmiddelmisbrukere etter intensjonene?
2. I hvilken grad treffer tjenestene målgruppens behov?
3. Hvilke virkemidler står til rådighet, eller vil være nødvendig, for at kommunene skal ivareta et utvidet ansvar for rusmiddelmisbrukere?

Fordi det etter datainnsamlingen ble vedtatt at ansvaret for de spesialiserte sosiale tiltakene og døgninstitusjonene skulle overføres til de regionale helseforetakene, og ikke til kommunene, vil problemstilling 3 ikke bli drøftet.

For å besvare problemstillingene ble det valgt å gjennomføre en kartlegging i form av en tverrsnittsstudie. Dette innebærer å inneholde data om en avgrenset representativ populasjon på et gitt tidspunkt. I motsetning til en longitudinell studie kan ikke tverrsnittsstudier si noe om årsaksforhold, men gir kunnskap om forekomst og utbredelse, og er derfor et godt utgangspunkt for deskriptive analyser. Den tverrsnittsstudien som danner grunnlag for denne rapporten omfatter klienter/pasienter med rusmiddelmisbruksproblemer som konsulterte sosialtjenesten, fastleger og/eller de spesialiserte tiltakene i en bestemt periode høsten 2003. Dataene viser tjenesteapparatets registrering av aktivitet i perioden. Kartleggingen er derfor ingen brukerundersøkelse, men kartlegger virksomhet i tjenestene, og tjenesteapparatets identifisering og forståelse av klientenes behov og det tilbudet som blir gitt.

Kartleggingen ble gjennomført i to perioder høsten 2003:

I et representativt utvalg kommuner ble sosialtjenesten bedt om å kartlegge:

- o Ressurser ved sosialtjenesten
- o Tiltak og tjenester ved hver konsultasjon konsulentene ved sosialtjenesten hadde i uke 46. Dette dreide seg om konsultasjoner der klienten etter konsulentens vurdering hadde et misbruksproblem.

Et utvalg fastleger i de samme kommunene ble bedt om å kartlegge tiltak for hver pasient som var til konsultasjon i uke 46, og som etter deres mening hadde et misbruksproblem.

De spesialiserte tiltakene ble bedt om å kartlegge informasjon om tiltak og tjenester for hver klient som oppholdt seg ved institusjonen:

1) Døgn- eller dagtilbud (institusjon/tiltak): Hver klient som ble behandlet eller tatt hånd om ved institusjonen/tiltaket torsdag 20. november 2003.

2) Polikliniske tilbud: Hver klient som møtte til behandling/time ved poliklinikken i tiden 17. til 28. november (ukene 47 og 48). Vi ønsket informasjon om situasjonen for klienten slik

den var *akkurat den dagen* klienten møtte til time i denne tidsperioden. Hver klient skulle bare registreres én gang.

Perioden for kartleggingen ble valgt ut fra flere hensyn. For det første var det avgjørende å gjennomføre kartleggingen før rusreform II evt. skulle iverksettes. Det var viktig å finne en måned i året som ikke var for spesiell, for eksempel ble desember forkastet pga julen, juni, juli, august ble forkastet pga sommerferie. Det var også viktig å finne en dato som ikke var avvikende på noen måte. Blant annet var det ønskelig at kartleggingen ikke skulle foregå i den tiden utbetalingene fra sosialtjenesten skjer.

Tidspunktet for de polikliniske tiltakene ble valgt ut fra et ønske om å koordinere registreringen med en kartlegging innen psykiatritjenestene, som SINTEF også gjennomfører for Sosial- og helsedirektoratet. Hensikten med dette har vært å se om det er mulig å spore sammenhenger mellom rusfeltet og psykisk helsevern, evt. Forekomst av såkalte dobbeldiagnoser – personer som har både et rusproblem og en psykisk lidelse.

Kartleggingen beskriver aktiviteter og tiltak i en definert periode. Det er altså informasjon om den virksomhet som foregikk i akkurat denne tiden som fremkommer i undersøkelsen. Dette betyr at kartleggingen ikke kan si noe om den totale aktiviteten, eller den totale brukermengden, men tegner et situasjonskart for en avgrenset periode.

2 Føringer som ligger til grunn for de sosiale tjenestene

2.1 Sosialtjenestens oppgave overfor rusmiddelmisbrukere

Under dette punktet gjøres det rede for lover som regulerer fordeling av oppgaver og ansvar overfor rusmiddelmisbrukere. Fordi kartleggingen av tilbudet til rusmiddelmisbrukere ved sosialtjenesten og institusjoner er gjort høsten 2003, vil redegjørelsen ta utgangspunktet i lover og regler for ansvar og oppgaver som var virksomme i 2003. Det finnes flere bestemmelser som regulerer oppgaver og ansvar for rusmiddelmisbrukere. Både Sosialtjenesteloven, Lov om helsetjenester i kommunene, Lov om spesialisthelsetjenester og Lov om psykisk helsevern har bestemmelser som gjelder rusmiddelmisbrukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Fastlegeordningen gir også retningslinjer for hvordan tjenesteapparatet skal forholde seg til pasienter med rusmiddelproblemer.

2.1.1 Sosialtjenesteloven

Det grunnleggende ansvaret for tiltak for rusmiddelmisbrukere ligger i den enkelte kommune, jf. sosialtjenesteloven § 6-1. Etter denne loven har sosialtjenesten ansvar for å gi råd, veiledning og iverksette tiltak for å hjelpe den enkelte misbruker til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler, og råd, veiledning og hjelp til misbrukernes familie. Loven gir sosialtjenesten et koordinerende ansvar og et ansvar for å sørge for samarbeid med andre kommunale instanser og andrelinjetjenesten. Intensjonen er at rehabilitering av rusmiddelmisbrukere skal skje lokalt ut fra et helhetlig perspektiv som inkluderer aktivisering og sosiale tiltak (Ot.prp. nr.3, 2002-2003). Sosialtjenesten skal i første rekke satse på lokale hjelpetiltak. Dersom ikke slike tiltak er tilstrekkelige, skal sosialtjenesten i samråd med klienten søke plass i egnet institusjon for døgntil behandling. Sosialtjenesten har et ansvar for misbrukeren både før, under og etter et eventuelt opphold i institusjon (St.meld. nr.28, 1999-2000).

Fylkeskommunens ansvar var å sørge for institusjonsplass til rusmiddelmisbrukere som trengte det. Fylkeskommunene har slikt sett hatt et ansvar som har vært en viktig og nødvendig del av en kjede med offentlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukerne.

2.1.2 Samarbeid og oppgavefordeling 2003

Kommunen, ved sosialtjenesten, har hatt og har fortsatt hovedansvar for hjelpetiltak, veiledning og langsiktig oppfølging for å forebygge og avhjelpe rusproblemer. Sosialtjenesten har også et koordinerings- og oppfølgingsansvar overfor andre instanser, samt ansvar for å sørge for plass i egnet behandlings- og omsorgsinstitusjon. Dersom det er behov for ytterligere tiltak, kan sosialtjenesten søke spesialisert behandling.

Fylkeskommunen hadde i 2003 ansvar for etablering og drift av døgntil institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester. Fylkeskommunen skulle gi et varig behandlingstilbud som dekket behov som avrusning, sosialpedagogisk behandling, psykiatrisk orienterte tiltak og tilbakeholdelse uten eget samtykke. De fylkeskommunale tiltakene var tenkt å skulle

forsterke og supplere kommunale tiltak mest mulig effektivt på et lavest mulig omsorgsnivå.

2.1.3 Individuelle planer

Da denne kartleggingen ble gjennomført, var bestemmelser om individuell plan hjemlet i både kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. Etter 1. januar 2004 ble individuell plan for rusmiddelmisbrukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester også hjemlet i Sosialtjenesteloven (§ 4-3a). Planen skal utformes i samarbeid med brukeren. Hovedformålet med rusreformen er å styrke behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen vil være avgjørende for å oppnå dette, og flere av lovendringene er gjort med sikte på å oppnå dette, blant annet ved å lovhjemle en rett til individuell plan.

2.1.4 Legemiddelassistert rehabilitering - LAR

Sosialtjenesten skal, når det er behov for det og rusmiddelmisbruker ønsker det, sørge for et behandlingsopplegg. Når det er aktuelt med Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skal sosialtjenesten og legen sammen med klienten utarbeide søknad om godkjenning av opplegget. Sosialtjenesten skal koordinere utarbeidelse av søknaden og legen skal foreta en medisinskfaglig vurdering av klienten. Uttalelse fra lege og tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg skal vedlegges søknaden. Sosialtjenesten har ansvar for å koordinere rehabiliteringen for den enkelte klient, og legen i førstelinjen (primært fastlegen) har ansvar for medisinskfaglig oppfølging.

Intensjonen er at sosialtjenesten, helsetjenesten og andre involverte instanser skal inngå et forpliktende samarbeid rundt den enkelte som deltar i LAR om det helhetlige rehabiliteringsopplegget, herunder delta i ansvarsgrupper. Ut fra fastlegeordningens formål om kontinuitet i lege-pasientforholdet, bør pasienter under LAR primært følges opp av fastlegen. Fastlegen må også delta i arbeidet rundt den enkelte pasient om et helhetlig rehabiliteringsopplegg, herunder delta i ansvarsgrupper. (SHD I-33/2001)

Norge har en tradisjon for institusjonsbasert behandling av rusmiddelmisbrukere, og en ikke ubetydelig andel har hatt mange opphold uten å ha kommet ut av misbruket sitt. De er dermed i en vanskelig livssituasjon, med alvorlige sosiale og helsemessige konsekvenser. LAR er et behandlings- og skadereduserende tiltak som er spesielt rettet mot tunge rusmiddelmisbrukere som bruker narkotika (opiater). Målet med LAR er å rehabilitere rusmiddelmisbrukeren eller forhindre en forverring av rusmiddelproblemene. LAR er, sammen med lavterskel helsetiltak, et sentralt element i en samlet innsats for å redusere overdosedødsfall og for å bidra til å gi rusmiddelmisbrukere et bedre helsetilbud og livskvalitet. (Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005, Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003).

Ruud og Reas (2003) viser til studier som viser at LAR har effekt når det gjelder å redusere bruken av morfinstoffer, men det finnes ikke tilstrekkelig dokumentasjon på langtidseffekter. Antall overdoser og risikopreget bruk ser ut til å synke ved bruk av LAR. LAR ser også ut til å bidra til å øke lengden på behandlingsperiodene og bedre samarbeidet med helse- og sosialtjenesten. Undersøkelser viser på den annen side at effekten av LAR er avhengig av rehabilitering også på andre områder, samtidig som det ser ut til at medikamenter for en del misbrukere kan være en forutsetning for å klare å gjennomføre og ha nytte av et rehabiliteringsopplegg. LAR vurderes slik sett som et viktig behandlingstilbud til tunge rusmiddelmisbrukere, forutsatt at det legges arbeid i det øvrige rehabiliteringstilbudet.

3 Materiale og metode

3.1 Kommunene

For å kartlegge hvilke behov rusmiddelmisbrukere har, ble det bestemt å gjennomføre en tverrsnittundersøkelse .

Utvalget er basert på til sammen 245 sosialtjenester ved 201 av landets kommuner. Utvalget av kommuner er trukket etter en fordeling fra SSB (Langørgen, Aaberge og Åserud 2001). Dette utvalget gir en representativ fordeling av landets kommuner etter folkemengde, bundne kostnader og frie disponible inntekter, og geografi. Det ble sikret at alle de fire største byene ble representert i utvalget.

Det ble sendt ut i alt tre ulike spørreskjemaer til hver sosialtjeneste: Ett skjema til leder av sosialtjenesten, ett til hver konsulent ved sosialtjenesten, og i tillegg en bunke skjemaer som hver konsulent skulle fylle ut for hver klientkonsultasjon i uke 46, 2003, der klienten ble vurdert som rusmiddelmisbruker. Ved behov for flere skjema var det anledning til å kopiere eller be om å få tilsendt flere. Spørreskjemaene og kommuneoversikten står i vedlegg.

3.1.1 Svarfordeling sosialtjenesten i kommunene

Med sosialtjeneste menes i denne kartleggingen det som tradisjonelt kalles sosialkontor.

Tabellen på neste side viser at 159 kontor av utvalget på 245 har besvart spørreskjemaene. Dette gir en svarprosent på ca. 65 %. Over 80 % av sosialtjenestene i de 4 største byene besvarte spørreskjemaene. I tillegg er både små, mellomstore og store kommuner representert. Alle 19 fylker er representert i utvalget. Utvalget dekker både byer, sentrale strøk og utkantstrøk.

Tabell 3-1 Antall sosialtjenester som har svart etter kommune

		Kommuner		Sosialtjenester		
Kommuneklassifisering		utvalgt	besvart	utvalgt	besvart	%
4 største byer:	Oslo	1	1	24	20†	83
	Stavanger	1	1	7	7	100
	Bergen	1	1	8	7	88
	Trondheim	1	1	5	5	100
små kommuner		115	52	115	52‡	45
mellomstore kommuner		66	40	66	40	61
bykommuner		16	16	20	19**	95
		201	112	245	150	61
				<i>ukjent = 9</i>		
Total				245	159	65

† inkluderer 2 bydeler; Bjerke/Veitvet og Ekeberg, som var stengt i uke 46

‡ inkluderer Tolga som ikke hadde rusmiddelmissbrukere i uke 46

** inkludere 2 av 3 distrikter i Bærum og 3 av 3 distrikter i Ålesund

De aller fleste kontorene har besvart alle tre skjemaer, men noen har ikke sendt inn *skjema 1 'Til leder av sosialtjenesten'*. I alt 134 ledere (av totalt 159) har besvart dette skjemaet.

Skjema 2 er rettet mot konsulentene som arbeider med rusproblematikk og omfatter spørsmål om konsulentenes arbeidssituasjon. I alt 512 konsulenter ved til sammen 159 sosialtjenester fra 112 kommuner har besvart skjema 2. Av disse er det 23 konsulenter, fordelt på 9 sosialtjenester, der det ikke har vært mulig å identifisere hvilken sosialtjeneste konsulentene er ansatt ved. Dette skyldes at spørsmål om kommune ikke er besvart. Antall konsulentenskjemaer per kontor varierte fra 1 til 15 skjema. Antall konsulenter i de 112 kommunene varierer fra 1 til 103 konsulenter. Det er 43 kontorer (39 %) som er representert med kun 1 konsulent, 9 kontorer (8 %) er representert med mer enn 10 konsulenter. Oslo, der i alt 18 sosialtjenester var med i undersøkelsen, er representert med 103 konsulenter.

Skjema 3 omhandler konsulentenes vurdering av behov og tiltak for hver klient som var til konsultasjon i uke 46/2003. Det ble sendt inn i alt 1700 skjema.

3.1.2 Svarfordeling fastlegene

Alle fastleger registrert ved Den norske lægeforening i de samme 201 kommunene (ca. 1500) ble tilsendt et spørreskjema som skulle utfylles for de pasienter som legene mente misbrukte rusmidler og som møtte til konsultasjon i uke 46.

Tabellen på neste side gir en oversikt over datagrunnlaget når det gjelder fastlegene.

Tabell 3-2 Primærleger: Svarprosent og datagrunnlag

<i>spørreskjemaer</i>		
antall sendt	ca. 1500	alle fastleger registrert ved DNL i de utvalgte 201 kommuner (se vedlegg)
antall leger besvart	407	27 % respons rate
blanke	166	grunnet: ingen slike pasienter uke 46, ferie uke 46, ikke lenger i praksis, andre div. årsaker
Leger med pasienter	241	
antall pasienter	553	= datagrunnlaget

Som tabellen viser er svarprosenten fra leger på kun 27 %. Hva dette skyldes vet vi ikke, men den lave svarprosenten stemmer med tidligere erfaringer med utsendelse av spørreskjemaer til leger. Den lave svarprosenten gjør det ikke mulig å generalisere ut fra data. Presentasjonen av data fra undersøkelsen gir derfor kun et innblikk i situasjonen til de 407 legene som har valgt å svare. I hvilken grad data er representative for den totale legepopulasjonen, kan vi derfor ikke si.

Oppsummert viser våre data at nærmere halvparten av legene som svarte (40 %) ikke sendte inn pasientdata. Begrunnelsene er at de har sluttet i praksis, har ferie, er på kurs eller at de ikke hadde rusmiddelmissbrukere som pasienter i uke 46. Informasjon om konsultasjonene baserer seg derfor på svar fra 16 % av det totale antallet primærleger som fikk tilsendt spørreskjema.

3.1.3 Statistisk analyse for kommunedata

Datarestriksjoner begrenser muligheten til å koble de ulike databasene. Det er viktig å huske at dette er en kartlegging av sosial- og helsetjenester, og ikke en brukerundersøkelse. Alle data vi har om klient- og pasientkonsultasjoner i uke 46/2003, er basert på informasjon fra sosialkonsulenter, primærleger og ansatte ved spesialiserte tiltak for rusmiddelmissbrukere om hvilke tjenester rusmiddelmissbrukere har behov for og hvilke tiltak de får tilbud om.

Tallgrunnlaget i analysene kan variere i noen grad på grunn av at enkelte spørsmål er ubesvart i noen svarskjema.

Ansvar for de ulike delene av rapporten er fordelt mellom Rogalandsforskning og SINTEF. Det er valgt noe ulike strategier for analyser av datamaterialet. Når det gjelder dataene fra kommunene er SPSS for Windows (versjon 11.0) brukt for databehandling og statistisk analyse av data. Signifikans er testet med bruk av ki-kvadrat statistikken (Pearson's χ^2), Student's t-test og varians analyse (ANOVA). Forskjeller som viser $p \leq 0,05$ blir vurdert som statistisk signifikante.

3.2 Spesialiserte tiltak innen rusmiddelomsorgen

Rustiltakene ble kategorisert i tre institusjonstyper:

- korttids/polikliniske behandlingsinstitusjoner,
- langtids behandlingsinstitusjoner,
- omsorgsinstitusjoner.

I alt 155 rusinstitusjoner og rustiltak fikk tilsendt spørreskjemaer i november 2003 og 109 (ca 70 %) av disse besvarte skjemaene. Til sammen ble det mottatt 3390 klientskjemaer om samme antall klienter.

Det skulle fylles ut ett skjema for hver klient med døgnplass som oppholdt seg ved institusjonen/tiltaket den 20. november og ett for hver klient med poliklinisk tilbud eller dagtilbud i samme uke. Skjemaene inneholder spørsmål om sosiodemografiske forhold, alvorlighetsgrad i rusmiddelproblemet, eventuelle psykiske og fysiske helseproblemer, hvilke tilbud klienten fikk, hvem tiltaket samarbeidet med når det gjaldt klienten og eventuelle udekkede behov.

4 Sosialtjenesten

4.1 Ressurser i sosialtjenesten

Tabellen viser at hele landet er representert. Oslo, Akershus, Buskerud og Vestfold har i gjennomsnitt flest konsulenter per sosialtjeneste.

Tabell 4-1 Antall sosialtjenester og årsverk saksbehandlere etter fylke

	<i>Sosialtjeneste</i>		<i>Konsulenter</i>	
	<i>Antall</i>	<i>Prosent</i>	<i>Antall</i>	<i>gj.snitt antall per sosialtjeneste</i>
Østfold	6	4	13	2
Akershus	9	6	42	5
Oslo	20	13	103	5
Hedmark	5	3	22	4
Oppland	9	6	19	2
Buskerud	5	3	24	5
Vestfold	6	4	29	5
Telemark	6	4	11	2
Aust-Agder	4	3	14	4
Vest-Agder	6	4	20	3
Rogaland	12	8	37	3
Hordaland	14	9	48	3
Sogn & Fjordane	4	3	8	2
Møre & Romsdal	12	8	24	2
Sør-Trøndelag	11	7	32	3
Nord-Trøndelag	6	4	12	2
Nordland	7	5	8	1
Troms	6	4	20	3
Finnmark	2	1	3	2
Delsum	150	100	489	3
ukjent			23	
Total			512	

Å arbeide med rusproblematikk kan være krevende. Dersom kommunene skal kunne yte tjenester av høy kvalitet, er det viktig at sosialtjenesten har personale som er kvalifisert både når det gjelder utdanning og erfaring, og stabilitet i bemanningen (AIM 2002, Ruud og Reas 2003). Kartleggingen viser at de aller fleste konsulentene (82 %) har treårig helse og/eller sosialfaglig utdanning. I tillegg har noen få (4 %) annen treårig høyskole-

utdanning, mens svært få har universitetsutdanning. Hele 67 % oppgir at de har fått særskilt opplæring (via kurs eller videre-/etterutdanning) i rusproblematikken. Dette indikerer at konsulentene har relevant kompetanse.

Det er store forskjeller når det gjelder erfaring med arbeidsområdet. Konsulentene har jobbet i rusfeltet fra under ett år til inntil 41 år. Ca. halvparten av konsulentene har jobbet i feltet i mer enn 5 år, og gjennomsnittet er på 6,5 år. Stillingsbrøken varierte fra under 10 % til 100 %, men kun 17 % jobber kortere enn full tid.

4.2 Organisering og virkemidler ved sosialtjenestene

Vi ønsket å vite hvordan sosialtjenestene organiserer virksomheten som er rettet mot å ivareta rusmiddelmissbrukeres behov. Dette kan si oss om sosialtjenestene har et planmessig forhold til arbeidet i rusfeltet og om de følger opp intensjoner som er nevnt i offentlige dokumenter. Tabell 4-2 nedenfor viser at i alt 24 % av sosialtjenestene har egne ruskonsulenter, mens 11 % har organisert arbeidet gjennom egne rusteam. Det er 8 % som svarer 'nei' for samtlige av disse tjenestene, dvs. de har ikke tilbud om noen av disse tjenestene i det aktuelle tidsrommet. Fem % har ikke besvart spørsmålene, og det er nærliggende å anta at heller ikke disse har noen av tjenestene.

Tabell 4-2 Sosialtjenestenes organisering av arbeidet med rusmiddelmissbrukere

Sosialtjenester som har:	Antall	Prosent
Ruskonsulent(er)	58	24
Rusteam	28	11
Feltpleie/lavterskel	34	14
Oppsøkende tjeneste	32	13
Bo tilbud med tilsyn	34	14
Egen miljøarbeider	29	12
Andre tjenester	50	20
Ingen av disse tjenestene	19	8
Ubesvart	13	5

(Summen i tabellen overstiger antall sosialtjenester fordi noen har krysset av for flere av tjenestene.)

Kartleggingen viser videre at i alt 63 % har utarbeidet kommunal plan for tiltak rettet spesielt mot rusmiddelmissbrukere. Av disse planene ble 60 % enten sist rullert eller er vedtatt i løpet av de senere 3 årene (2001-2003).

Nesten en tredjedel har skriftlige prosedyrer eller en håndbok for å håndtere rusmiddelmissbrukeres behov. 80 % oppgir at de enten alltid eller noen ganger utarbeider individuelle planer for rusmiddelmissbrukere. En individuell plan skal sikre alle personer med langvarige og sammensatte behov et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud. På kartleggingstidspunktet var individuell plan kun et anbefalt virkemiddel etter sosialtjenestelovgivningen.

I alt 80 % tilrettelegger alltid eller noen ganger for et helhetlig tilbud til klienter som er tatt inn i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). I følge 'HD – Fakta om legemiddelassistert rehabilitering' (<http://odin.dep.no/hd/>) har sosialtjenesten ansvaret for å koordinere

rehabiliteringsplanen for den enkelte klient og bør inngå et forpliktende samarbeide med helsetjenesten, eventuelt nødvendig spesialisthelsetjeneste og andre involverte instanser rundt den enkelte som deltar i LAR om det helhetlige rehabiliteringsopplegget, herunder delta i ansvarsgrupper sammen med helsetjenesten.

4.3 Arbeidsmengde og belastning for konsulentene

Det var ønskelig å vite mer om konsulentenes arbeidsforhold innen rusfeltet: Hvor mange klienter de forholder seg til total; hvor mange rusmiddelmisbrukere spesielt; om arbeidet med klientene fører til belastninger i form av vold eller trusler om vold.

Sosiallederne ble bedt om å oppgi om kontoret har hatt tilfeller "hittil i 2003" der konsulentene har rapportert at de har vært utsatt for vold eller trusler om vold fra rusmiddelmisbrukere eller andre klienter. Ved 41 sosialtjenester har sosialleder mottatt mellom 1 til 16 skademeldinger fra konsulenter som har vært utsatt for vold eller trusler om vold. Til sammenligning oppgir 131 konsulenter (26%) fra i alt 74 (30 %) sosialtjenester at de selv hadde vært utsatt for vold eller trusler om vold fra rusmiddelmisbrukere "hittil i 2003" (minimum 1 gang – maksimum 11 ganger). Dette kan indikere en underrapportering av slike hendelser.

For å vite mer om arbeidsmengde for hver konsulent når det gjelder rusproblematikk har vi spurt hvor mange klienter hver konsulent totalt har ansvar for, og hvor stor andel av disse som etter konsulentens vurdering har et misbruksproblem. I alt 480 konsulenter har svart på spørsmålet om egen klientportefølje. Disse har til sammen ansvar for 24106 klienter (tabell 4-3). Dette antallet omfatter også klienter som *ikke* har et identifisert rusmiddelproblem. Antall rusmiddelklienter i konsulentenes totalportefølje er til samme 9212 (38 %). Tidligere undersøkelser har antydnet at minst 23 % av sosialhjelpsklientene har primært et rusmiddelproblem (Melberg og Alver 2003). Tabell 4-3 viser videre at de fire største byene har størst klientbelastning, med 38 % av den totale klientmassen. Deretter kommer bykommunene, med 25 % av klientene. Når det gjelder rusmiddelmisbrukere spesielt, blir tendensen enda tydeligere. De fire største byene har 43 % av alle klienter som her er definert som rusmiddelmisbrukere, og de har flest klienter innen samtlige kategorier; alkohol, medikamenter, narkotika, blandingsmisbruk. At den totale belastningen når det gjelder antall rusmiddelmisbrukere er større i byene samsvarer med en analyse gjort av SIRUS (Ødegård Lund, Lauritzen, Hauge 2003).

Tabell 4-3 Klienter fordelt på kommunestørrelse

Kommune klassifikasjon	klienter		totalt antall RMM *	
	antall	%	antall	%
4 største byer	9056	38	3916	43
bykommuner	5999	25	2403	26
resten av landet ¹	8023	33	2634	29
ukjent	1028	4	259	3
Total	24106	100	9212	100

* RMM = rusmiddelmisbrukere

Når det gjelder hva slags type misbruk klienter har, fordelte dette seg slik:

- narkotikamisbrukere: n=2976, dvs. 32 %
- omfattende blandingsmisbrukere: n=2796, dvs. 30 %.
- alkoholisbrukere: n=2230, dvs. 25 %

¹ 'Resten av landet' er små og mellomstore kommuner sammenslått.

- medikamentmisbrukere: n=1210, dvs. 13 %

Tabell 4-4 viser hvordan de forskjellige typer rusmiddelmisbrukere grupperer seg etter kommunetype. Vi finner en lavere andel alkoholisbrukere i de 4 største byene og bykommunene (21 %) sammenlignet med resten av landet (33 %).

Tabell 4-4 Klienter fordelt på kommunestørrelse og type rusmiddelmisbruk

Kommune klassifisering	misbrukere								Total
	alkohol		medika- menter		narkotika		blandings- misbruk		
	antall	%	antall	%	antall	%	antall	%	
4 største byer	826	21	467	12	1417	36	1206	31	100
bykommuner	468	19	317	13	748	31	870	36	100
resten av landet	866	33	399	15	737	28	632	24	100
ukjent	70	27	27	10	74	29	88	34	100
Total antall	2230		1210		2976		2796		N=9212

Tabellen viser også at 36 % av klientene i de største byene misbruker narkotika, og at 36 % av klientene i bykommunene er blandingsmisbrukere. Andelen som misbruker alkohol og medikamenter er noe høyere i 'resten av landet' enn i byene.

Kartleggingen viser at konsulentene til sammen har 1233 LAR-klienter i sin portefølje. Dette er 21 % av de klientene som er blitt vurdert som narkotikamisbrukere og blandingsmisbrukere (2976 + 2796, jfr. Tabell 4-4). LAR-klienter finner vi først og fremst i de fire store byene, med mer enn halvparten (54 %). Årsakene til dette kan skyldes at LAR først ble utbygget i de større byene, og at det generelt ser ut til å være flere opiatbrukere i byer og større kommuner (SIRUS 2003).

4.3.1 Oppsummering

Sosialtjenestens rusmiddelomsorg er bemannet med personale som i hovedsak har høyere relevant utdanning og tilleggsutdanning/kurs innen rusfeltet. Antall års erfaring varierer.

En del konsultenter blir utsatt for vold eller trusler om vold, og det er trolig en underrapportering av dette til ledelsen. De mellomstore byene ser ut til å være best bemannet, og Oslo er best bemannet av de fire store byene.

Et fåtall har eget rusteam, men nesten halvparten har en eller flere ruskonsulenter. Et fåtall av tjenesten har ingen egne tjenester eller tiltak spesielt rettet mot rusmiddelmisbrukere. Bare 1/3 har skriftlige prosedyrer eller håndbøker for rusfeltet. De aller fleste har erfaring med helhetlig tilrettelegging av LAR-tiltak.

Det er en betydelig andel (38 %) rusmiddelmisbrukere i klientmassen, og flest i byene. Dette gjelder for alle kategorier misbrukere, men særlig for narkotikamisbrukere og blandingsmisbrukere.

4.4 Klientkonsultasjoner i uke 46

4.4.1 Ressurser og arbeidsbelastning i uke 46

Til sammen er det registrert 1700 klientskjemaer i uke 46 fra de 159 sosialtjenestene som svarte. Dette er en registrering av samtlige klientkonsultasjoner i perioden.

Tabellen nedenfor viser fordeling av antall konsulenter per sosialtjeneste i utvalget etter kommuneinndelingen. Vi ser, som forventet, at byene har den høyeste bemanningen per sosialtjeneste. Oslo er den byen som er best bemannet av de store byene, men bykommuner ser ut til å være best bemannet av alle. Tabellen viser også at bykommunene har flest klienter per sosialtjeneste, med 27 klienter. Arbeidsbelastningen per konsulent var lavest i små og mellomstore kommuner (*resten av landet*), mens bykommunene var på linje med Bergen og Trondheim. Dataene viser at Stavanger har den største arbeidsbelastningen per konsulent. Oslo har færrest klienter med rusmiddelmisbruk per konsulent av de fire største byene. Vi må ta det forbehold at på den tiden datainnsamlingen forgikk reduserte Oslo antall bydeler fra 25 til 15. På grunn av dette var fire sosialtjenester stengt i uke 46 og hadde derfor ikke klientkonsultasjoner. Dette kan tenkes å ha innvirket på aktiviteten i uke 46 2003 for Oslos vedkommende.

Tabell 4-5 Klienter pr sosialtjeneste og pr konsulent:

Kommune klassifikasjon	antall sosial- tjenester	antall konsulent	gj.snitt konsulent per sosial- tjenester	gj.snitt klienter per sosial- tjeneste	gj.snitt klienter per konsulent
4 største byer:					
Oslo	20	103	5	14	3
Stavanger	7	30	4	25	6
Bergen	7	30	4	21	5
Trondheim	5	21	4	19	5
bykommuner	19	117	6	27	4
resten av landet	92	188	2	5	2
<i>delsum</i>	<i>150</i>	<i>489</i>	<i>3</i>	<i>11</i>	<i>3</i>
<i>ukjent</i>	<i>9</i>	<i>23</i>			
Sum	159	512	3	11	3

For hver konsulent varierer antallet rusmiddelklienter fra 1 til 200 personer, med et gjennomsnitt på 50 klienter. Samlet antall konsultasjoner med rusmiddelmisbrukere i uke 46 var 1700, - 18 % av samtlige rusmiddelmisbrukere i klientporteføljen.

4.4.2 Type rusmiddelmisbruk

Tabellen nedenfor presenterer en oversikt over type rusmiddelmisbruk som ble registrert. Tabellen viser at 74 % benytter narkotika, enten alene, i kombinasjon med medisiner eller alkohol eller begge deler. Vi finner et relativt lavt antall konsultasjoner med alkoholisbrukere i forhold til narkotikamisbrukere i perioden. Dette kan ha sammenheng med en utvikling de siste tiårene som viser at en økende andel av den gruppen som tidligere ble rekruttert til alkoholisbruk, og som tradisjonelt har benyttet seg av sosialtjenesten, nå i økende grad rekrutteres til narkotikamisbruk. I følge Fekjær (2003) vil dette kunne føre til et økende gap mellom hjelpesøkende alkoholikere og narkotikamisbrukere, der narkotikamisbrukere i langt større grad kommer innom flere deler av hjelpeapparatet enn alkoholisbrukere gjør.

Tabell 4-6 Type Rusmiddelmisbruk

	<i>Total</i>		<i>4 største byer</i>		<i>bykommuner</i>		<i>resten av landet²</i>	
	<i>Antall</i>	<i>%</i>	<i>Antall</i>	<i>%</i>	<i>Antall</i>	<i>%</i>	<i>Antall</i>	<i>%</i>
alkohol alene	246	17	98	17	54	12	83	23
narkotika alene	279	19	112	19	88	20	62	18
medikamenter alene	49	3	12	2	21	5	15	4
alkohol + narkotika	57	4	20	4	14	3	17	5
alkohol + medikamenter	73	5	22	4	20	5	28	8
narkotika + medikamenter	315	22	156	27	87	20	62	18
alle tre	417	29	157	27	157	36	88	25
Total	1436	100	577	100	441	100	355	100
<i>Ubesvart</i>	<i>264</i>	<i>16</i>						

Videre viser tabellen at 862 (60 %) av de 1436 konsultasjonene der type rusmiddelmisbruk var registrert, dreide seg om konsultasjoner med blandingsmisbrukere (misbruk av minst to typer rusmidler i forskjellige kombinasjoner).

Ved å se på rusmiddelmisbruk etter kommunestørrelse ser vi at alkoholisbruk alene eller i kombinasjon med medikamentmisbruk utgjør 21 % av konsultasjonene i byene, mot ca. 17 % i bykommuner og ca. 31 % i resten av landet.

² 'Resten av landet' er små og mellomstore kommuner sammenslått

Narkotikamisbruk alene eller i kombinasjon med alkohol ser ut til å være jevnt fordelt mellom by og land, men ser vi på narkotika i kombinasjon med medikamenter, er dette mest utbredt i de største byene (27 %).

4.4.3 Konsultasjoner med klienter som har psykiske og/eller somatiske helseproblemer

Ved 770 (45 %) konsultasjoner var det registrert psykiske helseproblemer. Av disse er 599 konsultasjoner med klienter med psykiske helseproblemer og narkotikamisbruk (alene eller i kombinasjon med andre rusmidler). Dette samsvarer med studier som finner at forekomsten av personlighetsforstyrrelser er fire ganger så høy blant rusmiddelmisbrukere som i befolkningen for øvrig (Kurtze og Eide 2003). Videre finner vi at i 96 konsultasjoner med alkoholmisbrukere har klienten også psykiske problemer. Kurtze og Eide (2003) viser til studier som finner at psykiske lidelser, som depresjon og angst, er vanlig blant alkoholmisbrukere. Denne kartleggingen viser at i 96 av de 246 av konsultasjonene der klienten kun misbruker alkohol har konsulenten registrert at klienten har en psykisk lidelse. På bakgrunn av Kurtze og Eides studie kan dette indikere en underrapportering.

Tabell 4-7 Helseproblemer og type misbruk

	<i>Antall</i>	<i>psykiske</i>		<i>somatiske</i>		<i>ingen/ukjent</i>	
		<i>antall</i>	<i>%</i>	<i>antall</i>	<i>%</i>	<i>antall</i>	<i>%</i>
alkohol alene	246	96	13	44	26	106	21
narkotika alene	279	124	16	23	14	132	27
medikamenter alene	49	30	4	5	3	14	3
alkohol + narkotika	57	37	5	1	1	19	4
alkohol + medikamenter	73	45	6	15	9	13	3
narkotika + medikamenter	315	171	22	38	23	106	21
alle tre	417	267	35	41	25	109	22
Total	1436	770	100	167	100	499	100

Tabellen viser at det registreres flere psykiske helseproblemer enn somatiske helseproblemer av konsulentene.

Kartleggingen viser videre at misbrukere med somatiske helseproblemer har lengre fortid som misbruker (gjennomsnitt 18 år) enn både de som har psykiske helseproblemer (12 år) og de med ingen/ukjent helseproblem (14 år)³. Trolig er psykiske lidelser, med for eksempel utagering, asosial atferd, depresjon eller angst, lettere å oppfatte enn

³ (ANOVA $f = 23,4$ $df = 3/1294$, $p < 0,001$).

somatiske lidelser. Det kan også tenkes at det er en tett kopling mellom rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser, ved at psykiske lidelser i seg selv kan være årsak til misbruket (Kurtze og Eide 2003, SOS 2000).

I alt 1031 konsultasjoner (60 %) er med klienter med psykiske og/eller somatiske helseproblemer som trengte behandling for dette. Av de 1031 konsultasjonene der klienten har et registrert helseproblem, er det igangsatt behandling i 823 (80 %) tilfeller.

Tabellen nedenfor viser at de fire største byene skiller seg fra bykommunene og resten av landet ved at de oftere oppgir at klientene ikke har helseproblemer, eller at de er ukjent med dette. Vel 10 % oppgis å ha somatiske helseproblemer, og forskjellene mellom by/land er liten. Andelen som oppgis å ha psykiske helseproblemer er større enn andelen med somatiske helseproblemer. Andel med psykiske helseproblemer oppgis å være lavest i de fire største byene, men forskjellene er ikke store.

Tabell 4-8 Type Helseproblemer

	Total		4 største byer		bykommuner		Resten av landet	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
ingen/ukjent	669	39	315	46	179	34	143	34
somatisk	190	11	81	12	53	10	48	11
psykisk	557	33	205	30	175	34	158	37
psykisk + somatisk	284	17	83	12	113	22	76	18
Total	1700	100	684	100	520	100	425	100

4.4.4 Stort misbruk av minst ett rusmiddel

Kartlegging av konsultasjoner der klienten ble vurdert å ha et alvorlig misbruk ble gjort ved at konsulentene kunne krysse av på følgende kategorier for alvorlighet; *-vet ikke*, *-lite*, *-middels*, *-stort*, for de tre rusmiddeltypene. Tolkningen som legges til grunn er at stort misbruk forstås som mer alvorlig enn et lite eller middels misbruk. Forekomst av alvorlighet i misbruket kan si oss noe om belastning og kompleksitet i arbeidsoppgavene i rusfeltet. Kartleggingen viser at 1015 (60 %) konsultasjoner er med det vi har kalt *alvorlige* rusmiddelmisbrukere, ved at de har et stort misbruk av minst ett rusmiddel.

4.4.5 Varighet mer enn fem år

Informasjon om misbrukets varighet var tilgjengelig i 1299 konsultasjoner (76 %). Tid som misbruker varierte fra under ett år til 45 år, med et gjennomsnitt på 15 år. 1113 (86 %) av de 1299 konsultasjonene var med klienter som har vært misbrukere i mer enn 5 år. I 813 (73 %) av de 1113 konsultasjonene der klienten var registrert som misbruker i mer enn fem år, var misbruket registrert som et stort misbruk av minst ett rusmiddel.

4.4.6 Tunge rusmiddelmisbrukere

Det er vanlig å bruke betegnelsen *tunge* rusmiddelmisbrukere om personer som har et alvorlig og omfattende misbruksproblem. Når det gjelder definisjon og avgrensning av begrepet *tunge* rusmiddelmisbrukere, er det vanskelig å finne en enhetlig nasjonal eller internasjonal definisjon. I denne rapporten vil *tungt* rusmiddelmisbruk defineres i forhold til følgende kriterier: (jfr. Ruud og Reas 2003)

- o stort misbruk av minst ett rusmiddel
- o rusmiddelmisbruk med en varighet på mer enn 5 år.
- o misbruket er kombinert med alvorlige fysiske og/eller psykiske helseproblemer.

I alt 544 (38 %) av konsultasjonene, der konsulenten hadde registrert type misbruk (N 1436), var med *tunge* rusmiddelmisbrukere. Det er en viss overvekt av konsultasjoner med tunge klienter i byene:

- 38 % i de 4 største byene;
- 39 % i de store bykommuner;
- 23 % i resten av landet.

De 38 % som defineres som tunge misbrukere fordeler i forhold til følgende rusmiddelmisbruk:

- 65 % er tunge blandingsmisbrukere av narkotika i kombinasjon med alkohol og/eller medikamenter
- 14 % er tunge alkoholmisbrukere
- 11 % tunge narkotikamisbrukere
- 8 % er tunge blandingsmisbrukere av medikamenter og alkohol
- 2 % tunge medikamentmisbrukere

4.4.7 Oppsummering

Bykommuner hadde flest konsultasjoner per konsulent i uke 46. Ca. 2/3 av alle konsultasjonene var med narkotikamisbrukere, og en stor andel av disse var blandingsmisbrukere. Narkotika- og blandingsmisbruk er mest utbredt i byene.

I nesten halvparten av konsultasjonene er det registrert psykiske helseproblemer. De fleste av disse er narkotikamisbrukere og/eller blandingsmisbrukere. Det er trolig en underrapportering av psykiske helseproblemer for alkoholmisbrukere.

De fire største byene oppgir oftest at de *ikke* kjenner til om klienten har helseproblemer, men forskjelle by/land er ikke stor.

Det er et stort misbruk av minst ett rusmiddel i mer enn halvparten av konsultasjonene, og de fleste konsultasjonene er med klienter som har vært misbrukere i mer enn 5 år. Ca. 1/3 av konsultasjonene er med tunge rusmiddelmisbrukere, og de fleste av disse er i byene.

4.5 Behandlingsrettede tiltak utenfor sosialtjenesten i uke 46

Dette punktet viser de behov konsulentene vurderer at klientene har og hvilke tiltak som ble tilbudt under konsultasjonen i uke 46/2003.

Hver konsulent ble bedt om å oppgi om det i løpet av de siste seks måneder var søkt om behandlingstilbud for den klienten som var til konsultasjon, og hvor lang ventetiden var før inntak. En klient kan være søkt til flere tiltak i løpet av perioden, og kategoriene er derfor ikke gjensidig utelukkende. I løpet av de siste 6 månedene, var det blitt søkt om:

- o institusjonsopphold (omsorg/rehabilitering/behandling) i 596 konsultasjoner (35 %)
- o poliklinisk behandling i rusfeltet i 445 konsultasjoner (26 %)
- o legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i 239 konsultasjoner (14 %).

Til sammen ble det sendt inn 1280 søknader for behandling i spesialiserte tiltak.

Tabell 4-9 Søknader sendt om poliklinisk behandling, institusjon eller LAR

<i>I løpet av de siste 6 mnd er det søkt om:</i>	<i>Legemiddelassistert</i>		
	<i>Polikliniskbehandling</i>	<i>Institusjonsopphold</i>	<i>rehabilitering</i>
4 største byer	156	236	112
bykommuner	148	192	78
resten av landet	125	139	35
Total	445	596	239
andel med narkotikamisbruk	80 %	76 %	100 %
antall som gir svar på type misbruk	416	559	217

For de skjemaene der det var besvart både at klienten var søkt til institusjonsopphold/poliklinikk og type misbruk, var narkotikamisbruk overrepresentert: 426 (76 %) konsultasjoner av 559⁴. I 58 % av de konsultasjonene der det er søkt om institusjonsplass, er det registrert at klienten har psykiske helseproblemer.

Det ser ikke ut til å være noen sammenheng mellom hvor lenge rusmiddelmisbruket har vart og om klienten har fått tilbud om institusjonsplass, verken om tiltaket ble forslått i uke 46 eller var blitt foreslått eller igangsatt tidligere.

Av de 445 konsultasjonene der det var søkt om poliklinisk behandling var 334 konsultasjoner med narkotikamisbrukere, med misbruk enten alene eller i kombinasjon med andre rusmidler (av 416⁵, 80 %). Samtidig ble det for 70 % av de 445 også registrert at klienten hadde psykiske helseproblemer.

⁴ Variasjonene i antall skyldes at ikke alle har besvart både spørsmål om institusjonsopphold/poliklinisk behandling og type misbruk.

⁵ Variasjonene i antall skyldes at ikke alle har besvart både spørsmål om poliklinisk behandling og type misbruk.

Siden en klient kunne blitt søkt til mer enn ett tiltak i løpet av perioden, og kun én ventetid er oppgitt i spørreskjema, måtte vi forholde oss til de som ble søkt til ett tiltak alene i analysen av ventetid.

Ventetiden på inntak til tilbudene varierer. Gjennomsnittlig venter de som søkes til poliklinisk behandling eller til institusjonsopphold hhv. 32 og 46 dager. Ventetiden for de fleste som søkes inn i LAR varierer fra fem til tolv uker (gjennomsnitt 133 dager). Minimums- og maksimumstallene på ventetid varierer imidlertid svært mye. For institusjonsopphold varierer for eksempel ventetiden fra 0 til ca. et år (365 dager), mens den for LAR kan variere fra 0 til ca. tre år (1095 dager).

På tross av disse variasjonene er hovedtendensen at majoriteten av alle som søkes til et av disse tilbudene får et tilbud i løpet av 12 uker, og rundt 20 - 30 % må vente kortere enn en uke.

Tabell 4-10 Ventetid for inntak i poliklinisk behandling, institusjon eller LAR

<i>I løpet av de siste 6 mnd er det søkt om:</i>	<i>ventetid i dager</i>				<i>Prosent som har ventet:</i>			
	<i>N</i>	<i>n</i>	<i>gj.snitt</i>	<i>maks ventetid</i>	<i>< 1 uke</i>	<i>1-4 uker</i>	<i>5-12 uker</i>	<i>> 3 mnd</i>
Polikliniskbehandling alene	153	78	32	135	30	12	55	4
Institusjonsopphold alene	292	194	46	365	26	20	46	8
Legemiddelassistert rehabilitering alene	96	50	133	1095	18	2	58	22

N = Antallet søknader sendt inn i løpet av de siste 6 måneder (før uke 46, 2003)

n = antall som har svart på spørsmål om ventetid

gj.snitt = ventetid i dager for igangsetting/inntak til tiltak

Kartleggingen viser at nesten alle konsulenter holder kontakt med klienten i ventetiden, og for de fleste er kontakten hyppig: Det holdes kontakt i ventetiden i mer enn 90 % av konsultasjonene der klientene er søkt inn i poliklinisk behandling eller institusjonsopphold, og for nesten samtlige (99 %) av de som er søkt inn i LAR. I mer enn halvparten av tilfellene holder konsulenten kontakt minst én gang per uke. Mer enn halvparten av klientene har også kontakt med andre tjenester enn sosialtjenesten i ventetiden.

Tabell 4-11 Kontakt i venteperioden

<i>Er det i løpet av de siste 6 mnd søkt om:</i>	<i>n</i>	<i>% kontakt med klienten i perioden</i>	<i>kontakt minst 1 gang i uken</i>	<i>% kontakt med andre tjenester i perioden</i>
Polikliniskbehandling	342	92	53	71
Institusjonsopphold	485	92	58	68
Legemiddelassistert rehabilitering	201	99	43	71

Det er av interesse å se hvor mange som er søkt inn i spesialisttjenester og som har fått slike tilbud tidligere, da dette kan indikere hvor mange som er "gjengangere":

- I 73 % av de konsultasjonene der det er søkt til poliklinisk behandling, har klienten også fått dette tilbudet tidligere.
- I 79 % av de konsultasjonene der det er søkt til institusjonsopphold, har klienten også fått dette tilbudet tidligere.
- I 52 % av de konsultasjonene der det er søkt om LAR, har klienten også fått tilbud om dette tidligere, og enda flere av disse har tidligere fått tilbud om poliklinisk behandling (69 %) og/eller institusjonsopphold (75 %).

Tabell 4-12 Konsultasjoner der det er søkt om spesialisttjenester og antall som har fått tilbud tidligere

		<i>Har klienten fått slike tilbud tidligere?</i>		
		<i>(Prosent som svarer JA til begge to)</i>		
<i>Er det i løpet av de siste 6 mnd søkt om:</i>	<i>n</i>	<i>Poliklinisk behandling</i>	<i>Institusjonsopphold</i>	<i>LAR</i>
Poliklinisk behandling	420	73	64	21
Institusjonsopphold	556	64	79	22
Legemiddelassistent rehabilitering	223	69	75	52

Det er en felles erfaring for mange av behandlingstiltakene at et relativt stort antall rusmiddelmisbrukere ikke fullfører planlagt behandling, noe som kan tolkes som en indikasjon på at behandlingsoppholdet ikke er tilstrekkelig tilpasset klientens behov eller ikke er virksomt nok. (SOS NOU 2003) Imidlertid påpeker referansegruppen til dette prosjektet at gjentatte forsøk på behandling vil kunne øke sjansene for å lykkes med behandlingen. Gjentatte institusjonsopphold trenger altså ikke å være en indikasjon på at behandlingen er mislykket, men forteller like gjerne at behandlingen må sees i et langvarig perspektiv der flere opphold evt. flere ulike typer tiltak er nødvendig.

4.5.1 Oppsummering

Ca. 1/3 av alle som er søkt til spesialiserte tiltak er søkt til institusjon. De fleste av disse er narkomane – også blant de som er søkt til poliklinisk behandling. De fleste som søkes til de spesialiserte tiltakene har fått slike tilbud tidligere. Det er store variasjoner når det gjelder ventetid, med inntil to til tre år for det meste. I gjennomsnitt må klientene vente ca. fem uker på poliklinisk tilbud og/eller institusjonstilbud, mens de venter ca. tolv uker på LAR-tiltak. For ca. 30 % er ventetiden under en uke. Det er flest som venter kort i byene. Konsulentene har nesten alltid kontakt med klientene i ventetiden.

4.6 Forholdet mellom klientens behov og tilbudte tiltak, uke 46

Dette punktet viser konsulentenes registreringer av behov og klientrettede tiltak i konsultasjonene i uke 46. Tabellen på neste side viser hvor mange tiltak som etterspørres av klientene, slik konsulentene vurderer det, og hvilke tiltak som tilbys. Videre viser tabellen om det er et samsvar eller et misforhold mellom det registrerte behov og tilbudte tiltak.

Når man leser tabellen er det viktig å tenke på hvilken situasjon klient og konsulent er i på sosialkontoret. Klienten har gjerne etablert et langvarig forhold med sosialkontoret i form av at de møter på sosialkontoret flere ganger. Klienten fremmer sine ulike behov, som kan variere over tid, og de får tilbud om ulike tiltak. Konsulenten gir tilbud om ulike tiltak som vurderes å være adekvate i forhold til klientens varierende behov, og i forhold til ressursituasjon. Noen av tiltakene iverksettes straks, andre tiltak tilbys ved senere konsultasjoner, mens andre tiltak vil kunne tilbys som midlertidige løsninger. Dette blant annet fordi det vil kunne være vanskelig å sette i verk et tiltak i forhold til behov i løpet av en uke.

Tabell 4-12 nedenfor viser konsulentenes registreringer av klientenes behov den dagen de kom til konsultasjon, samt tiltak som er blitt tilbudt klientpopulasjonen (se vedlegg spørreskjema 3, spørsmål 20). Det kunne krysses av for inntil 22 ulike behov og tiltak. Det var anledning til å sette flere kryss alt etter hvor mange behov og tiltak som ble registrert.

Tabell 4-13 Registrerte behov og tiltak i uke 46

	Total registrert behov i uke 46	Andel behov av total populasjon (1700)	Total tiltak tilbudt i uke 46	Andel tiltak tilbudt av total populasjon (1700)	Ratio behov: tilbudte tiltak
	1	2 (%)	3	4 (%)	4: 2 (%)
Råd og veiledning	703	41	812	48	> 100
Behandling/rehabilitering	508	30	357	21	70
Økonomiske sosialhjelp	477	28	553	33	> 100
Ansvarsgruppe	414	24	393	23	96
Individuell plan	397	23	240	14	61
Aktivering/dagtilbud	371	22	205	12	55
Trygdeytelser	366	22	323	19	86
Varig bopel	329	19	208	12	63
Henvisninger til spesialtiltak i rusfeltet	305	18	259	15	83
Bolig med oppfølgingstiltak	292	17	157	9	53
Psykisk helsevern	285	17	182	11	65
Praktisk hjelp	284	17	298	18	> 100
Avrusing	225	13	114	7	54
Tiltak i regi av Aetat	207	12	128	8	67
Skole/kurs/voksenopplæring	186	11	97	6	55
Tatt inn i LAR	130	8	167	10	> 100
Støttekontakt	116	7	29	2	29
Midlertidig husvære	101	6	132	8	> 100
Utredning for LAR	91	5	90	5	100
På venteliste for LAR	66	4	47	3	75
Barnevernstiltak	48	3	96	6	> 100
Somatisk sykehus opphold	48	3	31	2	67

Tabellen viser en oversikt over total aktivitet i uke 46 - hvor mange klienter som oppgis å ha et behov for ulike tiltak (kolonne 1 og 2, i nedstigende rekkefølge), og hvor mange tiltak som er tilbudt totalt sett (kolonne 3 og 4).

Tabell 4-12 viser *ikke* hva som skjer for den enkelte klient over tid, men viser aktivitet i den definerte perioden. I uke 46 registreres det en viss mengde behov for ulike tiltak, og det utløses tiltak som et svar på behov fremmet over en lengre tidsperiode.

Tabell 4-12 kan leses på to måter: vertikalt og horisontalt.

Kolonne 1 og 2 leses vertikalt, og viser en oversikt over alle behov som ble registrert i konsultasjonene i uke 46. Vi ser at behov for *Råd og veiledning* er hyppigst registrert (703 konsultasjoner), etterfulgt av behov for *Behandling/rehabilitering*, *Økonomisk sosialhjelp* og behov for *Ansvarsgruppe*.

Kolonne 3 og 4 leses vertikalt, og viser andelen av totalpopulasjonen på 1700 som har fått tilbud om ulike tiltak i uke 46. Som tabellen viser er det hyppigst tilbudte tiltaket for *råd og veiledning*, etterfulgt av *økonomisk sosialhjelp*, *ansvarsgruppe* og *Behandling/rehabilitering*

Tallene i kolonne 3 og 4 inkluderer for det første registrerte behov i uke 46, som det ble tilbudt et tiltak i forhold til. For det andre inkluderer tallet de som har meldt et behov tidligere og som i uke 46 fikk tilbud om tiltak i forhold til tidligere meldt behov. For det tredje inkluderer tallene i kolonne 3 og 4 de som har fått et tiltak, men som ikke nødvendigvis svarer på det behovet de oppgis å ha. Et eksempel på dette er de som får tilbud om midlertidig bolig i stedet for varig bolig, som kan være det tiltaket de oppgis å ha behov for i uke 46.

Når tabellen leses horisontalt ses kolonne 2 og 4 i sammenheng. Gjennom å sammenligne disse kolonnene får vi et bilde av samsvar mellom etterspørsel og tilbudte tiltak. Differansen mellom tallene i disse to kolonnene kan da tolkes som uttrykk for i hvilken grad oppgitt behov blir etterfulgt av et tilsvarende tiltak. Vi ser da av tabellen at det er størst samsvar mellom oppgitte behov og tilbudte tiltak når det gjelder *Råd og veiledning*, etterfulgt av *Økonomisk sosialhjelp* og *ansvarsgruppe*. Sannsynligheten for at det vil bli i verksatt et tiltak i forhold til behovet for behandling/rehabilitering er på den annen side mindre enn for de andre nevnte tiltakene.

I tabellen under har vi gruppert hvor mange som oppgis å ha behov for ulike tiltak, og om totalt antall tilbudte tiltak står i forhold til oppgitte behov. Dette kan fortelle noe om hvilke behov som synes godt dekket av tiltak, og hvor det synes å være et udekket behov.

Tabell 4-14

	Aktuelle behov for over 20 % av klientene	Aktuelle behov for mellom 10 og 20 % av klientene	Aktuelle behov for under 10 % av klientene
Stort samsvar mht. antall behov og tilbudte tiltak⁶	-råde og veiledning -økonomisk sos.hj. -ansvarsgruppe -trygdeytelser	-henvisning til spesialtiltak i rusfeltet -praktisk hjelp	-midlertidig husvær -LAR -barnevern
Mindre samsvar mht. antall behov og tilbudte tiltak⁷	-behandling/rehab. -individuell plan -aktivisering, dagtilb.	-varig bolig -bolig m/oppfølging -psykisk helsevern -avrusning -tiltak i regi av A-etat -skole/voksenoppl.	-støttekontakt -somatisk sykehus opphold

Sett i forhold til intensjonene i sosialtjenesteloven tyder resultatene her (tabell 4-13 og tabell 4-14) på at sosialtjenesten oppfyller kravet om å gi råd og veiledning til rusmiddel-misbrukere. Samsvaret mellom behov og tiltak når det gjelder ansvarsgrupper kan forstås slik at de også ivaretar sitt koordinerende ansvar overfor andre kommunale instanser.

⁶ For hvert enkelt tiltak defineres samsvar som ratio av total tilbudte tiltak sett i forhold til totalt registrerte behov. Et stort samsvar defineres som en ratio på minst 75 %.

⁷ Et lite samsvar defineres som en ratio på mindre enn 75 %.

Sosialtjenesten skal, hvis lokale hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige, søke klienten til egnet institusjon for døgnbehandling. Samsvaret mellom behov og tilbudte tiltak når det gjelder henvisning til spesialtiltak i rusfeltet kan tyde på at sosialtjenesten i stor grad oppfyller også denne intensjonen. Når det gjelder de ulike spørsmålene om LAR tyder samsvaret på at de som vurderes å ha et behov, som ønsker et tilbud og som oppfyller inntakskriteriene for å komme inn i LAR, på sikt får tilbudt tiltak i forhold til behovet.

Den delen av sosialtjenestens ansvar som innebærer at rehabilitering av rusmiddelmisbrukere skal skje lokalt ut fra et helhetlig perspektiv som inkluderer aktivisering og sosiale tiltak, ser imidlertid ut til å være dårligere ivare tatt. Dette er tiltak som hjelp med bolig, aktivisering og dagtilbud, tiltak for å komme i arbeid, skole og voksenopplæring og støttekontakt for de som trenger det. Det at såpass mange ikke får tilbud om disse tiltakene kan forstås som problematisk i forhold til at disse tiltak ofte fremheves som helt avgjørende for å få til en vellykket rehabilitering av rusmiddelmisbrukere,

4.6.1 Behov og tiltak i forhold til rusmiddelmisbruk

Kartleggingen viser at antall behov og tilbudte tiltak er signifikant korrelert med antall rusmidler som misbrukes: Jo flere rusmidler som misbrukes, jo flere behov og flere tiltak. Blandingsmisbrukere får registrert flest behov og får tilbud om flest tiltak. Videre finner vi at narkotikamisbrukere har registrert signifikante flere behov og får tilbud om signifikante flere tiltak, enn alkohol og/eller medikamentmisbrukere.

Et stort misbruk av minst ett rusmiddel er positivt korrelert med både de samlede registrerte behov og tilbudte tiltak, mens misbrukets varighet kun er svakt korrelert med total antall behov som er registrert. Det ser altså ut til at de med et alvorlig misbruk, og spesielt narkotikamisbrukere, legger beslag på flest ressurser.

Ved å sammenligne tunge rusmiddelmisbrukere med resten av gruppen, finner vi at tunge misbrukere har registrert flest behov og utløser flest tiltak, men det er få forskjeller når det gjelder gapet mellom behov og tilbudte tiltak. Gjennomsnittlig har tunge rusmiddelmisbrukere registrert 4 behov, mens den resterende gruppen i gjennomsnitt har registrert 3 behov ($p < 0,001$). Det samme mønsteret påvises mht. antall tiltak: For tunge rusmiddelmisbrukere er det registrert i gjennomsnitt 4 tiltak, og for de som ikke vurderes som tunge rusmiddelmisbrukere er det registrert i gjennomsnitt 3 tiltak ($p < 0,001$). Dette kan tolkes som en indikasjon på at de som trenger mest også får mest. Det kan imidlertid også være en indikasjon på at sosialtjenesten først setter inn omfattende tiltak etter at problemene er blitt store.

Det er en liten forskjell mellom tunge misbrukere og resten av gruppen når det gjelder type behov som er registrert og type tiltak som tilbys. Tunge misbrukere får oftere tilbud om *Utredning for LAR*, *Venteliste for LAR*, *Henvisning til spesialtiltak i rusfeltet*, *Behandling/rehabilitering* og *Somatisk sykehusopphold* enn resten av gruppen. Resten av gruppen får oftere tilbud om *Tiltak i regi av A-etat* og *Skole/kurs/voksenopplæring* enn tunge rusmiddelmisbrukere. Begge grupper har relativt lite samsvar mellom behov og tilbudte tiltak når det gjelder; *Bolig*, *Aktivisering/dagtilbud*, *Støttekontakt*, *Individuell plan*, *Avrusning*, *Psykisk helsevern*.

4.6.2 Byer, bykommuner og resten av landet

Vi har sett etter forskjeller mellom store byer, bykommunene og resten av landet når det gjelder forholdet mellom behov og tilbudte tiltak. Ved å sammenligne de aktuelle registrerte behov med antall tilbudte tiltak totalt - et tall som sier noe om mulig behovsdekning over tid - finner vi at kommunestørrelse *ikke* har betydning. Imidlertid viser data en tendens til at bykommuner gjennomgående rapporterer flere konsultasjoner der klienten får et tilbud som tilsvarer behovet i uke 46. Det vil si at gapet mellom *behov i uke 46* og *tilbud i samme uke* gjennomgående er mindre i bykommunene enn i de store byene og i resten av landet.

Tidligere er det vist i tabell 4-5 at bykommunene i gjennomsnitt har flere konsulenter per sosialtjeneste enn både de store byene og resten av landet, noe som kan innebære bedre muligheter for oversikt over rusfeltet. Samtidig har bykommunene også flest klienter per sosialtjeneste, noe som indikerer at de har den største arbeidsbelastningen. Det ser altså ut til å være en sammenheng mellom ressurser og klientbelastning.

4.6.3 Forskjeller i behov og tilbudte tiltak mellom alkohol/medikamentmisbrukere og narkotikamisbrukere

Det er et større samsvar mellom behov og tiltak for alkohol/medikamentmisbrukere enn for narkomane når det gjelder tilbud om *Bolig, Aktivisering/dagtilbud, Henvvisning til spesialtiltak, A-etat, Trygdeytelser* og *Skole/voksenopplæring*. På den annen side får narkomane, særlig LAR-klienter, som forventet oftere tilbud om ansvarsgruppe og individuell plan enn de andre gruppene. Dette siste har sammenheng med at disse tilbudene skal følge LAR-klienter i henhold til retningslinjene (Jfr. Kap 2).

4.6.4 Konsulentenes forklaring på hva gapet mellom behov og tiltak skyldes

Konsulentene ble bedt om å svare på følgende spørsmål: *"Hvis det er et gap mellom klientens uttalte behov og det som konsulenten har tilbudt, hva skyldes det hovedsakelig?"*

Svar ble registrert i kun 644 (61 %) av de 1053 konsultasjonene der det var registrert at klienten hadde et gap mellom behov og tiltak. For disse utpekte konsulenten *klienten* som årsaken i 47 % av tilfellene, *andre årsaker* (uspesifiserte) i 27 % av tilfellene, *kommunen* i 14 % av tilfellene, eller en eller annen kombinasjon av disse tre årsakene i 12 % av tilfellene. Det er altså en tendens til at konsulentene i hovedsak forklarer gapet mellom et registrert behov og tilbudet som blir gitt med forhold som skyldes klientene.

4.6.5 Oppsummering

Noen behov registreres hyppigere enn andre, spesielt gjelder dette Råd/veiledning, Behandling/rehabilitering, Økonomisk sosialhjelp, Ansvarsgruppe. Bortsett fra behovet for ansvarsgruppe er det ofte samsvar mellom behov og tiltak for disse.

Områder der det ofte er registrert et behov uten at dette følges opp av et tiltak er aktivisering og sosiale tiltak som skole/voksenopplæring, aktivisering på dagtid Støttekontakt, samt Individuell plan, psykisk helsevern og varig bolig.

Det viser seg at et behov kan utløse mange ulike typer tiltak. Det vil si at det ofte gies et eller annet tilbud.

Det er en positiv sammenheng mellom antall rusmidler som misbrukes, grad av rusmiddelmisbruk og antall registrerte behov og tiltak. Flest ressurser går til de med stort misbruk, spesielt narkomane og særlig de tunge misbrukerne.

Kommunestørrelse har liten betydning for forholdet mellom behov og tiltak, men det er en liten tendens til at gapet er mindre i bykommunene enn i de store byene og resten av landet.

Det er et mindre gap for alkoholmisbrukere og medikamentmisbrukere enn for resten av gruppen når det gjelder: *Bolig, Aktivisering, Henvvisning til spesialtiltak, A-etat, Trygd, Skole*. Narkomane får oftere tilbud om individuell plan enn andre.

Konsulentene mener at et gap mellom behov og tiltak i overveiende grad skyldes forhold ved klienten.

4.7 Samarbeid om rusmiddelproblematikk

Konsulentene ble bedt om å svare på om de samarbeider med forskjellige instanser med hensyn til rusmiddelproblematikken *generelt*. De kunne svare *ofte*, *sjelden* eller *aldri*. I avtagende rekkefølge svarte konsulentene slik på hvem de ofte samarbeider med:

- 76 % samarbeider *ofte* med andre kommunale instanser
- 65 % samarbeider *ofte* med fastlegen
- 61 % samarbeider *ofte* med trygdekontor
- 60 % samarbeider *ofte* med fylkeskommunale institusjoner
- 59 % samarbeider *ofte* med psykisk helsevern
- 39 % samarbeider *ofte* med A-etat
- 36 % samarbeider *ofte* med pårørende.

Etter samarbeid med *Andre kommunale instanser*, oppgir flest konsulenter at de ofte samarbeider med *Fastlegen*, og mer enn halvparten av konsulentene oppgir at de ofte samarbeider med *Trygdekontor* og *Institusjonene*.

Konsulentene ble også spurt om hvem de samarbeider med i den aktuelle konsultasjonen som ble registrert i uke 46. Tabellen nedenfor viser at sosialkonsulentene angir fastlegen som samarbeidspartner i 49 % av konsultasjonene. Etter fastlegen samarbeides det med familie/pårørende. Det samarbeides med institusjoner i rusfeltet i litt under halvparten av konsultasjonene.

Tabell 4-15 konsulentenes samarbeid med andre instanser om klienter

Hvem konsulentene samarbeider med om klienter i uke 46:	antall klienter	%
fastlegen	827	49
pårørende	782	46
spesialinstitusjon i rusfeltet	758	45
Trygdekontor	660	39
Sosialtjeneste	585	34
psykisk helsevern	471	28
A-etat	331	20
politi mm	144	9
Sykehus	119	7
skole/voksenopplæring	89	5
A-A/A-N	39	2
Bedriftshelsetjeneste	22	1

I de konsultasjoner der det samarbeides med andre instanser, har *tid som misbruker* betydning: Konsulentene har flere samarbeidspartnere i konsultasjoner der klientene har kortere tid som misbruker. Tilsvarende: Jo lenger rusmiddelmisbruket har vart, jo færre samarbeidspartnere.

Det er flere samarbeidspartnere involvert for narkotikamisbrukere enn for alkohol-/medikamentmisbrukere.

Vi har sett nærmere på samarbeid med fastlege og pårørende for de konsultasjoner der konsulentene oppgir å ha søkt om en eller annen type behandling for klienten i løpet av de siste 6 månedene. I de konsultasjonene der det enten er søkt om, eller tidligere gitt tilbud om, poliklinisk behandling, institusjonsopphold og/eller LAR (Tabell 4-14), vurderer konsulenten at fastlegen er godt kjent med pasientens rusmiddelmisbruk. I over halvparten av tilfellene oppgir konsulentene å samarbeide med fastlegen om klienten, og særlig gjelder dette for klienter som er søkt til LAR. Dette kan forstås dit hen at sosialtjeneste og leger følger oppfordringen om å inngå i et forpliktende samarbeide om LAR klienter (SHD 1-33/2001). I over halvparten av disse konsultasjonene oppgir konsulentene at de også har vært i kontakt med klientens familie/pårørende.

Tabell 4-16 Sosialtjenesten: Samarbeid med fastlegen og familie

<i>N = 1700</i>	<i>Fastlegen kjent med RMM</i>		<i>Samarbeid med Fastlegen</i>	
	<i>antall</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>Kontakt med familie/pårørende %</i>
Er det søkt om:				
poliklinisk behandling	445	87	59	55
Institusjonsopphold	596	85	54	57
LAR	239	95	76	55
Er det tidligere tilbudt:				
Poliklinisk behandling	878	88	60	53
Institusjonsopphold	987	88	58	53
LAR	360	96	80	51

4.7.1 Oppsummering

Generelt samarbeider sosialkonsulentene oftest med fastlege, trygdekontor og institusjonene. I de konsultasjoner som ble registrert i uke 46 var det oftest samarbeid med fastlege og familie/pårørende, men også en god del med institusjoner. Jo kortere tid som misbruker, jo flere samarbeidsinstanser er involvert.

5 Fastlegene

5.1 Andel pasienter med et identifisert rusmiddelmisbruk

Kartleggingen ved sosialtjenestene har vist at fastlegen er en viktig samarbeidspartner når det gjelder klienter med rusmiddelproblemer. I tillegg er fastlegen helt sentral når det gjelder LAR-tiltak. Vi ønsket derfor kunnskap om konsultasjoner hos fastleger, der legen vurderer at pasienten er rusmiddelmisbruker. Det var også ønskelig med kunnskap om legenes vurdering av disse pasientenes behov og de tiltak som blir tilbudt.

Vi finner at de 241 legene som sendte inn pasientdata har hatt 553 konsultasjoner. Disse fordeler seg mellom legene på følgende måte:

Tabell 5-1 Fordeling av pasienter med ulike typer rusmiddelmisbruk på leger

<i>antall RMM* i uke 46</i>	<i>antall leger</i>	<i>Antall pasienter</i>	<i>type misbruk (i prosent av antall pasienter)</i>			
			<i>alkohol</i>	<i>medika- ment</i>	<i>alkohol + medikament</i>	<i>narkotika</i>
1 – 2	183	240	10	4	10	76
3 – 6	48	173	11	13	10	66
7 eller flere	10	140	2	6	5	87
Total	241	553				

*RMM = Rusmiddelmisbrukere

Majoriteten av de legene som har svart (183) har mellom 1 og 2 konsultasjoner med pasienter med et registrert misbruksproblem i uke 46. Fire % av legene har til sammen 140 pasientkonsultasjoner der pasienten er vurdert til å være rusmiddelmisbruker. Det vil si at hele 25 % av det totale antall konsultasjoner vi har data om tas hånd om av ca. 4 % av de legene som har svart. Narkotikamisbrukere utgjør hovedandelen av konsultasjonene. Leger med mellom 7 - 26 konsultasjoner har flere konsultasjoner med narkomane enn leger med mellom 1 - 6 konsultasjoner. De har også flere konsultasjoner med langtidsmisbrukere, blandingsmisbrukere og tunge rusmiddelmisbrukere. En liten andel leger ser altså ut til å ha forholdsvis mange pasientkonsultasjoner med rusmiddelmisbrukere sammenlignet med majoriteten av legene. Svarefordelingen kan tolkes slik at de utfordringer narkomane pasienter representerer gir seg utslag i pasientfordeling blant leger.

Tabell 5-2 Kjennetegn ved misbruket

Antall RMM i uke 46	antall leger	antall pasienter	<i>misbruksprofil (i prosent av antall pasienter)</i>			
			<i>narkotika</i>	<i>langtids</i>	<i>blandings</i>	<i>tunge RMM</i>
1 – 2	183	240	76	15	42	38
3 – 6	48	173	66	11	39	35
7 eller flere	10	140	87	34	54	48
Total	241	553				

Det at et lite antall leger har relativt mange pasienter som misbruker narkotika kan stemme med det inntrykket vi har fått gjennom samtaler med enkelte leger, med det som fremkommer i media (Dagens medisin) og på fastlegenes diskusjonsforum Eyr på Internett. Det blir ofte hevdet at rusmiddelmissbrukere blir sett på som en krevende pasientgruppe, der det kan være vanskelig å få til gode behandlingsresultater dersom man har for mange slike pasienter. Samtidig blir det også hevdet at narkomane pasienter bryter med ønsket pasientatferd: De lager uro og bråk på venterommet og er til sjenanse for andre pasienter; de holder ikke avtaler; de betaler ikke regningen til legen og de maser om medisiner. Enkelte leger opplever trusler fra rusmiddelmissbrukere (Dagens medisin 27.mai 2004). Pasienter som får tilbud om og som skal følges opp når det gjelder LAR, er arbeidskrevende. Legen skal bidra med medisinskfaglig oppfølging i forbindelse med rehabiliteringsopplegget som skal etableres sammen med sosialtjenesten. I denne forbindelsen skal fastlegen delta i arbeidet rundt pasienten, herunder ansvarsgrupper (rundskriv I-33/2001). I følge Dagens medisin ser det ut til å være noen leger som interesserer seg spesielt for denne pasientgruppen, og som derfor har forholdsvis mange pasienter som er narkotikamisbrukere.

5.2 Konsultasjons hyppighet og pasientenes behov under konsultasjon

I ca. 90 % av konsultasjonene (N = 553) var legen pasientens fastlege. Kun få (6%) var førstegangs konsultasjon. I de konsultasjonene der pasienten hadde vært hos samme lege tidligere, varierte tiden fra forrige konsultasjon fra samme dag til 400 dager, med et gjennomsnitt på 24 dager. Til sammen 60 % ser legen minst annenhver uke.

Pasienter som misbruker narkotika (alene eller i blanding) besøker legen hyppigst, mens verken somatiske eller psykiske helseproblemer har noe statistisk betydning for hyppighet i legekontakt.

På spørsmål om hva slags behov pasienten vurderes å ha i konsultasjonen viser tabell 5-3 at de behovene som registreres oftest er: *Resept, Kontroll og oppfølging i forbindelse med LAR, Råd og veiledning.*

Tabell 5-3 Behov under konsultasjon

Behov	%
Resept	44
Råd & veiledning	42
Kontroll	40
Oppfølging LAR	28
Undersøkelse	21
Henvvisning til spesialisthelsetjeneste	13
Sykemelding	9
Andre dokumentasjon	8
Praktisk hjelp	7
Utredning LAR	7

Når vi ser på type rusmidler legene oppgir at pasientene misbruker, utgjør narkotika, enten alene eller i kombinasjon med alkohol og/eller medikamenter, ca. 75 %.

Tabell 5-4 Type rusmiddelmisbruk

	Antall	Prosent
alkohol alene	42	8
Narkotika alene	68	13
medikamenter alene	38	7
alkohol + narkotika	14	3
alkohol + medikamenter	45	9
narkotika + medikamenter	79	15
alle tre	234	45
Total	520	100
Missing	33	6

Vi har undersøkt sammenhengen mellom hva slags type rusmidler som misbrukes og hvilke behov pasientene ble vurdert å ha i konsultasjonen. I analysen er rusmiddel-misbrukere delt inn i to grupper: alkohol/medikamentmisbrukere (N = 125) og narkotikamisbrukere som bruker ett eller flere rusmidler (N= 395). Vi har data fra 520 konsultasjoner på disse to spørsmålene. (33 = missing)

Vi finner at alkohol/medikamentmisbrukere skiller seg fra narkotikamisbrukere på noen punkter:

Tabell 5-5 Forskjell i vurdert behov mellom alkohol/medikamentmisbrukere og narkotikamisbrukere

	Alkohol/ medikament- misbrukere (%)	Narkotika- misbrukere (%)
Resept	65	40
Undersøkelse	28	19
Sykemelding	17	7
Henvvisning til spesialist	16	12
Annen dokumentasjon	13	7

Vi har også sett på narkotikamisbrukere som *ikke* er under LAR (N = 250), og finner at disse oppgis å ha omtrent de samme typer behov som alkohol/medikamentmisbrukere. Dette gjelder med ett unntak: Behovet for sykemeldinger er 9 % for narkotikamisbrukere mot 17 % for alkohol/medikamentmisbrukere, noe som kan være et uttrykk for at alkohol/medikamentmisbrukere med større sannsynlighet er i arbeid.

5.3 Misbrukets varighet og målsetning i forhold til rusmiddelmisbruket

På spørsmål om hvor lenge misbruket har vart, svarte legene på dette for 492 (89%) av de 553 konsultasjonene. Varighet i misbruket varierer fra 1 til 40 år, med et gjennomsnitt på 15 år.

Målsetning for pasienten når det gjelder rusproblemet er i følge legene:

- Legemiddelassistert behandling (LAR) 42 %
- Rehabilitering med sikte på rusfrihet 36 %
- Skadereduksjon/stabilisering 24 %
- Annet 7 %

Rehabilitering med sikte på rusfrihet har vært målsetningen i 198 (36 %) konsultasjoner. I over halvparten av konsultasjonene med alkoholmisbrukere oppgir legen dette som et mål, mens det oppgis å være et mål i kun 15 % av konsultasjonene med pasienter som misbruker alle tre typer rusmidler.

5.4 Helseproblem og rusmiddelmisbruk

Psykiske helseproblemer, enten alene eller i kombinasjon med somatiske plager, dominerer rapporterte helseproblemer.

I 307 (56 %) konsultasjoner har pasienten psykiske helseproblemer, enten alene eller i kombinasjon med somatiske helseproblemer (tabell 5-6). Av disse er 149 (49%) konsultasjoner der pasienten har omfattende blandingsmisbruk av alle 3 rusmidler. Til sammen er det 236 (77 %) konsultasjoner der pasientene har psykiske helseproblemer og er narkotikamisbrukere.

Tabell 5-6 Helse og type misbruk

	<i>psykiske</i>		<i>somatiske</i>		<i>ingen/ukjent</i>	
	<i>antall</i>	<i>%</i>	<i>antall</i>	<i>%</i>	<i>antall</i>	<i>%</i>
Alkohol alene	19	6	13	19	10	7
Narkotika alene	31	10	13	19	24	17
Medikamenter alene	23	8	5	7	10	7
Alkohol + narkotika	11	4			3	2
Alkohol + medikamenter	29	9	10	15	6	4
Narkotika + medikamenter	45	15	6	9	28	19
alle tre	149	49	22	32	63	44
Total	307	100	69	100	144	100

5.5 Legemiddelassistert rehabilitering for narkotikamisbrukere

Fordi LAR utgjør et sentralt element i samarbeidet mellom sosialtjenesten og primærhelsetjenesten ble det valgt å fokusere på dette tilbudet til rusmiddelmisbrukere i spørreskjemaet til legene.

Det er 288 (52 %) konsultasjoner med pasienter som enten har behov for oppfølging, er 'på vent' eller vurdert for LAR. Tabellen på neste side gir en oversikt over hvilke behov legene oppgir at pasientene har i forhold til LAR. Pasienter som ikke er vurdert for LAR er sjeldnere hos legen enn de som er vurdert for LAR. De som ikke er vurdert for LAR har i mindre grad et omfattende blandingsmisbruk enn LAR-pasienter. Samtidig ser vi som forventet indikasjoner på at de pasientene som enten er 'på vent', har forsøkt LAR tidligere eller har et tilbud om LAR, i gjennomsnitt oppgis å ha en lengre karriere som rusmiddelmisbrukere enn de som ikke er vurdert for LAR.

Tabell 5-7 Pasienter og LAR

	Antall	%	% hos legen minst annen hver uke	gj.snitt tid RMM år	% omfattende blandings- misbruk	% psykisk helseproblem
ingen LAR	265	48	33	13	32	63
LAR på vent	48	9	77	15	65	58
LAR på vent+ forsøkt tidligere.	21	4	85	16	42	43
LAR vurdert	36	7	65	13	56	50
LAR vurdert +forsøkt tidligere	13	2	39	19	54	62
LAR igangsatt, får oppfølging	157	28	80	18	53	52
LAR tidl+vurd+vent	13	2	75	19	100	67
Total	553	100	56			

5.6 Fastlegens samarbeid med sosialtjenesten og familie / pårørende

Fastlege og sosialtjeneste oppfordres til å samarbeide om et helhetlig rehabiliteringsopplegg, herunder delta i ansvarsgruppe, for LAR-klienter/pasienter. Ca. 95 % av legene oppgir at de deltar i ansvarsgruppe rundt LAR-pasienter. Tabellen nedenfor viser at legene i over 90 % av konsultasjonene der pasienten oppgis å ha LAR som et *behov*, en *målsetning* og/eller som en *del av behandlingsplanen*, samarbeider med sosialtjenesten. Legene oppgir også at sosialtjenesten i majoriteten av tilfellene er kjent med pasientens rusmiddelmisbruk. Når det gjelder samarbeid med familien er ikke dette like utbredt.

Tabell 5-8 Fastlegen: samarbeid med sosialtjenesten og familie

	Sosial- tjeneste kjent med RMM		Samarbeid med sosialtjeneste		Kontakt med familie / pårørende	
	antall	%		%		%
N=553						
Pasientens behov for denne konsultasjon:						
utredning LAR	41	95		93		39
oppfølging LAR	154	99		95		51
pasientens målsetning in forhold til rus:						
LAR	231	99		95		49
LAR vurdert	197	97		89		56
LAR igangsatt	169	99		96		49
LAR på vent	73	99		94		55
LAR forsøkt tidligere	47	98		94		45

Det at så mange av legene samarbeider med sosialtjenesten kan tyde på at intensjonene i retningslinjene for tilbudet til LAR-pasienter følges opp, jfr. punkt 2.1.4.

Vi finner at konsulentene og legene rangerer hverandre høyest når det gjelder hvem de samarbeider med om rusmiddelmisbrukere. Når det gjelder samarbeidsinstanser ut over dette, oppgir både legene og konsulentene at de oftest samarbeider med pårørende – legene noe oftere enn konsulentene, og spesialinstitusjoner i rusfeltet – konsulentene noe oftere enn legene. Legene samarbeider forholdsvis sjeldnere med trygdekontor, og også noe sjeldnere med psykisk helsevern.

	Leger	Konsulenter
- pårørende	56 %	46 %
- Spesialinstitusjon i rusfeltet	41 %	45 %
- psykisk helsevern	25 %	28 %
- trygdekontor	21 %	39 %

5.6.1 Oppsummering

En liten andel leger har en forholdsvis stor andel av pasientene med rusmiddelmisbruk. De fleste av disse konsultasjonene er med pasienter som misbruker narkotika, og de fleste av disse pasientene igjen har behov for resept. Leger med de fleste og hyppigste konsultasjonene har flest narkomane, langtidsmisbrukere og blandingsmisbrukere. Nesten halvparten av rusmiddelmisbrukerne er hos legen en gang per uke, og narkomane (alene eller i kombinasjon) bruker legen oftest.

Pasienter som ikke er i LAR har behov for resept, undersøkelser og sykmelding. Dette gjelder stort sett alkoholmisbrukere og medikamentmisbrukere.

Misbrukets varighet varierer fra ett til førti år, med et gjennomsnitt på ca. femten år. For ca. halvparten er målsetningen LAR, Rehabilitering med tanke på rusfrihet for ca. 1/3, Skadereduksjon og stabilisering for ca. 1/4.

Mer enn halvparten har psykiske helseproblemer, og mange av disse har et omfattende blandingsmisbruk. Somatisk og/eller psykisk sykdom/helse ser forøvrig ikke ut til å ha betydning for legebruken.

6 Tiltak for rusmiddelmissbrukere

Dette kapitlet presenterer hovedresultatene fra undersøkelsen om klienter og tilbud ved tiltak for rusmiddelmissbrukere (rusinstitusjoner) i november 2004. Kapitlet er organisert rundt følgende hovedspørsmål:

- Hva slags problemer har klientene?
- Hvilke tilbud mottar de, og hva har de av udekkede behov?
- Hvordan er samarbeidet mellom tiltakene og andre tjenester?

Tiltakene skulle fylle ut et registreringsskjema om hver klient med døgnplass den 20. november 2004, og hver klient med poliklinisk tilbud eller dagtilbud i samme uke. Registreringsskjemaet inneholdt spørsmål om sosiodemografiske opplysninger, alvorlighetsgrad av rusmiddelproblemer, eventuelle helseproblem, hvilke tilbud klienten fikk, hvem tiltaket samarbeidet med når det gjaldt klienten, og eventuelle udekkede behov. Skjemaet tilfredsstilte Datatilsynets krav om anonymisering. Skjemaet finnes som vedlegg bakerst i rapporten.

Skjemaet ble sendt til 155 rusinstitusjoner og rustiltak, og 109 av disse besvarte skjemaene. Til sammen 3390 skjemaer ble mottatt om samme antall klienter.

6.1 Inndeling av rustiltak (rusinstitusjoner)

Tiltakene er kategorisert i tre typer ut fra Rogalandsforskningens kjennskap til deres egenart og tilbudsprofil. Dette er sammenholdt med beskrivelsen av tiltakenes tilbud i databasen til SIRUS og med opplysningene i denne undersøkelsen.

De tre typene tiltak (institusjoner) er etter denne inndelingen:

- **Korttids/polikliniske behandlingsinstitusjoner:** Institusjoner med poliklinisk og korttids institusjonsbehandling (normert inntil 6 måneder), inkludert akutt/abstinensbehandling. Dette inkluderer også institusjoner som kombinerer poliklinisk behandling, dagtilbud (oftest grupper) og institusjoner som tidligere ofte er kalt klinikker. Denne første gruppa er den mest sammensatte.
- **Langtids behandlingsinstitusjoner:** Institusjoner som gir tilbud om langtids behandling og rehabilitering (normert lenger enn 6 måneder), inkludert terapeutiske samfunn og kollektiver med rehabilitering og rusfrihet som mål.
- **Omsorgsinstitusjoner:** Institusjoner og botilbud med tilsyn, inkludert evangeliesentrene.

Av de tiltakene som sendte inn skjema om sine klienter, var 39 korttids/polikliniske behandlingsinstitusjoner, 28 langtids behandlingsinstitusjoner og 42 omsorgsinstitusjoner. Av de tiltakene som ikke leverte data, var det 9 korttids/polikliniske institusjoner, 15 langtids behandlingsinstitusjoner og 23 omsorgsinstitusjoner.

Fordeling av institusjoner på institusjonstype finnes i en tabell som vedlegg bakerst i rapporten. Vi har der bare tatt med de institusjonene som har sendt inn skjema.

6.2 Klientprofil ved institusjonene

Fordeling av klienter på institusjonstyper (typer tiltak) var 2067 klienter (61 %) ved korttids/polikliniske tiltak, 660 klienter (19,5 %) ved langtids behandlingstiltak og 663 klienter (19,5 %) ved omsorgstiltak.

Omtrent 44 % fikk polikliniske tilbud, 2 % fikk dagtilbud og 54 % døgntilbud. Det polikliniske tilbudet var nesten bare ved korttidstiltakene, mens de få dagtilbudene var omtrent likt fordelt. Døgntilbudene var omtrent likt fordelt med omtrent seks hundre klienter ved hver av de tre institusjonstypene.

6.2.1 Sosiodemografiske opplysninger og livssituasjon

Kjønn: Av de 3390 klientene var det 31 % kvinner og 69 % menn.

Aldersfordeling: Gjennomsnittsalderen var 40 år med standardavvik på 13 år. Tjue prosent var i alderen 20-29 år, 30 % i alderen 30-39 år, 25 % i alderen 40-49 år og 16 % i alderen 50-59 år. Det var bare 2 % som var under 20 år og 6 % som var 60 år eller mer. Det var dobbelt så mange menn som kvinner i alle aldersgruppene med unntak av de under tjue der det ikke var noen forskjell, og de over 60 der forskjellen var enda større.

Sivilstand og parforhold: Tretten prosent av klientene var gift, 10 % var samboende, 53 % var ugift, 2 % var enke/enkemann og 22 % var separert/skilt. Hovedtrekkene i fordelingen var den samme for begge kjønn, men andelen som levde sammen med en partner var noe større for kvinner enn for menn. De fleste som lever i parforhold er over 30 år, da andelen i parforhold er betydelig lavere for dem under 30 år.

Høyeste utdanning: Førti prosent hadde fullført videregående skole/yrkesrettet utdanning som høyeste utdanning, og 12 % hadde utdanning fra universitet eller høyskole. Førtito prosent hadde ikke utdanning utover grunnskolen og 3 % hadde ikke fullført grunnskole. For 3 % var det ikke besvart hva som var høyeste utdanning. Fordelingen var ganske lik for kvinner og menn. De som bare hadde grunnskole fordelte seg ganske jevnt på aldersgruppene med noe større andel i aldersgruppene 20-39 år i forhold til de som var eldre. Det var altså ikke slik at det var de eldste som bare har grunnskole.

Arbeidsstatus: Fordelingen på hovedinntektskilde viste at de tre gruppene som mottok henholdsvis attføring, uførepensjon og sosial stønad alle var på omtrent 20 %. Omtrent 23 % var i jobb, men vel en tredel av disse var sykemeldt. Bare 2 % hadde alderspensjon og 1 % var forsørget av andre. Ni prosent hadde andre hovedinntektskilder enn dem som er listet opp, og for 3 % var spørsmålet ubesvart. Fordelingen var i hovedsak lik for kvinner og menn.

Bolig: Sekstitre prosent hadde egen bolig, 3 % hadde omsorgsbolig og 31 % hadde ikke egen bolig. Nesten ingen bodde i sykehjem eller døgninstitusjoner, og boligtype var ikke besvart for 3 %.

6.2.2 Klientprofilen ved ulike typer institusjoner

Korttids/poliklinisk behandling: Ved denne type institusjoner finner vi de klientene som var mest integrert i samfunnet, de hadde hovedinntekten fra eget arbeid (22 %) og attføring (22 %), og 84 % hadde egen bolig. En større andel var gift/samboende. De fleste var mellom 30 og 50 år, men vi finner også en relativ stor gruppe mellom 50 og 60 år (20 %).

Langtids behandling: Her finner vi flest enslige (noen flere gifte/samboende enn på omsorgsinstitusjoner), de fleste hadde hovedinntekt fra sosial stønad (33 %) og attføring (29 %), og ca halvdelen hadde egen bolig. De fleste var mellom 20 og 40 år.

Omsorgsinstitusjoner: Ved disse institusjonene var de aller fleste enslige, de hadde hovedinntekt fra uførepensjon (42 %) og sosial stønad (26 %), og 73 % hadde ikke egen bolig. Her finner vi stort sett menn, og færre kvinner enn for de andre institusjonstypene. De fleste var mellom 30 og 50 år, men også en del fra 50 og oppover, og langt flere over 60 enn for de andre institusjonstypene.

6.2.3 Type og alvorlighetsgrad av rusmiddelmisbruk

Tabellen nedenfor viser alvorlighetsgrad av rusmiddelmisbruket når det gjelder alkohol, medikamenter og narkotika. For hvert av disse tre typene rusmidler ble det stilt spørsmål om alvorlighetsgrad og varighet i antall år når det gjaldt misbruk.

Tabell 6-1 Alvorlighetsgrad av rusmiddelmisbruk hos klienter ved institusjoner

Alvorlighets- grad	Alkohol		Medikamenter		Narkotika	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Lite	655	19,3	479	14,1	347	10,2
Middels	604	17,8	405	11,9	286	8,4
Stort	1036	30,6	656	19,4	1061	31,3
Vet ikke	236	7,0	303	8,9	238	7,0
Ubesvart	859	25,3	1547	45,6	1458	43,0
Total	3390	100,0	3390	100,0	3390	100,0

Det var i alt 2295 klienter (68 %) med en eller annen kjent grad av alkoholisbruk, 1540 klienter (46 %) med en eller annen kjent grad av medikamentmisbruk og 1694 (50 %) med en eller annen kjent grad av narkotikamisbruk.

For vel 10 % ble det ikke angitt alvorlighetsgrad for noen av rusmidlene. Dette kan skyldes at en ikke visste nok om dette, eller at en ikke syntes at noen av de tre typene rusmidler var dekkende for den type rusmidler klienten brukte.

Når det gjelder varigheten av misbruket finner vi at den største gruppen på rundt 40 % hadde varighet 0-9 år for alle tre rusmidler. Også i kategorien 10-19 år finner vi en relativt stor gruppe klienter, med rundt 30 % for alle tre typene rusmidler.

Det er ellers registrert at 716 klienter (21 %) bruker heroin/opiater. Det er 64 % som i følge registreringene ikke bruker dette, mens det er ubesvart eller krysset av for ukjent for til sammen 15 %.

6.2.4 Tunge rusmiddelmisbrukere

Ruud & Reas (2003) viser til at følgende tre dimensjoner vanligvis vil være tilstede for å bruke begrepet tunge rusmiddelmisbrukere:

- Alvorlig intensivt og langvarig rusmiddelmisbruk
- Alvorlige fysiske og/eller psykiske lidelser og helseproblemer
- Alvorlig funksjonssvikt innen arbeidsmessig og sosial fungering

Vi har vi i dette kapitlet brukt de samme kriterier på tunge rusmiddelmisbrukere som i tidligere kapitler om klienter ved kommunale tilbud. Vi har ikke tatt med det siste kulepunktet ovenfor siden vi ikke har nok opplysninger om dette.

Tunge rusmiddelmisbrukere defineres da her som klienter med stort misbruk av en eller flere typer rusmidler (alkohol, medikamenter og/eller narkotika) og der misbruket har vart i mer enn fem år. I tillegg tas i denne delen alle med misbruk av heroin/opiater med, uansett om hva som ellers er krysset av for alvorlighetsgrad eller varighet for disse, siden disse vanligvis vurderes som tunge rusmiddelmisbrukere. Siden det ikke var

med noe eget spørsmål om bruk av heroin/opiater i registreringsskjemaet for klienter i kommunedelen av denne undersøkelsen, har en ikke kunnet inkludere dette kriteriet der og vet ikke om flere av klientene i kommunene også ville ha blitt definert som tunge rusmiddelmisbrukere ut fra dette. Vi har likevel funnet det rett å ta dette med når det gjelder klientene ved rustiltakene.

Ut fra disse kriteriene var det til sammen 1770 (52 %) tunge rusmiddelmisbrukere blant de 3390 klientene ved tiltakene. Hensikten med denne inndelingen er ikke primært å finne størrelsen på disse gruppene, men å kunne sammenligne tilbudene for klienter med ulik alvorlighetsgrad av misbruk. Vi vurderer det slik at denne grupperingen er god nok til å kunne bidra til det.

Av de som vi har definert som tunge rusmiddelmisbrukere, var det 35 % som er tunge alkoholisbrukere, 37 % som var tunge narkotikamisbrukere og bare vel 2% som var tunge medikamentmisbrukere. De resterende 26 % var tunge blandingsmisbrukere der vel halvparten hadde et stort misbruk av både narkotika og medikamenter.

6.2.5 Type misbruk og institusjonstype

Innen korttids/poliklinisk behandling finner vi klienter med alle typer misbruksproblematikk. Siden omtrent halvparten av klientene får tilbud ved denne institusjonstypen, er det for de fleste typer misbruk også flere personer her enn ved de andre institusjonstypene, men andelen som bruker heroin/opiater er mindre enn ved de andre institusjonene. Klientgruppen ved disse institusjonene har en del blandingsmisbruk, og alkohol- og narkotikamisbruket er stort (45 % stort alkoholisbruk, 48 % stort narkotikamisbruk). Blant de som har misbruk av medikamenter finner vi flere grader av misbruk, fra lite til stort misbruk er relativt vanlig, med rundt 30 % i hver av gruppene.

I langtids behandlingsinstitusjoner dominerer narkotikaproblemene. Sammenlignet med de andre institusjonstypene har atskillig flere klienter her stort misbruk av narkotika, med 69 %. Dette ser vi også på at 41 % av klientene bruker heroin/opiater. Også stort misbruk av medikamenter er vanlig her, mens alkohol synes å være et mindre problem enn i korttids/poliklinisk behandling.

Klientene på omsorgsinstitusjonene har et narkotika- og alkoholisbruk som tilsvarer andelen for korttids/poliklinisk behandling, mens medikamentmisbruket ikke er det samme. Et trekk ved omsorgsinstitusjonene, i motsetning til de andre institusjonstypene, er at de ansatte her ikke har samme kjennskap til hvor stort misbruk klientene har. Vi finner også de "eldste" misbrukerne her, de som har hatt misbruksproblemer lengst.

6.2.6 Somatiske og psykiske helseproblemer

Når det gjelder helsetilstand ble det stilt spørsmål om klienten hadde et alvorlig somatisk eller psykisk helseproblem som trenger tiltak, om grad av suicidalproblemer eller selvskadetendens og om hoveddiagnose og bidiagnose for eventuell psykisk lidelse.

Tabell 6-2 Antall rusklienter med alvorlige helseproblemer

	Somatiske helseproblemer		Psykiske helseproblemer	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	558	16,5	903	26,6
Nei	2204	65,0	1785	52,7
Vet ikke	334	9,9	400	11,8
Ubesvart	294	8,7	302	8,9
Total	3390	100,0	3390	100,0

Til sammen 43 % hadde ett eller flere alvorlige helseproblem: 7 % hadde både alvorlig somatisk og alvorlig psykisk helseproblem og 36 % hadde enten somatiske eller psykiske helseproblem av alvorlig grad.

Graden av selvmordsfare og selvskading var mindre enn vi hadde ventet. Vel 2 % hadde begått selvmordsforsøk, 2 % hadde kommet med selvmordstrusler og nær 3% hadde vist tendens til selvskading. For 85 % ble det svart nei på spørsmålet om selvmordsfare og selvskading, og det var ubesvart for 7 %. Suicidalfare og selvskadetendens var omtrent like utbredt ved langtids- og omsorgsinstitusjonene, og noe mer utbredt ved korttidsinstitusjonene.

Som et ledd i å kartlegge omfang av klienter som også hadde en psykisk lidelse, ble det også spurt om eventuelt psykiatrisk hoveddiagnose eller bidiagnose som behandlerne ved tiltaket kjente til. Hovedtrekkene i dette var følgende: Antallet klienter med en kjent diagnose for psykisk lidelse var 815 (24 %) med hoveddiagnose og 349 (10 %) med bidiagnose. Misbruk av alkohol/stoff var naturlig nok den største diagnostiske gruppen med hoveddiagnose for 17 % og som bidiagnose for 4 %, - til sammen 21 %. De andre store hovedgruppene var stemningslidelser med i alt 3 %, angstlidelser med 4 % og personlighetsforstyrrelser med 3 %. Det var nesten ingen med schizofreni eller andre psykoser.

Et viktig spørsmål er om psykiske lidelser i tiltrekkelig grad oppdages og behandles ved rusinstitusjoner. Nitti prosent av diagnosene for psykisk lidelse rapporteres fra polikliniske/korttidsbehandlingstiltak, 10 % fra langtidsbehandlingstiltak og omtrent ingen fra omsorgstiltak. Selv om psykiske lidelser kan være skjevt fordelt mellom de tre institusjonstypene, kan denne store forskjellen i rapportering tyde på at kjennskap til klientenes psykiatriske lidelser er relatert til faglig kompetanse.

De fleste med diagnose for stemningslidelse eller angstlidelse ble vurdert til å ha alvorlige psykiske problem, mens omtrent halvparten av dem med diagnoser for rusmiddelmisbruk eller personlighetsforstyrrelser hadde alvorlige psykiske problem. En del av klientene med kjent psykiatrisk diagnose ble altså ikke vurdert til å ha psykiske problem i alvorlig grad, samtidig som en ikke kjente diagnose på alle som en mente hadde psykiske problem i alvorlig grad.

6.2.7 Type helseproblem etter institusjonstype

Vi finner flest klienter med somatiske helseproblemer som trenger tiltak på omsorgsinstitusjonene, med 24 %. Klienter med psykiske helseproblemer som trenger tiltak er vanligst i korttids/poliklinisk behandling, med 34 %. Også innen langtidsbehandling er denne gruppen relativt stor, med 24 %.

I omsorgsinstitusjonene er det størst mangel på kjennskap til helseproblemer blant klientene: For 18 % av klientene vet ikke de ansatte om de trenger tiltak for psykiske helseproblemer.

Ved korttidstiltakene har 34 % av klientene alvorlige psykiske problem, ved langtidstiltakene 24 % og ved omsorgstiltakene 19 %. Andelen besvart med "vet ikke" er henholdsvis 11 %, 14 % og 18 %. Andelen med psykiske problem er størst ved de tiltakene som trolig har mest aktive utrednings- og behandlingstilbud. Det virker sannsynlig at dette er et riktig bilde. Samtidig kan det også tenkes at den økende andelen av "vet ikke" ved tiltak med mindre fagressurser delvis kan skyldes mindre kompetanse i å vurdere alvorlighetsgrad av psykiske problem.

6.2.8 Omfang av tidligere tilbud

Vel 28 % av klientene har tidligere ikke fått noe tilbud fra rusinstitusjoner. Disse har samme fordeling som resten når det gjelder alder, kjønn og varighet av tilbud fra institusjonen. Men de har noe høyere utdanning og har i noe større grad partner og lønnet arbeid. De mottar polikliniske tilbud i noe større grad enn andre. Omtrent en tredel av disse er ikke tunge rusmiddelmisbrukere.

En gruppe på 38 % har fått noe tilbud tidligere og en gruppe på 22 % har fått en god del tilbud tidligere. Mer enn to tredeler av de 11 % som har fått gjentatte og omfattende tilbud, er tunge rusmiddelmisbrukere.

6.2.9 Oppsummering om klientene og deres problemer

Av 155 tiltak (institusjoner) som mottok registreringsskjema, returnerte 109 tiltak et utfylt skjema for til sammen 3390 klienter. Fordeling av klienter på institusjonstyper (typer tiltak) var 2067 klienter (61 %) ved korttids/polikliniske tiltak, 660 klienter (19,5 %) ved langtidsbehandlingstiltak og 663 klienter (19,5 %) ved omsorgstiltak.

Omtrent 44 % fikk polikliniske tilbud, 2 % fikk dagtilbud og 54 % døgntilbud. Det polikliniske tilbudet var nesten bare ved korttidstiltakene, mens de få dagtilbudene var omtrent likt fordelt. Døgntilbudene var omtrent likt fordelt med omtrent seks hundre klienter ved hver av de tre institusjonstypene. Vel 28 % av klientene har tidligere ikke fått noe tilbud fra rusinstitusjoner.

Det var dobbelt så mange menn som kvinner, og det var en relativt jevn fordeling på aldersgruppene 20-59 år for begge kjønn. En av fire var gift eller samboer. De tre gruppene som mottok henholdsvis attføring, uførepensjon og sosial stønad var alle på omtrent 20 %. En tredel hadde ikke egen bolig.

Tunge rusmiddelmisbrukere defineres her som klienter med stort misbruk av en eller flere typer rusmidler (alkohol, medikamenter og/eller narkotika) og der misbruket har vart i mer enn fem år. Alle med misbruk av heroin/opiater tas med uansett hva som ellers er krysset av for alvorlighetsgrad eller varighet for disse. Ut fra disse kriteriene var det til sammen 52 % tunge rusmiddelmisbrukere fordelt på 35 % tunge alkoholmisbrukere, 37 % tunge narkotikamisbrukere, vel 2 % tunge medikamentmisbrukere og 26 % tunge blandingsmisbrukere.

Til sammen 36 % hadde enten alvorlig somatisk (13 %) eller alvorlig psykisk (23 %) helseproblem, mens 7 % hadde både alvorlig somatisk og alvorlig psykisk helseproblem. De dominerende psykiske lidelsene var stemningslidelser, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser. Det var nesten ingen med psykose. Det er trolig en underrapportering av psykiske lidelser, særlig fra omsorgsinstitusjoner.

6.3 Mottatte tilbud og udekkede behov

Registreringsskjemaet inneholdt en liste over ulike typer tilbud som kan være aktuelle innen det samlede tilbudet til rusmiddelmisbrukere. For hvert tilbud skulle en krysse av om klienten ikke hadde behov for dette tilbudet slik at det ikke var aktuelt, om klienten allerede mottok tilbudet og dermed hadde dekket behov for et slikt tilbud, og om klienten hadde et udekket behov for denne type tilbud. Se tabellen nedenfor.

Det var også en del andre spørsmål på registreringsskjemaet om ulike deler av tilbudene til rusmiddelmisbrukere, og opplysningene fra disse spørsmålene er tatt med under de tema der de hører hjemme.

Tabell 6-3 Andel (%) klienter (N=3390) med ulike tilbud eller udekket behov^a

<i>Tilbud</i>	<i>Ikke aktuelt</i>	<i>Aktuelt behov for klienten</i>	
		<i>Mottar tilbudet</i>	<i>Udekket behov</i>
Kommunale tilbud:			
Regelmessig kontakt med fastlegen	31	61	8
Pleie og omsorgstilbud i kommunen	91	6	4
Lavterskel tilbud i kommunen	87	7	6
Hjelp med bolig	68	16	15
Hjelp med økonomi	49	38	13
Regelmessig kontakt sosialkontor	34	60	6
Hjemmetjenester, praktisk hjelp	94	3	3
Støttekontakt	86	4	10
Ansvarsgruppe	47	38	15
Individuell plan	36	41	23
Barnevernstiltak	89	9	1
Tiltak innen økonomi og arbeid:			
Tiltak i regi av Aetat	71	13	17
Aktivisering/dagtilbud	66	15	19
Trygdeytelser	39	49	12
Skole/kurs/voksenopplæring	67	15	18
Tilbud innen rusomsorgen:			
Poliklinisk tilbud	43	51	6
Dagtilbud	88	6	6
Avrusing	86	9	6
Døgntilbud	46	49	5
LAR	84	13	3
Tilbud i somatiske sykehus:			
Utredning somatisk helseproblem	84	11	5
Behandling ved somatisk sykehus	90	7	3
Tilbud i psykisk helsevern:			
Psykiatrisk ungdomsteam	90	7	3
Dobbeltdiagnoseteam	93	1	7
Annet rusteam	90	5	4
Dagtilbud	93	3	5
Døgntilbud	90	7	2

^a Tabellen fortsetter på neste side

Resultatene som er vist i tabellen ovenfor, omtales litt mer utfyllende i avsnittene nedenfor. Først omtales hovedmønstre for klientene ved institusjonene samlet sett, og deretter for undergrupper som særlig kan ha bruk for de aktuelle tilbudene. Vi gjentar ikke tallene fra tabellen, men peker på mønstre og mulige forklaringer. Ved lesing av tabellen er det nyttig å huske at 3 % utgjør omtrent ett hundre klienter.

Det er også viktig å hele tiden huske på at opplysningene er de vurderingene som personalet ved tiltakene/institusjonene har gjort. Vi har ikke opplysninger om klientens egne vurderinger. Selv om det er trolig at fagfolkenes vurderinger i stor grad bygger på klientenes egne ønsker og uttalte behov, vet vi fra andre lignende undersøkelser at det også kan være store avvik mellom det behandlere og klienter mener og vurderer når det gjelder behov for tilbud. Det kan også variere hvor godt personalet ved institusjonene kjenner til de tilbud som klienten mottar annet sted.

Opplysningene her gjelder bare andelen av klienter som vurderes til å ha ulike dekkede eller udekkede behov. Det kan variere hvor viktig de enkelte behov er, men dette har vi ikke noe mål på i denne undersøkelsen.

6.3.1 Kommunale tilbud

Flertallet av klientene hadde regelmessig kontakt med fastlegen og sosialtjenesten, men det var likevel et udekket behov for dette hos 6-8 %. I alt 8 % mottok lavterskeltilbud, mens 6 % ble vurdert til å ha udekket behov.

Det var et noe større udekket behov (13-15 %) for hjelp med økonomi og bolig, selv om en litt større andel mottok slik hjelp. Det var få som fikk hjemmetjenester og praktisk hjelp, men også få som hadde et udekket behov for dette.

Det var et udekket behov på 10 % for støttekontakt, men bare 4 % som hadde fått støttekontakt. Omtrent 40 % hadde ansvarsgruppe og individuell plan, men det var fortsatt 15-23 % som manglet dette. Barnevernstiltak var ganske godt dekket for dem som hadde behov for det.

Hovedmønsteret for kommunale tilbud er at det for en rekke tilbud var et udekket behov i størrelsesorden 10-15 %, mens det er stor variasjon fra tilbud til tilbud når det gjelder hvor mange som mottok de enkelte tilbudene. De største udekkede behov var for individuell plan og ansvarsgruppe, men det var også udekket behov for bolig, økonomi og støttekontakt. Det var et noe mindre udekket behov for regelmessig kontakt med fastlege og sosialtjenesten.

Tunge rusmiddelmissbrukere hadde et noe større udekket behov (noen få prosent flere med udekket behov sammenlignet med dem som ikke var tunge rusmiddel-missbrukere) for de fleste kommunale tilbudene i tabellen ovenfor.

6.3.2 Tilbud innen økonomi og arbeid

Skole/kurs/voksenopplæring, tiltak i regi av Aetat, aktivisering/dagtilbud er blant de grunnleggende tiltak og forutsetninger for at rehabilitering skal bli vellykket.

For alle disse tilbudene var det et felles mønster at 17-19 % hadde et udekket behov, mens 13-15 % mottok slike tilbud. Omtrent en tredel av klientene har altså et behov for denne type tilbud, og mer enn halvparten av disse mangler tilbudet.

Mønsteret for trygdeytelser er omtrent likt de andre tilbudene i denne gruppen med et udekket behov for 12 % av klientene, mens halvparten mottok trygdeytelser.

Det må anses som alvorlig at så mange klienter ikke får dekket disse behovene, spesielt fordi det vurderes å være helt avgjørende for å få til rehabilitering og integrering av klientene.

Tunge rusmiddelmissbrukere hadde et noe større udekket behov (noen få prosent flere) sammenlignet med dem som ikke var tunge rusmiddel-missbrukere, også for ulike arbeidstiltak.

6.3.3 Tilbud innen rusomsorg og institusjoner

For polikliniske tilbud, dagtilbud og døgntilbud fra rusomsorg/institusjoner var det registrert et udekket behov på 5-6 %. Det samme gjaldt udekket behov for avrusning, men udekket behov for LAR var krysset av for 3 %.

Andelen som mottok slike tilbud, var fordelt med omtrent halvparten på polikliniske tilbud, omtrent halvparten på døgntilbud, og noen få prosent på dagtilbud. Dette gjenspeiler fordelingen av registreringer i denne undersøkelsen. Omtrent 9 % mottok avrusning og 13 % mottok LAR.

Nesten alle registrerte polikliniske tilbud i denne kartleggingen var ved polikliniske/korttidsinstitusjoner, mens døgntilbud og det lille som er registrert som dagtilbud er omtrent jevnt fordelt på de tre institusjonstypene.

Halvparten med polikliniske tilbud hadde time en gang i uka (41 %), noen få flere ganger (6 %) i uka. Omtrent 31 % har time en gang hver fjortende dag og 22 % har time en gang i måneden eller sjeldnere. Nesten alle med dagtilbud har dette flere ganger (66 %) eller en gang (26 %) i uka, mens de resterende 9 % har dagtilbud hver fjortende dag eller sjeldnere.

Mønsteret med hvilke behov som er godt eller dårlig dekket er i hovedsak det samme ved de ulike institusjonstypene. Det er altså ikke slik at de ulike institusjonstypene dekker ulike behov. Langtids behandlingsinstitusjoner ser ut til å ha det minste gapet mellom behov og tilbud samlet sett.

Tunge rusmiddelmissbrukere hadde et noe større udekket behov (noen få prosent flere) sammenlignet med dem som ikke var tunge rusmiddel-misbrukere, også for de ulike tilbud innen rusinstitusjoner.

6.3.4 Status for LAR blant klienter med misbruk av heroin /opiater

Av de 716 klientene som bruker heroin/opiater, er 42 % ved korttids behandlingstiltak, 37 % ved langtids behandlingstiltak og 21 % ved omsorgstiltak. I alt 26 % mottar polikliniske tilbud, 2 % dagtilbud og 70 % døgntilbud.

Det oppgis at LAR har vært vurdert for 232 (32 %) av disse klientene, og disse fordeler seg med 101 ved korttidstiltak, 65 ved langtidstiltak og 66 ved omsorgstiltak. LAR er ikke vurdert for 330 klienter (46 %). Spørsmålet er ubesvart for i alt 154 (22 %), og dette er fordelt omtrent likt på typer tiltak (type institusjon).

LAR er igangsatt for 162 klienter (22 %), og disse fordeler seg med 72 ved korttidstiltak, 33 ved langtidstiltak og 57 ved omsorgstiltak. Bare 40 klienter (6 %) står på venteliste for LAR, men dette spørsmålet er besvart med "vet ikke" eller er ubesvart for til sammen 207 (29 %).

6.3.5 Tilbud i somatiske sykehus

Omtrent en av seks klienter hadde kontakt med somatisk sykehus for henholdsvis utredning og/eller behandling, mens det ble registrert udekket behov på 3 % for utredning og 5 % for behandling ved sykehus.

Blant klienter med alvorlige somatiske helseproblemer var det omtrent 10 % flere som hadde et udekket behov for utredning og/eller behandling ved somatiske sykehus enn blant dem uten slike helseproblemer.

6.3.6 Tilbud i psykisk helsevern

Udekkede behov for tilbud fra psykisk helsevern ble registrert i størrelsesorden 2-7 % for ulike typer tilbud. Det var i hovedsak mangel på tilbud utenfor døgnavdelinger, og det ble registrert 7 % udekket behov for dobbeltdiagnoseteam.

Både tunge rusmiddelmisbrukere og klienter med alvorlige psykiske helseproblemer hadde et noe større udekket behov (noen få prosent flere) sammenlignet med dem som ikke var tunge rusmiddelmisbrukere for de fleste kommunale tilbudene i tabellen ovenfor. For dem med psykiske problemer var det særlig udekket behov for tilbud fra dobbelt-diagnoseteam, der 16 % hadde udekket behov.

6.3.7 Hvilke tilbud det er størst behov for

Av de ulike tilbud og tiltak som er satt opp, ser vi at regelmessig kontakt med fastlege, regelmessig kontakt med sosialkontor, individuell plan, trygdeytelser, poliklinisk tilbud (rusomsorg), døgntilbud (rusomsorg), ansvarsgruppe, og hjelp med økonomi anses å være aktuelt for over 50 % av klientene.

Noen tiltak er vurdert å være aktuelle for få av klientene. Ti prosent av klientene og færre vurderes å ha behov for hjemmetjenester/praktisk hjelp, dobbeltdiagnose-team (psykisk helsevern), dagtilbud (psykisk helsevern), pleie- og omsorgstilbud i kommunen, behandling ved somatisk sykehus, psykiatrisk ungdomsteam, annet rusteam (psykisk helsevern), døgntilbud (psykisk helsevern), og barnevernstiltak.

6.3.8 Hvilke behov er dårligst dekket

Det er tre grupper tilbud der det er størst udekkede behov (hos 10-20 %) for klientgruppen som helhet. Den ene er tiltak i forhold til bolig og økonomi. Den andre er tiltak i forhold til arbeid og aktivisering. Den tredje er ulike tiltak for koordinering av tilbud og tjenester. Ut fra denne kartleggingen ser det ut til at dette er områder der det i store deler av tjenestetilbudet er et klart behov for økt innsats og forbedring.

For de fleste andre tilbud som ble kartlagt var det 5-10 % udekkede behov for klientgruppen som helhet. Med variasjon i behov vil denne andelen være høyere for enkelte undergrupper. Det vil da særlig være disse gruppene som har behov for bedre tilgang på de aktuelle typene tilbud.

Det er mindre forskjeller i udekkede behov mellom klientgruppene ved de tre institusjonstypene, men disse ser ikke ut til å være så store eller systematiske at det er hensiktsmessig å beskrive dette i detalj.

Samlet sett ser det ut til at noen instanser er sterkt involvert i oppfølging av klientene, mens andre nesten ikke er involvert. De som er mest involvert er sosialtjeneste, barnevern, fastlege og trygdekontor. Liten involvering i den enkelte klient finner vi fra pleie- og omsorgstjenesten, sykehus, psykisk helsevern, utdanningssted/arbeidssted, og Aetat.

Firefeltstabellen nedenfor viser en fordeling av ulike tilbud etter hvor mange som har behov for dem, og etter hvor godt de er dekket for klientgruppen som helhet. Vi ser at de fleste tiltakene/tilbudene representerer behov for få av klientene, og samtidig er dårlig dekket for mange av de som har behovet.

Figur 6-4 Tilbud /tiltak: Aktuelt behov – dekning av behov

	Aktuelt behov for få klienter (mindre enn ¼ av klientene)	Aktuelt behov for mange klienter (fra ¼ av klientene og mer)
Dårlig dekning av tilbud i forhold til behov (udekket behov for ¼ av klientene og mer)	Omsorgstiltak, praktisk hjelp (pleie- og omsorgstilbud i kommunen, lavterskel tilbud i kommunen, hjemmetjenester/ praktisk hjelp, støttekontakt) <u>Helsetiltak</u> (utredning somatisk helseproblem, behandling ved somatisk sykehus, psykiatrisk ungdomsteam, dobbeltdiagnoseteam psykisk helsevern, annet rusteam psykisk helsevern, dagtilbud psykisk helsevern, døgntilbud psykisk helsevern) <u>Rusomsorg:</u> (dagtilbud rusomsorg, avrusing)	Aktivisering, økonomi (grunnleggende forutsetninger for vellykket rehabilitering) (hjelp med bolig, hjelp med økonomi, tiltak i regi av Aetat, aktivisering/dagtilbud, skole/kurs/voksenopplæring) <u>Koordinering rundt den enkelte klient:</u> (ansvarsgruppe, individuell plan)
God dekning av tilbud i forhold til behov (udekket behov for mindre enn ¼ av klientene)	Barnevernstiltak LAR rusomsorg	Regelmessig kontakt fastlege Regelmessig kontakt sosialkontor Trygdeytelser Poliklinisk tilbud rusomsorg Døgntilbud rusomsorg

6.3.9 Misbruksproblematikk og målsetninger

For 60 % av klientene er målsetningen oppgitt til rehabilitering med sikte på rusfrihet, LAR for 24 % og skadereduksjon/stabilisering for 7 %. Resten var ubesvart.

For poliklinisk/korttids behandlingsinstitusjoner er det en del variasjon i målsetninger. For den største gruppen var målsetningen rehabilitering med sikte på rusfrihet (68 %), mens skadereduksjon/stabilisering (12 %) og andre målsetninger (9 %) gjaldt for de fleste av de andre klientene.

På langtids behandlingsinstitusjoner er bildet av målsetning mer entydig. Den klart største gruppen klienter hadde målsetningen rehabilitering med sikte på rusfrihet (82 %). LAR var målsetning for 9 %.

Målsetning for klientene når det gjelder rus var mest variert innen omsorgs-institusjoner. Her fordeler klientene seg i to grupper, der rehabilitering med sikte på rusfrihet gjaldt for 37 % av klientene, mens skadereduksjon/stabilisering gjaldt for 31 %. LAR som målsetning gjaldt for en større gruppe enn på de andre institusjonstypene med 16 % av klientene, mot 6 % på korttids/poliklinisk behandlingsinstitusjoner, og 9 % på langtids behandlingsinstitusjoner. Misbruks-problematikken her dreide seg stort sett om alkohol og narkotika. Vi finner også en større gruppe klienter som hadde vært misbrukere lenge. Men samtidig ser vi at en ved omsorgsinstitusjonene ikke i samme grad som ved andre institusjoner kjente klientenes misbruksproblematikk. Manglende kjennskap kan ha sammenheng med at denne institusjonstypen er mindre behandlingsrettet. Det ser vi også igjen i målsetningen om stabilisering for atskillig flere klienter her enn på de andre institusjonstypene.

6.3.10 Ventetid

Det blir spurt om ventetid i uker fra søknad ble mottatt hos institusjonen til klienten ble innlagt eller fikk annet tilbud. Spørsmålet var besvart for 3034 klienter (89 %).

Tabell 6-5 Andel (%) med ventetid fra søknad ble mottatt til klienten fikk tilbud

Ventetid	Korttidstiltak	Langtidstiltak	Omsorgstiltak	Samlet
Mindre enn en uke	75	52	82	72
1-4 uker	23	37	17	24
5-13 uker	2	11	1	4
Til sammen	100	100	100	100

Ingen av disse hadde ventet mer enn 13 uker. Hele 2187 av klientene (72 %) hadde svært kort ventetid, med under en uke. Resultatet her er overraskende i forhold til utbredt informasjon og oppfatning om lang ventetid og kø for behandling og opphold i rusinstitusjoner.

Det var kortest ventetid ved omsorgsinstitusjonene der 83 % hadde ventet i mindre enn en uke. For poliklinisk/korttids institusjoner hadde 75 % ventet mindre enn en uke. Ved langtids institusjoner var det 51 % som hadde fått plass på mindre enn en uke, mens 38 % hadde ventet i 1-4 uker.

6.3.11 Oppsummering om udekkede behov og tilbud

Hovedmønsteret for kommunale tilbud er at det for en rekke tilbud var et udekket behov i størrelsesorden 10-15 %, mens det er stor variasjon fra tilbud til tilbud når det gjelder hvor mange som mottok de enkelte tilbudene. De største udekkede behov var for individuell plan og ansvarsgruppe, men også for hjelp med bolig, økonomi og støttekontakt. Det var også et noe mindre udekket behov for regelmessig kontakt med fastlege og sosialtjenesten.

Skole/kurs/voksenopplæring, tiltak i regi av Aetat, aktivisering/dagtilbud er blant de grunnleggende tiltak i rehabilitering. For alle disse tilbudene var det et felles mønster ved at 17-19 % hadde et udekket behov, mens 13-15 % mottok slike tilbud. Omtrent en tredel av klientene har altså et behov for denne type tilbud, og mer enn halvparten av disse mangler slike tilbud. Halvparten av klientene mottok trygdeytelser, mens dette var et udekket behov hos 12 %.

Det var et udekket behov på 5-6 % for polikliniske tilbud, dagtilbud og døgntilbud. Det samme gjaldt udekket behov for avrusing, mens udekket behov for LAR var krysset av for 3 %. Andelen som mottok slike tilbud, var fordelt med omtrent halvparten på polikliniske tilbud, omtrent halvparten på døgntilbud, og noen få prosent på dagtilbud. Dette gjenspeiler fordelingen av registreringer i denne undersøkelsen. Omtrent 9 % mottok avrusning og 13 % mottok LAR. Mønsteret for hvilke behov som er godt eller dårlig dekket er i hovedsak det samme ved de ulike institusjonstypene.

Omtrent en av seks hadde kontakt med somatisk sykehus for henholdsvis utredning og/eller behandling, mens det ble registrert udekket behov på 3 % for utredning og 5 % for behandling ved sykehus. Målsetningen var oppgitt til rehabilitering med sikte på rusfrihet for 60 %, LAR for 24 % og skadereduksjon/stabilisering for 7 %. Resten var ubesvart.

Udekkede behov for tilbud fra psykisk helsevern ble registrert i størrelsesorden 2-7% for ulike typer tilbud. Det var i hovedsak mangel på tilbud utenfor døgnavdelinger, og det ble registrert 7 % udekket behov for dobbeltdiagnoseteam.

Tunge rusmiddelmissbrukere hadde et noe større udekket behov (noen få prosent flere) sammenlignet med dem som ikke var tunge rusmiddelmissbrukere, både for kommunale

tjenester, arbeidstiltak, tilbud ved rustiltak, tilbud ved somatiske sykehus og tilbud ved psykisk helsevern. Blant klienter med alvorlige psykiske helseproblemer hadde en større andel udekkede behov fra psykisk helsevern, og da særlig tilbud fra dobbeltdiagnoseteam (16 %).

De tilbud der det var størst udekkede behov (10-20 %) for klientgruppen som helhet, samler seg i tre grupper. Den ene er tiltak i forhold til bolig og økonomi. Den andre er tiltak i forhold til arbeid og aktivisering. Den tredje er ulike tiltak for koordinering av tilbud og tjenester. Ut fra denne kartleggingen ser det ut til at dette er områder der det i store deler av tjenestetilbudet er et klart behov for økt innsats og forbedring.

For de fleste andre tilbud som ble kartlagt var det 5-10 % udekkede behov for klientgruppen som helhet. Med variasjon i behov vil denne andelen være høyere for enkelte undergrupper. Det vil da særlig være disse gruppene som har behov for bedre tilgang på de aktuelle typene tilbud.

Ingen hadde ventet mer enn 13 uker. Hele 2187 av klientene (72 %) hadde svært kort ventetid, med under en uke. Resultatet her er overraskende i forhold til utbredt informasjon og oppfatning om lang ventetid og kø for behandling og opphold i rusinstitusjoner.

6.4 Samarbeid og koordinering

6.4.1 Hvilke instanser rusinstitusjonene samarbeidet med

Institusjonen skulle krysse av for hvem de samarbeidet med når det gjaldt den enkelte klient. Tabellen nedenfor viser hvilke samarbeidspartnere det kunne krysses av for og andelen klienter det er kryssset av for.

Tabell 6-6 Andel (%) av klienter der institusjonen samarbeider med andre

Samarbeidspartner:	Korttids-tiltak	Langtids-tiltak	Omsorgs-tiltak	Samlet
Pårørende	36	34	10	30
Arbeidssted	10	8	2	8
Utdanningssted	3	7	3	4
Aetat	12	15	8	12
Bedriftshelsetjeneste	5	0	0	3
Trygdekontor	29	45	18	30
Politi/fengsel/rettsvesen	4	12	4	6
A-A/A-N	7	5	3	5
Kommunale tjenester:				
Fastlege	54	32	38	45
Sosialtjeneste	61	95	91	75
Pleie/omsorg i kommunen	5	2	5	4
Psykisk helsarbeid i kommune	7	6	6	7
Spesialisthelsetjenester:				
Somatisk sykehus	4	5	12	6
Psykisk helsevern	11	13	7	10
Annen rusomsorg/institusjon	17	18	21	18

Ikke uventet var samarbeidet med sosialtjenesten i kommunene det som var mest utbredt, og dette samarbeidet gjaldt nesten alle ved langtids- og omsorgsinstitusjonene. Deretter fulgte fastlegen, trygdekontor, familie/pårørende, og annen rusomsorg/rus-institusjon. For rundt ti prosent var det samarbeid med Aetat og/eller arbeidssted. Det var også samarbeid for ca. ti prosent av klientene med psykisk helsevern og/eller psykisk helsearbeid i kommunene.

Tabellen viser at det i store trekk var samme mønster ved de tre institusjonstypene. De største forskjellene var at omsorgsinstitusjonene hadde mye mindre samarbeid med pårørende enn de andre. Noen mindre forskjeller i samarbeid med arbeidssted/utdanningssted, Aetat, trygdekontor og bedriftshelsetjeneste ser ut til å følge et mønster knyttet til i hvilken grad de ulike typene institusjoner hadde klienter som var i arbeid eller skulle tilbake i arbeid. Korttids-institusjonene/polikliniske tilbud hadde mer kontakt med fastlegen og mindre kontakt med sosialtjenesten sammenlignet med de andre institusjonstypene.

En analyse av forholdet mellom behovsdekningen og samarbeidsintensitet viser at det er en sammenheng mellom hvor mye en samarbeider med en tjeneste og grad av behovsdekning for de tilbudene denne tjenesten gir. Dette gjelder i begge ender av en slik skala for samarbeidsintensitet og behovsdekning: God dekning av behov og mye samarbeid gjelder for sosialkontor, fastlege og trygdekontor, mens vi finner dårlig behovsdekning og lite samarbeid for Aetat, pleie- og omsorgstjeneste i kommunen, og psykisk helsevern.

6.4.2 Hvilke klientgrupper det samarbeides om

Det var ingen store forskjeller mellom tunge rusmiddelmissbrukere og andre når det gjaldt mønsteret for samarbeid, med unntak av at samarbeidet med sosialtjenesten gjaldt 12 % flere av de tunge rusmiddelmissbrukerne, og at det var kontakt med trygdekontoret for 7 % flere.

Det var oftere oppgitt flere samarbeidspartnere om klienter med alvorlige psykiske problemer sammenlignet med klienter som ikke hadde alvorlige psykiske problemer: Det var samarbeid med psykisk helsevern om 26 % mot 6 %; med fastlegen om 54 % mot 42 %; med psykisk helsearbeid i kommunene om 14 % mot 4 %; med trygdekontoret om 40 % mot 27 %; og med pårørende om 35 % mot 28 %. Psykiske helseproblemer var mest utbredt innen poliklinisk/ korttidsbehandling. Polikliniske/korttidsinstitusjoner var også de som samarbeider mest med fastlegen.

Vi kan også nevne at somatiske helseproblemer er mest utbredt på omsorgsinstitusjoner, og her var det også mest samarbeid med somatiske sykehus.

6.4.3 Omfang av koordinering

Tabellen nedenfor viser hvor mange klienter som mottok ulike former for koordinering. Både når det gjelder koordinator, ansvarsgruppe og individuell plan har mindre enn halvparten av klientene dette.

For alle disse formene var andelen med slik koordinering høyest for klienter ved langtidstiltak og omsorgstiltak, og lavest for klienter ved korttidstiltak.

Tabell 6-7 Andel (%) klienter med ulike former for koordinering

Ulike former for koordinering	Prosent av klienter med slik kordinering			
	Korttids-tiltak	Langtids-tiltak	Omsorgs-tiltak	Samlet
Koordinator for samlede tilbud	37	67	66	49
Ansvarsgruppe i kommunen	27	71	50	41
Individuell plan er utarbeidet	34	64	58	45

Institusjonene deltok i ansvarsgruppe for mer enn 80 % av klientene som hadde et slikt tilbud, og i utarbeiding av individuell plan for mer enn 90 %.

Individuelle planer og ansvarsgrupper er blant de tiltak som er aktuelle behov for mange av klientene, og der behovsdekningen er lav.

Ikke minst rusmiddelmissbrukerne selv har påpekt svikt i koordineringen av tilbud. Tabellen ovenfor viser også at det er et stort forbedringspotensiale når det gjelder koordinering ved i større grad å ta i bruk alle de aktuelle arbeidsmetodene.

6.4.4 Oppsummering om samarbeid og koordinering

Ikke uventet var samarbeidet med sosialtjenesten i kommunene det som var mest utbredt, og dette samarbeidet gjaldt nesten alle ved langtids- og omsorgs-institusjonene. Derneft fulgte fastlegen, trygdekontor, familie/pårørende, og annen rusomsorg/rusinstitusjon. For rundt ti prosent var det samarbeid med Aetat og/eller arbeidssted, med psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene. Mønsteret for samarbeid var i hovedsak det samme ved de tre institusjonstypene, men omsorgsinstitusjonene hadde mye mindre samarbeid med familie/pårørende.

Det var mer samarbeid med sosialtjenesten om tunge rusmiddelmissbrukere enn om andre klientgrupper. Det var mer samarbeid med psykisk helsevern, fastlegen, trygdekontoret, pårørende og psykisk helsearbeid i kommunene om klienter med alvorlige psykiske problemer enn om andre.

Koordineringstiltak som koordinator for de samlede tilbud, ansvarsgruppe i kommunen og individuell plan fantes bare for noe under halvparten av klientene. For alle disse formene var andelen med slik koordinering høyest blant klientene ved langtidstiltak og omsorgstiltak, og lavest for klientene ved korttidstiltak.

6.5 Årsaker til at tilbudet ikke er tilstrekkelig

Institusjonene/tiltakene ble bedt om å angi hva de mente var årsaken dersom tilbudet ved institusjonen/tiltaket ikke ble ansett å være tilstrekkelig. Dette ble besvart for 1012 klienter, - det vil si under en tredel. Vi antar at en da mente at tilbudet var tilstrekkelig for to tredeler av klientene. Tabellen nedenfor viser fordelingen på de svaralternativene som var gitt i skjemaet.

Tabell 6-8 Årsaker til at tilbudet ikke er tilstrekkelig for 1012 klienter

Oppgitt årsak	Institusjonstype			Total
	Korttids- behandling	Langtids- behandling	Omsorgs- institusjon	
Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud	79	71	58	74
Vi mangler aktuell kompetanse her	8	6	19	9
Vi har kompetanse, for liten kapasitet	7	7	8	7
Mangelfullt samarb. om samlet tilbud	7	17	16	10
Til sammen	100	100	100	100

Hyppigste oppgitte årsak til at tilbudet ikke var tilstrekkelig, var at klienten ikke ønsket mer hjelp eller tilbud. For både poliklinisk/korttids- og langtidsinstitusjoner var denne gruppen på henholdsvis 79 % og 71 %, mens omsorgsinstitusjonene hadde krysset av dette for 58 % av klientene. Vi finner også at manglende aktuell kompetanse er oppgitt for 18 %. Mangelfullt samarbeid blir også vektlagt, både for langtids institusjoner og omsorgsinstitusjoner (ca. 15 %). For liten kapasitet oppgis som årsak for få av klientene totalt (7 %), og her er det ikke markante forskjeller mellom institusjonstypene.

6.5.1 Oppsummering

For 74 % av den tredelen av klienter der det var krysset av for årsaker til at tilbudet ikke var tilstrekkelig, ble det oppgitt at klienten ikke ønsket mer hjelp eller tilbud. Manglende kompetanse og mangelfullt samarbeid ble også oppgitt som begrensende for tilbudet til en del klienter. Manglende kapasitet var mer sjelden.

7 Sluttkommentar

Som forventet finner vi i kartleggingen om klienter ved sosialkontorene at den største klientbelastningen er i de fire største byene, og særlig gjelder dette narkotikamisbrukere. Narkotikamisbrukere legger også beslag på flest ressurser i sosialtjenesten, og det settes inn flest ressurser for de tunge misbrukerne. Dette kan indikere en tendens til at det først settes inn omfattende tiltak etter at problemene er blitt store.

Klientmassen viser en kompleks problematikk med både somatiske og psykiske helseproblemer sammen med et langvarig rusmiddelmisbruk. Det er grunn til å anta at problemene er større enn det som er fanget opp i denne undersøkelsen, særlig i byene, fordi mange konsulenter oppgir at de er ukjente med om klientene har psykiske og/eller somatiske helseproblemer.

Andel rusmiddelmisbrukere som oppgis å misbruke narkotika er 74 % av den totale klientpopulasjonen ved sosialkontorene. Det er langt flere klienter som oppgis å ha psykiske helseproblemer enn somatiske, og for de fleste er det igangsatt behandling.

Majoriteten av det totale antallet klientene som var søkt til og tatt inn ved institusjon var narkotikamisbrukere. Av de som var søkt til institusjon oppga sosialtjenesten at over halvparten hadde psykiske helseproblemer.

Av de som var søkt til poliklinisk behandling fra sosialtjenesten var 80 % narkotikamisbrukere, en relativ andel som er langt høyere enn de klientene som er registrert ved poliklinikkene eller korttidsinstitusjonene. En diskrepans som kan skyldes at klienten her også blir henvist fra andre instanser enn sosialkontorene. Dette gjenspeiles i data om hvem de ulike institusjonstypene samarbeider med. Disse viser at korttidstiltakene i mindre grad enn langtids- og omsorgstiltakene samarbeider med sosialtjenesten og i større grad med fastlegene. Av de som er søkt til poliklinikk oppgis det fra sosialtjenesten at 70 % har psykiske helseproblemer.

Et spørsmål i denne kartleggingen har vært om psykiske lidelser i tilstrekkelig grad fanges opp og behandles ved de spesialiserte tiltakene. Nitti prosent av rapporterte diagnoser kommer fra de polikliniske tiltakene og korttids behandlingstiltak, mens kun 10 % av diagnosene rapporteres fra langtids behandlingstiltak, og ingen fra omsorgstiltakene. Dette kan indikere en underrapportering, og at kjennskap til klientenes psykiske lidelser er relatert til den faglige kompetansen ved tiltakene.

Når vi sammenligner andelen *tunge rusmiddelmisbrukere* i den totale klientpopulasjonen registrert ved sosialtjenesten i uke 46 med andelen *tunge rusmiddelmisbrukere* registrert ved institusjonene, finner vi at rene medikamentmisbrukere oppgis å være på 2 % begge steder. Andelen tunge narkotikamisbrukere oppgis på den annen side å være langt høyere ved sosialkontorene enn det som oppgis fra institusjonenes side. Fra institusjonene oppgis det at rundt 50 % misbruker narkotika, mens sosialtjenesten oppgir at dette gjelder 76 % av deres klienter. På den annen side er det registrert langt flere klienter med tungt alkoholmisbruk ved institusjonene enn i sosialtjenesten. Disse forskjellene kan skyldes at langt de fleste som misbruker narkotika går via sosialtjenesten når de skal søkes til institusjon, mens dette i mindre grad ser ut til å være tilfelle med alkoholmisbrukere.

Det ser ut til at de fleste klientene som søkes inn i spesialiserte tiltak får et tilbud innen rimelig tid, majoriteten av klienten mottar et tilbud i løpet av 12 uker, og halvparten av

disse får et tilbud i løpet av 4 uker. Når det gjelder inntak til LAR oppgis det at 20 % må vente i mer enn 3 måneder.

Klienter som søkes til spesialiserte tiltak, eller som oppholdt seg der under kartleggings-tidspunktet, har som regel også mottatt slike tilbud tidligere. Dette betyr at klientene vandrer i systemet i lang tid og har flere institusjonsopphold bak seg. Det er usikkert om dette indikerer at hjelpen ikke er effektiv nok, eller om det er et uttrykk for at behandlingen må sees i et langvarig perspektiv der gjentatte institusjonsopphold og flere ulike typer tiltak er nødvendig.

Sosialtjenesten, fastlegene og institusjonene rapporterer gjensidig at de samarbeider med hverandre når det gjelder rusmiddelmisbrukere. Imidlertid kan man på bakgrunn av denne kartleggingen ikke si noe om kvaliteten på samarbeidet. For å kunne analysere samarbeidets kvalitet og hva samarbeidet konkret innebærer er det nødvendig med ytterligere forskning.

Det ser ut som om det er tre tjenester som hovedsakelig er inne i bildet når det gjelder tilbud/tiltak overfor rusmiddelmisbrukere. Dette er sosialtjeneste, fastlege og trygdekontor. Dette trekket er særlig tydelig for klienter med narkotikamisbruk. To typer tiltak opptrer hyppig: økonomisk sosialhjelp og råd/veiledning. Med tanke på at rusmiddelmisbrukere primært skal ha hjelp der de bor, og at de også har rett til et helhetlig tilbud og rehabilitering, er det betenkelig når tiltak som skole/voksenopplæring, boligtiltak, støttekontakt og aktivisering er så dårlig dekket som denne undersøkelsen indikerer. Denne undersøkelsen peker også i retning av at klientene ikke nødvendigvis får et tilbud som svarer til de behovene som er registrert, men får et tilbud i forhold til de tiltak tjenestene har å tilby.

Denne tverrsnittundersøkelsen har vært konsentrert om å kartlegge behov og tiltak slik dette er registrert av tjenestene, og sier ikke noe om hvordan tilbudet oppleves av rusmiddelmisbrukerne. Undersøkelsen gir heller ikke innsikt i hvilke typer tiltak som er mest effektiv for å hjelpe ulike rusmiddelmisbrukere. For å få bedre innsikt i hvordan tjenestene oppleves fra rusmiddelmisbrukerens ståsted vil aktuelle spørsmål være: Mener rusmiddelmisbrukerne selv at tiltakene er riktige for dem, opplever de at hjelpen blir gitt på en god og riktig måte, fører hjelpen til en faktisk forbedring i deres livssituasjon?

8 Referanser

AIM - ReserchBasedConsulting: *Rusmiddeletaten, Oslo kommune. Gjennomgang av rehabiliterings- og omsorgsinstitusjonene*. Oslo 2002.

Dagens medisin: En sprikende debatt. Debatten om fastleger skal kunne gi substitusjonsbehandling utenom LAR-systemet. Dagens medisin. 2004. 10-04.

Fekjær HO. Foredrag på åpningsmøtet for de regjeringsoppnevnte ekspertgrupper om alkohol og narkotika. 10.06.03. <http://www.bks.no/ekspertg.htm>

Furuholmen D. Avhengighet og behandling, et historisk perspektiv. 1998. Rus og avhengighet. Nr. 1.

HD – Fakta om legemiddelassistert rehabilitering. 2003. Oslo, Helsedepartementet.

Kurtz N, Eide AH. Helsetilstand hos tunge rusmiddelmisbrukere. SINTEF Rapport STF78 F035002, Oslo, 2003

Langørgen A, Aaberge R, Åserud R, Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 1998, Statistisk sentralbyrå, Oslo 2001

Lund MØ, Lauritzen H, Hauge R. Narkotikasituasjonen i kommunene 2001. Beskrivelse basert på informasjon fra politiet og sosialetaten. Statens institutt for rusmiddelforskning. Oslo, 2003.

Melberg HO. Alver ØO. Rus og psykiatri i inntektssystemet for kommunene. SIRUS-rapport nr 3, Oslo 2003.

Melberg HO, Lauritzen G, Ravndal E. Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? Sammenheng. SIRUS-rapport nr 4, Oslo S2003.

Narkotikaproblemene i Norge 2000. Rapport om situasjonen og tiltak. 2000. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Ravndal E, Vaglum P, Skjei EH. Bruk av behandlingstiltak blant stoffmisbrukere over en 5-årsperiode: en prospektiv undersøkelse av en hjelpesøkende kohort. Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift. 2002. 18(2):153-162.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003 – 2005. 2002. Oslo, Sosialdepartementet.

Rundskriv I-36/2001. Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk. 2001. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Rundskriv I-5/2003. Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere – nærmere om inntakskriteriene og unntak fra disse. 2003. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Rusreformen. Desember 2003. Både fastlegen og sosialtjenesten kan henvise. og: Rett til individuell plan. 2003. Oslo, Sosialdepartementet og Helsedepartementet.

Rusreformen. April 2004. Sosialtjenestens ansvar ikke endret. 2004. Oslo, Sosialdepartementet og Helsedepartementet.

Ruud T, Reas D: Helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere. SINTEF Rapport STF78 A035003, Oslo, 2003.

Skretting A. Legemiddelassistert rehabilitering i Norge. I: Skyldig eller sjuk? Om valet av påfølj for narkotikabruk, s. 141-150. NAD publikasjon; 2001:40.

SOS – Veiledende må for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. 2001. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

SOS – U – 12/2002. Fylkeskommunens ansvar for institusjoner for rusmiddelmisbrukere. 2002. Oslo, Sosialdepartementet.

SOS – Ot.prp. nr. 3 (2002-2003). 2002. Oslo, Sosialdepartementet.

SOS – NOU 2003:4. Vedlegg 1. Forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak for alkohol- og narkotikaproblemer. 2003. Oslo, Sosialdepartementet.

Stortingsmelding nr.16 (1996-1997). Narkotikapolitikken. 1996. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr.28 (1999-2000). Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. 2000. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Vedlegg

- 1) Spørreskjema I
- 2) Spørreskjema II
- 3) Spørreskjema III
- 4) Spørreskjema IV
- 5) Spørreskjema V
- 6) Følgebrev til kommunene
- 7) Følgebrev til saksbehandler i kommunene
- 8) Følgebrev til fastlegene
- 9) Varselbrev

- 10) Oversikt over de spesialiserte tiltakene (institusjonene)
- 11) Oversikt over kommuneutvalget og grupperingen

SKJEMA 1
SPØRRESKJEMA TIL LEDER AV SOSIALKONTORET

Vennligst fyll ut skjemaet og returner det sammen med de klientbaserte skjemaene i den vedlagte svarkonvolutten
Utfylte skjema sendes til SINTEF Unimed senest 22. november 2003. Se vedlagte rettledning for utfylling av skjema.

1. Kommune: _____ (for Oslo, Trondheim, Bergen, Stavanger: Bydel: _____)

2. Hvordan har kommunen organisert sitt arbeid med rusmiddelmisbrukere?

Ruskonsulent(er) ja: ☐ nei: ☐

Rusteam ja: ☐ nei: ☐

Feltpleie/lavterskel ja: ☐ nei: ☐

Oppsøkende tjeneste ja: ☐ nei: ☐

Bo tilbud med tilsyn ja: ☐ nei: ☐

Egen miljøarbeider ja: ☐ nei: ☐

Annet ja: ☐ nei: ☐

3. Hvor mange saksbehandlere jobber ved Sosialkontoret?

--	--	--

 årsverk

4. Hvor mange av disse saksbehandlere har direkte personkonsultasjoner med rusmiddelmisbrukere?

--	--	--

5. Er det utarbeidet en kommunal plan for tiltak rettet spesielt mot gruppen rusmiddelmisbrukere?

ja: ☐ nei: ☐

6. Hvis JA, når ble planen rullert/vedtatt siste gang?

--	--	--	--

 år

7. Har kommunen utarbeidet skriftlige prosedyrer/håndbok for å håndtere
rusmiddelmisbrukeres behov, eller er disse tilgjengelig fra annet hold?

ja: ☐ nei: ☐

8. Utarbeides det individuelle planer for rusmiddelmisbrukere?

ja: ☐ nei: ☐ noen ganger: ☐

9. Tilrettelegger sosialkontoret for et helhetlige tilbud til klienter på legemiddelassistert rehabilitering?

ja: ☐ nei: ☐ noen ganger: ☐

10. Hvor mange ganger hittil i 2003 er det sendt skademelding fra konsulenter som har vært utsatt for
vold/trusler om vold?

vold fra rusmiddelmisbrukere:

--	--	--

vold fra andre:

--	--	--

SKJEMA 2
FOR KONSULENTENE

Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Unimed senest 22. november 2003. Se vedlagte rettledning for utfylling av skjema.

Samtykke gis gjennom å besvare spørsmålene. Opplysningene som gis vil ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner, og vil kun brukes av SINTEF Unimed i forbindelse med analysearbeidet.

1. Din utdanning: _____

2. Hvor lenge har du jobbet i rusfeltet? år.

3. Har du fått opplæring (kurs, videre-/etterutdanning) i rusproblematikken? ja: ☐ nei: ☐

4. Hva er din stillingsbrøk? %

5. Hvor mange klienter totalt har du ansvar for?

6. Hvor mange av disse klientene vurderer du misbruker hovedsakelig:

alkohol

medikamenter

narkotika

omfattende blandingsmisbruk

7. Hvor mange av rusmiddelmisbrukere er i uke 46 på Legemiddelassistert rehabilitering?

antall:

8. Hvor mange av rusmiddelmisbrukere er i uke 46 på statlig, utenlandsk, fylkeskommunale eller private behandlings-/rehabiliteringstiltak for rusmiddelmisbrukere?

på poliklinisktiltak:

på døgntiltak:

10. Følger du opp klienter med rusmiddelproblem per tlf? ja: ☐ nei: ☐ både og: ☐

11. Hvor ofte gjøres henvendelser fra rusmiddelmisbrukere over telefon? ofte: ☐ sjelden: ☐ aldri: ☐

12. Med hensyn til rusmiddelproblematikken, samarbeider du med:

andre kommunale instanser ofte: ☐ sjelden: ☐ aldri: ☐

fylkeskommunale institusjoner ofte: ☐ sjelden: ☐ aldri: ☐

trygdekontor ofte: ☐ sjelden: ☐ aldri: ☐

aetat ofte: ☐ sjelden: ☐ aldri: ☐

politi/fengsel/rettsvesen ofte: ☐ sjelden: ☐ aldri: ☐

skole/voksenopplæring ofte: ☐ sjelden: ☐ aldri: ☐

pårørende ofte: ☐ sjelden: ☐ aldri: ☐

fastlegen ofte: ☐ sjelden: ☐ aldri: ☐

psykisk helsevern ofte: ☐ sjelden: ☐ aldri: ☐

13. Hvor mange ganger hittil i 2003 har du vært utsatt for vold/trusler om vold fra rusmiddelmisbrukere?

ganger

SKJEMA 3

OM KLIENTER/BRUKERE SOM VURDERES SOM RUSMIDDELMISBRUKERER (RMM)

Det skal fylles ut ett skjema for hver konsultasjon med klient/brukere i uke 46.

Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Unimed senest 22. november 2003. Se vedlagte rettleiding for utfylling av skjema.

HADDE KLIENTEN AVTALE PÅ FORHÅND? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei

MØTTE KLIENTEN TIL AVTALT TIME? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei

1. ER DENNE KONSULTASJON FØRSTE GANGS KONSULTASJON? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei	
Hvis Nei:	
2. HVOR LENGE ER DET SIDEN FORRIGE KONSULTASJON? ca. antall dager:	
3. HVOR HYPPIG HAR KONTAKTEN VÆRT DE SISTE 6 MND?	
1 ☐ hver uke	4 ☐ annen hver måned
2 ☐ annen hver uke	5 ☐ sjeldnere
3 ☐ hver måned	

4. HVA SLAGS BEHOV VURDERES KLIENTEN Å HA FOR DENNE KONSULTASJON? (kryss alle som gjelder)	
1 ☐ Økonomisk sosialhjelp	
2 ☐ Økonomisk nødhjelp	
3 ☐ Midlertidig husvære	
4 ☐ Varig bolig	
5 ☐ Bolig med oppfølgingstiltak	
6 ☐ Henvisning/planlegging	
7 ☐ Råd og veiledning/samtaleoppfølging	
8 ☐ Praktisk hjelp	
9 ☐ Annet	

5. ALVORLIGHET I RUSMIDDELMISBRUKET: (for blanding kryss flere)	
	vet ikke lite middels stort
	hvor lenge har misbruket vart
a. alkohol	☐ ☐ ☐ ☐ år
b. medikamenter	☐ ☐ ☐ ☐ år
c. narkotika	☐ ☐ ☐ ☐ år

6. VET DU OM FASTLEGEN ER KJENT MED KLIENTENS RUSMIDDELMISBRUK?	
1 ☐ Ja 2 ☐ Nei	

7. SAMARBEIDER DU MED FASTLEGEN OM DENNE KLIENTEN?	
1 ☐ Ja 2 ☐ Nei	

8. HAR DERE VÆRT I KONTAKT MED KLIENTENS FAMILIE/PÅRØRENDE?	
1 ☐ Ja 2 ☐ Nei	

9. HAR KLIENTEN ALVORLIGE FYSISKE/SOMATISKE HELSEPROBLEMER SOM TRENGER TILTAK?	
1 ☐ Ja	2 ☐ Nei 3 ☐ Vet ikke
Hvis Ja:	
10. Kjenner du til om det er igangsatt behandling?	
1 ☐ Ja	2 ☐ Nei 3 ☐ Vet ikke

11. HAR KLIENTEN ALVORLIGE PSYKISKE HELSEPROBLEMER SOM TRENGER TILTAK?	
1 ☐ Ja	2 ☐ Nei 3 ☐ Vet ikke
Hvis Ja:	
12. Kjenner du til om det er igangsatt behandling?	
1 ☐ Ja	2 ☐ Nei 3 ☐ Vet ikke

13. ER DET I LØPET AV DE SISTE 6 MND SØKT OM:	
Poliklinisk behandling i rusfeltet	
1 ☐ Ja 2 ☐ Nei 3 ☐ Vet ikke	
Institusjonsopphold (omsorg/rehabilitering/behandling)	
1 ☐ Ja 2 ☐ Nei 3 ☐ Vet ikke	
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	
1 ☐ Ja 2 ☐ Nei 3 ☐ Vet ikke	

14. DERSOM JA, HVOR LANG VENTETID ER DET FØR INNTAK?	
Antall dager:	

15. HAR DU KONTAKT MED KLIENTEN I DENNE VENTEPERIODEN? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei	
Hvis Ja:	
16. Hvor hyppig er denne kontakten?	
1 ☐ flere ganger i uken	3 ☐ annen hver uke
2 ☐ en gang i uke	4 ☐ hver måned

17. ER KONTAKTEN MED KLIENTEN I DENNE VENTEPERIODEN HOVEDSAKELIG:	
1 ☐ Per telefon 2 ☐ Som møte 3 ☐ Begge deler	

18. VET DU OM KLIENTEN ER I KONTAKT MED ANDRE TJENESTER/TILTAK FOR RMM I DENNE VENTEPERIODEN?	
1 ☐ Ja 2 ☐ Nei	

19. HAR KLIENTEN FÅTT SLIKE TILBUD TIDLIGERE? (kryss alle som gjelder)	
1 ☐ Poliklinisk behandling i rusfeltet	
2 ☐ Institusjonsopphold (omsorg/rehabilitering/behandling)	
3 ☐ Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	
4 ☐ Vet ikke	

20. OVERSIKT OVER KLIENTRETTEDE TILTAK (slikt du vurderer det): sett et eller flere kryss for hvert tiltak

Tiltak:	1 Ikke aktuelt for klienten	2 Tidligere igangsatt tiltak	3 Tidligere tilbudt men ikke benyttet/fullført	4 Klientens aktuelle behov i dag	5 Aktuelle tilbudte tiltak i dag
Økonomiske sosialhjelp	☐	☐	☐	☐	☐
Midlertidig husvære	☐	☐	☐	☐	☐
Varig bopel	☐	☐	☐	☐	☐
Bolig med oppfølgingstiltak	☐	☐	☐	☐	☐
Råd og veiledning	☐	☐	☐	☐	☐
Praktisk hjelp	☐	☐	☐	☐	☐
Barnevernstiltak	☐	☐	☐	☐	☐
Aktivisering/dagtilbud	☐	☐	☐	☐	☐
Støttekontakt	☐	☐	☐	☐	☐
Ansvarsgruppe	☐	☐	☐	☐	☐
Individuell plan	☐	☐	☐	☐	☐
Utredning for LAR	☐	☐	☐	☐	☐
På venteliste for LAR	☐	☐	☐	☐	☐
Tatt inn i LAR	☐	☐	☐	☐	☐
Henvisninger til spesialtiltak i rusfeltet	☐	☐	☐	☐	☐
Avrusing	☐	☐	☐	☐	☐
Behandling/rehabilitering	☐	☐	☐	☐	☐
Somatisk sykehus opphold	☐	☐	☐	☐	☐
Psykisk helsevern	☐	☐	☐	☐	☐
Tiltak i regi av aetat	☐	☐	☐	☐	☐
Trygdeytelser	☐	☐	☐	☐	☐
Skole/kurs/voksenopplæring	☐	☐	☐	☐	☐

21. HVIS DET ER ET GAP MELLOM KLIENTENS UTTALTE BEHOV OG DET SOM KONSULENTEN HAR TILBUDT, HVA SKYLDES DETTE HOVEDSAKLIG? (se veiledningen for spesifikasjon).

- 1 ☐ Årsaken skyldes i hovedsak forhold i kommunen.
 2 ☐ Årsaken skyldes i hovedsak forhold ved klienten.
 3 ☐ Annet

22. SAMARBEID (planlagt eller igangsatt) MED ANDRE (FYLKES)KOMMUNALE/STATLIGE TJENESTER

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Sykehus | 6 ☐ Trygdekontoret |
| 2 ☐ Spesialinstitusjon i rusfeltet | 7 ☐ Sosialkontoret |
| 3 ☐ Psykisk helsevern | 8 ☐ Skole/voksenopplæring |
| 4 ☐ Bedriftshelsetjeneste | 9 ☐ Aetat |
| 5 ☐ Politi/fengsel/rettsvesen | 10 ☐ A-A/A-N |

23. HAR DENNE KLIENTEN VÆRT I KONTAKT MED SOS.TJENESTE FLERE GANGER DENNE UKEN?

- 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei 3 ☐ Vet ikke

OM PASIENTER SOM VURDERES SOM RUSMIDDELMISBRUKERER

Det skal fylles ut ett skjema for hver konsultasjon med pasienter i uke 46.

Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Unimed senest 22. november 2003. Se vedlagte rettleiding for utfylling av skjema.

MØTTE PASIENTEN TIL AVTALT TIME?

1 ☐ Ja

2 ☐ Nei

1. ER DU PASIENTENS FASTLEGE? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei																																			
2. ER DENNE KONSULTASJON FØRSTE GANGS KONSULTASJON? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei																																			
Hvis Nei:																																			
3. HVOR LENGE ER DET SIDEN FORRIGE KONSULTASJON? antall dager:																																			
4. HVOR HYPPIG HAR KONTAKTEN VÆRT? 1 ☐ hver uke 4 ☐ annen hver måned 2 ☐ annen hver uke 5 ☐ sjeldnere 3 ☐ hver måned																																			
5. VET DU OM PASIENTEN HAR VÆRT HOS ANDRE LEGER I 2003? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei																																			
6. HVA SLAGS BEHOV VURDERES PASIENTEN Å HA FOR DENNE KONSULTASJON? (kryss alle som gjelder) 1 ☐ Undersøkelse 2 ☐ Henvvisning til spesialist helsetjeneste 3 ☐ Sykemelding 4 ☐ Andre dokumentasjon til f.eks. Trygdekontor 5 ☐ Resept 6 ☐ Kontroll 7 ☐ Råd og veiledning 8 ☐ Praktisk hjelp 9 ☐ Utredning for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) 10 ☐ Oppfølging av LAR																																			
7. ALVORLIGHET I RUSMIDDELMISBRUKET: (for blanding kryss flere) <table><tr><td></td><td>vet</td><td></td><td></td><td></td><td>hvor lenge har</td><td></td></tr><tr><td></td><td>ikke</td><td>lite</td><td>middels</td><td>stort</td><td>misbruket vart</td><td></td></tr><tr><td>a. alkohol</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td> år</td><td></td></tr><tr><td>b. medikamenter</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td> år</td><td></td></tr><tr><td>c. narkotika</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td> år</td><td></td></tr></table>		vet				hvor lenge har			ikke	lite	middels	stort	misbruket vart		a. alkohol	☐	☐	☐	☐	år		b. medikamenter	☐	☐	☐	☐	år		c. narkotika	☐	☐	☐	☐	år	
	vet				hvor lenge har																														
	ikke	lite	middels	stort	misbruket vart																														
a. alkohol	☐	☐	☐	☐	år																														
b. medikamenter	☐	☐	☐	☐	år																														
c. narkotika	☐	☐	☐	☐	år																														
8. VET DU OM SOSIALKONTORET ER KJENT MED PASIENTENS RUSMIDDELMISBRUK? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei																																			

9. SAMARBEIDER DU MED SOSIALKONTORET OM DENNE PASIENTEN? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei
10. HAR DU VÆRT I KONTAKT MED PASIENTENS FAMILIE/PÅRØRENDE? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei
11. HAR PASIENTEN ALVORLIGE FYSISKE/ SOMATISKE HELSEPROBLEMER SOM TRENGER TILTAK? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei 3 ☐ Vet ikke
12. HAR PASIENTEN ALVORLIGE PSYKISKE HELSEPROBLEMER SOM TRENGER TILTAK? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei 3 ☐ Vet ikke
13. HVA ER MÅLSETNINGEN FOR DENNE PASIENTEN I FORHOLD TIL RUS? 1 ☐ Rehabilitering med sikte på rusfrihet 2 ☐ Legemiddelassistert rehabilitering 3 ☐ Skadereduksjon/stabilisering 4 ☐ Annet
14. NOEN SPØRSMÅL OM LAR: Er LAR vurdert for pasienten? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei Er LAR igangsatt nå? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei Er LAR på vent? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei Har LAR vært forsøkt tidligere? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei
15. DELTAR DU I ANSVARSGRUPPE FOR DENNE PASIENTEN? 1 ☐ Ja 2 ☐ Nei
16. HVOR HYPPIG ER PLANLAGTE KONSULTASJONER FOR PASIENTEN UT ÅRET? 1 ☐ flere ganger i uken 4 ☐ hver måned 2 ☐ en gang i uke 5 ☐ sjeldnere 3 ☐ annen hver uke 6 ☐ ingen planer
17. SAMARBEIDER DU MED ANDRE (FYLKES) KOMMUNALE TJENESTER OM DENNE PASIENTEN? (kryss alle som gjelder) 1 ☐ Sykehus 6 ☐ Trygdekontoret 2 ☐ Spesialinstitusjon i rusfeltet 7 ☐ Sosialkontoret 3 ☐ Psykisk helsevern 8 ☐ Skole 4 ☐ Bedriftshelsetjeneste 9 ☐ Aetat 5 ☐ Politi/fengsel/rettsvesen 10 ☐ A-A/A-N

KLIENTER I RUSINSTITUSJONER OG RUSTILTAK 20 NOVEMBER 2003

Det skal fylles ut ett skjema for hver klient ved institusjonen 20 november 2003.
Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Unimed senest 20 desember 2003.

OPPLYSNINGER OM INSTITUSJONEN/TILTAKET																															
Institusjonens/tiltakets navn Post/team (basisenhet) På hvilket omsorgsnivå har klienten tilbud fra institusjonen? ☐ Poliklinisk ☐ Dagtilbud ☐ Døgntilbud Når er klienten innskrevet? (nåværende opphold/behandlingsepisode) Dag Måned År	Om klienten har poliklinisk tilbud eller dagtilbud ved institusjonen, hva er i så fall omfang av dette? <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Poliklinisk tilbud</td> <td>Dagtilbud</td> </tr> <tr> <td>Flere ganger i uka</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>En gang i uka</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Annen hver uke</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Hver måned</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Sjeldnere</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table> Omfang av tidligere tilbud for denne klienten innen rusomsorg/rusinstitusjoner Ikke fått noen tilbud ☐ Fått noe tilbud tidligere ☐ Fått en god del tilbud tidligere ☐ Fått gjentatte og omfattende tilbud ☐		Poliklinisk tilbud	Dagtilbud	Flere ganger i uka	☐	☐	En gang i uka	☐	☐	Annen hver uke	☐	☐	Hver måned	☐	☐	Sjeldnere	☐	☐												
	Poliklinisk tilbud	Dagtilbud																													
Flere ganger i uka	☐	☐																													
En gang i uka	☐	☐																													
Annen hver uke	☐	☐																													
Hver måned	☐	☐																													
Sjeldnere	☐	☐																													
BAKGRUNNSOPPLYSNINGER OM KLIENNTEN																															
Kjønn ☐ Mann ☐ Kvinne Når født (årstall) Sivilstatus per 20 november 2003 ☐ Ugift ☐ Gift ☐ Samboende ☐ Enke/enkemann ☐ Separert/skilt Utdanning (kryss av bare ett alternativ) ☐ Fullført eksamen fra universitet og høyskole ☐ Videregående skole/yrkesrettet utdanning ☐ Grunnskole (7-10-årig) ☐ Ikke fullført grunnskole	Hovedinntektskilde (sett ett kryss) ☐ Inntekt av eget arbeid ☐ Uførepensjon ☐ Forsørget ☐ Alderspensjon ☐ Sykemelding ☐ Sosial stønad ☐ Attføring ☐ Annet ☐ Ukjent Hva slags permanent bolig har klienten? Egen bolig ☐ Omsorgsbolig ☐ Kommunalt sykehjem/servicesenter ☐ Døgninstitusjon i psykisk helsevern ☐ Ikke egen bolig (bostedsløs) ☐ Suicidalproblemer/selvskadetendens i forbindelse med nåværende opphold/kontakt ☐ Nei ☐ Selvskadetendens ☐ Selvmordstrusler ☐ Selvmordsforsøk																														
ART AV RUSMIDDEL- OG HELSEPROBLEMER																															
Har klienten alvorlige helseproblemer som trenger tiltak? Alvorlige somatiske helseproblemer ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke Alvorlige psykiske helseproblemer ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke Hvis ja – angi helst også diagnose (ICD-10). Angi bokstav, to siffer, 1-2 desimaler Hoveddiagnose • Bidiagnose •	Hvor alvorlig er rusmiddelmisbruket (evt flere kryss) <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Vet ikke</td> <td>Lite</td> <td>Middels</td> <td>Stort</td> <td>Hvor lenge har misbruket vart?</td> </tr> <tr> <td>Alkohol</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td> år</td> </tr> <tr> <td>Medikamenter</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td> år</td> </tr> <tr> <td>Narkotika</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td> år</td> </tr> <tr> <td>Bruker klienten heroin/opiater</td> <td>☐ Ja</td> <td></td> <td></td> <td>☐ Nei</td> <td>☐ Ukjent</td> </tr> </table>		Vet ikke	Lite	Middels	Stort	Hvor lenge har misbruket vart?	Alkohol	☐	☐	☐	☐	år	Medikamenter	☐	☐	☐	☐	år	Narkotika	☐	☐	☐	☐	år	Bruker klienten heroin/opiater	☐ Ja			☐ Nei	☐ Ukjent
	Vet ikke	Lite	Middels	Stort	Hvor lenge har misbruket vart?																										
Alkohol	☐	☐	☐	☐	år																										
Medikamenter	☐	☐	☐	☐	år																										
Narkotika	☐	☐	☐	☐	år																										
Bruker klienten heroin/opiater	☐ Ja			☐ Nei	☐ Ukjent																										

NÅVÆRENDE OG ØNSKELIG TILBUD							
Hvem samarbeides det med om denne klienten? Pårørende ☐ Arbeidssted ☐ Utdanningssted ☐ Aetat ☐ Bedriftshelsetjeneste ☐ Trygdekontor ☐ Politi/fengsel/rettsvesen ☐ A-A/A-N ☐ Kommunale tjenester Fastlege ☐ Sosialtjeneste ☐ Pleie/omsorgstjeneste i kommunen ☐ Psykisk helsevern i kommunen ☐ Spesialisthelsetjenester Somatisk sykehus ☐ Psykisk helsevern ☐ Annen rusomsorg/rusinstitusjon ☐		Klientens behov og faktiske tilbud på registreringstidspunktet (sett ett kryss på hver linje) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ikke aktuelt</th> <th style="text-align: center;">Udekket behov</th> <th style="text-align: center;">Mottar tilbudet</th> </tr> </thead> </table> Kommunale tiltak Regelmessig kontakt med fastlege ☐ Pleie og omsorgstilbud i kommunen ☐ Lavterskel tilbud i kommunen ☐ Hjelp med bolig ☐ Hjelp med økonomi ☐ Regelmessig kontakt sosialkontor ☐ Hjemmetjenester, praktisk hjelp ☐ Støttekontakt ☐ Ansvarsgruppe ☐ Individuell plan ☐ Barnevernstiltak ☐			Ikke aktuelt	Udekket behov	Mottar tilbudet
	Ikke aktuelt	Udekket behov	Mottar tilbudet				
Koordinering av samarbeidet Er det én koordinator for de samlede tilbud til denne klienten? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke Er det etablert en ansvarsgruppe i kommunen for denne klienten? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke Deltar institusjonen i ansvarsgruppa? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke Er det utarbeidet en individuell plan for denne klienten? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke Har institusjonen deltatt i utarbeidingen av denne planen? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke		Tiltak innen økonomi/arbeid Tiltak i regi av Aetat ☐ Aktivisering/dagtilbud ☐ Trygdeytelser ☐ Skole/kurs/voksenopplæring ☐					
Målsetningen for denne klienten i forhold til rus ☐ Rehabilitering med sikte på rusfrihet ☐ Legemiddelassistert rehabilitering ☐ Skadereduksjon/stabilisering ☐ Annet		Tilbud/tiltak i rusomsorg Poliklinisk tilbud ☐ Dagtilbud ☐ Avrusing ☐ Døgntilbud ☐ Legemiddelassistert rehabilitering ☐					
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) Er LAR vurdert for klienten? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke Er LAR igangsatt? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke På venteliste for LAR? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke Har LAR vært forsøkt tidligere? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke		Tilbud i somatisk sykehus Utredning somatisk helseproblem ☐ Behandling ved somatisk sykehus ☐					
Ventetid fra søknad ble mottatt til klienten ble innlagt/fikk tilbud (antall uker) 		Tilbud i psykisk helsevern Psykiatrisk ungdomsteam ☐ Dobbeltdiagnosteam ☐ Annet rusteam ☐ Dagtilbud ☐ Døgntilbud ☐					
Ventetid fra søknad ble mottatt til klienten ble innlagt/fikk tilbud (antall uker)		Faktisk og ønskelig botilbud på registreringstidspunktet (kryss av <u>ett</u> faktisk og <u>ett</u> ønskelig tilbud) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Faktisk</th> <th style="text-align: center;">Ønskelig</th> </tr> </thead> </table>			Faktisk	Ønskelig	
	Faktisk	Ønskelig					
		Hvis tilbudet ved institusjonen/tiltaket ikke anses å være tilstrekkelig, hva skyldes dette i så fall: Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud ☐ Vi mangler aktuell kompetanse her ☐ Vi har kompetanse, for liten kapasitet ☐ Mangelfullt samarbeid om samlet tilbud ☐					

Til leder av sosialtjenesten i kommunen

Deres ref.:

Vår ref.:

78G01930/lgr

Direkte innvalg:

2206 7946

Oslo,

2003-10-20

Kommunenes tjenestetilbud til rusmiddelmisbrukere – en spørreundersøkelse

Vi viser til brev fra Sosial- og helsedirektoratet, datert 14.10.03 angående spørreundersøkelser innen rusfeltet.

Sosial- og helsedirektoratet, avdeling rusmidler, har et overordnet ansvar for tiltak og tjenester for rusmiddelmisbrukere. For å ivareta sitt ansvar på en best mulig måte, trenger direktoratet oversikt over tiltak, tjenester og behov på området. Per i dag foreligger det ingen samlet oversikt over hvilke tilbud som ytes til rusmiddelmisbrukere på kommunalt nivå. Direktoratet ønsker derfor å gjennomføre en landsomfattende kartlegging. Kartleggingen skal gjennomføres i perioden 10. november til 14. november (uke 46), og skal gjøres i et representativt utvalg av norske kommuner. Deres kommune er valgt ut som en av disse.

Kartleggingen gjennomføres av SINTEF Unimed, sammen med Rogalandsforskning og Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Vi ber om at De, som leder av kommunenes sosialtjeneste, hjelper oss i arbeidet med denne kartleggingen. Vi vil presisere at kartleggingen er rettet mot tjenester og ikke mot enkeltpersoner, hverken når det gjelder saksbehandlere eller rusmiddelmisbrukere. Den informasjonen som registreres i databasen vil ikke kunne bli sporet tilbake til den enkelte klient, saksbehandler eller kommune. Det er derfor ikke nødvendig med konsesjon fra datatilsynet eller med samtykke fra den enkelte klient.

Kartleggingen er tredelt:

1. Vi ønsker at De, som leder av sosialtjenesten, svarer på noen allmenne spørsmål om tjenestetilbudet i kommunen, med spesiell vekt på tilbudet til rusmiddelmisbrukere, se Skjema 1.
2. Vi ønsker at hver saksbehandler som arbeider med klienter med et rusmiddelproblem fyller ut ett skjema som gjelder for sin egen arbeidssituasjon, se Skjema 2.
3. Vi ønsker at hver saksbehandler hjelper oss i kartleggingen av tjenestetilbudet til denne brukergruppen. Dette gjøres ved at det fylles ut ett skjema for hver klient de er i kontakt med gjennom hele uke 46, se Skjema 3.

Vi ber om at de vedlagte skjemaene som saksbehandlerne skal fylle ut i løpet av uke 46 distribueres. Dersom det trengs flere skjema, ber vi om at Dere enten kopierer selv, eller kontakter oss snarest for å få tilsendt flere. Merk at skjema 3 om klientene er to-sidig. I begynnelsen av uke 47 må alle skjemaene samles inn og sendes samlet til oss i vedlagte svarkonvolutt.

Vi er klar over at denne kartleggingen krever at det avsettes tid i en hektisk arbeidsdag, men vi er avhengig av Deres samarbeide for å få en god oversikt over tiltak og behov innen rusfeltet.

Er det spørsmål om undersøkelsen generelt eller i forhold til utfylling av skjemaene, så vær snill og kontakt oss. Vi ser frem til et godt samarbeide.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Lisbet Grut
for SINTEF Unimed

Kontaktadresser:
Lisbet Grut
SINTEF Unimed
TLF 2206 7946
FAX 2206 7909
e-post: lisbet.grut@sintef.no

Postadresse:
Postboks 124, Blindern
0314 Oslo
Besøksadresse:
Forskningsveien 1, Oslo
Telefon:
22 06 73 00
Telefaks:
22 06 79 09

Foretaksregisteret:
NO 948 007 029 MVA

Til saksbehandler/ konsulent/kurator

Deres ref.:

Vår ref.:

78G01930/lgr

Direkte innvalg:

2206 7946

Oslo,

2003-10-20

Spørreundersøkelse om tjenester til rusmiddelmissbrukere – veiledning

Sosial- og helsedirektoratet ønsker å gjennomføre en landsomfattende kartlegging av tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Kartleggingen skal foregå i perioden 10. - 14. november (uke 46). Hensikten med kartleggingen er å få en oversikt over sosialtjenestens arbeid innen rusfeltet når det gjelder tiltak, tjenester og behov. Kartleggingen vil gi innsikt i hvordan tjenesten fungerer i dag, før rusreformene iverksettes. Kartleggingen vil også sette direktoratet bedre i stand til å utvikle mer målrettede tiltak.

Kartleggingen er rettet mot tjenester og ikke enkeltpersoner, hverken saksbehandlere eller rusmiddelmissbrukere. Den informasjonen som registreres i databasen vil ikke kunne spores tilbake til den enkelte klient, saksbehandler eller kommune. Det er derfor ikke nødvendig med konsesjon fra datatilsynet eller med samtykke fra den enkelte klient.

Undersøkelsen vil innebære noe merarbeid for dere, men for å få best mulig data om sosialtjenestens arbeid for rusmiddelmissbrukere er vi avhengig av et godt samarbeide med dere. Vi håper derfor at dere tar dere tid til å fylle ut de nødvendige skjemaene i løpet av uke 46. For at arbeidet skal gå lettest mulig har vi laget en kort veiledning. Les den før du begynner.

Du har fått utdelt:

1. Dette brevet med veiledning.
2. Et skjema 2 "for konsulentene". Dette skal du fylle ut én gang.
3. Skjema 3 "om klienter/brukere som vurderes som rusmiddelmissbrukere" i fem eksemplarer. Vi ber deg fylle ut ett skjema 3 for hver klient du er i kontakt med i løpet av perioden 10. - 14. november (uke 46). Dersom du har fått for få skjema, ber vi om at du selv kopiere opp flere eksemplarer. Merk at skjema 3 er to-sidig.

Veiledning

Skjema 3; om klienter/brukere som vurderes som rusmiddelmisbrukere (RMM)

I skjema 3 ønsker vi din vurdering av klienten og dennes situasjon. Skjema 3 skal fylles ut etter hver konsultasjon du har med klienter med rusmiddelproblemer. Med konsultasjoner tenker vi på alle typer, f.eks.:

- personlig oppmøte som er avtalt på forhånd
- personlig oppmøte som ikke er avtalt på forhånd
- henvendelse per telefon m.m.

Hvis klienten ikke møter til avtalt time vil vi at du setter et kryss for 'nei' på dette spørsmålet (se øverst på skjema 3 side 1). Hvis du krysser av for 'nei', skal du ikke fylle ut resten av skjemaet, men allikevel sende det til oss sammen med de andre skjemaene.

Spørsmål 3 (Hvor hyppig har kontakten vært de siste 6 måneder?): Vi tenker her på alle typer kontakt, for eksempel oppmøte på kontoret eller ute, eller per telefon.

Spørsmål 4 (Hva slags behov vurderes klienten å ha for denne konsultasjonen?): Vi ønsker *din* vurdering av hva som nå er klientens behov i denne konsultasjonen.

Spørsmål 5 (Alvorlighet i rusmiddelmisbruket): Dette spørsmålet dreier seg om en oversikt over hvilke typer rusmidler klienten benytter, og eventuelt om hvilket som dominerer bruken. De oppgitte svarkategoriene omfatter følgende:

- *Lite:* Rusmidlet benyttes sjelden eller kun i sporadisk.
- *Middels:* Her siktes det til en jevnlig bruk.
- *Stort:* Her menes om rusmiddelmisbruket dominerer hele livssituasjonen.

Når det gjelder spørsmål om misbrukets varighet: Hvis misbruket etter din vurdering har vart i ett år eller mindre skriver du 1 år, hvis misbruket har vart mellom ett og to år skriver du 2 år osv.

Spørsmålene 14 til 18: Disse spørsmålene handler om venteperioden for de tiltak som det ble krysset 'ja' for under spørsmål 13. Dersom du svare ja på noen av svaralternativene på spørsmål 13, skal du også svare på spørsmålene 14 til 18.

Spørsmål 20 (Oversikt over klientrettede tiltak): Her skal du sette minst ett kryss for hvert tiltak. Du vil nå få en kort innføring i hva vi mener med de ulike svarkategoriene:

- 1: *Ikke aktuelt:* Sett kryss dersom tiltaket ikke er aktuelle for denne klienten nå.
- 2: *Tidligere igangsatte tiltak:* Sette kryss dersom tiltaket er vedtatt/iverksatt tidligere, og er nå enten avsluttet i henhold til planen eller vedvarer fremdeles.
- 3: *Tidligere tilbud, men ikke benyttet/fullført:* Sett kryss dersom klienten har fått tilbud om tiltaket, men har ikke benyttet seg av det, eller har ikke klart å fullføre i henhold til planen.
- 4: *Klientens aktuelle behov i dag:* Sett kryss for hva klienten selv gir uttrykk for at han/hun ønsker av tiltak under denne konsultasjonen.
- 5: *Aktuelle tiltak tilbudt i dag:* Sett kryss for tiltak du tilbyr klienten i dag under denne konsultasjonen, uansett om vil bli iverksatt eller ikke.

Når det gjelder tiltaket *Henvisning til spesialtiltak i rusfeltet*, siktes det her både til døgntilbud og poliklinisk tilbud.

Spørsmål 21: (Hvis det er gap mellom klientens uttalte behov og det du ga tilbud om, hva skyldes dette i hovedsak?):

1. *Forhold i kommunen:* Her menes dersom kommunen av ulike grunner ikke gir et tilbud som svarer på klientens uttalte behov, uavhengig av om det skyldes kapasitet i tjenesten, manglende fagpersoner, manglende økonomi, eller annet.
2. *Forhold ved klienten:* Her menes dersom gapet mellom behov og tiltak skyldes forhold som av ulike grunner kan tilskrives klienten, enten dette skyldes at klienten ikke ønsker et slikt tilbud, eller klienten antas ikke å være i stand til å gjennomføre tiltaket, eller annet.
3. *Annet:* Her menes dersom gapet skyldes forhold som verken klienten eller kommunen kan påvirke eller er ansvarlig for.

Skjemaene skal fylles ut gjennom hele uke 46. Når uken er over skal alle skjemaene leveres til tjenesteansvarlig hos dere. Dette må skje i løpet av uke 47. Skjemaene skal deretter sendes samlet til oss i vedlagte svarkonvolutt.

Vi er klar over at dette arbeidet vil være en ekstra belastning i en eller travel arbeidsdag, og vi vil derfor benytte anledningen til å takke for din innsats i forbindelse med denne kartleggingen.

Med vennlig hilsen

Lisbet Grut
for SINTEF Unimed

Kontaktadresse:
Lisbet Grut
tlf: 2206 7946
fax: 2206 7909
e-post: lisbet.grut@sintef.no

Til fastleger i utvalgte kommuner

Deres ref.:

Vår ref.:

78G01930/lgr

Direkte innvalg:

2206 7946

Oslo,
2003-10-20

Tjenestetilbud til rusmiddelmisbrukere – en spørreundersøkelse

Vi viser til brev fra Sosial- og helsedirektoratet, datert 14.10.03 angående spørreundersøkelser innen rusfeltet.

Sosial- og helsedirektoratet, avdeling rusmidler, har et overordnet ansvar for tiltak og tjenester for rusmiddelmisbrukere. For å ivareta ansvaret på en best mulig måte, trenger direktoratet oversikt over tiltak, tjenester og behov på området. Per i dag foreligger ingen samlet oversikt over tilbud som ytes til rusmiddelmisbrukere på kommunalt nivå. Direktoratet ønsker derfor å gjennomføre en landsomfattende kartlegging. **Kartleggingen skal gjennomføres i perioden 10. november til 14. november (uke 46), og skal gjøres i et representativt utvalg av norske kommuner.** Deres kommune er valgt ut som en av disse.

- Vi ber om at De, som fastlege i en av de utvalgte kommunene, hjelper oss i kartleggingen av tjenestetilbudet til denne pasientgruppen. Dette gjøres ved at det fylles ut ett skjema for hver pasient med et rusmiddelproblem som De er i kontakt med gjennom hele uke 46.

Kartleggingen er rettet mot tjenester og ikke mot enkeltpersoner, hverken når det gjelder leger eller rusmiddelmisbrukere. Den informasjonen som registreres i databasen vil ikke kunne bli sporet tilbake til den enkelte klient, lege eller kommune. Det er derfor ikke nødvendig med konsesjon fra datatilsynet eller med samtykke fra den enkelte pasient. Skjemaene returneres samlet til oss i vedlagte svarkonvolutt i uke 47. Dersom det trengs flere skjema, ber vi om at De enten kopierer selv, eller kontakter oss snarest for å få tilsendt flere.

Vi er klar over at denne kartleggingen krever at det avsettes tid i en hektisk arbeidsdag, men vi er avhengig av Deres samarbeide for å få en god oversikt over tiltak og behov innen rusfeltet. Er det spørsmål om undersøkelsen generelt eller i forhold til utfylling av skjemaene, så vær snill og kontakt oss. *På forhånd tusen takk for hjelpen!*

Med vennlig hilsen

Lisbet Grut
SINTEF Unimed

Deres ref:
Saksbehandler: AAS
Vår ref: 03/4689
Arkivkode:
Dato: 14.10.03

Varsling om spørreundersøkelse

Sosial- og helsedirektoratet har gitt SINTEF Unimed i oppdrag å gjennomføre en større spørreundersøkelse for å finne ut hvordan behandling, rehabilitering og omsorgstilbud til rusmiddelmisbrukere fungerer i praksis. Undersøkelsen retter seg mot *tjenesteapparatet*, både sosialkontor og fastlege, i ca. 200 utvalgte kommuner. Institusjoner, både med og uten avtale med fylkeskommunen, inngår også i undersøkelsen. Studien er viktig for å kunne identifisere og beskrive det totale tjenestetilbud til rusmiddelmisbrukere *før* rusreformene iverksettes, og vil danne grunnlag for å se om det skjer endringer, og i så fall *hvilke* i forbindelse med de forestående reformene.

Spørreundersøkelsen vil bli gjennomført i perioden 10 - 14. november (uke 46).

Undersøkelsen sammenfaller i tid med en kartlegging av bostedsløse som gjennomføres av FaFo og Byggforsk, og også kartleggingen av pasienter i psykisk helsevern for voksne som gjennomføres hvert 5. år.

Vi er avhengige av stor oppslutning om undersøkelsen for å kunne si noe om hvordan tjenesteapparatet for rusmiddelmisbrukere fungerer i praksis i forhold til deres behov. Kunnskapen vil sette oss i stand til å utvikle mer målrettede tiltak. Vi ber derfor om at du/ditt kontor planlegger for en best mulig oppslutning og gjennomføring av denne beskrevne undersøkelsen.

En mer utfyllende veileder vil følge sammen med spørreskjemaene, som dere vil motta i uke 44.

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Gunn-Elin Aa. Bjørneboe
divisjonsdirektør

Mari Trommald
avdelingsdirektør

Sosial- og helsedirektoratet • Divisjonsnavn
Avdelingsnavn

Postadr: Pb 8054 Dep, 0031 Oslo • Besøksadr: Keyserstgt. 13 • Tel.: 22 24 89 00
Faks: 22 24 52 39 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@shdir.no • www.shdir.no

10) Oversikt over de spesialiserte tiltakene (institusjonene)

Poliklinisk / korttids behandlingsinstitusjoner

- 1 A-senteret
- 5 Akuttinstitusjonen M3
- 7 Akuttinstitusjonen Storgata
- 6 Akuttinstitusjonen Montebello
- 9 Alfa i Vestfold Dalsroa
- 11 Askøy Behandlingssenter
- 13 Basissenteret Blå Kors
- 17 Blå Kors Behandlingssenter Eina
- 28 Borgestadklinikken
- 29 Bragernes behandlingssenter
- 43 Finnmarkku klinihkka / Finnmarksklinikken
- 71 Incognito Klinik
- 73 Jessheimklinikken
- 94 Lillestrømklinikken Klosteret
- 105 Nordlandsklinikken
- 111 P22 Akuttmottak
- 131 Revita-senteret a/s
- 134 Rogaland A-senter
- 151 Sosialmedisinsk Klinik, Sandvika
- 152 Sosialmedisinsk poliklinikk Nordlandssykehus HF
- 153 Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg
- 154 Sosialmedisinsk poliklinikk Askim
- 155 Sosialmedisinsk poliklinikk Fredrikstad
- 156 Sosialmedisinsk poliklinikk Halden
- 157 Sosialmedisinsk poliklinikk Moss
- 160 Stiftelsen Bergensklinikkene
- 171 Stiftelsen ValdresKlinikken
- 176 Sykehuset Innlandet HF Sanderud Avd.
- 182 Trasoppklinikken
- 193 Vangseter AS
- 199 Vest-Agder Klinikkene
- 200 Vestfoldklinikken
- 202 Vestmo Behandlingssenter
- 208 Østfoldklinikken

213 ukjent BlåKors poliklinikken
49 Folloklinikken
88 Lade behandlingssenter
166 Stiftelsen Hiismoenkollektivet
66 Haugaland A-senter

Langtids behandlingsinstitusjoner

3 AFS Avdeling for stoffmisbrukere Vinderen
31 BUE-stiftelsen
47 Floni kollektivet
63 Færingen terapeutiske samfunn
76 Kalfarkollektivet
79 Kimerud Stiftelse
102 Nidarosklinikken
103 NKS Kvamsgrindkollektivet Bjørkmyr
109 Origosenteret
112 Phoenix House Haga
132 Riisby behandlingssenter
135 Rus/psykiatriposten
143 Sauherad Samtun Hørte
149 Solliakollektivet
162 Stiftelsen Duedalen rehabiliteringssenter
163 Stiftelsen Finnerud Gård
168 Stiftelsen Renåvangen
169 Stiftelsen Rus-Nett
184 Tyrifjord Behandlingssenter
185 Tyrilistiftelsen
186 Ullvin
187 Våks
195 Veiviseren
196 Veksthuset i Oslo (Phoenix house)
197 Veksthuset Møre og Romsdal
198 Veslelien
114 Psykiatrisk klinikk, Eikely

Omsorgsinstitusjoner

14 Bergen Kontaktsenter
16 Bjørnerud Rehabiliteringssenter
19 Blå Kors Hauga

21 Blå Kors Mjølløst - omsorg og rehabilitering
25 Blindern Rehabiliteringssenter
30 Brubakken Evangeliesenter
32 Bygdøy Rehabiliteringssenter
41 Enga Bo- og aktivitetstilbud
46 Fjordtun Evangeliesenter
50 Fossen rusomsorg a/s
60 Frelsesarmeen Tønsberg bo og treningssenter
62 Furuset Omsorgssenter
64 Granlien Evangeliesenter
65 Grubeli Rehabiliteringssenter
67 Haugenstua Rehabiliteringssenter
68 Høgtun Evangeliesenter
69 Holmenveien 7
70 Hovin rehabilitering og omsorgssenter
78 Karlsborg Rehabiliteringssenter
84 KROKUS avd Josefiner
85 KROKUS avd Theresa
86 KROKUS avd Oscar
91 Lassonløkken rehabiliteringssenter
104 Nordgården Evangeliesenter
113 Porsgrunn Inntakssenter (Evangeliesenter)
133 Roa Evangeliesenter
145 Sentrum kontaktsenter
147 Sjøstrand Omsorgssenter
148 Solbakken Evangeliesenter
159 Stensløkka Ressurssenter
165 Stiftelsen Fredheim
173 Strømseng Vestre
174 Sudmannske foreldre og barn senter
177 Syningom omsorgssenter
192 Vallersund Gård
194 Varna Evangeliesenter
201 Vestli rehabiliteringssenter
209 Østråt
212 ukjent Evangeliesenter
40 Eidsvågen Evangeliesenter (Inntakssenter)

57 Frelsesarmeen Håpets dør

Ikke klassifisert

80 Klinikk Nord Ifjord

75 K.K. Huset

11) Oversikt over kommuneutvalget og grupperingen

SSB Klassifikasjon	Kommune	# sos.kontor
1,00 4 største byene		
	Oslo	20
	Stavanger	7
	Bergen	7
	Trondheim	5
2,00 10 kommuner med høyest inntekter		
	Bykle	
	Åseral	1
	Sirdal	
	Forsand	
	Utsira	1
	Eidfjord	1
	Modalen	
	Aurland	
	Tydal	1
	Røyrvik	
4,00 små kommuner med middels kostnader		
	Hvaler	
	Marker	1
	Trøgstad	1
	Skiptvet	
	Våler	1
	Gjerdrum	
	Åmot	1
	Rendalen	
	Alvdal	
	Lom	1
	Sør-Fron	1
	Øyer	
	Etnedal	
	Vestre Slidre	1
	Hole	
	Nes	1

Hemsedal	1
Krødsherad	
Re	1
Tjøme	1
Drangedal	1
Bø	
Seljord	1
Tokke	1
Vegårshei	
Froland	1
Sokndal	1
Bjerkreim	
Suldal	1
Kvitsøy	
Ølen	1
Fitjar	
Samnanger	
Vaksdal	
Øygarden	1
Høyanger	
Sande	
Stranda	1
Midsund	
Aukra	1
Eide	1
Tingvoll	1
Aure	
Tustna	
Bjugn	1
Leksvik	
Verran	1
Vikna	1
Leka	1
Hemnes	
Værøy	1
Øksnes	1
Bardu	1

Storfjord	
Skjervøy	
Guovdageaidnu-Kautokeino	1
Nordkapp	
Karasjohka-Karasjok	
Gamvik	
Deatnu - Tana	
Båtsfjord	
5,00 små kommuner med høye kostnader	
Tolga	1
Os	1
Lesja	1
Vang	
Rollag	
Nissedal	1
Iveland	
Bygland	1
Marnardal	1
Granvin	
Austevoll	
Fedje	
Solund	
Balestrand	
Fjaler	
Jølster	1
Naustdal	
Ørskog	1
Snillfjord	
Agdenes	1
Roan	
Meldal	
Høylandet	1
Fosnes	
Sømna	1
Vega	
Herøy	
Leirfjord	

Dønna	
Lurøy	
Rødøy	1
Gildeskål	1
Skjerstad	
Steigen	1
Tysfjord	
Tjeldsund	
Kvæfjord	1
Bjarkøy	
Gratangen	
Dyrøy	1
Torsken	
Karlsøy	
Kvæningen	
Loppa	1

6,00 mellomstore kommuner med lave kostnader

Askim	1
Råde	1
Vestby	1
Ås	1
Nesodden	1
Aurskog-Høland	1
Fet	
Enebakk	1
Nes	
Elverum	
Hurum	1
Notodden	
Bamble	1
Mandal	1
Klepp	1
Randaberg	
Flora	
Sogndal	1
Sykkylven	
Malvik	1

Stjørdal	
Verdal	1
Narvik	
Lenvik	1
Vadsø	
7,00 mellomstore kommuner med middels kostnader	
Nannestad	1
Løten	
Nord-Odal	
Eidskog	
Åsnes	1
Nord-Fron	1
Østre Toten	1
Jevnaker	1
Gran	
Nordre Land	1
Stokke	1
Tinn	
Risør	1
Flekkefjord	1
Songdalen	
Lyngdal	
Kvinesdal	1
Gjesdal	1
Bømlo	1
Kvinnherad	1
Odda	1
Kvam	
Lindås	1
Luster	
Vågsøy	
Eid	1
Gloppen	1
Ulstein	
Sula	1
Haram	1
Rauma	1

Frei	
Surnadal	
Oppdal	
Røros	1
Midtre Gauldal	
Skaun	1
Inderøy	1
Hadsel	1
Målselv	1
8,00 mellomstore kommuner med høye kostnader	
Saltdal	
9,00 store kommuner med lave kostnader	
Kristiansand	1
Halden	1
Bærum	2
Skedsmo	1
Hamar	1
Gjøvik	1
Kongsberg	1
Lier	1
Horten	1
Tønsberg	1
Larvik	1
Porsgrunn	1
Arendal	1
Molde	1
Ålesund	3
Harstad	1
	150
ukjent	9
	159