

www.sintef.no





**SINTEF Helse**

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# RAPPORT

TITTEL

**Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere****- delrapport 1 i evaluering av statlig tilskudd i 32 kommuner**

FORFATTER(E)

Marian Ådnanes, Silje Lill Kaspersen, Haldis Hjort, Solveig Osborg Ose og Helle Wessel Andersson

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A1592	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Rådgiver Jannicke Berg Leknes	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04244-3	PROSJEKTNR. 78i079.30	ANTALL SIDER OG BILAG 110 + vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\78i079 Lavterskeltilbud elmisbrukere\Rapport\forside.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Marian Ådnanes	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2007-07-01	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	

**SAMMENDRAG**

Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere gjennomføres i et utvalg av kommuner på grunnlag av øremerkede midler fra staten. Evalueringen skal gi svar på om lavterskeltiltakene bidrar til å etablere et tilstrekkelig tilbud til rusmiddelbrukere som ikke benytter, eller ikke nås av ordinære helsetjenester.

På dette tidspunktet (medio 2007) har vi kommet halvveis i innsamling og analyse av data om de kommunale tiltakene. I denne første delrapporten gis en framstilling av følgende hovedtema:

- 1) Lavterskeltiltakenes organisering og innhold
- 2) Fagpersoners erfaringer i tiltakene
- 3) Tilbudet til brukerne - resultater fra kartlegging av 400 brukere vår 2007
- 4) Brukernes egne erfaringer med lavterskeltilbudet

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Lavterskel helsetiltak	
GRUPPE 2	Rusmiddelmissbrukere	
EGENVALGTE	Kommune	



# Forord

Denne rapporten er første delrapport i evalueringen av lavterskel helsetiltak for rusmiddelbrukere. Oppdragsgiver er Sosial- og helsedirektoratet. Evalueringen skal gi svar på om lavterskeltiltakene bidrar til å etablere et tilstrekkelig tilbud til rusmiddelbrukere som ikke benytter, eller ikke nås av ordinære helsetjenester.

Sluttrapport vil foreligge innen utgangen av 2007, og vil gå i dybden på evalueringsprosjektets ulike problemstillinger på grunnlag av en helhetlig analyse av alle datakilder i prosjektet.

Prosjektet har en referansegruppe med representanter fra Sosial- og helsedirektoratet (ved Jannicke Berg Leknes og Liljan Smith Aandahl), tiltakene i Bergen, Oslo og Skien (ved Anne Loennechen, Per-Erik Johnsen, Ingvild Andersen og Magni Bough-Jensen) samt spesialisthelsetjenesten (ved lege Knut Boe Kielland) og RIO, rusmisbrukernes interesseorganisasjon (ved Kjell Skar). Prosjektgruppen i SINTEF Helse ønsker å takke referansegruppen for innspill i forbindelse med prosjektoppstart og for diskusjon av funn så langt.

Videre vil vi rette stor takk til de ansatte i lavterskeltiltakene som har bistått på mange vis: ved interessante innspill og diskusjoner på samlingen på Gardermoen i februar, ved å ta kontakt med oss på e-post eller telefon for å gi innspill til prosjektet, og ved å informere brukere av LAV samt ta vel imot oss i forbindelse med intervjuing av brukere. Ikke minst takker vi for at de ansatte også har gjennomført kartlegging ved spørreskjema blant brukerne. For oss forskere har dette lettet arbeidet vesentlig.

Vi imøteser det arbeidet som gjenstår i evalueringsprosjektet.

Trondheim, 1. juli 2007

Marian Ådnanes  
Prosjektleder



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Innholdsfortegnelse .....	5
Tabelloversikt .....	8
Figuroversikt .....	10
Sammendrag .....	11
1) Lavterskeltiltakenes organisering og innhold.....	11
2) Fagpersonenes erfaringer i lavterskeltiltakene .....	12
3) Tilbudet til brukerne - resultater fra kartlegging av LAV-brukere våren 2007 .....	15
4) Brukernes egne erfaringer .....	17
1    Evalueringsens mål og metoder.....	21
1.1    Evalueringsens hovedmål .....	21
1.2    Metoder i evalueringen .....	22
1.2.1    Dokumentgjennomgang og litteratursøk .....	22
1.2.2    Fokusgruppeintervju .....	22
1.2.3    Kartlegginger ved spørreskjema .....	23
1.2.4    Dybdeintervju med brukere .....	23
1.3    Etisk gjennomføring .....	23
2    Bakgrunn for lavterskel helsetiltak .....	25
2.1    Behov for lavterskel helsetiltak for tunge rusmiddelbrukere .....	25
2.2    Ordinære helse- og sosialtjenester, og behov hos målgruppen .....	25
2.3    Behov for samarbeid mellom tjenestene .....	26
2.4    Effekter av lavterskel helsetiltak for brukerne .....	27
2.4.1    Overdoser .....	27
2.4.2    Første systematiske gjennomgang av lavterskel helsetiltak i Norge.....	28

3	Lavterskeltiltakenes organisering og innhold .....	29
3.1	Lokalisering og tilgjengelighet .....	31
3.1.1	Lokalisering av tiltaket .....	31
3.1.2	Åpningstider og virkedager .....	31
3.1.3	Oppsøkende virksomhet .....	32
3.1.4	Antall faste brukere og henvendelser i tiltakene .....	32
3.2	Organisering og samarbeid .....	34
3.2.1	Tiltaksprofil og integrering i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) .....	35
3.2.2	Samarbeid med andre tjenestetilbud.....	36
3.2.3	Hvilke tilbud får rusmiddelbrukerne i lavterskeltiltaket?.....	37
3.2.4	Kompetansehevende tiltak.....	40
3.2.5	Registrerings- og kontrollrutiner i tiltaket .....	40
3.3	Kommunens organisering av arbeidet med rus.....	41
3.4	Tannbehandling i lavterskeltiltakene .....	42
3.5	Personell i lavterskeltiltakene i perioden 2001-2006.....	44
3.6	Lavterskeltiltakets framtid .....	45
3.7	Oppsummering – tiltakenes organisering og innhold .....	46
4	Fagpersonenes erfaringer i tiltakene .....	49
4.1	Målgrupper i tiltakene .....	49
4.1.1	Tiltakene når målgruppen, men er også åpne for andre.....	49
4.1.2	Man når de eldre og slitne, men de yngste får også hjelp .....	50
4.1.3	LAV-tiltakene inkluderer LAR-klienter .....	51
4.1.4	Fleksible tiltak, som justerer fokus i forhold til "markedet".....	52
4.1.5	Personer innen målgruppen som ikke nås i tiltakskommunene .....	53
4.1.6	Om "faste" brukere i tiltakene.....	54
4.1.7	Oppsummering – fagpersonene om tiltakenes målgruppe .....	55
4.2	Effekter for brukerne, slik fagpersonene i LAV ser det .....	56
4.2.1	Helsemessige effekter/ skadereduksjon.....	56
4.2.2	Psykisk helse .....	57
4.2.3	Ernæring – og generell livskvalitet.....	58
4.2.4	God kontakt, og gjensidig respekt .....	59



4.2.5	Oppsummering – effekter av LAV, slik fagpersonene vurderer det .....	59
4.3	Overføring til andre tjenester .....	60
4.3.1	Overføring krever innsikt i brukerens behov og hva som er aktuell tjeneste .....	60
4.3.2	Overføre, følge, sørge for oppfølging av timeavtaler etc. ....	61
4.3.3	Overføre til fastlege .....	62
4.3.4	Psykisk helsevern .....	62
4.3.5	Fagpersonenes vurdering av veien videre for LAV .....	63
4.3.6	Oppsummering – fagpersonene om overføring til andre tjenester .....	63
5	Tilbudet til brukerne - resultater fra kartlegging av 400 LAV-brukere våren 2007 .....	65
5.1	Bakgrunnsinformasjon om LAV - brukere .....	68
5.2	Kontakt med LAV.....	71
5.3	Individuelle mål med kontakten med tiltakene .....	73
5.4	Muligheter for overføring av brukere til ordinært tjenesteapparat .....	76
5.5	Vurdering av brukerens nåværende helse, livssituasjon og egenomsorg.....	76
5.6	Brukermedvirkning .....	77
5.7	Faktiske tiltak og vurdering av udekket tiltaksbehov .....	79
5.8	Kontakt med øvrige tjenester og vurdering av udekket tjenestebehov .....	82
5.9	Årsaker til at tjenestebehov ikke dekkes .....	86
5.10	Oppsummering – brukere av LAV, vår 2007 .....	87
6	Brukernes erfaringer .....	89
6.1	Gjennomføring og analyse av intervjuer med 30 brukere i ulike tiltak.....	89
6.2	Opplevelse av tilgjengelighet til tiltaket, og eventuelle barrierer .....	90
6.3	Erfaringer knyttet til tiltaket (effekter for egen helse, misbruk, etc.) .....	91
6.4	Eventuelle erfaringer med tannhelsetilbudet .....	92
6.5	Hvorvidt, og eventuelt hvordan, den intervjuete har erfart at tiltaket har fungert som inngangsport til ordinært hjelpeapparat .....	93
6.5.1	Fastlegen .....	94
6.5.2	Sosialtjenesten, NAV trygd og NAV arbeid .....	94
6.5.3	Spesialisthelsetjenesten i somatisk og psykisk helsevern.....	95
6.5.4	Institusjonsbehandling, LAR.....	96

6.6	Om brukeren har opplevd at tiltaket har bidratt til økt kunnskap/ holdningsendring til målgruppen i øvrig hjelpeapparat .....	96
6.7	Brukerens vurdering av andelen av rusmisbrukere som faller utenfor tiltaket, og hans/hennes oppfatning om årsaker.....	97
6.8	Sammenhengen i de ulike tjenestene rundt brukeren: Hva med brukermedvirkning, individuell plan og ansvarsgruppe?.....	97
6.9	Brukerens tilfredshet med tiltaket, sammenlignet med andre deler av helse- og sosialtjenesten.....	99
6.10	Oppsummering – brukernes egne erfaringer .....	101
7	Vurderinger halvveis i evalueringen .....	103
7.1	Målgruppa nås .....	103
7.2	Brukernes helsetilstand og livssituasjon .....	104
7.3	LAV som koordinerende ledd og inngangsport til ordinære tjenester.....	105
	Referanser .....	107
	VEDLEGG .....	109

## Tabelloversikt

Tabell 2.1	Politidistrikt med mer enn fem narkotikarelaterte dødsfall i 2006. ....	27
Tabell 3.1	Oversikt over kommune, navn på tiltak, start øremerkede midler, tilskudd i 2006, tannhelsemidler (i 1000 kroner) .....	30
Tabell 3.2	Gjennomsnittlig antall faste brukere av tiltakene hvert år i perioden 2001-2006. ....	33
Tabell 3.3	Gjennomsnittlig antall henvendelser i tiltakene hvert år i perioden 2001-2006. ....	33
Tabell 3.4	Tiltakenes organisatoriske plassering.....	34
Tabell 3.5	Dersom lavterskeltiltaket samarbeider med andre tjenester/tilbud, hvor viktige er disse i tiltakets arbeid? Resultater oppgitt i prosent. ....	37
Tabell 3.6	Hva tilbys i deres lavterskeltiltak, hva er ikke en del av tilbudet, og er det tema man mener burde vært en del av tilbudet? Resultater oppgitt i prosent. ....	39
Tabell 3.7	Antall årsverk i lavterskeltiltakene for ulike yrkeskategorier, nasjonalt nivå, 2001-2006.* .....	45

Tabell 3.8	Antall timer personellkjøp per uke for ulike yrkeskategorier, nasjonalt nivå, 2001-2006.* .....	45
Tabell 5.1	Antall brukere kartlagt fra hvert av tiltakene. ....	66
Tabell 5.2	Kategorisering av tiltak .....	67
Tabell 5.3	Antall kartlagte brukere etter type tiltak. ....	67
Tabell 5.4	Antall brukere i ulike aldersgrupper.....	68
Tabell 5.5	Antall år som alvorlig rusmiddelavhengig. ....	68
Tabell 5.6	Antall år som alvorlig rusmiddelavhengig og alder i prosent. ....	69
Tabell 5.7	Andel brukere som har vært alvorlig rusmiddelavhengig i mer enn 10 år etter type tiltak. ....	69
Tabell 5.8	Hyppighet rusmiddelmisbruk. ....	70
Tabell 5.9	Hyppighet rusmiddelmisbruk etter type tiltak i prosent.....	70
Tabell 5.10	Type rusmiddelmisbruk .....	71
Tabell 5.11	Antall år siden første kontakt med tiltaket etter når tiltaket ble etablert.....	72
Tabell 5.12	Antall brukere etter hvor snart de ble brukere etter at tiltaket ble etablert. ...	72
Tabell 5.13	Omtrent antall kontakter med lavterskeltiltaket i februar. Antall og prosent. ....	73
Tabell 5.14	Omtrent antall kontakter med lavterskeltiltaket i februar etter type tiltak. Prosent. ....	73
Tabell 5.15	Mål med tiltakene for de enkelte brukerne. Antall brukere. ....	75
Tabell 5.16	Er det mulig at brukeren etter hvert kan få sine tjenestebehov dekket av det ordinære tjenesteapparatet, selv om han/hun fortsetter sitt rusmisbruk?.....	76
Tabell 5.17	Brukernes nåværende helse, livssituasjon og egenomsorg. Prosent.....	77
Tabell 5.18	Prosent av brukerne som er inkludert gjennom brukermedvirkning. ....	77
Tabell 5.19	Antall brukere inkludert gjennom brukermedvirkning, sammenheng mellom former for brukermedvirkning. ....	78
Tabell 5.20	Prosent av brukerne inkludert gjennom brukermedvirkning etter type tiltak. ....	79
Tabell 5.21	Prosent av brukerne som mottar ulike tiltak fra lavterskeltilbudet etter type tiltak.....	80
Tabell 5.22	Prosent av brukerne som har tilstrekkelig og ikke tilstrekkelig tilbud i prosent av de som faktisk mottar tiltaket. ....	81

Tabell 5.23	Antall og prosent av brukerne som ikke får tiltaket, men som burde fått det. ....	82
Tabell 5.24	Prosent av brukerne som faktisk har kontakt med ulike tjenester som har tilstrekkelige eller ikke tilstrekkelig.....	84
Tabell 5.25	Antall og prosent av brukerne som ikke har kontakt med tjenestene, men som burde hatt det. ....	85
Tabell 5.26	I hvor stor grad tror du følgende faktorer er medvirkende til at tjenestebehov ikke dekkes for denne brukeren? Prosent av brukerne. ....	86

## Figuroversikt

Figur 2.1	Narkotikarelaterte dødsfall per år i perioden 2001-2006. Kilde: Kripes.....	28
Figur 3.1	Gjennomsnittlig åpningstid (timer per uke) i tiltakene de ulike år.....	32
Figur 3.2	Gjennomsnittlig antall virkedager i lavterskeltiltakene de ulike år. ....	32
Figur 3.3	Integrering i LAR, tiltaksprofil og frivillig personell i tiltakene. ....	36
Figur 3.4	Tiltakskommunenes øvrige tjenester til rusmiddelmissbrukere. Prosent.....	42
Figur 3.5	Tannbehandling i lavterskeltiltakene. ....	43
Figur 5.1	Prosent av brukerne som mottar ulike tiltak fra lavterskeltilbudet. ....	79
Figur 5.2	Prosent av brukerne som mottar ulike tiltak fra øvrige tjenester. ....	83

# Sammendrag

“Lavterskel helsetiltak for rusmiddelbrukere” gjennomføres i 34 kommuner, på grunnlag av øremerkede midler fra staten. Den statlige tilskuddsordningen gir støtte til tiltak rettet mot personer som har et spesielt omfattende rusmiddelbruk, og som har behov for sammensatte og samtidige tjenester fra ulike etater, men ikke greier å gjøre nytte av ordinære helsetjenester. Lavterskel helsetiltak er et viktig innsatsområde i kampen mot overdosedødsfall, og for å bedre helse- og omsorgstjenestene til rusmiddelbrukere.

Evalueringen av lavterskeltiltakene er på dette tidspunktet (medio 2007) kommet halvveis i innsamling og analyse av data om de kommunale tiltakene. I denne første delrapporten gis en framstilling av følgende hovedtema:

- 1) Lavterskeltiltakenes organisering og innhold
- 2) Fagpersoners erfaringer i tiltakene
- 3) Tilbudet til brukerne – resultater fra kartlegging av 400 brukere vår 2007<sup>1</sup>
- 4) Brukernes egne erfaringer med lavterskeltilbudet

## 1) Lavterskeltiltakenes organisering og innhold

Et kartleggings skjema der hvert enkelt tiltak skulle besvare spørsmål om tiltakets innhold og organisering ble sendt ut til 33 lavterskeltiltak i 32 kommuner. 30 av tiltakene har returnert kartleggings skjemaet<sup>2</sup>.

### *Lokalisering og tilgjengelighet*

De aller fleste lavterskeltiltakene er lokalisert i sentrum av byene – nært mange av sine potensielle brukere. 62 prosent av tiltakene svarer at de er lokalisert i samme bygg som samarbeidende instanser, deriblant rustjeneste, ruspoliklinikk, legekontor, vaksinasjonskontor, kommunelege, miljøteam, boligoppfølgingsteam, legemiddelassistert rehabilitering (LAR)<sup>3</sup> og privat organiserte varmestuer.

Tilgjengeligheten til tiltakene har steget. Gjennomsnittlig antall timer per uke, som tiltakene har holdt åpent for publikum, har steget med 10 timer fra 2001 til 2006. I 2006 var gjennomsnittlig åpningstid i tiltakene 24 timer i uken. Gjennomsnittlig antall virkedager per år steg fra 103 til 203 fra 2001 til 2006, og økningen har vært jevn over perioden. 61 prosent av tiltakene som responderte rapporterer at de driver oppsøkende virksomhet – i gjennomsnitt ca. 8 timer i uken. Gjennomsnittlig antall faste brukere og antall henvendelser i tiltakene har også økt mye i perioden 2001-2006.

---

<sup>1</sup> Når det gjelder dette temaet gjør vi oppmerksom på at vi i sluttrapporten (desember 2007) vil legge fram *effekter* av tiltakene, basert på kartlegging av brukere på to tidspunkt (april/mai og oktober/november).

<sup>2</sup> Analysene er imidlertid basert på 29 skjema ettersom det siste skjemaet kom inn etter at analysene var foretatt. Dette skjemaet vil inkluderes i framtidige analyser i forhold til sluttrapport.

<sup>3</sup> LAR består både av spesialisthelsetjenester fra LAR- sentrene, kommunale rehabiliteringstjenester etter sosialtjenesteloven og kommunale helsetjenester.

### *Organisering og samarbeid*

De fleste lavterskeltiltakene er integrert i den ordinære helse- og sosialtjenesten. Fire av 29 tiltak er integrert i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), 13 av 29 har en eller annen form for værested knyttet til tiltaket, mens 7 tiltak av de som har svart har frivillig personell knyttet til seg. Alle tiltakene har uansett en eller annen organisatorisk tilknytning til kommunal tjeneste. Tiltakene lar seg forøvrig kategorisere i fire hovedtyper- eller grupper; storbytiltak, helsestasjon/ sosialmedisinsk senter, feltpleiekontor og værested evt. med frivillige ressurser.

Tiltakene rapporterer om et utstrakt samarbeid med øvrig tjenesteapparat der fastlegene, sosialtjenesten, tannhelsetjeneste, og kommunalt rusteam er svært viktige samarbeidspartnere. Hva angår tilbudet til brukerne oppgir tiltakene at samtaler og viderefremming til andre tjenester er svært sentralt. Videre følger informasjon og råd om helse, smittevern, sårstell, motivasjon, tannhelse, psykisk helse og råd om ernæring/kosthold er andre tilbud som betegnes som svært sentrale.

Storparten av tiltakene rapporterer at de fører pasientjournal. For øvrig registreres blant annet vaksinasjoner, utdeling av sprøyter og henvendelser i tiltakene.

### *Kommunens organisering av arbeidet med rus*

De fleste tiltakene (86 prosent) rapporterer at deres kommune har andre tjenester som retter seg mot samme målgruppe som lavterskeltiltakene. Blant annet gjelder dette ambulerende rusteam, dag/natthjem, frivillige organisasjoner, arbeidsgrupper og dagtilbud til LAR-klienter.

### *Tannbehandling*

Tjue tiltak har implementert tannhelsetjeneste i tiltaket. Privat og offentlig tannhelsetjeneste synes å benyttes i like stor grad. Antallet brukere som har mottatt tannbehandling fra og med implementering av tannhelse i 2005 varierer mye, men median lik 15 personer<sup>4</sup> er sannsynligvis en representativ sentraltendens.

### *Personell*

Sykepleiere er den yrkesgruppen som er sterkest representert i lavterskeltiltakene. For øvrig er det ansatt både prosjektledere, sosionomer, vernepleiere, leger, hjelpepleiere, miljøarbeidere og andre. Antall årsverk i lavterskeltiltak på nasjonalt nivå har økt fra 37 i 2001 til 85 i 2007. Det har også vært en sterk økning i avtaler om kjøp av personell, blant annet av fysioterapeut, massør og akupunktør.

## 2) Fagpersonenes erfaringer i lavterskeltiltakene

Fagpersonenes erfaringer framkom gjennom fem fokusgruppeintervjuer under en samling med tiltakene på Gardermoen 1.-2. februar 2007. Alle fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert. I det følgende gis en oppsummering av fagpersonenes perspektiver i forhold til tiltakenes målgruppe, effekter av tiltakene for brukerne samt overføring av brukere til andre tjenester.

### Tiltakenes målgrupper

De som jobber i tiltakene presenterer hovedmålgruppen i lavterskeltiltakene som å være i tråd med opprinnelig målsetting; de tunge og langt komne rusmisbrukerne med et langvarig og intensivt bruk, og som ikke benytter seg av ordinært tjenesteapparat<sup>5</sup>. I tillegg til at tiltakene når denne gruppen, praktiseres en åpen holdning også til andre, basert på at de som oppsøker tilbudet blir tatt imot. Det er ingenting i datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene som tyder på at noen av tiltakene velger en restriktiv holdning i

---

<sup>4</sup> Det vil si at halvparten av tiltakene med implementert tannhelse har gitt et tannhelsetiltak til over 15 av sine brukere, og halvparten til færre enn 15 av sine brukere.

<sup>5</sup> Jfr for øvrig tema 3) Tilbudet til brukerne

forhold til hvem som skal få benytte tiltaket, for eksempel basert på at man har for lite kapasitet i tiltaket. Unntaket er at noen få tiltak forsøker å skille mellom LAR-klienter og LAV-brukere.

Nedre aldersgrense er 18 år i de fleste tiltakene, og rusmiddelbrukere under 18 år blir eventuelt loset videre til aktuelle tjenester. Selv om brukere mellom 18 og 25 ikke vil være i hovedmålgruppen av tunge og langt komne rusmiddelbrukere, brukes LAV jevnlig også av denne aldersgruppen, og kanskje i større grad enn intensjonen med lavterskel helsetiltak var. Dette oppfattes i noen grad som et dilemma i enkelte tiltak, i alle fall i den grad man ikke får kanalisert de yngste over i andre tjenester.

#### *Forholdet LAR-LAV*

Vi ser av brukerkartleggingen (kapittel 5) at omlag en av tre brukere av LAV er LAR-klienter<sup>6</sup>. Mens noen tiltak har definert et klart skille mellom kommunens legemiddelassisterte rehabilitering (LAR) og lavterskel helsetiltak (LAV), er andre opptatt av å gi et tilbud til dem som oppsøker tiltaket, uavhengig av om de er under legemiddelassistert rehabilitering eller ei. LAR praktiseres ulikt fra kommune til kommune, slik de ansatte erfarer det. Dersom rehabiliteringen innen LAR er for dårlig, kan dette tenkes som årsak til at brukeren fremdeles oppsøker lavterskeltiltaket. Videre kan det være et dilemma både for LAR-brukerne og for LAV-tiltaket at denne gruppen fremdeles mottar tiltakets tjenester. LAV-tiltakene på sin side kan vanskelig avvise noen av dem som oppsøker tiltaket, ettersom det gjerne er brukeren selv som skal definere sitt behov for lavterskeltiltak. Det vil gjerne være glidende overganger mellom LAR og LAV som gjør at det gjerne må være slik. Det viktigste virkemidlet for at lavterskeltiltakene ikke lenger er aktuelle for LAR-brukere er trolig at rehabiliteringstilbudet i LAR gjøres bedre. Dette innebærer at det er formalisert, strukturert og forpliktende, inneholder krav til behandlingsdeltakelse og oppfølging, og at man innehar tilstrekkelig kompetanse i forhold til rehabilitering. Brukerne bør informeres om hvordan lavterskeltiltakene forholder seg til LAR i kommunen; hvorvidt tiltakets "politikk" inkluderer LAR-klienter eller ei, slik at de eventuelt kan forberede seg på dette dersom de får et tilbud om LAR.

#### *LAVs rolle som kartleggere av rusmiljøet i kommunen*

Lavterskeltiltakene er fleksible på flere måter. I tillegg til å være åpne og inkluderende overfor flere enn definert målgruppe, tilpasses gjerne tilbudet til de behov man til enhver tid ser hos rusmiddelbrukerne. Sann sett har tiltakene en viktig rolle som "barometer" for utviklingen i rusmiljøet i kommunene. Kanskje kunne denne kunnskapen utnyttes til enda mer systematiske undersøkelser/ kartlegginger i kommunal regi som til enhver tid indikerer størrelsen på problemene som kommunen har.

#### *Grupper som ikke nås*

Når det gjelder grupper som kan befinne seg innen den definerte målgruppen, men som ikke så lett nås av lavterskeltiltaket kan dette, ifølge de ansatte, typisk dreie seg om kvinnelige rusmisbrukere med barn, og det kan dreie seg om innvandrere. Tiltakene når først og fremst de synlige misbrukere fordi det er disse som oppsøker tiltakene, eller blir oppsøkt av personell fra LAV. Man har problemer med å nå de som klarer å skjule sitt misbruk og som heller ikke fanges opp av fastlege eller andre tjenester. Noen steder (større byer) ser man også et økende antallprostituerte med rusproblemer. De unge, rundt 20 år, utgjør den største gruppen av brukere som tiltakene i *varierende* grad representerer et tilbud til, dels fordi de ikke faller innenfor primærmålgruppen av brukere med langvarig og intensivt misbruk, og dels fordi det primære gjerne vil være å få denne gruppen over til andre tjenester. Et problem som bidrar til at lokale lavterskeltiltak kan miste oversikten over kommunens rusmiddelbrukere, er at ungdom i lokalmiljøet trekker inn til nærliggende by.

---

<sup>6</sup> Registrert kontakt med LAR de siste 6 månedene.

## Effekter av LAV, slik de ansatte vurderer det

Helsemessige effekter av lavterskeltiltakene for brukerne må vurderes i forhold til det enkelte tiltaks innslag av helsefokus. Det varierer hvor utpreget dette er ved lavterskeltiltakene. Det er ingen tiltak som ikke har fokus på helse i det hele tatt, men et par av tiltakene har mer preg av først og fremst et værested. Et par tiltak har etablert sin virksomhet i allerede eksisterende værested, drevet av frivillig organisasjon. Alle tiltakene har uansett en eller annen form for organisatorisk tilknytning til kommunen.

### *Effekter i forhold til helse*

Fagpersonene i lavterskeltiltakene uttrykker at det er veldig greit at tiltakene har fokus på det helsemessige, fordi dette er en så naturlig og konkret inngangsport til tiltaket. Folk kommer gjerne fordi de ønsker utstyr, slik at de unngår infeksjoner, eller de vil ha behandling av infeksjon/abscess. De ansatte har et helt klart inntrykk av at mengden sår og sykdommer har gått ned.

Denne type helsefokuseret virksomhet blant rusmiddelbrukere som lavterskeltiltakene representerer refereres til som *skadereduksjon*. Samtidig med at skadereduksjon har kommet inn som et relevant perspektiv å jobbe etter gjennom lavterskeltiltakene, har man fått større innblikk i hva som skjer i det lokale brukermiljøet. Mens skadereduksjon er den sentrale ambisjonen i lavterskeltiltakene, er reduksjon i antallet overdoser en mer overordnet og ambisiøs, og samtidig mindre uttalt målsetting. I tillegg til etablering av LAR samt redusert tilgjengelighet til illegal Rohypnol nevnes etablering av lavterskel helsetiltak i kommunene som en av de potensielle årsakene (Helsetilsynet, 2005b).

De ansatte i tiltakene oppgir at det er svært vanlig at brukerne har dårlig psykisk helse. Mens det typiske er at brukerens inngangsport til tiltaket er å hente sprøyter, og eventuelt motta helsehjelp, uttrykkes behovene seg etter hvert gjerne i retning av sosiale og psykiske behov.

Alle tiltakene oppgir at "samtale" er sentralt i tiltaket<sup>7</sup>. Noen steder vil dette imidlertid dreie seg om at man rett og slett snakker med folk som er innom, mens andre steder har man egne samtalerom, der oppfølging av enkeltbrukere i større grad får preg av å være terapeutisk.

### *Omsorg*

Mange tiltak serverer mat. Dette er viktig for mange brukere da det gir en primær og sekundær forebyggende helseeffekt. I tillegg til den åpenbare ernæringseffekten som de ansatte observerer over tid blant brukere, ligger det også mye omsorg i det å møte folk med et måltid mat. Selv om lavterskeltiltakene har et helseperspektiv, er helse gjerne mindre viktig for brukeren. Mat, miljø og trivsel er noe de mer umiddelbart kan nyte godt av. Verdien av å bli sett og møtt på en aksepterende og ikke-konfronterende måte, uten å bli stilt krav til, er selve utgangspunktet for lavterskeltiltakene, og særlig viktig, slik de ansatte opplever det.

## Overføring til ordinære tjenester, erfart av de ansatte

Det å få brukere kanalisert over i helsetjenesten er utfordrende. Ifølge fagpersonene tilknyttet LAV, har helsepersonell i øvrige tjenester ofte negative holdninger til målgruppen og svak fagkompetanse på rusfeltet. Et godt samarbeid med øvrige tjenester er selvsagt et viktig grunnlag for at lavterskeltiltakene faktisk skal kunne ha en koordinerende funksjon, ved å være en tjeneste som i stor grad skal kanalisere brukere over i ordinære tjenester.

Tiltakene selv rapporterer at det å sende brukeren videre til andre tjenester er av det mest sentrale innholdet i LAV. De som er ansatt i lavterskeltiltakene har en viktig oppgave i forhold til å kartlegge brukerens situasjon og behov, samt vurdere hvilke tjenester som eventuelt kan dekke dette behovet – hvorvidt dette er andre tjenester enn lavterskeltiltaket. En slik funksjon er relativt unik i de fleste kommuner. Å kunne vurdere svært ulike brukere, og hvilke behov de måtte ha i forhold til psykisk og fysisk helse er

---

<sup>7</sup> Jfr tema 1) Tiltakenes organisering og innhold



videre en oppgave som krever mye erfaring og innsikt, både i forhold til å "se" de ulike brukerne som er innom, og å kjenne det lokale hjelpeapparatet.

#### *Hvordan jobbes det med overføring?*

De ansatte i tiltakene bruker mye tid på å få overført brukere til andre tjenester, og det på ulike vis – gjerne helt konkret ved å bestille time, sørge for at brukeren kommer seg av gårde, ringe vedkommende og minne om timeavtaler som de har, og gjerne også kjøre dem/ følge med, og eventuelt også bli med inn til fastlege, sosialkontor eller spesialisthelsetjeneste etc. Noe som nevnes er at det er vanskeligere å lykkes med dette arbeidet i kommuner nær storby, for eksempel Bærum, fordi mange brukere til enhver tid befinner seg i Oslo.

#### *"Spesialiserte" lavterskeltiltak*

Selv om overføring til andre tjenester generelt er en helt sentral funksjon som tiltakene har, vil behovet for dette varierer noe, også ut fra hva lavterskeltiltaket selv tilbyr av helsehjelp og oppfølging. Egen lege tilknyttet tiltaket vil på den ene siden representere et godt tilbud til brukerne, og en effektiv måte å få kanalisert de brukere som til enhver tid har behov for legehjelp. På den annen side oppretter, eller opprettholdes, dermed ikke kontakten med brukernes egen fastlege. Sann sett legges det kanskje i større grad til rette for en særomsorg som på sin side ikke vil være forenlig med overordnet målsetting om kanalisering av målgruppen over i ordinære tjenester.

#### *Samarbeidet med fastlege og psykisk helsevern varierer mye*

LAV samarbeider med mange, men flest problemer nevnes i forhold til fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og særlig psykisk helsevern.

Samarbeidet mellom LAV og fastlegen varierer mye, basert på fastlegenes svært ulike prioritering av denne gruppen. I en travel hverdag for fastlegene er det ikke sikkert at det er mye forståelse for pasienter som ikke betaler, uteblir fra timer, og som kommer med trusler. Til tross for at det i noen tilfeller kan være svært låste relasjoner mellom fastlege og rusmiddelbruker er likevel hovedinntrykket at det har skjedd en holdningsendring blant fastlegene, slik LAV-ansatte opplever det.

Videre forteller de ansatte i lavterskeltiltakene om særskilte vansker i tilknytning til forsøk på å overføre brukere som har psykiske problemer/ lidelser over i psykisk helsevern. Ifølge fagpersonene er brukerne av LAV for psykisk syk til å være i rusbehandling, og så er det for mye rus til å være i psykiatrisk behandling. I de tilfellene står brukeren ofte uten et tilbud. Dermed er det lavterskeltilbudet som tar vare på dem.

#### *De ansattes oppfatning av lavterskeltiltakets framtid*

De ansatte understreker at LAV har effekt, og gir nødvendig helsehjelp til en svak gruppe i samfunnet som har problemer med å benytte det ordinære tjenesteapparatet. Det er et perspektiv blant de ansatte at andre tjenester, og primært fastlegene, er avhengig av lavterskeltiltaket for å håndlede brukere til dem: *"de ordinære tjenestene er ikke designet" for å møte behovet hos brukerne.* De ansatte i lavterskeltiltakene anser det som urealistisk at lavterskeltiltakene blir overflødig dersom man skal sørge for helsehjelp til denne gruppen.

### 3) Tilbudet til brukerne - resultater fra kartlegging av LAV-brukere våren 2007

Evalueringsprosjektet har foretatt kartlegging av 401 brukere av lavterskeltiltak. Totalt har 25 av 32 tiltak bidratt i denne kartleggingen. Denne studien utgjør første del av delstudie 4 i prosjektet. Når andre kartlegging er gjennomført i oktober 2007, vil data gjøre oss i stand til å analysere eventuelle effekter som lavterskeltiltaket har for brukerne. I denne første fasen gir data oss en oversikt over hvem brukerne er, hvor omfattende rusproblemet deres er, og hvilket tilbud de får i tiltakene og i det øvrige hjelpeapparatet.

### *Brukerne og deres rusproblem*

Brukerne er, i tråd med utvalgskriteriene, stort sett tunge rusmisbrukere som ruser seg hyppig, og har vært rusavhengig i mange år. Gjennomsnittsalderen er omtrent 39 år, men 10 prosent av brukerne er under 26 år. De vanligste rusmidlene er benzodiazepiner, amfetamin, cannabis og opioder. Det er mange kombinasjoner av ulike rusmidler, og mange brukere som benytter kombinasjoner med høy risiko. For eksempel benytter 95 av 400 brukere kombinasjon mellom heroin og rohypnol, og 80 bruker heroin i kombinasjon med alkohol. Alkohol oppgis som eneste rusmiddel for 13 brukere. Mange har store helseproblemer. Spesielt har mange alvorlige/veldig alvorlige problem knyttet til tannhelse. Det er også svært mange som har problemer med psykisk helse, boligsituasjon og kontakt med familie.

### *Kontakt med LAV*

Brukerne har hyppig kontakt med LAV. Omtrent 70 prosent av brukerne har kontakt med lavterskeltiltakene 1 – 2 ganger i uken eller hyppigere, men dette varierer noe mellom de ulike tiltakstypene. Feltpleiekontorene og værestedene (utenom de største byene) har i liten grad daglig kontakt med brukerne.

### *Tilbudet i LAV – og potensial for bruk av ordinære tjenester*

De viktigste målene med lavterskeltiltakene for de kartlagte brukerne er sprøyteutdeling, samtale/veiledning og ernæring. Dette er også av de tiltakene som i størst grad gis brukerne. Lavterskeltiltakene har en stor bredde i det som tilbys. Dette inkluderer, foruten helserelevante tiltak som styrking av generell helsetilstand, tannhelse og oppfølging av ulike sykdommer og sårstell, også for eksempel hjelp til å etablere bolig/bobistand, motivering til redusert rusbruk og til bruk av ordinære tjenester og å gi generell omsorg.

Det er mange av disse tiltakene som gis ved alle typene lavterskeltiltak, men det er også noen som er mer tilpasset de ulike lavterskeltiltakstypene. For eksempel driver feltpleiekontorene i noe mindre grad med sprøyteutdeling enn de øvrige tiltakstypene, mens omtrent alle brukerne av værestedene er omfattet av ernæringstiltak.

Generelt kan det se ut som tiltakene klarer å gi 80 prosent av brukerne tilstrekkelig hjelp, mens 20 prosent ikke får et tilstrekkelig tilbud hos lavterskeltiltakene, av ulike grunner. Unntakene er på sprøyteutdeling og kondomutdeling der det er få som ikke får tilstrekkelig hjelp. Årsakene til at alle ikke nås i like stor grad kan være mange. Spesielt er det mange som er vanskelig å hjelpe fordi de er i en svært vanskelig livssituasjon der egenomsorgen er dårlig, og de har vanskelig for å forholde seg til timeavtaler hos andre tjenester som søkes involvert for å hjelpe brukerne.

For 40 prosent av brukerne vurderes det som svært vanskelig å oppnå at de etter hvert får tjenestebehovene dekket av det ordinære tjenesteapparatet, gitt at de forblir rusavhengige. For resten av brukerne kan dette være en mulighet, men dette forutsetter både at brukerne er motiverte, kan følge avtaler, at holdninger i tjenestene endres etc.

### *Brukermedvirkning*

Brukermedvirkning kan være viktig for å oppnå tilpassede tilbud og tjenester. 25 prosent av brukerne som er kartlagt har individuell plan. For 50 prosent av brukerne er det etablert en ansvarsgruppe, og de med individuell plan har stort sett også en ansvarsgruppe. For omtrent 5 prosent av brukerne vurderes det ikke som aktuelt å ha individuell plan eller ansvarsgruppe. Andelen brukere som har individuell plan er størst i tiltakene i de store byene og ved feltpleiekontorene der omlag en av tre brukere har individuell plan, og mye mindre ved blant brukere av helsestasjon/sosialmedisinsk senter og væresteder. Det er spesielt mange brukere av feltpleiekontor som har en etablert ansvarsgruppe. Videre har omtrent halvparten av brukerne hatt innflytelse på LAV-tiltaket. Dette kan være brukermedvirkning både ved at tiltaket har vært utarbeidet i samråd med bruker, men også at bruker eller pårørende har innflytelse på lavterskeltiltaket som gis. For mange tiltak vil en slik brukermedvirkning ikke være aktuelt, mens for feltpleiekontorene oppgis at 70 prosent av brukerne vært med på å utarbeide LAV-tiltaket. Ved værestedene har naturlig nok mange av brukerne (80 prosent) innflytelse på innholdet i tiltakene.

### *Brukerens kontakt med øvrige tjenester*

Vi har også sett på det øvrige hjelpeapparatet rundt tunge rusmiddelavhengige som er i kontakt med lavterskeltiltakene. Omtrent 80 prosent av brukerne har vært i kontakt med fastlegen og sosialkontoret i løpet av de siste 6 månedene. Omtrent 40 prosent har vært i kontakt med kommunalt rusteam i den samme perioden, mens 36 prosent har vært i kontakt med LAR. En av tre brukere har vært i kontakt med boligtjenesten. Nesten 10 prosent har vært i kontakt med kriminalomsorg, eller har vært innlagt i psykisk helsevern. Vi har også undersøkt om de tjenestene som gis av det øvrige hjelpeapparatet vurderes som tilstrekkelig. Vi finner at de største gruppene som ikke mottar tilstrekkelige tjenester, dvs som omfatter flest personer, finner vi hos fastleger og ved sosialkontorene. Mangel på tilstrekkelig tilbud gjelder også for mange brukere i forhold til kommunalt rusteam, LAR, legevakt og ikke minst for bolig tjenester. Mangel på en god og stabil bosituasjon beskrives å forårsake store problemer for mange brukere, og de kommunale tjenestene oppleves ikke tilstrekkelig for 45 prosent av brukerne som får denne tjenesten. I tillegg har 24 prosent av de som ikke mottar et tilbud i det hele tatt bruk for denne tjenesten.

Årsakene til at tjenestebehovene ikke dekkes relateres til for knappe ressurser, for liten kunnskap, og negative holdninger i de øvrige kommunale tjenestene for mange av brukerne. Tilsvarende problemer finnes i forhold til spesialisthelsetjenesten, men da i noe mindre omfang. Men det er også forhold ved brukerne som kan forklare hvorfor ikke tjenestetilbudet er godt nok. Dette kan skyldes at brukeren ikke møter til avtaler og/ eller at han eller hun ikke er tilstrekkelig motivert. Problemer knyttet til angst, depresjoner og ADHD nevnes også som viktige årsaker. Flere brukere føler seg som en kasteball i systemet, og dårlige og vonde erfaringer gjør at de ikke ønsker eller makter kontakt med tjenesteapparatet. En annen årsak kan være at hjelpeapparatet i liten grad er utviklet og tilpasset tunge rusmiddelbrukere med sammensatte behov der tjenestene må være tilgjengelig på det tidspunktet der brukerne er i stand til å nyttiggjøre seg tjenesten heller enn at brukerne må være der når hjelpeapparatet har kapasitet og evne til å hjelpe.

## 4) Brukernes egne erfaringer

Vi har innblikk i brukernes egne erfaringer fra dybdeintervju med 30 brukere i ulike typer av lavterskeltiltak rundt om i landet. Funnene som beskrives i denne kvalitative studien vil følges opp med en bredere, kvantitativ undersøkelse høsten 2007.

### *Brukernes opplevelse av tilgjengelighet til tiltaket, og eventuelle barrierer*

Brukerne var stort sett fornøyd når det gjaldt lokaliseringen i kommunen. De liker at de kan komme "rett inn fra gata", med en "åpen dør" og uten for mye formelle skranker eller problemer for de som har bevegelseshindringer. Med hensyn på åpningstider, nevner flere at de burde vært lengre, både tidligere på dagen og på kveldstid. Natt-tilbud som er noe mer enn hospits ønskes også, særlig på steder hvor ikke alle brukere har fast botilbud. Behovet for å kunne få ro om natten, hvile, kunne ta seg inn noen dager på et sted der man også får helsehjelp og omsorg, er stort.

### *Erfaringer knyttet til tiltaket (effekter for egen helse, misbruk, etc).*

Det første som de aller fleste nevner på spørsmålet om hvorfor de kom til tiltaket første gang, var at de kunne få rene sprøyter, og også sårstell. Videre at det er trygt å få sjekk på smittefarlige sykdommer, og eventuelt få vaksiner. Det at behandlingen er gratis, at man kan komme uten avtaler, at personalet er så dyktige på behandling av brukernes spesielle helseproblemer og har en så respektfull holdning, er likeledes viktig. Inntrykket er at en av de viktigste grunnene til at brukerne *fortsetter* å bruke tiltaket, at det er *sosialt*. Mange av brukerne har uttalte psykiske helseproblemer, og å komme til et sted der man blir møtt med uforbeholden aksept og det alltid er tid til en samtale, er godt. Det er tydelig at brukerne også søker lavterskeltiltaket fordi de kjenner seg ensomme, og på tiltaket kan man treffe gamle "kompiser". Hvorvidt tiltaket også har bidratt til endring eller reduisering av rusmisbruket til brukeren, er noe mer usikkert ut fra informantenes svar. Sikre er de på at tiltaket reduserer skader og antall overdoser, gir psykologisk støtte og i det hele tatt øker livskvaliteten.

### *Eventuelle erfaringer med tannhelsetilbudet*

Den nye ordningen der en kan søke om støtte til målgruppen har flere av informantene kjent nytten av. Alle de vi intervjuet har store tannhelseproblemer, og mange har også angst for å gå til tannlegen. Derfor er det så viktig å få hjelp til å finne tannlege som har kunnskap om målgruppen. Men ikke alle informantene syntes å ha blitt informert av de ansatte i lavterskeltiltaket om mulighetene for hjelp.

### *Hvorvidt, og eventuelt hvordan, den intervjuete har erfart at tiltaket har fungert som inngangsport til ordinært hjelpeapparat*

Gjennom intervjuene får vi inntrykk av at lavterskeltiltakene har ganske ulik profil: Noen satser mye på videreformidling til andre helse- og sosialtjenester, mens andre definerer seg mer som "rene" lavterskeltiltak, med feltpleie og skadereduksjon som primære oppgaver. De tjenester som lavterskeltiltakene synes å ha mest kontakt med og påvirkningskraft overfor, sett fra brukernes perspektiv er NAV trygd, sosialkontor, spesialisthelsetjeneste i somatisk helsevern, og i noen grad LAR-tiltakene. Samarbeid med NAV arbeid synes mindre utviklet, og når det gjelder spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, synes det å være et godt stykke å gå før målgruppen i praksis får de samme muligheter til hjelp som andre pasientgrupper.

### *Om brukeren har opplevd at tiltaket har bidratt til økt kunnskap/ holdningsendring til målgruppen i øvrig hjelpeapparat*

Det er særlig de tjenestene som er nevnt under forrige problemstilling der kunnskap og holdningsendring synes mest markant. Helse- og sosialarbeidere forstår bedre at brukernes plager ikke "har med dårlig moral å gjøre", men er reelle lidelser. Dette har flere av brukerne merket på ansvarsgruppemøter. Men hvor mye endringene skyldes en generell trend i samfunnet og hvor stor del av æren som lavterskeltilbudene har, er usikkert.

### *Brukerens vurdering av andelen av rusmisbrukere som faller utenfor tiltaket, og hans/hennes oppfatning om årsaker*

Nesten alle de intervjuete mente at en del av de som burde trenge tiltakets hjelp i kommunen, ikke oppsøkte det. En mente at det var så mange som 50 %. Årsaker kunne være for unge rusmisbrukere at de ennå forsøkte å være "skaprusere", og for meget nedslitte og eldre misbrukere at de ofte ikke hadde overskudd til å komme, og at kompiser hentet rene sprøyter til dem. Flere årsaker var at hvis de ble kjent i lokalmiljøet som brukere at tiltaket, ville de miste jobb og bolig, eller, hvis de hadde barn, at barnevernet ville være "etter dem". En generell årsak kunne også være angst for stigmatisering i lokalmiljøet, og der det fortsatt er for lite kunnskap om rusmisbrukeres helseproblemer.

### *Sammenhengen i de ulike tjenestene rundt brukeren: brukermedvirkning, individuell plan og ansvarsgruppe*

På spørsmålet "Har du en såkalt individuell plan eller ansvarsgruppe?" svarte flertallet negativt i en eller annen form: Noen visste ikke hva de to begrepene betydde, noen visste det men hadde ingen av delene, noen hadde det men var misfornøyde med hvordan det fungerte, og noen har hatt det, men har det ikke lenger. I forskrifter om hvem som har rett til individuell plan- og ansvarsgruppeverktøyet, står at det er brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det er åpenbart at de fleste rusmisbrukere som bruker lavterskeltiltak tilhører denne brukergruppen. Hvorfor det synes å være så få rusmisbrukere som får oppleve en god sammenheng i tjenestene de trenger, er viktig å få utforsket mer. Et indisium på at hjelpen til rusmisbrukere har kommet kortere enn for andre pasientgrupper når det gjelder brukermedvirkning, var at *ingen* av de intervjuete visste om det fantes noe brukerombud for rusmisbrukere i kommunen.

### *Brukerens tilfredshet med tiltaket, sammenlignet med andre deler av helse- og sosialtjenesten*

Ut fra intervjuene kan en få inntrykk av at lavterskeltiltak er den del av helse- og sosialtjenesten som brukerne føler seg mest fornøyd med. En kritisk metodekommentar til resultatet kan være: Intervjuene ble gjennomført i lavterskeltiltakenes lokaler og informantene visste at det bare var lavterskeltiltaket, ikke andre tjenester, som skulle

evalueres. Av den grunn var de kanskje forsiktigere med å kritisere tiltaket, fordi de er så avhengige av det. Hvis de hadde vært i lokalene til andre tjenester og skulle evaluere *dem*, hadde de kanskje vært frimodigere med å komme med kritiske utsagn om lavterskeltiltak. Men når dette er sagt, var det altså klart at brukerne syntes å føle seg tryggest og kunne være mest "seg sjøl" der. En årsak kan være at lavterskeltiltak har den mest kravløse *rollen* av alle aktuelle tjenester rundt brukeren – der kan man "komme som man er". En annen årsak kan være at tiltaket har så mye *kunnskap* om brukernes spesielle lidelser, også de psykiske, og fagpersonene har *tid* til å behandle og føre gode samtaler med dem. Endelig kan inntrykket av fagpersonenes *fagetiske* holdning bety noe; brukerne føler seg respektert.



# 1 Evalueringens mål og metoder

Den kommunerettede tilskuddsordningen "Lavterskel helsetiltak for rusmiddelbrukere" eksisterer på sjette året. Tilskuddet har økt fra 8 millioner, fordelt på 11 kommuner i 2001, til omlag 44 millioner kroner både i 2005 og 2006, fordelt på 34 kommuner.

Målgruppen for tiltakene er personer som har et spesielt omfattende rusmiddelbruk, og som har behov for sammensatte og samtidige tjenester fra ulike etater, men ikke greier å gjøre nytte av ordinære helsetjenester. Lavterskel helsetiltak er et viktig innsatsområde i kampen mot overdosedødsfall, og for å bedre helse- og omsorgstjenestene til rusmiddelbrukere.

## 1.1 Evalueringens hovedmål

Evalueringsprosjektet skal gi svar på om lavterskeltiltakene bidrar til å etablere et tilstrekkelig tilbud til rusmiddelbrukere som ikke benytter, eller ikke nås av ordinære helsetjenester. Prosjektet vil vurdere lavterskeltiltakene gjennom å belyse nytte og effekt for brukerne, og for øvrig tjenestetilbud i kommunen:

- 1) Har lavterskeltiltakene nådd målgruppen, og hvem faller eventuelt utenfor?
- 2) I hvilken grad har tiltakene bidratt til positiv endring i helsetilstand, livssituasjon og reduksjon av overdoser for brukerne?
- 3) I hvilken grad fungerer tiltakene som koordinerende ledd og inngangsport til det ordinære hjelpeapparatet for brukerne (både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester)?
- 4) Har tilskuddsordningen bidratt til å videreutvikle og styrke kommunenes helhetlige innsats overfor målgruppen, spesielt med tanke på samhandling og samordning mellom de kommunale sosial- og helsetjenestene, og mellom kommunene og øvrige etater?

I tillegg til at evalueringen skal gi svar på disse hovedspørsmålene, skal den kunnskap og erfaring som framkommer fra tiltakene, brukerne og det øvrige tjenesteapparatet, bidra til videreutvikling av tjenester til målgruppen. Evalueringen vil på denne bakgrunn fange opp tiltak som har en praksis og fremgangsmåter som virker særlig fremmende på måloppnåelse (eksempler på "god praksis"). I diskusjonen om hva som er god praksis, vil vi trekke inn erfaringer fra andre land ved en gjennomgang av internasjonale undersøkelser på området. Dette vil vi gjøre i den endelige rapporten som vil ferdigstilles innen utgangen av 2007.

Vi har organisert evalueringen i 6 delstudier som fokuserer på henholdsvis tiltakene, brukerne og det øvrige kommunale tjenesteapparatet. Disse er som følger:

Delstudie 1. Kunnskapsoversikt

Delstudie 2. Fagpersoners erfaringer i tiltakene

Delstudie 3. Tiltakenes organisering

Delstudie 4. Effekter for brukerne

Delstudie 5. Brukernes erfaringer

Delstudie 6. Erfaringer i det øvrige tjenesteapparatet

Av disse er delstudie 2 og 3 ferdig utført. Delstudie 1, 4 og 5 er delvis gjennomført. Delstudie 6 påbegynnes høsten 2007.

Ettersom evalueringsprosjektet inneholder mange delspørsmål som skal belyses ved ulike datainnsamlingsmetoder, har vi utarbeidet en matrise for oversikt over spørsmål som skal besvares samt metoder i hver enkelt delstudie (se tabell v 1 i vedlegg bakerst).

## 1.2 Metoder i evalueringen

### 1.2.1 Dokumentgjennomgang og litteratursøk

I forbindelse med delstudie 1 har vi gjennomgått tiltakenes årlige rapporteringer til Sosial- og helsedirektoratet. Framstilling av enkelttiltak er lagt ved denne rapporten som et vedlegg, slik at interesserte kan gå inn å se på det enkelte tiltaks innhold.

Litteratursøk i internasjonale tidsskriftsdatabaser er gjennomført, og vil danne et grunnlag for å diskutere effekter av lavterskeltiltakene i lys av erfaringer i andre land i den endelige sluttrapporten.

### 1.2.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju ble brukt i delstudie 2, om fagpersoners erfaringer (kapittel 4). Disse ble gjennomført på en samling for tiltakene som ble avholdt på et konferansehotell på Gardermoen 1-2. Februar. Vi endte opp med 5 fokusgrupper der antallet deltakere var gjennomsnittlig 8-9 personer. Deltakerantallet i en fokusgruppe anbefales til mellom seks og ti personer (Kreuger, 1988; Kvale, 2001). Fem av tiltakene var ikke representert i fokusgruppene.

Fokusgruppene var satt sammen etter likheter mellom tiltakene. De fem største byene<sup>8</sup> utgjorde en gruppe. To grupper var definert som "Helsestasjon/ sosialmedisinske senter"<sup>9</sup>. En gruppe var definert som "feltpleie"<sup>10</sup> og en gruppe ble definert som "værested og/eller frivillige ressurser, tilknyttet tiltaket."<sup>11</sup>

Deltakerne fikk tilsendt temaene for fokusgruppene på forhånd slik at disse kunne diskuteres sammen med øvrige ansatte i tiltaket før samlingen på Gardermoen.

En fordel med å bruke fokusgruppeintervjuer er at, til forskjell fra individuelle intervjuer, får fokusgrupper frem informasjon gjennom en dynamisk interaksjonsprosess, informasjon som ofte forblir uuttalt gjennom andre datasamlingsteknikker (Brataas, 2001). Selv om validiteten av fokusgruppeintervju kan begrenses av gruppeprosesser som kan hemme eller forsterke enkelte responser og opplevelser, ser vi denne metodiske fremgangsmåten som egnet i forhold til å fremskaffe de synspunkter og vurderinger som søkes i prosjektet.

Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert i forhold til hovedtemaene for denne rapporten.

Fokusgruppeintervju skal også benyttes i den siste delstudien (6), som skal gjennomføres til høsten.

---

<sup>8</sup> Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø (Oslo var ikke representert på samlingen)

<sup>9</sup> Drammen, Tønsberg, Skien, Haugesund, Odda, Arendal, Bodø, Fauske, Karmøy og Os (Sandefjord var ikke representert på samlingen)

<sup>10</sup> Nesodden, Bærum, Gjøvik, Porsgrunn, Kristiansand (Asker og Lier var ikke representert på samlingen)

<sup>11</sup> Øvre og Nedre Eiker, Sarpsborg, Stord, Ullensaker, Sandnes, Larvik



### 1.2.3 Kartlegginger ved spørreskjema

Kartlegging ved spørreskjema sendt til tiltakene, ble gjennomført i delstudie 3; om tiltakenes organisering, og i delstudie 4: om effekter for brukerne (skal gjentas i oktober). I tillegg skal det gjennomføres en spørreskjemaundersøkelse blant brukere i tiltakene til høsten, som utgjør delstudie 5 b.

I kartleggingen av tiltakenes organisering (delstudie 3) skulle fagpersoner i tiltaket fylle ut ett skjema om: Lokalisering og tilgjengelighet, organisering og samarbeid, kommunens organisering av arbeidet med rus, tannbehandling i tiltaket, antall faste brukere av tiltaket, antall henvendelser i tiltaket per år, omfanget av sprøyteutdeling, kommunens egenfinansiering etc. , personellsituasjon i tiltaket for hvert av årene tiltaket har vært i drift og planer for videreføring av tiltaket.

I forbindelse med delstudie 4 – er målsettingen å måle eventuelle effekter av tiltaket for brukerne. Første kartlegging er gjennomført denne våren. Tiltakene gjorde et omfattende arbeid i den anledning. På bakgrunn av at mange fikk problemer med å oppfylle målet om kartlegging av 20 brukere (40 i de store byene), ble opprinnelig frist (som var 30. april) utvidet til 20. mai. Tilsvarende kartlegging skal foretas på nytt i oktober. Dermed vil evalueringen være i stand til å vurdere hvorvidt det skjer en endring (bedring) hos de registrerte brukerne gjennom perioden – om lavterskel helsetiltak har en effekt i forhold til helsetilstand, og i forhold til bruk av ordinære helsetjenester.

Når det gjelder delstudie 5 b vil den gjennomføres i august/ september. Spørsmålene for denne kvantitative delen vil basere seg på den kvalitative brukerundersøkelsen som allerede er gjennomført.

### 1.2.4 Dybdeintervju med brukere

Dybdeintervju ble brukt i delstudie 5 a, om brukernes erfaringer. I samråd med tiltakene etablerte vi kontakt med 30 brukere. Disse ble valgt ut fra tanken om at ulike typer av tiltak skulle være representert. De fire hovedkategoriene av tiltak er representert: tiltak i storby, helsestasjon/ sosialmedisinsk senter, feltpleie, værested. Videre la vi vekt på å velge tiltak fra ulike steder i landet, og i kommuner av ulik størrelse.

For å nå brukerne ba vi personalet i foretakene om bistand med å motivere brukere til deltakelse. Vi la vekt på å få tak i brukere med ulik alder, kjønn og type rusbruk, men også at de skulle kjenne til tiltaket ved å ha brukt det noen tid, samt at de hadde noenlunde dagsform slik at de kunne formidle sine erfaringer godt.

Vi har 4 intervjuer fra Os kommune, 3 fra Stord, 2 fra Trondheim, 10 fra Tromsø, 2 fra Asker, 3 fra Drammen, 3 fra Oslo feltpleie og 2 fra Frelsesarmeens feltpleie i Oslo. Flertallet i utvalget er menn, noe som samsvarer med populasjonen av rusmiddelmissbrukere.

Intervjuene var semistrukturerte, det vil si at vi brukte en intervjuguide, men lot i stor grad intervjuene ta form av en åpen samtale. Vi la vekt på å være fleksible i gjennomføringen, både med hensyn på innhold, tid og sted og bruk av båndopptak (det siste hadde ingen av informantene noe imot).

Denne kvalitative delstudien er eksplorerende i den mening at den fungerer som en forstudie for delstudie 5b, der vi skal gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse blant brukere. Dette innebærer at vi bruker funn fra del a i utforming av spørsmålene i del b.

## 1.3 Etisk gjennomføring

Prosjektet ble søkt, og er godkjent ved Personvernombudet ved NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) samt Regional etisk komité i Midt-Norge.

Fremgangsmåten i alle delstudiene oppfyller etiske krav om informert samtykke, valgfrihet og konfidensialitet (se vedlegg om forespørsel om deltakelse, informasjonsskriv i tilknytning til kvalitativt intervju samt kartlegging av brukere, og samtykkeerklæring som brukerne av lavterskeltiltakene skulle underskrive dersom de var villige til å delta).



## 2 Bakgrunn for lavterskel helsetiltak

### 2.1 Behov for lavterskel helsetiltak for tunge rusmiddelbrukere

En viktig bakgrunn for etablering av tilskuddsordningen i 2001 var målgruppens omfattende fysiske og psykiske helseproblemer<sup>12</sup>, og deres behov for helsetjenester. I 2003 ble det utgitt to rapporter av SINTEF Helse<sup>13</sup> som utredet helsetilstand og helsetjenester hos personer med rusmiddelmissbruk, som blant annet ble lagt til grunn for departementets videre arbeidet for å styrke tjenestene (Kurtze og Eide, 2003; Ruud og Reas, 2003).

Kommunehelsetjenesten har fått et større ansvar for innbyggernes behov for helse-, pleie- og omsorgstjenester. I en gjennomgang av oppgaveutvikling og samspill i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, konkluderer en SINTEF-undersøkelse at det generelt er *mengden* av krevende oppgaver, og ikke *typen* oppgaver i seg selv, som er den største utfordringen for tjenestetilbudene. Det fremheves dog at tjenestetilbudene til de med rusmiddellidelser og psykiske lidelser, samt de med demenslidelser, er et unntak fra dette. På disse områdene uttrykker fagpersonell innen pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene at tjenestetilbudet krever mer kompetanse og tilgang til spesialisthjelp enn hva man har tilgang på i dag (Kalseth, Midttun, Paulsen og Nygård, 2004).

Rapporten om helsetjenesten for tunge rusmisbrukere (Ruud og Reas, 2003) påpeker at de generelle kommunale helsetjenestene fungerer ujevnt og ikke helt etter intensjonen for de med tunge rusmiddelproblemer. Blant annet framholder rapporten at fastlegeordningens mål om bedre kontinuitet forutsetter pasienter som kan holde avtaler og møte opp på legekantoret, og at fastlegeordningen dermed fungerer dårligere for denne pasientgruppen. Videre fant man at samarbeidet mellom sosialtjenesten og helsetjenesten ofte ikke fungerer godt nok, og at svikt i oppfølging og koordinering av tjenestene påpekes som det største problemet innen helsetjenestene for tunge rusmiddelbrukerne. Det ble også konstatert at tunge rusmiddelbrukere i for liten grad nås gjennom det vanlige tannhelsetjenestetilbudet. Selv om det den gang (2003) var etablert lavterskel helsetjenester på en rekke steder, var det ikke gjennomført noen systematisk evaluering av tilbudene.

### 2.2 Ordinære helse- og sosialtjenester, og behov hos målgruppen

Ruud og Reas (2003) konstaterte at man manglet pålitelige data om tunge rusmiddelbrukeres bruk av ulike tjenester. I tilknytning til rusreformen, ble det foretatt en slik kartlegging gjennomført av SINTEF Helse og Rogalandsforskning i 2004 (Gundersen m.fl., 2004). Kartleggingen inkluderte rusmisbrukere i kommunen generelt (både personer med tyngre og lettere rusmisbruk). Rapporten konstaterte at i det kommunale hjelpeapparatet var det sosialtjeneste, barnevern, fastlege og trygdekontor som var

---

<sup>12</sup> Følgende tre dimensjoner er vanligvis til stede for å bruke begrepet tunge rusmiddelbrukere: 1) alvorlig intensivt og langvarig rusmiddelbruk, 2) alvorlige fysiske og/eller psykiske lidelser og helseproblemer, 3) alvorlig funksjonssvikt innen arbeidsmessig og sosial fungering (Ruud og Reas, 2003).

<sup>13</sup> Prosjektet var et samarbeid mellom SINTEF Helse), SIRUS, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved UiO, Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål og Forskningsavdelingen ved Bergensklinikkene. SINTEF Helse hadde ansvaret for prosjektledelse og skriving av rapporten.

hyppigst involvert i tilbudet til gruppen. De hyppigste tiltakene var økonomisk sosialhjelp, råd og veiledning.

Rapporten fra Gundersen m.fl. anslo at det var et udekket tjenestebehov for kommunale tjenester på omtrent 10-15%. Størst var behovet for individuell plan og ansvarsgruppe, men det var også behov for tiltak knyttet til boligforhold, økonomi, arbeid, aktivisering og støttekontakt. Regelmessig kontakt med fastlegen og sosialtjenesten så derimot ut til å være bedre dekket (i forhold til behovet). At fastlegenes rolle ble vurdert til å være mindre sentral for målgruppen strider imidlertid mot prinsippet i fastlegeordningen. Gjennom fastlegeordningen har fastlegene et medisinskfaglig ansvar for alle på sin liste, inkludert rusmisbrukere som trenger helsehjelp - eventuelt i samarbeid med annen helsetjeneste og hjelpeapparat.

I Helsetilsynets undersøkelse av hvordan kommunene anvender sosiale tjenester for å virkeliggjøre lovens intensjoner overfor rusmiddelbrukere, avdekket at tjenestene i liten grad har blitt innrettet mot, eller presentert for de med rusmiddelproblemer. Når denne gruppen tar kontakt er det hovedsakelig for å få råd og veiledning og økonomisk stønad. Sosialkontorene tilbyr i liten grad andre tjenester (Helsetilsynet, 2005a). Mange andre tjenester administreres av pleie- og omsorgstjenestene, og da hovedsakelig til eldre og funksjonshemmede, og ikke til rusmiddelbrukere (s. 14, Helsetilsynet, 2005a).

Helse- og omsorgsdepartementet framholdt i 2005 at problemet med at denne gruppen av rusmiddelbrukere i mindre grad greier å benytte det ordinære tjenestetilbudet i særlig grad gjelder i forhold til fastlegene, og at departementet arbeider både mot fastlegene og misbrukerne i denne sammenheng, samt at de har støttet etablering av tiltak som er gatenære og tilgjengelige (Høybråten, [www.forebygging.no/](http://www.forebygging.no/) 2005).

Det er et av hovedmålene med lavterskeltiltakene at de skal fungere koordinerende, og være inngangsport til det *ordinære* hjelpeapparatet. I forbindelse med evaluering av igangsatte tiltak har vi derfor også rettet oppmerksomhet mot bruken av de faste kommunale tjenester for gruppen personer med tunge rusmiddelproblemer.

Hvis prosjektbaserte lavterskeltiltak for rusmiddelbrukere virker etter intensjonene, kan det være at noen av dem blir organisert som en fast del av det ordinære kommunale servicetilbudet. Da blir det viktig å få erfaringer på om slike bør organiseres som en separat del av det kommunale helsetilbudet, om det skal knyttes til legesenter, sosialkontor, NAV, eller organiseres på andre måter.

## 2.3 Behov for samarbeid mellom tjenestene

Generelt legges det til rette for en sammenhengende helsetjeneste (NOU 2005:3), noe som ikke minst skal gi en bedre oppfølging av personer med sammensatte problemer som mottar ulike tjenester. Fastleger er en av de viktigste helsetjenestene som denne gruppen har kontakt med. De opplever ofte tunge rusmisbrukere som ressurskrevende og vanskelig, og deres medisinske oppfølging av dem forutsetter godt samarbeid med den kommunale sosialtjenesten, og støtte fra spesialiserte rusklinikker på region- og fylkesnivå (Steinert m.fl., 2002).

Målet om bedre samhandling er kanskje mindre komplekst på kommunenivå ettersom både helse- og sosialperspektivet her er mer integrert. Det går fram av en tidlig oppsummering av tiltakene fra Sosial- og helsedirektoratet (2003) at flere kommuner har valgt en mer tverrfaglig modell enn for eksempel Oslo, som har en sterkt helseorientert organisering. Helsetilsynet (2005b) mener grunnen kan være at en del kommuner har benyttet anledningen til å etablere lavterskeltilbud rettet mot både sosiale, miljømessige, og helsemessige behov hos tunge rusmiddelbrukere.

I en evaluering av tiltak til målgruppen er det viktig å rette oppmerksomhet mot generaliserbarheten av ulike samhandlingsmodeller som fungerer i henholdsvis helsetjenesten og sosialtjenesten. Som kartleggingen i 2004 avdekket (Gundersen m.fl.), er det også viktig å se på det store udekkede behovet for individuell plan.

## 2.4 Effekter av lavterskel helsetiltak for brukerne

### 2.4.1 Overdoser

Det høye antallet overdosedødsfall i Norge er en av grunnene til opprettelsen av lavterskel helsetiltak. Ifølge tall fra KRIPOS, gjengitt i Helsetilsynets gjennomgang av data om helsetilstand og tjenestetilbud (2005b), økte antall rapporterte narkotikadødsfall spesielt fra siste halvdel av 1990-tallet med en topp i 2001 med 338 dødsfall. Fra 2001 til 2003 var det en klar nedgang til 172 dødsfall. Det framgår av Helsetilsynet sin gjennomgang av disse forhold at nedgangen skyldes flere ting, blant dem at lavterskel helsetiltak finnes i flere kommuner. For 2004 rapporterer SIRUS imidlertid om en økning, med totalt 223 dødsfall (Buvik og Amundsen, 2006).

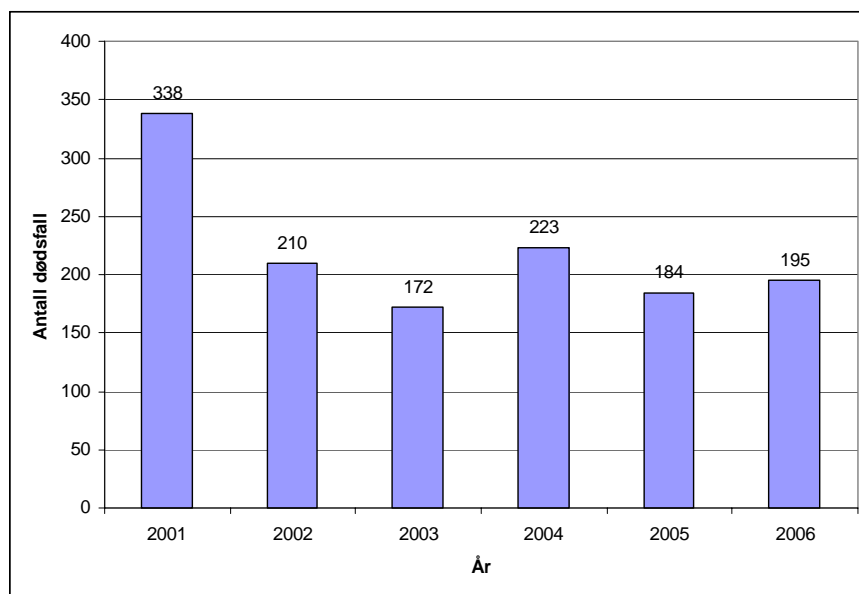
I Storbymeldingen (St. meld. nr. 31 (2002-2003)) går det fram at tilgang på og bruk av illegale rusmidler ikke bare er et byfenomen, og at rekruttering foregår uavhengig av kommunens størrelse. Det gis i meldingen likevel grunn til å anta at det er en viss opphopning av personer med langvarig og etablert misbruk i de større byene. Videre går det frem at overdoseproblematikk i følge tall fra Kripos i stor grad er et byfenomen, men ikke nødvendigvis et storbyfenomen. Blant annet var tallene i 2001 forholdsvis høye i Haugesund, Larvik, Arendal og Øvre Eiker, mens for eksempel Trondheim hadde forholdsvis lave tall. I følge Kripos døde 195 personer som følge av narkotikabruk<sup>14</sup> i 2006, 37 prosent av dødsfallene fant sted i Oslo. Andre områder med relativt høyt antall narkotikarelaterte dødsfall er gitt i tabellen under, mens antall narkotikarelaterte dødsfall per år i perioden 2001-2006 er gitt i figur 2.1.

Tabell 2.1 Politidistrikt med mer enn fem narkotikarelaterte dødsfall i 2006.

Politidistrikt	Antall narkotikarelaterte dødsfall
Oslo	72
Hordaland	18
Rogaland	15
Søndre Buskerud	15
Østfold	12
Agder	7
Vestoppland	7
Asker og Bærum	6
Nordmøre og Romsdal	6
Hedmark	6

<sup>14</sup> Statistikken gjelder både tilfelle av akutt forgiftning (overdose) og dødsfall som kan settes i sammenheng med misbruket til den avdøde. Svært mange av dødsfallene skyldes blandingsmisbruk, i følge Kripos, se <http://www.politi.no> for mer informasjon.

Figur 2.1 Narkotikarelaterte dødsfall per år i perioden 2001-2006. Kilde: Kripos.



Statens institutt for rusmiddelforskning nevner flere potensiell årsaker til at det ble betydelig færre narkotikadødsfall i perioden etter 2001. Den gjennomsnittlige styrkeprosenten på heroin har gått dramatisk ned (30 prosent i 2002 og 23 prosent i 2003), antall personer i legemiddelassistert rehabilitering økte mye i den samme perioden, det har blitt flere lavterskeltiltak i de større byene og tilgjengeligheten til illegal Rohypnol har blitt redusert.

#### 2.4.2 Første systematiske gjennomgang av lavterskel helsetiltak i Norge

I en oppsummering av kunnskapen om effekter av behandlingstiltak (NOU 2003:4), ble det ikke funnet oversiktsstudier av effekten av lavterskel helsetilbud til rusmiddelbrukere. Det er heller ikke publisert norske studier på temaet. Det ble understreket at beslutninger om å implementere tiltak som har til hensikt å gi tunge rusmiddelbrukere nødvendige helsetjenester, i større grad vil bygge på *verdivalg* enn skolemedisinsk og akademisk basert vitenskapelig kunnskap (s. 84).

De kommunale lavterskeltiltakene har gjennom perioden rapportert til direktoratet at tiltakene *har* effekt, at tjenestene når fram til tungt belastede misbrukere, bidrar til at disse får en bedre helsetilstand, og er medvirkende til at færre dør av overdoser. Videre at tilbudene har vært en viktig og helt nødvendig tilvekst til det generelle helsetilbudet. I en sammenfatning av tilbakemeldingene fra kommunene konkluderer Sosial- og helsedirektoratet at helsetiltak til de mest belastede rusmiddelbrukerne er godt ivaretatt i disse kommunene (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

Det er ennå ikke gjennomført noen systematisk evaluering av lavterskel helsetiltak for rusmiddelbrukere. Denne evalueringen vil utgjøre den første i så måte.

### 3 Lavterskeltiltakenes organisering og innhold

Med utgangspunkt i en grundig gjennomgang av hvert enkelt lavterskeltiltaks søknader og rapporteringer til Sosial- og helsedirektoratet i perioden 2001 til 2005<sup>15</sup>, ble det utarbeidet et skjema for kartlegging av tiltakenes organisering i perioden 2001 til 2006.<sup>16</sup> Ved hjelp av kartleggingskjemaet ønsket vi informasjon om det enkelte tiltak knyttet til følgende hovedtema:

- Lokalisering og tilgjengelighet
- Organisering og samarbeid
- Kommunens organisering av arbeidet med rus
- Tannbehandling i tiltaket
- Diverse kvantitative størrelser – antall faste brukere av tiltaket, antall henvendelser i tiltaket per år, omfanget av sprøyteutdeling, kommunens egenfinansiering etc.
- Personellsituasjon i tiltaket for hvert av årene tiltaket har vært i drift
- Tiltakets fremtid – planer for videreføring av tiltaket

Kartleggingskjema ble sendt ut til 33 lavterskeltiltak i 32 ulike kommuner<sup>17</sup>. 30 av tiltakene returnerte kartleggingskjemaet, men ett skjema kom for seint til å inkluderes ettersom analysene allerede var gjort<sup>18</sup>.

I tabell 1.1 på neste side presenteres de tiltakene som mottok kartleggingskjema i forbindelse med delstudie 3, om tiltakenes organisering og innhold. Det gis en oversikt over når de ulike tiltakene første gang mottok statlige øremerkede midler i forbindelse med lavterskelprosjektet, omfanget av tilskuddene og tilskudd gitt i forbindelse med tannhelseprosjekter<sup>19</sup>. Den totale budsjetttrammen for 2006 var på 43,8 millioner kroner (St.prp. nr. 1 2005-2006). De 33 tiltakene som inngår i denne evalueringen mottok til sammen 43,4 millioner kroner i øremerkede statlige tilskudd. I tillegg kommer kommunenes egenfinansiering av tiltakene, som varierer i omfang fra kommune til kommune. Av de som hadde besvart spørsmålet om kommunal egenfinansiering i kartleggingskjemaet var gjennomsnittlig kommunal egenandel i tiltakene ca. 100 000 kroner i 2001. I 2003 hadde dette beløpet nesten doblet seg; 188 000 kroner var gjennomsnittlig kommunal egenandel i tiltakene dette året, og tendensen til økende kommunal innsats har vært gjeldende frem mot 2006. Da passerte gjennomsnittsbeløpet til de 17 tiltakene som hadde besvart spørsmålet om egenfinansiering 444 000 kroner.

I små utvalg av typen vi her har å gjøre med, der variasjonen mellom tverrsnittsenhetene i utvalget (her; kommunene/tiltakene) er stor, kan det gi et mer korrekt bilde å benytte median (den midterste observasjonen), i stedet for gjennomsnitt. I 2004, 2005 og 2006 var medianen for egenfinansiering av tiltakene henholdsvis 203 000, 213 000 og 300 000 kroner – altså betydelig lavere enn gjennomsnittsobservasjonen.

---

<sup>15</sup> I forbindelse med dokumentgjennomgang ble det utarbeidet et arbeidsnotat med en kort introduksjon til hvert av lavterskeltiltakene. Dette notatet er lagt til vedlegg 1 i denne rapporten.

<sup>16</sup> Kartleggingskjemaet ble distribuert via e-post til kontaktperson i tiltakene i slutten av januar 2007, slik at deltakere hadde mulighet til å stille spørsmål til SINTEF Helse vedrørende skjemaet i løpet av samlingen på Gardermoen 1. og 2. februar 2007. Kartleggingskjemaet er gitt som vedlegg 2 i rapporten.

<sup>17</sup> To av lavterskeltiltakene, henholdsvis i Horten og Steinkjer, startet virksomheten i løpet av 2006 og ble derfor ikke ansett som hensiktsmessige å evaluere.

<sup>18</sup> Dette tiltaket vil inkluderes i sluttrapportens analyser.

<sup>19</sup> Tannhelsemidler har blitt gitt siden år 2005.

Tabell 3.1 Oversikt over kommune, navn på tiltak, start øremerkede midler, tilskudd i 2006, tannhelsemidler (i 1000 kroner).

Kommune	Navn på tiltaket	Øremerkede midler fra:	Tilskudd 2006 i hele kroner	Tannhelsemidler
Arendal	Feltsykepleien	2002	700	50
Asker	Feltpleien	2001	600	150
Bergen_1	Strax-huset	2001	2700	* Inngår i basistilskuddet
Bergen_2	Gateprostituasjonprosjektet	2003	* Inngår i summen til Strax-huset	* Inngår i basistilskuddet
Bodø	Prinsen helsestasjon	2001	450	100
Bærum	Feltpleien	2001	900	150
Drammen	Feltsykepleien i Drammen	2001	1250	100
Fauske	Tunet Helsestasjon	2004	350	50
Fredrikstad	Feltpleien - lavterskel helsetilbud for rusm.	2003	800	150
Gjøvik	Feltpleien	2004	400	50
Haugesund	Rusteamet Lavterskel Helsetilbud	2001	450	50
Innherred	Helsestasjon Rus	2002	1600	* Inngår i basistilskuddet
Karmøy	Helsestasjon Rus, Lavterskel	2002	400	50
Kristiansand	Feltsykepleien	2002	*Søker kun tannhelsemidler i 2006	15
Larvik	Heimen - Lavterskel - Sosialtjenesten driver tiltak	2002	750	100
Lier	Lavterskel Helsetiltak	2002	270	50
Nedre Eiker	Lev Vel-prosjektet/ Berggården	2002	675	50
Nesodden	Lavterskel helsetilbud for rusmisbrukere	2004	750	50
Odda	Feltsykepleien	2004	350	50
Os	Baksio	2002	700	50
Oslo	Feltpleien	2001	15000	250
Porsgrunn	Feltpleien	2004	450	25
Sandefjord	Sosialmedisinsk senter	2004	700	150
Sandnes	Funkishuset	2003	1650	100
Sarpsborg	Varmestua-prosjektet	2002	300	100
Skien	Lavterskel helsetilbud for rusmiddelbrukere	2001	850	100
Stavanger	Lavterskel helsetiltak for rusmiddelbrukere	2001	950	250
Stord	Lavterskel helse	2004	350	50
Tromsø	Lavterskel helsetiltak v/Helsetjenesten SMS	2001	750	130
Trondheim	Helse- og overdoseteamet	2001	3350	350
Tønsberg	Lavterskel helsetilbud for rusmiddelbrukere	2002	850	50
Ullensaker	Sjuer'n	2005	480	125
Øvre Eiker	Lev Vel-prosjektet - Øvrehuset	2002	675	20
33 tiltak			40 450	2 965

Noter: Flere av tiltakene som mottar øremerkede midler til lavterskel helsetilbud for rusmiddelbrukere var i drift ved hjelp av annen finansiering/andre prosjektmidler for år 2001. Dette gjelder blant annet tiltak i Asker, Bergen, Bodø, Bærum, Drammen, Stavanger og Tromsø. Videre inngår flere tiltakene i interkommunale samarbeidsprosjekter. Funkishuset i Sandnes inngår i et interkommunalt samarbeid mellom kommunene Sandnes, Klepp, Time, Gjesdal, Hå og Sola. Innherred Samkommune sitt lavterskeltiltak er et samarbeid mellom kommunene Levanger og Verdal, og også "Lev Vel-prosjektet" i Øvre og Nedre Eiker er et samarbeidsprosjekt mellom de to kommunene.



Det har vært mulig for lavterskeltiltakene å søke om overføring av tilskudd mellom år, og prosentandelen som benyttet seg av denne muligheten i vårt utvalg har variert fra ca. 18 prosent (2 av 11 tiltak) i 2001, via ca. 47 prosent (15 av 32 tiltak) i 2004, til ca. 55 prosent (18 av 33 tiltak) i 2006.

I det følgende gis en deskriptiv presentasjon av resultatene som kom fram under kartleggingen av lavtilltakenes organisering. Kapitlet er i hovedsak disponert etter de hovedtema som ble listet innledningsvis: delkapittel 3.1 tar for seg lokalisering og tilgjengelighet, delkapittel 3.3 ser på organisering og samarbeid i tiltakene, mens vi i delkapittel 3.4 presenterer kommunenes organisering av arbeidet med rus. I delkapittel 3.4 ser vi på implementering av tannbehandling i tiltakene, mens kapittel 3.5 og 3.6 tar for seg henholdsvis personellsituasjonen fra 2001 til 2006 og tiltakenes framtid.

## 3.1 Lokalisering og tilgjengelighet

### 3.1.1 Lokalisering av tiltaket

Gjennom presentasjon av tiltakene på SINTEF Helses møte med representanter fra lavterskeltiltakene i februar 2007, og gjennom besøk ved utvalgte tiltak i forbindelse med intervju av tiltakets brukere, er inntrykket at de fleste lavterskeltiltakene er lokalisert i sentrum av byene – og dermed nært mange av sine potensielle brukere. Et interessant aspekt ved tiltakets lokalisering som kan tenkes å ha betydning for samarbeidet med øvrige instanser, er hvorvidt tiltaket er lokalisert i samme bygg som andre samarbeidende instanser/tjenester. På dette spørsmålet svarte 38 prosent av tiltakene at de ikke er lokalisert i samme bygg som samarbeidende instanser, mens 62 prosent svarte ja. På spørsmål om hvilke instanser dette dreier seg om, ble følgende instanser nevnt:

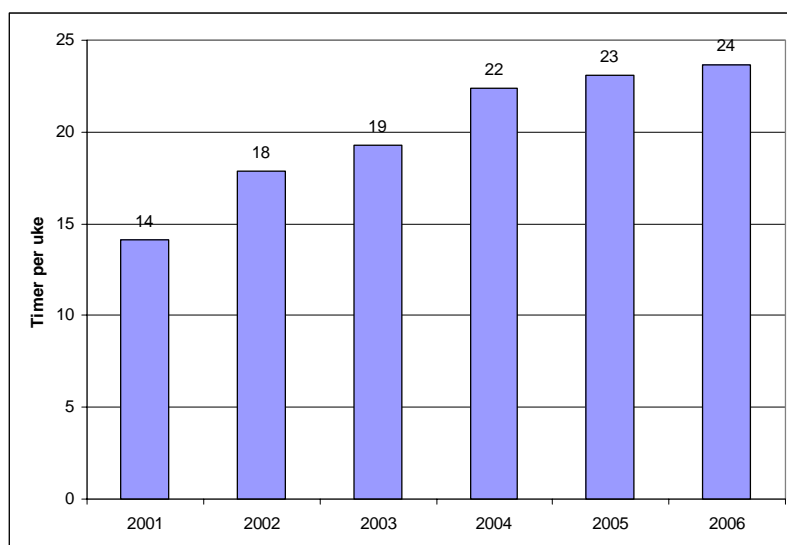
- Rusenhet, rustjeneste, rusteam, ruspoliklinikk
- Legetjenester, legekontor, helsestasjon, helsestasjon for ungdom
- Folkehelsekontor, vaksinasjonskontor
- Kommunelege
- Sosialtjeneste
- Fysioterapeut
- Miljøteam
- Boligoppfølgingsteam/ambulerende boteam
- Psykisk helse
- Hjemmesykepleie, hjemmehjelp
- Rehabiliteringsseksjon
- LAR/Metadonkonsulenter
- Ressurssenter for barn og unge
- Kommunale leiligheter
- Flyktningtjeneste
- Privat organisert varmetue, byprest, daghem, Blå Kors

### 3.1.2 Åpningstider og virkedager

Hvor mange timer i uken lavterskeltiltaket har vært åpent for brukere og publikum varierer mye mellom tiltakene, men analysene viser at gjennomsnittlig antall timer per uke som tiltakene har vært åpent har økt jevnt i perioden 2001 til 2006.

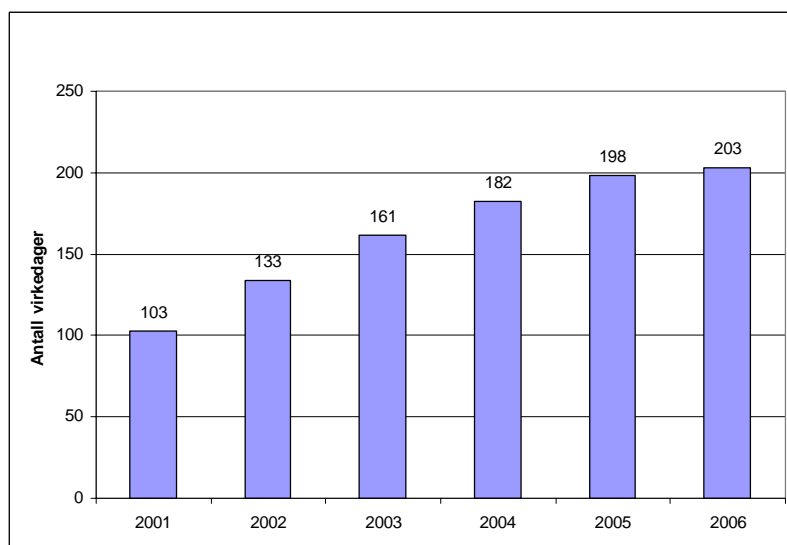
figur 3.1 ser vi at i 2001 var tiltakene i gjennomsnitt åpne 14 timer per uke, i 2003 hadde tallet steget til 19 timer per uke, mens tiltakene i 2006 hadde åpent 24 timer per i uke i gjennomsnitt. Medianen for hvert av årene ligger stort sett 2-3 timer lavere enn det aritmetiske gjennomsnittet.

Figur 3.1 Gjennomsnittlig åpningstid (timer per uke) i tiltakene de ulike år.



Antall virkedager de ulike år viser den samme økende tendensen (se figuren under) – fra gjennomsnittlig 103 virkedager 2001 til 203 virkedager i 2006.

Figur 3.2 Gjennomsnittlig antall virkedager i lavterskeltiltakene de ulike år.



### 3.1.3 Oppsøkende virksomhet

På spørsmål om det drives oppsøkende virksomhet i forhold til brukere av tiltaket svarer 61 prosent av de som har besvart spørsmålet at de driver slik virksomhet, mens de resterende 39 prosentene svarer at de ikke driver oppsøkende virksomhet. Det er svært stor variasjon mellom tiltakene i antall timer per uke de oppgir å bruke på oppsøkende arbeid. Hvis vi fjerner de to laveste og de to høyeste observasjonene, er gjennomsnittlig antall timer per uke det drives oppsøkende virksomhet ca. 8 timer (medianen er lik 6,5 timer).

### 3.1.4 Antall faste brukere og henvendelser i tiltakene

I kartleggingsskjemaet var ett av avsnittene kalt "Diverse tall for perioden 2001-2006", der vi blant annet spurte om antall faste brukere av tiltaket, antall henvendelser i tiltaket,

anslag på antall potensielle brukere av tiltaket, antall sprøyter utdelt og kommunens egenfinansiering av tiltakene. De fleste av disse variablene er gjort på anslag av den som har fylt ut skjemaet, og hva som ligger bak tallene vil avhenge av blant annet kjønn og registreringsrutiner i tiltakene. Det var dessuten svært varierende respons fra tiltakene på disse spørsmålene, med mange manglende observasjoner. Resultatene må leses i lys av dette, men vi velger å benytte dem som et grovt anslag av hvor nivået ligger. Også her gjelder at noen få store tiltak påvirker gjennomsnittsverdiene mye, og medianen vil sannsynligvis være et bedre pekepinn på situasjonen i det "typiske" lavterskeltiltak.

Under samlingen på Gardermoen ble definisjonen av "fast bruker" diskutert i plenum, og det kom fram at hva som regnes som en fast bruker varierer mye fra tiltak til tiltak. Enkelte rusmiddelbrukere er innom flere ganger i uken, andre én gang i måneden, for så kanskje å holde seg borte fra tiltaket/reise bort i perioder, være innlagt i spesialisthelsetjenesten, være under soning etc. Vår oppfatning er at en person som jevnlig er innom tiltaket i løpet av en periode på to måneder kan være en "fast" bruker, men dette vil som sagt ikke passe i alle lavterskeltiltak. Av tabellen under ser vi at antallet faste brukere av lavterskeltiltakene har økt jevnt i perioden 2001-2006. Den samme tendensen gjelder for gjennomsnittlig antall henvendelser i tiltaket for hvert av årene.

Tabell 3.2 Gjennomsnittlig antall faste brukere av tiltakene hvert år i perioden 2001-2006.

År	Gjennomsnitt	Median
2001	79	-
2002	102	20
2003	130	30
2004	141	50
2005	167	58
2006	170	78

Tabell 3.3 Gjennomsnittlig antall henvendelser i tiltakene hvert år i perioden 2001-2006.

År	Gjennomsnitt	Median
2001	1 756	-
2002	2 264	168
2003	2 551	775
2004	2 954	1 280
2005	3 377	1 849
2006	3 527	2 323

## 3.2 Organisering og samarbeid

På spørsmål om tiltaket er integrert i de ordinære helse- og sosialtjenestene i kommunen, eller om det er organisert som en egen enhet, svarer langt de fleste tiltakene at de er integrert i den ordinære helse- og sosialtjenesten. En oversikt over hvordan lavterskeltiltak i de ulike kommunene er organisert, fremkommer i tabellen under:<sup>20</sup>

Tabell 3.4 Tiltakenes organisatoriske plassering.

Kommune	Organisatorisk plassering
Arendal	Gjennomførte i 2005 en omorganisering, og det ble etablert en <i>Miljøarbeidertjeneste</i> bestående av Fengselshelsetjenesten, Feltsykepleien og Miljøarbeidertjenesten. Miljøarbeidertjenesten ligger under Sosialt Nettverk i kommunen, og har felles leder med bakgrunn i Fengselshelsetjenesten og Feltsykepleien.
Asker	Organisatorisk tilknyttet sektor Helse og sosial. Resultatenhet Helseavdelingen med kommuneoverlege som resultatenshetsleder.
Bergen_1	Strax-huset er en bydekkende enhet organisert i linje under kommunaldirektør for helse og omsorg i Bergen. Tiltaket er en del av den totale tjenesteytingen til rusmiddelavhengige i kommunen, og er integrert i Helse- og sosialtjenesten i Bergen.
Bergen_2	Egen enhet integrert i Utekontakten. Organisert under Byråd for helse og omsorg.
Bodø	Egen enhet ved Helse og sosialavdelingen: Helsekontoret - Prinsen helsestasjon.
Bærum	Egen enhet på Boligkontoret med Boligsjefen som nærmeste leder.
Drammen	Organisert under Senter for rusforebygging i kommunen (Rustjenesten).
Fauske	Organisatorisk under Resultatenhet helse.
Fredrikstad	Plassert i samme virksomhet som legetjenesten, fysioterapi og ergoterapi - som prosjekt direkte under virksomhetsleder.
Gjøvik	Eget prosjekt i Seksjon helse.
Haugesund	Organisert i enheten Helse- og forebygging.
Innherred	Slått sammen organisatorisk med rehabiliteringshuset (no. 46) som er et rusprosjekt i samkommunen (Innherred, Levanger og Verdal). Administrativt ligger Helsestasjon Rus under Ressurssenter helse, omsorg og velferd.
Karmøy	Organisert som en avdeling i Sosialtjenesten: Helsestasjon rus (inkluderer Lavterskel og LAR).
Kristiansand	Organisert i Samfunnsmedisinsk enhet (kommunelegene m.m.). Geografisk plassert sammen med rustjenesten RISK.
Larvik	Organisert under Oppfølgingsteamet i Sosialtjenesten.
Lier	Organisert i sosialtjenesten, og samarbeider tett med ambulant team.
Nedre Eiker	Eget prosjekt i Sosialtjenesten underlagt Helse- og sosialetaten.
Nesodden	Organisert i Psykisk helse fra 01.01.07. Tidligere helseavdeling som egen enhet.
Odda	Feltsykepleien ligger under Helseavdeling for forebyggende og omsorgsgivende tjenester innen avdeling for rusomsorg.
Os	"Baksio" er organisert i Eining for psykiatriske og sosiale tjenester, hvor tiltaket er lagt inn under sosialtjenesten. Denne organiseringen skal endres i løpet av året. Da går tiltaket inn under enhet for psykisk helsearbeid.

<sup>20</sup> For de fire tiltakene som ikke har besvart kartleggings skjema er informasjon hentet fra dokumentasjon som tiltaket har sendt Sosial- og helsedirektoratet.

Kommune	Organisatorisk plassering
Oslo	Organisert under Rusmiddeletaten.
Porsgrunn	Organisert i virksomhet for psykisk helse og rusomsorg.
Sandefjord	Organisert under Helseseksjonen. Sosialtjenesten, rusteam og Psykiatritjenesten er samorganisert i samme lokaler som LAV-tilbudet – kalt Sosialmedisinsk senter.
Sandnes	Organisert som egen frittstående enhet, privat stiftelse. Kommunen har representanter i styret.
Sarpsborg	Avtale med Varmestua om miljøarbeider. Samarbeid med lege, helsesøster, sosionom som er integrert i øvrig helse- og sosialtjeneste.
Skien	Organisatorisk tilknyttet Helseavdelingen.
Stavanger	Tiltaket er organisert under Rehabiliteringsseksjonen. Virksomhetsleder er ansvarlig for driften.
Stord	Organisert i eining Sosial og førebyggjande tenester.
Tromsø	Tiltaket er plassert som del av Helsetjenesten ved Sosialmedisinsk senter. Helsetjenesten er organisatorisk plassert under Allmennlegetjenesten i kommunen. I tillegg til Helsetjenesten består SMS av en sosialtjeneste, fysioterapeut og en ruspoliklinikk.
Trondheim	Tiltaket ligger under Helse-Velferd Midtbyen Oppfølging, som igjen ligger under Rådmannen.
Tønsberg	Organisert i virksomhet Helse, sammen med andre smitteverntiltak. Samme virksomhet som rus/psykiatrisk team.
Ullensaker	Tiltaket er organisert under enhet for bolig, bistand og kvalifisering - i Sosialtjenesten.
Øvre Eiker	Eget prosjekt/tiltak i Sosialtjenesten underlagt Helse- og sosialseksjonen.

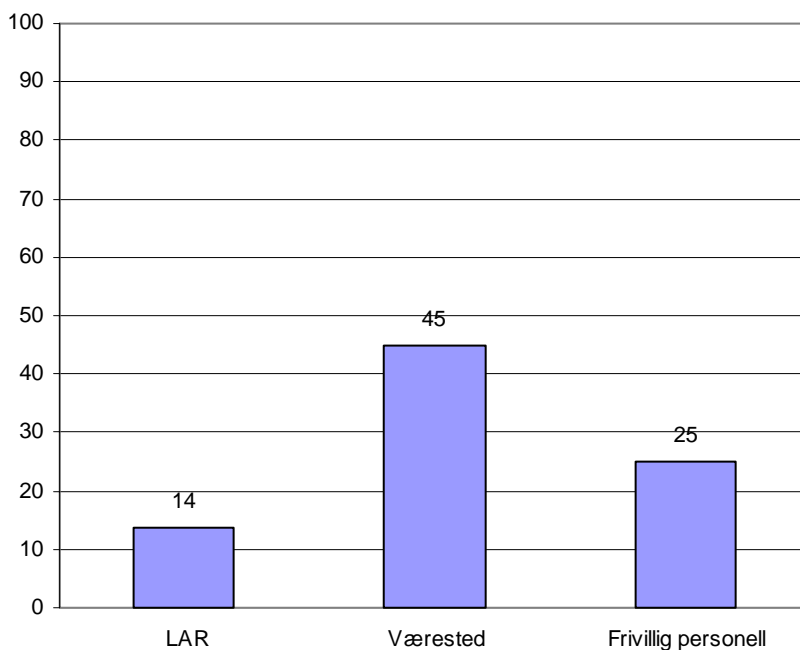
### 3.2.1 Tiltaksprofil og integrering i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Lavterskel helsetiltak for rusmiddelbrukere er først å fremst rettet mot personer som ikke greier å nyttiggjøre seg av ordinære sosial- og helsetjenester, og tiltakene er ment å fungere som inngangsport til det ordinære tjenestetilbudet i kommunene. Blant rusmiddelbrukerne som befinner seg i målgruppen for lavterskeltiltakene vil det også være individer som allerede har blitt, burde vært, eller kommer til å bli utredet for opptak i LAR. Vi skal se av kapittel 5, brukerkartleggingen, at omlag en av tre brukere av LAV er LAR-klienter.

I samtaler med representanter for lavterskeltiltakene, og ved besøk i utvalgte tiltak, er også inntrykket at mange av lavterskeltiltakene daglig er i kontakt med rusmiddelbrukere som befinner seg på ulike stadier i en LAR-prosess. Bruk av illegale stoffer, behov for lett tilgjengelig helsehjelp og kontakt med omgangskrets kan være noen eksempler på hvorfor LAR-pasienter oppsøker lavterskeltiltakene. Senere i dette delkapitlet skal vi også se at 46 prosent av tiltakene i kartleggingen svarer at LAR-tiltak er en svært viktig samarbeidspartner, mens 27 prosent vurderer LAR til å være *litt viktig* i samarbeidsøyemed.

I kartleggingsskjemaet ble tiltakene spurt om de er integrert i Legemiddelassistert rehabilitering, om tiltaket er organisert som værested for målgruppen og om det er knyttet frivillig personell til tiltaket. Responsen er gitt i figur 3.3.

Figur 3.3 Integrering i LAR, tiltaksprofil og frivillig personell i tiltakene. Prosent.



Det er 14 prosent, det vil si fire av de 29 tiltakene, som svarer at er integrert med LAR, legemiddelassistert rehabilitering. Videre er det 45 prosent (13 tiltak) som oppgir at de er organisert som værested for målgruppen. Seks av disse gjør bruk av frivillige (totalt er det 25 prosent, det vil si 7 tiltak som gjør bruk av frivillige). At de er organisert som værested betyr imidlertid ikke at de ikke også har fokus på helse. Det har alle, men noen av dem har mindre fokus på helse enn det som er vanlig innen tiltak av typen: feltpleiekontor eller helsestasjon.

Det er vanlig at væresteder gjør bruk av frivillige. I en kartlegging i Danmark fant man at omlag halvparten av værestedene er hadde frivillige knyttet til seg (Grytnes et al., 2002). Av de 7 tiltakene i evalueringen som hadde frivillig personell, varierte antallet timer fra 2 timer i uken til hele 136 timer i uken. Den midterste observasjonen i en ordnet rekkefølge (medianen) gir 3 timer per uke med frivillig innsats.

### 3.2.2 Samarbeid med andre tjenestetilbud

For å avdekke hvorvidt, og med hvilke tjenester lavterskeltiltakene samarbeider, ble de bedt om å vurdere hvor viktig en rekke aktuelle ordinære tjenestetilbud er i tiltakets arbeid. Resultatet er gitt i tabellen under.

Tabell 3.5 Dersom lavterskeltiltaket samarbeider med andre tjenester/tilbud, hvor viktige er disse i tiltakets arbeid? Resultater oppgitt i prosent.

	Svært viktig	Litt viktig	Mindre viktig	Uaktuell	Sum (pst.)	Antall tiltak som har besvart spørsmålet
Sosialtjenesten	83	14	3	0	100	29
Tannhelsetjeneste	66	24	3	7	100	29
Kommunalt rusteam	54	8	8	30	100	26
Spesialisthelsetjeneste	46	31	19	4	100	26
LAR-tiltak	46	27	19	8	100	26
Kommunal psykiatritjeneste	35	48	14	3	100	29
Frivillig Organisasjon	26	44	22	8	100	27
Fengselstjenesten	15	35	27	23	100	26
PUT	17	25	25	33	100	24
Kriminalomsorgen	8	20	52	20	100	25

Hele 83 prosent av tiltakene oppgir at Sosialtjenesten er en *svært viktig* samarbeidspartner. Kun tre prosent svarer at denne er *mindre viktig*. Tannhelsetjeneste og kommunalt rusteam kommer som henholdsvis nummer to og tre av de tjenestene som anses som *svært viktig* samarbeidspartnere i tiltakenes arbeid. Videre ser vi at LAR-tiltak og spesialisthelsetjeneste også kommer langt opp på listen over *svært viktige* samarbeidende instanser. Kommunal psykiatritjeneste, frivillige organisasjoner og Fengselstjenesten er de tre tjenestene som flest tiltak oppfatter som *litt viktige*, mens over halvparten av de som har besvart dette spørsmålet mener at Kriminalomsorgen er en mindre viktig samarbeidspartner. 30 prosent svarer at kommunalt rusteam er uaktuell i tiltakets arbeid, men her må det tas i betraktning at ikke alle kommuner har et kommunalt rusteam, og at dette kan påvirke svarene i denne kategorien. Hva angår Fengselstjenesten og Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) ser vi at prosentandelene er relativt jevnt fordelt over alle fire svarkategorier, og at graden av samarbeid med disse varierer mye fra tiltak til tiltak.

I tillegg til disse tjenestene har fastlegene selvsagt en sentral rolle. Dette ble også notert av tiltakene i åpen svarkategori i skjemaet. At fastlegene er en viktig samarbeidspartner kommer for øvrig fram i de andre delene av datainnsamlingen; i kartleggingen av brukere av tiltakene (jfr tabell 5.24 og figur 5.2 i kapittel 5) og i fokusgruppeintervjuene med de ansatte i tiltakene.

Av andre tjenester som er viktige oppga tiltakene: barnevern, boligkontor, brukerorganisasjoner, vaksinasjons-/folkehelsekontor, apotek, politi og Utekontakt.

### 3.2.3 Hvilke tilbud får rusmiddelbrukerne i lavterskeltiltaket?

Hvilke tilbud er det som tilbys i de ulike lavterskeltiltakene rundt om i landet, og hvor sentrale er de ulike tilbudene? På bakgrunn av kunnskap om tiltakene, tilegnet gjennom delstudie 1 (dokumentgjennomgang), ble det i kartleggings-skjemaet listet opp en del tilbud som kan inngå i lavterskeltilbudet. Respondentene ble bedt om å vurdere hvorvidt ulike tilbud var å regne som *svært sentralt*, *litt sentralt*, *ikke en del av tilbudet* eller om det *burde vært en del av tilbudet*. Resultatet er gitt i tabell 3.6 under.

Samtlige 29 tiltak som har svart oppgir samtaler som et *svært sentralt* tilbud. 90 prosent av tiltakene svarer at videreformidling til andre tjenester er *svært sentralt*, mens 10 prosent rangerer videreformidling som *litt sentralt*. Andre tilbud som av de fleste tiltakene rangeres som *svært sentrale* er informasjon/råd om helse, smittevern, sårstell,

motivasjon, tannhelse, helsesjekk, vaksinerings, psykisk helse, sosialtjenesten og råd om ernæring/kosthold. Aktivisering og oppfølging av boligsituasjon regnes som svært eller litt sentralt av rundt halvparten av tiltakene, mens henholdsvis 39 og 41 prosent svarer at dette ikke er en del av tilbudet. 14 prosent mener at aktivisering burde vært en del av tiltaket.

Når det gjelder overdoseberedskap svarer kun 18 prosent (5 tiltak), at dette er *svært sentralt*. 25 prosent svarer at dette er *litt sentralt*, mens 46 prosent svarer at overdoseberedskap ikke er en del av tilbudet. 11 prosent, eller 3 tiltak, mener at dette burde vært en del av tiltaket.

Det er svært vanskelig å gi en enkel forklaring på at antallet overdosedødsfall varierer mye fra år til år og fra sted til sted (Tabell 2.1), og klare effekter av for eksempel lavterskeltiltak er vanskelige å måle. To spørsmål i kartleggingsskjema omhandlet antall behandlede overdoser og antall overdosedødsfall i kommunen, men data for disse to variablene var for ufullstendige til å kunne benyttes.

Omlag en tredjedel av tiltakene (10 tiltak) svarer at matsservering ikke er en del av tilbudet. Hos et flertall på 61 prosent oppgis at matsservering er *svært* eller *litt sentralt*. Når det gjelder informasjon om rettigheter svarer alle tiltakene at dette er *svært* eller *litt sentralt*, mens problematikk knyttet til psykisk helse er en svært eller litt sentral del av tilbudet hos 86 prosent av tiltakene.

I kategorien "Annet" fikk vi en del informasjon om andre tilbud som regnes som aktuelle for lavterskeltiltakene. Blant disse var akupunktur, gynekologiske undersøkelser, menneskehandelsproblematikk, uttak av livsnødvendige medisiner og tannpleie.



Tabell 3.6 Hva tilbys i deres lavterskeltiltak, hva er ikke en del av tilbudet, og er det tema man mener burde vært en del av tilbudet? Resultater oppgitt i prosent.

	Svært sentralt	Litt sentralt	Er ikke en del av tilbudet	Burde vært en del av tilbudet	Sum (pst.)	Antall tiltak som har besvart spørsmålet
Samtaler	100	0	0	0	100	29
Videreformidling til andre tjenester	90	10	0	0	100	29
Informasjon/råd helse	86	10	0	4	100	29
Smittevern	83	10	3	4	100	29
Sårstell	79	17	0	4	100	29
Motivasjon	79	21	0	0	100	29
Råd om ernæring/kosthold	65	28	7	0	100	29
Sosialtjeneste	63	0	30	7	100	27
Helsesjekk	62	21	7	10	100	29
Tannhelse	62	17	14	7	100	29
Psykisk helse	55	31	7	7	100	29
Vaksinering	52	28	17	3	100	29
Sosialt samvær	48	30	22	0	100	27
Informasjon om rettigheter	45	55	0	0	100	29
Værested	43	21	22	14	100	28
Matsservering	43	18	36	3	100	28
Førstehjelp	28	50	11	11	100	28
Nettverksbygging	25	36	32	7	100	28
Overdoseberedskap	18	25	46	11	100	28
Oppfølging av boligsituasjon	14	38	41	7	100	29
Aktivisering	11	36	39	14	100	28

### 3.2.4 Kompetansehevende tiltak

På spørsmål om lavterskeltiltaket har hatt oppfølging fra Fylkesmannen, Kompetansesentra for rusfeltet og/eller andre tjenester/fagmiljø som har bidratt til kvalitets- og kompetanseutvikling svarer 16 av 26 (ca. 62 prosent) at de har hatt slik kompetansehevende oppfølging, mens de resterende 10 tiltakene ikke har hatt slik oppfølging.

De som svarte ja på spørsmålet om kompetansehevende tiltak ble bedt om å oppgi *hvilke* tiltak de har deltatt i, blant svarene finner vi følgende utsagn:

- "Del av kvalitetskontroll med hele rusfeltet i kommunen. Systemrevisjon."
- "Deltakelse i Rusforum"
- "Deltar årlig på Rusforum Nordland og andre aktuelle kurs."
- "Ekstern veiledning, kompetanseheving ved Smittevernkontoret og Mikrobiologisk avdeling ved sykehuset."
- "Oppfølging fra Fylkesmannen."
- "Har hatt veiledning med Strax-huset i Bergen, pluss deltatt i kompetanseheving rus/psykiatri ved bergensklinikkene og Høgskolen i Bergen."
- "Hygienesykepleier fra Sykehuset i Vestfold var konsulent i oppbygging av kontor/skiftestue i 2002. Psykiater fra PIV har vært veileder for ansatt i 2 år."
- "Kommunale instanser bidrar i medarbeidersamlinger for de ansatte."
- "Kompetanseheving/kurs i regi av Fylkesmannen og kompetansesenteret Borgestad-klinikken."
- "Kompetansesentre (styringsgruppe) MNK i rusfaget. Kompetansemidler fra fylkesmann gjennom rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell."
- "Lederveiledning i forbindelse med oppstart fra Rogaland A-senter (kompetansesenter) + kompetansehevingsprogram m/tema rus og psykisk lidelse. Veiledning fra POT."
- "Midtnorsk Kompetansesenter for Rusfaget"
- "Veiledning fra Kompetansesenteret for rusfeltet. Samarbeid med Odontologisk institutt, Poliklinikk for seksuelt overførbare sykdommer, Infeksjonsforebyggende helsevernetat og Pro-sentret i Oslo."
- "Vi har tidligere hatt kontakt med kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken i forhold til kurs vedrørende endringsfokusert rådgivning + at vi har deltatt på ulike kurs, konferanser o.l. initiert av Fylkesmannen."
- "Østnorsk kompetansesenter, Folloklinikken, Rusmildeletaten, M.A.R. Oslo."

Kartleggingen har ikke inkludert spørsmål om tiltakenes *behov* for oppfølging.

### 3.2.5 Registrerings- og kontrollrutiner i tiltaket

I kartleggings skjema ble det stilt et åpent spørsmål om hvilke registrerings- og kontrollrutiner som finnes i tiltakene. Vi ser i ettertid at det her kunne og burde vært stilt direkte spørsmål om det føres pasientjournal i tiltaket. 17 av de 24 tiltakene som har besvart dette spørsmålet har imidlertid eksplisitt oppgitt at de fører pasientjournal, og de aller fleste tiltakene oppgir at de har ulike former for registrering av vaksinasjoner, sprøyteutdeling, antall besøk osv. Kun ett tiltak svarer at det ikke eksisterer slike rutiner for selve tiltaket. Blant svarene på spørsmål om kontrollrutiner finner vi følgende utsagn:

- "Alle brukere blir registrert med M for mann og K for kvinne, om brukeren er kjent/ukjent. Hvilke tjenester tar brukeren i mot. Ved sårstell skrives kort rapport. Ved ukeslutt skrives kort rapport. Den daglige registreringen foregår anonymt, ved sårstell skrives det navn."
- "Elektronisk pas.journal ved behov, daglig registrering av all aktivitet. Utarbeidet kvalitetssikringsssystem."
- "Fører daglig statistikk på egne skjema, egne kvalitetssikringsdokument"
- "Pasientjournal, årsstatistikk og årsrapporter. Har egen arbeidsbeskrivelse for tiltakets sikkerhetsrutiner."

- "Registrering av sprøyteuthenting (antall sprøyter, antall utleveringer, kjønn på de som henter, og retur av sprøyter) Vaksinerings registreres. Alle klienter som har vært til konsultasjon hos lege eller sykepleier føres det journal over i Win-med-systemet."
- "Vi har daglige registreringer og rapporteringer fra de ulike tjenestetilbudene, journalskriving både på helse- og sosiale tjenester. Har styringskort der det rapporteres både på tjenesteyting, personal og økonomi knyttet opp sentralt i NN kommune."
- "Vi registrerer nye brukere med navn og alder + registreringsdato. Dsise får et registreringsnummer som vi bruker videre i rapporter. Det blir skrevet dagsrapport for hver åpningsdag + avviksskjema ved hendelser."
- "Ved at sosialtjenesten driver stedet er alle/de fleste registrert og avklart i intern/fagsystemet. Kontroll på at ingen mellom 18-25 år bruker tiltaket. Alle potensielle brukere må gjennomgå kartlegging/samtale."
- "Elektronisk journal. Registrerer videreformidling til øvrig tjeneste (telling)."

Vaksinasjon mot hepatitt, influensa og andre sykdommer synes å være et tilbud de fleste lavterskeltilbudene tilbyr sine brukere/besøkende. Under samlingen på Gardermoen i februar 2007 ble det fra ett av tiltakene ytret ønske om et nasjonalt register (likt SYSVAK/Barnevaksinasjonsprogrammet) for registrering av de vaksiner som blir gitt både i lavterskeltiltakene og hos andre (fastlege, spesialisthelsetjeneste etc.). Det kan være problematisk at personell i tiltakene til en hver tid ikke har full oversikt over de vaksiner hver enkelt rusmiddelbruker har fått, og en utfordring er at rusmiddelbrukerne kan ha problemer med å huske når og hvor siste vaksine fant sted, og hvilken vaksine de fikk. Hvis tjenester av typen lavterskeltiltak for rusmiddelbrukere er et tilbud som har kommet for å bli, og eventuelt skal bygges ut i flere kommuner, er ideen om et felles registreringssystem et innspill som er verdt å ta med seg videre i arbeidet med å utforme gode kontroll- og registreringsrutiner. I følge opplysninger gitt etter samtale med Folkehelseinstituttet 22. mai 2007 skal et registreringssystem for vaksinasjoner av voksne opp til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av 2007.

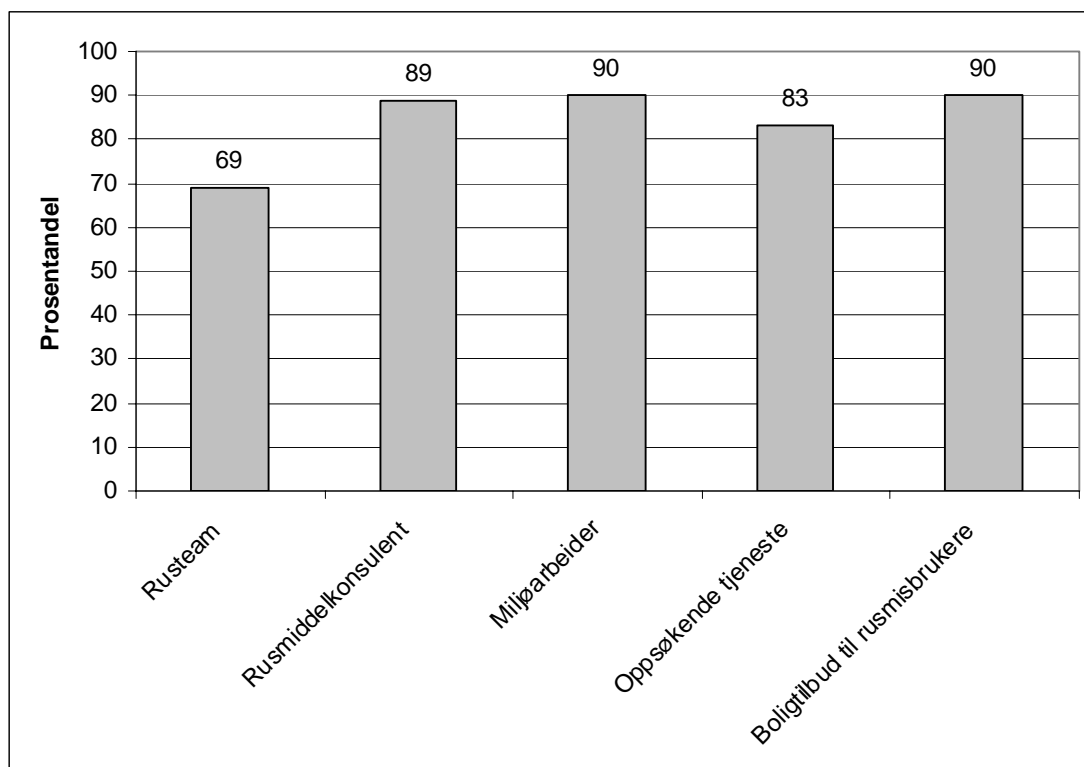
### 3.3 Kommunens organisering av arbeidet med rus

Når det gjelder kommunenes organisering av det ordinære rusarbeidet svarer 86 prosent av tiltakene at deres kommune har andre tiltak som retter seg mot samme målgruppe som lavterskeltiltakene. Blant slike andre tiltak nevnes boligoppfølging, ambulerende team rus/psykiatri, arbeidsgrupper, dag/natthjem, dagtilbud til LAR-brukere, arbeidstrening, aktivitetssenter og varmetuer i regi av for eksempel Kirkens bymisjon, Blå Kors og Frelsesarmeen.

I figur 3.4 under ser vi at 31 prosent (8 av kommunene) ikke har eget rusteam, mens rundt 90 prosent av de tiltakene som har besvart dette spørsmålet bekrefter at kommunen har rusmiddelkonsulent, miljøarbeider og boligtilbud for rusmiddelbrukere. 83 prosent, eller 24 av 29 tiltak svarer at kommunen har oppsøkende tjeneste som del av sin organisering av det ordinære rusarbeidet. Videre finner vi at 5 av de 29 tiltakene som har svart på spørsmålet om etablering av nye arbeids- og velferdsetaten (NAV), rapporterer om at deres kommune *har* etablert NAV-kontor. Dette gjelder kommunene Bergen, Trondheim, Fauske, Verdal og Lier.

Det hadde vært interessant å analysere eventuelle systematiske sammenhenger mellom kommunens organisering av rusarbeidet og organiseringen av det øvrige tjenesteapparatet, men dessverre har vi et for lite utvalg og få egnede variabler til å kunne teste aktuelle hypoteser ved hjelp av regresjonsanalyse. Forhåpentligvis vil fremtidige evalueringer av etableringen av NAV-kontor kunne si noe om eventuelle konsekvenser omstruktureringen av tjenesten har hatt for rusmiddelbrukere.

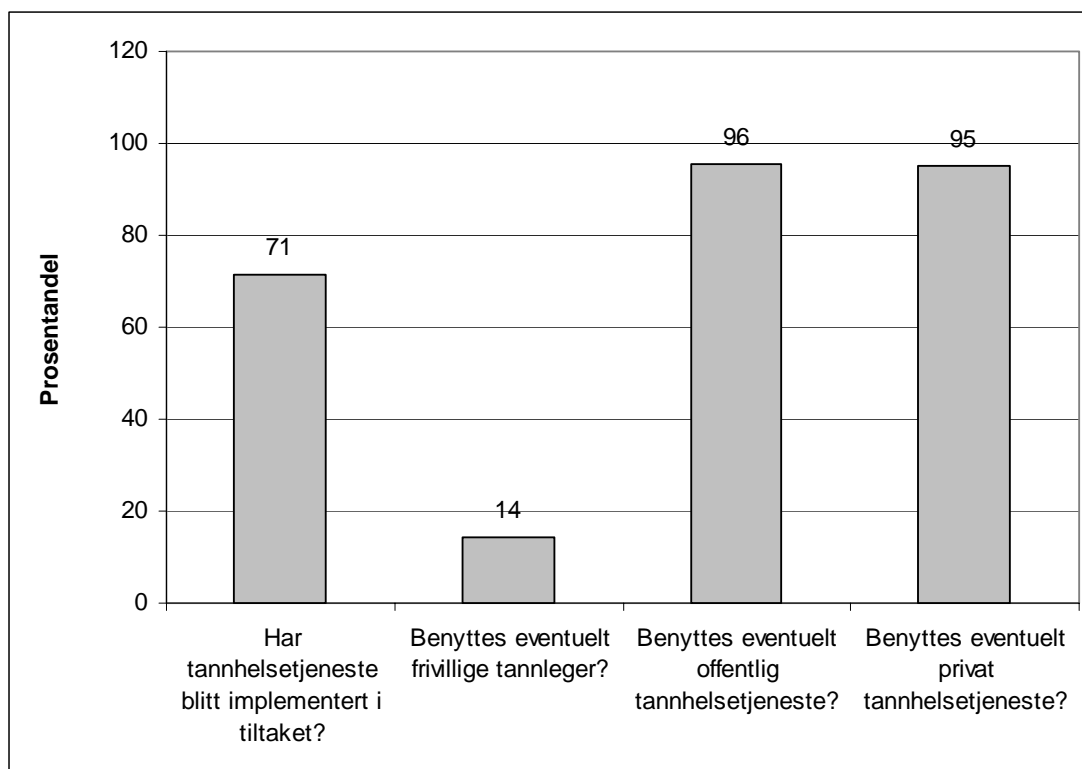
Figur 3.4 Tiltakskommunenes øvrige tjenester til rusmiddelmisbrukere. Prosent av tiltakene som har bekreftet at kommunen har den aktuelle tjenesten.



### 3.4 Tannbehandling i lavterskeltiltakene

Fra og med 2005 har lavterskeltiltakene hatt mulighet til å søke Sosial- og helsedirektoratet om ekstra midler øremerket tannhelsetiltak for målgruppen. I kartleggingen svarer 20 av 28 tiltak at tannhelsetjeneste er implementert i tiltaket, mens altså 8 av 28 tiltak ikke har implementert tannhelsetjeneste. Av figur 3.5 går det fram at kun 2 av 14 tiltak (14 tiltak har svart på dette delspørsmålet) har tilgang til frivillige tannleger. For øvrig ser det ut til at privat og offentlig tannhelsetjeneste benyttes i like stort omfang – omlag 95 prosent av de som har implementert tannhelsetjeneste i tiltaket benytter seg av private og offentlige tannhelsetjenester.

Figur 3.5 Tannbehandling i lavterskeltiltakene. Prosent av tiltakene som har svart ja.



Antallet personer som har mottatt tannhelsetjenester i lavterskeltiltakene siden etableringen i 2005 på nasjonalt nivå er 858 i følge de 23 tiltakene som har besvart dette delspørsmålet i kartleggingsskjema. Denne variabelen varierer fra 0 til 256, og gjennomsnittet vil påvirkes mye av de to største observasjonene. En rangert fordeling gir oss median lik 15 tannbehandlede personer siden 2005, noe som ser ut til å være en mer representativ sentraltendens.

Gjennom diskusjon med lavterskeltiltakene på Gardermoensamlingen i februar kom det fram at mange av tiltaksrepresentantene syntes retningslinjene for tannhelseprosjektet har vært for vage. Videre var inntrykket at organiseringen av tannhelsetilbudet ved tiltakene og definisjonen av hva som er "nødvendig" tannbehandling varierer mye mellom tiltakene. Dette inntrykket blir bekreftet i kartleggingsstudien. Følgende utsagn (utvalg) er gitt når respondentene blir bedt om å gi tiltakets definisjon av "nødvendig" tannbehandling:

- "At brukeren: - ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, - har tilfredsstillende tyggefunksjon, - kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene."
- "2005 = fullført tannbehandling/full restaurering av tennene. 2006 = akutt ved smerter + 2 timer til kostnadsoverslag og noe behandling."
- "Akutt tannbehandling + at noen få brukere har fått lov til å fikse det som trengtes for å få ok tannhelse."
- "Smertelindring og muligheten for å spise ordentlig mat"
- "Tannpine og langvarig ubehandlede tenner."
- "Ved råte, smerte og skader"
- "Vi har ikke definert "nødvendig" v/NN. Gratis behandling til de som har vedtak fra Boteam, de som har støttekontakt, de som har bodd på natthjem mer enn 3 mnd."
- "Å ha en tannstatus som muliggjør normal tyggefunksjon, er smertefri, estetisk tilfredsstillende."
- "Hjelp til akutte tann smerter, samt koordinere/registrere videre behov for tannhelsehjelp. Gir følge til tannlege."
- "Egendefinert av brukeren."

- "Behandling av akutte tannplager, samt hjelp til å starte tannbehandling ved svært dårlig tannstatus (formidler kontakt m/tannhelsetjeneste, praktisk oppfølging, hjelp til å søke økonomisk stønad til videre behandling)"
- "Akutt tannbehandling, inntil 4000 kroner. Dekker kostnadsoverslag for videre behandling. Hjelper med videre søkeprosess. Følger pasient hvis mulig."

### 3.5 Personell i lavterskeltiltakene i perioden 2001-2006

Samtlige 29 lavterskeltiltak som returnerte kartleggings skjema har fylt ut informasjon om personellsituasjonen i tiltakene de årene tiltaket har vært i drift. Den klart største yrkesgruppen som er representert i lavterskeltiltakene er sykepleiere – og selv om vi ikke spurte eksplisitt om spesialutdannelse, er inntrykket fra samlingen på Gardermoen, og ved besøk i tiltakene, at mange av sykepleierne har videreutdanning og er spesialsykepleiere. Andre yrkesgrupper som er sterkt representert er sosionomer og vernepleiere, samt miljøarbeidere. Flest årsverk finner vi imidlertid i kategorien "Andre". I 2006 var det 31 slike årsverk i de 29 tiltakene som returnerte kartleggings skjema. I denne samlekategorien vil vi finne ansatte som *ikke* er prosjektleder, sykepleier, sosionom, vernepleier, fysioterapeut, lege, tannlege, psykolog, hjelpepleier, miljøarbeider, massør eller akupunktør. Eksempler på "Andre" som tiltakene har oppgitt er merkantilt personell (helsesekretær) og tannpleiere.

Av tabell 3.7 går det fram at antall årsverk i tiltakene på nasjonalt nivå har steget fra 37 i 2001 til 85 årsverk i 2006. Ingen av tiltakene rapporterer å ha årsverk knyttet til yrkesgruppene fysioterapeut, psykolog, massør, akupunktør eller tannlege. I 2006 var det gjennomsnittlig ca. 3 årsverk per tiltak, uavhengig av yrkestittel, og 6,4 årsverk gikk med til administrasjon (inkludert prosjektledelse). Antallet legeårsverk har steget fra 1,5 i 2001 og 2002 til 2,2 i 2006, mens antallet sosionomer og vernepleiere har mer enn doblet seg i den samme perioden, fra 4 til 8,6 årsverk.

Flere av lavterskeltiltakene benytter seg av muligheten til å kjøpe personell på timebasis. Oversikt over slikt kjøp per uke i tiltakene de ulike år, fordelt på yrkesgrupper, er gitt i tabell 3.8. Av figuren ser vi at det er inngått avtaler om kjøp både av administrasjon/prosjektledelse, sykepleiere, fysioterapeuter, leger, tannleger, miljøarbeidere, massører, akupunktører og andre. Mens det i 2001 kun ble kjøpt personell 41 timer i uken i de ulike tiltakene på landsbasis, hadde tallet steget til 517 timer i uken i 2006. Særlig tannlegetimer, administrasjon/prosjektledelse og sykepleiere kjøpes på timebasis. Også flere av tiltakene har massør og/eller akupunktør inkludert i sitt tilbud, men psykologer ikke benyttes i lavterskelarbeidet – i følge de 29 tiltakene som har svart på kartleggings skjemaet.

Tabell 3.7 Antall årsverk i lavterskeltiltakene for ulike yrkeskategorier, nasjonalt nivå, 2001-2006.\*

År	Administrasjon inkl. prosjektleder	Sykepleier	Sosionom/vernepleier	Lege	Hjelpepleier	Miljøarbeider	Andre	Sum årsverk
2001	3,7	9,6	4,0	1,5	1,0	1,6	15,5	<b>37</b>
2002	3,3	17,4	5,5	1,5	1,0	4,7	23,2	<b>57</b>
2003	5,5	21,3	6,8	1,7	1,0	5,0	28,0	<b>69</b>
2004	6,4	29,0	9,1	1,8	1,5	5,3	29,0	<b>82</b>
2005	5,9	30,4	8,6	2,0	1,0	5,5	29,0	<b>82</b>
2006	6,4	30,8	8,6	2,2	1,0	5,6	30,5	<b>85</b>

\*Kategoriene psykolog, fysioterapeut, massør, akupunktør, tannlege og personell fra andre tiltak (for eksempel LAR) er ikke tatt med i tabellen da det ikke ble rapportert om slike årsverk i lavterskeltiltakene (verdi lik 0).

Tabell 3.8 Antall timer personellkjøp per uke for ulike yrkeskategorier, nasjonalt nivå, 2001-2006.\*

År	Administrasjon inkl. prosjektleder	Sykepleier	Fysioterapeut	Lege	Miljøarbeider	Massør	Akupunktør	Tannlege	Andre	Sum timer per uke**
2001	0	0	9,4	12,9	0	9,4	9,4	0	0	<b>41</b>
2002	0	0	9,4	12,4	0	9,4	9,4	0	0	<b>41</b>
2003	0	0	7,5	10,5	60	10,5	7,5	7,5	0,75	<b>104</b>
2004	48	48	7,5	12,5	60	10,5	7,5	7,5	0,75	<b>202</b>
2005	48	48	7,5	12,5	60	9,5	9,5	30,5	9,75	<b>235</b>
2006	168	168	7,5	12,5	60	10,5	9,5	80,5	0,5	<b>517</b>

\*Kategoriene sosionom/vernepleier, psykolog, hjelpepleier og personell fra andre tjenester er ikke tatt med i tabellen da det ikke er rapportert om kjøp av personell for disse yrkesgruppene. \*\*Sum timer per uke kjøpt i alle tiltakene det respektive år.

### 3.6 Lavterskeltiltakets framtid

Foreligger det plan for hvordan kommunen skal følge opp tiltakene når statlige øremerkede midler ikke lenger er tilgjengelig? På dette spørsmålet svarte 18 av 29 tiltak nei, mens de resterende 11 tiltakene svarte ja til at de har en slik plan. Av de som ikke har en slik plan er det bare 4 tiltak som rapporterer at de *ikke* er i dialog med kommunen angående videreføring av drift når statlige midler avvikles. Blant de tiltakene som har en plan for videre drift, svarer to at tiltaket vil videreføres innenfor de rammene de har i dag. Ett tiltak skal implementeres i det tilbudet som ytes i Seksjon psykisk helse i kommunen, mens andre rapporterer at ved kommunal fullfinansiering er det planlagt drift på redusert tid.

Under overskriften, "Tiltakets framtid", ble det i kartleggings skjemaet gitt plass til generelle kommentarer til videreføring av tiltakene. Mens noen responderer med at det vil bli vanskelig å videreføre denne type tiltak uten statlig støtte, mener andre at lavterskeltiltakene er kommet for å bli. Flere ytrer ønske om en klar statlig anbefaling av lavterskeltiltak for rusmiddelmissbrukere, og understreker at det må gis klare føringer til kommunene i forbindelse med eventuelle rammetilskudd. Flere av respondentene svarer at de ser at tiltaket gir nødvendig helsehjelp til de svakest stilte i samfunnet som har vanskelig for å

følge opp avtaler i det ordinære systemet. Fortsatt behov for reduksjon av overdosedødsfall nevnes også som grunn til å videreføre lavterskeltiltak for rusmiddelbrukere, og ett av tiltakene viser til Smittevernlovens § 6-1 *Retten til smittevernshjelp*<sup>21</sup> som argument for at lavterskeltiltak av denne typen bør prioriteres.

### 3.7 Oppsummering – tiltakenes organisering og innhold

På grunnlag av spørreskjema til representanter ved 33 lavterskeltiltak har evalueringsprosjektet kartlagt tiltakenes organisering og innhold. 29 av tiltakene responderte på kartleggingskjemaet innen fristen.

De 33 lavterskeltiltakene som er med i evalueringen mottok til sammen 43,4 millioner kroner i øremerket tilskudd fra Sosial- og helsedirektoratet i 2006. Dette beløpet inkluderer midler øremerket til tiltak som skal bedre tannhelsen hos målgruppen. Tannhelseprosjektet hadde oppstart i 2005.

#### *Lokalisering og tilgjengelighet*

De aller fleste lavterskeltiltakene er lokalisert i sentrum av byene – nært mange av sine potensielle brukere. 62 prosent av tiltakene svarer at de er lokalisert i samme bygg som samarbeidende instanser – deriblant rustjeneste, ruspoliklinikk, legekontor, vaksinasjonskontor, kommunelege, miljøteam, boligoppfølgingsteam, LAR og privat organiserte varmestuer.

Gjennomsnittlig antall timer i uken tiltakene har holdt åpent for publikum har steget med 10 timer fra 2001 til 2006. I 2006 var gjennomsnittlig åpningstid i tiltakene 24 timer i uken, mens medianen lå 2-3 timer lavere per uke sammenliknet med gjennomsnittet. Gjennomsnittlig antall virkedager per år steg fra 103 til 203 fra 2001 til 2006, og økningen har vært jevn over perioden. 61 prosent av tiltakene som responderte rapporterer at de driver oppsøkende virksomhet – i gjennomsnitt ca. 8 timer i uken (median lik 6,5 timer). Også gjennomsnittlig antall faste brukere og antall henvendelser i tiltakene har økt mye i perioden 2001-2006.

#### *Organisering, innhold og samarbeid med øvrige tjenester*

De fleste lavterskeltiltakene er integrert i den ordinære helse- og sosialtjenesten. Fire av 29 tiltak er integrert i Legemiddelassistert rehabilitering, 13 er organisert som værested for målgruppen. Totalt har 7 tiltak frivillig personell knyttet til seg. Seks av disse er organisert som værested. Av de som benytter frivillig personell dreier denne innsatsen seg i gjennomsnitt på rundt 3 timer per uke.

Tiltakene oppgir et utstrakt samarbeid øvrig tjenesteapparat. Hva angår tilbudet til brukerne oppgir samtlige tiltak at *samtaler* er svært viktig. Videreformidling til andre tiltak, informasjon og råd om helse, smittevern, sårstell, motivasjon, tannhelse, psykisk helse og råd om ernæring/kosthold er også svært sentralt.

16 av 26 tiltak har hatt kompetansehevende oppfølging fra Fylkesmannen, Kompetansesentra for rusfeltet og/eller andre tjenester/miljø. Kartleggingen har imidlertid ikke sett på tiltakenes behov for kompetanseheving.

Storparten av tiltakene rapporterer at de fører pasientjournal på spørsmålet om registrerings- og kontrollrutiner i tiltakene. For øvrig registreres blant annet vaksinasjoner, utdeling av sprøyter og henvendelser i tiltaket.

---

<sup>21</sup> I Lov om vern mot smittsomme sykdommer (1994) § 6-1 heter det blant annet: "Den som det etter en faglig vurdering er grunn til å anta er i fare for å bli smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom har rett til nødvendig smittevernshjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp. En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har rett til medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling, pleie og annen nødvendig smittevernshjelp. Smittevernshjelp som nevnt i dette leddet kan ikke nektes med den begrunnelse at det ikke er dekning for utgiftene i vedtatte budsjetter."



De fleste tiltakene (86 prosent) oppgir at deres kommune har andre tiltak som retter seg mot samme målgruppe som lavterskeltiltakene. Blant annet gjelder dette ambulerende rusteam, dag/natthjem, frivillige organisasjoner, arbeidsgrupper og dagtilbud til LAR-klienter.

#### *Tannbehandling i lavterskeltiltakene*

20 av 28 tiltak svarer at tannhelsetjeneste har blitt implementert i tiltaket, og det ser ut til at privat og offentlig tannhelsetjeneste benyttes i like stor grad (omlag 95 prosent). Antallet brukere som har mottatt tannbehandling f.o.m. oppstart i 2005 varierer mye, men median lik 15 personer er sannsynligvis en representativ sentraltendens.

#### *Personell i lavterskeltiltakene*

Sykepleiere er den yrkesgruppen som er sterkest representert i lavterskeltiltakene. For øvrig er det ansatt både prosjektledere, sosionomer, vernepleiere, leger, hjelpepleiere, miljøarbeidere og andre. Antall årsverk i lavterskeltiltak på nasjonalt nivå har økt fra 37 i 2001 til 85 i 2007. Det har også vært en sterk økning i avtaler om kjøp av personell, blant annet av fysioterapeut, massør og akupunktør.

#### *Lavterskeltiltakenes framtid*

Hva skjer når øremerkede statlige midler ikke lenger er tilgjengelig for tiltakene? Omlag en tredjedel av tiltakene svarer at de har en plan for hvordan kommunen skal følge opp tiltaket når øremerkede midler trekkes tilbake. Av de som svarer at de ikke har en slik plan, er det kun 4 som ikke er i noen form for dialog med kommunen om videreføring av drift.

De aller fleste tiltakene har i kartleggings skjemaet benyttet anledningen til å understreke at Lavterskel helsetilbud til rusmisbrukere har effekt, og gir nødvendig helsehjelp til en svak gruppe i samfunnet som har problemer med å benytte det ordinære tjenesteapparatet.



## 4 Fagpersonenes erfaringer i tiltakene

I denne delen skal fagpersonenes erfaringer i tiltakene presenteres og analyseres. I februar 2007 ble representanter fra tiltakene i 32<sup>22</sup> av de 34 kommunene invitert til en felles faglig samling på Gardermoen. Det primære formålet var å få gjennomført datainnsamling gjennom fokusgruppeintervjuer med representanter fra alle tiltakene for å få en oversikt over fagpersonenes erfaringer i tiltakene. De ansatte i tiltakene<sup>23</sup> ble delt i 5 grupper der erfaringer knyttet til blant annet følgende tema ble diskutert:

- Målgrupper i tiltakene
- Effekter for brukernes helse
- Overføring til andre tjenester (samarbeid og koordinering)
- Anbefalinger og råd om veien videre

Ved å få presentert opplegget for evalueringen for fagfolk tilknyttet tiltakene, fikk vi i tillegg til å oppnå en effektiv datainnsamling fra alle tiltakene, også nyttige innspill til gjennomføringen av de øvrige delstudiene<sup>24</sup>. Vi ble kjent med en god del av de personene som jobber i LAV til daglig. Dette vurderer vi i ettertid som svært nyttig og interessant for oss. Det var en relativt stor jobb vi ba fagpersonene om å gjøre i forhold til evalueringen – særlig når det gjaldt delstudie 4 (der vi for øvrig skal ha en ny kartlegging i oktober). I tillegg til at vi behøvde hjelp til utforming av denne delstudien, både praktisk, og for å få et godt spørreskjema, hadde vi også behov for mye "goodwill".

### 4.1 Målgrupper i tiltakene

Lavterskeltiltakene er i utgangspunktet rettet mot personer som har et alvorlig rusmisbruk, og som ikke klarer å benytte seg av ordinære helsetjenester. Spørsmålet er hvordan de ulike tiltakene definerer sin målgruppe, hvem som faktisk benytter tiltaket, om type brukere har endret seg underveis, hva man forstår med *faste* brukere, og om det fins grupper i kommunen som *ikke* nås av tiltaket.

#### 4.1.1 Tiltakene når målgruppen, men er også åpne for andre

Tiltakene oppgir at deres hovedmålgruppe er de tunge og langt komne rusmisbrukerne med et langvarig og intensivt bruk som ikke benytter seg av ordinært tjenesteapparat. Det rapporteres også om en hovedvekt av injiserende brukere. Likevel er ikke dette den eneste gruppen som bruker tiltakene. En ansatt i et tiltak i en av de største byene forklarer sin målgruppe som følger:

---

<sup>22</sup> To av de 34 tiltakene hadde nylig etablert seg, og man så det ikke som hensiktsmessig å inkludere disse i evalueringen.

<sup>23</sup> Av ulike årsaker var følgende tiltak ikke representert på samlingen: Sandefjord, Fredrikstad, Horten, Lier, Asker, Oslo og Øvre Eiker kommune (disse er likevel representert i de andre kartleggingene)

<sup>24</sup> Spesielt fikk vi drøftet spørsmål knyttet til rekruttering av informanter fra brukergruppen, både i delstudie 4 (effekter for brukerne) og 5 (brukernes oppfatninger).

*"Målgruppen er de tunge, injiserende brukere. Vi har stort sett bare injiserende. Det er noen andre også som går hos oss som ikke er injiserende. Det er ikke så mange. De alkoholikerne vi finner på gata, de er vi jo også mye i kontakt med i og med at vi driver mye og jobber på gata. Da er det jo naturlig å tilby de også helsetjenester når vi kommer i kontakt med dem og ser hvilken forfatning de er i. Selv om ikke det er så mange."*

Selv om tiltakene er bevisst den definerte målgruppen for LAV, synes de fleste av dem å praktisere en åpen holdning til hvem som skal få hjelp når de faktisk oppsøker tiltaket:

*"Det er jo de som ikke får tjenestene sine noe annet sted som er hovedgruppa. Men på en måte så blir jo brukerne de som tenker at de har nytte av å komme til oss, sånn er det egentlig hos oss – de som tror at de får noen tjenester som de trenger (...)"*

Mens det generelt er en åpen holdning til hvem som skal få benytte tiltaket, kan man tenke seg at mindre pågang i små kommuner tilsier at man vil være enda mer inkluderende enn tilfellet er i større tettsteder og byer, noe følgende uttalelse gir et eksempel på:

*"Jeg kommer som sagt fra en relativt liten kommune da, og målgruppen blir jo kanskje deretter. Jeg har i hvert fall ikke avvist noen, sånn at jeg har... vi når absolutt de som er tunge rusmisbrukere, og på illegale stoffer, men vi har jo ikke sagt at: "du røyker bare litt hasj, så du får ikke lov å komme". Altså, har folk et behov for å ta kontakt med den tjenesten jeg representerer, så skal de få lov til det. Ja, sånn at det er klart vi når... samme med alkohol, de gamle alkoholikerne, de har vi selvsagt også prøvd og tatt tak i."*

Hvor åpen tiltakene kan være overfor andre enn den primære målgruppen vil man anta er avhengig av den kapasitet tiltaket har for å ta imot folk, og gi dem et tilbud og en oppfølging. Det er imidlertid ingenting i vårt datamateriale som tyder på at noen av tiltakene velger en restriktiv holdning, basert på liten kapasitet i tiltaket. Dette til tross for at enkelte tiltak påpeker at bemanningen er for lav i forhold til de oppgaver de har.

Selv om man praktiserer åpenhet, både overfor primærmålgruppen og andre, påpeker de ansatte i tiltakene at det også er personavhengig om man når målgruppen eller ei, ettersom kontakten mellom fagperson og bruker ofte er viktig. Det er gjerne basert på et tillitsforhold at rusmiddelbrukere faktisk velger å bruke tiltaket. Det nevnes sågar eksempel på at man kan følge ulike besøksfrekvenser, basert på hvem av de ansatte som er tilstede på de ulike dagene.

#### 4.1.2 Man når de eldre og slitne, men de yngste får også hjelp

Det er naturlig nok ingen av tiltakene som praktiserer en øvre aldersgrense. Vi skal se i neste kapittel, som rapporterer fra brukerkartleggingen, at gjennomsnittlig alder i tiltakene er 38,6 år. Nedre aldersgrense er 18 år i de fleste tiltakene.

Oftest blir de yngste, i tillegg til eventuelle rusmiddelbrukere under 18 år som måtte komme innom, loset videre i til andre, og mer passende tjenester. LAV er imidlertid avhengig av at andre tjenester tar imot, og tilbyr en relevant oppfølging. I noen grad fungerer imidlertid lavterskeltiltaket som en tjeneste som også yngre rusmisbrukere bruker jevnlig, og antagelig i større grad enn intensjonen med lavterskel helsetiltak var, slik følgende utsagn fra to forskjellige tiltak bekrefter:

*"Intensjonen i 2000, det var jo langt komne rusmisbrukere. Det var målgruppen. De som ikke benyttet seg av det ordinære tjenesteapparatet. Men en annen ting er jo om det er virkeligheten i dag. Det er vel tenkningen i bunnen, men vi har kontakt med unge rusmisbrukere helt ned i... i alle fall 19, 18 - som er i alle fall rusmiddelmissbrukere, men som en ikke nødvendigvis vil kalle tunge."*

Noen tiltak tar også imot brukere under 18 år:

*"Hvis det kommer en gutt som er under 18 år, og det er ingen som vet om han er rusavhengig, så snakker vi jo med dem, og spør hva det går i, og da kan vi henvise til en annen instans, der hvor vi mener de hører hjemme, og gjør en avtale med de utenom åpningstid, for å høre hvordan det egentlig går med dem. Vi avviser ikke fullt ut, men..."*

“Dilemmaet” i forhold til opprinnelig målgruppe for lavterskeltiltakene er at de yngre rusmiddelbrukere gjerne ikke er i kategorien *tunge* brukere. En representant for et tiltak i en av de største byene sier det slik:

*“Det er klart at mange av de (unge) er jo ikke..., vil jo ikke kalles tunge rusmisbrukere. Det vil de ikke. De defineres vel ikke inn i den lavterskelgruppa. De defineres vel som noe annet, og det er klart at noen av dem vil selvfølgelig kanskje havne der etter hvert, hvis det går den veien.”*

På den annen side er det nok i mange tilfeller en høyere terskel for yngre rusmiddelbrukere å oppsøke et lavterskeltiltak, nettopp fordi de som går der gjerne er eldre og mer belastet, og representerer en gruppe som de yngre ikke ønsker å identifisere seg med. Spesielt i mindre kommuner risikerer man å bli stigmatisert. En ansatt i et tiltak som drives som helsestasjon på et mindre sted bekrefter dette:

*“Vi som driver helsestasjonen opplever vel det at yngre brukere vegrer seg litt for å ta kontakt med oss, og det er fordi helsestasjonen ligger her (på et mindre sted). Tettstedet har 7000 innbyggere, og er litt sånn gjennomsiktig samfunn, ikke sant. Folk ønsker å være anonyme, og det ligger jo ganske nært en større by, så det er lettere å kanskje gå og hente utstyr og sånne ting der.”*

Man kan også tenke seg at terskelen for å oppsøke LAV blant yngre er høyere der tiltaket er lokalisert i tradisjonelle væresteder, drevet av frivillige organisasjoner. Det er 13 (45 %) av LAV-tiltakene som oppgir at de er organisert som værested for brukerne (jfr figur 3.3). Litt avhengig av hvor etablerte væresteder dette er, og hvordan det har blitt drevet, vil dette gjerne være steder som yngre personer uten store rusproblemer ikke vil identifisere seg med. Følgende informant beskriver nettopp dette, men ser det som en utfordring å nå de unge også:

*“De som alle ser, og som alle vet om, de går til oss. For det er deres plass. Og vi ser nå at det er tendenser til at de som er yngre ikke identifiserer seg med den gruppen. Derfor velger de å ikke bruke vårt tilbud, for da blir de sett på som disse her gamle. Der ligger vår utfordring, og på en måte jobbe annerledes for å treffe de mellom 18 og 25.”*

De yngste vil ikke være i den primære LAV-målgruppen, men tiltakene oppfatter det som en del av sin oppgave å ta seg av denne gruppen også – enten ved å jobbe annerledes, slik informanten over nevner, men i det minste i form av overføring til mer relevante tjenester, som vi kommer tilbake til.

#### 4.1.3 LAV-tiltakene inkluderer LAR-klienter

Tre av fire tiltak (Tabell 3.5) oppgir i kartleggingen at samarbeidet med LAR er svært viktig eller viktig. Fire av LAV-tiltakene er også lokalisert sammen med LAR (Figur 3.3). For øvrig skal vi se av neste kapittel at en av tre LAV-brukere også er LAR-klienter.

Mens noen av tiltakene representerer et tilbud også til rusmiddelbrukere som har blitt inkludert i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) definerer andre et klart skille mellom LAV og LAR. Sistnevnte bestemmer at de ikke representerer et tilbud til LAR pasienter, først og fremst fordi disse har, eller skal ha, en egen oppfølging. Videre fordi de skal være rusfrie, og skal dermed ikke ha de samme behovene, relatert til sprøyteutdeling, behandling av sår etc. som tilfellet er blant LAV-brukere.

Å avvise personer som oppsøker tilbudet kan være vanskelig å praktisere, og trolig er det vanskeligere i de tilfellene der tiltaket er et værested med matsservering. Flere velger å ikke problematisere det at de holder døra åpen for begge gruppene. Følgende uttalelser illustrerer dette:

*“(...) vi tar ikke og hiver noen på dør, og (...) det er jo blanding, LAR og LAV, ikke sant. Det er ikke enkelt, men vi stenger ikke dørene for noen.”*

Vi finner imidlertid eksempel på tiltak som opprinnelig var rettet både mot LAV og LAR-brukere måttet endre denne praksisen:

*"Vi har to avdelinger: LAR, og oss som driver med lavterskel. I begynnelsen var dette i skjønn forening. Men etter hvert så vi at de som var i LAR "spiser" så mye (ift at de trengte alt mulig, og egen sykepleier etc.) at de som var aktiv rusavhengig blei skvisa vekk. Så vi delte oss fysisk. (...). Dersom vi ikke har noen sperre, så holder vi ikke hjelpeapparatet ansvarlig... dersom vi tillater at LAR pasienter skal fortsette å få hjelp hos oss. Hjelpeapparatet er ikke gode nok. Vi må presse at de tar "resten" – alt det som det innebærer av oppfølging. Vi har gitt hjelp dersom det er helt spesielle ting. "*

Man kan hevde at en årsak til at brukere som får legemiddelassistert rehabilitering fremdeles oppsøker LAV ikke får et godt nok rehabiliteringstilbud i kommunen. Videre kan det være et dilemma for tidligere rusmiddelbrukere som har blitt inkludert i LAR å fremdeles være en del av miljøet i lavterskeltiltaket - et dilemma knyttet til det å holde seg unna illegale stoffer. De makter gjerne ikke å etablere et nytt nettverk og miljø utenom rusmiljøet, som nettopp LAV representerer i kommunen. LAV-tiltaket på sin side ser det gjerne som sin plikt å fortsette å ha omsorg på ulik vis overfor disse, slik følgende uttalelse gir eksempel på:

*"Vi har med LAR-brukere. Mange av disse forblir i rusmiljøet. (...) De er ensomme, og de er hjemme hos oss. De trenger at vi åpner dører etc,... psykososiale ting, og så plutselig så er det en abscess.. Det er ingen konflikt mellom disse brukerne."*

Om det ikke er konflikt mellom brukerne, kan man i verste fall tenke seg at lavterskeltiltaket bidrar til at brukeren forblir i sitt gamle misbruksmønster. Det å slutte å oppsøke LAV kan være en følge av ønske om endringer i livet:

*"Vi har ikke skilt mellom LAV og LAR (...) Men vi hører at de sier at de ikke vil komme mer fordi de gjør endringer i livet sitt."*

Videre er det en kjensgjerning at en del LAR-klienter bruker illegale stoffer, noe som gjør at han eller hun har et reelt behov for LAV. Uansett er det en umulig oppgave for lavterskeltiltaket å praktisere et helt klart skille her. Det realistiske er at det ofte vil være glidende overganger mellom LAR og LAV, slik følgende utsagn er et eksempel på.

*"Vi ser det ikke som vår oppgave å problematisere i forhold til LAR. Dersom personen vet med seg selv at han vil trenge en sprøyte, synes vi det er fint at han tar ansvar og kommer innom og ordner dette uten å ta sjanser. Vi er ikke den instansen som skal problematisere (...)."*

Det er kjent at LAR praktiseres ulikt fra kommune til kommune i den forstand at det varierer hvor mye rehabilitering tilbudet innebærer. Lavterskeltiltaket vil påvirkes av hvordan LAR praktiseres. Selv om tiltakene oftest lar brukerne selv avgjøre om de har behov for LAV, gis det uttrykk for at det er et problem dersom ikke vellykket LAR-rehabilitering tar av ressursene som var tiltenkt de som er i aktiv rus.

#### 4.1.4 Fleksible tiltak, som justerer fokus i forhold til "markedet"

Det er et hovedinntrykk at lavterskeltiltakene er svært fleksible på flere måter enn å være åpne og inkluderende overfor flere enn den definerte målgruppen. I tillegg virker det som de har evnen til å gjøre endringer underveis, slik at tilbudet blir enda mer aktuelt og spisset i forhold til det man ser er behovet i kommunen. Følgende utsagn illustrerer dette:

*"Vi har tatt direktoratets retningslinjer bokstavelig, og sagt at det er de tyngste rusmisbrukere, og fokus på helsebiten. Etter hvert har vi utvidet litt – det går på mer kontakt med ungdomshelsestasjonen – som kan være mer av forebyggende art. Vi har unge som er langt komne."*

*"(...) jeg vil ha oss ut på gata, og mer synlig i bybildet, og det er litt fordi vi har et kjempeproblem i byen vår i forhold til unge som er på vei ut i et veldig heftig rusmissbruk. (...) Hovedmålgruppen er den samme."*

*"Fokuset er etter hvert mer på yngre, kvinner, seksuelt overførte sykdommer hos begge kjønn. Det første fokus har blitt utvida fordi vi har nådd det første målet, og nå går vi videre."*

Lavterskeltiltakene virker å ha en relativt viktig rolle som kartleggere av utviklingen innen rusmiddelbrukermiljøet i kommunene. Ved å ha kontakt med deler av miljøet, og eventuelt å være ute på gata, på hjemmebesøk etc. får man en viss oversikt over hva som fins av problemer i kommunen, omfanget av problemene, og hvor man bør sette inn støtet. Denne rollen som "barometer" kunne kanskje utnyttes i større grad ved å bruke lavterskeltiltakene til å foreta mer systematiske undersøkelser/ kartlegginger med jevne mellomrom i kommunen. Noen steder gjøres dette allerede på en veldig god måte, og det skrives rapporter, slik at kunnskapen kommer andre til gode. På den andre siden er det et poeng at en rolle som kartleggere ikke overskygger det tillitsforholdet som eksisterer mellom fagfolk og brukere.

Noen steder er forholdet til brukerne også av en slik art at viktig informasjon om hva som er på "markedet" i byen til enhver tid tilflytter dem som jobber i lavterskeltiltaket, slik følgende utsagn illustrerer:

*"Brukerne kommer til oss og sier fra når det for eksempel er amfetamin i byen, så får vi vite det med en gang. Og de kommer til oss og forteller, slik at vi kan gå rundt og informere andre, nå må dere passe på. Store mengder illegale tabletter for eksempel, så varsler de med en gang. Og vi har aldri fått noen negative reaksjoner av brukerne av at det er så mye i media, tvert i mot egentlig."*

#### 4.1.5 Personer innen målgruppen som ikke nås i tiltakskommunene

De fem fokusgruppene i datainnsamlingen på Gardermoen ble spurt om det fantes grupper innen den definerte målgruppen som ikke nås i den enkelte kommunen, og hvem dette i så fall dreier seg om.

Generelt oppgir de ansatte i tiltakene at det få kvinnelige rusmisbrukere som benytter lavterskeltiltakene, og at det er svært få innvandrere. Sannsynlig årsak til at kvinner ikke bruker tiltakene er egne barn, og at tiltakene har plikt å melde fra til barnevernet dersom de ser brukere som ikke tar seg av sine barn. Når innvandrere ikke benytter tiltakene handler dette om flere forhold. Ifølge de tiltaksansatte er det ikke så vanlig i disse gruppene å injisere, og dermed har man ikke behov for å bytte sprøyter. Man røyker eller bruker khat. I tillegg er det kanskje i større grad forbundet med skam å vise at man har et rusproblem.

Det varierer i hvilken grad tiltakene jobber oppsøkende. 61 prosent oppgir at de driver oppsøkende. Det varierer også hvor mange timer dette dreier seg. Gjennomsnittlig antall timer per uke det drives oppsøkende virksomhet var omlag 8 timer (medianen er 6,5 timer).

Når det drives oppsøkende virksomhet i tiltakene opplever de ansatte at man når personer som er tydelige som rusmiddelbrukere, og som ikke nås av andre tjenester.

*"(...) jeg tror vi profiterer mye på at vi er på gata og har god oversikt. Og det er de her med tunge psykiatriske diagnoser, schizofrene, tunge rusmisbrukere, som andre har vanskelig for å nå og se, og de ser vi, (...)"*

De som faller utenfor lavterskeltiltakenes nedslagsfelt i den oppsøkende virksomheten, og som av ulike grunner ikke fanges opp av fastlege eller andre – de som skjuler sitt misbruk, kan holde på i årevis uten at noen er oppmerksomme på det. Strengt tatt faller de utenfor LAV-tiltakene, men så lenge ordinære tjenester ikke er oppmerksomme på dem kan man si at de indirekte faller inn under LAV-tiltakenes "område". I alle fall skaper det et visst dilemma hos de som jobber i tiltakene, slik følgende informant illustrerer:

*"... vi har snakket om at en del av de som bruker stoff definerer seg ikke selv som tunge stoffmisbrukere. De klarer å forholde seg til sin fastlege for eksempel. (...) det betyr at mange av de kan fortsette sitt misbruk uten at noen tar tak i det, for hvis ikke fastlegen kjenner den her personen veldig godt, og har innsikt i hva den der personen holder på med, så kommer det ikke frem. Man kan gå hos sin fastlege i årevis, og så kommer de til oss, og så blir det avdekt, sånn at det er også en gruppe som kanskje man kunne tenkt litt på. Men*

*det er klart – de kommer heller ikke inn under tunge injiserende misbrukere nødvendigvis, og det er jo akkurat den der definisjonen som er litt vanskelig.”*

Vi har allerede diskutert gruppen mellom 18 og 25 år. Mens de fleste tiltakene har en nedre aldersgrense på 18 år, har mange en mer eller mindre bevisst rolle i forhold til de yngste brukerne, samtidig som de er bevisst på å henvise til andre tjenester. Andre tiltak har hatt en økende rolle overfor denne aldersgruppen etter hvert som man har fått oversikt over den opprinnelige hovedmålgruppen, og har skapt et stabilt tilbud til dem. Følgende uttalelse illustrerer dette:

*“Vi har jo da hatt en snittalder fra starten på overkant av 30 år, den har gått litt ned de siste årene, så vi har litt yngre brukere. Det som vi ser er at utfordringen vår er å nå kanskje flere av de mellom 18 og 25 (...). Men vi vet om de. Så det er noe som vi må se og jobbe videre med det. Men vi har hatt, over de årene vi har hatt åpent så har det vært stabilt, og vi har hatt lite tilsig de siste to årene.”*

De unge utgjør helt klart den største gruppen av rusmiddelbrukere som tiltakene i *varierende* grad representerer et tilbud til. I tillegg til kvinner med barn samt innvandrere, fins det noen steder et økende antall prostituerte med rusproblemer. Man har allerede et tiltak i forhold til denne gruppen i Bergen. Nå har også personer som jobber i lavterskeltiltaket i Trondheim vært med å starte et tiltak til denne gruppen.

Et problem, som bidrar til at lokale lavterskeltiltak mister oversikten over kommunens rusmiddelbrukere, og deres tilstand, er at ungdom i tettstedene nær større byer trekker inn til den større byen. Spesielt gjelder dette Oslo.

Tiltakene har i utgangspunktet ikke noen en forebyggende rolle, og i den grad kommunen har et passende tilbud til unge, kanaliseres de over dit. I andre tilfeller ser vi at lavterskeltiltakene, kanskje i større grad enn det som var hensikten, inkluderer unge rusmisbrukere. En årsak er rett og slett at fagpersonene ser at tjenester som skal ha en forebyggende rolle overfor ungdom ikke alltid lykkes, slik følgende utsagn tyder på:

*“Vi vet at det er noen der ute – på hjemmepartyer etc., men i samhandling med andre tjenester.. noen må ha sett dem: SLT, ungdomsteamet, helsestasjon etc. Det varierer hvor godt grep disse får på gruppen – kanskje ikke fokus på rus, etc. Vi får telefoner fra bekymrede foreldre. De faller utenom.”*

Disse problemstillingene fordrer følgelig at lavterskeltiltakene har et aktivt samarbeid med de aktuelle tjenester for ungdom, noe også flere ga uttrykk for i intervjuene. Vi skal følge opp dette litt seinere under hovedtema om overføring av brukere til ordinære tjenester.

#### 4.1.6 Om "faste" brukere i tiltakene

Antallet faste brukere varierer mye mellom tiltakene (Tabell 3.2). Mens gjennomsnittet i 2006 lå på 170 faste brukere per tiltak, var medianen 78, noe som vil si at halvparten av tiltakene hadde mindre enn 78 brukere mens halvparten hadde over 78 brukere.

Oppfatningene hos de ansatte i tiltakene varierer også veldig med hensyn til hva man oppfatter som en fast bruker. Det varierer for eksempel hvor ofte ulike brukere er innom. Noen er innom praktisk talt hver dag mens andre er innom kun sporadisk (se også neste kapittel om dette).

*“(...) de som jeg tenker er faste brukere, det er de som kommer innom minst hver 14 dag, helst hver uke, tenker jeg. Og noen brukere er veldig faste. Nå etter jul så (...) så er det 9 jenter som er inne nesten hver arbeidstid, det er ikke mange dagene de ikke er inne, og så er det 28 gutter som er innom daglig. Vi har åpent 3 dager i uken, men de er innom minst en gang i uken, de som er faste. Også har vi de som kommer en gang i måneden og sjeldnere.”*

Det varierer også veldig for den enkelte bruker, over tid, hvor mye han eller hun har behov for tiltaket. Folk kan være borte fra tiltaket i lange perioder på grunn av fengsel, avrusning,



behandlingsopphold og så videre. Det er enighet om at faste brukere ser man med mer eller mindre jevne mellomrom.

Hvor ofte brukere er innom er selvsagt også avhengig av organisering og åpningstider, slik følgende forklarer:

*"(...) for oss som ikke jobber med faste åpningstider, men på bestilling fra brukere, så vil noen være svært aktive i perioder, og helt ute i andre perioder. Vi ser på oss selv som en hjelpeinstans som er fleksibel, og tilgjengelig i forhold til øvrig hjelpeapparat, og dermed så blir det ca 50 brukere i vårt system. Vi vet at de er der, og vi sørger dem ift ulike ting. Helse og livskvalitet, bolig og stabilitet rundt det. Vi er et sted der folk kommer når de vil."*

Et annet aspekt er hvorvidt brukeren benytter seg av noe mer enn bare å være innom tiltaket, slik det nevnes her:

*"Jeg tenker - i hvert fall fra vårt ståsted, så vil det jo både være hvor ofte de er innom, men det vil også for eksempel hvis man skulle tenke at brukerne skulle si noe om tiltaket vårt, så ville det også være at vi benyttet flere deler av tilbudet. Altså, hvis de bare er innom på sprøyter, så er det for så vidt en ting, og det er jo viktig nok i og for seg, men hvis man virkelig skulle få innblikk må man egentlig snakke med de som både gjorde det og kanskje av og til var hos noen, fikk noen annen hjelp. Vi har noen som bare er innom og henter sprøyter, kanskje tar seg en kaffe kopp og veldig sjelden egentlig benytter seg av andre tjenester. Vi prøver å hanke de litt av og til, men det er noen som er det, også er det andre som er på en måte mye mer sånn, ja bruker av de andre tjenestene mye mer, så det varierer."*

Andre problematiserer at det i det hele tatt er et poeng å ha faste brukere ettersom dette kunne tyde på at folk ikke blir kanalisert over i ordinære tjenester, slik som intensjonen er:

*"Nei, for jeg tenker at det er jo ikke noe poeng i seg selv å oppnå definisjonen faste brukere. Altså, da låser du jo på en måte brukergruppen fast i tiltaket. Hvordan blir det da i forhold til den tenkningen som handler om at en vil tilstrebe at de går til det ordinære hjelpeapparatet, men at det å ha en lav terskel; å gi de hjelp der og da, men å på en måte ha et fokus på det med tilbake - trykke over tilbake til hjelpeapparatet. Det er tenkningen."*

#### 4.1.7 Oppsummering – fagpersonene om tiltakenes målgruppe

Hovedmålgruppen i lavterskeltiltakene er tunge, og langt komne rusmisbrukere med et langvarig og intensivt bruk som ikke benytter seg av ordinært tjenesteapparat. Dette er den målgruppen som man ifølge intensjonen med tiltakene skulle nå. Det rapporteres også om en hovedvekt av injiserende brukere. Likevel er ikke dette den eneste gruppen som bruker tiltakene. De fleste tiltakene praktiserer en åpen holdning som er basert på at de som oppsøker tilbudet blir tatt imot. Det er ingenting i datamaterialet som tyder på at noen av tiltakene velger en restriktiv holdning, for eksempel basert på at man har for lite kapasitet i tiltaket.

Nedre aldersgrense er 18 år i de fleste tiltakene, og rusmiddelbrukere under 18 år som måtte komme innom blir eventuelt loset videre til aktuelle tjenester. Selv om brukere mellom 18 og 25 ikke vil være i hovedmålgruppen av tunge og langt komne rusmiddelbrukere, brukes LAV jevnlig også av denne aldersgruppen, og kanskje i større grad enn intensjonen med lavterskel helsetiltak var. Dette oppfattes i noen grad som et dilemma i enkelte tiltak, i alle fall i den grad man ikke makter å få kanalisert dem over i andre tjenester, og på den annen side heller ikke har kapasitet (eller som hensikt) å jobbe forebyggende.

Mens noen tiltak har definert et klart skille mellom kommunens LAR og LAV-tilbud, er andre opptatt av å gi et tilbud til dem som oppsøker dem, uavhengig av om de mottar er under legemiddelassistert rehabilitering eller ei. En årsak til at brukere som får legemiddelassistert rehabilitering fremdeles oppsøker LAV kan tyde på et for dårlig rehabiliteringstilbud i kommunen. LAR praktiseres svært ulikt fra kommune til kommune, og LAV-tiltaket vil

påvirkes av hvordan LAR praktiseres. Det kan være et dilemma både for LAR-brukerne og for LAV-tiltaket at denne gruppen fremdeles mottar tiltakets tjenester. LAV-tiltakene på sin side kan vanskelig avvise noen av dem som oppsøker tiltaket ettersom det gjerne er brukeren selv som vil definere sitt behov for LAV. Det vil gjerne være glidende overganger mellom LAR og LAV som gjør at gjerne må være slik. Det viktigste virkemidlet for at lavterskeltiltakene ikke lenger er aktuelle for LAR-brukere er trolig at rehabiliteringstilbudet i LAR gjøres bedre. Uansett bør brukerne informeres om hvordan tiltakene fungerer – hvorvidt de inkluderer LAR eller ikke.

Lavterskeltiltakene er fleksible på flere måter. I tillegg til å være åpne og inkluderende overfor flere enn definert målgruppe, har mange av tiltakene evnen til å gjøre endringer, og tilpasse tilbudet til det behovet man ser i kommunen. Sånn sett har tiltakene en viktig rolle som "barometer" for utviklingen i rusmiljøet i kommunene ved sin nære kjennskap til rusmiljøene og behovet for offentlige tjenestetilbud. Kanskje kunne denne kunnskapen utnyttes til enda mer systematiske undersøkelser/ kartlegginger i kommunal regi som til enhver tid indikerer størrelsen på problemene som kommunen har.

Grupper som kan befinne innen den definerte målgruppen, men som ikke nås av lavterskeltiltaket kan dreie seg om kvinnelige rusmisbrukere med barn, og det kan dreie seg om innvandrere. Tiltakene når typiske de som er spesielt synlige misbrukere. Man vil ikke nå brukere som både faller utenfor lavterskeltiltakenes nedslagsfelt i den oppsøkende virksomheten, og som heller ikke fanges opp av fastlege eller andre – de som skjuler sitt misbruk. Noen steder ser man også et økende antall prostituerte med rusproblemer, og eventuelt med en hyppigere forekomst av kjønns sykdommer. De unge utgjør imidlertid den største gruppen av rusmiddelbrukere som tiltakene i *varierende* grad representerer et tilbud til. Et annet problem, som bidrar til at lokale lavterskeltiltak mister oversikten over kommunens rusmiddelbrukere er at ungdom i kommuner som ligger nær større byer trekker inn til den større byen. Spesielt gjelder på Østlandet.

## 4.2 Effekter for brukerne, slik fagpersonene i LAV ser det

Det overordnede målet for lavterskeltiltakene er å bedre generell helsetilstand, og at man skal få kanalisert brukerne over i ordinære helsetjenester. Det siste punktet skal gjennomgås etter at vi har sett på fagpersonenes vurdering av helsemessig tilstand hos brukerne. Blir brukerne merkbart bedre gjennom å benytte lavterskeltiltaket? Vi skal måle effekter for brukerne systematisk i evalueringens delstudie 4, men vil ikke kunne gi resultater som sier noe om effekt før etter *andre* måling utpå høsten (oktober). Her vil vi imidlertid se på de ansattes erfaringer og synspunkter i forhold til spørsmålet om effekter. Merker de ansatte i tiltakene at det skjer en endring i brukernes helsetilstand, og hvilke andre effekter vil de påpeke som viktige?

### 4.2.1 Helsemessige effekter/ skadereduksjon

Fagpersonene i tiltakene uttrykker at det er veldig greit at tiltakene har fokus på det helsemessige, fordi dette er en så åpenbar inngangsport til tiltaket. Folk kommer gjerne enten fordi de ønsker utstyr, slik at de unngår infeksjoner, eller de har allerede fått infeksjon/ abscess på grunn av bomskudd eller urene sprøyter. De ansatte har et helt klart inntrykk av at mengden sår og sykdommer har gått ned:

*"Vi har sett mindre sår i forhold til før vi startet. Vi deler jo ut veldig mange sprøyter da. Tenker at det er sammenheng med at vi ikke har så mye ureint utstyr. Mange har lagt på seg. (...) Hepatitt A og B har gått drastisk ned.."*

*"Etter at vi fikk inn lege og helsesøster har det nesten ikke vært smittsomme sykdommer i vår kommune, sier dem."*

*"I begynnelsen kom folk med masse abscesser etc. Nå er de veldig flinke til å beskytte seg."*

I en brukerundersøkelse, gjennomført i lavterskeltiltaket i Tønsberg kommune, finner man at brukerne ikke bare er svært fornøyd med tjenesten, men også gir et klart uttrykk for at de opplever at tilbudet bidrar til bedre helse (Aas, 2006). "De entydig positive tilbakemeldingene vitner om at målgruppen opplever tjenestetilbudet som relevant i forhold til sine behov og bidrar til å opprettholde en bedre helse enn det som ville vært tilfelle uten Feltpleien" (s. 17) Undersøkelsen peker på flere forklaringer, men sannsynliggjør at lavterskeltiltaket i seg selv utgjør en viktig årsak til dette.

En slik helsefokuset virksomheten blant rusmiddelbrukere som lavterskeltiltakene representerer refereres gjerne til som *skadereduksjon*. Begrepet skadereduksjon defineres ifølge Fekjær (2004) som: "tiltak for å redusere de sosiale og helsemessige kostnadene ved rusbruk" s. 278). I "skadereduksjonskonseptet" ligger at kontakten med rusmiddelbrukere må skje ved å tilby tjenester tilpasset dem som trenger det – sende terskelen for å nå så mange som mulig (Pat O'Hare, 1992, referert i: Ophus, 2006). I Norge kom skadereduksjon offisielt på banen med HIV problematikken, først gjennom sprøytebussen i 1988 i Oslo (Ophus, 2006). I utgangspunktet var nok dette av mange oppfattet som kontroversielt, men har etter hvert blitt en vanlig måte å jobbe på, slik følgende informant påpeker:

*"Jeg har jobbet i det her gamet siden i 88, og i de første årene vi drev, så var det å bruke begrepet skadereduksjon, det var omtrent som å banne, du ble fnyst til. Så det har vært veldig artig å være vitne til den endringen som er skjedd de her årene, og at nå er det helt stuerent."*

Samtidig med at skadereduksjon har kommet inn som et relevant perspektiv å jobbe etter gjennom lavterskeltiltakene har man fått større innblikk i hva som skjer i det lokale brukermiljøet, slik følgende informant påpeker:

*"Leder av Bymisjonen (i kommunen) sier at før feltpleien kom, så var sprøyter ikke-tema. Ingen innrømmet at de brukte sprøyter. Nå gikk det an å snakke om det. Dette er viktig suksèkriterium. At vi får innblikk i hva som faktisk skjer i miljøet. Lavterskeltilbudet er der, og kan komme tidlig inn i den prosessen."*

Mens skadereduksjon er den helt sentrale ambisjonen i lavterskeltiltakene, er mål om reduksjon i antallet overdoser mindre uttalt – og uansett vanskelig å måle. Når det gjelder den store og landsomfattende nedgangen i overdoser i perioden etter 2001 (jfr innledningsvis i rapporten), viser Statens institutt for rusmiddelforskning flere potensiell årsaker: nedgang i gjennomsnittlige styrkeprosenten på heroin, redusert tilgjengeligheten til illegal Rohypnol, økning i antall personer i Legemiddellassistert rehabilitering, men også at det har blitt flere lavterskeltiltak.

De ansatte er naturlig nok usikker på hvor mye av nedgangen i overdoser som kan spores til lavterskeltiltakene, og det er det ingen som kan gi svar på per i dag. Det foreligger ingen publikasjoner på dette. Nedgangen i overdoser merkes dette godt blant de som jobber i feltet: *"Apropos det med overdoser – det har gått veldig ned hos oss. Også utrykninger har blitt halvert i løpet av perioden."*

De fleste lavterskeltiltakene kan gjøre *noe* i forhold til brukerens helsetilstand, og alle typer lavterskeltiltak kan sette brukeren i kontakt med andre tjenester:

*"Det har hatt utrolige effekter (...) somatisk, men også i forhold til å bestille timer etc. Det å ha et sånt tiltak har snudd denne biten for brukere i denne kommunen. Dette er et av de tiltak som jeg synes har vært mest vellykka."*

Lavterskeltiltakenes bidrag til bedre helse gjennom å kanalisere brukerne over til ordinære tjenester kommer vi tilbake til i punkt 4.3.

#### 4.2.2 Psykisk helse

De ansatte i tiltakene oppgir at det er svært vanlig at brukerne har dårlig psykisk helse. Ett sted hadde de også inkludert spørsmål om psykisk helse i sin egen brukerundersøkelse, og

fant at andelen som vurderte egen psykisk helse som dårlig var mye høyere enn de hadde forventet. De aller fleste hadde en dårlig psykisk helse.

Det typiske er at brukerens behov i utgangspunktet er å hente sprøyter, og eventuelt motta helsehjelp. Dersom brukeren fortsetter å benytte tiltaket endrer ofte behovene seg mot mer psykiske aspekter.

*"Ved noen tiltak har behovet for oppfølging i forhold til psykisk helse hatt en vesentlig økning. Viktigheten av å ha noen å snakke med noen øker etter hvert som man kommer inn i varmen på tiltaket."*

Alle tiltak har suksesshistorier; eksempler på at tiltakene har effekt, og først og fremst i forhold til fysisk helse og sårbehandling. I tillegg har folks kontakt med tiltakene en virkning på folks psykiske helse og livskvalitet, blant annet ved å bli verdsatt som et vanlig menneske:

*"De oppsøker oss i forhold til en del helse, den fysiske helsen. I forhold til den psykiske biten så er det, det at de føler at de blir møtt med verdighet, de blir betraktet som et vanlig menneske når de kommer inn døren til oss, det å få satt seg å ta en kopp kaffe og få pratet om andre ting, og føler at vi har tiden, bare den biten. At vi liksom ikke skygger dem på dør så fort som mulig."*

Det varierer hvor mye tiltakene, og personene som jobber der legger vekt på selv å følge opp i forhold til brukernes psykiske helse. Alle tiltakene oppgir at "samtale" er det mest sentrale innholdet i tiltaket. Noen steder vil dette imidlertid dreie seg om at man rett og slett snakker med folk som er innom, mens andre steder har man egne samtalerom der oppfølging av enkeltbrukere gjennom samtale i større grad får preg av å være terapeutisk.

*"Jeg har mange samtaler daglig – posttraumer etc. Da uttrykker flere at de føler at de har fått av seg en ryggsekk. De vet at de alltid blir tatt imot. De kan fortelle om det som er vanskelig. Det at de kan komme som de er."*

#### 4.2.3 Ernæring – og generell livskvalitet

Flertallet av lavterskeltiltakene har matservering. Ifølge kartleggingen er det 17 tiltak som oppgir at mat er svært sentralt/ litt sentralt. Omlag 10-12 av tiltakene har ikke matservering som en del av sitt tilbud. En målbar effekt i tiltak med matservering er naturlig nok vektøkning hos brukerne (og i noen tilfeller også blant de ansatte, ble vi fortalt):

*"..mange lavterskeltiltak er tilknyttet matutlevering. De fleste ser velernærte ut."*

*"Vi har matservering i værestedet, og det er bedre helse hos oss enn i nabokommunene... Det har kanskje hatt en effekt..."*

I tillegg til den åpenbare ernæringseffekten som man kan spore bare ved å se på personer som aktivt bruker tiltakets matservering over tid, ligger det også mye omsorg i det å møte folk med et måltid mat:

*"(...) jeg veldig tro på det med mat, at man er velkommen. Det gjør utrolig mye med oss alle – ikke så vanskelig å forstå. Det å bli møtt med respekt er utrolig viktig."*

Det er vel åpenbart at med helsehjelp, noen å snakke med, og med et godt måltid mat, vil en sannsynlig følge være at brukerne får økt sin livskvalitet.

Ved ett av tiltakene har de også inkludert spørsmål om livskvalitet i sin egen brukerundersøkelse:

*"Vi spurte om tjenesten i praksis har bidratt til bedre livskvalitet, og litt over 80 % svarte ja, at det å bruke lavterskeltiltaket hadde bidratt til økt livskvalitet. Og da tenker jeg, det betyr så mye mer enn om de går med en abscess og de får hjelp til den, også får de en ny en to uker etterpå (...) Så det med livskvalitet, bare å vite at vi er der, og vi er tilgjengelig når de har bruk for oss... Det tenker jeg."*

Lavterskeltiltakene har et helseperspektiv, men som denne informanten påpeker, kan helse for brukeren være en underordnet (kanskje for langsiktig) kategori å vurdere tiltaket i forhold til mens trivsel er en mer umiddelbar opplevelse. Mange brukere vil dessuten oppleve egen helse som relativt god, mens ensomhet og mangel på god kontakt med familien og lignende kan oppleves som et større problem for dem.

#### 4.2.4 God kontakt, og gjensidig respekt

Fagpersonene gir uttrykk for at det er svært viktig at brukerne har et sted å gå til der de får respekt og omsorg. Verdien av å bli sett og møtt på en god måte, uten å bli stilt krav til, er et svært viktig utgangspunkt for lavterskeltiltakene. Kvaliteten i kontakten mellom brukerne og de som jobber i tiltakene er dermed avgjørende. Dette vil selvsagt avhenge av personlige egenskaper hos de som jobber der, og av hvor oppsøkende brukerne er, slik følgende uttalelse illustrerer:

*"Ja, jeg tenker på noe annet som ikke er målbart og det er jo verdien av å bli sett og at de føler at noen av de utenfor miljøet møter og kjenner de uten at vi stiller krav. Vi går ikke og maser på de. Vi bare ser de der de er, her og nå, og det gjør noen ting med en selv som gjør at en føler seg mer verdifull, og kanskje det i seg selv kan gjøre noen ting til at endringene kommer fra dem selv tenker jeg. Det tror jeg er det viktigste jobben jeg gjør tenker jeg."*

*"Da kan dem komme å be om hjelp uten å bli pådytta masse ting. Ærligheten i dette. God dialog. Jeg får innpass. Det er skvært.. Dette opplever jeg til daglig."*

Generelt vil dette klimaet av åpenhet, som gjerne tilbys i lavterskeltiltakene, vanskeligere oppnås innen ordinære tjenester.

#### 4.2.5 Oppsummering – effekter av LAV, slik fagpersonene vurderer det

Effekter av lavterskeltiltakene for brukerne er noe som må vurderes i forhold til det enkelte tiltaks intensjon. Det er ikke alle lavterskeltiltakene som har et utpreget helsefokus gjennom å tilby sprøyteutdeling, sårstell og så videre. Ingen tiltak er totalt uten fokus på helse, men et par av dem har mer av en værestedsprofil enn en helseprofil.

Fagpersonene i lavterskeltiltakene uttrykker at det er veldig greit at tiltakene har fokus på det helsemessige – det somatiske, fordi dette er en så åpenbar inngangsport til tiltaket. Folk kommer gjerne fordi de ønsker utstyr, slik at de unngår infeksjoner, eller de vil ha behandling av infeksjon/ abscess. De ansatte har et helt klart inntrykk av at mengden sår og sykdommer har gått ned.

Slik helsefokusert virksomhet blant rusmiddelbrukere som lavterskeltiltakene representerer, refereres gjerne til som *skadereduksjon*. Samtidig med at skadereduksjon har kommet inn som et relevant perspektiv å jobbe etter gjennom lavterskeltiltakene har man fått større innblikk i hva som skjer i det lokale brukermiljøet. Mens skadereduksjon er den helt sentrale ambisjonen i lavterskeltiltakene, som samtidig også er oppnåelig, er mål om reduksjon i antallet overdoser mindre uttalt.

De ansatte i tiltakene oppgir at det er svært vanlig at brukerne har dårlig psykisk helse. Mens det typiske er at brukerens inngangsport til tiltaket er å hente sprøyter, og eventuelt motta helsehjelp, endrer behovene seg gjerne mot mer psykososiale aspekter. Alle tiltakene oppgir at "samtale" er det mest sentrale innholdet i tiltaket. Noen steder vil dette imidlertid dreie seg om at man rett og slett snakker med folk som er innom, mens andre steder har man egne samtalerom der oppfølging av enkeltbrukere gjennom samtale i større grad får preg av å være terapeutisk.

I tillegg til den åpenbare ernæringseffekten som man kan spore bare ved å se på personer som aktivt bruker tiltakets matsservering over tid, ligger det også mye omsorg i det å møte folk med et måltid mat. Lavterskeltiltakene har et helseperspektiv, men helse er gjerne underordnet for brukeren, mens godt miljø og trivsel er noe brukeren mer umiddelbart kan

nytte godt av. Verdien av å bli sett og møtt på en god måte, uten å bli stilt krav til, er kanskje det aller viktigste.

### 4.3 Overføring til andre tjenester

En viktig årsak til at man opprettet lavterskeltiltakene var at gruppen alvorlige, langvarige rusmiddelmissbrukere ikke benyttet seg av ordinære tjenester. Overføring til ordinære tjenester skal dermed være en sentral effekt av lavterskeltiltakene, og et viktig kriterium å vurdere tiltakene ut fra.

Det å få kanalisert brukere over i de øvrige helsetjenestene er omfattet med store utfordringer. Fagpersonene mener at et hovedproblem, eller en hovedbarriere, er *holdningen* hos fagpersonell i helsetjenesten, i tillegg til mangelfull kunnskap om rus: *"Det er vanvittig mye dårlige holdninger ute, og det er hele veien.."* For fagpersonene virker det som at når de er med, så er øvrig helsepersonell i den tjenesten som oppsøkes tryggere, for da vet de at de ikke "skaper seg".

Et godt samarbeid med øvrige tjenester er selvsagt et viktig grunnlag for at lavterskeltiltakene faktisk skal kunne ha en koordinerende funksjon - være en tjeneste som kanaliserer brukere over i ordinære tjenester. Vi vet fra de øvrige data at det er sosialtjenesten, fastlegen, psykisk helsearbeid samt psykisk helsevern, og eventuelt LAR i kommunen som utgjør de viktigste samarbeidspartnerne.

Hva kreves av lavterskeltiltakene for å lykkes med overføring? På hvilke måter jobbes det med overføring i tiltakene? I hvilken grad ligger samarbeidsforholdene med de ulike tjenestene til rette for at man skal lykkes med overføring? Tenker de ansatte at lavterskeltiltaket er et stabilt tilbud, eller at man skal overflødiggjøre tiltaket på sikt overfor den enkelte bruker, eller som sådan?

#### 4.3.1 Overføring krever innsikt i brukerens behov og hva som er aktuell tjeneste

Vi har sett at tiltakene selv rapporterer (Tabell 3.6) at det å sende brukeren videre til andre tjenester er av det mest sentrale innholdet i deres tiltak. De som er ansatt i lavterskeltiltakene har dermed en viktig oppgave i forhold til å kartlegge brukerens situasjon og behov, samt vurdere hvilke tjenester som eventuelt kan dekke dette behovet – hvorvidt dette er andre tjenester enn lavterskeltiltaket. Denne funksjonen er relativt unik i de fleste kommuner. Lavterskeltiltaket vil i de fleste kommuner representere en tjeneste som er ulik de andre, og som fyller – eller kan fylle en funksjon som andre tjenester vanskelig kan ha, slik følgende informant påpeker:

*"Jeg tror vi profiterer mye på at vi er på gata og har god oversikt. Og det er de her med tunge psykiatriske diagnoser, schizofrene, tunge rusmissbrukere, som andre har vanskelig for å nå og se, og de ser vi, og de er vi mye med og kanaliserer både inn i psykiatrien og i forhold til somatikk og det, vi har mulighet til å gå ganske massivt inn i forhold til de og da".*

Å kunne vurdere svært ulike brukere, og hvilke behov de måtte ha i forhold til psykisk og fysisk helse, vil være en oppgave som krever mye erfaring og innsikt, både i forhold til å "se" de ulike brukerne som er innom, og å kjenne det lokale hjelpeapparatet. Det kan mange forskjellige typer av brukere som er innom lavterskeltiltakene, slik følgende peker på:

*"(...) vi har selvfølgelig alle avskygninger. Det er jo alt fra de som har røyket litt hasj til de som røyker hele tiden, bruker amfetamin, altså, det er på en måte noe med å sette akkurat hvor grensen går mellom å være tung og lett misbruker. Det er jo ikke spesielt lett (...), og selvfølgelig prøver vi jo å, sende dem videre i andre systemer hvis vi mener de hører bedre hjemme der, eventuelt trenger hjelp av andre."*

Å være åpen i forhold til hvem som skal følges opp i tiltaket innebærer også at man må være bevisst på å være aktiv når det gjelder å sende folk videre til andre tjenester der brukeren

kan tenkes å få den tjenesten han eller hun trenger. Vi skal se nærmere på hvordan lavterskeltiltakene jobber med dette.

#### 4.3.2 Overføre, følge, sørge for oppfølging av timeavtaler etc.

Fagpersonene bruker mye tid på å få overført brukere til andre tjenester, og det på ulike vis – gjerne helt konkret ved å bestille time, sørge for at han eller hun kommer seg av gårde, ringe brukerne og minne om timeavtaler, og gjerne også kjøre dem/ følge med, og eventuelt bli med inn til fastlege, sosialkontor eller spesialisthelsetjeneste etc. I tillegg til at dette fører til at de faktisk kommer seg til avtalen, gir det den fordel av det kan gi brukeren en "alliert":

*"Ja, også sånn som jeg tenker på det, nå har de, hvis en av våre brukere blir lagt inn på sykehuset så har de på en måte oss som en, de vet at vi er helsepersonell og vi er alliert, sånn at det er lettere for de og henvise til oss, for da kan vi snakke på vegne av de da. Hvis de ikke føler seg respektert og møtt som seg selv så det kan være en viktig oppgave vi har og."*

Men, det er klart at denne type veldig tette oppfølging, og bokstavlig talt følging, ikke vil være mulig å gjennomføre der det dreier seg om mer travle tiltak. Det er også vanskelig å gjennomføre i kommuner nær storby, for eksempel Bærum, ettersom mange brukere til enhver tid befinner seg i Oslo.

Ut fra hva lavterskeltiltaket selv tilbyr av helsehjelp og oppfølging, vil det følgelig variere hvor sentral oppgaven med å involvere andre tjenester vil være.

*"De får mye helsehjelp av oss – sykepleiere, men det er et poeng å få dem til å få et forhold til fastlegen; å geleide dem inn i apparatet, lede dem inn – fysisk, og at de får reell hjelp på sosialkontoret, hos fastlege, poliklinikk etc."*

Som nevnt har noen tiltak sin egen lege knyttet tiltaket. På den ene siden vil dette selvsagt være et veldig bra tilbud til brukerne, og sikkert en effektiv måte å få kanalisert de brukere som til enhver tid har behov for legehjelp, slik følgende lege i et tiltak beskriver det:

*"Legetjenesten blir veldig tilgjengelig – jeg går innom når det er noe. Mange brukere ligger i krig med sine fastleger. (...) Mange fastleger er dårlige, og brukeren står uten tilbud."*

På den annen side oppretter, eller opprettholder de dermed ikke kontakten med sin egen fastlege. Det å ha en egen lege tilknyttet lavterskeltiltaket gir et tiltak som i mindre grad har behov for å kanalisere brukere over i ordinære tjenester. Sånn sett legges det kanskje i større grad til rette for en særomsorg som på sin side ikke vil være forenlig med overordnet målsetting. Følgende perspektiv er det motsatte:

*"Tjenestene bør gjøre mer. Vi prøver å få de andre tjenestene, og fastlegen til å få en rolle. Ikke at vi skal overta all verden. Fastlegen har betalt for å vaksinere etc. Tenker det er viktig. Effekter dreier seg om at andre tjenester overtar."*

De ansatte i tiltakene mener at samarbeidet med øvrige tjenester har blitt bedre over tid. Forståelsen for brukerne har blitt bedre, og når kunnskapen øker, endrer holdningene seg. Dette mener man gjelder både spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Likevel kan det ofte være personavhengig. På den annen side er det gjerne slik at godt samarbeid i enkeltsaker smitter videre i systemene. Når det gjelder hjemmetjenestene er dette en tjeneste som etter hvert vil få flere av kategorien rusmiddelmissbrukere som skal ha assistanse i hjemmet:

*"Kontakten med hjemmetjenesten har blitt bedre etter hvert. Vi gikk inn som garantister når hjemmetjenesten skulle inn. I dag har vi fått denne tjenesten inn – noe som var forholdsvis umulig for noen år siden. Etter hvert nå blir jo disse gamle, og skal få slike tjenester."*

Vi skal i det følgende se på erfaringer med overføring og samarbeid med de mest sentrale tjenestene når det gjelder somatisk og psykisk helse: fastlegene og psykisk helsevern.

### 4.3.3 Overføre til fastlege

Målgruppen for lavterskeltiltak vil gjerne ha en helt annen terskel for å oppsøke fastlege enn det som er vanlig. Legeforeningen peker på lavterskeltilbud som virkemiddel for å øke rusmiddelbrukernes tilgjengelighet til helsetjenesten (Den Norske Legeforening, 2006).

Fastlegen er en av de helt sentrale samarbeidspartnerne. Det varierer spesielt mye hvordan dette samarbeidet er, ikke minst ettersom fastlegen er én person. I noen tilfeller har LAV et formalisert samarbeid ved at de har en lege tilknyttet tiltaket. I andre tilfeller er man prisgitt fastlegens prioritering av gruppen. Rusmiddelmissbrukere vil nok ofte oppfattes som vanskelige pasientene på lista. I en travel hverdag for fastlegene er det ikke sikkert at det er mye forståelse for pasienter som ikke betaler, uteblir fra timer, og som kommer med trusler:

*"Du blir møtt med negative holdninger hos fastlegene fordi pasienten har misbrukt systemet, ikke betalt for seg, uteblitt fra timer, ja, (...) trusler, vold, så det er et sammensatt problem, men bortsett fra det så har de krav på medisinsk hjelp, ikke sant."*

*"En vanskelig samarbeidspartner er egentlig fastlegene hos oss. (...) de har ikke betalt regningene sine, de kommer ikke inn. Jeg ser at det er veldig korttenkt det der, finner ikke løsninger."*

Til tross for at det i noen tilfeller kan være svært låste relasjoner, er likevel hovedinntrykket at det har skjedd en holdningsendring hos tjenestene, inkludert fastlegene:

*"En ting som er en klar forandring. Fra svært lav status i andre tjenester og sykehus. Følge folk inn de ulike dørene. Respekten har blitt bedre, mener jeg. Når vi ringer til lege. Hjelpeapparatet er mer på alerten."*

Det finnes også eksempler på kommuner der forholdet til fastlegene er uproblematisk:

*"Men jeg synes vi opplever i vår kommune at vi har fått veldig god kontakt og hjelp i forhold til fastlegene. Når vi ringer for våre brukere så får vi time på dagen ofte. Hvis det er sent på dagen så får vi kanskje time dagen etterpå. Men de er veldig imøtekommende, veldig ok sånn sett."*

### 4.3.4 Psykisk helsevern

De ansatte i lavterskeltiltakene forteller om særskilte vansker i tilknytning til forsøk på å overføre brukere som har psykiske problemer og lidelser videre til spesialisert hjelp. Brukerne er de for syke til å være i rusbehandling, og det er for mye rus til å være i psykiatrisk behandling, og da står de uten et tilbud. Dermed er det lavterskeltilbudet som tar vare på dem.

*"Den største utfordringen for oss, det er jo å håndtere de psykisk syke, altså spesielt psykoser. Vi får de bokstavelig talt i fanget. De blir ivaretatt, vi ser de, de får omsorg, de skjermes hvis det er behov, men derfra og ut av huset og til den rette tjenesten, det er en lang vei å gå, og jeg kan telle på en hånd de gangene vi har fått folk direkte inn i psykiatrien."*

De ansatte påpeker imidlertid at det har skjedd en holdningsendring også innen psykisk helsevern, og at denne dels kan spores til den jobben som fagpersoner i tiltaket gjør når det gjelder å "koble" bruker og ordinær tjeneste:

*"En merker jo endring til at rusmisbrukere blir litt mer akseptert i behandling, men de er inne i det der, av og til føler du det at noe skal inn, spesielt på psykiatrisk avdeling, har en fordel av at jeg har jobbet der, i og med at du har indre kontakter der."*

Selv om det skjer en holdningsendring, består det generelle problemet med lang ventetid for å komme inn til behandling:

*"Når du tar kontakt og får en samtale, (...) får avtale om en inntakssamtale. Da skal de få behandling innen et halvt år, og et halvt år er alt for lang tid. Det er det, så det er der*



*barrieren er. Det har gått lenger enn et halvt år nå i det siste, ti måneder. Og da sier det seg selv at den motivasjonen, den forsvinner ganske raskt. "*

De ansatte i lavterskeltiltak som også driver nattiltak, opplever også at deres brukere returneres om de blir for plagsomme:

*"Vi har også opplevd at de er innlagt, men for plagsomme, og blir sendt tilbake til LAV. (...)*

*"Dette er nullte nivå. De er så dårlig at institusjonene ikke kan ha dem..."*

#### 4.3.5 Fagpersonenes vurdering av veien videre for LAV

Hva skjer når øremerkede statlige midler ikke lenger er tilgjengelig for tiltakene? Vi så i forrige kapittel at omlag en tredjedel av tiltakene svarer at de har en plan for hvordan kommunen skal følge opp tiltaket når de øremerkede midlene ikke lenger ytes. Om de ikke har en plan, har de fleste i alle fall en dialog gående med kommunen om hva som videre skal skje. Man er opptatt av at tiltakene har effekt, og gir nødvendig helsehjelp til en svak gruppe i samfunnet som har problemer med å benytte det ordinære tjenesteapparatet.

Når videreføring i kommunen diskuteres med de ansatte i tiltakene, har dette temaet selvsagt flere aspekter for de som jobber der. Man drøfter ikke bare tiltaket i forhold til hvordan man kan oppnå best mulig tjeneste for brukerne. Man drøfter også framtida for egen, nåværende arbeidsplass. Prosjektgruppens inntrykk er imidlertid at de fagfolkene som jobber i tiltakene har klare perspektiver på både egen og andre tjenester, som er svært relevante i vurderingen av denne type tiltak.

Når det gjelder spørsmål om lavterskeltiltakenes framtid, stilt i kartleggings skjema til tiltakene, har de fleste benyttet anledningen til å understreke at Lavterskel helsetilbud til rusmisbrukere har effekt, og gir nødvendig helsehjelp til en svak gruppe i samfunnet som har problemer med å benytte det ordinære tjenesteapparatet. Videre er det et perspektiv at andre tjenester, og primært fastlegene, er avhengig av lavterskeltiltaket for å håndlede brukere til dem. Det anses som urealistisk at lavterskeltiltakene blir overflødig dersom man skal sørge for helsehjelp til denne gruppen – til tross for at man hele tiden er opptatt av å videreformidle til andre helsetjenester.

Det er et utbredt perspektiv at de ordinære tjenestene er ikke "designet" for å møte behovet hos brukerne:

*"Det å tenke seg at man skal gjøre de her lavterskeltiltakene overflødig, det er helt utopisk, for det er en del av befolkningen og som har såpass sammensatte og så krevende behov at man faktisk må ha særomsorg. Fastlegesystemet og mye av det øvrige hjelpeapparat er ikke designet. Det matcher rett og slett ikke behovet til mange av disse brukerne, før man må lage tiltak som kan imøtekomme dette."*

Alternativet til lavterskel helsetiltak er dermed reformer i de ordinære tjenestene.

#### 4.3.6 Oppsummering – fagpersonene om overføring til andre tjenester

Det å få de kanalisert brukere over i de øvrige helsetjenestene er omfattet med store utfordringer, ifølge fagpersonene, både når det gjelder holdninger i andre tjenester og mangel på kompetanse om rus. Et godt samarbeid med øvrige tjenester er selvsagt et viktig grunnlag for at lavterskeltiltakene faktisk skal kunne ha en koordinerende funksjon ved å være en tjeneste som i stor grad skal kanalisere brukere over i ordinære tjenester.

*Hva kreves av lavterskeltiltakene for å lykkes med overføring?*

Tiltakene selv rapporterer at det å sende brukeren videre til andre tjenester er sentralt. Sånn sett har de ansatte i lavterskeltiltakene en viktig oppgave i å kartlegge brukerens situasjon og behov, samt vurdere hvilke tjenester som eventuelt kan dekke dette behovet – hvorvidt dette er andre tjenester enn lavterskeltiltaket. Denne funksjonen er relativt unik i de fleste

kommuner. Å kunne vurdere svært ulike brukere, og hvilke behov de måtte ha i forhold til psykisk og fysisk helse krever erfaring og innsikt, både i forhold til å "se" de ulike brukerne som er innom, og å kjenne det lokale hjelpeapparatet.

#### *Hvordan jobbes det med overføring?*

Fagpersonene overfører brukere til andre tjenester på ulike vis. Det gjøres gjerne helt konkret ved å bestille time, sørge for at han eller hun kommer seg av gårde, ringe brukerne og minne om timeavtaler, og gjerne også kjøre dem/ følge med, og eventuelt også bli med inn til fastlege, sosialkontor eller spesialisthelsetjeneste etc. Denne type oppfølging er vanskelig å gjennomføre i kommuner nær en by, ettersom mange brukere til enhver tid trekker til nærliggende by.

#### *"Spesialiserte" lavterskeltiltak*

Ut fra hva lavterskeltiltaket selv tilbyr av helsehjelp og oppfølging, vil det variere hvor sentral oppgaven med å involvere andre tjenester vil være. Som nevnt har noen tiltak sin egen lege knyttet tiltaket. På den ene siden er gjerne dette et godt tilbud til brukerne, og en effektiv måte å få kanalisert de brukere som til enhver tid har behov for legehjelp. På den annen side oppretter, eller opprettholder de dermed ikke, kontakten med sin egen fastlege. Det å ha en egen lege tilknyttet lavterskeltiltaket gir et tiltak som i mindre grad har behov for å kanalisere brukere over i ordinære tjenester. Sann sett legges det i større grad til rette for en særomsorg som ikke vil være forenlig med overordnet målsetting.

#### *Samarbeidet med fastlege og psykisk helsevern varierer mye*

LAV samarbeider med mange, men flest problemer nevnes i forhold til fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og særlig psykisk helsevern.

Samarbeidet mellom LAV og fastlegen varierer mye, basert på fastlegenes svært ulike prioritering av denne gruppen. I en travel hverdag for fastlegene er det ikke alltid mye forståelse for pasienter som ikke betaler, uteblir fra timer, og kommer med trusler. Til tross for at det i noen tilfeller kan være svært låste relasjoner er likevel hovedinntrykket at det har skjedd en holdningsendring.

De ansatte i lavterskeltiltakene forteller om særskilte vansker i tilknytning til forsøk på å overføre brukere som har psykiske problemer og lidelser videre til psykisk helsevern. Ofte er disse for syk til å være i rusbehandling, og så er det for mye rus til å at psykiatrisk behandling, og dermed står de uten et tilbud. Dermed er det lavterskeltilbudet som tar vare på dem.

#### *De ansattes oppfatning av lavterskeltiltakets framtid*

De ansatte understreker at Lavterskel helsetilbud til rusmisbrukere har effekt, og gir nødvendig helsehjelp til en svak gruppe i samfunnet som har problemer med å benytte det ordinære tjenesteapparatet. Det vises til at andre tjenester, og primært fastlegene, er avhengig av LAV for å håndlede brukere til dem ettersom de ordinære tjenestene ikke "designet" for å møte behovet hos brukerne. Det anses som urealistisk at lavterskeltiltakene blir overflødig dersom man skal sørge for helsehjelp til denne gruppen – til tross for at man hele tiden er opptatt av å videreformidle til andre helsetjenester.

## 5 Tilbudet til brukerne - resultater fra kartlegging av 400 LAV-brukere våren 2007

I delstudie 4 i denne evalueringen foretar vi en kartlegging av et utvalg brukere som oppsøker lavterskeltilbudet jevnlig. Kartleggingen gjøres på to tidspunkt: vår og høst 2007. To kartlegginger gir et grunnlag for å vurdere effekter av tiltakene for brukerne. Sluttrapporten i desember vil inneholde resultater fra analyser av effekter av lavterskeltilbudet. Resultatene i denne delrapporten blir dermed en beskrivelse av brukerne av lavterskeltilbudene og baseline i forhold til effektstudien.

I kartleggingen av brukere gjelder følgende inklusjonskriterier, det vil si kjennetegn ved brukere som skulle kartlegges: 1. Har alvorlig rusmiddelavhengighet, og er i målgruppa for LAV- tiltaket<sup>25</sup>, 2. Har besøkt LAV- tiltaket jevnlig de siste to månedene, 3. Samtykker til å omfattes av undersøkelsen.

Rekrutteringen av brukere ble foretatt av fagpersoner som jobber i tiltakene. For å kunne identifisere person i neste kartlegging (som skal skje i oktober), har hvert tiltak laget en liste med navn og ID nummer for de brukere som samtykket til undersøkelsen. Man ble bedt om å rekruttere brukere til kartleggingen f.o.m. mandag 12. mars.

Et eget skriv gikk til brukeren (se vedlegg), med informasjon om undersøkelsen. Brukere som samtykket signerte på dette arket. Bruker kunne være med på utfyllingen hvis ønskelig. Dette ble i så fall avmerket på første side av skjemaet.

Tiltakene ble bedt om å velge de 20 første (40 i storbyene) som oppsøker LAV- tiltaket, og som samtykker til å delta. Når de 20/40 skjemaene var fylt ut ble det tatt kopier for intern oppbevaring i løpet av evalueringsperioden. Originalene ble sendt samlet i retur til SINTEF Helse.

Totalt har 25 tiltak bidratt i kartleggingen. Disse tiltakene har til sammen kartlagt 401 brukere. Dette kapitlet handler om disse brukerne og deres tjenestetilbud.

Tabell 5.1 viser en oversikt over hvilke lavterskeltiltak som har bidratt i kartleggingen og hvor mange brukere det enkelte tiltak har registrert.

---

<sup>25</sup> For målgruppen med alvorlig rusmiddelavhengighet er følgende tre dimensjoner vanligvis til stede: 1. Alvorlig rusmiddelmisbruk med intensivt og langvarig misbruk av tunge stoffer, 2. Alvorlige fysiske og/ eller psykiske lidelser og helseproblemer, 3. Alvorlig funksjonssvikt innen arbeidsmessig og sosial fungering.

Tabell 5.1 Antall brukere kartlagt fra hvert av tiltakene.

	Antall brukere	Prosent
Asker	20	5
Bergen	36	9
Bodø	7	2
Bærum	20	5
Drammen	18	4
Fauske	5	1
Gjøvik	14	3
Haugesund	20	5
Kristiansand	20	5
Larvik	13	3
Levanger og Verdal	16	4
Lier	5	1
Nesodden	10	2
Odda	5	1
Os	13	3
Oslo	40	10
Porsgrunn	11	3
Sandefjord	20	5
Sandnes	20	5
Skien	20	5
Stavanger	15	4
Stord	4	1
Tromsø	22	5
Tønsberg	20	5
Ullensaker	7	2
<b>Totalt</b>	<b>401</b>	<b>100</b>

Vi viser ikke informasjon for de enkelte lavterskeltiltakene, men der det er relevant vil vi vise resultater basert på kategoriseringen av tiltakene vist i tabell 5.2.

Tabell 5.2 Kategorisering av tiltak

Tiltak	Kategori
Oslo	Store byer
Bergen	
Trondheim	
Stavanger	
Tromsø	
Drammen	Helsestasjon/sosialmedisinsk senter
Tønsberg	
Skien	
Haugesund	
Odda	
Sandefjord	
Arendal	
Bodø	
Fauske	
Karmøy	
Os	
Innherred	
Nesodden	
Bærum	
Asker	
Gjøvik	
Porsgrunn	
Kristiansand	
Lier	
Fredrikstad	
Øvre Eiker	Værested og/eller frivillige ressurser tilknyttet tiltaket
Nedre Eiker	
Sarpsborg	
Stord	
Ullensaker	
Sandnes	
Larvik	

Dette resulterer i følgende fordeling av registrerte brukere i ulike tiltakstyper, se tabell 5.3. Den største gruppen i utvalget er brukere av helsestasjon/sosialmedisinsk senter. Den minste gruppen er værested og/eller frivillige ressurser tilknyttet tiltaket som står for 11 prosent av utvalget.

Tabell 5.3 Antall kartlagte brukere etter type tiltak.

	Antall	Prosent
Store byer	113	28
Helsestasjon/sosialmedisinsk senter	144	36
Feltpleiekontor	100	25
Værested og/eller frivillige ressurser tilknyttet tiltaket	44	11
Total	401	100

## 5.1 Bakgrunnsinformasjon om LAV - brukere

Av de 401 personene som er kartlagt, har 253 vært med på utfyllingen av spørreskjemaet, dvs 63 prosent. 279 brukere er menn, dvs 70 prosent av utvalget. Den yngste av brukerne er 19 år og den eldste er 60 år. Når vi grupperer brukerne i aldersintervaller, se tabell 5.4, ser vi at 9 prosent av brukerne er under 26 år, mens de aller fleste er mellom 31 og 50 år. 68 prosent av alle vi har aldersinformasjon om er i dette intervallet. Nesten 10 prosent av brukerne er mellom 51 og 60 år. Om vi ser nærmere på den yngste aldersgruppen som består av 35 brukere, er 13 brukere 25 år, mens to brukere er 19 år. Resten fordeler seg relativt jevnt på 20 – 24 år. I den eldste gruppen er 2 av de 38 brukerne 60 år, mens 9 og 8 brukere er hhv 51 og 52 år. Fra 54 – 58 år blir det stadig færre brukere, fra 5 til 1, mens altså de to eldste brukerne er 60 år.

Tabell 5.4 Antall brukere i ulike aldersgrupper.

	Antall	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
19 - 25 år	35	9	9	9
26 - 30 år	53	13	13	22
31 - 40 år	127	32	32	55
41 - 50	140	35	36	90
51 - 60	38	9	10	100
Gyldige observasjoner	393	98	100	
Ikke utfyllt	8	2		
Totalt antall observasjoner	401	100		

Gjennomsnittsalderen for alle brukere i utvalget er 38,6 år. To av tiltakene har signifikant lavere gjennomsnittsalder enn de øvrige. Dette er Levanger/Verdal og Haugesund der gjennomsnittsalderen er hhv 32,5 og 33,7. Tre tiltak har signifikant høyere gjennomsnittsalder enn de øvrige tiltakene. Dette er Skien, Sandefjord og Porsgrunn med gjennomsnittsalder på hhv 44,5 44,4 og 42,5. Vi finner ingen signifikante forskjeller mellom de fire tiltakstypene (se tabell 5.2) i gjennomsnittsalder. Vi finner at det er lavest spredning i alder for feltpleiekontorene og høyest aldersspredning i tiltakene i de store byene, men det er altså ikke signifikante forskjeller i gjennomsnittsalder for tiltaksgruppene.

Videre ser vi på antall år som alvorlig rusmiddelavhengig, se tabell 5.5.

Tabell 5.5 Antall år som alvorlig rusmiddelavhengig.

	Antall	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
0 - 2 år	4	1	1	1
2 - 5 år	17	4	4	5
5 - 10 år	70	17	18	23
Over 10 år	281	70	72	95
Ukjent	19	5	5	100
Gyldige observasjoner	391	98	100	
Ikke utfyllt	10	2		
Totalt antall observasjoner	401	100		

For de brukerne denne informasjonen er oppgitt for, har de aller fleste vært alvorlig rusmiddelavhengig i over 10 år. Kun 1 prosent har vært avhengig mindre enn et år, mens noen flere har vært avhengig 2 – 5 år. For 5 prosent av brukerne oppgir respondenten at de ikke vet hvor lenge vedkommende har vært alvorlig rusmiddelavhengig. Det kan også være nyttig å se dette i forhold til de ulike aldersgruppene. Dette vises i tabell 5.6.

Tabell 5.6 Antall år som alvorlig rusmiddelavhengig og alder i prosent.

Alder	Antall år som alvorlig rusmiddelavhengig					Total	Antall brukere
	0 - 2 år	2 - 5 år	5 - 10 år	Over 10 år	Vet ikke		
19 - 25 år	3	26	38	24	9	100	34
26 - 30 år	2	6	33	57	2	100	51
31 - 40 år	1	2	18	74	5	100	125
41 - 50	0	0	12	83	5	100	136
51 - 60	3	5	3	84	5	100	37
Antall brukere	4	17	70	273	19		383

Vi har informasjon om både alder og antall år som alvorlig rusmiddelavhengig for 383 brukere. For de 34 brukerne under 26 år, ser vi at de aller fleste har vært alvorlig rusmiddelavhengig i en lang periode på tross av sin unge alder. For brukere over 40 år har over 80 prosent vært alvorlig rusmiddelavhengig i over 10 år. De er likevel noen av de over 50 år som har vært alvorlig rusmiddelavhengig i en kortere periode.

For mange av tiltakene er relativt få brukere registrert, se tabell 5.1. Dette betyr at det er vanskelig å se på brukersammensetning for hvert enkelt tiltak målt etter hvor lenge brukerne har vært alvorlig rusmiddelavhengig. Vi ser derfor på andelen av totale brukere som har vært alvorlig rusavhengig mer enn ti år for hver tiltakstype i tabell 5.7.

Tabell 5.7 Andel brukere som har vært alvorlig rusmiddelavhengig i mer enn 10 år etter type tiltak.

	Prosentvis andel av brukerne som har vært alvorlig rusmiddel-avhengig over 10 år	Antall brukere
Store byer	69	133
Helsestasjon/sosialmedisinsk senter	73	144
Feltpleiekontor	79	80
Værested og/eller frivillige ressurser tilknyttet tiltaket	63	44

Tiltakene er ikke svært forskjellige når det gjelder brukersammensetning i forhold til antall år som alvorlig rusmiddelavhengig. Dette har også sammenheng med utvalgskriteriene som er satt for kartleggingen. Feltpleiekontorene har en noe større andel av brukere som har vært alvorlig rusmiddelavhengig i mer enn 10 år, mens værestedene og/eller frivillige ressurser tilknyttet tiltaket har relativt flere brukere med færre år som alvorlig rusmiddelavhengig.

Vi ser videre på hvor hyppig rusmiddelmisbruket er, se tabell 5.8.

Tabell 5.8 Hyppighet rusmiddelmisbruk.

	Antall	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Mer enn 3 dg/uke	45	11	12	12
4 - 6 dg/uke	48	12	13	24
Hver dag	259	65	67	92
Vet ikke	32	8	8	100
Gyldige observasjoner	384	96	100	
Ikke utfyllt	17	4		
Totalt antall observasjoner	401	100		

Nesten 70 prosent av de kartlagte brukerne ruser seg hver dag, mens for 8 prosent av brukerne har ikke respondenten denne informasjonen. Det er ikke signifikante forskjeller mellom de ulike tiltakskategoriene når det gjelder hvor hyppig brukerne ruser seg, men i tabellen under vises fordelingen på ulike tiltakstyper.

Tabell 5.9 Hyppighet rusmiddelmisbruk etter type tiltak i prosent

	Mer enn 3 dg/uke	4 - 6 dg/uke	Hver dag	Ukjent/ ikke svart	Total
Store byer	10	10	70	11	100
Helsestasjon/sosialmedisinsk senter	12	15	61	13	100
Feltpleiekontor	14	14	53	20	100
Værested og/eller frivillige ressurser tilknyttet tiltaket	9	7	82	2	100

Vi har videre kartlagt hvilke type rusmiddel som brukes, se tabell 5.10. Om utvalget er representativt for LAV-brukere, er Benzodiazepiner det vanligste rusmiddelet blant LAV-brukerne. Nær 2 av 3 bruker har denne type misbruk, mens over halvparten av brukerne som er kartlagt benytter heroin. Omtrent like mange bruker cannabis og amfetamin. Det er relativt få som bruker LSD og GHB, men noen flere som bruker ecstasy. Nær ti prosent av brukerne bruker kokain.



Tabell 5.10 Type rusmiddelmissbruk

	Antall	Prosent av alle brukere (401)
Heroin / Opioder	217	54
Amfetamin	242	60
Kokain	38	9
LSD	20	5
Ecstasy	32	8
Benzodiazepiner	258	64
GHB	19	5
Rohypnol	128	32
Cannabis	250	62
Alkohol	147	37
Annet	80	20
Ukjent	13	3

Det er få brukere som bruker kun en type rusmiddel. Det er mange kombinasjoner. De som bruker benzodiazepiner bruker ofte cannabis, amfetamin og heroin og det er kun en av brukerne der benzodiazepiner er det eneste oppgitte rusmiddelet.<sup>26</sup> For heroinbrukere er det mest vanlig å også bruke benzodiazepiner, cannabis og amfetamin. Kombinasjonsbruk, særlig med rohypnol og/eller alkohol, kan øke risikoen for dødelig utgang. I vårt utvalg bruker 95 heroinbrukere også rohypnol, mens 80 brukere bruker heroin sammen med alkohol. Nær 40 prosent av brukerne har alkohol med i gruppen av rusmidler. For 13 brukere oppgis alkohol som eneste rusmiddel. Den vanligste kombinasjonen for de som bruker alkohol som rusmiddel, er foruten benzodiazepiner, cannabis, amfetamin og heroin.

## 5.2 Kontakt med LAV

Vi har spurt om når brukeren første gang var i kontakt med tiltaket. Denne informasjonen må ses i sammenheng med når tiltaket ble etablert.<sup>27</sup> Vi har informasjon om første kontakt med tiltaket for 367 brukere.<sup>28</sup> I gjennomsnitt er det omtrent tre og et halvt år siden brukerne første gang hadde kontakt med tiltaket. Om vi grupperer tiltakene etter når de ble etablert, ser vi som forventet en tilnærmet lineær sammenheng med antall år siden første kontakt.

<sup>26</sup> En kan ikke forvente at de som fyller ut har full informasjon om type rusmiddelmissbruk for den enkelte bruker. Selv om brukeren i mange tilfeller har vært med på utfyllingen, er det ikke sikkert at det som er fylt inn her er en komplett oversikt.

<sup>27</sup> Tiltaksinformasjon fra delprosjekt 1 er koblet til brukerkartleggingen.

<sup>28</sup> I de tilfellene første kontakt med tiltaket er satt til før tiltaket ble opprettet antar vi at vedkommende har vært bruker siden oppstart av tiltaket.

Tabell 5.11 Antall år siden første kontakt med tiltaket etter når tiltaket ble etablert.

Etablert	Antall brukere	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt	Standardavvik
1997	19	0	10	7,3	3,6
1999	73	0	8	4,2	2,6
2000	92	0	7	3,9	2,5
2002	82	0	5	3,3	1,5
2003	42	0	4	2,5	1,3
2004	59	0	3	2,4	0,9
	367				

Her ser vi at antall år siden første kontakt med tiltaket i gjennomsnitt for brukerne reduseres etter hvor nytt tiltaket er. Naturlig nok er også spredningen i hvor mange år brukerne har hatt kontakt med tiltaket, avtakende etter hvor nytt tiltaket er. Det som er interessant er å se disse størrelsene i sammenheng. Vi konstruerer en ny variabel som sier hvor mange år tiltaket var i drift før de enkelte ble brukere. En frekvensoversikt over denne variabelen vises i neste tabell.

Tabell 5.12 Antall brukere etter hvor snart de ble brukere etter at tiltaket ble etablert.

Antall år etter tiltaket er opprettet	Antall brukere	Prosent	Gyldig prosent
0	106	26	29
1	84	21	23
2	35	9	10
3	33	8	9
4	32	8	9
5	22	5	6
6	33	8	9
7	15	4	4
8	4	1	1
9	2	0	1
10	1	0	0
Gyldige observasjoner	367	92	100
Ikke utfylt	34	8	
Totalt antall observasjoner	401	100	

106 brukere eller nærmere 30 prosent av de vi har informasjon om første kontakt med tiltaket for, var i kontakt med tiltaket allerede samme året som tiltaket var etablert og er fortsatt brukere. 84 brukere var første gang i kontakt med tiltaket det andre driftsåret. Vi har videre undersøkt om det er forskjeller mellom de ulike typene tiltak i forhold til hvor snart etter etableringen av tiltaket dagens brukere for første gang var i kontakt med tiltaket. Vi finner at i de store byene tok det i gjennomsnitt 3,4 år før brukerne var i kontakt for første gang, mens denne perioden varierer mellom 1,5 – 2 år for de andre tiltakstypene. Dette kan ha flere årsaker, men en årsak er at tiltakene i de store byene har eksistert lengst

og de har derfor en større spredning i hvor lenge brukerne har vært i kontakt med tiltakene. En annen årsak kan være at brukerstabiliteten kan være høyere i de andre tiltakstypene som generelt har færre brukere å forholde seg til, jmf tabell 5.3.

Vi har også spurt om hvor mange ganger de enkelte brukerne var i kontakt med LAV i løpet av februar. Resultatene av denne kartleggingen vises i tabell 5.13. En av fire brukere har hatt kontakt med lavterskeltiltaket 1 – 2 ganger i løpet av måneden, men de fleste har vært innom 1 – 2 ganger i uken.<sup>29</sup> Omtrent 1 av 5 brukere er innom 3 – 4 ganger i uken, mens omtrent 1 av 8 brukere er innom mer enn fire ganger i uken. Det kan også være interessant å se om det er forskjell mellom tiltakstypene i forhold til hyppighet av kontakter med tiltakene.

Tabell 5.13 Omtrent antall kontakter med lavterskeltiltaket i februar. Antall og prosent.

	Antall brukere	Prosent	Gyldig prosent
1-2 gg/mnd	99	25	27
1-2 gg/uke	144	36	39
3-4 gg/uke	73	18	20
Mer enn 4 gg uke	47	12	13
Ukjent	38	9	2
Totalt antall observasjoner	401	100	

Vi har også sett på forskjeller i kontakthypighet mellom tiltakstypene, se tabell 5.14. Tiltakene i de store byene har hyppigere kontakt med brukerne enn i de øvrige tiltakene. Feltpleiekontorene har relativt flere brukere som har kontakt med tiltaket 1 – 2 ganger i måneden enn de andre tiltakene. Feltpleiekontorene har nesten aldri kontakt med brukerne mer enn 4 ganger i uken, og av værestedene (utenom de største byene) er det ingen som har kontakt med brukerne mer enn 4 ganger i uka.

Tabell 5.14 Omtrent antall kontakter med lavterskeltiltaket i februar etter type tiltak. Prosent.

	1-2 gg/mnd	1-2 gg/uke	3-4 gg/uke	Mer enn 4 gg uke	Ukjent	Total	Antall brukere
Store byer	17	31	17	30	5	100	113
Helsestasjon/sosialmedisinsk senter	24	45	19	10	1	100	144
Feltpleiekontor	41	36	18	3	1	100	100
Værested og/eller frivillige ressurser tilknyttet tiltaket	26	43	31	0	0	100	44

### 5.3 Individuelle mål med kontakten med tiltakene

Vi har videre spurt om de tre viktigste målene med tiltaket for den enkelte bruker. Her er de bedt om å rangere målene fra 1 (viktigste mål) til 3 (tredje viktigste mål), slik de som fagpersoner ved tjenestene ser det.

<sup>29</sup> Her har vi kodet de 30 brukerne det ikke er oppgitt kontaktinformasjon om (missing) til "ukjent", da det mest sannsynlig ikke er fylt ut fordi de har vært vanskelig å svare på dette for disse brukerne.

Resultatene gjengis i tabell 5.15. For 103 brukere er det viktigste målet med tiltaket sprøyteutdeling. Dette er helt klart den største gruppen når det gjelder det viktigste målet med tiltaket. Samtale og veiledning er et viktig mål for mange brukere, mens et tredje viktigste målet ser ut til å være knyttet til ernæring. Andre viktige mål er å gi generell omsorg, styrke generell helsetilstand, motivere til redusert rusbruk, LAR-tiltak, sørstall, etablere bolig/bobistand m.m.

Naturlig nok vil målene variere mellom de ulike lavterskeltilbudene, uten at vi går videre inn på dette i denne delrapporten.

Tabell 5.15 Mål med tiltakene for de enkelte brukerne. Antall brukere.

	Viktigst	Nest viktigst	Tredje viktigst	Totalt
Sprøyteutdeling	103	35	23	161
Samtale, veiledning	51	70	50	171
Ernæring (mat/værested)	39	32	33	104
Styrke generell helsetilstand	34	22	23	79
Etablere bolig/bobistand	20	10	11	41
Motivere til red i rusbruk	19	19	27	65
LAR-tiltak	18	22	15	55
Sårstell	14	20	13	47
Gi generell omsorg	13	34	43	90
Annet	13	7	17	37
Motivere til bruk av ord. tjenester	9	13	14	36
Helseundersøkelse/kontroll	8	12	7	27
Rehabilitering	8	8	9	25
Oppfølging ifbm sykehus	6	3	3	12
Vaksinering	6	5	8	19
Tannpleie	5	17	12	34
Hjelp til å komme til avrusing	4	9	6	19
Prøvetaking	4	4	3	11
Bedre hygiene og ernæring	3	2	7	12
Hjelp til å oppsøke FL	3	9	15	27
Forebygge overdoser	2	4	7	13
Oppfølging hepatitt C	2		5	7
Oppfølging hepatitt A, B	1	6	1	8
Smertelindring	1		1	2
Annen skadeforebygging	1	6	3	10
Nettverksbygging	1	6	7	14
Oppfølging (etter overdose)		1	1	2
Oppfølging HIV positiv		2	3	5
Kondomutdeling		2	4	6
Annet smittevern		2	1	3
Kurs				0
Arbeidstrening			1	1
Sysselsetting		3	5	8
Antall brukere	388	385	378	

## 5.4 Muligheter for overføring av brukere til ordinært tjenesteapparat

Ett av målene med lavterskeltiltakene kan være å kanalisere brukere inn i det ordinære tjenesteapparatet. Det er derfor viktig å kartlegge om det i det hele tatt vil være mulig for det øvrige tjenesteapparatet å dekke behovet til LAV - brukerne. Vi har spurt fagpersonene om i hvor stor grad de anser det som det mulig at de enkelte brukerne etter hvert kan få sine tjenestebehov dekket av det ordinære tjenesteapparatet, selv om han/hun fortsetter sitt rusmisbruk.

Tabell 5.16 Er det mulig at brukeren etter hvert kan få sine tjenestebehov dekket av det ordinære tjenesteapparatet, selv om han/hun fortsetter sitt rusmisbruk?

	Antall brukere	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
I stor grad mulig	86	21	22	22
I noen grad mulig	143	36	37	59
I liten grad mulig	124	31	32	90
Overhodet ikke mulig	38	9	10	100
Gyldige observasjoner	391	98	100	
Ikke utfyllt	10	2		
Totalt antall observasjoner	401	100		

Fagpersonene mener at det for omtrent 1 av 4 brukere i stor grad er mulighet for overføring til ordinært tjenesteapparat. For 36 prosent er det i noen grad mulig, mens for omtrent 40 prosent av brukerne er det i liten grad mulig eller overhode ikke mulig med at tjenestebehovene kan dekket av det ordinære tjenesteapparatet.

Vi har også spurt om hvorfor de vurderer det slik. For de som sier at det i liten grad er mulig er begrunnelsen i flere tilfeller angst. Dette kan for eksempel gi utslag i problemer ved å forholde seg til fremmede. Særlig er en hyppig nevnt årsak at de har vanskelig for å møte opp til timeavtaler fordi de er i en lite strukturert livssituasjon. Kommentaren til svaret at det "i noen grad" er mulighet for overføring til ordinært tjenesteapparat, er blant annet forbehold om at holdninger i offentlige hjelpeapparat må endres (stigmatisering). At det er mulig begrunnes med at motivasjon og vilje hos brukeren er til stede og at endringer er på gang. I noen tilfeller der det svares at overføring overhodet ikke er mulig, er begrunnelsen at brukeren avviser all hjelp fra ordinært hjelpeapparat fordi han har vonde erfaringer. Det er mange som ikke har begrunnet hvorfor det er mulig eller ikke mulig med overføring til ordinært hjelpeapparat, men sannsynligvis er det en kombinasjon av mange årsaker.

## 5.5 Vurdering av brukerens nåværende helse, livssituasjon og egenomsorg

Vi har spurt om helsetilstand, livssituasjon og egenomsorg av to årsaker. For det første ønsker vi informasjon om dette for å kunne gi et bilde av hvordan brukerne av LAV har det. For det andre ønsker vi å måle om det er endringer i disse faktorene i løpet av en periode på 6 mnd. Data fra denne første runden gir derfor baselineinformasjon i forhold til disse variablene.

Informasjon er fylt ut for nesten alle brukerne i det foreløpige utvalget. Vi har regnet om i prosent og resultatene er gjengitt i tabell 5.17.

Tabell 5.17 Brukernes nåværende helse, livssituasjon og egenomsorg. Prosent.

	Ikke noe problem	→ → →			Alvorlig/veldig alvorlig problem	Vet ikke	Totalt	Antall brukere
		Økende problem						
Problemer med sår	50	18	13	11	4	4	100	399
Andre infeksjoner	45	19	14	10	4	8	100	400
Tannhelse	15	15	21	20	24	5	100	399
Generell allmenntilstand	12	20	36	23	7	1	100	382
Generell psykisk helse	10	16	28	31	12	3	100	398
Generell somatisk helse	15	24	31	20	8	2	100	399
Personlig hygiene	49	25	13	7	2	4	100	399
Kosthold	18	21	33	19	5	4	100	399
Å omgås andre mennesker	24	22	26	17	7	5	100	397
Kontakt med familie	22	20	22	15	12	10	100	398
Boligsituasjon	28	19	20	11	18	5	100	400
Hygiene ifbm sprøytesetting	42	21	11	7	2	16	100	377

De mest alvorlige helseproblemene for lavterskel brukerne er relatert til tannhelse, boligsituasjon, kontakt med familie og generell psykisk helse. Halvparten har ikke noen problemer med sår, men det er mange som har problemer med generell allmenntilstand, selv om de ikke er blant de mest alvorlige/veldig alvorlige problemene. Særlig er det få som ikke har noen problem knyttet til psykisk helse. Kun ti prosent av brukerne har ikke slike helseproblemer, men flere har sterkere problemer og 1 av tre brukere ligger i kategorien under den mest alvorlige.

## 5.6 Brukermedvirkning

Vi har bedt fagpersonene hos LAV å fylle ut informasjon om individuell plan, ansvarsgruppe og om den enkelte brukers innvirkning på LAV – tiltaket.

Tabell 5.18 Prosent av brukerne som er inkludert gjennom brukermedvirkning.

	Ja	Nei	Uaktuelt for bruker	Uaktuelt for tiltak	Vet ikke	Totalt	N
Individuell plan er utarbeidet/under utarbeiding	25	42	5	15	13	100	387
Det er etablert en ansvarsgruppe for brukeren	50	29	4	9	9	100	389
LAV-tiltaket er utarbeidet i samråd med bruker	46	17	5	25	7	100	374
Bruker/ pårørende har innflytelse på LAV-tiltak som blir gitt	53	15	5	20	6	100	371
Bruker har hatt kontakt med brukerombud v/ LAV-tiltaket	4	27	7	52	11	100	350

25 prosent av brukerne har individuell plan. 42 prosent av brukerne i utvalget har ikke individuell plan av ukjent årsak, mens det er uaktuelt for 5 prosent av brukerne, og uaktuelt for tiltaket for 15 prosent. 13 prosent av respondentene sier de ikke vet om brukeren har individuell plan eller ikke. Her er det interessant at dette gjelder ikke bare de som har fylt ut

skjema uten brukermedvirkning, men også mange der bruker selv har deltatt svarer at de ikke vet. Dette betyr sannsynligvis at brukeren ikke selv vet om han eller hun har individuell plan.

En større andel av brukerne har en etablert ansvarsgruppe. Dette gjelder halvparten av brukeren, mens nær 30 prosent ikke har en etablert ansvarsgruppe. For noen er det ikke aktuelt med en slik gruppe, mens det for nær 10 prosent er ukjent om det er etablert ansvarsgruppe.

Lavterskeltiltaket er utarbeidet i samråd med bruker for nesten halvparten av brukerne, mens for nær 20 prosent av brukerne der det kunne vært aktuelt ikke gjort. Det kan være mange årsaker til dette, men en kan være at det ikke har vært nødvendig fordi tiltaket har dekket behovet hos bruker uten justeringer. Omtrent det samme mønsteret finnes for om bruker eller pårørende har hatt innflytelse på LAV - tiltaket som blir gitt. Få har hatt kontakt med brukerombudet i LAV - tiltaket, og dette oppgis å være uaktuelt for mange tiltak og særlig ved væresteder og /eller frivillige ressurser tilknyttet tiltaket.

Det er naturlig å tenke seg at brukermedvirkning til en viss grad er avhengig av brukerne selv.<sup>30</sup> Vi ser derfor på sammenhengen mellom ulike måter å inkludere brukerne på, se tabell 5.19.

Tabell 5.19 Antall brukere inkludert gjennom brukermedvirkning, sammenheng mellom former for brukermedvirkning.

	Individuell plan	Ansvars- gruppe	LAV - tiltak		
			Tiltaket er utarbeidet i samråd m/bruker	Bruker har innflytelse på innhold i tiltak	Bruker har kontakt med brukerombud
Individuell plan	97	88	47	51	3
Ansvarsgruppe	88	193	116	114	9
LAV-tiltak utarbeidet i samråd	47	116	173	138	11
Innflytelse på innhold i LAV-tiltak	51	114	138	197	8
Kontakt med brukerombud LAV	3	9	11	8	13
Alle	97	193	173	197	13

Fra denne tabellen ser vi at av de 97 brukerne som har individuell plan, er det hele 88 brukere som også har ansvarsgruppe. Nær halvparten av de med individuell plan har også kunnet påvirke tiltaket de mottar fra LAV. For de som har ansvarsgruppe men ikke individuell plan, beregner vi at omtrent hver tredje bruker har påvirkning på LAV-tiltaket.

Av de 173 som har vært med på å utforme LAV-tiltaket de mottar, har 138 også vært med på det faktiske innholdet i tiltaket. Av de 13 som har hatt kontakt med brukerombudet, har 11 også vært med og utarbeidet tiltaket de mottar, mens 9 av disse også har en etablert ansvarsgruppe.

Her kan det også være interessant å se på sammenhengen mellom brukermedvirkning og hvilke type lavterskeltiltak brukerne mottar. I tabell 5.20 har vi derfor sett på forholdet etter type tiltak

<sup>30</sup> I neste rapport vil vi se nærmere på grad av brukermedvirkning relatert til for eksempel helsetilstand. Er det for eksempel slik at det er de som sliter mest som i minst grad er mulig å involvere på ulike måter, selv om det kanskje er de som trenger det mest.



Tabell 5.20 Prosent av brukerne inkludert gjennom brukermedvirkning etter type tiltak.

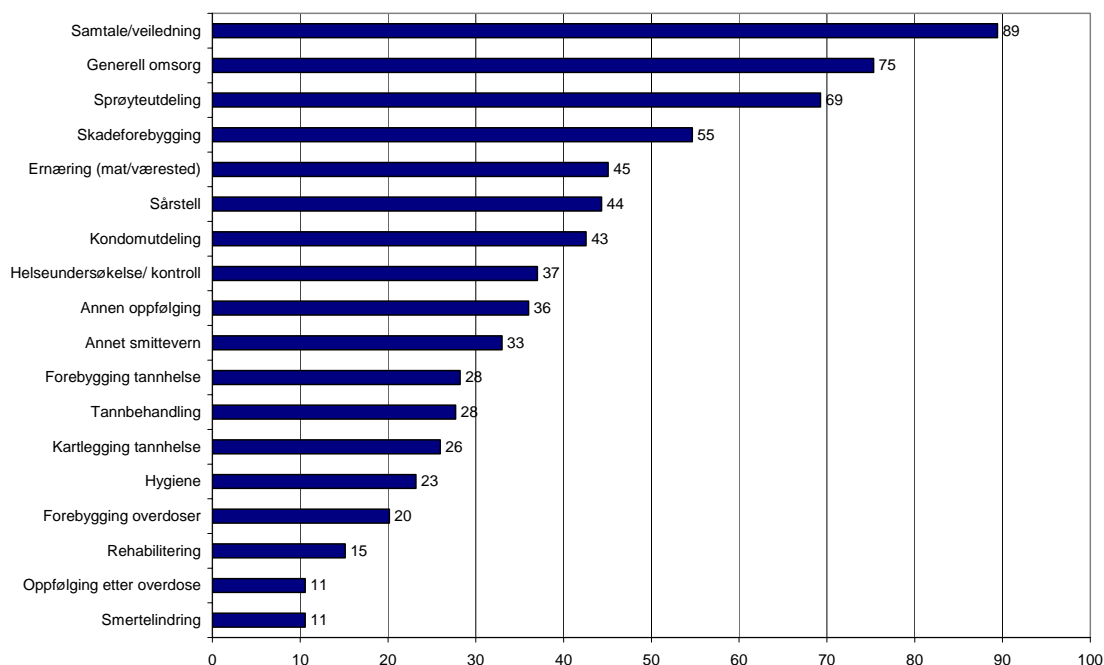
	Store byer	Helsestasjon/ sosialmedisinsk senter	Feltpleiekontor	Værested og/eller frivillige ressurser tilknyttet tiltaket
Individuell plan	36	15	33	14
Ansvarsgruppe	47	38	72	45
LAV-tiltak utarbeidet i samråd med bruker	38	37	72	37
Innflytelse på innhold i LAV-tiltak	54	40	57	81
Kontakt med brukerombud LAV	8	0	5	2

Her ser vi at andelen brukere som har individuell plan er størst i tiltakene i de store byene og ved feltpleiekontorene der omlag en av tre brukere har individuell plan, og mye mindre ved blant brukere av helsestasjon/sosialmedisinsk senter og væresteder (hhvis 15 og 14 %). Når det gjelder ansvarsgruppe finner vi at dette er mest utbredt blant brukere av feltpleiekontor. Det er også feltpleiekontorene som hyppigst utarbeider LAV-tiltaket i samråd med bruker. Brukerne av værestedene har typisk stor innflytelse på innholdet i tiltaket.

## 5.7 Faktiske tiltak og vurdering av udekket tiltaksbehov

Vi har både spurt om faktiske tiltak brukeren har mottatt fra LAV de siste 6 månedene, om tiltaket er tilstrekkelig eller ikke, og om det er tiltak brukeren etter respondenten/fagpersonens vurdering burde hatt, men som ikke gis i dag. Vi starter med en figur som viser hvilke tiltak brukerne faktisk mottar fra lavterskeltilbudet.

Figur 5.1 Prosent av brukerne som mottar ulike tiltak fra lavterskeltilbudet.



Omtrent 90 prosent av brukerne mottar samtale og veiledning fra lavterskeltilbudet. 75 prosent får generell omsorg og omtrent 70 prosent får sprøyter. Dette har godt samsvar i forhold til hvilke mål som ble oppgitt å være viktigst for de enkelte brukerne, se tabell 5.15.

For eksempel får 28 prosent tannbehandling og 11 prosent trenger oppfølging etter overdose og smertelindring.

Vi kan se videre på hvordan dette fordeler seg på de ulike tiltakstypene for å beskrive de ulike tiltakene med hvilke tiltak som faktisk ytes og om det er store forskjeller mellom tiltakstypene, se tabell 5.21.

Tabell 5.21 Prosent av brukerne som mottar ulike tiltak fra lavterskeltilbudet etter type tiltak.

	Store byer	Helsestasjon/ sosialmedisinsk senter	Feltpleiekontor	Værested og/eller frivillige ressurser tilknyttet tiltaket	Alle (%)
Samtale/veiledning	83	91	90	91	89
Generell omsorg	71	67	84	86	75
Sprøyteutdeling	85	68	47	77	69
Skadeforebygging	55	58	56	34	54
Ernæring (mat/værested)	59	28	32	91	45
Sårstell	50	48	33	41	44
Kondomutdeling	61	45	20	34	42
Helseundersøkelse/ kontroll	46	35	31	30	37
Annen oppfølging	41	26	33	61	36
Annet smittevern	35	39	27	20	33
Forebygging tannhelse	27	35	12	43	28
Tannbehandling	19	28	36	27	27
Kartlegging tannhelse	19	33	17	39	26
Hygiene	39	19	9	25	23
Forebygging overdoser	28	15	17	20	20
Rehabilitering	16	17	15	5	15
Smertelindring	23	4	3	16	10
Oppfølging etter overdose	26	4	4	7	10
Kurs	0	7	5	2	4

Denne tabellen viser at tiltakene er relativt like, men med noen naturlige unntak. Feltpleiekontorene har relativt færre personer som får sprøyter, mens de store byene i relativt større grad deler ut kondomer. Ernæringstiltak er naturlig nok mest vanlig i innen væresteder. Feltpleiekontorene har relativt færre brukere som de kartlegger og forebygger tannhelseproblemer for. Smertelindring og oppfølging etter overdose samt hygienetiltak er mest vanlig i storbyene.

Vi har også spurt om de som mottar tiltakene får et tilstrekkelig tilbud eller ikke, se tabell 5.22. Av de som har svart på dette spørsmålet er det stort sett et åtti-tjue forhold. 80 prosent av brukerne mottar et tilstrekkelig tilbud, mens tilbudet ikke er tilstrekkelig for 20 prosent av brukerne. Andelen som ikke får et tilstrekkelig tilbud er noe større for hygienetiltak, smertelindring og rehabilitering, men her er det relativt færre brukere som omfattes av slike tiltak. Det kan være mange årsaker til at brukerne ikke får et tilstrekkelig tilbud i LAV. For eksempel samtale/veiledning, generell omsorg og skadeforebygging. Årsakene kan være at brukere ikke oppsøker tiltaket i stor nok grad, men også at de ikke er

mottakelig for hjelpen som tilbys. Vi har ikke spurt om årsaker til at ikke tilbudet fra LAV er tilstrekkelig, men det kan også skyldes for lite ressurser i LAV.

Tabell 5.22 Prosent av brukerne som har tilstrekkelig og ikke tilstrekkelig tilbud i prosent av de som faktisk mottar tiltaket.

	Tilstrekkelig	Ikke tilstrekkelig	Totalt	Antall
Samtale/veiledning	80	20	100	281
Generell omsorg	80	20	100	241
Skadeforebygging	79	21	100	164
Sprøyteutdeling	94	6	100	204
Kondomutdeling	97	3	100	121
Annet smittevern	83	17	100	96
Helseundersøkelse/ kontroll	80	20	100	115
Ernæring (mat/værested)	74	26	100	134
Hygiene	69	31	100	67
Sårstell	82	18	100	136
Smertelindring	68	32	100	34
Forebygging overdoser	81	19	100	58
Oppfølging etter overdose	81	19	100	58
Annen oppfølging	70	30	100	119
Rehabilitering	53	47	100	47
Kurs	80	20	100	10
Forebygging tannhelse	76	24	100	71
Kartlegging tannhelse	84	16	100	74
Tannbehandling	71	29	100	87

Vi har også spurt om det er tiltak brukeren etter fagpersonens vurderinger burde fått, men som ikke gis i dag. Resultatene fra denne kartleggingen vises i tabell 5.23.

Det er 42 brukere som ikke får samtale/veiledning ved lavterskelilbudene. Av disse er det 9 brukere, eller 21 prosent, som burde ha fått samtale/veiledning. Omtrent 10 prosent av de 98 brukerne som ikke er omfattet av generell omsorg, burde ha fått denne hjelpen. De er også en del brukere som burde vært på helseundersøkelse/kontroll. Av de 250 brukerne som ikke mottar denne hjelpen, burde hver femte bruker fått det. En omtrent like stor andel mangler tiltak knyttet til rehabilitering og forebyggende tannhelse. Hver fjerde bruker som ikke får kartlagt tannhelse, burde fått dette gjort og nesten hver tredje bruker som ikke mottar tannbehandling burde fått dette tilbudet. Som nevnt over har vi i denne omgang ikke spurt hvorfor om årsaker til at tilbudet ikke er tilstrekkelig eller hvorfor de ikke mottar tiltaket i det hele tatt. Sannsynligvis er det mange grunner til dette, både forhold knyttet til livssituasjonen til den enkelte bruker, ressurser i LAV og andre steder og forhold i øvrige tjenester. Dette kommer vi tilbake til i slutten av neste kapittel.

Tabell 5.23 Antall og prosent av brukerne som ikke får tiltaket, men som burde fått det.

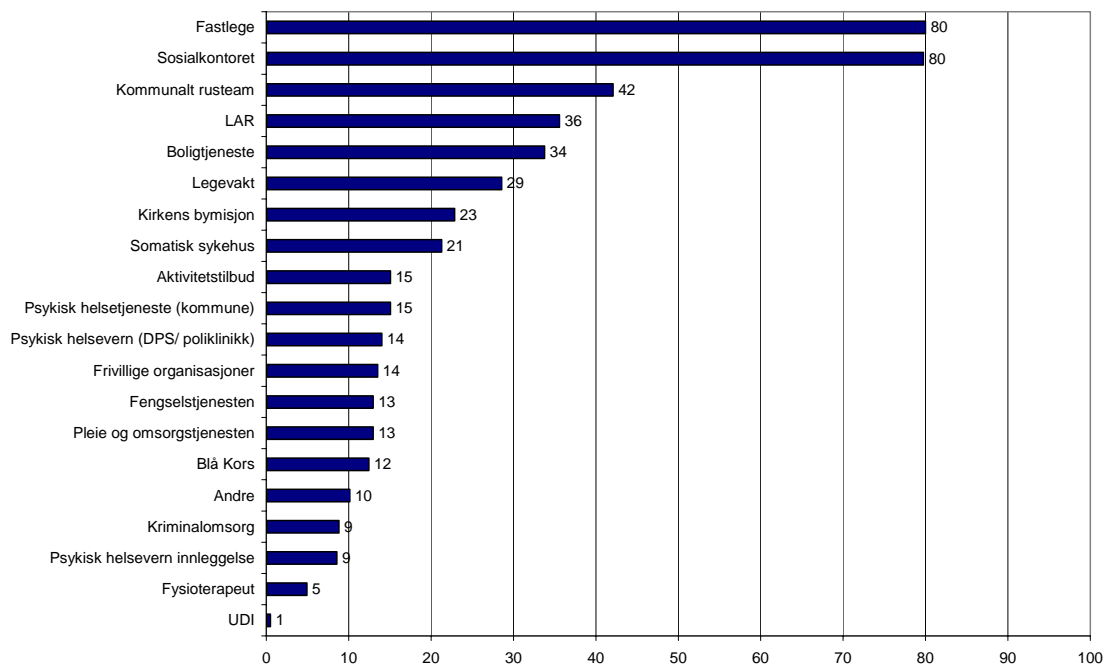
	Antall som ikke får tiltaket	Antall som burde fått	Prosent
Samtale/veiledning	42	9	21
Generell omsorg	98	10	10
Skadeforebygging	180	8	4
Sprøyteutdeling	122	4	3
Kondomutdeling	228	6	3
Annet smittevern	266	17	6
Helseundersøkelse/ kontroll	250	48	19
Ernæring (mat/værested)	218	21	10
Hygiene	305	16	5
Sårstell	221	10	5
Smertelindring	355	20	6
Forebygging overdoser	317	15	5
Oppfølging etter overdose	355	15	4
Annen oppfølging	254	32	13
Rehabilitering	337	56	17
Kurs	381	27	7
Forebygging tannhelse	285	61	21
Kartlegging tannhelse	294	73	25
Tannbehandling	287	97	34

## 5.8 Kontakt med øvrige tjenester og vurdering av udekket tjenestebehov

Her har vi spurt om hvilke tjenester brukeren faktisk har hatt kontakt med i løpet av de siste 6 månedene, om kontakten har vært tilstrekkelig eller ikke, og om det er tjenester de enkelte brukerne etter fagpersonens vurdering burde hatt, men som ikke er etablert i dag.

I figur 5.2 ser vi på kontakt med tjenestene. 80 prosent av brukerne har hatt kontakt med fastlegen og med sosialkontoret i løpet av de siste 6 månedene, mens for eksempel 13 prosent har kontakt med pleie og omsorgstjenesten. To brukere, eller en prosent av utvalget har hatt kontakt med UDI i løpet av de siste månedene. 36 prosent av brukerne har vært i kontakt med LAR.

Figur 5.2 Prosent av brukerne som mottar ulike tiltak fra øvrige tjenester



Vi ser videre på om tiltakene som gis er tilstrekkelige eller ikke. Her har vi betinget på at de faktisk mottar tiltaket. Det er selvsagt for mange vanskelig å vurdere om tjenestene er tilstrekkelige for de enkelte brukerne og det er derfor mange som ikke har svart. Det er likevel mulig å gi et bilde av relasjonene brukerne av lavterskeltilbudene har med det øvrige tjenesteapparatet.

Tabell 5.24 Prosent av brukerne som faktisk har kontakt med ulike tjenester som har tilstrekkelige eller ikke tilstrekkelig.

	Ikke			Totalt	Antall brukere
	Tilstrekkelig	tilstrekkelig	Ikke svart		
Fastlege	52	26	22	100	308
Legevakt	50	25	25	100	110
Pleie og omsorgstjenesten	54	24	22	100	50
Fysioterapeut	47	11	42	100	19
Sosialkontoret	48	25	26	100	307
Fengselstjenesten	62	2	36	100	50
Psykisk helsetjeneste (kommune)	50	22	28	100	58
Psykisk helsevern (DPS/ poliklinikk)	56	24	20	100	54
Psykisk helsevern innleggelse	30	27	42	100	33
Somatisk sykehus	59	18	23	100	82
LAR	36	34	30	100	137
Kriminalomsorg	32	24	44	100	34
Boligtjeneste	38	45	17	100	130
Kommunalt rusteam	54	21	25	100	162
Aktivitetstilbud	41	41	17	100	58
Blå Kors	42	10	48	100	48
Kirkens bymisjon	69	7	24	100	88
UDI	0	50	50	100	2
Frivillige organisasjoner	65	8	27	100	52
Andre	69	8	23	100	39

Det kan være vanskelig hva som legges i begrepet tilstrekkelig, men dette vil variere for de enkelte tjenestene. Når vi ser på årsakene til at tjenestebehovet ikke dekkes (tabell 5.26) får vi indirekte informasjon om hvordan tjenestene ikke er tilstrekkelig.

Av de 308 brukerne som har kontakt med fastlegen er det omtrent halvparten som har et tilstrekkelig tilbud. For mange av respondentene er det naturligvis vanskelig å svare på hvordan fastlegetilbudet fungerer for den enkelte, men de svarer at tilbudet ikke er tilstrekkelig for hver fjerde bruker. Omtrent det samme resultatet får vi når det gjelder legevakt, sosialkontor, psykisk helsetjenester m.m. Omtrent hver fjerde bruker har ikke et tilstrekkelig tilbud. Om vi leter etter tilbud som faktisk gis i tilstrekkelig grad ser Fengselstjenesten, Kirkens bymisjon og frivillige organisasjoner ut til å ha relativt få som ikke får et tilstrekkelig tilbud. I den andre enden ligger boligtjenester. Hele 45 prosent av brukerne får ikke et tilstrekkelig boligtilbud. Det er også en stor andel som ikke har et godt nok aktivitetstilbud, men dette gjelder færre brukere.

De største gruppene som ikke mottar tilstrekkelige tjenester, dvs som omfatter flest personer, finner vi hos fastleger og ved sosialkontorene. Mangel på tilstrekkelig tilbud gjelder også for mange brukere i forhold til kommunalt rusteam, LAR, legevakt og som nevnt for boligtjenester.

Dette gjelder brukere av LAV som faktisk mottar tjenester fra det øvrige tjenesteapparatet. Vi har også spurt om de som ikke har kontakt med tjenestene faktisk burde hatt kontakt. Resultatene er vist i tabell 5.25.

Det er 77 av brukerne som ikke har kontakt med fastlegen. Av disse så er det 41 brukere, eller 53 prosent som burde hatt kontakt med fastlegen. Her ser vi igjen at det er stort behov for aktivitetstilbud og boligjenester. Omtrent hver fjerde som ikke får disse tilbudene, har udekkede behov ved at de faktisk har bruk for disse tjenestene. Vi ser også at det er store udekkede behov ved at personer står uten et tjenestetilbud som de burde fått fra kommunalt rusteam, psykisk helsetjenester (kommunalt psykisk helsearbeid og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten), LAR. Det er relativt få som har behov for tjenester men som ikke mottar tjenestene fra legevakt, fengselstjenesten, Blå Kors, Kirkens bymisjon og Frivillige organisasjoner.

Tabell 5.25 Antall og prosent av brukerne som ikke har kontakt med tjenestene, men som burde hatt det.

	Antall som ikke får tiltaket	Antall som burde fått	Prosent
Fastlege	77	41	53
Legevakt	275	6	2
Pleie og omsorgstjenesten	335	22	7
Fysioterapeut	366	38	10
Sosialkontoret	78	12	15
Fengselstjenesten	335	6	2
Psykisk helsetjeneste (kommune)	327	60	18
Psykisk helsevern (DPS/ poliklinikk)	331	58	18
Psykisk helsevern innleggelse	352	19	5
Somatisk sykehus	303	8	3
LAR	248	45	18
Kriminalomsorg	351	9	3
Boligtjeneste	255	61	24
Kommunalt rusteam	223	42	19
Aktivitetstilbud	327	81	25
Blå Kors	337	8	2
Kirkens bymisjon	297	4	1
UDI	383	3	1
Frivillige organisasjoner	333	4	1
Andre	346	5	1

Til slutt i denne kartleggingen av LAV - brukere, skal vi se på forklaringer på hvorfor ikke tjenestebehovene dekkes.

## 5.9 Årsaker til at tjenestebehov ikke dekkes

Vi har spurt om hvorfor tjenestebehov ikke dekkes for de enkelte brukerne. Her gav vi alternativene som er gitt i tabell 5.26, men vi har også latt respondentene beskrive med egne ord på hva problemene består av.

Tabell 5.26 I hvor stor grad tror du følgende faktorer er medvirkende til at tjenestebehov ikke dekkes for denne brukeren? Prosent av brukerne.

	I storgrad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Totalt	Antall brukere
For lite ressurser i LAV	11	24	40	25	100	357
For lite ressurser i øvrige kommunale tjenester	25	40	24	10	100	361
For lite ressurser i spesialisthelsetjenesten	17	38	29	15	100	344
For dårlig kunnskap i øvrige komm. tjenester	21	38	27	13	100	351
For dårlig kunnskap i spesialisthelsetjenesten	14	29	36	21	100	341
Negative holdninger i øvrige komm. tjenester	17	38	31	14	100	351
Negative holdninger i spesialisthelsetjenesten	11	33	34	21	100	337
Bruker møter ikke til avtaler	16	42	23	18	100	353
Bruker er ikke motivert	14	42	21	23	100	353

65 prosent sier at det i liten grad eller ikke i det hele tatt er for lite ressurser i LAV som gjør at tjenestebehovet ikke dekkes for denne brukeren, mens for 35 prosent av brukerne kan det se ut som knapphet på ressurser (i stor eller noen grad) i LAV er en medvirkende årsak til at tjenestebehovet ikke dekkes.

Om vi slår sammen "i stor grad" og "i noen grad", ser vi at for lite ressurser i kommunene kan være årsaker til at tjenestebehovene ikke dekkes for 65 prosent av brukerne. For dårlig kunnskap i øvrige kommunale tjenester kan også være medvirkende årsaker til mangelfullt tjenestetilbud for rundt 60 prosent av brukerne. For omtrent like mange kan medvirkende årsak ligge hos brukerne, ved at de ikke møter til avtaler eller at de ikke er motivert. For over halvparten av brukerne er problemene knyttet til for lite ressurser i spesialisthelsetjenesten.

Det er også slik at for over 20 prosent av brukerne har ikke årsakene til udekkede tjenestebehov noe å gjøre med ressursituasjonen i LAV, at bruker ikke er motivert, negative holdninger eller dårlig kunnskap i spesialisthelsetjenesten eller en kombinasjon av disse. Vi ser derfor nærmere på andre årsaker til at tjenestebehovet ikke dekkes ved å gå gjennom svarene respondentene har gitt når de fikk muligheten til å si med egne ord hva udekkede tjenestebehov skyldes. Det er mange ulike årsaker til udekkede tjenestebehov, omtrent like mange som det er brukere. Alle har sin egen historie og sine erfaringer og de har til en viss grad kommet til uttrykk i dette åpne spørsmålet i de tilfeller brukeren selv har vært med på utfyllingen. Flere føler seg som en kasteball i systemet og det er mange som ikke opplever at de får et godt nok tilbud. Angst, depresjoner, ADHD, vanskelig boligsituasjon er hyppig nevnt som årsaker til at det er vanskelig å få dekket tjenestebehovene til brukerne. Det nevnes også at det ikke finnes noe behandlingstilbud for amfetaminbrukere. En bruker mener at det burde være et klageorgan som kun rusmiddelavhengige kunne bruke. I noen tilfeller vet ikke hjelpeapparatet at brukeren er narkoman eller kjenner behovene brukerne har. Det nevnes også at det noen tjenester har for lite kunnskap om brukere med etnisk bakgrunn som har rusproblemer. De oppsøker sjeldnere hjelpeapparatet og er vanskelige å få kontakt med.



## 5.10 Oppsummering – brukere av LAV, vår 2007

I dette kapitlet har vi gått gjennom resultatene av en kartlegging av 400 brukere ved 25 ulike lavterskeltiltak. Vi har delt disse tiltakene i fire tiltakstyper: store byer, helsestasjon/sosialmedisinsk senter, feltpleiekontor og væresteder og/eller tiltak med stort innslag av frivillige ressurser.

### *Brukerne og deres rusproblem*

Brukerne er, i tråd med utvalgskriteriene, stort sett tunge rusmisbrukere som ruser seg hyppig, og har vært rusavhengig i mange år. Gjennomsnittsalderen er omtrent 39 år, men 10 prosent av brukerne er under 26 år. De vanligste rusmidlene er benzodiazepiner, amfetamin, cannabis og opioder. Det er mange kombinasjoner av ulike rusmidler, og mange brukere som benytter kombinasjoner med høy risiko. For eksempel benytter 95 av 400 brukere kombinasjon mellom heroin og rohypnol, og 80 bruker heroin i kombinasjon med alkohol. Alkohol oppgis som eneste rusmiddel for 13 brukere. Mange har store helseproblemer. Spesielt har mange alvorlige/veldig alvorlige problem knyttet til tannhelse. Det er også svært mange som har problemer med psykisk helse, boligsituasjon og kontakt med familie.

### *Kontakt med LAV*

Brukerne har hyppig kontakt med LAV. Omtrent 70 prosent av brukerne har kontakt med lavterskeltiltakene 1 – 2 ganger i uken eller hyppigere, men dette varierer noe mellom de ulike tiltakstypene. Feltpleiekontorene og værestedene (utenom de største byene) har i liten grad daglig kontakt med brukerne.

### *Tilbudet i LAV – og potensial for bruk av ordinære tjenester*

De viktigste målene med lavterskeltiltakene for de kartlagte brukerne er sprøyteutdeling, samtale/veiledning og ernæring. Dette er også av de tiltakene som i størst grad gis brukerne. Lavterskeltiltakene har en stor bredde i det som tilbys. Dette inkluderer, foruten helserelaterte tiltak som styrking av generell helsetilstand, tannhelse og oppfølging av ulike sykdommer og sårstell, også for eksempel hjelp til å etablere bolig/bobistand, motivering til redusert rusbruk og til bruk av ordinære tjenester og å gi generell omsorg.

Det er mange av disse tiltakene som gis ved alle typene lavterskeltiltak, men det er også noen som er mer tilpasset de ulike lavterskeltiltakstypene. For eksempel driver feltpleiekontorene i noe mindre grad med sprøyteutdeling enn de øvrige tiltakstypene, mens omtrent alle brukerne av værestedene er omfattet av ernæringstiltak.

Generelt kan det se ut som tiltakene klarer å gi 80 prosent av brukerne tilstrekkelig hjelp, mens 20 prosent ikke får et tilstrekkelig tilbud hos lavterskeltiltakene, av ulike grunner. Unntakene er på sprøyteutdeling og kondomutdeling der det er få som ikke får tilstrekkelig hjelp. Årsakene til at alle ikke nås i like stor grad kan være mange. Spesielt er det mange som er vanskelig å hjelpe fordi de er i en svært vanskelig livssituasjon der egenomsorgen er dårlig, og de har vanskelig for å forholde seg til timeavtaler hos andre tjenester som søkes involvert for å hjelpe brukerne.

For 40 prosent av brukerne vurderes det som svært vanskelig å oppnå at de etter hvert får tjenestebehovene dekket av det ordinære tjenesteapparatet, gitt at de forblir rusavhengige. For resten av brukerne kan dette være en mulighet, men dette forutsetter både at brukerne er motiverte, kan følge avtaler, at holdninger i tjenestene endres etc.

### *Brukermedvirkning*

Brukermedvirkning kan være viktig for å oppnå tilpassede tilbud og tjenester. 25 prosent av brukerne som er kartlagt har individuell plan. For 50 prosent av brukerne er det etablert en ansvarsgruppe, og de med individuell plan har stort sett også en ansvarsgruppe. For omtrent 5 prosent av brukerne vurderes det ikke som aktuelt å ha individuell plan eller ansvarsgruppe. Andelen brukere som har individuell plan er størst i tiltakene i de store byene og ved feltpleiekontorene der omlag en av tre brukere har individuell plan, og mye mindre ved blant brukere av helsestasjon/sosialmedisinsk senter og væresteder. Det er spesielt

mange brukere av feltpleiekontor som har en etablert ansvarsgruppe. Videre har omtrent halvparten av brukerne hatt innflytelse på LAV-tiltaket. Dette kan være brukermedvirkning både ved at tiltaket har vært utarbeidet i samråd med bruker, men også at bruker eller pårørende har innflytelse på lavterskeltiltaket som gis. For mange tiltak vil en slik brukermedvirkning ikke være aktuelt, mens for feltpleiekontorene oppgis at 70 prosent av brukerne vært med på å utarbeide LAV-tiltaket. Ved værestedene har naturlig nok mange av brukerne (80 prosent) innflytelse på innholdet i tiltakene.

#### *Brukerens kontakt med øvrige tjenester*

Vi har også sett på det øvrige hjelpeapparatet rundt tunge rusmiddelavhengige som er i kontakt med lavterskeltiltakene. Omtrent 80 prosent av brukerne har vært i kontakt med fastlegen og sosialkontoret i løpet av de siste 6 månedene. Omtrent 40 prosent har vært i kontakt med kommunalt rusteam i den samme perioden, mens 36 prosent har vært i kontakt med LAR. En av tre brukere har vært i kontakt med bolig tjenesten. Nesten 10 prosent har vært i kontakt med kriminalomsorg, eller har vært innlagt i psykisk helsevern. Vi har også undersøkt om de tjenestene som gis av det øvrige hjelpeapparatet vurderes som tilstrekkelig. Vi finner at de største gruppene som ikke mottar tilstrekkelige tjenester, dvs som omfatter flest personer, finner vi hos fastleger og ved sosialkontorene. Mangel på tilstrekkelig tilbud gjelder også for mange brukere i forhold til kommunalt rusteam, LAR, legevakt og ikke minst for bolig tjenester. Mangel på en god og stabil bosituasjon beskrives å forårsake store problemer for mange brukere, og de kommunale tjenestene oppleves ikke tilstrekkelig for 45 prosent av brukerne som får denne tjenesten. I tillegg har 24 prosent av de som ikke mottar et tilbud i det hele tatt bruk for denne tjenesten.

Årsakene til at tjenestebehovene ikke dekkes relateres til for knappe ressurser, for liten kunnskap, og negative holdninger i de øvrige kommunale tjenestene for mange av brukerne. Tilsvarende problemer finnes i forhold til spesialisthelsetjenesten, men da i noe mindre omfang. Men det er også forhold ved brukerne som kan forklare hvorfor ikke tjenestetilbudet er godt nok. Dette kan skyldes at brukeren ikke møter til avtaler og/ eller at han eller hun ikke er tilstrekkelig motivert. Problemer knyttet til angst, depresjoner og ADHD nevnes også som viktige årsaker. Flere brukere føler seg som en kasteball i systemet, og dårlige og vonde erfaringer gjør at de ikke ønsker eller makter kontakt med tjenesteapparatet. En annen årsak kan være at hjelpeapparatet i liten grad er utviklet og tilpasset tunge rusmiddelmissbrukere med sammensatte behov der tjenestene må være tilgjengelig på det tidspunktet der brukerne er i stand til å nyttiggjøre seg tjenesten heller enn at brukerne må være der når hjelpeapparatet har kapasitet og evne til å hjelpe.

## 6 Brukernes erfaringer

Evalueringen av brukernes erfaringer og synspunkter på lavterskeltiltakene vil baseres på funn fra både kvalitativ og kvantitativ metodetilnærming. I denne delrapporten presenteres resultatene fra den kvalitative tilnærmingen; dybdeintervju med brukerne (delstudie 5a). Den kvalitative delen er en eksplorerende forstudie og danner grunnlag for en spørreskjemaundersøkelse blant brukerne (delstudie 5b) som skal gjennomføres til høsten.

I prosjektbeskrivelsen tok vi sikte på at intervjuene skulle gi svar på følgende problemstillinger:

- Opplevelse av tilgjengelighet til tiltaket og eventuelle barrierer
- Erfaringer knyttet til tiltaket (effekter for egen helse, misbruk etc.)
- Eventuelle erfaringer med tannhelsetilbudet
- Hvorvidt, og eventuelt hvordan, den intervjuete har erfart at tiltaket har fungert som inngangsport til ordinært hjelpeapparat (inkl tannhelse)
- Om brukeren har opplevd at tiltaket har bidratt til økt kunnskap/holdningsendring til målgruppen i øvrig hjelpeapparat
- Brukerens vurdering av andelen av rusmisbrukere som faller utenfor tiltaket, og hans/hennes oppfatning om årsaker
- Brukerens syn på grad av sammenheng i de ulike tjenestene: Fungerer lavterskeltiltaket isolert, i konflikt med, eller i godt samarbeid med de andre tjenestene i kommunen? Her kommer spørsmål om brukermedvirkning, individuell plan og ansvarsgruppe.
- Brukerens grad av tilfredshet med tiltaket, sammenlignet med andre deler av helse- og sosialtjenesten

### 6.1 Gjennomføring og analyse av intervjuer med 30 brukere i ulike tiltak

I samråd med tiltakene fikk vi kontakt med og intervjuet 30 brukere. Disse ble valgt ut fra tanken om at ulike *typer* av tiltak skulle være representert (feltpleie, natthjem, oppsøkende etc.) og fra ulike steder i landet og kommunenes størrelse. For å nå brukerne ba vi personalet i foretakene om bistand med å motivere brukere til deltakelse. Vi la vekt på å få tak i brukere med ulik alder, kjønn og type rusbruk, men også at de skulle kjenne til tiltaket ved å ha brukt det noen tid, samt at de hadde noenlunde dagsform slik at de kunne formidle sine erfaringer godt. Vi har 4 intervjuer fra Os kommune, 3 fra Stord, 3 fra Trondheim, 10 fra Tromsø, 2 fra Asker, 3 fra Drammen, 3 fra Oslo feltpleie (Dalsbergstien) og 2 fra Frelsesarmeens feltpleie i Oslo. Intervjuene varierer ganske mye med hensyn på hvor fyldige de er; noen gir mer data enn andre. Flertallet i utvalget er menn, noe som vel samsvarer med hele rusmisbrukerpopulasjonen. Som én av brukerne sa: "Det er jo ikke så mye kvinnfolk som mannfolk som driver og ruser seg generelt. Så den prosentstatistikken, den må bare bli sånn rett og slett. Du kan ikke forvente at det skal komme 50 % kvinnfolk her nede når det ikke er 50 % ute i miljøet." Alderen til informantene varierer fra 19 til 59 år.

Selv om vi hadde intervjuguide (se vedlegg), tok intervjuene form av en åpen samtale, og vi la vekt på å være fleksible i gjennomføringen, både når det gjaldt innhold, tid og sted og evt. bruk av båndopptak (det siste hadde ingen av informantene noe imot). Vi beflittet oss også på å ha åpne, ikke ledende spørsmål.

Resultatene fra det relativt lite utvalget av kvalitative intervjuer kan selvfølgelig ikke generaliseres til alle brukerne i tiltakene. De representerer likevel en meget verdifull kunnskap fordi det satses på å *gi de som lavterskeltiltakene er til for en stemme*, med deres egne ord og måter å formulere problemer og ønsker på. Derfor siteres ofte brukernes egne utsagn. De utsagn som er valgt, er de som er typiske for flertallet av svarene på et spørsmål, eller som nettopp kan kontrastere det typiske på en illustrerende måte, eller også er godt formulert og rammende for poengtering av funn. Hvis vi bruker kvantitative begreper i denne del av rapporten, er det ord som "mange" (i alle fall halvparten), "noen" eller "flere" (mellom 5 og 10), og selvfølgelig flertall, gjennomsnitt, få.

## 6.2 Opplevelse av tilgjengelighet til tiltaket, og eventuelle barrierer

Den første problemstillingen handler om brukernes syn på lavterskeltiltakets tilgjengelighet. Men hensyn på *lokaliseringen* i kommunen, er brukerne stort sett fornøyde. De fleste av tiltakene ligger godt plassert i sentrum av byen eller tettstedet. Brukerne liker at de kan komme seg "rett inn fra gata", uten vanskeligheter for de som har bevegelseshindringer og uten å måtte komme seg gjennom lange korridorer eller for mange skranke. Men gjerne gjennom en kafé for brukere. Noen kommer fra små steder utenfor kommunen, og har da lengre vei. På den ene siden beklager de dette, og skulle ønske at det var et tiltak med de tjenestene de trenger, som var nærmere der de bor. Men på den andre siden er det godt å ikke bli sett/registrert som rusmisbruker i sitt lille lokalmiljø: "Folk veit om alt veldig kjapt", og "...bare det å se på leilighet der er vanskelig. Du har et rykte på deg, det er alltid noen som vet hvem du er", "...mye enklere å skli inn her ubemerket. Skjule seg litt". Brukerne synes det er synd for dem som bor på større steder i landet og som likevel ikke har et tilgjengelig lavterskeltilbud. Når det gjelder *åpningstidene*, nevner flere at de burde vært lengre, for eksempel med tidligere åpning på dagen eller med kvelds- eller nattåpent også.

Ikke alle tiltakene har *natt-tilbud*, noe flere beklager. Overnattingstilbud på lavterskeltiltakene er selvfølgelig noe annet enn hospitser. Det beste er hvis det kunne fungere som natthjem, der en, hvis en er syk eller veldig sliten, kan få sove lenge, ikke må komme seg ut av senga for fort. Mulighet for frokost om morgenen for en som er sulten og fattig og ikke har mat som førsteprioritet når det gjelder hva man skal bruke penger til, er også et ønske. Behov for enerom føles svært viktig når man er syk eller trenger å være i fred. Eller selvfølgelig dobbeltrom hvis man har en samboer eller god venn hvis nærvær gjør at man er mindre redd. Natthjemmet må også ha gode regler for at det blir trygt og uten bråk om natten, med utvisninger av de som truer eller utøver vold, driver med "forretninger", eller forstyrrer de andre. Å kunne få lov til å roe seg noen dager så man kan ta seg inn helsemessig og få overskudd til å tenke mer langsiktig på hvordan bedre livskvaliteten nevnes ofte: "Får i hvert fall roe meg ned, samle sakene mine på et sted, ha en base og kanskje kunne begynne å gjøre noe for den personen jeg er. Å ha et sted, lukke døra bak seg, gå og legge seg. For det er veldig slitsomt å bare gå på byen" (mann, 42 år).

Dette behovet viser noe om hvor stressende livet for en aktiv rusmisbruker er; det å skaffe seg nok "dop" hver dag, skaffe penger på ulike måter – også kriminelle, gå i stadig angst for vold, sykdom, abstinenser, politi. Og det viser noe om følelsen av *hjemløshet* og lengselen etter "mitt eget rom". Mange har erfaringer med å sove ute, noe som er ødeleggende for helsen på mange vis: "Det er enklere for meg å sitte her inne på rommet mitt og mekke meg et skudd i ro. Jeg er ikke sånn som setter meg på Karl Johan og setter meg sprøyter liksom, det er ikke min stil. Hygiene blir bedre, i stedet for å sitte under en bru, med kanskje dårlig belysning og dårlig filter. Det blir litt sånn campingsmessig. Hjemløs kan jeg kalle meg, men jeg kaller meg ikke for uteligger, selv om jeg noen ganger i nød har sovet ute før jul og nyttår, for ikke å tyne vennskapet for mye," sier informanten som er sitert ovenfor videre. Flere, og kanskje særlig kvinner, er opptatt av lavterskeltiltaket som et sted med mulighet for *trygghet*. En kvinne på 41 år med en stygg blåveis som går mye ute og prostituerer seg, sier: "Ønsker tak over hodet, bo på et sted liksom mer enn en natt om gangen. Er helt avhengig av trygghet, hvile. Det er ikke liv laga for noen å ikke ha noe sted å være, bare fly rundt. Da tar man også farlige sjanser med hygien".

Angående hvor lenge informantene har kjent til og brukt tiltaket, sier de fleste at de har brukt det "siden det startet", og at de ble oppmerksomme på at tilbudet fantes ved at andre rusmisbrukere, "kompiser", fortalte dem om stedet eller tok dem med. Sjelden nevner de at fagfolk ga informasjon om stedet. De fleste oppsøker det 1-2 ganger i uken. Men som nevnt, er det altså flere som bruker det mer hvis det er overnattingstilbud, fordi de bor for langt unna til å komme seg hjem om natten eller ikke har en fast bolig. Et visst inntrykk er at det kanskje er i større byer at andelen av brukere som er uten bolig, er størst. Inntrykket er selvfølgelig svært upålitelig på grunn av det lille utvalget av informanter. Spørsmål om boligforhold i den kvantitative undersøkelsen med spørreskjema til mange brukere, kan gi sikrere data om størrelsen på boligproblemet for denne ressursvake gruppen i befolkningen.

### 6.3 Erfaringer knyttet til tiltaket (effekter for egen helse, misbruk, etc.)

Det første som de aller, aller fleste nevner på spørsmålet om hvorfor de kom til tiltaket første gang, var ryktet om at de kunne få rene sprøyter, "verktøy". Derneft nevnes ofte sårstell. Noen nevner at de hadde fått høre at det var gratis mat der; "...det meste av pengene går jo til dop, mat kommer lengre ned på lista", og gratis legehjelp; "...fastlegen koster jo skjorta".

Disse grunnene blir også hyppig nevnt som svar på hvorfor de fortsetter å oppsøke tiltaket. De beskriver at helsa deres er blitt bedre etter at de alltid kan bruke rene sprøyter, med mindre abscesser og smitte, og noen nevner at det er fint at de kan ta med rene sprøyter til kamerater som er for slitne til å komme. Mange synes at leger og sykepleiere ved tiltaket er mer forståelsesfulle og flinkere med deres spesielle plager enn for eksempel fastlege og spesialisthelsetjeneste: "De har mer peiling her enn på sykehus når det gjelder sårstell. Her legger de på kompress på rette måten. De bruker faktisk mer bandasjer og salver enn de gjør på et sykehus. Her kan du få på honning gel, det får du ikke på sykehuset, for det er for dyrt". Det er også godt for brukerne å kunne komme uten avtale; "...for hukommelsen min er ikke så god på avtaler". Videre er det trygt å få regelmessig sjekk på hepatitt, Aids og annen smittefare, eller å få vaksiner. Livskvaliteten har økt, mente flere. *Holdningen* fra fagfolkene rundt den medisinske hjelpen settes stor pris på: At man aldri møtes med moraliserende holdning: "Blir alltid møtt med blide ansikter, her kan man føle seg like mye verdt som andre folk". "Det jeg får her som jeg ikke får i andre tjenester, er forståelse og at jeg kan være ærlig, hundre prosent ærlig".

I det hele tatt er inntrykket at en av de aller viktigste grunnene til at man *fortsetter* å oppsøke tiltaket, er den *psykologiske*: Mange gir uttrykk for at det er så godt å komme til et sted der man føler seg respektert og ivaretatt, og at man kan slippe av fra det slitsomme, angstvekkende og ofte kriminelle utemiljøet. En kvinne på 19 år sier det slik: "Jeg spiser når jeg er her, trivelig sted, greie folk. Det er voksne folk som passer på hva som skjer. De som jobber her, jeg føler at jeg kan være i nærheten her, hvis du skjønner hva jeg mener. Uten at det skjer noe galt." Det å treffe noen som er tilgjengelig for *samtale* nevnes ofte spontant; "...de små ordene de sier når vi kommer", "...bestandig blid og lyttende uansett hvilken form du er i", "...en å prate med som alltid har tid", "...veldig snille folk, kan snakke med dem og greier. De er ti ganger bedre psykolog enn de som får betalt for å være psykologer".

Noen beskriver sin hovedkontakt på tiltaket som nærmest den viktigste person i verden for ham/henne; "...hun er en engel", "...kan ikke roses nok", "...kan alltid stole på at hun *gjør* noe for meg". Det er nok fordi hovedkontakten gjennom *lang tid* har vist så mye omsorg og forståelse. Én nevnte at han hadde fått hjelp fra en av fagpersonene i tiltaket til å få ADHD-diagnose i voksen alder, noe som hadde gitt ham nyttig medikamentering. Han mente at grunnen til at nettopp personen i *tiltaket* var den som fikk hypotesen om hans problemer, var at hun kunne observere ham *over tid*; Hun kunne se forskjellen i hans atferd mellom når han hadde tatt amfetamin og når han ikke hadde det: "Observer meg over tid, og det er det som er det geniale med at de er her. Legene har jo ikke det, der er du inne et kvarter også er det ut igjen, så de får ikke samme kunnskapen".

En får sterkt inntrykk av at mange kjenner seg ensomme. Som den 19-årige kvinnen sier: "Jeg har jo ikke så mange venner, så det er greit å ha et sted å være. Så får jeg litt oppfølging." Hun nevner også at tiltaket er verdighetssskapende: "Det at de har startet et sånt sted, viser at de bruker litt tid på å ha noen prosjekter for rusmisbrukere. At det i hvert fall er ett prosjekt for oss, at det er et sted liksom. Sånn at vi ikke bare blir helt glemt, og blir sittende ute hele dagen. Før jeg begynte å gå her var jeg innlagt, var i parken." En mann, 50 år: "De ser på meg som et menneske, ikke som søppel fordi om jeg har vært på kjøret i 34 år." Hvem brukerne vil prate med for å dekke det sosiale behovet på tiltaket, kan både være de som jobber der, og de man kjenner fra rusmiljøet, som jo ofte er deres nærmeste. Hos noen kan man nok også ane at lavterskeltiltaket kan stå i fare for å være et sted man kan "deale", lage avtaler om "forretninger", men det synes å være unntaket.

Intervjuet har ikke spørsmål med hensyn på å kartlegge psykiske plager, men flere nevner spontant at de sliter med sosial angst eller fobi, paranoide reaksjoner eller depresjon etter perioder med hyppig amfetamin-, hasj- eller annet misbruk. Informantene kommer også lett inn på at de hadde en meget vanskelig oppvekst, med rusmisbrukende foreldre, barnevernstiltak, skolehjem, mobbing. Ganske mange nevner at de begynte med alkohol eller sniffing av kontaktlim fra 10-12-årsalderen. Noe senere kom hasjbruk, men en sier "jeg fikk min første sprøyte som 12-åring". Flertallet har hatt overdoser, og det er uklart om det hadde med depresjon å gjøre, eller bare var "uhell". Et par har vært innlagt på tvang, noe som føltes nedverdiggende. Men flere sier spontant at overdosene er blitt færre etter at de begynte å gå regelmessig på tiltaket.

Hvorvidt tiltaket har bidratt til endring, minskning eller avslutning at rusmisbruket *i seg selv*, virker noe mer usikkert ut fra informantenes svar. Mange mener at selv om helsearbeiderne i tiltaket prøver å overtale eller motivere for endring, er hovedhjelpen den at de stiller opp overfor rusmisbrukeren slik han/hun er *nå*, i den aktuelle situasjon. Sikre er de på at tiltaket i stor grad reduserer skader og antall overdoser, gir psykologisk støtte, og i det hele øker brukernes livskvalitet og sannsynligvis livslengde: "Jeg har hepatitt C, og hvis jeg bare bruker mitt eget utstyr flere ganger, så smitter jo jeg meg selv med min egen hepatitt C, så det blir bare forverret, så jeg føler at tiltaket har betydd mye for min helse" (kvinne, ca. 40 år). Et friskt utsagn fra en godt voksen mann om Frelsesarmeens feltpleie i Oslo: "Det er veldig pene jenter der inne. Jeg har nok lettere for å betro meg til jenter enn til gutter, men på feltpleien klarer jeg å betro meg overfor hankjønn som jobber der også. De tar meg på alvor. Feltpleien er livsviktig. Jeg mener mange flere ville dødd hvis vi ikke hadde hatt den. Mange flere ville amputert beinet sitt hvis vi ikke hadde hatt feltpleien".

#### 6.4 Eventuelle erfaringer med tannhelsetilbudet

En konkret helsehjelp synes å være populær hos flere av informantene, nemlig å få støtte til tannpleie. Den nye ordningen de siste par årene om økonomisk støtte til målgruppen var det flere som kjente til, og disse nevnte spontant at det har vært en stor lettelse å få gode proteser (som de stolt viser fram!), behandling av tannkjøttbetennelse eller karies - i det hele tatt "redde de tenna jeg har igjen." En mann, 50 år, sa: "De hadde fått et visst antall kroner som de kunne bruke på de som da brukte feltsykepleien, med hjelp til tannlege, og da var jeg hos tannlegen senest i dag og drev med noe rotfylling, og han skulle da bare ringe til R (fagperson i tiltaket), og så skulle hun fortelle hva slags beløp det var snakk om at de kunne bruke. Og så skal jeg til tannlegen nå på onsdag igjen og gjøre et overslag på hva det vil koste å få reparert tennene mine".

De eldre misbrukerne ser forskjellen fra tidligere år, og føler at ordningen representerer en viss verdighetssskapende forståelse fra det offentlige om at deres gruppe, til tross for dårlig økonomi, har rett til et visst nivå av tannstell. Dårlige tenner er, som for de fleste av oss, en viktig hindring mot å gi andre mennesker et smil. Flere fortalte spontant at de helt fra barndommen av har hatt tannlegeskrekke og var takknemlige for at ansatte på tiltaket kunne finne en tannlege med kunnskap om målgruppens både spesielle tannproblemer og psykiske vegring, ringe til tannlegen for dem, og gjerne følge dem.

Men på direkte spørsmål til brukerne om de hadde fått hjelp fra lavterskeltiltakene for å få tannhjelp, var det ganske mange som ikke var klar over den nye ordningen: "Har de noen muligheter til det? Jeg har lett lenge etter hvordan jeg skulle få i stand tannhjelp". Er det noen av de ansatte også som ikke er klar over ordningen? Et problem er at det synes å bli færre offentlige tannleger. Én bruker nevner at han har fått en sum på over 60.000 kr. til behandling.

## 6.5 Hvorvidt, og eventuelt hvordan, den intervjuete har erfart at tiltaket har fungert som inngangsport til ordinært hjelpeapparat

Som nevnt, har noen av informantene erfart tiltaket som inngangsport til sin tannbehandling, og dermed fått mer selvtillit på at de også har rett til å få andre tjenester. Hvilke andre typer av tjenester har informantene fått hjelp til?

Svarene fra dem er svært forskjellige. En grunn til dette tror vi er at de lavterskeltiltakene som vi har hentet informanter fra, synes å ha ganske ulik profil: Noen gir inntrykk av å nettopp være et "rent" lavterskeltilbud, i den forstand at man ikke satser så mye på å hjelpe brukerne til å komme på høyere "terskler" i behandlingstrappen opp mot "ordinært hjelpeapparat", som fastlege, LAR-tiltak, spesialisthelsetjeneste. Man prioriterer skadereduksjon, sårstell, elementære helsekrav. Men noen synes å være mer "ambisiøse" der det brukes mye arbeid til et ganske omfattende formidlingsarbeid. I denne oppfatningen av "lavterskel" versus "originært hjelpeapparat" ligger en type hierarkisk tenkemåte. En annen tenkemåte er at man kan forstå de fleste tjenestene i hjelpeapparatet ikke primært som hierarkisk organisert med flere nivåer, men at de fleste, som fastlege, sosialkontor, barnevern, NAV, ligger på samme "terskel" som den tjenesten vi skal analysere. Da handler de ulike profilene i lavterskeltiltakene om hvilken *bredde* man satser på å ha.

Poenget med dette forsøket på begrepsavklaring er en hypotese om at brukernes svært forskjellige erfaringer ikke nødvendigvis handler om at fagfolk i de enkelte lavterskeltiltakene har *valgt* ulik profil med hensyn på hvor mye de skal være inngangsport; altså hvor mye de skal arbeide med å formidle i bredde eller høyde. Årsakene til ulikhetene kan like gjerne ligge på et strukturelt nivå: At organiseringen til bestemmende myndigheter for helse- og sosialtjenestene i brukernes lokalmiljø er svært forskjellig, og at "lavterskel" og "ordinært hjelpeapparat" likeledes defineres forskjellig. Hvilken profil som det enkelte konkrete lavterskeltilbud bør få i behandlingsskjeden i sin kommune, må være svært viktig å drøfte. Skal målsettingen primært være arbeid for videreformidling av rusmiddelmissbrukere til det hjelpeapparatet som alle skal ha like mye krav på, i et inkluderende helsevesen? *Eller* skal målsettingen være en type "særomsorg", som arbeider med skadereduksjon, lindring av plager, omsorg og litt bedret livskvalitet, som institusjoner som Bymisjonen og særlig Frelsesarmeen har tradisjon med?

Har brukerne *selv* hatt behov for å komme inn i det "ordinære hjelpeapparatet"? En del av de intervjuete vil nok at lavterskeltilbudet skal være nettopp en *inngangsport*. Og noen av dem har opplevd stor innsats fra ansatte i sitt lavterskeltiltak for hjelp og formidling til andre tjenester; de motiverer, telefonerer for dem eller følger dem hvis de ønsker, forhandler om ytelser og ansvar med NAV, sosialkontor, barnevern, LAR, spesialisthelsetjeneste. Informantene har også opplevd at ansatte på lavterskeltiltaket er aktive deltakere i ansvarsgruppen deres hvis en slik finnes. En del andre av de intervjuete har ikke opplevd deres lavterskeltiltak som en inngangsport, men ser også mer på det som "pleie i ruskrigens felt", et drop in-sted der man kan komme når det passer og som ikke koster penger, der man ikke må ha bestilt time eller avtale, og får dekket grunnleggende behov som rene sprøyter, sårstell, mat og hvile. De synes det er godt at det fungerer nettopp slik, at behov dekkes i nuet og det ikke er mas om å "komme videre". Svært få av brukerne uttrykte erfaringer med at ansatte i lavterskeltiltaket *ikke* fulgte opp videreformidling hvis de ønsket det.

La oss nå se på noen av tjenestene i det "ordinære tjenesteapparat":

### 6.5.1 Fastlegen

Det synes å være et godt stykke igjen før rusmisbrukere i praksis har de samme rettigheter som andre pasienter. Langt fra alle de intervjuete har det man kan kalle en *fastlege*, som vel alle skal ha ut fra kommunal helseorganisering, og som skal fungere som en slags krumtapp for enhver bruker som trenger sammensatte tjenester. De fleste av informantene vet hva "fastlege" er, og har en i navnet. Men ganske mange synes å bruke fastlegen bare relativt sjelden og til enkle tjenester. Noen har *hatt* en fastlege, men kontakten opphørte. Grunnene til det kunne være at fastlegebesøk koster penger i motsetning til lavterskeltilbudet der man kan komme uten avtaler ("jeg er ikke så god på å huske avtaler"), personellet i tiltaket har mer kunnskap om rusmisbrukeres spesielle helseplager, og brukeren føler seg mer forstått og respektfullt behandlet på lavterskeltilbudet.

Det bitreste utsagn om fastlege kom fra en mann, nærmere 50 år: "Jeg vil ikke snakke med fastlege engang, får ikke hjelp uansett, har prøvd mange ganger. Jeg ber dem dra til helvete, så går jeg igjen. Sosialkontoret har jeg godt forhold til, de har prøvd samarbeid med fastlegene, men det nytter ikke. De gir faen i deg". Noen av de intervjuete er bitre fordi fastlegen ikke forstår hvor vondt de har det, og ikke vil gi dem smertestillende eller angstdempende midler som benzodiazepiner. Dette gjelder kanskje spesielt de eldre og svært nedslitte brukerne: "Legen min er så spydig med meg og slenger drit til meg som jeg må tolerere. Jeg har vært ærlig med han og sagt at jeg bruker Sobril. Har prøvd å holde det skjult før for leger, så da jeg kom til han valgte jeg å være ærlig. Det viste seg at det skulle jeg helst ikke ha vært" (Kvinne, 59 år).

Et par av de intervjuete opplever at fastlegen gir dem en viss mengde av smertestillende eller angstdempende midler pr. uke eller måned. De som har avtale om metadon eller subutex kan synes at fastlegen eller den legen som skal gi dem legemidlene, er altfor strenge, ved at man må hente midlene hver dag eller avgi urinprøve for ofte. De føler at det blir mye mas og overvåking og lite omsorg.

Men enkelte av informantene forteller om et godt og langvaring forhold til sin fastlege, der man kan være ærlig. En slik lege samarbeider og avlaster lavterskeltiltaket, og har interesse for den felles pasientgruppen. Muligens er dette spesielt på mindre steder der fastleger nettopp er mer *faste* og varige for sine pasienter. Et positivt utsagn fra en godt voksen mann: "Fastlegen har jeg så veldig godt forhold til, så det som var vanskelig for meg var å innrømme overfor ham at jeg hadde brukt amfetamin i så mange år uten å fortelle han om det. Men han skjønnte problemstillingen han. Han har jeg i hvert fall hatt i fem-seks år". Ellers virket det ikke som om lavterskeltiltakene i sin alminnelighet har et systematisk samarbeid med fastlegene der det avklares hvordan oppgavene dem imellom fordeles.

### 6.5.2 Sosialtjenesten, NAV trygd og NAV arbeid

De fleste av brukerne forteller at ansatte på lavterskeltiltaket ofte støtter dem overfor sosialkontoret, ved å ringe eller følge dem dit, argumentere for nødvendighet av økonomiske stønader som for eksempel krisehjelp eller bostøtte, eller hjelp med søknad om kommunal bolig. Et visst inntrykk, som bør utforskes mer i en kvantitativ undersøkelse blant mange brukere, er at en større andel har fast bolig i små enn i større kommuner. Mange av brukerne syntes å ha et anstrengt forhold til sosialkontoret, de føler seg ikke mottatt med vennlighet slik som i lavterskeltiltaket, men at de blir sett på som brysomme personer som bare kommer for å mase om stønader av forskjellig slag: "Sosialkontoret har ikke kunnet måle seg med plassen her, nei". Flere nevner at det føles fornedrende å be om penger: "Der blir en jo sett ned på og en føler seg ikke så veldig høy i hatten." Usikkerheten som brukerne føler, er kanskje en av grunnene til at ansatte på lavterskeltilbudene stiller opp så ofte. En annen grunn kan være at de som arbeider på sosialkontoret synes å ha liten tid, de har ikke tid til "å prate" med klienten. Og saksbehandlerne er kortvarige; "...jeg har hatt fem forskjellige kuratorer siden jeg kom til T. bydel i 2000". De ansatte på lavterskeltilbudet oppleves som langt mer stabile. Kan det være fordi de stilles har mindre strenge krav til, om klientgjennomstrømming, forskrifter, arbeidsrutiner?



Lavterskeltiltakenes oppfølging overfor NAV synes mindre utviklet enn sosialtjenesten. Overraskende mange av de intervjuete forteller at de har hatt flere år med arbeidserfaring og perioder med rusfrihet eller lavt rusbruk, i perioder av voksenlivet. En mann på rundt 50 år forteller: "Har hatt mange jobber, vært ett firma i fjorten år, og et annet i seks, og så videre. Jeg har fagbrev som maskinreparatør. Så jeg har god utdanning innen teknisk fag". Men ved intervjudtidspunktet hadde ingen av informantene arbeid. Et par var sykemeldt, en del var på rehabilitering, en del bare på sosialhjelp, noen få på yrkesmessig attføring. Opp imot halvparten var på uføretrygd eller hadde innsendt søknad på det og trodde de ville få det. Noen av dem hadde opplevd at ansatte på lavterskeltiltaket hadde vært aktive pådrivere med hjelp til sykemeldinger, rehabilitering og søknader om uføretrygd.

### 6.5.3 Spesialisthelsetjenesten i somatisk og psykisk helsevern

I noen grad synes det som at lavterskeltiltaket fungerer som inngangsport til spesialisthelsetjenestene i det ordinære somatiske helsevern, samt også tannhelsevern, som før nevnt. Fagfolkene i disse tjenestene har i følge brukerne respekt for det medisinske personalet ved lavterskeltiltaket. En bruker i Asker feltpleie: "På den sosialmedisinske klinikken vet de at legene og sykepleierne her kan sine saker". En 50-årig bruker i Frelsesarmeens feltpleie i Oslo: "...her blir du tatt seriøst altså, hadde det ikke vært for feltpleien, gud hjelpe meg. En gang fikk jeg henvisning herfra til sykehuset, og hadde det ikke vært for feltpleien, så hadde de kappet beinet mitt". Det medisinske personalet i lavterskeltiltaket har altså opparbeidet seg en autoritet i kommunen fordi man erfarer at de har mye spesialkunnskap om de somatiske plagene til rusmiddelbrukere.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten i det psykiske helsevern, virker det ikke som formidling er like enkelt. En bruker som fortalte at han slet med angst og "sånne depresjonsgreier" og gjerne ville få regelmessig psykoterapi, sa: "Skulle hatt hjelp fra psykiater, en å gå til. Men det er jo ingen som hjelper meg. Jeg spurte på sosialkontoret om de kunne henvise meg, og de sier de har gjort det. Men så har de ikke det, så jeg går og venter". En annen fortalte at han hadde hatt stor glede av "psykologen min" i det psykiatriske ungdomsteamet (PUT) over lang tid, med da det ble en forordning om at pasientene må betale egenandel for å få psykoterapi i psykiatrisk ungdomsteam, sluttet han: "Jeg hadde jo ikke råd til å betale 265 kroner timen hos S (psykologen) – tross alt er mat og dop viktigere enn terapi. S var rasende da påbudet om egenandel kom".

Men også hvis brukeren får økonomisk hjelp til polikliniske samtaler på DPS, PUT eller hos privatpraktiserende, synes det som at få av de vi intervjuet, hadde fått tilbud. Om dette skyldtes manglende henvisningsarbeid fra lavterskeltiltaket eller manglende velvillighet fra spesialisthelsetjenestene i psykisk helsevern, er uklart. Vår hypotese er nok at det ordinære psykiske helsevern ikke har tatt ordentlig innover seg ennå at rusmiddelbrukere skal tas imot til behandling på like vilkår som pasienter i andre diagnosegrupper. Og fagfolkene har ikke utviklet den *formen* for behandling som kan fungere virksomt for denne pasientgruppen med sine spesielle problemer, som: Å komme stabilt til avtaler og huske dem, betale regelmessig, si fra på forhånd hvis man uteblir, er vanskelig for rusmiddelbrukere. Derfor må det arbeides med hvordan spesialistene kan *nå* denne brukergruppen, som jo så åpenbart har psykiske problemer å slite med. Oppsøkende virksomhet er *en* metode, som jo blir brukt en del overfor pasienter med såkalt dobbeltdiagnose (for eksempel ROP-prosjektet ved DPS Tøyen i Oslo). Og enkelte av informantene nevnte at ansatte i lavterskeltiltaket hadde oppsøkt dem.

En annen forutsetning for at rusmisbrukere vil komme til psykisk helsevern, er jo at de må kunne føle seg like trygge på bli akseptert fullt ut der, som på lavterskeltiltaket: En kvinne, ca. 30 år, sa: "Hos psykologen – en kan ikke være så veldig ærlig der om bruk av utstyr og sånne ting nei. Jeg får jo hjelp der til noe, som angsten og sånn, men jeg kan ikke snakke åpent om rusmisbruket, han *vet* jo det sikkert, men..".

#### 6.5.4 Institusjonsbehandling, LAR

Intervjuguiden dekker ikke spørsmål om brukerens behandlingshistorie, men spontant forteller en del av informantene om mange innleggelses- og behandlingsopphold i oppveksten og voksenalderen. Lavterskeltiltakene synes å ha tett samarbeid med ulike avrusningsinstitusjoner ved overdoser, ved forvern til behandling med LAR eller til behandling med rusfrihet uten legemiddelassistanse som mål. Dette gjelder både for å *motivere* brukerne eller yte bistand til avrusning og forvern. Når det gjelder LAR og lavterskeltiltaket i kommunen, virker det som deres profil, og avtalene dem imellom er ganske ulike. Ved de fleste av de lavterskeltiltakene der vi intervjuet, hørte vi om at flere av brukerne var på LAR-tiltak, og at de brukte benzodiazepiner, heroin eller sentralstimulerende midler nå og da. Både flere av brukerne og ansatte brukte termen "sidemisbruk". Disse brukerne kom på lavterskeltiltaket for å få hjelp av forskjellig slag, og ikke minst for å få sosialt samvær med ansatte og gamle "kompiser". En bruker sa han røykte mange piper hasj om dagen, og når intervjueren spurte: "Får du metadon selv om du røyker masse hasj?", var svaret " Hasj regnes ikke. Det feier de under teppet nå". Vi fikk fortellinger om at mange LAR-brukere er ensomme og ikke har fått hjelp til et ettervern der man kan få nye venner uten rusmisbruk. En mann over 50 sa: "Det er ettervernet som svikter på alle punkt. Hallo – det er bortkastede penger å sende en person til avrusning i 6 uker, og så kommer til samme plassen hvor en startet! Det er bortkastede penger rett og slett".

I ett av lavterskeltiltakene mente en av fagpersonene at omtrent alle som var på LAR i kommunen hadde et "sidemisbruk" og at kravene fra LAR-tiltaket var ikke så strenge som i en del andre kommuner. Dette fikk vi også inntrykk av da vi intervjuet en LAR-bruker i *nabokommunen*: Han ønsket at han kunne hørt til i den mer "liberale" nabokommunen, for i hans kommune var det så strenge regler for ham, og det var et ganske skarpt skille mellom lavterskeltiltakets brukere og LAR-brukerne. Han mente også at LAR-tiltakets profil i den "strenge" kommunen var at dets brukere og lavterskelbrukerne skulle "menges" minst mulig med hverandre, og at rusmiddelkonsulentene skulle ha flere omfattende ettervernsoppgaver enn i nabokommunen. Han fortalte: "Har vært ærlig overfor legen min – han vet nøyaktig hva jeg driver med. Da jeg sa til ham at for å holde meg unna heroin så må jeg ha noen medisiner, så fikk jeg det av han. Det er kraftige piller som kanskje tar vekk noe av suget. Men faktisk fikk LAR vite det, og da gikk LAR inn og tok vekk medisinen. Skjønner ikke at det er mulig jeg."

#### 6.6 Om brukeren har opplevd at tiltaket har bidratt til økt kunnskap/ holdningsendring til målgruppen i øvrig hjelpeapparat

Det at lavterskeltiltakene synes å ha vært "inngangsport" til noen tjenester i det øvrige hjelpeapparatet som beskrevet i punkt 6.6, har utvilsomt bidratt til utvikling. Mange av de intervjuete mente at tiltaket gjør mye for at de blir mer aksepterte i samfunnet, mindre stigmatiserte. Helse- og sosialarbeidere forstår mer at deres plager "ikke har med dårlig moral å gjøre", men mer med sykdom, lidelse, plager. Kanskje er det særlig sosialtjenesten, NAV trygd, den somatiske spesialisthelsetjenesten samt LAR-tiltakene som har blitt mer åpne for denne gruppen av brukere. En eldre bruker svarte på spørsmålet om det hadde blitt lettere for ham å oppsøke andre tjenester: "Ja, sånn at jeg har sluttet å tenke at de sitter oppi der og jeg sitter nedi her, for jeg ser jo at det går jo an å oppføre seg sånn som de gjør her. Jeg føler meg kanskje ikke så liten når jeg er på sosialkontoret lenger, jeg gjør kanskje ikke det." En annen, også eldre, bruker, sa: "Feltpleierne hjelper meg når de er med meg på ansvarsgruppemøtene. For det er vel stort sett de jeg føler er mest på mitt parti der oppe. At E (feltpleier) er med meg, er veldig betryggende. På siste møte var E den eneste som sa fra. Legen min lurte på; 'er det offentlige voksne mennesker vi har med å gjøre her eller hva er det'. Ja, *den* hjelpen er det viktig at jeg har fått". Et utsagn fra en tredje informant: "Jeg ser jo det når vi er på ansvarsgruppemøter at det er blitt forandring på hvordan vi snakker, at de passer seg mer for hva de sier".

Men hvor mye holdningsendringer og økt kunnskap om rusmisbrukeres psykiske lidelser og sosiale stigmatisering skyldes en generell trend i samfunnet og hvor stor del av æren lavterskeltilbudene har, er det selvfølgelig vanskelig å si noe sikkert om ut fra dette intervjumaterialet.

## 6.7 Brukerens vurdering av andelen av rusmisbrukere som faller utenfor tiltaket, og hans/hennes oppfatning om årsaker

Det synes som om flertallet av de intervjuete vet om mange rusmisbrukere i sitt lokalmiljø som kunne trenge tiltaket men ikke oppsøker det. Årsaker til dette mente de kunne være at de som ikke kommer, er unge og ennå "prøver å være skap-rusere", at man er "redd for å miste jobben eller ikke få bolig hvis man blir registrert eller kjent som sprøytebruker", eller, hvis man har barn, "får barnevernet etter seg". Men det kan også være en del eldre misbrukere som er så nedslitte at de ikke en gang klarer å skaffe seg rene sprøyter og andre helseforebyggende tjenester. En av informantene mente at det var så mange som 50 % i miljøet av de som kunne trenge tiltaket, men ikke brukte det: "Det er vel fordi de ikke vil komme i søkelyset og ikke vil at det skal bli kjent at de driver på med noe, for med en gang du begynner å gå her nede så blir det jo slik 'aha, nå har vi den personen der og der'. Men det at du går hit, det vil jo egentlig bare si at du prøver å gjøre noe med livet ditt, gjøre noe med miljøet ditt og rett og slett."

Men et par mente at nesten alle som trengte det brukte stedets lavterskeltiltak.: "Utenom de her fruene som jeg var en av før da, de som bruker paralgin forte og diazepam. De går ikke her. De går med fasaden på rundt omkring" (kvinne på nesten 60 år). Så i hvilken grad tiltaket brukes av dem som det skal være til for, synes å være avhengig av mange faktorer i lokalmiljøet, blant andre også *holdningsfaktorer*; om man har klart å få til en inkluderende holdning i helse- og sosialtjenesten, eller om brukerne påføres stigmatisering som fører til fortielse overfor barnevern, NAV, familie etc. En mente at det var politiske krefter i noen lokalmiljøer med holdningen om at "de tror et sånt tiltak gjør at flere blir sprøytemisbrukere fordi det blir lettere å få tak i rene sprøyter, men dét er i hvert fall sprøyt!"

En mer strukturell faktor kan også være at tilbudet er for nytt, at lavterskeltiltak trenger flere år for å bli allment kjent og akseptert i et miljø.

## 6.8 Sammenhengen i de ulike tjenestene rundt brukeren: Hva med brukermedvirkning, individuell plan og ansvarsgruppe?

Et allment prinsipp for god behandling i hjelpeapparatet, er at de ulike tjenestene som brukeren har krav på og trenger, skal samarbeide smidig: At de hjelpetiltak som personer med sammensatte lidelser må få, fungerer som en effektiv *behandlingskjede*. Kommunene har fått mer og mer ansvar for helsevernet i de senere år, og særlig i forhold til psykiske lidelser, gjennom Opptappingsplanen. Videre har det psykiske helsevern fått mer og mer ansvar for rusmisbrukerne. Derfor er en viktig problemstilling om våre informanter har inntrykk av at det *finnes* en behandlingskjede for dem som de kan bruke, og der lavterskeltiltaket er et viktig ledd. *Eller* føler de at tiltaket og de andre tjenestene arbeider isolert på hvert sitt felt, eller – en annen dysfunksjonell organisasjonsstruktur – at de er i konflikt med hverandre og går i beina på hverandre? Spørsmål om *brukermedvirkning*, *individuell plan* og *ansvarsgruppe* kommer inn her, og særlig om dette har fungert over tid og også fungerer i nåtiden.

På spørsmålet "Har du en såkalt individuell plan eller ansvarsgruppe?" må det dessverre rapporteres at flertallet svarte negativt i en eller annen form: Noen visste ikke hva de to begrepene betydde, noen visste det men hadde ingen av delene, noen hadde det men var misfornøyde med hvordan det fungerte, og noen hadde hatt det, men hadde det ikke lenger. Det siste må vel bety at de samarbeidende grupper ikke har hatt nok langtidsperspektiv på

brukerens utvikling, noe som må føles som nederlag for vedkommende; "hjelpeapparatet har gitt meg opp". Her er noen eksempler på utsagn:

- Eldre bruker i Oslo om ansvarsgruppen sin: "Den har de ødelagt. Sosialkontoret og alle sammen, de er jo på tur hele gjengen, de er inkompetente. Han som kunne noe på T (bydel), han sparket de. For han hadde jobbet på Veksthuset, vært amfetaminmisbruker selv, var utdannet sosialkurator og rusmiddelkonsulent. Han skjønnte opplegget ikke sant. Men de skulle innskrenke, det var vel ansiennitet".
- Dialog med gutt, 19 år: "Du har ikke sånn individuell plan?" "Hva er det for noe?" "Det er plan for å organisere ulike typer tjenester for hver enkelt". "Nei". "Med sosialtjeneste og sånn involvert". "Jeg får jo penger fra sosialen, men". "Men du har ikke en individuell plan som det heter, der du selv skal være med på å planlegge?" "Nei". "Vet du om det finnes noe brukerombud for rusmisbrukere i Tromsø?" "Det har jeg aldri hørt om".
- Mann, 53 år: "Har du en individuell plan nå, når du skal ut på Dolkontin?" "Nei det har jeg ikke". "Eller ansvarsgruppe?" "Jeg har jo ei ansvarsgruppe, og vi har jo samarbeidsmøter også. Nå begynner det å bli en stund siden sist." Synes du at du blir hørt? Får du uttrykt deg?" "Jeg har aldri vært redd for å si det jeg mener. Men hvorvidt jeg blir hørt eller ikke, må jeg la være å svare på." "Vet du om det finnes noe brukerombud i Tromsø for rusmisbrukere?" "Nei. Det vet jeg ikke."
- Dialog med mann, 39 år: "Har du ansvarsgruppe?" "Ja, ansvarsgruppemøte med lege og sosialen og...". "Er de hyggelige?" "Ja, de er det." "Så du har godt forhold til LAR-konsulenten din?" "Ja. Men det er så idiotisk hele systemet." "Du må si det i ansvarsgruppen." "Men det nytter ikke å si noe, for det er som å snakke til døde ører. Det hjelper ikke å si noe. Moren min er med på hvert møte hun og." "Har du individuell plan som det heter?" "Hva betyr det?" "Fagfolk rundt deg som har ansvar for saken din." "Alle de du nevner nå er jo med på dette møtet da." "Hvem er med?" "Det er LAR, legen, apoteket, sosialen, moren min, ja, det er vel i hvert fall en fem-seks-syv stykker." "Hvordan er det å være hovedperson der?" "Det går greit. Det plager meg ikke. Jeg er rusforbruker, jeg pleier å fleipe med det!"
- Utsagn fra 25-årig tromsøværing om resten av hjelpeapparatet generelt: "Nå er det begynt å bedre seg litt, i og med at sånn som Aetat og alt det der har slått seg sammen til NAV, og det nye rådhuset har mye mer under ett tak. Før så sprang man jo halve øya rundt med papirer for å få skrevet en liten søknad om krisehjelp, men det kjennes ut som det begynner å bedre seg".

Som beskrevet i avsnitt 6.6 (om lavterskeltiltaket fungerer som en inngangsport til øvrig hjelpeapparat) og avsnitt 6.7 (om tiltaket har bidratt til økt kunnskap og holdningsendring), kan det være tegn på at en del av brukerne opplever at lavterskeltiltaket i kommunen fungerer isolert. Vi diskuterte også hvilke årsaker det kunne være til dette, og at én mulighet kunne være at noen av brukere ønsker det slik: At lavterskeltiltaket kan fungere som en slags "særomsorg" med nesten utelukkende vekt på feltpleie, og der det ikke er "mas" om å komme på høyere "terskler". Men dette fritar ikke hjelpeapparatet fra ansvaret for å lage og tilby en ansvarsgruppe og individuell plan som brukeren føler *fungerer!* Det er åpenbart at de fleste rusmisbrukerne som bruker lavterskeltiltak har rett til dette, fordi de er brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester: "Forskriften om individuell plan sier at både *'..kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan etter § 1 utarbeides. Den del av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet'*. (se Grut et al., 2007, s. 12-13).

Hvem som "har skylda" for at mange rusmisbrukere, en stor gruppe som åpenbart trenger "langvarige og koordinerte tjenester", ikke får dette, er vanskelig å si. Har lavterskeltiltakenes personale tatt for lite initiativ? Er lavterskeltiltakenes behandlingssideologi eller arbeidsform i konflikt med en del av de øvrige tjenestene, slik at samarbeid blir vanskelig? Skorter det på ressurser til å få til effektive ansvarsgrupper og individuelle planer,

som helt sikkert krever mye arbeid for at det skal fungere over lang tid i brukerens behandlings- og recoveryprosess? Har spesialisthelsetjenesten, for eksempel psykisk helsevern, ikke ennå tatt innover seg at rusmisbrukere er pasienter som man har ansvar for på linje med andre diagnosegrupper? Eller på den annen side: Er rusomsorgens fagfolk for skeptiske til hva psykisk helsevern kan utvikle av kunnskap om "deres" brukere? Er rusmisbrukere ennå en stigmatisert gruppe i samfunnet der det ikke er akseptert at disse er lidende mennesker heller enn mennesker med lav moralsk standard? Har overordnede myndigheter forfordelt sin oppmerksomhet på rusmisbrukerne i forhold til andre grupper? Det er åpenbart viktig med mer utforskning på individuell plan- og ansvarsgruppe-verktøyet overfor rusmisbrukere, og om dette har kommet så kort som dybdeintervjuene vi har gjennomført, viser.

Som vist i avsnittet nedenfor om *brukernes tilfredshet* med lavterskeltiltak sammenlignet med andre deler av helse- og sosialtjenesten, synes det som om mange av brukerne setter tiltaket svært høyt, muligens høyest. Uansett årsaker til dette, kan det kanskje være en oppfordring til at de andre tjenestene setter seg inn i hvordan fagpersonene på lavterskeltiltakene arbeider, og lærer noe om hvordan tilnærme seg rusmisbrukere. Hva kommer det av at brukere kjenner seg trygge i tiltaket, og føler seg "akseptert som et menneske som er like mye verdt som andre mennesker"?

Et indisium på at omsorgen for rusmisbrukere har kommet kortere enn omsorgen for andre pasientgrupper nå det gjelder brukermedvirkning, var at *ingen* av de intervjuete informantene visste om det fantes noe brukerombud for rusmisbrukere i kommunen, og mange visste ikke hva begrepet "brukerombud" sto for. Men som en beskjedne mann, 47 år, sa: "Det tror jeg aldri jeg har hørt om. Hvis det er noe sånt, så er det i hvert fall godt gjemt. Men det kan hende det er jeg som ikke vet bedre enn som så".

Til slutt i dette avsnittet en dialog med en godt voksen bruker der individuell plan- og ansvarsgruppe-verktøyet fungerer:

- "Har du fått en sånn individuell plan?" "Å ja da, den har jeg skrevet for lenge siden, jeg og en som heter S (fagperson). Så jeg må si at jeg er en av de få i de greiene her som har allerede kommet til målsetningen". "Hvordan var kontakten med denne her individuelle planen?" "Den var veldig effektiv, men det kom av han jeg snakket med. Når man kommuniserer og snakker med hverandre så forstår man hverandre. Han skjønner hva jeg sier og omvendt, ikke sant. Det var veldig positivt. Også synes jeg også han har vært veldig positiv, og er en veldig positiv person. Det trekker jeg til meg. Det er veldig viktig." "Så du synes at du er blitt hørt, fått medvirket på prosessen?" "Jeg har medvirket i prosessen. Har gjort det som skulle til. For jeg vet jo hva som skal til, det er bare det å ha kapasitet til å gjøre det. I og med at jeg har sluppet å gå på gata og ordne meg penger hver dag, så har jeg brukt tiden og hentet medisin og sånt, det har jeg bestemt selv, for jeg vil ikke ha det sånn at jeg bare går og henter en og annen gang, for da vet jeg hvordan det går. Den fellen går jeg ikke i, den har jeg gått i før med andre ting. Jeg mener det seriøst når jeg sier at jeg har lyst til å ha et ordentlig liv. Har ikke lyst til å kaste bort mer tid enn jeg har gjort."

## 6.9 Brukerens tilfredshet med tiltaket, sammenlignet med andre deler av helse- og sosialtjenesten

Utsagnene fra brukerne kan gi inntrykk av at brukere jevnt over er mer udelt tilfredse med lavterskeltiltaket de bruker, enn med andre tjenester de har kontakt med i sin kommune, som fastlege, sosialkontor, NAV, LAR, spesialisthelsetjenestene. Ut fra en forståelse av makt og avmakt i helse- og sosialsystemene; hvem som er avhengig av hvem, kan en stille noen kritiske metodekommentarer til vårt intervjuarbeid: Det kan være rimelig å tenke seg at informantene i den aktuelle situasjonen var forsiktigere med å kritisere lavterskeltiltaket enn de andre tjenestene. Vi forskere intervjuet brukerne i lavterskeltiltakenes lokaler, og brukerne visste at det bare var disse tiltakene vi evaluerte systematisk. Vi sa i begynnelsen av intervjuet at informantene måtte føle seg fri til å si hva han/hun følte, vi forsøkte å ikke

stille ledende spørsmål og lovet taushetsplikt overfor personalet i det aktuelle lavterskeltiltaket. Likevel kan en ikke se bort fra at synspunktene på lavterskeltiltak hadde blitt annerledes hvis vi for eksempel hadde gjort brukerintervjuer om evaluering om LAR eller NAV i *deres* lokaler.

Med disse forbeholdene tror vi likevel at brukernes uttalelser er gyldige, og vi vil ut fra dette drøfte hypotesen om at lavterskeltiltaket synes å være den tjenesten i behandlingsskjeden til rusmisbrukere som mange av dem er mest tilfreds med, eller har minst motforestillinger til. Hvis så er tilfelle, hva kan det komme av?

Én årsak kan handle om ulike *roller* for tjenestene i helse- og sosialsektoren som er aktuelle for rusmisbrukere. Lavterskeltiltaket ser ut til å representere den mest *kravløse* tjenesten av alle. Som vist ovenfor, har informantene kommet med så mange lignende utsagn som: "...her kan jeg være meg sjøl", "...kan komme som jeg er, det er uansett blide ansikter å se", "...jeg føler meg så trygg her". Man får hjelp til de mest grunnleggende behov som sykdomspleie, mat, rent tøy, hvile. Det er omsorg uten betingelser. Lavterskeltiltaket er den tjenesten som sannsynligvis har færrest regler om utelukkelse: Man kan komme overstadig beruset eller "stein", man kan "sette sprøyta si på det fredelige og hygieniske rommet sitt", som en bruker sa. Man kan få ha med sin partner på rommet som også kan overnatte hvis det er plass, i mange av tiltakene kan brukeren få sove ut om morgenen, det blir ikke stilt noe krav om reduksjon av rusbruk, i stedet får man hjelp til å "forbedre" rusbruken i mer helsebeskyttende og hygienisk retning. Det blir i det hele tatt stilt lite *krav* ("mas" som noen kaller det) om endring av livsførsel. Det handler mer om *motivering* for det som åpenbart er nødvendig; nettopp *feltpleie* – lindring og forebygging av de verste plagene. De regler som kan representere utelukkelse, handler vel mest om vold overfor personale eller andre brukere, ødeleggelse av nattero, åpent salg og kjøp av rusmidler.

Rollene til de andre tjenestene stiller mer krav. Fastlegen og spesialisthelsetjenesten krever betaling og avtale om presist oppmøte, avtaler som man ofte har måttet vente på lenge. Ellers får man ikke av deres goder; behandling og medisiner, sykemelding, henvisning til sykehus, uttalelser om rehabilitering, attføring, uføretrygd. Et utsnitt fra et intervju: Intervjuer spør informanten etter en diskusjon om å bruke fastlege: "Føler du at det er lettere å si fra her enn hos fastlegen?" Og brukeren svarer spontant "javisst er det det". Sosialkontor og NAV har også krav om avtaler, og *sine* betingelser som stilles for at man skal få goder som penger til livsopphold, trygdeytelser, bolig, arbeid. LAR har mange krav om avrusing og rusfrihet selv om dette praktiseres forskjellig i de ulike LAR-tiltakene som beskrevet ovenfor. Barnevernet stiller mange og strenge krav for at brukeren skal få beholde barnet sitt, eller besøke/ få besøk av det. Brukerne forstår at tjenestene må ha forskjellige roller, og at de fleste av kravene de stiller, sikkert helt fagetisk riktige og nødvendige. Men hvordan fagfolkene *utøver* kravene, synes å være ganske forskjellig.

En annen årsak til at brukerne synes best om lavterskeltiltaket av alle de tjenestene som skal være med i behandlingsnettverket rundt ham/henne, kan handle om *kunnskap*. Som beskrevet ovenfor, hadde brukerne mange utsagn om at helsepersonalet i lavterskeltiltaket var de beste på *deres* spesielle fysiske plager, også bedre enn spesialisthelsetjenester: "Jeg ser det jo på den måten at det her er kanskje det eneste tilbudet som jeg har, egentlig. Sånn når det gjelder rus da", som en sa. En forutsetning for god kunnskap kan også være at behandleren ser den enkelte bruker ofte, og også over tid, i ulike sykdomstilstander. Og det virker som at mange av de ansatte i lavterskeltiltaket arbeider der lenge, over flere år, og derfor blir godt kjent med den enkelte bruker.

Det virker jo som om fagpersonene i lavterskeltiltaket også har mye kunnskap om de *psykiske* lidelsene til brukerne, i og med at disse sier at de har så mye tillit til at de kan "være seg sjøl". På spørsmål om erfaringene generelt med resten av hjelpeapparatet, svarer en bruker: "Tror ikke det egner seg på trykk. Offentlige etater og sånn, det har jeg skikkelig angst for og langt oppe i halsen. Altfor A 4." At brukeren har angst overfor hjelperen, fører ikke til god behandling. Respektfullt forhold, god *allianse*, blir jo nå forskningsmessig dokumentert mer og mer, som den viktigste faktor for godt resultat i psykisk helsevern (Lambert, Garfield & Bergin 2004). En 47-årig bruker ble spurt: "Hva synes du om det her

tilbudet i forhold til andre helsetjenestetilbud? For deg som rusmisbruker. Hva får du her som du ikke får andre plasser?" Han svarte kort: "Jeg får litt bedre forståelse".

Enda en årsak til at de intervjuete gir lavterskeltiltaket så godt skussmål, kan være at det er opparbeidet gode *fagetiske holdninger* i fagmiljøet. Dette kan vises i *anvendelsen* av kunnskapen: At fagpersonene for eksempel ikke kommer med moraliserende eller bebreidende synspunkter om selvforskyldt lidelse, noe som brukerne virker som de er svært vare på, men behandler plagene profesjonelt, nettopp som *lidelse*. Videre er en viktig side ved gode fagetiske holdninger at behandleren tar seg tid, viser medfølelse og at brukeren "alltid blir møtt med blide ansikter". I siste instans krever god fagetikk at man bryr seg om den man skal behandle. En bruker forteller om én fagperson i mottaket som ikke var så hyggelig og som ikke var der så lenge: "Hun ville aldri ta i oss, og jeg tror ikke hun likte oss".

## 6.10 Oppsummering – brukernes egne erfaringer

### *Brukernes opplevelse av tilgjengelighet til tiltaket, og eventuelle barrierer*

Brukerne var stort sett fornøyd når det gjaldt lokaliseringen i kommunen. De liker at de kan komme "rett inn fra gata", med en "åpen dør" og uten for mye formelle skranker eller problemer for de som har bevegelseshindringer. Med hensyn på åpningstider, nevner flere at de burde vært lengre, både tidligere på dagen og på kveldstid. Natt-tilbud som er noe mer enn hospits ønskes også, særlig på steder hvor ikke alle brukere har fast botilbud. Behovet for å kunne få ro om natten, hvile, kunne ta seg inn noen dager på et sted der man også får helsehjelp og omsorg, er stort.

### *Erfaringer knyttet til tiltaket (effekter for egen helse, misbruk, etc).*

Det første som de aller fleste nevner på spørsmålet om hvorfor de kom til tiltaket første gang, var at de kunne få rene sprøyter, og også sårstell. Videre at det er trygt å få sjekk på smittefarlige sykdommer, og eventuelt få vaksiner. Det at behandlingen er gratis, at man kan komme uten avtaler, at personalet er så dyktige på behandling av brukernes spesielle helseproblemer og har en så respektfull holdning, er likeledes viktig. I det hele tatt er inntrykket at kanskje en av de viktigste grunnene til at brukerne *fortsetter* å bruke tiltaket, at det er *sosialt*. Mange av brukerne har uttalte psykiske helseproblemer, og å komme til et sted der man blir møtt med uforbeholden aksept og det alltid er tid til en samtale, er godt. Det er tydelig at brukerne også søker lavterskeltiltaket fordi de kjenner seg ensomme, og på tiltaket kan man treffe gamle "kompiser". Hvorvidt tiltaket også har bidratt til endring eller redusering av rusmisbruket til brukeren, er noe mer usikkert ut fra informantenes svar. Sikre er de på at tiltaket reduserer skader og antall overdoser, gir psykologisk støtte og i det hele tatt øker livskvaliteten.

### *Eventuelle erfaringer med tannhelsetilbudet*

Den nye ordningen der en kan søke om støtte til målgruppen har flere av informantene kjent nytten av. Alle de vi intervjuet har store tannhelseproblemer, og mange har også angst for å gå til tannlegen. Derfor er det så viktig å få hjelp til å finne tannlege som har kunnskap om målgruppen. Men ikke alle informantene syntes å ha blitt informert av de ansatte i lavterskeltiltaket om mulighetene for hjelp.

### *Hvorvidt, og eventuelt hvordan, den intervjuete har erfart at tiltaket har fungert som inngangsport til ordinært hjelpeapparat*

Gjennom intervjuene får vi inntrykk av at lavterskeltiltakene har ganske ulik profil: Noen satser mye på videreformidling til andre helse- og sosialtjenester, mens andre definerer seg mer som "rene" lavterskeltiltak, med feltpleie og skadereduksjon som primære oppgaver. De tjenester som lavterskeltiltakene synes å ha mest kontakt med og påvirkningskraft overfor, sett fra brukernes perspektiv er NAV trygd, sosialkontor, spesialisthelsetjeneste i somatisk helsevern, og i noen grad LAR-tiltakene. Samarbeid med NAV arbeid synes mindre utviklet, og når det gjelder spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, synes det å være et godt

stykke å gå før målgruppen i praksis får de samme muligheter til hjelp som andre pasientgrupper.

*Om brukeren har opplevd at tiltaket har bidratt til økt kunnskap/ holdningsendring til målgruppen i øvrig hjelpeapparat*

Det er særlig de tjenestene som er nevnt under forrige problemstilling der kunnskap og holdningsendring synes mest markant. Helse- og sosialarbeidere forstår bedre at brukernes plager ikke "har med dårlig moral å gjøre", men er reelle lidelser. Dette har flere av brukerne merket på ansvarsgruppemøter. Men hvor mye endringene skyldes en generell trend i samfunnet og hvor stor del av æren som lavterskeltilbudene har, er usikkert.

*Brukerens vurdering av andelen av rusmisbrukere som faller utenfor tiltaket, og hans/hennes oppfatning om årsaker*

Nesten alle de intervjuete mente at en del av de som burde trenge tiltakets hjelp i kommunen, ikke oppsøkte det. Én mente at det var så mange som 50 %. Årsaker kunne være for unge rusmisbrukere at de ennå forsøkte å være "skaprusere", og for meget nedslitte og eldre misbrukere at de ofte ikke hadde overskudd til å komme, og at kompiser hentet rene sprøyter til dem. Flere årsaker var at hvis de ble kjent i lokalmiljøet som brukere at tiltaket, ville de miste jobb og bolig, eller, hvis de hadde barn, at barnevernet ville være "etter dem". En generell årsak kunne også være angst for stigmatisering i lokalmiljøet, og der det fortsatt er for lite kunnskap om rusmisbrukeres helseproblemer.

*Sammenhengen i de ulike tjenestene rundt brukeren: brukermedvirkning, individuell plan og ansvarsgruppe*

På spørsmålet "Har du en såkalt individuell plan eller ansvarsgruppe?" svarte flertallet negativt i en eller annen form: Noen visste ikke hva de to begrepene betydde, noen visste det men hadde ingen av delene, noen hadde det men var misfornøyde med hvordan det fungerte, og noen har hatt det, men har det ikke lenger. I forskrifter om hvem som har rett til individuell plan- og ansvarsgruppeverktøyet, står at det er brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det er åpenbart at de fleste rusmisbrukere som bruker lavterskeltiltak tilhører denne brukergruppen. Hvorfor det synes å være så få rusmisbrukere som får oppleve en god sammenheng i tjenestene de trenger, er viktig å få utforsket mer. Et indisium på at hjelpen til rusmisbrukere har kommet kortere enn for andre pasientgrupper når det gjelder brukermedvirkning, var at *ingen* av de intervjuete visste om det fantes noe brukerombud for rusmisbrukere i kommunen.

*Brukerens tilfredshet med tiltaket, sammenlignet med andre deler av helse- og sosialtjenesten*

Ut fra intervjuene kan en få inntrykk av at lavterskeltiltak er den del av helse- og sosialtjenesten som brukerne føler seg mest fornøyd med. En kritisk metodekommentar til resultatet kan være: Intervjuene ble gjennomført i lavterskeltiltakenes lokaler og informantene visste at det bare var lavterskeltiltaket, ikke andre tjenester, som skulle evalueres. Av den grunn var de kanskje forsiktigere med å kritisere tiltaket, fordi de er så avhengige av det. Hvis de hadde vært i lokalene til andre tjenester og skulle evaluere *dem*, hadde de kanskje vært frimodigere med å komme med kritiske utsagn om lavterskeltiltak. Men når dette er sagt, var det altså klart at brukerne syntes å føle seg tryggest og kunne være mest "seg sjøl" der. En årsak kan være at lavterskeltiltak har den mest kravløse *rollen* av alle aktuelle tjenester rundt brukeren – der kan man "komme som man er". En annen årsak kan være at tiltaket har så mye *kunnskap* om brukernes spesielle lidelser, også de psykiske, og fagpersonene har *tid* til å behandle og føre gode samtaler med dem. Endelig kan inntrykket av fagpersonenes *fagetiske* holdning bety noe; brukerne føler seg respektert.



## 7 Vurderinger halvveis i evalueringen

Det overordnede i evalueringen er å vurdere om lavterskeltiltakene bidrar til å etablere et tilstrekkelig tilbud til rusmiddelbrukere som ikke benytter, eller ikke når av ordinære helsetjenester. Når man målgruppen, og er det noen som faller utenfor? Har tiltakene bidratt til positiv endring i helsetilstand og livssituasjon for brukerne, og fungerer tiltakene som koordinerende ledd og inngangsport til det ordinære hjelpeapparatet for brukerne?

Selv om vi kun er halvveis i evalueringen kan vi konkludere i forhold til noen av disse temaene, og ellers antyde hva data så langt tyder på.

### 7.1 Målgruppa nås

Hovedinntrykket er at målgruppa<sup>31</sup> nås i lavterskeltiltakene, men at også andre utenom helsemyndighetenes definerte målgruppe bruker tiltakene. Vi har et bilde av hvem det er som benytter lavterskeltiltakene, først og fremst på grunnlag av brukerkartleggingen og fokusgruppeintervjuene med de ansatte ved tiltakene.

Fra brukerkartleggingen fant vi at gjennomsnittsalderen på brukerne var omlag 40 år, noe som var som forventet i forhold til utvalgskriteriene, og særlig i forhold til "langvarig" misbruk av tunge stoffer. At tiltakene som kom under definisjonen *værested* viste seg å ha relativt færre brukere som hadde vært rusmiddelavhengige i over 10 år mens *feltpleietiltakene* hadde flest av disse er også forståelig, sett på bakgrunn av at værestedene antakelig tiltrekker seg andre enn de som kommer primært for sprøyter og helsetilbud. Sånn sett kan man antyde at feltpleietiltakene i noe større grad enn de andre typene av tiltak treffer den definerte målgruppen.

De ansatte i lavterskeltiltakene fokuserer på primærmålgruppen. På den annen side, ettersom tiltakene per definisjon baseres på lav terskel i den betydning at brukeren selv definerer eget behov for LAV til enhver tid, vil også andre enn definert målgruppe komme til å benytte tiltaket. Brukere utenfor primærmålgruppen dreier seg først og fremst om personer som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Brukerkartleggingen viste at omlag en av tre brukere av LAV er LAR-klienter<sup>32</sup>. Videre dreier det seg om yngre rusmiddelmisbrukere. Selv om brukere mellom 18 og 25 vanligvis ikke vil være i gruppen av tunge og langt komne rusmiddelbrukere, brukes lavterskeltiltakene jevnlig også av denne aldersgruppen. Dette oppfattes i noen grad som et dilemma i enkelte tiltak, i alle fall i den grad man ikke får kanalisert de yngste over i andre tjenester. På den annen side viste brukerkartleggingen at hos de 9 prosent av utvalget som var mellom 19 og 25 hadde de aller fleste vært alvorlig rusmiddelavhengig i en lang periode til tross for sin unge alder. Brukerkartleggingen viste for øvrig at de ulike tiltakene ikke hadde vesentlig ulik brukersammensetning når det gjaldt antall år som alvorlig rusmiddelavhengig. Ut fra intervjuene med fagpersonene i tiltakene konstaterer evalueringen imidlertid at de yngste utgjør den største gruppen av brukere som tiltakene i *varierende* grad representerer et tilbud

---

<sup>31</sup> Personer som har et spesielt omfattende rusmiddelmisbruk, og som har behov for sammensatte og samtidige tjenester for ulike etater, men ikke greier å gjøre nytte av ordinære helsetjenester. I utvalgskriteriene har vi benyttet følgende tre dimensjoner: 1) alvorlig, intensivt og langvarig rusmiddelmisbruk, 2) alvorlige fysiske og/eller psykiske lidelser og helseproblemer, 3) alvorlig funksjonssvikt innen arbeidsmessig og sosial fungering (Ruud og Reas, 2003).

<sup>32</sup> Registrert kontakt med LAR de siste 6 månedene.

til, dels fordi de i mindre grad enn eldre brukere faller innenfor primærmålgruppen, og dels fordi det legges større vekt på å få de unge over til andre tjenester.

Selv om det er glidende overganger mellom LAR og LAV, og det er et prinsipp at brukeren selv definerer sitt behov for lavterskeltiltak, påpeker evalueringen at kommunene bør være oppmerksom på situasjonen med at LAR-klienter benytter lavterskeltiltakene. Det bør avklares om dette reflekterer et for dårlig rehabiliteringstilbud, eller om det er en bevisst organisering som har spesifikke formål. Det kan tenkes at et felles LAV-LAR er rasjonelt i forhold til å utnytte ressurser og kompetanse i noen kommuner, men dette bør ikke gå på bekostning av en gjennomtenkt, strukturert og god oppfølging av LAR-klientene. Evalueringen påpeker også at brukerne eventuelt bør informeres om hvorvidt lavterskeltiltakene er et tilbud til LAR-brukere eller ei, slik at de vet hva de har å forholde seg til dersom de får et tilbud om LAR. Et veldig strengt "regime" som innebærer avvisning av brukere, når de faktisk henvender seg, vil uansett ikke være veien å gå.

På spørsmålet om det er noen innen målgruppen som lavterskeltiltaket ikke når, er hovedinntrykket at dette ikke dreier seg om mange, først og fremst fordi brukerne i denne målgruppen er de mest synlige rusmiddelmissbrukerne. De oppsøker tiltakene, eller blir oppsøkt av personell fra lavterskeltiltaket. Vi har ingen oversikt over hvor stor andel av brukere i målgruppen som ikke nås, men vi har de ansatte og brukernes oppfatninger av hva det er som karakteriserer dem som ikke nås så lett. Både ansatte og brukere påpekte at rusmiddelmissbrukere med barn gjerne vil unngå denne type tiltak av frykt for barnevernet. De ansatte nevnte også innvandrere og noen steder også et økende antall prostituerte. Brukerne var i tillegg opptatt av de nedslitte og eldre misbrukerne som ikke orket å komme, men brukte kompiser for å hente rene sprøyter. For øvrig var en generell årsak til at folk holdt seg unna også frykten for stigmatisering i lokalmiljøet. Blant annet på grunn av dette så vi eksempler på at brukere i mindre kommuner brukte lavterskeltiltak i nærliggende byer.

## 7.2 Brukernes helsetilstand og livssituasjon

Evalueringen understreker at helsemessige effekter av lavterskeltiltakene må vurderes i forhold til tiltakenes varierende fokus på helse. Det er ingen tiltak som *ikke* har en eller annen form for helsetiltak i seg, men et par av tiltakene har mer preg av først og fremst et værested. Generelt hersker det vel liten tvil om at mat og omsorg er viktig for mange brukere, og at det er svært sannsynlig at dette gir en primær og sekundær forebyggende helseeffekt. Effekter av LAV må videre vurderes i lys av at ambisjonen i lavterskeltiltak som sådan er skadereduksjon. Helsemyndighetenes uttalte mål om reduksjon i antallet overdoser er mer overordnet og ambisiøs, men dette er en mindre uttalt målsetting i tiltakene – mer en antatt, men lite målbar konsekvens.

Evalueringen kan ennå ikke gi svar på om tiltakene har bidratt til positiv *endring* i helsetilstand og livssituasjon for brukerne. Til dette trengs annen del av kartlegging blant (de samme) brukerne, som skal gjennomføres i oktober. Fra brukerkartleggingens første del konstateres imidlertid at de mest alvorlige helseproblemene for lavterskel brukerne er relatert til tannhelse, boligsituasjon, kontakt med familie og generell psykisk helse. Halvparten hadde ikke noen problemer med sår, men mange hadde problemer med generell allmenntilstand, og særlig knyttet til psykisk helse. Kun ti prosent av brukerne hadde ikke slike helseproblemer. Brukerkartleggingen viste at de viktigste målene med lavterskeltiltakene var sprøyteutdeling, samtale/veiledning og ernæring – tiltak som også ble gitt brukerne i størst grad.

Selv om svar omkring effekter må avventes, har vi et inntrykk av hvordan tiltakene virker på brukernes helse og livssituasjon ut fra fokusgruppeintervjuene med de ansatte og fra dybdeintervjuene med brukerne. Evalueringen konstaterer at det gjerne er det helsemessige som er inngangsporten til tiltaket. Dette bekrefter både ansatte og brukere. Folk kommer fordi de ønsker utstyr, slik at de unngår infeksjoner, eller de vil ha behandling av infeksjon/abscess. De ansatte har et helt klart inntrykk av at mengden sår og sykdommer har gått ned. Sånn sett er det ingen tvil om at tiltakene har skadereduserende effekt. Dette er problemer som tiltakene forholder seg til der og da når brukeren kommer innom.

Mens typisk inngangsport er å hente sprøyter, og eventuelt motta helsehjelp, uttrykker brukerne etter hvert i større grad sine sosiale behov, og de psykiske problemene blir mer åpenbare for de som jobber i tiltakene. Lavterskeltiltakene vil nok i mange tilfeller fungere forebyggende i forhold til psykiske problemer hos brukerne. Alle tiltakene oppgir at "samtale" er sentralt i tiltaket. Mens dette i de fleste tilfellene dreier seg om å "se" og snakke med folk som er innom, har noen steder egne samtalerom, der oppfølging av enkeltbrukere i større grad får preg av å være terapeutisk. Denne type virksomhet ligger uansett på sida av kjernefunksjonene til LAV, og det primære vil i mange tilfeller være å få til overføring til psykisk helsevern, noe som ofte er svært problematisk.

### 7.3 LAV som koordinerende ledd og inngangsport til ordinære tjenester

Vårt inntrykk så langt i evalueringen er at lavterskeltiltakene definitivt fungerer som koordinerende ledd og inngangsport til det ordinære hjelpeapparatet for brukerne. Evalueringen konstaterer at de ansatte i lavterskeltiltakene har en unik funksjon i forhold til å kartlegge brukerens situasjon og behov, og å vurdere hvilke tjenester som eventuelt kan dekke dette behovet - en jobb som krever erfaring og innsikt både når det gjelder å "se" de ulike brukerne som er innom, og å kjenne hjelpeapparatet.

Tiltakene rapporterer at det å sende brukeren videre til andre tjenester er av det mest sentrale innholdet i LAV. Både ansatte og brukere understreket at tiltaket har bidratt til en holdningsendring og en avstigmatisering i øvrige tjenester. Det varierer selvsagt mellom typer av tiltak, men de fleste steder bruker de ansatte mye tid på å få overført brukere til andre tjenester. Vi har sett at dette gjerne er helt konkret ved å bestille time, sørge for at brukeren kommer seg av gårde, følge med etc. Evalueringen konstaterer for øvrig at dette arbeidet er vanskeligere å lykkes med i kommuner nær større by, ettersom mange brukere til enhver tid vil befinne seg i byen, og eventuelt benytte lavterskeltiltak der. Det kom ikke fram i evalueringen om det eksisterer noe samarbeid mellom de ulike lavterskeltiltakene i forhold til dette problemet.

Evalueringen påpeker at tiltakets behov for overføring av brukere vil variere også i forhold til det tiltaket selv tilbyr av helsehjelp. At en del av tiltakene har tilknyttet for eksempel egen lege kan representere et godt tilbud til brukerne, og en effektiv måte å få kanalisert de brukere som til enhver tid har behov for legehjelp. På den annen side oppretter, eller opprettholdes vanskeligere kontakten med brukernes egen fastlege. Det kan hende at dette legger til rette for en særomsorg som på sin side ikke vil være forenlig med overordnet målsetting om kanalisering av målgruppen over i ordinære tjenester.

Hvorvidt LAV fungerer som inngangsport til ordinære tjenester er selvsagt avhengig av samarbeidet tiltakene har med tjenestene. Selv om det konstateres at holdningsendring i øvrige tjenester har lagt et mye bedre grunnlag for samarbeid, er det problematisk å få andre tjenester til å "overta" der det anses behov for dette. Vi fant at flest problemer nevnes i forhold til fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og særlig psykisk helsevern. Det er ikke sikkert at veien å gå for å løse problemet med låste relasjoner mellom fastlegen og enkelte av disse pasientene er å knytte leger til tiltaket. I alle fall på sikt kan det være mer formålstjenlig å vektlegge LAVs særskilt viktige oppgave å håndlede brukere til fastlege eller andre tjenester. Et viktig problem er – som de ansatte i tiltakene påpeker – at de ordinære tjenestene ikke er "designet" for å møte behovet hos brukerne. Om ikke tjenestene blir utfordret på dette, kan det tenkes at det heller ikke skjer noen endring.

Det er imidlertid ikke bare i de øvrige tjenestene problemet ligger. Selve utgangspunktet for LAV var at denne gruppen ikke selv oppsøker helsetjenester, til tross for at de har behov for det. Evalueringen konstaterer også at det for en overraskende høy andel av brukerne oppgis som lite sannsynlig at øvrig tjenesteapparat skulle kunne dekke brukerens behov. For 36 prosent ble det oppgitt at det i *noen* grad var mulig, mens for omtrent 40 prosent av brukerne kun i *liten* grad eller *overhode ikke* anså dette som mulig. Viktige årsaker til dette var: angst hos brukeren, problemer med å forholde seg til fremmede samt at de hadde en

lite strukturert livssituasjon. I tillegg til en holdningsendring i tjenesteapparatet tilsier dette at man finner fornuftige måter å jobbe med brukerne på som kan bidra til at terskelen for å oppsøke andre tjenester senkes.

# Referanser

- Aas, S. (2006) *Feltpleieprosjektet. Tønsberg kommune. Brukerundersøkelsen 2006.*
- Andresen, A. S. (2004) *Væresteder som lavterskeltiltak i rusomsorgen. Danske og norske erfaringer.* Rusmiddeletatens kompetansesenter, Oslo kommune, notat.
- Brataas HV, Hermann R. Pasientundervisning og veiledning. I: Brataas H, Steen-Olsen T. *Kvalitet i samspill.* Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003: 66 - 81.
- Fekjær, H.O. (2004). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie.* Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Den Norske Lægeforening (2006). *På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet.* Statusrapport.
- Grut, L., Kvam, M.H., Lippestad, J.W., og Tyrmi, G. (2007). *Sosial- og helsetjenester for personer med nedsatt funksjonsevne. Oversikt over utviklingen i perioden 2001-2006.* SINTEF Helse. A1541.
- Grytnes, R. et al. (2002) *Væresteder for stofmisbrukere og tidligere stofmisbrukere i Danmark.* Center for Rusmiddelforskning, Aarhus universitet.
- Grønmo, S. (1996). Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen. I H. Holter og R. Kalleberg (Red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*, ss. 73-109. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gundersen, T., Grut, L., Loeb, M., Ruud, T. (SINTEF), Eikeland, T., Nesvåg, S., Olsen, E. (Rogalandforskning) (2004). *Rusklinter og tjenester før "rusreformen". En tverrsnittundersøkelse.* SINTEF Helse. STF78 A044513.
- Helsetilsynet (2005a). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelbrukere.* Rapport fra Helsetilsynet 4/2005.
- Helsetilsynet (2005b). *Rusmiddelbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder.* Rapport fra Helsetilsynet 2/2005.
- <http://www.politi.no>
- <http://www.sirus.no>
- Kalseth, B., Midttun, L., Paulsen, B. og Nygård, L. (2004). *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill.* SINTEF Helse. STF78 A045018.
- Kreuger, R. (1988). *Focus groups: A practical guide for applied research.* Newbury Park, CA: Sage.
- Kristiansen, S. og Krogstrup, H.K. (1999): *Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetodik.* København: Hans Reitsel Forlag.

- Kurtze, N. og Eide, A. (2003). *Helsetilstand hos tunge rusmiddelbrukere*. SINTEF Unimed. STF78 A035002.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintevju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kalseth, B. (red.). (2004). *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill*. SINTEF Helse.
- Lambert, Garfield & Bergin (2004). Overview, Trends and Future Issues. I Lambert, M. J. (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc.
- Lov 1994-08-05 nr 55: *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*.
- NOU 2003:4 *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*.
- NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*.
- NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*.
- Ophus, L. (2006). *Hvordan bidrar lavterskel helsetilbud til skadereduksjon hos tunge rusmiddelbrukere?* Studentoppgave, Diakonhjemmets Høgskole.
- Ruud, T. og Reas, D. (2003). *Helsetjenester for tunge rusmiddelbrukere*. SINTEF Unimed. STF78 A035003.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *... og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Til deg som leder og utøver.
- Steinert, S., Gudim, H.B., Brekke, M., Leer, J., Haavet, O.R., Nyhlen, P. et al. (2002). *Allmennlegens rolle i behandlingen av narkomane – legemiddelassistert rehabilitering*. Oslo: Alment praktiserende lægers forening.
- Strauss, A.L. og Corbin, J.M. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, California: Sage.
- St. meld. Nr. 31 (2002-2003) *Storbymeldingen*.
- St.prp. nr. 1 (2005-2006) *For budsjettåret 2006*.
- Tschudi, F. (1996). Om nødvendigheten av syntese mellom kvantitative og kvalitative metoder. I H. Holter & R. Kalleberg (Red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*, ss. 109-130. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ådnanes, M. og Bjørngaard, J.H. (2006). *Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser*. SINTEF Helse. A230.
- Ådnanes, M., Hatling, T. og Grut, L. (2005). *Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse*. SINTEF Helse.

# VEDLEGG

Vedlegg 1: Notat om tiltakene basert på egenrapporteringer til Sosial- og helsedirektoratet

Vedlegg 2: Kartleggings skjema om tiltakenes organisering og innhold

Vedlegg 3: Kartleggings skjema om tilbudet til brukerne

Vedlegg 4: Intervjuguide fokusgruppeintervju med ansatte i tiltakene

Vedlegg 5: Intervjuguide brukerintervjuer

Vedlegg 6: Informasjonsskriv og samtykkeerklæringer

Vedlegg 7: Matrise over delprosjekter, problemstillinger og metoder





## Vedlegg 1



**SINTEF Helse**

Postadresse:  
7465 Trondheim/  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# NOTAT

GJELDER

**34 lavterskel helsetiltak for  
rusmiddelmissbrukere – en kort beskrivelse  
av tiltakene**

BEHANDLING

UTTALELSE

ORIENTERING

ETTER AVTALE

GÅR TIL

**Vedlegg til første delrapport, juli 2007.**

Beskrivelse av de ulike tiltakene i det følgende er basert på informasjon fra lavterskeltiltakenes egen rapportering til direktoratet fra oppstart og frem til 2005.

X

ARKIVKODE

GRADERING

Åpen

ELEKTRONISK ARKIVKODE

Notat\_tiltaksintroduksjon.doc

PROSJEKTNR.

DATO

2007-08-20

SAKSBEARBEIDER/FORFATTER

Silje L. Kaspersen og Marian Ådnanes

ANTALL SIDER

38

<i>Arendal</i>	3
<i>Asker</i>	4
<i>Bergen I</i>	5
<i>Bergen II</i>	6
<i>Bodø</i>	7
<i>Bærum</i>	8
<i>Drammen</i>	9
<i>Fauske</i>	10
<i>Fredrikstad</i>	11
<i>Gjøvik</i>	12
<i>Haugesund</i>	13
<i>Horten</i>	14
<i>Innherred samkommune (Levanger og Verdal)</i>	15
<i>Karmøy</i>	16
<i>Kristiansand</i>	17
<i>Larvik</i>	18
<i>Lier</i>	19
<i>Nedre Eiker og Øvre Eiker</i>	20
<i>Nesodden</i>	21
<i>Odda</i>	22
<i>Os</i>	23
<i>Oslo</i>	24
<i>Porsgrunn</i>	25
<i>Sandefjord</i>	26
<i>Sandnes</i>	27
<i>Sarpsborg</i>	28
<i>Skien</i>	29
<i>Stavanger</i>	30
<i>Steinkjer</i>	31
<i>Stord</i>	32
<i>Tromsø</i>	33
<i>Trondheim</i>	34
<i>Tønsberg</i>	35
<i>Ullensaker</i>	36

## Arendal

Arendal kommune  
"Lavterskel helse for tunge rusmisbrukere"  
Nedre Thyholmsvei 5  
4809 Arendal

Kontakt: Eldar Aas  
Tlf: 37013229  
E-post: eldar.aas@arendal.kommune.no

Tiltakets navn: "Lavterskel helse for tunge rusmiddelmissbrukere"  
Etablert: Høsten 2002, full drift fra januar 2003  
Sum tildelte midler 2006: 750 000

### Beskrivelse:

Tiltaket tilbyr samtaler, hjelp og støtte til kontakt med 1. og 2. linjetjenesten. Smittevern, kondomer, helseundersøkelser og kursing (for personell og brukere - førstehjelp, kosthold, rettigheter). Tilgang på psykiatriske sykepleiere, lege, psykolog, bioingeniør, fysioterapeut.

Etablert i sentrum (Tyholmen) med eget kontor, i samme bygning som "T5" (Kristenfolkets edruskapsråds lavterskeltilbud). "T5" driver et dagtilbud, privat eid, med bl.a. kafé hvor rusmisbrukere har et tilbud på dagtid. Feltsykepleien holder til i et kontor over kafeen.

Gjennomførte i 2005 en omorganisering, og det ble etablert en *Miljøarbeidertjeneste* bestående av fengselshelsetjenesten, feltsykepleien og miljøarbeidertjenesten "Hauene", som i løpet av 2006 skulle bli en fullverdig ambulant tjeneste som jobber opp mot boligene som etableres for bostedsløse, og ellers tungt belastede brukere i kommunen. Miljøarbeidertjenesten ligger under Sosialt nettverk i kommunen, og har en felles leder med bakgrunn fra Fengselshelsetjenesten og Feltsykepleien.

Rapporterer at behovet for sårstell har gått betydelig ned siden Feltsykepleien ble etablert, muliggjør mer tid til forbygging. Etablert god kontakt med fylkestannlegen, og etablering av tannpleier ved tjenesten skulle igangsettes tidlig i 2006. Godt samarbeid med Arendal Fengsel og kommunen for øvrig.

Har ikke sprøyteutdeling, fordi så mange fra nærliggende kommuner kommer for å hente sprøyter. Likevel har andelen sårstell gått betydelig ned.

## Asker

Asker kommune  
Helseavdelingen  
Pb 353  
1372 ASKER

Kontakt: Ragnhild Kinck Gaarder  
Tlf: 66909000  
E-post: ragnhild.kinck.gaarder@asker.kommune.no

Tiltakets navn: "Feltpleien"  
Etablert: 1999/2000  
Sum tildelte midler 2006: 750 000

### Beskrivelse:

Fikk midler allerede i 2000. Organisatorisk tilknyttet sektor Helse- og sosial, resultatenhets Helseavdelingen med kommuneoverlege som resultatenhetsleder. To sykepleiere i 50 % stilling hver, og vernepleier i 50 % ved Kraglund bofellesskap (for brukere med dobbeltdiagnose).

Lokalisert dels ved kontor tilknyttet Helsestasjon for ungdom, skolehelsetjenesten, helsestasjonstjenesten, svangerskapskontroll, vaksinasjonskontor m.fl., dels i et rom som de får disponere i "Varmestua" for Kirkens Feltarbeid, og dels kontor ved Kraglund. Sykepleierne oppsøker "Varmestua" aktivt, og kan nås på mobil (mottar mange SMS som er billigste alternativ for brukerne).

Stort nettverk av samarbeidspartnere i kommunen (Seksjon for rusforebyggende tiltak (SRT), PUT, ambulansetjenesten, sosialmedisinsk poliklinikk, Feltpleien i Bærum, fastlegene, sosialkontoret, barnevernet, avrusningsklinikker, behandlingsplasser, politi og fengsel). Ansatte i tiltaket har undervist ved Asker og Bærum sykehus om smertebehandling av rusmisbrukere.

## Bergen I

Bergen kommune  
Straxhuset  
Nygårdsgaten 121  
5008 BERGEN

Kontakt: Anne Loennechen og Per-Erik Johnsen  
Tlf: 55332730  
E-post: anne.loennechen@bergen.kommune.no  
per-erik.johnsen@bergen.kommune.no

Tiltakets navn: Strax-huset + Lavterskel helsetilbud til kvinner i gateprostitusjon  
(Strax-huset har også egen avdeling for LAR plassert i samme hus)  
Etablert: på 1990-tallet - vi har informasjon fra 2001  
Sum tildelte midler 2006: 2 700 000

### Beskrivelse:

Organisert i linje under kommunaldirektør i Byrådsavdeling for helse og omsorg. Det eksisterer 26,8 årsverk for alle tiltakene, inkludert LAR, i 2005. I tillegg kjøpes tjenester fra lege, tannlege, akupunktør, fysioterapeut/massør og vaktmester + deltakelse fra studenter og hospitanter.

Lokalisert i Nygårdsgaten i nærheten av Nygårdsparken (parken er sentralt samlingssted for rusmiddelmissbrukere). Tjenestetilbudene er organisert i tre avdelinger: natthjem, dagtjenestetteam og avdeling knyttet til legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Strax-huset har et hovedhus for dag/natthjem, og egne lokaler for LAR-avdelingen. Yter tjenester til stoffavhengige over 18 år, langt de fleste injiserer rusmidler, og/eller har blandingsmisbruk.

#### *Tiltak/virkemidler i dagsenteret*

Tilgjengelig personale, råd og veiledning, enkel bespisning, omsorg, tilgjengelige aviser/tidsskrifter, gruppesamtaler, telefon, info fra andre enheter. 17 196 besøkende i 2005 – en økning på 1 478 besøk fra 2004. Av totalt besøkstall var 16 % kvinner og 84 % menn.

#### *Tiltak/virkemidler i natthjemmet*

6 sengeplasser fem netter i uka, en ekstra seng tilknyttet overdoseberedskap til disp. for AMK, stabilt og tilgjengelig personale, inntakssamtale med forventningsavklaring og enkel kartlegging, individuelle samtaler, dusj og utlån av rene klær, matservering, enkelt sårstell, vask av brukernes klær. 1 066 besøk i 2005, nedgang på 63 besøk fra 2004. Gjennomsnittlig beleggspersent; 70.

*Øvrige virkemidler:* Kondom- og sprøyteutdeling, dugnad i Nygårdsparken 1 g/mnd, helsetjenester i Nygårdsparken (oppsøkende), akupunkturbehandling for bedring av fysisk og psykisk helse samt smertelindring/ utsette "sug" etter rus, fysioterapi/ massasje, helserom med sykepleiere for prøvetaking/ henvisning fastlege/ lege hver 14. dag for enkel behandling. Hygiene og ernæringstiltak (kosttilskudd, sunn mat, næringsdrikker, B-vitamininjeksjon). Tannhelsetjeneste med fast tid avsatt til rusmiddelmissbrukere – trenger ikke bestille time.

#### *Beskrivelse av LAR-avdelingen tilknyttet Strax*

Dette tiltaket har høyere terskel enn Strax-huset for øvrig, og egne lokaler. Tiltaket startet opp i oktober 2002. Sosialkontorene søker Strax-huset om plass på vegne av sine klienter, etter at Bergensklinikkene, avdeling for LAR, har fattet vedtak om inntak i behandling. Fra prosjektoppstart til 31/12-05 var 154 personer tilknyttet Strax-huset sin LAR-avdeling. Brukerne er i all hovedsak pasienter i oppstart- og innstillingsfasen. Virkemidler er medisinerutdeling og prøvetaking, støttesamtaler, råd og veiledning, gruppeaktiviteter.

## Bergen II

"Prostitusjonsteamet" ved Utekontakten  
Strømgaten 10  
5008 BERGEN

Kontakt: Else Kristin Utne Berg/ Astrid Gerds  
Tlf: 55568600  
E-post: elsekristinutne.berg@bergen.kommune.no  
astrid.gerds@bergen.kommune.no

### Beskrivelse:

"Prostitusjonsteamet" fikk LAV-midler fra 2003, og eksisterte før dette på andre prosjektmidler.

Prostitusjonsteamet ved Utekontakten i Bergen driver Bergen kommunes hjelpetiltak for kvinner i gateprostituasjon. Teamet er organisert som en del av Utekontakten i Bergen sitt tjenestetilbud. Ved siden av å drive et sosialmedisinsk innetiltak på prostitusjonsarenaen, driver teamet også oppsøkende virksomhet. Teamet oppsøker miljøet 3 kvelder/ netter pr uke som et minimum og har åpen innetiltaket, Pro Femmes, 3 kvelder i uken. Oppsøkende virksomhet er en av primæroppgavene til Utekontakten, og Prostitusjonsteamet holder oversikt over gatemiljøet på prostitusjonsarenaen, rapporterer endringer, etablerer kontakt med nye kvinner, og tilbyr tjenester, herunder helsetjenester, på gaten. Dermed ytes tjenester også til kvinner som ikke bruker innetiltaket. I tillegg oppsøker tiltaket andre arenaer basert på tips fra omgivelsene.

Prostitusjonsteamet har som målsetning at kvinnene i målgruppen skal benytte eksisterende helsetjenester, og har et utstrakt samarbeid med Haukeland universitetssykehus, Poliklinikk for seksuelt overførbare sykdommer, og fastlegene. I tillegg har teamet fast samarbeid med andre instanser i Bergen kommune som helsevernetaten v/ smittevernkontoret, Bergen legevakt og SO-mottaket (mottak for seksuelle overgrep).

I 2006 hadde Prostitusjonsteamet kontakt med 134 ulike kvinner, hvorav 62 var norske og rusavhengige. Første halvår i 2007 har teamet hatt kontakt med 45-50 ulike kvinner pr. mnd og totalt 93 ulike kvinner.



## Bodø

Bodø kommune  
Helsekontoret  
Pb 319  
8001 BODØ

Kontakt: Rolf Robertsen  
Tlf: 75555000  
E-post: rolf.robertsen@bodo.kommune.no

Tiltakets navn: Prinsen Helsestasjon  
Etablert: I år 2000 av Bodø kommune/ 2001 på statlig tilskudd  
Sum tildelte midler 2006: 550 000

### Beskrivelse:

Organisert som egen enhet under helsekontoret i Bodø kommune. Bemannet med to psykiatriske sykepleiere i halve stillinger. For å fremme tverrfaglighet er tilbudet samlokalisert med sosialkontorets rusenhet. Sosialmedisinsk poliklinikk og metadonkonsulenten i Bodø er lokalisert i samme bygg.

Benyttes av omlag 150 etablerte rusmiddelmissbrukere. Anslagsvis 50 personer på LAR benytter seg også av LAV. To tredjedeler av brukerne er menn. Per mai 2006 benyttet alkoholmissbrukere seg lite av tilbudet. Tiltaket oppgir at antall overdoser er betydelig redusert siden oppstart av helsestasjonen.

Målene er å styrke generell helsetilstand ved personlig veiledning, redusere forekomst av smittsomme sykdommer og infeksjoner, redusere antall overdoser/overdosedødsfall, henvise brukerne til riktig sted i eksisterende behandlings- og helsetilbud, motivere til reduksjon av rusbruk, motivere til behandling, vektlegge brukers ansvar for egen helse.

Har ikke lyktes i å ansette egen lege i deltidsstilling. Samarbeidet med fastlegene er godt.

## Bærum

Bærum kommune  
1304 Sandvika

Kontakt: Berit Haugen  
Tlf: 67503140  
E-post: berit.1.haugen@baerum.kommune.no

Etablert: Høsten 1999 (statlige midler)  
Sum tildelte midler 2006: 1 050 000

### Beskrivelse:

Dagsenter og natthjem som finansieres av kommunen, og feltpleievirksomhet som finansieres av LAV-midler. Administrativt plassert i Sosialseksjonen i Bærum kommune under Boligkontoret, sammen med Boligkjeden (fra 2002), som er ansvarlig for drift. Har tilknyttet leger og har tre sykepleiere i hhv. 75 , 60 og 15 prosent (én er psykiatrisk sykepleier). Hadde omlag 80 faste brukere i 2005.

### *Dagsenter*

Dagsenteret har en sammensatt brukergruppe der noen er svært syke og må akutt innlegges på sykehus, andre svært ruset og trenger tilsyn/ en seng og sove i, andre igjen vil dusje og vaske klær. Fokus på ernæring/ kosthold og hygiene (håndvask, dusj, klesvask).

Åpent på virkedager, hvorav to kvelder i uka, samt enkelte helger og høytidsdager. Fokus på muligheter og ressurser hos brukerne. Driver smittevern bestående av kondom- og sprøyteutdeling. Foretar oppfølging etter overdose. Når det gjelder tannbehandling etableres kontakt med aktuelle kandidater for igangsetting av omfattende tannbehandling, samt kontakt med tannleger/ tannhelsesekretærer i kommunen med stor toleranse for personer i målgruppen. Feltpleien og miljøpersonale kjører, og er med personen inn til behandling hos tannlege. Utdeling av tannbørste og tannkrem.

### *Natthjem*

Tilbud ved akutt behov for overnatting til personer som er uten fast eller midlertidig bolig. 8 sengeplasser, åpent 7 netter i uken, dusjing og utlevering av klær, servering av et varmt måltid om kvelden og frokost/matpakke om morgenen. Enkelt sårstell.

## Drammen

Drammen kommune  
Øvre Strandgt.  
3018 DRAMMEN

Kontakt: John Dutton  
Tlf: 32046846  
E-post: john.dutton@drammen.kommune.no

Tiltakets navn: Prosjekt Feltsykepleie "En dør" (dagsenter og natthjem)  
Etablert: Mars 2000  
Sum tildelte midler 2006: 1 350 000

### Beskrivelse:

Organisert og samlokalisert under Senter for rusforebygging (SFR) med natthjem og Ambulerende bo-team (AMBO) i samme hus. Tre sykepleiere ansatt i hhv. 100, 60 og 50 prosent. Hovedfokus er smitteforebygging og skadereduksjon, vektlegger informasjon, rådgivning, vurdering og samtale. Samarbeid med Smittevernkontoret og Fengselstjenesten i forhold til vaksinerings av Hepatitt A og B, god dialog med mikrobiologisk avdeling på Sykehus Buskerud HF. Godt samarbeid med AMK.

Sykepleierne møter brukerne både i feltpleiens lokaler, natthjemmet, Kirkens Bymisjons dagkafé, på gata, hjemmebesøk, oppfølging på sykehus (også Avdeling for rus og psykiatri). Gynekolog 1 gang per mnd. I 2005 benyttet 39 kvinner seg av dette tiltaket.

### God overdosestatistikk fra Drammen:

År	Behandlings- overdoser	Overdose- dødsfall
2000	90	14
2001	79	22
2002	56	8
2003	0	0
2004	60	10
2005	16	1
2006	-	-

## Fauske

Fauske kommune  
Pb 320  
8201 FAUSKE

Kontakt: Ann Kristin R Lorentzen  
Tlf: 75641529/ 91536987  
E-post: ann.kristin.lorentzen@fauske.kommune.no

Tiltakets navn: "Tunet"  
Etablert: Aug. 2004  
Sum tildelte midler 2006: 400 000

### Beskrivelse:

Organisert under enhet helse i kommunen. Bemannet med 100 % sykepleier og lege som medisinsk ansvarlig (sykepleier og lege møtes fast ca. hver 14. dag). Tilholdssted i gamle legevaktslokaler på Helsetunet.

40-50 brukere har tatt kontakt, omlag 5-10 innom per dag. Tre av fire brukere er menn. Antall brukere har økt hele tiden, men sykepleier er kjent med at det fortsatt er mange som av ulike årsaker ikke har vært i kontakt. Ønske i 2005 om å starte opp vaksineprogram for hepatitt A og B. Sykepleieren bruker mye tid til å motivere til reduksjon av rusbruk, samt motivering til å søke behandling.

Se for øvrig Sosial- og helsedirektoratets utgivelse "3 historier om å hjelpe mennesket bak misbrukeren", der Fauske er presentert.

## Fredrikstad

Fredrikstad kommune  
Pb 1405,  
1602 Fredrikstad

Kontakt: Stein Arne Rimehaug  
Tlf: 69305800  
E-post: stri@fredrikstad.kommune.no

Tiltakets navn: "Sykestua"/Feltpleien  
Etablert: April 2003  
Sum tildelte midler 2006: 950 000

### Beskrivelse:

Organisert som prosjekt i Virksomhet forbyggende og kurative helsetjenester. Kommuneoverlegen er administrativ og faglig leder. To sykepleiere ansatt tilsvarende 1,75 årsverk. Den ene har ansvar for daglig drift, og den andre har ansvar for å etablere relasjoner utad. Gjennomsnittlig 325 konsultasjoner per måned (3900 per år) – 83 % menn, 17 % kvinner.

Åpent 0900-1500 mandag til fredag. 20 m<sup>2</sup> kontor i 2. etasje over varmestua til Blå Kors (tilbyr mat og drikke) med samme inngangsparti. Ved inngangen (bakgård) er det mye kjøp og salg av narkotika, samt vold og trusler. Dette har ført til at mange brukere ikke våger å oppsøke dette LAV-tiltaket.

Hadde eget overdoseteam fra januar 2005 som ble nedlagt grunnet nedbemanning. Ønsker å gjenopprette overdoseteam og ambulerende team. Faste møter med LAR-gruppen i kommunen. Forhandler om å overta blodprøvetaking av denne pasientgruppen fra laboratoriet på sykehuset Østfold. Samarbeider med fastleger, Blå Kors, sosialtjenestene og legevakt.

## Gjøvik

Gjøvik kommune  
Serviceboks  
2810 GJØVIK

Kontakt: Sissel Glomseth  
Tlf: 61189500  
E-post: sissel.glomseth@gjovik.kommune.no

Tiltakets navn: Lavterskel helsetilbud for rusmiddelmissbrukere  
Etablert: Fikk midler i 2003, men oppstart mars 2004  
Sum tildelte midler 2006: 450 000

### Beskrivelse:

Organisert under Virksomhetsrådet Helse og Omsorg under leder av helsetjenester, med kommuneoverlegen som medisinsk ansvarlig. 100 % psykiatrisk sykepleier ansatt. Hovedmålsetting om å bedre den somatiske og psykiske helsetilstanden, samt fokusere på tannhelse, hygiene og ernæring.

Lokalisert sentralt i et brukermiljø, og nær andre lavterskeltilbud (kafé) som bl.a. Blå Kors driver. Anslått antall brukere er 30 (overvekt av menn), antall henvendelser i 2005 ca. 1000. Treg start, men sprøyteutdeling gav oppsving; 5000 sprøyter utdelt fra august til desember. Tannmidlene for 2005 ble overført i sin helhet til 2006 – det arbeides med å innlemme tannpleier i prosjektet.

## Haugesund

Haugesund kommune  
Helse og forebygging  
Pb 2160  
5504 HAUGESUND

Kontakt: Sissel Hynne og Kai Warholm  
Tlf: 52744111/52743000  
E-post: kai.warholm@haugesund.kommune.no

Tiltakets navn: Lavterskel Helsetilbud/ samlokalisert m/ruskafé: SoN – senteret TETRE  
Etablert: Fikk midler i 2001 til rusrelatert prosjekt, men oppstart LAV aug. 2003  
Sum tildelte midler 2006: 500 000

### Beskrivelse:

Organisert i enheten Helse- og Forebygging under seksjon Rusteamet i Haugesund kommune.

Startet forsiktig opp i februar 2000 som en del av kommunens prosjekt "rus, helse, miljø og bolig", også kalt rusteamet. Ble omorganisert i to tjenestetilbud i 2003

Et lavterskeltilbud i form av en helsestasjon for byens rusmisbrukere. Har i tillegg LAR-enhet som ivaretar innsøking og oppfølging av brukere på legemiddelassistert rehabilitering.

To spesialsykepleiere ansatt ved Helsestasjon for rusmisbrukere. Tiltaksfokus; utdeling av brukerstyr, vaksiner, sårskift, kontakte fastlege/sosialtjeneste/sykehus, følge til fastlege/sykehus/fysioterapeut, individuelle samtaler. Stadig økende besøkstall, mange har behov for å varme seg og få tid til å fortelle om livssituasjonen.

## Horten

Horten kommune  
Virksomhet helse- og barnevern  
Pb 10  
3191 HORTEN

Kontakt: Berit Jordfald  
Tlf: 33085713  
E-post: berit.jordfald@horten.kommune.no

Tiltakets navn:  
Etablert: 2006  
Sum tildelte midler 2006: 350 000

### Beskrivelse:

Har per 2005 ikke etablert eget lavterskeltiltak for rusmiddelmissbrukere. 50-60 tunge misbrukere i byen med behov for helsetjenester. Vil opprette feltsykepleiestilling med kontor i nærheten av Blå Kors, eller i samme bygg. Vil tilby lavterskel helsetjenester, individuelle samtaler og gruppesamtaler. 20 % kommunal egenandel.

Lavterskeltiltaket i Horten tas ikke med i evalueringen, da det fikk midler første gang i 2006.



## **Innherred samkommune (Levanger og Verdal)**

Levanger kommune (Helsestasjon Rus) og Verdal kommune  
7600 Levanger

Kontakt: Elin Tuseth  
E-post: elin.tuseth@innherred-samkommune.no

Tiltakets navn: Helsestasjon rus og rehab.: "No 26 Rinnleiret"  
Etablert: Helsestasjon Rus: 2002. No. 46: Oppstartsmidler i desember 2004, åpning høst 2005.  
Sum tildelte midler 2006: 1 600 000

### Beskrivelse:

Helsestasjon Rus kom i gang i 2002, med klassisk lavterskeltiltaksfokus.

Interkommunalt samarbeid fra 2005, Rusprosjektet Innherred samkommune ved ny prosjektleder skal ansettes fra 2007. Rehabiliteringshuset "No 46" har 4 årsverk. Bygningen var egentlig lasarett for tyske soldater under 2. verdenskrig, og preges av tradisjonell sykehusinndeling. Helsestasjon Rus har 75 % og 25 % sykepleiere og 10 % lege.

#### *Helsestasjonen*

Lavterskel; vaksinerer, sårbehandling, utlevering av brukerutstyr, samtaler/veiledning og motivasjon.

#### *Rehabiliteringshuset*

Høyere terskel. Har hatt 5-8 brukere. Tett oppfølging, ressurskartlegging, nettverksbygging, ernæring, matlaging, fysisk trening, trening i dagliglivets gjøremål, arbeidstrening (snekking, ute-avdeling, kjøkken/catering, film/foto, glasskunst og smykker).

Ansatte: Sykepleier 75 %, Lege 10 %, sykepleier 25 %, sosionom 100 %, Spes. arbeider 100 %, Hjelpepleier psyk. 50 %, Cand. ped. 100% (prosjektleder).

## Karmøy

Karmøy kommune  
Helse- og sosialetaten  
Pb 384  
4291 KOPERVIK

Kontakt: John Gunnar Liknes  
Tlf: 52857450  
E-post: jgl@karmoy.kommune.no

Tiltakets navn: Kombinert LAR/LAV kalt "Helsestasjon for rusmisbrukarar"  
Etablert: Oktober 2002  
Sum tildelte midler 2006: 450 000

### Beskrivelse:

Organisert som del av sosialtjenesten, og sammen med LAR. Bemannet med 2 sykepleiere, 1 vernepleier, 1 hjelpepleier i vernepleie og 1 sosionom. Lokalet har hver sin inngang til LAR og LAV. Har ikke "tatt av" - kanskje grunnet at Karmøy er geografisk stor kommune med flere sentra. Dessuten er det mange på LAR som får oppfølging der. Antar at de som hører til her (Nord-Karmøy og fastlandssiden av Karmøy) søker seg mot Haugesund.

Personell er knyttet både til LAR og LAV - alle deltar på begge steder etter behov. Vanskelig å skille ut info om LAV spesielt – de vurderer det til at lavterskeltiltaket har tatt ca. 1 årsverk i 2005. Av dokumentasjon fremgår det at etterspørselen etter LAV har sunket med årene, med kun 84 henvendelser i 2005.

## Kristiansand

Kristiansand kommune  
Helse- og sosialsektoren  
Serviceboks 417  
4604 KRISTIANSAND

Kontakt: Laila Hamar  
Tlf: 38075282  
E-post: laila.hamar@kristiansand.kommune.no

Tiltakets navn: Feltpleien, fra 2005 LAV-tiltak for akutt tannbehandling  
Etablert: September 2002  
Sum tildelte midler 2006: 15 000 til tannhelseprosjekt (overført 2006: kr 205 391)

### Beskrivelse:

Feltsykepleieprosjektet er organisert under Smittevernlegen i samfunnsmedisinsk enhet. LAV som del av feltpleien og flere boligprosjekter. Hoveddelen av tiltaket er geografisk plassert sammen med kommunedekkende sosialtjeneste, RISK-rustjenesten. Også til stede 2,5 time hver 14 dag ved Blå Kors internat og Frelsesarmeens varmestue. Har fokus på bolig.

For 2005 søker de kun om tannhelsemidler. Avtale med offentlig tannhelse om kjøp av tannlegetime hver onsdag ettermiddag, stipulert 2 behandlinger per gang. Prosjektet kom sent i gang i 2005, og størsteparten av midlene ble overført til 2006.

## Larvik

Larvik kommune  
Sosialtjenesten  
Pb 295  
3251 LARVIK

Kontakt: Ketil Kvam og Åse Heibø  
Tlf: 33171996  
E-post: ketil.kvam@larvik.kommune.no

Tiltakets navn: Miljøteam/Lavterskelsenteret "Steinbakken"  
Etablert: August 2002  
Sum tildelte midler 2006: 850 000

### Beskrivelse:

Miljøteam/Lavterskelsenter "Steinbakken" er et samarbeidsprosjekt mellom sosialtjenesten, helse-tjenesten, helsesøstertjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Fokus på: bolig/ bokollektiver, kosthold, smittevern, nettverksbygging, aktivisering. Ansatt helsesøster, sykepleier, psykiatrisk sykepleier og tannpleier, samt 3 miljøarbeiderstillinger. Uviss stillingsbrøk. Problemer ved oppstart; folk ville ikke ha huset i sitt nabolag (avisoppslag etc.).

## Lier

Lier kommune  
Sosialtjenesten  
Pb 205  
3401 LIER

Kontakt: Elisabeth Sommerfelt  
Tlf: 32220315  
E-post: elisabeth.sommerfelt@lier.kommune.no

Tiltakets navn: Lavterskeltiltak i Husebygata  
Etablert: 2002  
Sum tildelte midler 2006: 320 000

### Beskrivelse:

Organisert under sosialtjenesten. Prosjektleder i 50 % ved oppstart, utvidet til 60 % i 2005, i tillegg har de andre i sosialtjenesten bidratt med arbeidskraft. Lokalisert i kommunal, senere privat eid leilighet i Lierbyen sentrum, som de selv har møblert og utstyrt. Åpent to ettermiddager i uka. Oppsøkende arbeid og besøk i folks hjem utgjør hovedarenaen. Ca. 20 faste brukere i 2005.

Samarbeider tett med de ansatte i tiltak for boligoppfølging, psykisk helsepersonell, helsesøster, diakon og lege (ikke ytterligere spesifisert). Fokus: følge til lege, vaksinerings, hjelp til å utnytte rettigheter ved trygde- og sosialkontor, opprydning m.m.

## Nedre Eiker og Øvre Eiker

Nedre Eiker kommune  
Postboks C  
3051 MJØNDALEN

Øvre Eiker kommune  
Rådhuset  
3300 HOKKSUND

Tiltakets navn i Nedre Eiker: "Lev Vel"-prosjektet "Berggården"  
Etablert: Desember 2002  
Sum tildelte midler 2006: 725 000

Tiltakets navn i Øvre Eiker: "Øvrehuset"  
Etablert: 1. juli 2002  
Sum tildelte midler 2006: 695 000

Kontakt: Marita Vestby (Inger Brattbråten inntil august 2007)  
Tlf: 95805776  
E-post: marita.vestby@nedre-eiker.kommune.no

### Beskrivelse:

Interkommunalt samarbeid mellom Nedre og Øvre Eiker organisert under sosiale tjenester. Felles prosjekt og styringsgruppe. Det er ansatt felles prosjektleder, feltsykepleier og miljøarbeider, til sammen 3 årsverk. I tillegg er det ansatt en sivilarbeider i hver av kommunene i 60 % stilling.

Klassisk tiltaksfokus; nettverksbygging, sårstell, utdeling av sprøyter, vaksine og annen helseoppfølging. Arrangerer skiturer, grillturer, badeturer m.m. Utgir "Lev Vel"-nytt; nyhetsbrev til orientering for de respektive kommuner.

I løpet av 2003 har det vært 49 ulike brukere i Øvre Eiker og 81 brukere i Nedre Eiker. De har hatt flere frivillige hjelpere som har tatt vakter. Det har vært stor nedgang i overdosedødsfallene de siste to årene. I 2001 var det 6 overdosedødsfall i Øvre Eiker og 8 i Nedre Eiker. I 2003 var tallene de samme som i 2002: 1 og 0 i henholdsvis Øvre og Nedre Eiker. De samarbeider med interkommunalt rusteam og humanitære organisasjoner.

## Nesodden

Helseavdelingen  
Pb 158  
1451 NESODDTANGEN

Kontakt: Svein Gulbrandsen  
Tlf: 99741280  
E-post: svein.gulbrandsen@nesodden.kommune.no

Tiltakets navn: Prosjekt "Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere"  
Etablert: Januar 2004  
Sum tildelte midler 2006: 800 000

### Beskrivelse:

Organisert i kommunens ledelse ved at pleie- og omsorgssjef, helsesjef og sosialsjef sitter i styringsgruppen. Arbeidsgruppe bestående av seksjonsledere innenfor: sosial, psykiatri, hjemmesykepleie og boligsjef. Ansatt hel sykepleierstilling og halv stilling prosjektleder.

Jevnlig kontakt med 45 personer (36 av dem menn), 12 av dem er inne i LAR også. Aldersspennet er 20-60 år. 50 % er mellom 35 og 45 år. Mellom 55-60% av gruppen har en psykiatrisk diagnose. 4 har fast hjemmesykepleie, 4 har blitt bosatt i løpet av 2005. 2 dødsfall i gruppen i 2005. Klassisk tiltaksfokus: Sprøyteutdeling, sårbehandling, vaksinerings, oppfølging av kontakt med fastlege, deltakelse i ansvarsgrupper og utarbeidelse av individuelle planer, samarbeid omkring etablering av bolig, tiltaksplasser og sysselsetting.

## Odda

Odda kommune  
HEFO  
Opheimsgata 31, 5750 ODDA

Kontakt: Nina Sandstå (tjenesteleder HEFO)  
Tlf: 53654343/ 53654000  
E-post: nina.sandstaa@odda.kommune.no

Tiltakets navn: Feltsykepleie/ Prosjekt "Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere"  
Etablert: 2004  
Sum tildelte midler 2006: 400 000

### Beskrivelse:

Organisert under helsetjenesten i Odda kommune. Nært samarbeid mellom lavterskel bo- og omsorgstilbud og lavterskel helsetilbud. Sykepleier i 100 % er til stede på feltpleiekontor mandag til fredag i 2004, pga mindre midler i 2005; 3 dager per uke. Kontoret ligger i samme bygg som helsestasjon og legesenter.

Sykepleier har tatt videreutdanning i rusproblematikk ved Høgskolen i Bergen. På grunn av studier, ferieavvikling og lavere tilskudd har tilbudet vært mindre tilgjengelig, noe som har gitt nedgang i antall besøkende. Ca. 40 rusmisbrukere i alderen 18-63 år i kommunen i 2004. Nytt de siste årene er jenter som injiserer. I 2005 er vaksinasjonsprogram etablert for 6 personer. Utdeling av sprøyter. Noen brukere har gått over i LAR.



## Os

Os kommune  
Psykiatriske- og sosiale tjenester  
Pb 84  
5202 OS

Kontakt: Eva-Mari Solberg  
Tlf: 56575000  
E-post: eva-mari.solberg@os-ho.kommune.no  
tom.leonsen@os-ho.kommune.no

Tiltakets navn: "Baksio"  
Etablert: Januar 2002  
Sum tildelte midler 2006: 750 000

### Beskrivelse:

Organisert under psykiatriske- og sosiale tjenester. Skal overføres til kommunens enhet for psykisk helsearbeid. I 2002 ble det registrert 50 faste brukere, ved utgangen av 2005 106 brukere. Personell: 100 % miljøterapeut (fagbakgrunn som vernepleier), 50 % miljøterapeut (fagbakgrunn som barnevernspedagog), 50 % miljøterapeut (fagbakgrunn som hjelpepleier/yrkesfaglærer).

Fokus er råd/veiledning, lettere sårstell, tilbud om transport til og fra avtaler, mye individuell oppfølging, smittevern, kosthold/matservering, tannbørste/tannkremutdeling. Kjøper tannlegetime én time i uka – 1-2 personer får behandling hver uke. Baksio fungerer også som venterom for rusavhengige som skal til tannlegen. Godt samarbeid med fastlegene. Etablert tilbud om tannlege allerede i 2003, i 2005 er 22 tannbehandlet. Samarbeid med psykiatritjenesten. Bo-bistand og oppfølging.

Målet for 2005 var å nå de yngre rusmiddelmissbrukere – over halvparten av de nye besøkende var under 25 år. Gjennomsnittsalder på besøkende i 2005 var 27 år. Har vært i kontakt med yngre misbrukere som har kortere rusmisbruk bak seg. Åpent 3 dager i uka.

Utdeling av sprøyter i 2005 mellom 9-10 000.

## Oslo

Oslo kommune  
Byrådsavdelingen for velferd og sosiale tjenester  
Rusmiddeletaten i Oslo (samløsøknad)  
Pb 7104 St Olavs plass  
0130 OSLO

Kontakt: Annbjørg Lia  
Tlf: 02180  
E-post: annbjørg.lia@rme.oslo.kommune.no

Tiltakets navn: Feltpleie  
Etablert: 1999  
Sum tildelte midler 2006: 15 250 000

### Beskrivelse:

Organisert under Rusmiddeletaten. Oslo hadde mange tiltak fra før, og midlene integreres i disse. Feltpleien ble opprettet i februar 1999. Vi har noe informasjon fra 2001 og 2002, mest fra 2003 da feltpleien blir utvidet med 2 nye og én utvidet stasjon.

"Rusmiddeletaten organiserer sine tiltak for de mest utslåtte rusavhengige gjennom Seksjon skadereduksjon. Seksjonen samarbeider med de andre seksjonene i Rusmiddeletaten der våre oppgaver overlapper hverandre. Kvinneseksjonen KROKUS gir tilbud om akuttovernatting for kvinner, og det er derfor naturlig at det er opprettet tilbud om utdeling av rent injeksjonsutstyr der. Seksjonen har tre institusjoner som gir tilbud om gratis overnatting med inntak hele døgnet. For lengre opphold må det lages avtale med bydelen. Disse institusjonene har alle tilbud om feltpleie, utdeling av injeksjonsutstyr og daglig matservering (...). Felttiltakene har faglig ansvar for helse- og smitteverntjenestene som er organisert med stasjoner rundt i byen, også hos private organisasjoner som Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon. "

Videre: "Per des. 2004 har Frelsesarmeen seks tiltak innen rusomsorgen i Oslo; Heimen bo- og treningssenter (Heimen), Den Åpne Dør, Fyrliset (Kontaktsenteret), Fagerborg bo- og omsorgssenter (Fagerborg) og Feltpleien (i Urtegata). Tiltakene får alle driftstilskudd fra Oslo kommune, Rusmiddeletaten.

*2003:* Tilbudet ble utvidet i 2003 med to nye og en utvidet feltpleiestasjon. Oslo kommune driver nå 8 feltpleiestasjoner. Utvidet åpningstid på kveldstid, og vektlegging av oppsøkende virksomhet til de som ikke kan eller vil nyttiggjøre seg andre tilbud. Tiltak: Smitteforebyggende, gynekologisk undersøkelse for prostituerte, ernæringsprosjekt, psykisk helse, tannhelse og veilednings- og kompetanseutvikling. Tiltaket er organisert under Rusmiddeletaten, seksjon Skadereduksjon. De har tre institusjoner som gir tilbud om gratis overnatting med inntak hele døgnet. Institusjonene hadde i 2003 1100 innleggelser.

Antall pasientjournaler var per februar 2004 til sammen ca. 4500. Tiltakene er godt kjent og har stor tillit både hos brukerne og i hjelpeapparatet. Fortsatt meldes det om alarmerende dårlig helsetilstand blant mange pasienter. To bekymringsområder er tannhelse og rus/psykiatri.

*2004:* Antall konsultasjoner totalt i Feltpleien var har økt fra 4825 i 1999 til 18 973 per år i 2004. Utdelt ca 2.1 millioner pakker med injeksjonsutstyr. Mange med Hepatitt C; Oslo kommune vil redusere smittefaren ytterligere med å dele ut brukerutstyr, kokekar, vannbeholder, natriumskloridoppløsning (fysiologisk saltvann) askorbinsyre og bomull. Effekten påvises i at langt færre har abscesser fordi selvpleieopplæring har virket forebyggende. Sprøyteutdeling til tilreisende fra andre kommuner. Tannprosjektet er ikke kommet i gang grunnet store kostnader og usikkerhet om hvordan det skal organiseres, erfaringsturer til Bergen og Berlin. Mat og væresteder er ernæringsstiltak som drives som døgntilgjengelig kortidsplasser. Aktivitetstiltaket har et bredt spekter av tilbud som gir klientene muligheter for arbeidstrening.

*2005:* Tannprosjekt i gang fra januar 2006. Målgruppe er brukere av LAV-tiltakene, samt kvinnetiltakene. Akutt behandling med hjelp til å henvise videre ved behov for ytterligere behandling. Tannhelsetjenesten Oslo KF stiller med lokaler i Kolstadgata. Åpent 2 dager i uka fra 10-15. Vil justere underveis i prosjektet. En miljøarbeider fra rusmiddeletaten er tilgjengelig på venterommet. Ansatte i LAV får opplæring av tannleger til å drive info og forebyggende arbeid med brukerne.

## Porsgrunn

Porsgrunn kommune  
Helsesøstertjenesten  
Pb 128  
3901 PORSGRUNN

Kontakt: Hanne Karlberg  
Tlf: 35547000  
E-post: hanne.karlberg@porsgrunn.kommune.no

Tiltakets navn: Feltpleien  
Etablert: September 2004  
Sum tildelte midler 2006: 475 000

### Beskrivelse:

Først organisert under sosialtjenesten og oppdelt i team for å sikre tverrfaglige tjenester til rusmiddelmissbrukere, i 2005 samlet med andre tiltak for rusmiddelmissbrukere under samme virksomhetsleder, organisert i psykisk helsetjeneste og rusomsorg.

*2004:* Ansatt 2 helsesøstre og har en lege i 20 % som har åpent 3 dager i uken. Anslår 150 rusklinter i kommunen, men tiltaket hadde kun 40 brukere så langt. Har en bred tiltakstilnærming og yter mange tjenester innenfor lettere helse- og sosialtjenester til pleie og omsorg. Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommunen.

*2005/2006:* Skal flytte inn i nye lokaler sammen med dag- og døgntilbud for rusmiddelmissbrukere i løpet av 2006, Freisvei (natthjem). Andre etasje i huset er nå et dagaktivitetssenter for rusmiddelmissbrukere. Har økt aktiviteten og besøket på huset, samt 1 ansatt til. 150 personer besøkte tiltaket i 2005 (110 nye). Ellers brede helsetjenester (legekonsultasjoner, sårbehandling, hjemmebesøk, vaksiner osv.) Ansatte mottar veiledning av psykiatrisk sykepleier 1 gang i måneden. Har en 100 % stilling sykepleier samt 20 % legestilling.

## Sandefjord

Sandefjord kommune  
Helseseksjonen  
Pb 2025  
3247 SANDEFJORD

Kontakt: Thor Sunde  
Tlf: 99268801  
E-post: thor.sunde@sandefjord.kommune.no

Tiltakets navn: Sosialmedisinsk senter  
Etablert: 2004  
Sum tildelte midler 2006: 850 000

### Beskrivelse:

Organisert under Helseseksjonen; Sosialtjenesten, rusteam og Psykiatritjenesten er samorganisert i samme lokaler som LAV-tilbudet – kalt Sosialmedisinsk senter. 20-60 brukere innom hver dag siden oppstart, åpent mandag til fredag fra 10.00-14.00.

Ansatt feltsykepleier, lege, psykolog for prosjektmidlene samt en psyk. sykepleier som i samarbeid tilbyr helsesjekk, sårstell, smittevernstiltak, veiledning kosthold og hygienetiltak, mm. Gratis måltid, dusj, vask av klær, utdeling av brukte klær. Har faste møtepunkter med sosialtjenesten om bl.a. bolig og relasjonsbygging. Stor grad av frivillighet i diverse miljøtiltak. Aktivitetstilbud består bl.a. av datagruppe, trimgruppe, lagegruppe, tredreiing, vedlikehold og musikk.

2005: Stabil bruk av tilbudet. Koblet brukerne mer opp mot fastlege, og har derfor valgt å bytte ut 20 % legestilling med økt sykepleierkapasitet; mer behov for det. Ønsker også en 20 % tannpleierstilling.

## Sandnes

Sandnes kommune  
Funkishuset  
Eidsvollgt 45  
4307 SANDNES

Kontakt: Åse Odland  
Tlf: 51681350  
E-post: [post@funkishuset.no](mailto:post@funkishuset.no)

Tiltakets navn: Funkishuset  
Etablert: 2003  
Sum tildelte midler 2006: 1 750 000

### Beskrivelse:

Huset er etablert som en stiftelse i samarbeid med Rogaland fylkeskommune, Støtteforeningen for stoffmisbrukeres pårørende, Blåkors Norge og Helse Stavanger. Interkommunalt samarbeid mellom kommunene Sandnes, Klepp, Time, Gjesdal, Hå, Sola (til sammen ca 125 000 innbyggere). Funkishuset fikk en vanskelig start da naboprotester førte til at de måtte flytte til nye lokaler, og åpningen ble utsatt.

Huset skal være kontakt- og dagsenter, en møteplass med tjenester som skal bedre livssituasjonen for rusmiddelmissbrukerne. Tilbudet skal være lett tilgjengelig og ha en lav terskel. Det er estimert ca 300 forskjellige rusmiddelmissbrukere i målgruppen. De vil også rekrutteres frivillige til å arbeide i Huset.

Bemanningen er sykepleier, vernepleier og sosionom.

I 2004 var det åpent 3 dager i uken. Det var registrert 218 personer i alderen 18-57 år. Antall besøk er 2539 per første 8 mnd. Ambulant team 1 d/mnd, eller på forespørsel, ellers individuell oppfølging etter besøk på huset. Ernæringsfokus og gratis måltider. Det tilbys førstehjelpskurs og følge til fastlege, massasje og akupunktur og sosiale tjenester

Det arbeides med å få en lege knyttet til tiltaket. Meldes om 0 overdoser etter at huset åpnet og tallene på utrykninger er ned fra 8 til 5.

I 2005 har de 3,5 stillinger. Har tilgang på lege 2 t/14. dag. 112 nye personer registrert i tiltaket. 35 personer innom per åpningsdag. Ansettelse av "husmor" i 50 %. Sosiale aktiviteter, råd, veiledning og formidling til andre tjenester i hjelpeapparatet. Samarbeid med ambulansetjenesten om overdoser. En del LAR-brukere som fortsatt oppsøker huset. Håper disse finner sin plass i det nye Oppfølgingssenteret som åpner til våren.

## Sarpsborg

Sarpsborg kommune  
Pb 237  
1702  
SARPSBORG

Kontakt: Øivind W. Johansen  
Tlf: 69116278  
E-post: oivind-werner.johansen@sarpsborg.com

Tiltakets navn: Varmestua  
Etablert: 2001/2002 (vi har info fra 2002)  
Sum tildelte midler 2006: 400 000

### Beskrivelse:

Lavterskel helsetiltak ble etablert i 2001, da i samarbeid med Kristent fellesråd på frivillig dugnadsinnsats. "Varmestua" drives av Kristent fellesråd, og bemannes av frivillige. Det er vel 100 brukere. Det er en stor forekomst av psykiske plager og symptomer i gruppen.

Tilknyttet lege, helsesøster og sosionom som oppsøker misbrukerne på "Varmestua". Målsettingen er den samme som ved andre lavterskeltiltak, hvor det legges vekt på tverrfaglig samarbeid og å videreformidle rusmiddelmissbrukerne i tiltakskjeden.

Vaksiner og behandling for akutte medisinske tilstander, hjelp med kontakt til fastlege.

I 2004 har de styrket tilbudet med en miljøarbeider 60 % og en sosionom. Yter motivasjonshjelp og helhetlig tilbud med helse- og sosialfaglige tjenester, men prioriterer kartlegging av alvorlige sykdommer, vaksine, behandle akutte skader eller videreformidle til behandling, opprette kontakt med fastlege, sosialfaglig bistand og bistand for LAR søknad. Regelmessig kontakt med 50 brukere. Sosionomen kvalitetssikrer hjelpen med sosialkontoret.

2005: Team bestående av lege, helsesøster og sosionom samt miljøarbeider 60 % frem til juli.

2006: Leier et hus til "Varmestua". Ca 100 brukere.

## Skien

Skien kommune  
Helsetjenesten  
Pb 27, Sentrum  
3701 SKIEN

Kontakt: Magni Bough-Jensen  
Tlf: 35581524/ 90642828  
E-post: magni-bough.jensen@skien.kommune.no

Tiltakets navn: Internasjonalt/Sosialmedisinsk senter  
Etablert: 1999, vi har dokumentasjon fra 2001  
Sum tildelte midler 2006: 950 000

### Beskrivelse:

Organisert under Helsetjenesten som internasjonalt/Sosialmedisinsk senter. To psykiatriske sykepleiere i 2x50 % stilling, helsesekretær i 100 %, lege i 40 %. Samarbeid med Kriminalomsorgen, Fengselstjenesten, PUT, Metadonteamet i Telemark, Skien Diakonale Senter, hjemmetjenester, Borgestadklinikken (kompetansesenter innen rusomsorg) fastlegene, Sauherad Samtun (hierarkisk-terapeutisk samfunn). Klassiske lavterskeltiltak i fokus; samtaler, sårstell, utstyrsutdeling, videreformidling til øvrig hjelpeapparat, hjemmebesøk, smittevern. Opprettet tverrfaglige ansvarsgrupper rundt de "tyngste" klientene. 11 overdoser i 1998, 10 i 2003, 8 i 2004, 5 i 2005.

De fleste av brukerne er mellom 20 og 40 år. Helsemessig sliter denne gruppen med mange lidelser av både fysisk og psykisk art. Antallet per 31.12.03 var 48 stykker. 2004: 5 års erfaring og godt innarbeidet tiltak. 123 registrerte brukere, og 63 til urinprøvekontroll.

Overdoser gått gradvis ned mot 2005, men en liten økning i fylket som helhet d.å. I flere av overdosetilfellene har pasientene metadon i blodet. Helsepersonell vil måtte overta en del av ansvaret for utdeling av Metadon/Subutex fremover. 144 faste brukere i 2005.

## Stavanger

Stavanger kommune  
Rehabiliteringsseksjonen  
Kongsgaten 47-49  
4005 STAVANGER

Kontakt: Wiggo Wiborg  
Tlf: 51508730  
E-post: wwiborg@stavanger.kommune.no

Tiltakets navn: Helsestasjon for rusmisbrukere  
Etablert: 2000, vi har info fra 2001  
Sum tildelte midler 2006: 1 200 000

### Beskrivelse:

Tiltaket er organisert under rehabiliteringsseksjonen i Stavanger. Helsestasjon for rusmisbrukere har gitt helsetjenester til rusmiddelmissbrukere og personer i LAR fra 2000. Det første året og fram til november 2001 hadde tiltaket lokaler ved Lagård dag- og nattlosji. Fra november 2001 og fram til juni 2006 hadde tiltaket egne lokaler i Kongensgt. 46 i Stavanger sentrum. På forsommeren 2006, flyttet helsestasjonen til nye lokaler i Kongensgt. 47-49. I forbindelse med flytting, ble det foretatt forbedringer og endringer ved å skille tjenestene i avdeling for rusmiddelmissbrukere, helsestasjonen og avdeling LAR for personer i LAR. Begge avdelingene er fortsatt organisert under rehabiliteringsseksjonen og bemannes med samme personell.

Ved etablering bemannet med en sykepleier og psykiatrisk sykepleier i 50 % hver. Fra 2001, 2 hele sykepleiere hvorav den ene også er sosionom. I 2003 bemannet med to sykepleiere, omsorgsarbeider i 50 % stilling, psykiatrisk sykepleier i 85 % stilling og vernepleier i 70 % stilling. Lege 3 timer per uke, og helsepersonell på timebasis i helger og høytider er også knyttet til prosjektet.

Det bor personer med store helseplager ved hospitsene, de søker i liten grad hjelp i tide. Det siste året har helsestasjonen kontaktet hospits for å etablere rutiner for å nå fram til denne gruppen. "Albertine" er et tilbud til kvinner i prostitusjon som drives av Kirkens Bymisjon. De samarbeider mye i forbindelse med oppfølging av LAR, sosialtjenesten, observasjonsposten ved sykehuset og AMK-sentralen.

2004: 195 brukere hvorav 65 personer med gjentatte henvendelser om behov for hepatittvaksine, hud og sårproblemer, fotstell, samtaler og råd. Tilskuddet lønner 4 årsverk. Tilleggsavtale med lege 3 timer i uka. Førstehjelpskurs ved overdose. Noe samarbeid om tilleggstjenester med Kirkens Bymisjon.

2005: 2,5 stillinger og tilsynslege på deltid samt 4 årsverk med midler fra SHdir. 78 brukere i 2005. Helsestell, rådgivning, samtaler, graviditetstester, sårbehandling og hepatittvaksinering. Ser økning i Hepatitt og Hiv-smitte. Sprer info til andre kommunale hjelpetiltak om denne utviklingen. Nedgang i overdosedødsfall. Flytter nå inn i nye lokaler. Ønsker å utvide åpningstid samt dele ut gratis sprøyter.

De første årene var preget av sterk innsøking til LAR. Det var nødvendig å prioritere bemanning til oppgaver overfor den gruppen. I hele perioden har deler av bemanningen ivaretatt ansvar og oppgaver overfor begge brukergruppene. Det siste gjelder fortsatt ved ny organisering. Sykepleiere og vernepleier bemanner i tillegg helsestasjonen.



## Steinkjer

Steinkjer kommune  
Feltarbeiderteamet  
7729 STEINKJER

Kontakt:	Annbjørg Olsen
tlf:	74169068
Tiltakets navn:	Feltarbeiderteamet
Etablert:	2006
Sum tildelte midler 2006:	350 000

### Beskrivelse:

Ny i 2006, ingen rapportering foreligger. Lavterskeltiltaket i Steinkjer tas ikke med i evalueringen, da det fikk midler første gang i 2006.

## Stord

Stord kommune  
Pb 304  
5402 STORD

Kontakt: Else Berit Helle  
Tlf: 53496661  
E-post: else.berit.helle@stord.kommune.no

Tiltakets navn: Lågterskel helse- og sosialtilbud for rusmiddelmissbrukarar  
Etablert: 2003/2004  
Sum tildelte midler 2006: 400 000

### Beskrivelse:

Tiltaket er organisert som eget prosjekt med styringsgruppe i kommunen – nært knyttet til sosiale tjenester. Organisert sammen med frivillig organisasjon kalt "Barmhjertighetsbussen" som driver varmestue for tunge rusmiddelmissbrukere. De fikk tildelt midler i 2003 som ble overført til 2004 grunnet forsinket oppstart av prosjektet. Tiltaket er i utgangspunktet ment å være for innbyggerne i Stord kommune, men intensjonen er et interkommunalt samarbeid med nabokommunene Fitjar, Bømlo og Sveio.

2003/2004: Kommunen har 150 rusmiddelmissbrukere som får bistand fra sosiale tjenester, hvorav 40-50 er injeksjonsmissbrukere og i tillegg 19 av disse er bostedsløse. Det er tilsatt en vernepleier og en sykepleier. 20 % stilling for lege er også knyttet til lavterskeltiltaket. Inneholder en del tiltak for oppfølging av LAR-klienter også, men i hovedsak er det lavterskel helsetiltak.

2005: Startet i nye lokaler i 2005. Mål i 2006 om å komme i gang med sprøyteutdeling og innsamling av brukt utstyr.

## Tromsø

Tromsø kommune  
Sosialmedisinsk senter  
Helsetjenesten  
Søndre Tollbodgt 7  
9008 TROMSØ

Kontakt: Kirsti Berg  
E-post: kristi.berg@tromso.kommune.no

Tiltakets navn: Sosialmedisinsk senter, Helsetjenesten  
Etablert: 1997<sup>1</sup>  
Sum tildelte midler 2006: 880 000

### Beskrivelse:

Helsetjenesten/tiltaket er organisert som del av sosialmedisinsk senter (SMS), i Allmennlegetjenesten i Tromsø kommune – som også består av fastlegene og fengselshelsetjenesten. Består av ulike former for allmennmedisinske tjenester, oppsøkende virksomhet, kosthold/ernæring og tannhelse. Har også urinprøvekontroller og koordinering av helseoppfølging av LAR-klienter.

Til sammen 4 sykepleiere, 2 leger hvorav én samfunnsmedisiner og 3 sentermedarbeidere deltar i arbeidet, men med bare en del av stillingene er knyttet til tiltaket. Ved SMS er det også sosialtjeneste, fysioterapitjeneste og poliklinikk. Bruker allmennlegekonsultasjon som modell for senterets virksomhet.

Det er anslått ca. 300 tunge rusmiddelmissbrukere i Tromsø, per 2007 er det registrert 290 personer som har fått vaksiner. Tilbudet omfatter tilgjengelig allmennlegetjeneste på dagtid, også en del oppsøkende virksomhet. Helsetjenestene diagnostiserer og behandler sykdommer som hepatitt, sår og abscesser i tillegg til oppfølging av andre akutte og mer kroniske helseproblemer. Oppfølging om trygdemedisinske problemstillinger, kontakt med andre i helse- og sosialapparatet, henvisninger og deltakelse i ansvarsgrupper. Arbeidet består også av utdeling av en del bandasjemateriell, medikamenter, medisinsk forbruksmateriell og smittevernarbeid med utdeling av brukerstyr og retur av brukte sprøyter.

De har ved sin oppsøkende virksomhet tilbud om vaksiner og blodprøvetaking og forebygging av overdoser og førstehjelp. Det rapporteres om et stort behov for å videreføre denne typen tjeneste som et supplement til den ordinære helsetjenesten.

I 2004 har Universitetssykehuset Nord Norge åpnet ruspoliklinikk i samme lokaler. Ruspoliklinikken har vært en del av SMS siden oppstart i 1997. De var da organisert i fylkeskommunen. Etter rusreformen ble ruspoliklinikken en del av Rusklinikken ved UNN. Totalt i 2004; 5346 konsultasjoner og utdelt 154 548 sprøyter ved Helsetjenesten. Dette er totalt antall konsultasjoner ved Helsetjenesten og vil derfor også være konsultasjoner som ikke kun kan knyttes til lavterskeltiltaket for rusmisbrukere. Helsetjenesten fungerer som "mottak" også for de andre tjenestene på huset, og kanalisere brukere videre. De som henter sprøyter osv. blir ikke registrert i en konsultasjon dersom de ikke samtidig er inne hos lege/sykepleier.

2005: Åpent hver dag i ukedagene. Oppfølging av 6 brukere på tannhelsemidler i samarbeid med sosialkontoret. Utdeling av tannhygienemidler og samtaler rundt dette temaet.

Behov for noe kompetanseutvikling i personalgruppen. Søker derfor om midler til dette i 2006.

---

<sup>1</sup> Tromsø kommunale helsekontor – AIDS-prosjektet ble etablert i 1987.

## Trondheim

Trondheim kommune  
7004 TRONDHEIM

Kontakt: Boel Helgesen  
Tlf: 72546502  
E-post: boel.helgesen@trondheim.kommune.no

Tiltakets navn: Helseteam og helsestasjon for rusmisbrukere + "Utsikten" i Spongdal  
Etablert: Overdoseteam 2001, Helsestasjon 2003  
Sum tildelte midler 2006: 3 700 000 (størst etter Oslo)

### Beskrivelse:

Organisert under Helse- og velferdstjenesten. Kommunen har etablert et overdoseteam, oppgaven lagt til helseteamet. Ambulansen gir melding til helseteamet som rykker ut ved overdoser, og de gir tilbud om oppfølging. Tilknyttet lege, sykepleier og hjelpepleier. Totalt antall rusmiddelmissbrukere antas å være mellom 500 og 600. Med dagens bemanning klarer teamet kun å drive oppsøkende virksomhet i bykjernen. Søknaden inneholder en stor andel driftsutgifter, og søknadssum er flerdoblet fra 2002, med henholdsvis 2 527 000 for helseteamet og kriseplasser 1 800 00 + 200 000 til informasjonsstrategi.

Det er etablert helseteam og helsestasjon for rusmiddelmissbrukere i Kjøpmannsgata, og et eget krise/omsorgstilbud på "Utsikten" som sikrer brukeren umiddelbar tilsyn og omsorg under sosialt og medisinsk betryggende forhold når de er ruset og slitne. Det er ansatt sykepleier, og lege skaffes ved behov.

I Trondheim kommune kjenner helseteamet ca. 400 brukere. Anslaget over antall sprøytenarkomane er ca 1000. Helse- og overdoseteamet har som mål å drive skadereduserende og helsefremmende arbeid blant tunge rusmiddelmissbrukere, redusere antall overdoser og ikke ha overdosedødsfall. De deler ut brukerstyr og de går ut på gata i miljøet. De har i 2003 4 stillinger i full tid og driver oppsøkende virksomhet. De har et godt samarbeid med vaksinasjonskontoret samt smittevernoverlege. Det er en markant nedgang i overdoser; fra 8 dødsfall i 2001 til 2 dødsfall i 2002 og 2003.

2004: Videreført tiltaket og Utsikten hadde 1043 klientdøgn, og skal utvides med 3 plasser. Antall behandlede overdoser ned til 21 derav 2 dødsfall. Delte ut 135 770 sprøyter samt solgte via automater 7000 stk, som er over 25 % økning fra 03. Tilbakeleveringsprosent er 81. Fått kontakt med yngre brukere, og har fortsatt høye mål med forebygging og smittevern.

2005: 4 862 henvendelser på helsestasjonen i 2005. Ca 1000 injiserende rusmiddelmissbrukere i kommunen. 958 klientdøgn på Utsikten.

## Tønsberg

Tønsberg kommune  
Tollbodgata 22  
3104 TØNSBERG

Kontakt: Sissel Kristoffersen  
Tlf: 33292401  
E-post: [sissel.kristoffersen@tonsberg.kommune.no](mailto:sissel.kristoffersen@tonsberg.kommune.no)  
Prosjektansvarlig: Stian Aas, tlf 33016696, E-post: [stian.aas@tonsberg.kommune.no](mailto:stian.aas@tonsberg.kommune.no)

Tiltakets navn: Feltpleien  
Etablert: Oktober 2002  
Sum tildelte midler 2006: 900 000

### Beskrivelse:

Tiltaket er organisert i virksomhet Helsevern. Kommuneoverlegen er medisinsk ansvarlig for prosjektet. Det er etablert styringsgruppe og referansegruppe. Fokus på helsehjelp i form av sårstell, enkel behandling, råd og veiledning. Dokumentasjon og kartlegging av helsetilstand, registrering av overdoser. Typisk lavterskel helsetiltak, under ledende helsesøster, for tungt belastede stoffmisbrukere

Feltpleien blir brukt aktivt av anslagsvis 200 personer til enhver tid. Det totale antall personer som er rusmiddelmisbrukere er ca. 400. 40 % av brukerne er fra omkringliggende kommuner. Det er også et utstrakt samarbeid med kommunale og frivillige instanser. Det som ikke fungerer optimalt er kontakten med fastlegene. Økningen i andel yngre kvinner gir seg utslag i at Feltpleien blir involvert i problemer knyttet til prostitusjon, seksuell mishandling, graviditet m.m.

Registrert 76 nye brukere i 04. Registrerer ikke personalia på de som henter brukerutsyr, men andre som får helsehjelp (ca. 150). AMK sentralen i regionen hadde 84 utrykninger på opiatverdose samt 116 utrykninger som ikke var livstruende. Økt ressursene med en 40 % prosjektmedarbeider. Har gjennomført brukerundersøkelser og har fått bekreftet at helsetilstanden er bedre.

2005: Flyttet til nye lokaler. 5450 besøk i 2005. over 100 helt nye brukere. Samme tilbud som før. Økning i utdeling. 138.510 sprøyter utdelt. 19 personer fått akutt tannbehandling. I samarbeid med Fylkestannlegen har Feltpleien avtaler med en gruppe tannleger i Tønsberg. Satse i 2006 på dette samt på psykisk-helse, kvinnehelse. Utvidet formalisert samarbeid med Nøtterøy kommune. Ytterligere 50 % helsesøster ansatt.

## Ullensaker

Ullensaker kommune  
Bistand, bolig og kvalifisering  
Pb A  
2051 JESSEHEIM

Kontakt: Kari Bansal  
Tlf: 66108353  
E-post: kari.bansal@ullensaker.kommune.no

Tiltakets navn: "Sjuer'n"  
Etablert: 2004/2005  
Sum tildelte midler 2006: 605 000

### Beskrivelse:

Prosjekt underlagt sosialtjenesten, organisert som samarbeidsprosjekt mellom Helse og forebygging og bistand, bolig og kvalifisering. Fikk midler i 2004, ansatte i 150 % stilling fra oktober 2004; psykiatrisk sykepleier, sykepleier, vernepleier alle i 50 % stillinger. Oppstart i januar 2005 pga vanskelig rekrutteringsprosess. Tannbehandlingsmidler overført til 2006.

Har åpent 3 dager i uken. Yter tjenester som samtaler, råd og veiledning og motiveringshjelp, mat, sosialt samvær, hygienebistand, sårskift og vaksiner. Ullensaker kommune opplyser om 110 registrerte personer med rusrelaterte problemer per mai 2003. Lavterskeltiltaket mottar ca 10 brukere per dag.

"Sjuer`n" har ca 65 brukere i 2005. 120 klienter registrert som rusmiddelmissbrukere. Oppholdssted, omsorg og enkelt helsetilbud. Tunge brukere med omfattende problematikk.

## Vedlegg 2





## Evaluering av statlig tilskudd til Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere

### Kartlegging av tiltakenes organisering

1. Kommunens navn .....

2. Navn på tiltaket .....

3. Kontaktperson navn: .....

telefon: ..... e-post: .....

#### Lokalisering og tilgjengelighet

4. Er tiltaket lokalisert i samme bygg som andre samarbeidende instanser/tjenester?

Ja  Nei

Hvilke instanser? .....

5. Hvor mange timer i uken har tiltaket vært åpent for publikum/ brukere f.o.m. oppstartsår til 2006, og hvor mange virkedager har tiltaket hatt de ulike år?

Antall timer i uka 2006:

Antall virkedager 2006:

Antall timer i uka 2005:

Antall virkedager 2005:

Antall timer i uka 2004:

Antall virkedager 2004:

Antall timer i uka 2003:

Antall virkedager 2003:

Antall timer i uka 2002:

Antall virkedager 2002:

Antall timer i uka 2001:

Antall virkedager 2001:

6. Drives det oppsøkende virksomhet i forhold til brukerne?

Ja  Nei

Hvis ja, oppgi anslagsvis antall timer per uke

#### Organisering og samarbeid

7. Er tiltaket integrert i de ordinære helse- og sosialtjenestene i kommunen, eller er det organisert som en egen enhet? Vennligst beskriv tiltakets organisatoriske plassering i kommunen (et par linjer).

.....  
.....  
.....

8. Er lavterskeltiltaket integrert i Legemiddelasistert rehabilitering (LAR)?

Ja  Nei

9. Er tiltaket organisert som et "værested" for målgruppen?

Ja  Nei

**10. Dersom lavterskeltiltaket samarbeider med andre tjenester/tilbud, hvor viktige er disse i tiltakets arbeid?**

	<i>Svært viktig</i>	<i>Litt viktig</i>	<i>Mindre viktig</i>	<i>Uaktuell</i>
Sosialtjenesten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannhelsetjeneste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunalt rusteam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunal psykiatritjeneste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriminalomsorgen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAR-tiltak .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fengselstjenesten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUT .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesialisthelsetjeneste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frivillig organisasjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Hva tilbys i deres lavterskeltiltak, hva er ikke en del av tilbudet, og er det tema man mener burde vært en del av tilbudet?**

	<i>Svært sentralt</i>	<i>Litt sentralt</i>	<i>Er ikke en del av tilbudet</i>	<i>Burde vært en del av tilbudet</i>
Sosialtjenesten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Værested .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialt samvær .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivasjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overdoseberedskap .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsesjekk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sårstell .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Råd om ernæring/kosthold.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matservering .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smittevern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaksinering .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannhelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk helse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nettverksbygging .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videreformidling til andre tjenester .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Førstehjelp .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjon/råd helse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjon om rettigheter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivisering .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging av boligsituasjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Er det knyttet frivillig personell til tiltaket? (utenom evt. tannlege)**
 Ja       Nei

Hvis ja, oppgi anslagsvis gjennomsnittlig antall timer per uke:

**13. Har tiltaket hatt oppfølging fra Fylkesmannen, Kompetansesentrene for rusfeltet og/eller andre tjenester/ fagmiljøer som har bidratt til kvalitets- og kompetanseutvikling?**

Ja       Nei

Hvis ja, hvilke? .....

.....

**14. Hvilke registrerings- og kontrollrutiner har dere i tiltaket? (beskriv)**

.....

.....

.....

.....

### **Kommunens organisering av arbeidet med rus**

**15. Hva kjennetegner kommunens organisering av det ordinære rusarbeidet?**

Noter om kommunen har eller ikke har følgende tjenester:

	Ja	Nei
Rusteam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusmiddelkonsulent .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøarbeider .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppsøkende tjeneste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boligtilbud til rusmisbrukere .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Fins det andre tiltak i kommunen som retter seg mot samme målgruppe?**

Ja       Nei

Hvis ja, hvilke? .....

**17. Kan du kort beskrive hvor langt kommunen er kommet i forhold til etablering av NAV i betydningen samlokalisering av tjenester?**

.....

.....

.....

### **Tannbehandling i tiltaket**

**18. Har tannhelsetjeneste blitt implementert i tiltaket?**

Ja       Nei

a) Dersom ja, hva er tiltakets definisjon av "nødvendig" tannbehandling?

.....

.....

b) Benyttes eventuelt	Ja	Nei
Frivillige tannleger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offentlige tannhelsetjeneste .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privat tannhelsetjeneste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Hva er antallet som har mottatt tannhelsetjenester i tiltaket siden etableringen i 2005?

**Tiltakets framtid**

**19. Foreligger det en plan for hvordan kommunen skal følge opp tiltaket når statlige midler ikke lenger er tilgjengelig?**

Ja  Nei

Hvis ja, beskriv kort slik plan: .....

.....

Hvis nei, er tiltaket i dialog med kommunen angående videreføring av drift når statlige midler avvikles?

Ja  Nei

**20. Har du/dere kommentarer til videreføring av tiltaket?**

.....

.....

**Diverse tall for perioden 2001-2006**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Antall faste brukere av tiltaket .....						
Antall henvendelser <sup>1</sup> til tiltaket .....						
Totalt antall rusmisbrukere i kommunen .....						
(potensielle brukere av tiltaket)						
Antall sprøyter utdelt .....						
Beløp brukt på medisinsk utstyr .....						
Kommunens egen finansiering av tiltaket ....						
Antall behandlede overdoser.....						
Antall overdosedødsfall i kommunen .....						

<sup>1</sup> Dersom dere ikke har registrert totalt antall henvendelser, oppgi evt. antall basert på gjennomsnittlig antall henvendelser per dag, og gange dette med antall virkedager i året.

**Personell i tiltaket 2001-2006**

Evalueringen trenger oversikt over personell tilknyttet lavterskeltiltaket. Oppgi enten stillingsprosent eller timer per uke gjennom året, eventuelt omfang av timer i avtaler om kjøp av personell enten fra offentlige eller private tjenester.

**2001**
**Personellgrupper**

	Timer	Stillingsprosent	Avtale om kjøp (timer per uke eller stillingsprosent <sup>2</sup> )
Administrasjon inkl prosjektleder <sup>1</sup> .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sosionom/vernepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fysioterapeut.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psykolog.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjelpepleier .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miljøarbeider.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Massør.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Akupunktør .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tannlege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personell fra andre tiltak (LAR o.a.) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre (hvilke?) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2002**
**Personellgrupper**

	Timer	Stillingsprosent	Avtale om kjøp (timer per uke eller stillingsprosent <sup>2</sup> )
Administrasjon inkl prosjektleder <sup>1</sup> .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sosionom/vernepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fysioterapeut.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psykolog.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjelpepleier .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miljøarbeider.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Massør.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Akupunktør .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tannlege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personell fra andre tiltak (LAR o.a.) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre (hvilke?) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>1</sup> Før timer for prosjektleder her selv om prosjektleder er sykepleier eller annet.

<sup>2</sup> Dersom det er snakk om enkelttimer kjøpt etter behov, oppgi antallet timer for hele året.

**2003**
**Personellgrupper**

	Timer	Stillingsprosent	Avtale om kjøp (timer per uke eller stillingsprosent)
Administrasjon inkl prosjektleder.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sosionom/vernepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fysioterapeut.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psykolog.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjelpepleier .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miljøarbeider.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Massør.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Akupunktør .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tannlege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personell fra andre tiltak (LAR o.a.) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre (hvilke?) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2004**
**Personellgrupper**

	Timer	Stillingsprosent	Avtale om kjøp (timer per uke eller stillingsprosent)
Administrasjon inkl prosjektleder.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sosionom/vernepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fysioterapeut.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psykolog.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjelpepleier .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miljøarbeider.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Massør.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Akupunktør .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tannlege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personell fra andre tiltak (LAR o.a.) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre (hvilke?) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2005**
**Personellgrupper**

	Timer	Stillingsprosent	Avtale om kjøp (timer per uke eller stillingsprosent)
Administrasjon inkl prosjektleder.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sosionom/vernepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fysioterapeut.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psykolog.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjelpepleier .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miljøarbeider.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Massør.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Akupunktør .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tannlege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personell fra andre tiltak (LAR o.a.) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre (hvilke?) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2006**
**Personellgrupper**

	Timer	Stillingsprosent	Avtale om kjøp (timer per uke eller stillingsprosent)
Administrasjon inkl prosjektleder.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sosionom/vernepleier.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fysioterapeut.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psykolog.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjelpepleier .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miljøarbeider.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Massør.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Akupunktør .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tannlege.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personell fra andre tiltak (LAR o.a.) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre (hvilke?) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>





## Vedlegg 3



**Kartlegging av LAV-brukere våren 2007** (se veiledning)**ID. nummer** \_\_\_\_\_ **Deltar bruker ved utfyllingen av skjemaet?**  JA  Nei**1 Kjønn:**  Mann  Kvinne **2 Fødselsår:** |\_1\_|\_|9\_|\_|\_|\_|**3 Antall år som alvorlig rusmiddelavhengig:**  0-2 år  2-5 år  5-10 år  over 10 år  Ukjent**4 Hyppighet rusmiddelbruk:**  Mer enn 3 dg/uke  4-6 dg/ uke  Hver dag  Vet ikke**5 Type rusmiddelbruk:** (sett evt. flere kryss)

- |                                    |                                  |  |                                      |
|------------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heroin    | <input type="checkbox"/> Kokain  | <input type="checkbox"/> Benzodiazepiner | <input type="checkbox"/> Cannabis    |
| <input type="checkbox"/> Opioider  | <input type="checkbox"/> LSD     | <input type="checkbox"/> GHB             | <input type="checkbox"/> Alkohol     |
| <input type="checkbox"/> Amfetamin | <input type="checkbox"/> Ecstasy | <input type="checkbox"/> Rohypnol        | <input type="checkbox"/> Annet:..... |
|                                    |                                  |  | <input type="checkbox"/> Ukjent      |

**6 Brukers første kontakt med tiltaket:** (mmåååå) |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_|**7 Omtrent antall kontakter med lavterskeltiltaket i februar:** 1 -2 gg/mnd  1 -2 gg/uke  3-4 gg/uke  Mer enn 4 gg uke  Ukjent**8 Hva er de tre viktigste målene med tiltaket for denne brukeren?** Rangér målene fra 1 (viktigste mål) til 3 (tredje viktigste mål), slik du som fagperson ved denne tjenesten ser det.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Styrke generell helsetilstand       | <input type="checkbox"/> Sprøyteutdeling                | <input type="checkbox"/> LAR-tiltak               |
| <input type="checkbox"/> Samtale, veiledning                 | <input type="checkbox"/> Kondomutdeling                 | <input type="checkbox"/> Rehabilitering           |
| <input type="checkbox"/> Motivere til reduksjon i rusbruk    | <input type="checkbox"/> Annet smittevern               | <input type="checkbox"/> Gi generell omsorg       |
| <input type="checkbox"/> Motivere til bruk av ord. tjenester | <input type="checkbox"/> Smertelindring                 | <input type="checkbox"/> Kurse                    |
| <input type="checkbox"/> Helseundersøkelse/kontroll          | <input type="checkbox"/> Tannpleie                      | <input type="checkbox"/> Etablere bolig/bobistand |
| <input type="checkbox"/> Ernæring (mat/værested)             | <input type="checkbox"/> Oppfølging ifbm sykehus        | <input type="checkbox"/> Arbeidstrening           |
| <input type="checkbox"/> Forebygge overdoser                 | <input type="checkbox"/> Bedre hygiene og ernæring      | <input type="checkbox"/> Sysselsetting            |
| <input type="checkbox"/> Oppfølging (etter overdose)         | <input type="checkbox"/> Annen skadeforebygging         | <input type="checkbox"/> Nettverksbygging         |
| <input type="checkbox"/> Oppfølging HIV positiv              | <input type="checkbox"/> Sårstell                       | <input type="checkbox"/> Vaksinerings             |
| <input type="checkbox"/> Oppfølging hepatitt C               | <input type="checkbox"/> Hjelp til å oppsøke fastlege   | <input type="checkbox"/> Prøvetakning             |
| <input type="checkbox"/> Oppfølging hepatitt A, B            | <input type="checkbox"/> Hjelp til å komme til avrusing | <input type="checkbox"/> Annet                    |

**9 Vurdering av muligheter for overføring til ordinært tjenesteapparat:**

I hvor stor grad anser du det som det mulig at denne brukeren etter hvert kan få sine tjenestebehov dekket av det ordinære tjenesteapparatet, selv om han/hu fortsetter sitt rusmisbruk?

 I stor grad mulig  I noen grad mulig  I liten grad mulig  Overhodet ikke mulig

Hvorfor? \_\_\_\_\_

**10 Vurdering av brukers nåværende helse, livssituasjon og egenomsorg:**

Har brukeren problemer eller vansker med følgende? (sett ring rundt et tall på hver linje)

	<i>Ikke noe problem</i>	<i>Alvorlig/veldig alvorlig problem</i>	<i>Vet ikke</i>
▪Sår	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
▪Andre infeksjoner	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
▪Tannhelse	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
▪Generell allmenntilstand	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
-psykisk helse	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
-somatisk helse	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
▪Personlig hygiene	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
▪Kosthold	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
▪Å omgås andre mennesker	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
▪Kontakt med familie	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
▪Boligsituasjon	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>
▪Hygiene ifbm sprøytesetting	0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4		<input type="checkbox"/>

**11 Brukermedvirkning:**

	JA	Nei	Uaktuelt for bruker	Uaktuelt for tiltaket	Vet ikke
Individuell plan er utarbeidet/under utarbeidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er etablert en ansvarsgruppe for brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAV- tiltaket er utarbeidet i samråd med bruker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker/pårørende har innflytelse på LAV- tiltak som blir gitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker har hatt kontakt med brukerombud v/LAV- tiltaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 12 Faktiske tiltak og vurdering av udekket tiltaksbehov:

- a) Kryss ut tiltak brukeren har mottatt siste 6 mnd. (A Faktisk tiltak).  
 b) Kryss ut for om dette tiltaket er tilstrekkelig eller ikke (B)  
 c) Kryss ut de tiltak brukeren etter din vurdering burde hatt, men som ikke gis i dag (C Burde fått)

	<b>A</b> Faktisk tiltak	<b>B</b> Tilstrekkelig	<b>B</b> Ikke tilstrekkelig	<b>C</b> Burde fått
<i>Tiltak fra lavterskeltilbudet</i>				
Samtale/veiledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generell omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skadeforebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprøyteutdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondomutdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet smittevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helseundersøkelse/kontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernæring (mat/værested)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sårstell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertelindring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forebygging overdoser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging etter overdose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tannhelsetiltak</i>				
Forebygging tannhelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartlegging tannhelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 13 Kontakt med øvrige tjenester og vurdering av udekket tjenestebehov:

- a) Kryss ut de tjenester brukeren har hatt kontakt med ila siste 6 mnd. (A Faktisk kontakt).  
 b) Kryss ut for om denne kontakten er tilstrekkelig eller ikke (B)  
 c) Kryss ut de tiltak brukeren etter din vurdering burde hatt, men som ikke er etablert i dag (C Burde hatt kontakt)

	<b>A</b> Faktisk kontakt	<b>B</b> Tilstrekkelig	<b>B</b> Ikke tilstrekkelig	<b>C</b> Burde hatt kontakt	Vet ikke
<i>Kontakt med øvrige tjenester</i>					
Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleie og omsorgstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialkontoret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fengselstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk helsetjeneste (kommune)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk helsevern (DPS/poliklinikk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk helsevern innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatisk sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriminalomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boligtjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunalt rusteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitetstilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blå kors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirkens bymisjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frivillige organisasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. I hvor stor grad tror du følgende faktorer er medvirkende til at tjenestebehov ikke dekkes for denne brukeren?**

	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt
For lite ressurser i lavterskeltiltaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite ressurser i øvrige kommunale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite ressurser i spesialisthelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For dårlig kunnskap i øvrige kommunale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For dårlig kunnskap i spesialisthelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negative holdninger i øvrige kommunale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negative holdninger i spesialisthelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker møter ikke til avtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker er ikke motivert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre opplysninger eller kommentarer:

---

---

---

---

---

## Vedlegg 4





## FOKUSGRUPPEINTERVJU GARDERMOEN

### INTERVJUGUIDE

*Formål med intervjuene er at de skal gi innsikt i fagpersoners erfaringer i tiltakene.*

#### **Tema 1: Definisjon av målgruppe, og omfanget av potensielle brukere som faller utenfor tiltaket**

Lavterskeltiltakene er i utgangspunktet rettet mot personer som har et alvorlig rusmisbruk, og som ikke klarer å benytte seg av ordinære helsetjenester. Under dette temaet er vi interessert i hvordan de ulike tiltakene definerer målgruppe. Er det i tråd med SHdirs definisjon eller ei? Videre hvem det er som faktisk benytter lavterskeltiltakene, og hvem som evt ikke nås i den enkelte kommunen.

Spørsmål til gruppen:

1. Hvem skulle dere etter intensjonen nå gjennom lavterskeltiltaket?
2. Hvem er det som faktisk benytter lavterskeltiltakene? (kan være flere enn de tiltaket er rettet mot formelt i kommunen)
3. Hvem nås ikke i kommunen?
4. Er det noen innen den definerte målgruppen (tungt misbruk, som ikke benytter seg av ordinære helsetjenester) som ikke nås i kommunen?

#### **Tema 2: Suksesskriterier – effekter av tiltakene**

Diskutere prosjektene ift effekter. Overordnede mål er at det skal *bedre generell helsetilstand* og at man skal få kanalisert brukerne over i *ordinære helsetjenester*. Still første spørsmål åpent først for å få en åpen diskusjon om hva som er effekter i de ulike tiltakene. Spør etter hvert konkret ift de formelle målene (bedret helse og kanalisering av brukere over i ordinære tjenester). Er det siste noe man er oppmerksom på i tiltakene (at man skal overflødiggjøre tiltaket på sikt..), og er det egentlig realistisk?

1. Hva er effektene av tiltakene på brukerne? (diskuter ift stikkordene under)
  - Fysisk helsetilstand
  - Psykisk helsetilstand
  - Rusmisbruk/ rusmønster
2. Blir brukere kanalisert over i ordinære velferdstjenester?

### **Tema 3: Vanskeligheter og utfordringer i de ulike tiltakene**

1. Har man erfart ting i tiltaket som har vært spesielt vanskelig å håndtere?
  - Knyttet til daglig drift
  - Knyttet til brukerne
  - Knyttet til strukturelle ting: organisering, økonomi, lokaler etc.
  - Annet?
2. Er det noen utfordringer man synes man har håndtert på en spesielt god måte?
  - samme stikkord som over

### **Tema 4: Samarbeid med det øvrige tjenesteapparatet**

1. Oppnår tiltaket tilstrekkelig kontakt med det øvrige tjenesteapparatet i kommunen?
2. Hvilke erfaringer har man med samarbeidspartnere og samarbeidsmodeller i tiltaket (gjennomgå de ulike tjenestene)
  - Fastlege
  - Sosialtjenesten
  - Spesialisthelsetjeneste
  - Andre aktuelle

### **Tema 5: Integrering av tannhelsetilbudet i tiltaket**

1. Hvordan har man integrert tannhelsetilbud i tiltaket?
2. Hvilke erfaringer har man med denne organiseringen?
3. Er dette en hensiktsmessige og virkningsfulle måter å organisere tannhelsetilbudet på?

### **Tema 6: Holdninger i øvrig kommunalt tjenesteapparat**

1. Har tiltaket ført til økt kunnskap og holdningsendringer til målgruppen i øvrig tjenesteapparat?

### **Tema 7: Veien videre for tiltaket når kommunen ikke lenger får statlige midler**

1. Hva tenker dere om lavterskeltiltakets eksistens, og dets forhold til det øvrige tjenesteapparatet i fremtiden?
2. Hva skjer når de statlige midlene ikke lenger er tilgjengelig?

**Tema 8: Anbefalinger og råd til nasjonale myndigheter for å videreutvikle tjenester med god kvalitet**

1. Hva vil dere anbefale nasjonale myndigheter om ift videre utvikling av tjenester med god kvalitet?



## Vedlegg 5



## **Intervjuguide brukerundersøkelsen**

Gå gjennom informasjonsskrivet før man begynner intervjuet  
Avklare om det er greit å bruke opptaker (notere på ark dersom ikke greit)

### **Tilgjengelighet**

1. Hvor ofte er du innom dette stedet?
2. Hvor lenge har du kjent til det?
3. Er åpningstidene tilstrekkelig for deg / grei lokalisering?
4. Hvordan ble du oppmerksom på at tilbudet fantes?
  - noen som anbefalte stedet? (andre rusmisbrukere eller andre tjenester?)

### **Bruk av tilbudet**

5. Hva var det som gjorde at du oppsøkte dette stedet første gang?
  - hva var behovet ditt for hjelp da?
6. Hvilken type hjelp benytter du deg av her *nå for tiden*?
  - utdeling av utstyr (engangssprøyter, pucker, kondomer etc)
  - oppfølging av helsa (smittevern, sårstell, ernæring, evt. undersøkelser/ blodprøve og lignende om hiv, hepatitt, graviditet, eller andre undersøkelser som kan gi tegn på at brukeren bør få time i spesialisthelsetjenesten eller hos tannlege, etc)
  - oppfølging ift andre ting (økonomi/ bolig)
  - noen å snakke med (helse/sosialpersonell og andre rusmisbrukere?)
  - evt. et sted å være (dersom det er snakk om et værested/kafe)
  - hjelp til å få kontakt med øvrige tjenester (fastlege, sosialkontor, spesialisthelsetj., tannlege etc.)
  - følge til andre tjenester (fastlege, sosialkontor, spesialisthelsetj, tannlege etc.)

6 b). Dersom du får følge når du skal til fastlege eller andre tjenester, hvordan er dette sammenlignet med når du går dit alene?

7. Hva anser du som den *viktigste* hjelpen/oppfølgingen du får her?

- samme underpunktene som over (få fram om det er utdeling av *utstyr* / oppfølging av *helse* eller det *sosiale* som er viktigst)

8. Er det noe du savner her – hjelp eller oppfølging du kunne tenke deg, men som du ikke får her?

### **Effekter for egen helse, egenomsorg og rusmisbruket**

9. Hva betyr dette stedet/ tilbudet for deg?

(la informanten snakke "fritt" her før de oppfølgende spml.)

10. Har dette tilbudet hatt noen betydning for helsa di?

- sårsituasjon, andre infeksjoner, tannhelse, psykiske problemer som angst/ depresjon/ noia, andre ting

11. Har dette tilbudet hatt noen betydning for hvordan du tar vare på deg selv?

- har det hatt betydning for:

- kostholdet ditt?

- hvordan du håndterer brukerutstyr?

- hvor opptatt du er av smitterisiko?

- risiko for skade på deg selv?

- gode klær/beskyttelse mot kulde

- prøve å ha et brukbart sted å sove



12. Har dette tilbudet hatt noen betydning for rusmisbruket ditt?

- har du endret vaner ift type stoffer, og evt. på hvilken måte?

13. Hvilke stoffer tar du nå? (inkl legemiddelmisbruk)

14. Har du vært utredet for metadon?

15. Hvor lenge har du vært stoffmisbruker?

16. Hvor gammel er du?

### **Overføring til øvrig tjenesteapparat (effekt)**

17. Hva synes du om dette tilbudet til deg som rusmisbruker i forhold til andre tilbud?

- hva får du her som du ikke får annet sted?

Vurdere ift:

- sosialkontor
- fastlege
- spesialisthelsetjeneste
- PUT
- utekontakt
- Frelsesarmeen og andre veldedige organisasjoner

18. Kan du klare deg uten dette tilbudet/stedet?

19. Dersom tilbudet ikke fantes, hva ville du da ha gjort?

20. Dersom tilbudet ikke fantes, hvilke tjenester ville du da ha oppsøkt?

- fastlege
- sosialkontor
- spesialisthelsetjeneste
- PUT
- utekontakt
- Frelsesarmeen og andre veldedige organisasjoner
- annet, som ...?

21. Hva er dine erfaringer med det øvrige hjelpeapparatet?

- stikkord som over.

22. Tror du at andre helse- eller sosiale tjenester ville være i stand til å dekke ditt behov for hjelp/ oppfølging slik dette tilbudet gjør det?

## **Brukermedvirkning**

23. Føler du at du har noen innflytelse på hva som gjøres her på stedet – at du blir hørt dersom du sier fra om noe?

24. Hvordan er dette sammenlignet med slik det er hos for eksempel fastlege eller sosialtjenesten (evt. spesialisthelsetjenesten)?

25. Har du en såkalt individuell plan eller en ansvarsgruppe?

- synes du at du blir hørt i denne gruppen?

26. Vet du om det fins noe brukerombud for rusmisbrukere i din kommune / ved dette stedet?

## **Vurdering av hvor mange brukere som faller utenfor lavterskeltilbudet**

27. Har du noe inntrykk av om det er mange personer som ruser seg i byen (kommunen) som ikke får noen som helst oppfølging og hjelp – heller ikke av dette tilbudet?

- Hva tror du kan være årsaken til det?

**Takk for at vi fikk snakke med deg!**

## Vedlegg 6



# FORESPØRSEL OM Å DELTA I EN VITENSKAPELIG UNDERSØKELSE

## INTERVJU

For å kunne gi personer som besøker denne tjenesten et godt hjelpetilbud, gjennomføres det nå en undersøkelse av slike, såkalte lavterskel helsetilbud, i hele landet. Oppdragsgiver er Sosial- og helsedirektoratet. Forskere ved SINTEF Helse gjennomfører undersøkelsen. I den forbindelse skal vi blant annet intervju ca 20 personer som bruker tilbudet.

Det er frivillig om du vil la deg intervju av en forsker.

Intervjuet varer mellom 15-30 minutter. Dersom du i løpet av intervjuet finner at du likevel ikke vil delta, kan du når som helst avbryte.

Intervjuet inneholder spørsmål om hvor ofte du benytter dette tilbudet, hvilken hjelp du får her, og hva tilbudet betyr for deg og din helse slik *du* opplever det.

Det som blir sagt i intervjuet blir behandlet konfidensielt. Alle som skal ha kontakt med de innsamlede data er underlagt taushetsplikt. Informasjonen behandles konfidensielt. Ingen opplysninger kan tilbakeføres til deg som person.

Prosjektet avsluttes 31. desember 2007. Lydopptaket slettes seinest denne datoen.

Undersøkelsen er vurdert av Regional komité for medisins forskningsetikk, Region Midt-Norge, som har godkjent at undersøkelsen gjennomføres.

Ansvarlig prosjektleder er Marian Ådnanes (seniorforsker).  
Andre medarbeidere som skal foreta intervju er Haldis Hjort (seniorforsker/  
Psykologspesialist) og Silje Lill Kaspersen (samfunnsøkonom).

## **Forespørsel om å delta i en vitenskapelig undersøkelse**

### **Kjære deg som oppsøker denne tjenesten!**

For å kunne gi personer med rusmiddelavhengighet et bedre hjelpetilbud gjennomføres nå en spørreskjemaundersøkelse blant dere som bruker denne tjenesten. Undersøkelsen vil vise hvilken hjelp som tilbys, og at dette er en viktig del av helsetilbudet deres. Undersøkelsen gjennomføres av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, og er godkjent av Regional Komité for medisinsk forskningsetikk, Midt-Norge.

Folk som bruker tjenesten i løpet av en periode nå i mars/april får spørsmål om de vil være med. Spørreskjemaet fylles ut av en ansatt ved tjenesten. Du kan gjerne være med å besvare spørsmålene dersom du ønsker det.

Deltagelse innebærer også at det gjennomføres en ny runde til høsten. En ansatt vil da fylle ut samme spørreskjema om deg en gang til. Du har også da anledning itil å være med å besvare spørsmålene.

Spørreskjemaet inneholder blant annet spørsmål om kjønn og fødselsår, og hvor lenge du har vært avhengig av rusmidler. Navnet ditt skal ikke oppgis.

Prosjektmedarbeidere har taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21. Alle persondata behandles konfidensielt og lagres i en database, slik at deltagerne kun er registrert med et løpenummer. Undersøkelsesresultater og navneliste oppbevares atskilt og forskriftsmessig.

Prosjektet er planlagt avsluttet 31.12.2007. Navnelisten og eventuelle andre opplysninger som gjør at du kan gjenkjennes vil da bli slettet.

### **Det er frivillig å være med!**

Deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Dersom du blir med kan du også når som helst ombestemme deg i forhold til dette uten at du må oppgi noen grunn. Dersom du ikke ønsker å delta vil ikke det ha noen innvirkning på den behandlingen du får ved tjenesten.

**Kontaktinformasjon:** Seniorforsker/ prosjektleder Marian Ådnanes, tlf 91579269, marian.adnanes@sintef.no

## Ditt skriftlige samtykke

Hvis du synes det er greit å være med, må du gi ditt skriftlige samtykke til dette:

*Ja, jeg synes et er greit at det fylles ut to skjema som angår meg og den hjelpen jeg mottar her*

Signatur: \_\_\_\_\_





## Vedlegg 7



<b>Delstudie</b>	<b>Besvarer følgende delspørsmål</b>	<b>Metode</b>
<i>Delstudie 1</i> Tiltaksprofiler og kunnskaps-oversikt	Type tjenester i tiltaket (metoder/ virkemidler) Organisering, antall årsverk, budsjett Antall brukere (mål og faktiske tall), Hvordan tilskuddet er benyttet, og om målene for bruken av tilskuddet er oppnådd Forankring i kommunens planer Plan for hvordan kommunen skal følge opp tiltaket etter tilskuddsperioden Identifisere relevante internasjonale studier av lavterskel helsetiltak for målgruppen	1. Gjennomgå søknader og regnskap til Sosial- og helsedirektoratet for alle 34 tiltak 2. Litteratursøk i internasjonale baser
<i>Delstudie 2</i> Fagpersoners erfaringer med tiltakene	Definisjon av målgruppe, og omfanget av potensielle brukere som faller utenfor tiltaket Suksesskriterier, vanskeligheter og utfordringer i de ulike tiltakene Faktorer som oppfattes som hemmende og fremmende for koordineringen av brukere til det ordinære tjenesteapparatet Om tiltaket har ført til økt kunnskap og eventuelle holdningsendringer til målgruppen i øvrig tjenesteapparat Erfaringer med samarbeidspartnere og samarbeidsmodeller i tiltaket Hensiktsmessige og virkningsfulle måter å organisere tannhelsetilbudet på Anbefalinger og råd fra kommunene til nasjonale myndigheter for å videreutvikle tjenester med god kvalitet	Fokusgruppeintervjuer foretas ifm en fellessamling i januar der alle tiltak er representert
<i>Delstudie 3</i> Tiltakenes organisering	Tiltakets organisatoriske plassering i kommunen Om tiltakene for bruker er blitt innrettet som "særomsorg" eller er en integrert del Registrerings- og internkontrollrutiner i tiltaket Organisering og implementering av tannhelsetjenestene i tiltakene Om tiltakene har hatt oppfølging fra Fylkesmannen, Kompetansesentrene for rusfeltet og/ eller andre fagmiljøer Kjennetegn ved kommunenes organisering av rusmiddelarbeidet	Kartlegging ved spørreskjema til alle tiltak
<i>Delstudie 4</i> Effekter av lavterskeltiltaket på brukerne	Målsetting med tiltaket for bruker Typer tjenester og hvor mye/ofte for den enkelte bruker Kjennetegn ved bruker: helsetilstand, rusmønster, målsetting og måloppnåelse mv Om det ble fattes enkeltvedtak ved tildeling av tjenester til bruker Faglige og metodiske tilnærminger overfor bruker Håndtering av smittevern, herunder hepatittproblem overfor bruker Faglige og metodiske tilnærminger overfor bruker Hvordan brukermedvirkningsperspektivet er implementert i tiltaket Evt. oppfølgingsrutiner for brukere som videreføres til andre ledd i hjelpapparatet Bruk av kartleggings- og planverktøy overfor bruker, herunder omfanget av IP Faggrupper, og antall som deltar i forhold til bruker Samarbeidspartnere og samarbeidsmodeller som inngår i tiltaket (fastlege, tannhelsetjenesten, sosialtjenesten m.v.) Tilgjengelighet og tilrettelegging av eventuelt tannhelsetilbud for bruker Evt. typer og omfang av tannhelsetjenester	Kartleggingen på to tidspunkt: vår og høst 2007.  Kartleggingene baseres på ett skjema for hver bruker, som fylles ut av fagpersoner i tiltaket
<i>Delstudie 5</i> Brukernes erfaringer	A) Opplevelse av tilgjengelighet til tiltaket og eventuelle barrierer Erfaringer knyttet til tiltaket (effekter for egen helse, misbruk etc.) Eventuelle erfaringer med tannhelsetilbudet Hvorvidt, og evt hvordan brukerne har erfart at tiltaket har fungert som inngangsport til ordinært hjelpeapparat (inkl tannhelse) Om brukerne har opplevd at tiltaket har bidratt til økt kunnskap/holdningsendring til målgruppen i øvrig hjelpeapparat Brukernes vurdering av mengden brukere som faller utenfor tiltaket i kommunen	Kvalitative dybdeintervju med om lag 30 brukere
	B) Opplevelse av tilgjengelighet til tiltaket Erfaringer knyttet til tiltaket (effekter for egen helse, misbruk etc.)	Spørreskjemaundersøkelse blant brukere som er innom
<i>Delstudie 6</i> Erfaringer i det øvrige tjenesteapparat	Om tilskuddsordningen har vært hensiktsmessig for å styrke kommunenes satsing Hvordan ordningen evt har påvirket kommunenes prioritering av andre grupper med rusmiddelproblemer Hvordan tiltaket er forankret/organisert, og sannsynligheten for videreføring når statlig tilskudd ikke lenger er tilgjengelig Hvordan kommunene har håndtert tilskuddet ut fra statens krav og regler Hvilke erfaringer man har med tverrfaglig samhandling mellom tiltaket og andre tjenester Om tiltaket har ført til økt kunnskap og holdningsendringer til målgruppen i det øvrige hjelpeapparatet	Fokusgruppeintervjuer med representanter for øvrig tjenestetilbud



