

Helsedirektoratet

Rapport

Mai 2011

UTVALGSUNDERSØKELSE OM PERSONER MED RUS- MIDDELPROBLEMER



INNHALDSFORTEGNELSE

1.	Sammendrag	5
1.1	Metodisk gjennomføring	5
1.2	Tjenestebehovet blant personer med rusmiddelproblemer	6
1.3	Kapasitet på tjenestene	7
1.4	Hvem er tjenestemottakerne?	8
2.	Innledning	11
2.1	Formålet med undersøkelsen	11
2.2	Bakgrunn for oppdraget	11
2.3	Leserveiledning	13
3.	Metode og datakilder	14
3.1	Kvalitativ og kvantitativ datainnsamling	14
3.2	Kvantitativ spørreundersøkelse	15
3.3	Kvalitative oppfølgingsintervjuer	20
3.4	Muligheten for generalisering av tallene fra undersøkelsen	20
3.5	Metodiske begrensninger	22
4.	Tjenestebehovet blant personer med rusmiddelproblemer	23
4.1	Rusmiddelmisbruk som levekårsproblem	23
4.2	Prioritering av rusarbeidet	26
4.3	Kunnskap om personer med rusmiddelproblemer	29
4.4	Sentrale utfordringer i rusarbeidet	34
4.5	Oppsummering	41
5.	Kapasitet på tjenestene	43
5.1	Organisering av det kommunale rusarbeidet	43
5.2	Kommunenes kapasitet og tilbud	45
5.3	Kapasitetsendringer	50
5.4	Videre satsningsområder	52
5.5	Oppsummering	53
6.	Hvem er tjenestemottakerne?	56
6.1	De ulike kategoriene i spørreskjemaet	56
6.2	Antall tjenestemottakere	57
6.3	Sentrale utviklingstrekk	59
6.4	Rusmiddelbruk blant tjenestemottakerne	63
6.5	Kommunale tjenester	69
6.6	Oppsummering	73
7.	Russituasjonen i Oslo	76
7.1	Tjenestetilbudet	76
7.2	Tjenestemottakerne	77
7.3	Oppsummering	78
8.	Litteratur	79
9.	Vedlegg	80
9.1	Vedlegg 1 – Klyngeanalyse	80
9.2	Vedlegg 2 – Mangel på tilbud i kommunene	81
9.3	Vedlegg 3 – Antall kvinner i alderen 15 – 25 år	83
9.4	Vedlegg 4 – Antall menn i alderen 15 – 25 år	85
9.5	Vedlegg 5 – Antall kvinner i alderen 26 – 50 år	87
9.6	Vedlegg 6 – Antall menn i alderen 26 – 50 år	89
9.7	Vedlegg 7 – Antall kvinner eldre enn 50 år	91
9.8	Vedlegg 8 – Antall menn eldre enn 50 år	93
9.9	Vedlegg 9 – Spørreskjema	95

1. SAMMENDRAG

Rambøll har gjennomført en utvalgsundersøkelse om personer med rusmiddelproblemer på oppdrag av Helsedirektoratet. Utvalgsundersøkelsen ble gjennomført i 48 kommuner i Norge, samt 3 bydeler i Oslo. Her omtales og behandles de tre bydelene i hovedsak som egne kommuner. Undersøkelsen ble gjennomført i perioden januar 2011 – mai 2011, og ble gjennomført som en elektronisk spørreskjemaundersøkelse med et utvalg på en respondent per kommune.

Per i dag eksisterer det ikke tilstrekkelig data om problemomfanget knyttet til kommunale tjenester på rusområdet. Rusfeltet i Norge er preget av usikkerhet, både som følge av en mangel på reliable og komplette data som kartlegger rusituasjonen, en mangel på en enhetlig definisjon av målgruppen, og variasjon i organiseringen og forståelsen av rusarbeidet blant kommunene¹. Etter Rambølls erfaring representerer dette et stadig tilbakevendende problem på rusområdet; det er svært vanskelig å skaffe til veie fullstendige og pålitelige data om bruken av rusmidler. Kommunene opplever ofte selv at de har dårlig innsikt i omfanget av problemet¹. Flere rapporter og evalueringer identifisert mangler når det gjelder kapasitet, kvalitet, tilgjengelighet, oppfølging, rettssikkerhet, bruk av individuell plan samt helhet og sammenheng i tjenestene.

For å øke kunnskapen om tjenestemottakerne på det kommunale rusfeltet har Helsedirektoratet bestilt en undersøkelse hvor det settes fokus på nettopp denne målgruppen. Delmål 2.4 i opptrappingsplanen for rusfeltet sikter mot å bedre dokumentasjon og statistikk², og *Utvalgsundersøkelsen* regnes som et naturlig bidrag til denne satsingen.

Hovedtemaene i undersøkelsen er:

- Tjenestebehovet blant personer med rusmiddelproblemer
- Kapasitet på tjenestene i det kommunale tjenesteapparatet
- Kunnskap om personer med rusmiddelproblemer

Det er første gang det gjennomføres en slik undersøkelse om rusituasjonen i Norges kommuner. Undersøkelsen har både bekreftet kunnskap som allerede finnes og fremskaffet ny kunnskap på området. Overordnet sett fremkommer det at boligsituasjonen er en stor utfordring og at kommunene har utfordringer med å tilby tilbud og tjenester som er tilpasset ulike brukergruppers behov. Få kommuner har gjennomført en kartlegging av antallet personer som har et rusmiddelproblem, noe som gjør det utfordrende å vurdere omfanget av problemet og kommunens kapasitet på tjenestene. Undersøkelsen viser likevel at kommunene generelt vurderer at det er samsvar mellom kommunens prioritering av rusfeltet og omfanget av rusmiddelmisbruk, og at det har vært kapasitetsøkning innenfor flere områder på feltet. Videre viser undersøkelsen at det er flere menn enn kvinner som mottar tjenester som følge av rusmiddelbruk og at voksne i alderen 25 – 50 år er den største gruppen. Alkohol er det mest brukte rusmiddelet blant tjenestemottakerne og bruk av flere rusmidler (blandingsmisbruk) er også utbredt. Økonomisk sosialhjelp er den tjenesten som flest personer mottar, uavhengig av alder.

Funnene fra undersøkelsen utdypes tematisk i avsnittene 1.2 – 1.4 i sammendraget.

1.1 Metodisk gjennomføring

Undersøkelsen har basert seg på en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. Bruk av flere datainnsamlingsmetoder, såkalt metodetriangulering, styrker undersøkelsens reliabilitet.

1.1.1 Elektronisk spørreundersøkelse

Kvantitative data er innhentet i form av en elektronisk spørreundersøkelse. Spørreskjemaet er utviklet i samarbeid mellom Rambøll og Helsedirektoratet og har omhandlet kapasitet i det kommunale rusarbeidet, omfanget av tjenestebehov, og karakteristika (kjønn, alder, type rusmiddel) ved tjenestemottakere med rusmiddelproblemer. Fra 2011 skal kommunene rapportere på sitt rusarbeid gjennom IS-8, og spørsmålene ble derfor sett opp mot hverandre for å unngå å pålegge kommunene merarbeid.

¹ Se feks *Helsedirektoratet: Data om kommunalt arbeid for personer med rusmiddelproblemer, Sluttrapport 2009*

² Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010, tilgjengelig på:

http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/opptrappingsplanen/opptrappingsplan_for_rusfeltet__283544

Spørreundersøkelsen er sendt ut til et utvalg på 51 kommuner og bydeler (48 kommuner og 3 bydeler i Oslo). Undersøkelsen ble besvart av ansvarlig person for rusarbeidet i kommunen. En klyngeanalyse basert på syv faktorer (inntekt, tilknytning til arbeidsmarkedet, utdanningsnivå, befolkningsstørrelse, urbanisering, innvandrerbefolkning, utgifter til personer med rusmiddelproblemer) ligger til grunn for utvalget. Denne metoden ble benyttet for å oppnå et tilfeldig og representativt utvalg kommuner til undersøkelsen, slik at utvalget av kommuner er mest mulig representativt for hele Norge. I analyser av kvantitative data har vi gjennomgående benyttet kommunestørrelse som den viktigste analysevariabelen. I analysene skilles også mellom kommuner som mottar statlig tilskudd til rusarbeid og kommuner som ikke mottar statlig tilskudd.

1.1.2 Kvalitative intervjuer

I etterkant av spørreundersøkelsen ble det gjennomført kvalitative intervjuer i 10 kommuner, med samme person som besvarte den kvantitative undersøkelsen. Ved utvelgelse ble det vektlagt spredning på variabler som geografi, innbyggertall og sentralitet for å sikre variasjon i utvalget. Det er i tillegg også gjennomført intervjuer med informanter ved Rusmiddelstaten i Oslo kommune. Dette ble inkludert fordi Oslo kommune har fordelt oppgaver innen rusarbeidet både på bydeler og på Rusmiddelstaten. I de kvalitative intervjuene er det innhentet perspektiver på hvordan kommunene har oppfattet spørsmålene i skjemaet, og kommunene har også fått mulighet til å utdype eventuelle lokale styrker og utfordringer i rusarbeidet. I rapporten benyttes de kvalitative dataene for å utdype og forklare kvantitative funn.

1.1.3 Metodiske begrensninger

Det er enkelte metodiske begrensninger som leseren bør kjenne til. For det første er spørsmålene i undersøkelsen besvart av kun én respondent per kommune. I tillegg stilles det i spørreskjemaet spørsmål om ulike faktaopplysninger som ingen har ordentlig oversikt over. Dette medfører usikkerhet knyttet til datamaterialet som omhandler antall personer med rusmiddelproblemer, fordelt på kjønn, alder og type rusmiddelbruk, ettersom det i de fleste kommuner ikke foreligger noen fullstendig oversikt over dette. Flere spørsmål i undersøkelsen er basert på respondentenes subjektive vurderinger, og vi får i undersøkelsen bare denne ene respondentens subjektive oppfatning av situasjonen per kommune. En annen svakhet er at undersøkelsen inneholder begreper som respondentene kan ha ulike definisjoner av, som eksempelvis "personer med rusmiddelproblemer" og "kapasitet i kommunen". Resultatene fra undersøkelsen må derfor tolkes med forsiktighet.

Etter Rambølls vurdering gir undersøkelsen likevel et nyttig bilde på hvordan de ansvarlige for rusarbeidet i kommunene vurderer situasjonen for rusarbeidet og hva de mener kjennetegner tjenestemottakerne i kommunen. Utvalget av kommuner til deltakelsen er også representativt for alle landets kommuner og bydeler.

Den metodiske gjennomføringen av undersøkelsen utdypes i kapittel 3 "Metode og datakilder".

Videre i dette sammendraget presenteres hovedfunnene fra undersøkelsen.

1.2 Tjenestebehovet blant personer med rusmiddelproblemer

I dette avsnittet presenteres kommunenes vurderinger av rusmiddelmisbruk som levekårsproblem, prioriteringen av rusarbeidet i kommunen, behovet for tjenester blant personer med rusmiddelproblemer, utfordringer og manglende tilbud i rusarbeidet.

Rusmiddelmisbruk – et levekårsproblem?

Omkring halvparten av respondentene (53 %) mener at rusmiddelmisbruk i noen grad er et presserende levekårsproblem i kommunen. Det er flere som mener at rusmiddelmisbruk i stor eller svært stor grad er et levekårsproblem (34 %), enn de som mener at det i liten grad er et levekårsproblem (14 %). Det er klare forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse og mellom kommuner som mottar tilskudd og som ikke mottar tilskudd:

- Rusmiddelmisbruk anses som et større problem i store kommuner enn i små kommuner
- Rusmiddelmisbruk anses som et større problem i kommuner som mottar tilskudd enn i kommuner som ikke mottar tilskudd

- Rusmiddelproblem anses som større levekårsproblem i store og mellomstore kommuner som mottar tilskudd og som mindre levekårsproblem i små kommuner som ikke mottar tilskudd

Prioritering av rusarbeidet

Et lite flertall av kommunene har oppgitt at rusarbeidet har middels prioritering i kommunen (59 %). Det er flere som har oppgitt at rusarbeidet har høy prioritering (22 %) enn lav prioritering (18 %). Funnene viser en tendens til at prioriteringen av rusarbeidet har sammenheng med omfanget av rusmiddelproblemet, ved at kommuner som vurderer rusmiddelmisbruk som et stort levekårsproblem også har høy prioritering av rusarbeidet, og ved at kommuner som har lav prioritering av rusarbeidet generelt er kommuner som har vurdert at rusmiddelproblem i mindre grad er et levekårsproblem. Også med hensyn til prioritering av rusarbeidet er det forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse og mellom kommuner som mottar tilskudd og kommuner som ikke mottar tilskudd:

- Rusarbeidet har høyere prioritet i store kommuner
- Rusarbeidet har høyere prioritet i kommuner som mottar tilskudd enn i kommuner som ikke mottar tilskudd

Kunnskap om personer med rusmiddelproblemer

Omkring en fjerdedel (24 %) av kommunene har foretatt en kartlegging av personer med rusmiddelproblemer, og flest mellomstore kommuner har foretatt en slik kartlegging. Blant de kommunene som har foretatt en kartlegging ble mellom 10 og 200 brukere registrert. Det er en tydelig sammenheng mellom antallet personer med rusmiddelproblemer og kommunens innbyggertall.

Kommunene ble også bedt om å anslå antall personer som per i dag ikke mottar tjenester som følge av rusmiddelproblemer, men som burde mottatt tjenester. Det oppgitte antallet personer varierer fra 2 til 1050 personer per kommune. Her er det klare tendenser til at flere personer i store kommuner ikke mottar tjenester selv om de har behov for det sammenlignet med små kommuner.

Utfordringer i rusarbeidet

I undersøkelsen ble kommunene bedt om å vurdere hvorvidt følgende områder er utfordrende i rusarbeidet: samhandling med spesialisthelsetjenesten, samhandling internt i kommunen, for lite kapasitet, manglende tilbud, kommuneøkonomi og kompetanse. De områdene som fremstår som de mest utfordrende i kommunenes rusarbeid er for lav kapasitet, manglende tilbud og kommuneøkonomi. Undersøkelsen viser også noen sentrale forskjeller med hensyn til kommunestørrelse og mellom kommuner som mottar tilskudd og kommuner som ikke mottar tilskudd:

- Store kommuner har generelt vurdert områdene som mer utfordrende enn små og mellomstore kommuner, med unntak av manglende tilbud og kommuneøkonomi
- Kommuner som mottar tilskudd har i større grad vurdert samtlige områder som utfordrende, med unntak av tilbud innen arbeid/aktivitet

Manglende tilbud

De tilbudene som flest kommuner oppgir at er mangelfulle i sitt rusarbeid er oppfølging i bolig/hjemmetjenester, arbeid og aktivitet, og tilbudet til ungdom og unge voksne.

- Generelt mindre mangelfulle tilbud i små kommuner

Flertallet av kommunene (57 %) vurderer at boligsituasjonen i sin kommune i svært liten eller liten grad er tilfredsstillende. Gjennom kvalitative intervjuer fremkommer det også at det i mange kommuner finnes få arbeids- og aktivitetsrettede tiltak og for lite bredde i tilbudet.

1.3 Kapasitet på tjenestene

I dette avsnittet presenteres funn knyttet til kommunenes organisering av rusarbeidet, kapasitet på rusarbeidet, hvilke kommunale tilbud som finnes til personer med rusmiddelproblemer, hvilke områder kommunene har opplevd kapasitetsendringer på, samt hva kommunene selv ser som sine videre satsingsområder for rusarbeidet.

Organisering av rusarbeidet

Rusarbeidet i kommunene er organisert på ulike måter, ifølge respondentene. Det vanligste (41 %) er at rusarbeidet er fordelt på flere tjenesteområder i kommunen. Videre har 37 % av kommunene organisert rusarbeidet i sin helhet i NAV, mens 22 % av kommunene har organisert rusarbeidet i egen enhet. Det er forskjeller med hensyn til kommunestørrelse når det gjelder organisering av rusarbeidet:

- Flere store kommuner har organisert rusarbeidet i en egen enhet
- Flere små kommuner har fordelt rusarbeidet på flere tjenesteområder

Kapasitet

Flertallet av kommunene vurderer kapasiteten på rusarbeidet som middels god (57 %). Det er en større andel (26 %) som vurderer kommunens kapasitet som god eller meget god enn som vurderer den som dårlig eller meget dårlig (16 %). Det er noen sentrale forskjeller med hensyn til kommunestørrelse og mellom kommuner som mottar tilskudd og som ikke mottar tilskudd:

- Bedre kapasitet i store kommuner.
- Bedre kapasitet i kommuner som mottar tilskudd enn i kommuner som ikke mottar tilskudd.

Kommunale tilbud til personer med rusmiddelproblemer

De tilbudene som flest kommuner tilbyr til personer med rusmiddelproblemer er ruskonsulenttjenester, oppfølging i bolig/hjemmetjenester, tilbud innen arbeid/aktivitet og tjenester rettet mot ungdom/unge voksne. Alle disse tilbudene tilbys av over halvparten av kommunene. Noen sentrale forskjeller med hensyn til kommunestørrelse og mellom kommuner som mottar tilskudd og som ikke mottar tilskudd er:

- En større andel store kommuner tilbyr de ulike tilbudene.
- En større andel kommuner som mottar tilskudd tilbyr de ulike tilbudene.

Respondentene har samlet sett oppgitt at det i liten grad forekommer at frivillige/private aktører utfører kommunale tjenester innen rusarbeidet. Frivillige og private aktører bidrar i størst grad på tilbud knyttet til arbeid/aktivitet og lavterskel helsetjenester. Analysene viser at flere store kommuner samarbeider med frivillige/private aktører, hovedsaklig frivillige. Dette trenger likevel ikke å bety at kommunene ikke samarbeider med frivillige og private aktører vedrørende tilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Kapasitetsendringer i rusarbeidet

Undersøkelsen viser at det har vært økning i en større andel kommuner på alle etterspurte områder innen rusarbeidet de tre siste årene: oppfølging, behandling, rehabilitering, tidlig intervenasjon og forebyggende arbeid.

- Generelt har det vært kapasitetsøkning på flere områder i mellomstore og store kommuner sammenlignet med små kommuner.
- En større andel kommuner som mottar tilskudd har opplevd kapasitetsøkning innenfor samtlige områder nevnt ovenfor sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd.

Fremtidige satsningsområder i rusarbeidet

Gjennom kvalitative intervjuer ble informantene bedt om å oppgi hvilke områder innen rusarbeidet som kommunen planlegger å satse på i fremtiden. Det var relativt store likheter i kommunenes svar. Funnene tyder på at fremtidige satsningsområder i kommunen vil dreie seg om:

- Forebygging og tidlig intervenasjon
- Tjenestetilbud til yngre brukere
- Økt bredde i arbeids- og aktivitetsrettede tiltak
- Bedre rehabiliteringstilbud
- Kapasitetsøkning
- Samhandling med spesialisthelsetjenesten og internt i kommunen

1.4 Hvem er tjenestemottakerne?

I dette avsnittet presenteres kjennetegn ved personer som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelmisbruk. Her har respondentene gjort anslag ut fra sine kunnskaper, og dette er ikke basert på diagnosegrupper. I undersøkelsen har vi forsøkt å kartlegge alder, kjønn og type

rusmiddelbruk blant personer som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelbruk. Følgende alderskategorier er benyttet: yngre brukere (15 til 25 år), voksne brukere (26 til 50 år) og eldre brukere (over 50 år). Det ble videre benyttet kategorier for ulike typer rusmidler: alkohol, cannabis, heroin/opium, "amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy", "metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider" og "benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter".

Kommunene ble bedt om å oppgi antall personer i kommunen som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer. Det ble her skilt mellom personer i ulike aldersgrupper. For de ulike aldersgruppene har i gjennomsnitt 79 % av kommunene oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelproblemer. Det er i gjennomsnitt 21 % av kommunene som enten ikke har besvart spørsmålet eller har oppgitt at de ikke vet hvor mange personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelproblemer i de ulike aldersgruppene. Til sammen oppga kommunene at 5052 personer mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer. På spørsmål hvor respondentene ble bedt om å oppgi antall personer som mottar tjenester som følge av ulike typer rusmisbruk, fordelt på kjønn og alder, var svarprosenten i gjennomsnitt 54 %.

Alder

Undersøkelsen har avdekket noen sentrale forskjeller med hensyn til alder blant personer som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer:

- Voksne mellom 26 og 50 år utgjør 45 % av det totale antallet personer som mottar tjenester
- Voksne eldre enn 50 år utgjør 33 %
- Ungdom mellom 15 og 25 år utgjør 23 %

Kjønn

Resultatene fra undersøkelsen viser også noen sentrale kjønnsforskjeller:

- Det er flere menn enn kvinner som mottar tjenester som følge av rusmiddelbruk.
- Menn i alderen 25 – 50 år utgjør den største gruppen tjenestemottakere som følge av alle typer rusmidler.
- Kvinner i alderen 15 – 25 år og kvinner eldre enn 50 år er de to gruppene med færrest tjenestemottakere.

Type rusmiddelbruk

Videre har undersøkelsen fremskaffet informasjon om hvilke typer rusmidler personer som mottar kommunale tjenester bruker:

- Alkohol er det rusmiddelet som flest personer mottar tjenester som følge av (23 %), etterfulgt av cannabis (20 %), benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter (19 %) og amfetamin, metamfetamin, kokain, crack og andre sentralstimulerende midler (17 %)
- Heroin/opium er det rusmiddelet som færrest personer mottar tjenester som følge av (8 %) etterfulgt av metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider (13 %).

Type rusmiddelbruk fordelt på alder og kjønn

Undersøkelsen viser videre at det er forskjeller i bruk av typer rusmidler blant ulike aldersgrupper og blant kvinner og menn:

- Cannabis er det rusmiddelet som flest unge i alderen 15 – 25 år som mottar tjenester bruker, både blant kvinner og menn.
- Alkohol er det rusmiddelet som flest menn i alderen 26 – 50 år og flest kvinner og menn over 50 år mottar tjenester som følge av.
- Benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter er mest utbredt blant voksne i alderen 26 – 50 år, og mest blant menn. Det er også relativt utbredt blant eldre over 50 år, mer blant kvinner enn menn.
- Alle de tre typene rusmidler heroin/opium, "amfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy" og metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider er mest utbredt blant voksne i alderen 26 – 50 år.

Utviklingstrekk

Funnene fra undersøkelsen tyder også på at det har vært noen sentrale utviklingstrekk både når det gjelder antall personer i de ulike aldersgruppene som mottar kommunale tjenester, og når det gjelder hvilke typer rusmidler de bruker.

Brukergrupper

- Flest kommuner har opplevd økning i antall brukere med dobbeltdiagnose (59 %).
- Blant aldersgrupper er ungdom mellom 15 og 25 år den gruppen flest kommuner har opplevd en økning i (55 %).
- Aldersgruppene voksne mellom 26 og 50 år og eldre over 50 år har i størst grad vært stabile.
- For alle aldersgrupper er det få kommuner som har opplevd nedgang.

Type rusmiddelbruk

- En relativt stor andel (27 – 39 %) av kommunene vet ikke om det har vært noen endring i bruken av ulike typer rusmidler
- De rusmidlene som flest kommuner har opplevd økning i bruken av er cannabis (41 %) og "amfetamin, metamfetamin, kokain, crack og andre sentralstimulerende midler" (39 %). Det er også en relativt høy andel kommuner som har opplevd økning i bruk av benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter (33 %).
- De rusmidlene som færrest kommuner har opplevd økning i bruken av er heroin (10 %) og alkohol (20 %). Flertallet av kommunene har ikke hatt noen endring i bruken av disse rusmidlene.

Kommunale tjenester

Totalt oppga kommunene at 5052 personer mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelmisbruk. Når det gjelder hvilke typer kommunale tjenester personer med rusmiddelproblemer mottar, er det store likheter på tvers av aldersgrupper. Med forbehold om usikkerhet ved tallene, viser undersøkelsen at:

- Den typen tjeneste som flest personer mottar er økonomisk sosialhjelp/inntektssikring (50 %). Videre bor 23 % i kommunal bolig og/eller bolig med heldøgns bemanning. 17 % får psykiske helsetjenester, 17 % får oppfølging i egen bolig/hjemmetjenester, 13 % får arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, 12 % får tjenester i spesialisthelsetjenesten og 11 % får økonomisk rådgivning.
- Voksne i alderen 26 – 50 år er den største gruppen tjenestemottakere på alle tjenestemottaksområder, med unntak av økonomisk sosialhjelp hvor det er flest i alderen eldre enn 50 år.
- Det er relativt små forskjeller mellom aldersgruppene med hensyn til hvilke tjenester de mottar.

2. INNLEDNING

Rambøll presenterer med dette sluttrapport for Utvalgsundersøkelse om personer med rusmiddelproblemer. Undersøkelsen har blitt gjennomført i perioden januar 2011 – mai 2011 på oppdrag fra Helsedirektoratet. I denne rapporten presenteres funn, analyser og konklusjoner fra undersøkelsens datainnsamling.

Rambøll står alene ansvarlig for alle analyser og konklusjoner presentert i rapporten.

2.1 Formålet med undersøkelsen

Per i dag eksisterer det ikke tilstrekkelig data om problemomfanget knyttet til kommunale tjenester på rusområdet. Rusfeltet i Norge er preget av usikkerhet, både som følge av en mangel på reliable og komplette data som kartlegger russituasjonen, en mangel på en enhetlig definisjon av målgruppen, og variasjon i organiseringen og forståelsen av rusarbeidet blant kommunene³. Etter Rambølls erfaring representerer dette et stadig tilbakevendende problem på rusområdet; det er svært vanskelig å skaffe til veie reliable data om bruken av rusmidler. I mange tilfeller opplever også kommunene selv at de har dårlig innsikt i omfanget av problemet. Rusmiddelavhengighet er problematisk å definere, og gruppen "rusmiddelavhengige" er også en lite homogen gruppe som er vanskelig å skaffe en god oversikt over. Videre har flere rapporter og evalueringer, blant annet av Helsetilsynet og SINTEF⁴, identifisert mangler når det gjelder kapasitet, kvalitet, tilgjengelighet, oppfølging, rettsikkerhet, bruk av individuell plan samt helhet og sammenheng i tjenestene.

For å øke kunnskapen om tjenestemottakerne på det kommunale rusfeltet har Helsedirektoratet bestilt en undersøkelse hvor det settes fokus på nettopp denne målgruppen. Rambøll som følge av dette gjennomført en utvalgsundersøkelse blant 49 tilfeldig utvalgte kommuner med hensikt om å dokumentere situasjonen tilknyttet omfang av tjenestebehov og karakteristika ved tjenestemottakere med rusmiddelproblemer/avhengighet. Delmål 2.4 i opptrappingsplanen for rusfeltet sikter mot å bedre dokumentasjon og statistikk⁵, og *Utvalgsundersøkelsen* regnes som et naturlig bidrag til denne satsingen. Rambøll vurderer at dette er en viktig innsats som også kan resultere i et bedre tilbud til målgruppen ved at tjenesteapparatet kan utvikles ut i fra et bedre kunnskapsgrunnlag.

2.2 Bakgrunn for oppdraget

De siste årene har det vært gjort en mer målrettet satsing overfor målgruppen rusmiddelmisbrukere, blant annet gjennom kapasitetsøkningen av det kommunale tjenesteapparatet som har fulgt av tilskuddsordningene STYRK og LAR, nå tilskudd til kommunalt rusarbeid. Satsingen på målgruppen, eksemplifisert gjennom nevnte tilskuddsordninger, må sees opp imot bakgrunnen av blant annet Rusreformen fra 2004 og Opptrappingsplanen for rusfeltet 2008-2010, og det er også andre statlige tilskuddsordninger som berører kommunalt rusarbeid. Av de viktigste kan "forsøk med bruk av tillitspersoner og koordinering av psykososialt arbeid" (KTP) og "lavterskel helsetiltak for rusmiddelmisbrukere, herunder tannhelsetjenester" (LAV) nevnes. Statusrapport for Opptrappingsplanen for rusfeltet⁶ viser at 90 prosent av tiltakene i opptrappingsplanen er i gang, og norske kommuner bruker stadig mer ressurser på å redusere skadeomfanget av rusmisbruk, både på individnivå og på samfunnsnivå. Helsedirektoratet viser til at det i 2006 var 50 kommuner som til sammen mottok 130 millioner for å styrke rusarbeidet, mens det i 2010 var omlag 250 kommuner som mottok 323 millioner, noe som bidrar til mer kunnskap om, samt økt fokus på, denne målgruppens behov⁷ i kommunene.

³ Se feks Helsedirektoratet: *Data om kommunalt arbeid for personer med rusmiddelproblemer, Sluttrapport 2009*

⁴ Blant annet:

Helsetilsynet (2007): *Tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere: Oppsummering og vurdering av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2004-2006*. Helsetilsynet 2007.

SINTEF Helse (2007): *Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige- Skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat*.

SINTEF A4638

⁵ Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010, tilgjengelig på:

http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/opptrappingsplanen/opptrappingsplan_for_rusfeltet__283544

⁶ Helsedirektoratet (2009): *Opptrappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport 2009*.

⁷ http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/bred_innsats_p__rusfeltet_757144

Hovedtyngden av tjenester til personer med rusmiddelproblemer inngår i det ordinære kommunale tjenesteapparatet, og finansieres over rammen til den enkelte kommune. Kommunene er således den viktigste aktøren i velferdstilbudet for denne gruppen og den mest sentrale innsatsen skjer i den enkeltes nærmiljø. For å skape helhetlige og virkningsfulle tjenester er man avhengig av å ha et kvalitativt godt tjenestetilbud, samt god samhandling mellom de kommunale tjenestene, spesialisthelsetjenesten, frivillige organisasjoner og andre aktører med rusrelaterte problemer. Et overordnet kjennetegn ved målgruppen rusmiddelavhengige er at disse personene typisk har en svært sammensatt behovsprofil i betydningen av at de er "tjenestemottakere" av en rekke ulike kommunale tjenester – for eksempel i forhold til bolig, økonomi, helsetjenester, osv. I flere situasjoner relateres også rusproblemer til andre sosiale utfordringer kommuner, fylkeskommuner og departementer jobber opp mot. Verdt å nevne er gruppen domfelte og innsatte. En studie på dette området er FAFO-rapporten "Levekår blant innsatte"⁸, hvor det blant annet identifiseres at fengselsopphold skaper og styrker marginalisering fra det konvensjonelle samfunnet. Ulike sosiale utfordringer, ved siden av rus, kan medføre at karakteristika, og dermed også tjenestebehov, hos de ulike tjenestemottakerne er av varierende grad.

Når en skal danne seg et bilde av rusmiddelavhengige i kommunene vil med andre ord selve rusmiddelavhengigheten bare være en dimensjon ved tjenestebehovet ved siden av andre forhold vedrørende bolig, arbeid, psykiske helseproblemer, osv.

Med rusreformen i 2004 ble det lokale tjenestetilbudet til rusmisbrukere flyttet fra fylkeskommunen etter sosialtjenesteloven og over på staten ved de regionale helseforetakene, forankret i lovverket for spesialhelsetjenester⁹. Det statlige ansvaret omfatter avrusning, utredning og spesialisert behandling, mens kommunens ansvar er rehabiliteringstiltak i etterkant. I tillegg har kommunene ansvaret for tiltak på gateplan og for mer omsorgspregede tiltak for mennesker med rusproblemer. I følge en evaluering av rusreformen fra 2006 så man en økning i antall årsverk relatert til rusmiddelproblemer i kommunene, samtidig som det var store variasjoner mellom kommunene i ressursbruk og omfang av tjenester. I flere kommuner ble det etablert et godt tilbud til mennesker med rusrelaterte problemer og brukere opplevde å få økt bistand til å mestre eget liv, men utfordringene var fremdeles store.

I 2007 ble det planfestet en økt satsing på rusproblematikk i Norge gjennom en opptrappingsplan. Regjeringens *Opptrappingsplan for rusfeltet* (2007-2010, utvidet til 2012) omfatter hele rusfeltet og har et overordnet fokus på samhandling mellom ulike berørte parter/institusjoner, for å sikre kontinuitet i behandlingstilbudet. Dette innbefatter forebyggende arbeid, behandling, rehabilitering og oppfølging av tjenestemottakere. I opptrappingsplanen er tilskuddsordningen en viktig økonomisk støtte til kommunene som ønsker å øke det kommunale rusarbeidet. Tilskuddsordningen omfatter lokale prosjekter som blant annet jobber med:

- Oppfølgingstjenester
- Aktivitets-/arbeidsrettede tiltak
- Pårørendearbeid
- Psykisk og somatisk helsehjelp
- Tiltak rettet mot mennesker med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske problemer/lidelser
- Lokalmedisinske sentra
- Kartlegging og vurdering av videre hjelpe- og behandlingstilbud

Som tidligere nevnt er det stadig flere kommuner som mottar tilskudd til kommunalt rusarbeid. I 2006 var det omtrent 50 kommuner som mottok tilskudd, i 2010 er det nærmere 250. Ifølge SSB har også antall oppholdsdøgn i rusbehandlingsinstitusjoner økt jevnt. I 2006 ble det registrert 188 701 oppholdsdøgn, mens det i 2009 ble registrert 203 331 oppholdsdøgn¹⁰. Det er tidligere

⁸ Hansen og Friestad (2004) Lekarar blant innsatte, FAFO-rapport 429

⁹ Om rusreformen, tilgjengelig på:

http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/behandling/rusreformen/om_rusreformen__38440

¹⁰ Tilgjengelig på:

http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?Productid=00.00&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelP.asp&SubjectCode=00

vist til en økning i kompetansenivå blant kommunene som følge av tilskuddsordningene, og temat rus er i større grad satt på dagsorden.

Det finnes mye data innad i kommunene om deres eget rusarbeid, og i 2009 ble det gjennomført en prøverapportering på vegne av Helsedirektoratet. I arbeid med prøverapporteringen fant Først og Høverstad (2009) flere områder hvor det tilknyttet problemer i innhenting av data om kommunalt arbeid for tjenestemottakere med rusproblemer. For det første ble det funnet at det ikke finnes noen standardisert koder for å registrere tjenestemottakers årsak eller problem tilknyttet rus. For det andre ble det identifisert forskjeller mellom kommunene i forhold til tallfesting av antall tjenestemottakere. Det vises til at noen kommuner tallfester kun tjenestemottakere av økonomisk bistand, mens i andre kommuner, eksempelvis Drammen og Sandnes, er flere mottakere i kontakt med den kommunale helsetjenesten gjennom veiledning, oppfølging og annen ikke økonomisk sosialhjelp. I tillegg påpekes det i opptrappingsplanen for rusfeltet at "kommunene i hovedsak registrerer ytte tjenester etter behov og ikke etter diagnose".¹³

Statistisk sentralbyrå innhenter i dag flere type data som omhandler kommunal rusarbeid. Opptrappingsplanen for rusfeltet viser til kommune-statrapporteringen (Kostra), Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (Iplos), Sentrale data fra allmennlegetjenesten (Seda) og spesialisthelsetjenesten, herunder rusbehandling¹⁵. Opptrappingsplanen viser videre til at det siktes på et nasjonalt register for å sikre relevant data for administrasjon, styring og kvalitetssikring gjennom variabler som sier noe om sosiale og rusrelatert karakteristika, slik at det i større grad kan benyttes til forskning¹⁶.

Det er en kjent utfordring at det i dag er stor variasjon mellom kommunene og deres arbeid med rusarbeid og oppfølging av mennesker med rusproblemer. I tillegg til "at det kan være store variasjoner i den enkeltes rusmiddelproblemer og mestrings- og funksjonsnivå"¹⁷, noe som det må tas hensyn til.

I presentasjonen av resultatene fra undersøkelsen vil i ikke si noe om enkeltkommuner, men vil heller gi et overblikk på kommunegruppenivå og rundt demografiske grupper. Før vi i rapportens neste del gjør rede for metodebruk og datakilder, skal vi nedenfor gi leseren en kort gjennomgang av rapportens videre struktur.

2.3 Leserveiledning

De resterende deler av denne rapporten vil struktureres på følgende måte:

Kapittel 3 redegjør for metoder og datakilder som ligger til grunn for undersøkelsen

Kapittel 4 går nærmere inn på tjenestebehovet blant personer med rusmiddelproblemer slik situasjonen oppfattes av kommunene

Kapittel 5 går i dybden kapasiteten på tjenestene slik denne er beskrevet av kommune som inngår i utvalgsundersøkelsen

Kapittel 6 framviser en karakteristikk av tjenestemottakerne i kommunene. Disse er inndelt etter kjønn og alderskategorier

Kapittel 7 presenterer noen refleksjoner om situasjonen i Oslo basert på både opplysninger gitt av bydelene i breddeundersøkelsen, samt intervjuer med rusmiddeletaten

Det er gjennomgående i rapporten benyttet figurer som angir frekvenser for de ulike svaralternativene i spørreskjemaet. I alle figurer oppgis antall respondenter som har besvart spørsmålet på denne måten: $N = x$. I enkelte figurer skilles det mellom kommuner med ulik størrelse. I disse henviser $n = x$ til antall kommuner i hver størrelseskategori. Til spørsmål med svaralternativer på intervallskala (1 – 5), fremstilles frekvenser, gjennomsnittsverdier og standardavvik i egne tabeller.

3. METODE OG DATAKILDER

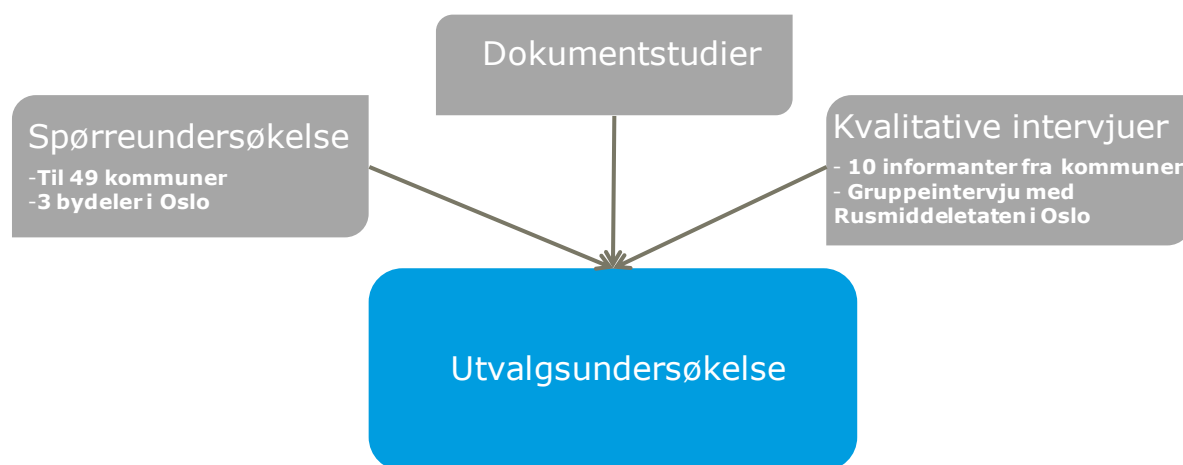
Dette kapittelet redegjør for metodisk fremgangsmåte i gjennomføringen av Utvalgsundersøkelse om personer med rusmiddelproblemer. Undersøkelsen har basert seg på en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitative data er innhentet gjennom en spørreundersøkelse som har gått ut til alle kommunene i vårt utvalg. Kvalitative data er hentet inn gjennom intervjuer med respondenter som har besvart skjemaet, og det er i tillegg også gjennomført intervjuer med informanter ved Rusmiddeletaten i Oslo kommune. De kvantitative dataene har gitt et oversiktsbilde over kapasitet i det kommunale rusarbeidet, omfanget av tjenestebehov, og karakteristika ved tjenestemottakere med rusmiddelproblemer. I de kvalitative intervjuene er det innhentet perspektiver på hvordan kommunene har oppfattet spørsmålene i skjemaet, og kommunene har også fått mulighet til å utdype eventuelle lokale styrker og utfordringer i rusarbeidet. Vi anser også at bruken av flere metoder, såkalt metodetriangulering, styrker undersøkelsens reliabilitet¹¹.

Vi vil først beskrive hvordan vi har gjennomført undersøkelsen, før vi beskriver hvordan vi har gått frem for å samle inn besvarelser. Til slutt gjør vi noen betraktninger rundt datamaterialets kvalitet og representativitet.

3.1 Kvalitativ og kvantitativ datainnsamling

I undersøkelsen har vi benyttet ulike datainnsamlingsstrategier for å skaffe til veie et best mulig grunnlag for oppdraget. Den ovennevnte kombinasjonen av kvalitative og kvantitative metoder illustreres av figur 3.1 nedenfor:

Figur 3.1: Oversikt over evalueringens datakilder



Fra figur 3.1 fremgår det at det er gjennomført tre ulike aktiviteter for å innhente data. Datainnsamlingen er gjennomført etter en kronologi der vi først gjennomførte dokumentstudier, før vi gjennomførte spørreundersøkelsen. I etterkant av spørreundersøkelsen ble det gjennomført kvalitative intervjuer hvor det ble gått mer i dybden på noen av temaene fra breddeundersøkelsene. Ved å velge en slik kronologi for datainnsamlingsaktivitetene fikk vi mulighet til å bygge på tidligere erfaringer og funn underveis i datainnsamlingen. I tillegg til disse datainnsamlingsaktivitetene vil vi også nevne at vi forut for utsendelsen av spørreskjemaet hadde telefonisk kontakt med nær samtlige respondenter for å forberede dem på undersøkelsen, samt sikre at vi hadde rett respondent for undersøkelsen.

Videre beskrives hver av de ovennevnte aktivitetene mer inngående.

3.1.1 Dokumentstudier

Tidlig i prosjektet gjennomførte Rambøll innledende dokumentstudier, med formål om å styrke kunnskapsgrunnlaget for gjennomføring av utvalgsundersøkelsen. Vi studerte en rekke sentrale

¹¹ Stewart (1998). *The Ethnographer's Method*. Sage Publications: London

offentlige dokumenter og meldinger, samt sentral forskning på området. De viktigste dokumentene vi har studert er gjengitt i følgende figur:

- Opptappingsplan for rusfeltet 2008-2010
- Opptappingsplan for rusfeltet 2008-2010-statusrapport 2009
- "Utkastelser og tvangssalg" NIBR-rapport 2009: 26
- SIRUS rapport 3/2010, Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk
- SIRUS rapport 4/2010, Hva er misbruk og avhengighet?
- SIRUS-rapport. Rusmidler i Norge 2010
- Sirus-rapport: Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser
- SINTEF-rapport 2007. Pasienter med rusmiddelmisbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk
- Helsevern for voksne
- Helsedirektoratet: Data om kommunalt arbeid for personer med rusmiddelproblemer. Sluttrapport 2009
- NOU 2003: 4 Forskning på rusmiddelfeltet
- St meld nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene
- Tidsskrift for psykisk helsearbeid - 2006 - Nr 03 - "Rus og psykisk lidelse – faglige og organisatoriske utfordringer"

3.2 Kvantitativ spørreundersøkelse

Utgangspunktet for utvalgsundersøkelsen var at den skulle basere seg på data fra et utvalg på 50 kommuner. I det følgende gjøres det rede for prinsippene som lå til grunn for utvelgelsen av kommunene, før vi beskriver gjennomføringen av spørreundersøkelsen.

3.2.1 Utvelgelse av kommuner til survey

For å innhente et tilfeldig og representativt utvalg kommuner til undersøkelsen benyttet vi oss av en klyngeanalyse. Den grunnleggende ideen bak en klyngeanalyse er å samle et antall observasjoner (kommuner) i et antall klynger, slik at hver klynge er så ensartet som mulig, samt skiller seg fra de andre klyngene i forhold til variablene som ligger til grunn for utvalget. Data til klyngeanalysen er hentet fra Statistisk Sentralbyrå (SSB).

Rambøll har benyttet en rekke faktorer for å kategorisere kommunene i klynger. Disse faktorene er hentet fra følgende variabler fra SSB:

- **Inntekt**
Variabel: "Gjennomsnittsinntekt pr. husstand".
- **Tilknytning til arbeidsmarkedet**
Tilknytning til arbeidsmarkedet er, som inntekt, en god indikator på ressursstyrke blant befolkning.
Variabel: "Gjennomsnittlig årlig arbeidsløshet".
- **Utdanningsnivå**
Utdanningsnivået er som de to ovenstående faktorer et mål for ressursstyrke blant befolkningen.
Variabel: "Andel voksne over 16 med en lang og/eller mellomlang videregående utdanning".
- **Befolkningsstørrelse i kommunen**
Variabel: "Befolkningsstørrelse".
- **Urbanisering**
Urbanisering målt som andelen av befolkning bosatt i byer.
Variabel "Andel av befolkning bosatt i byer".
- **Kommunens innvandrerbefolkning**
Variabel: "Andel innvandrere".

- **Utgifter til personer med rusmiddelproblemer**

Variabel: "Kommunenes andel av deres netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusmiddelproblemer".

Resultat av klyngeanalysen

Klyngeanalysen som ble gjennomført på bakgrunn av de nevnte variablene innebar en inndeling av alle Norges kommuner i 12 klynger. Antallet klynger bygger på kommunenes homogenitets- og heterogenitetsmål. Det vil si at kommunene innenfor en klynge er relativt like, mens det er relativt stor forskjell klyngene imellom. Det er viktig å understreke at det utelukkende er de faktorene som ble presentert over kommunene er vurdert etter. En åpenbar konsekvens av dette er at to kommuner som likner hverandre når en tar andre faktorer i betraktning er plassert i to ulike klynger.

Inndelingen av alle kommunene i de 12 klyngene fremgår av vedlegg 1. Antallet kommuner i hver klynge varierer fra klynge til klynge. Klynge 1 har 84 kommuner, mens klynge 11 og 12 kun har 1 kommune i hver. Kommunene i klynge 11 og 12 er henholdsvis Bjarkøy kommune og Oslo kommune, som på grunn av spesielle forhold (egenskaper ved Oslo som hovedstad og Bjarkøy som liten øy-kommune) ikke ligner noen av de andre kommunene på faktorene som er benyttet. En interessant analyse er hvordan de ulike kommunene innen et fylke fordeler seg på klyngene. Dersom alle (størstedelen av) kommunene innenfor et fylke plasserer seg i samme klynge, vil dette indikere at kommunene innenfor fylket er homogene i forhold til de variablene som er benyttet i klyngeanalysen. I vedlegg 2 gjengis hvordan kommunene fylkesvis er fordelt på klyngene. Vi ser at kommunene i de fleste fylker fordeler seg på flere klynger. Cellene markert i blått viser de klyngene hvor det største antall kommuner fra hvert fylke er plassert. Analysen viser således at fylkene ikke er homogene i forhold til de variablene som er benyttet i klyngeanalysen. Videre er en meget stor del (70 %) av kommunene plassert i klynge 1, 2, 3 og 4.

Selv om kommunene i et fylke ikke er plassert i samme klynge, kan det være geografiske forskjeller som for eksempel gjør at kommunene i noen deler av landet samles i samme klynge. Vi viser til vedlegg 1 for en oversikt over hvordan klyngene fordeler seg geografisk.

Kjennetegn ved klyngene

I klyngeanalysen er det som tidligere beskrevet benyttet 7 forskjellige sosioøkonomiske faktorer. Tabell 3 viser de ulike klyngenes gjennomsnittsverdi på hver av disse syv faktorene. Dette gjør det mulig å identifisere hva som kjennetegner den enkelte klynge. De cellene som er markert med blått viser eksempler på variabler hvor kommunene i klyngen skiller seg markant (enten i oppadgående eller nedadgående retning) fra gjennomsnittet av alle kommunene.

Tabell 3.1: Kjennetegn ved klyngene

	Befolkning	Arbeidsledighet	Inntekt	Urbanisering	Utgifter til rus	Innvandrere	Utdanning
1	4.517	3,19	366.607	39,83	2,00	4,44	12,98
2	1.813	2,00	363.705	11,41	1,46	4,61	12,80
3	4.145	1,83	403.782	38,88	2,20	5,86	15,29
4	11.366	2,62	394.457	70,83	6,77	7,85	16,76
5	8.181	1,98	478.179	56,63	2,72	6,51	15,30
6	20.804	1,96	459.000	81,70	8,01	9,24	24,43
7	43.401	2,91	396.208	91,08	19,66	12,68	20,67
8	1.877	4,87	346.950	72,69	-0,33	8,80	11,82
9	3.241	2,55	400.750	21,95	-32,85	5,45	12,95
10	210.154	2,75	371.500	95,40	19,60	10,65	28,03
11	503	1,30	345.000	0,00	-128,60	6,40	12,64
12	575.475	3,40	340.000	97,70	24,80	27,30	33,48
Gjns.	11.161	2,51	396.249	50,36	3,42	6,67	15,61

Ved å se på gjennomsnittsverdien for klyngene kan følgende karakteristika av klyngene fremheves:

- Klynge 1 består av kommuner med en lav andel innvandrere og en lav andel av befolkningen har videregående utdanning
- Klynge 2 er kommuner med lav urbaniseringsgrad og en lav andel av befolkningen har videregående utdanning
- Klynge 3 er kommuner med lav arbeidsledighet
- Klynge 4 er gjennomsnittlige norske kommuner
- Klynge 5 er kommuner med høyt inntektsnivå og lav arbeidsledighet
- Klynge 6 er kommuner med lav arbeidsledighet og høy urbaniseringsgrad
- Klynge 7 er kommuner med høye utgifter til personer med rusmiddelproblemer og en høy andel innvandrere
- Klynge 8 er kommuner med høy arbeidsledighet
- Klynge 9 er kommuner med få utgifter til personer med rusmiddelproblemer
- Klynge 10 er kommuner med stor befolkning, høy urbaniseringsgrad, høye utgifter til personer med rusmiddelproblemer, og en høy andel av befolkningen har videregående utdanning (Bergen og Trondheim)
- Klynge 11 er Bjarkøy kommune, en kommune med liten befolkning, lav urbaniseringsgrad og lave utgifter til personer med rusmiddelproblemer
- Klynge 12 er Oslo kommune er hovedstad med stor befolkning, høy urbaniseringsgrad, høye utgifter til personer med rusmiddelproblemer, høy andel innvandrere og høyt utdanningsnivå

Det skal bemerkes at den enkelte kommune i hver klynge ikke nødvendigvis dekkes av alle disse beskrivelsene. Dette skyldes at beskrivelsene er basert på gjennomsnittsverdien for alle kommunene i klyngen.

Stikkprøveutvalg

Utvalget av 50 kommuner til spørreundersøkelsen ble foretatt på bakgrunn av de 12 klyngene. Klyngene varierer i størrelse, og man kan derfor ikke velge samme antall kommuner fra hver klynge. I stedet har vi benyttet en proporsjonell stratifisert stikkprøve, hvor vi har valgt ut det antall kommuner fra klyngen som tilsvarer den andel av samlet antall kommuner denne klyngen utgjør. Det vil si at klynge 1 som inneholder 76 kommuner, noe som tilsvarer til $76/430 = 18\%$ av kommunene, skal utgjøre 18 % av de 50 kommunene i stikkprøven (9 kommuner). På bakgrunn av dette utførte vi en tilfeldig stikkprøve med 50 kommuner. De utvalgte kommunene presenteres i tabell 3.2.

Tabell 3.2: De 50 utvalgte kommunene til stikkprøven

Klynge	Kommune
1	Sel
1	Gausdal
1	Marnardal
1	Selje (erstatte Tvedestrand)
1	Midtre Gauldal
1	Verdal
1	Flakstad
1	Kvæfjord
1	Nordreisa
2	Aremark
2	Lesja
2	Lom
2	Sør-Aurdal
2	Flå
2	Masfjorden
2	Rennebu (erstatte Aure)
3	Gran
3	Seljord
3	Sokndal
3	Suldal
3	Utsira (erstatte Kviteseid)
3	Fjaler (erstatte Flesberg)
3	Inderøy
3	Salangen
3	Målselv
4	Hol
4	Øvre Eiker
4	Svelvik
4	Bø (Telem.)
4	Bykle
4	Sauda
4	Flora
4	Stranda
4	Saltdal
5	Rennesøy
5	Bømlo
5	Sund
5	Fjell
6	Frogn
6	Bærum
6	Sørum
7	Lørenskog
7	Hamar
7	Sandefjord
8	Guovdageaidnu Kautokeino
8	Lebesby
9	Herøy (Nordl.)
10	Trondheim
11	Bjarkøy
12	Oslo kommune

I prinsippet kan en valgt kommune erstattes med en annen kommune fra tilsvarende klynge, men man bør være forsiktig med denne form for subjektiv utvelgelse, da dette medfører at man ikke lengre kan kalle det en tilfeldig utvalgt stikkprøve. Utvelgelse av andre kommuner kan påvirke stikkprøvens representativitet, samt undersøkelsens konklusjoner. Når det er sagt er det slik at fem kommuner valgte å reservere seg mot å delta i undersøkelsen. Dette medførte at vi erstattet disse kommunene ved å velge en annen kommune ved tilfeldig utvalg innen samme klynge. Det fremkommer av tabellen hvilke kommuner som er erstattet med andre kommuner.

I tillegg ønsket ikke Bjarkøy kommune i klynge 11 å delta. Ettersom dette er den eneste kommunen i klynge 11, falt denne klyngen ut uten erstatting. Dette ga et totalt utvalg på 49 kommuner. Som nevnt inngikk Oslo i dette utvalget. Rusarbeidet i Oslo kommune foregår i første rekke på bydelsnivå, og det ble derfor i samråd med oppdragsgiver bestemt at Oslo skal representeres av bydelene Gamle Oslo, Nordre Aker og Alna. I alt gir dette at undersøkelsen omfatter 51 respondenter – hvorav tre representerer Oslo kommune.

Respondenter i de 49 kommunene

For å rekruttere respondenter ifra de utvalgte kommuner benyttet vi en av tre ulike kilder for å finne riktig kontaktperson. De to første var direkte tilbakemeldinger om riktig kontaktperson fra kommune eller rusrådgiver hos fylkesmannen. Den siste var videre henvisning etter kontakt med førstelinjetjeneste hos NAV /aktuelt servicetorg.

Som nevnt ovenfor var det totalt fem kommuner som ikke ønsket å delta i undersøkelsen. Det var noen ulike grunner til at de ikke ønsket å delta som for eksempel tidsnød, eller at man anså at kommunens ikke ville kunne bidra på en fruktbar til undersøkelsen. Det ble også nevnt at det ville være et for stort arbeid å frembringe de tall som etterspørres i undersøkelsen. den relativt lave reservasjonsprosenten kan skyldes at Helsedirektoratet og Rambøll sammen utformet et invitasjonsbrev som ble sendt kommunene i forkant av annen kontakt, hvor de ble oppfordret sterkt om å bidra til undersøkelsen.

3.2.2 Utvikling av spørreskjema

På bakgrunn av dokumentstudiene og dialog med oppdragsgiver ble det utviklet et elektronisk spørreskjema som ble sendt ut til de 51 kommunene og bydelene. Før utsendelse ble også skjemaet testet i en prøveutsendelse til tre tilfeldig utvalgte kommuner. Innspill fra disse kommunene til skjemaet ble tatt med inn i en siste justering av skjemaet. Spørreskjemaet som ble benyttet kan finnes i vedlegg 9.

3.2.3 Gjennomføring av survey

Undersøkelsen ble sendt ut til respondentene 11. februar, og ble lukket 3. mars. Den relativt lange svarperioden skyldes at vi i dialogen med respondentene ble fortalt av enkeltrespondenter at de av ulike grunner ikke kunne svare før 1. mars. Det var blant annet flere av respondentene som trakk fram som en liten utfordring at undersøkelsen foregikk innenfor var vinterferieperiode (uke 8). Ettersom vi hadde ønske om å få svar av samtlige kommuner valgte vi å forlenge svarperioden noe. Dette ga følgende resultat:

Tabell 3.3: Svarprosent

Respondentgruppe	Populasjon	Gjennomført	Svarprosent
Kommuner og bydeler	51	51	100 %

I den enkelte kommune var det i utgangspunktet kun én kontaktperson som fikk tilsendt det nettbaserte spørreskjemaet. I kontakten med kommunene i forkant av undersøkelsen gjorde vi alle kommuner oppmerksomme på at undersøkelsen kunne videresendes til kollega, ettersom den nødvendige oversikten for å svare på undersøkelsen gjerne er spredt på flere aktører i kommunen. Vi har fått tilbakemelding om at for eksempel helsesøster, fastlege, og rus/psykiatritjenesten er involvert for å frembringe nødvendige tall. For å bedre fleksibiliteten har man også kunnet gå inn og ut av skjemaet i hele svarperioden inntil man registrerte sin besvarelse som fullført. Respondentene kunne kontakte Rambøll gjennom hele perioden undersøkelsen var i felt, og vi fulgte også opp alle respondenter som ikke enda hadde svart på telefon to ganger i løpet av perioden, og vi sendte i alt to påminnelser om undersøkelsen på e-post.

Vi har også lyst til å nevne at vi i alle samtalene med kommunene underveis i prosjektet har opplevd stor imøtekommenhet. De aller fleste har vært positive til innsatsen de har måttet legge ned for å skaffe seg oversikt over situasjonen i egen kommune, og har sett nytteverdien av dette opp i mot senere arbeid i egen kommune. Mange har også gitt uttrykk for at det oppleves som meningsfylt å bidra til å skaffe oversikt på feltet i mer generell forstand.

3.3 Kvalitative oppfølgingsintervjuer

På bakgrunn av besvarelsene av spørreundersøkelsen ble i alt 10 kommuner valgt ut til å delta i oppfølgende telefonintervjuer. Ved utvelgelse ble det vektlagt spredning på variabler som geografi, innbyggertall og sentralitet for å sikre variasjon i utvalget. I tillegg ble det gjennomført intervjuer hos Rusmiddelstaten i Oslo for å innhente kunnskap om situasjonen i Oslo kommune.

I intervjuene med kommunene undersøkte vi mer inngående respondentenes oppfatninger om følgende tema:

- Rusarbeidet i kommunen
- Informasjon om tjenestebehovet
- Kapasitet på tjenestene – samt samarbeid på rusområdet
- Tjenestemottakerne – utvikling og oversikt
- Botilbud til for personer med rusmiddelproblemer
- Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak
- Veien videre i kommunens rusarbeid

Intervjuene med informanter fra kommunene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det vil si at det ble utarbeidet en intervjuguide bygget opp rundt temaene ovenfor som er med på å gi retning på intervjuene, men som fortsatt tillater at temaer og problemstillinger som dukker opp underveis i intervjuene forfølges. Vi benyttet også besvarelsene på spørreskjemaet for å tilpasse intervjuguiden til den enkelte kommune.

Opplysninger innhentet i de kvalitative intervjuene er i første rekke benyttet som et supplement til dataene fra spørreundersøkelsen, og har bidratt til å klargjøre respondentenes forståelse av begreper, tjenestetilbud og målgrupper. Det har også vært av særlig interesse å få et inntrykk av den videre satsing på rusfeltet for noen av kommunene i undersøkelsen.

3.4 Muligheten for generalisering av tallene fra undersøkelsen

I analysene av spørreundersøkelsen har vi gjennomgående benyttet kommunestørrelse som den viktigste analysevariabel. Selv om stikkprøven/utvalget kommuner også er valgt ut på bakgrunn av en rekke andre variabler, gir disse lite verdi i analyseøyemed, og vi har derfor valgt en deskriptiv formidling som benytter den variabelen som gir størst grad av representativitet.

Generalisering til nasjonalt nivå

I tabellen ses fordelingen av kommuner i hele Norge og i det anvendte utvalget.

Tabell 3.4: Kommunestørrelse i utvalget og i populasjonen

Innbyggertall	Hele Norge		Utvalg	
	Antall kommuner	Andel	Antall kommuner	Andel
Under 5000	236	54,9 %	26	53,1 %
5000-9999	88	20,5 %	9	18,4 %
10.000-19.999	55	12,8 %	7	14,3 %
20.000 og over	51	11,9 %	7	14,3 %
I alt	430	100,0 %	49	100,0 %

Det fremgår at fordelingen på kommunestørrelser i utvalget i høy grad ligner fordelingen i landet for øvrig. En statistisk test¹² viser også at det ikke kan avvises at fordelingen i utvalget og fordelingen i hele Norge er identiske. Dermed må utvalget av kommuner sies å være representativ med hensyn til kommunestørrelse. Dette betyr at resultatene for det anvendte utvalget kan generaliseres til nasjonalt nivå, både samlet og fordelt på kommunestørrelse.

¹² Det ble brukt en chi²-test for uavhengighet som tester om hypotesen: "De to gruppene er uavhengige" kan avkreftes. Testverdien er på 0,4119, hvilket gir en p-verdi på 0,938. Nullhypotesen kan dermed ikke avvises med et rimelig signifikansnivå, og altså regnes de to gruppene som uavhengige

Generalisering på kommunegruppenivå:

Vi har sett nærmere på om de utvalgte kommunene gjennomsnittlig avspeiler kommunene i gjeldende gruppen – altså at for eksempel de 26 kommuner i utvalget med under 5000 innbyggere gjennomsnittlig avspeiler de 236 kommunene i gruppen. Dette gjøres ved å se på gjennomsnittlig befolkningsstørrelse. Den følgende tabellen viser dette:

Tabell 3.5: Kommunestørrelse, generalisering

Innbyggertall	Hele Norge		Utvalg		Forskjell	P-verdi
	Antall kommuner	Gjennomsnitts befolkning	Antall kommuner	Gjennomsnitts befolkning		
>5000	236	2436	26	2818	Nei	0,1361
5000-9999	88	7021	9	6023	Ja	0,0392
10.000-19.999	55	14063	7	13662	Nei	0,7044
20.000 <	51	55550	7	139729	Ja	0,0481
20.000 < (uten Oslo)	50	45151	6	67105	Nei	0,2448

En statistisk test¹³ viser at det ikke er signifikant forskjell for tre av gruppene i tabellen, mens stikkprøven for kommuner med 5000 - 9999 innbyggere gjennomsnittlig er litt mindre enn for gruppen generelt sett. Det antas likevel ikke at denne forskjellen har stor betydning. Det er også en forskjell i at befolkningsgjennomsnittet i utvalget er en del høyere enn for landet for øvrig når en ser på kommuner med over 20000 innbyggere. Her er det Oslo kommune alene som gjør utslaget, noe som illustreres når vi tar Oslo ut av utvalget slik det fremkommer nederst i tabellen.

Som nevnt ovenfor har Oslo vært representert med tre bydeler i undersøkelsen. Når de 15 bydelene i Oslo inngår med de øvrige norske kommunene, er gjennomsnittet i gruppen kommuner med over 20.000 innbyggere sammenliknet med utvalget slik:

Hele Norge: 43.864

Stikkprøve: 60.095

T-test av forskjell: P-verdi 0,2317 - altså ikke en signifikant forskjell.

For de forskjellige gruppenes fordeling ser det slik ut når bydelene telles med:

Tabell 3.6: Kommunestørrelse, bydeler

Antall innbyggere	Norge		Utvalg	
Under 5000	236	53,2 %	26	51,0 %
5000-9999	88	19,8 %	9	17,6 %
10.000-19.999	55	12,4 %	7	13,7 %
20.000 og over	65	14,6 %	9	17,6 %
I alt	444	100,0 %	51	100,0 %

Hvis man tester for identisk fordeling med chi2-test, får man en p-verdi på 0,920, noe som gir samme konklusjon som tidligere, at fordelingene er identiske.

På bakgrunn av dette ser vi at data som gjengis i forhold til kommunestørrelse kan sies å være representative i videre forstand. Det må selvsagt tas forbehold om at også andre variabler enn kommunestørrelse spiller inn på i hvilken grad undersøkelsen reflekterer kommunene i nasjonal målestokk.

I tabellen nedenfor presenteres kommunestørrelse sammen med urbaniseringsgrad. Urbaniseringsgrad måles her ved prosentvis andel av befolkningen som bor i byer.

¹³ Det ble brukt en two-sample t-test som tester om gjennomsnittet for stikkprøven skiller seg fra gjennomsnittet for populasjonen (hele Norge). Det testes for 95 % signifikansnivå.

Tabell 3.7: Kommunestørrelse kryssset med urbaniseringsgrad

Antall innbyggere	Andel personer som bor i byer (urbaniseringsgrad)
Under 5000	37 %
5000-9999	49 %
10.000-19.999	68 %
20.000 og over	90 %
I alt	50 %

* Merk at de tre bydelene i Oslo kommune som inngår i utvalget kun er medregnet én gang i kategorien "20 000 og over" fordi det kun finnes beregninger av urbaniseringsgrad på kommunenivå og ikke på bydelsnivå.

Som tabellen viser, er det en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og urbaniseringsgrad, hvor urbaniseringsgrad stiger med innbyggertallet. Dette gir grunnlag for å konkludere med at en større andel av befolkningen i store kommuner bor i byer, mens befolkningen i små kommuner generelt bor i distriktene.

3.5 Metodiske begrensninger

Metoden som er benyttet i denne utvalgsundersøkelsen medfører noen begrensninger som må nevnes. For det første er spørsmålene i undersøkelsen besvart av kun én respondent per kommune. Selv om respondentene er personer med ansvar for rusarbeidet i kommunen vil svarene påvirkes av denne personens subjektive oppfatning. Eksempelvis er det krevende for en person å skulle oppgi antall personer med rusmiddelproblemer, etter både kjønn, alder og type rusmiddelbruk, ettersom det i de fleste kommuner ikke foreligger noen fullstendig oversikt over dette. Dette må ses på som en kilde til feilrapportering. Undersøkelsen inneholder også spørsmål hvor respondentene ble bedt om å gi sine vurderinger. Hvordan disse spørsmålene er besvart reflekterer naturligvis den enkelte respondents subjektive vurderinger. I den forbindelse kan det heller ikke utelukkes at enkelte har ønsket å fremstille egen kommune i et godt lys, som også kan påvirke hvordan man har besvart spørsmålene. En annen svakhet er at undersøkelsen inneholder en del begreper som respondentene kan ha ulike oppfatninger av betydningen av, som eksempelvis definisjon av personer med rusmiddelproblemer og kapasitet. Videre må det anses som en svakhet at "blandingsmisbruk" ikke er en egen svarkategori for type rusmisbruk. Gjennom kvalitative intervjuer fremkom det at blandingsmisbruk forekommer i relativt stort omfang. Ettersom dette ikke var en egen svarkategori ble respondentene tvunget til å oppgi en type rusmiddel som årsak til at vedkommende mottar tjenester. Dette gir derfor ikke et helt korrekt bilde. Disse metodiske svakhetene har betydning for fortolkningen av funnene fra undersøkelsen.

I de følgende kapitler følger en presentasjon av tallene fra spørreundersøkelsen strukturert etter undersøkelsens hovedtemaer. Rapporten har en deskriptiv form som trekker enkeltslutninger på nasjonalt nivå, men som i første rekke viser resultater i henhold til demografiske variabler og kommunegruppenivå.

4. TJENESTEBEHOVET BLANT PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER

Vi skal i dette kapitlet se nærmere på tjenestebehovet slik det oppfattes av respondentene som har inngått i undersøkelsen. Temaene som det vil gjøres rede for er i hvilken grad rusmiddelmisbruk anses som et levekårsproblem i kommunene, hvordan rusarbeidet prioriteres i kommunene, oversikt over antall personer med tjenestebehov, samt sentrale utfordringer i kommunenes rusarbeid.

I hovedtrekk viser undersøkelsen at:

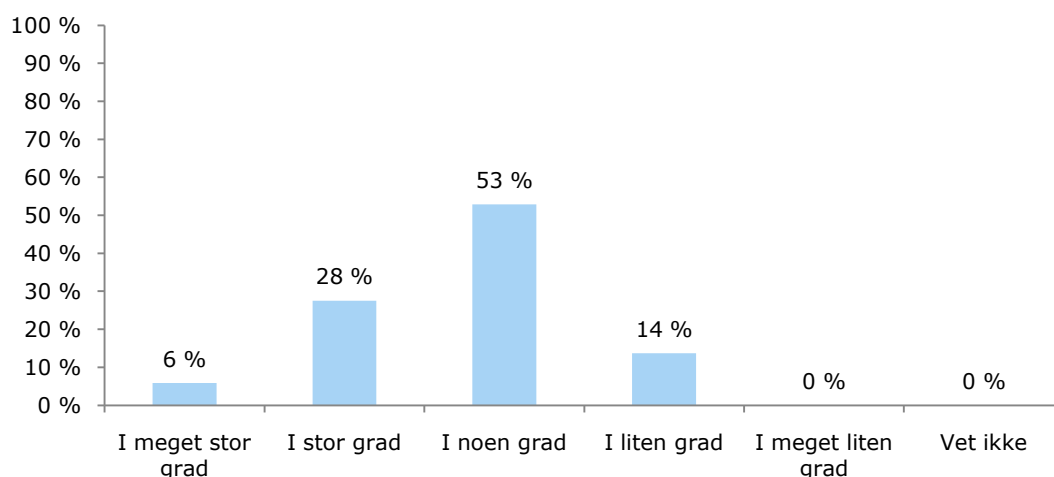
- Russituasjonen generelt sett oppfattes som et levekårsproblem i kommunene, men det må også sies at det generelt ikke anses å være et stort levekårsproblem. Russituasjonen oppfattes generelt som et større levekårsproblem i store kommuner sammenlignet med små og mellomstore kommuner. Det oppfattes også som et større levekårsproblem i kommuner som mottar tilskudd sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd.
- Prioriteringen av rusarbeidet i de fleste kommuner kan beskrives som middels (59 % oppgir middels prioritering). Det ser ut til å være høyest prioritering av rusarbeidet i store kommuner (44 % oppgir høy prioritering). Det ser også ut til å være høyere prioritering av rusarbeidet i kommuner som mottar tilskudd enn i kommuner som ikke mottar tilskudd. Videre viser undersøkelsen noe grad av samsvar mellom prioritering av rusarbeidet og vurderinger av russituasjonen som et levekårsproblem.
- Rusfeltet preges av manglende oversikt over antall personer som har et rusmiddelproblem. Kun et mindretall kommuner (24 %) har kartlagt antall personer med rusmiddelproblemer i kommunen som av den grunn har behov for tjenester.
- Undersøkelsen viser videre at de tre hovedutfordringene på rusområdet er kommuneøkonomi, for lite kapasitet og manglende tilbud. De tilbudene som flest kommuner opplever som manglende er oppfølging i bolig/hjemmetjenester, arbeid/aktivitet og tjenester rettet mot ungdom/unge voksne.

Videre i kapitlet presenteres en mer nyansert gjennomgang av disse funnene, sammen med en rekke andre funn og analyser av forskjeller med hensyn til kommunestørrelse og mellom kommuner som mottar og som ikke mottar statlig tilskudd.

4.1 Rusmiddelmisbruk som levekårsproblem

For å skape et bilde av tjenestebehovet i kommunene ble respondentene bedt om å vurdere hvorvidt rusmiddelmisbruk er et presserende levekårsproblem i kommunen. Hvordan respondentene i alle kommunene i undersøkelsen (N = 51) har vurdert dette fremkommer av figur 4.1.

Figur 4.1: "I hvilken grad vurderer du at rusmiddelmisbruk er et presserende levekårsproblem i din kommune?" Alle kommuner i undersøkelsen (N=51)

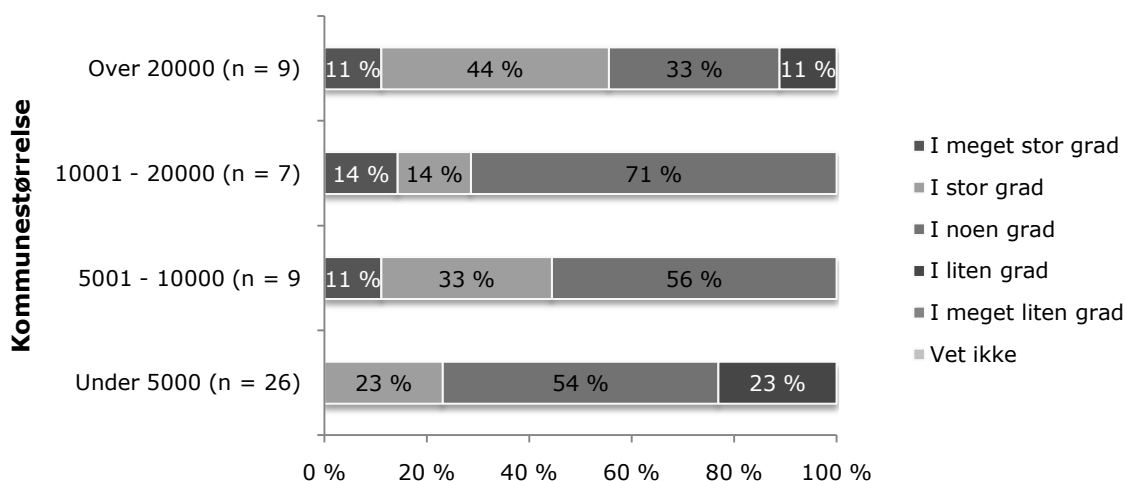


Som det fremkommer av figur 4.1, oppgir flertallet av respondentene (53 %, $n = 27$) at rusmiddelmisbruk *i noen grad* er et presserende levekårsproblem i kommunen. Det er også en relativt høy andel som oppgir at rusmiddelmisbruk i stor grad er et levekårsproblem (28 %, $n = 14$), mens 6 % ($n = 3$) oppgir at det i meget stor grad er et levekårsproblem. Kun 14 % ($n = 7$) oppgir at rusmiddelmisbruk i liten grad er et presserende levekårsproblem, og ingen oppgir at det i meget liten grad er et levekårsproblem. Dette indikerer at flertallet av kommunene har et stort behov for tjenester tilpasset personer med rusmiddelproblemer. Ingen har valgt å svare "vet ikke" på dette spørsmålet.

Gjennomsnittsverdi og standardavvik fremkommer av tabell 4.1 nedenfor.

Nærmere analyser viser at kommunenes oppfatninger av rusmiddelmisbruk som et levekårsproblem varierer med kommunenes størrelse. Dette fremkommer av figur 4.2.

Figur 4.2: "I hvilken grad vurderer du at rusmiddelmisbruk er et presserende levekårsproblem i din kommune?", fordelt på kommunestørrelse (N = 51). I figuren viser "n" til antall kommuner i hver gruppe inndelt etter kommunestørrelse.

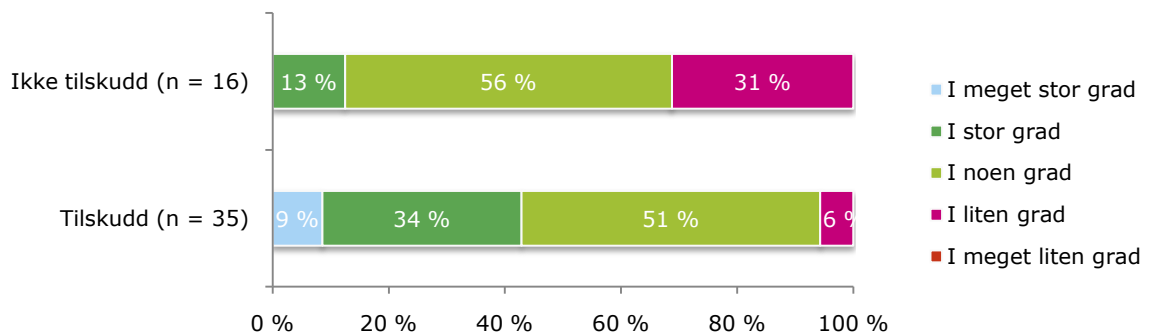


Figur 4.2 synliggjør at rusmiddelmisbruk anses som et mindre presserende levekårsproblem i små kommuner og mellomstore kommuner sammenlignet med store kommuner og bydeler. Blant små kommuner oppgir ingen av kommunene i utvalget at rusmisbruket i meget stor grad er et presserende levekårsproblem, mens 23 % ($n = 6$) oppgir at det i liten grad er et presserende levekårsproblem. Når det gjelder store kommuner og bydeler oppgir 55 % ($n = 5$) at det i meget stor grad eller stor grad er et presserende levekårsproblem.

Gjennomsnittsverdier og standardavvik fremkommer av tabell 4.1 nedenfor.

Nærmere analyser viser også at kommuner som mottar statlig tilskudd til rusarbeidet vurderer rusmiddelmisbruk som et større levekårsproblem sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd. Dette fremkommer av figur 4.3.

Figur 4.3: "I hvilken grad vurderer du at rusmiddelmisbruk er et presserende levekårsproblem i din kommune?", fordelt på tilskuddskommuner (n = 35)/ikke tilskuddskommuner (n = 16)



Som det fremkommer av figur 4.3, har over halvparten av kommunene i begge grupper vurdert at rusmiddelmisbruk i noen grad er et levekårsproblem. Kommuner som mottar tilskudd har samlet vurdert at rusmiddelmisbruk i større grad er et presserende levekårsproblem enn kommuner som ikke mottar tilskudd. Blant tilskuddskommuner oppgir 43 % (n = 15) at rusmiddelmisbruk er meget stor eller stor grad er et presserende levekårsproblem, mens 13 % (n = 2) av kommunene som ikke mottar tilskudd oppgir det samme. Blant kommuner som ikke mottar tilskudd er det også en større andel som vurderer at rusmiddelmisbruk i liten grad er et levekårsproblem (31 %, n = 5), mens tilsvarende andel blant tilskuddskommuner er 6 % (n = 2). Disse forskjellene kan bety at de kommunene som har søkt om, og fått innvilget tilskudd til kommunalt rusarbeid, faktisk opplever større behov for tilskuddet sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd.

I tabell 4.1 presenteres gjennomsnittsverdier og standardavvik for kommunenes vurdering av rusmiddelmisbruk som et levekårsproblem. I tabellen vises verdier for alle kommunene i undersøkelsen og også blant grupper fordelt på kommunestørrelse og kommuner som mottar og som ikke mottar tilskudd.

Tabell 4.1: "I hvilken grad vurderer du at rusmiddelmisbruk er et presserende levekårsproblem i din kommune?", gjennomsnitt og standardavvik

Variabel	Antall kommuner (N)	Gjennomsnitt (M)	Standardavvik (SD)
Under 5000	26	3,00	0,69
5001 – 10 000	9	3,56	0,73
10 001 – 20 000	7	3,43	0,79
Over 20 000	9	3,56	0,88
Tilskudd	35	3,46	0,74
Ikke tilskudd	16	2,81	0,65
Alle kommuner	51	3,25	0,77

* Gjennomsnittsverdier er beregnet ut ifra en 5-punkts skala hvor 1 = I svært liten grad og 5 = I svært stor grad.

Som vi kan lese av figur 4.1, har store kommuner høyest gjennomsnittsverdi for rusmiddelmisbruk som et levekårsproblem. Når det gjelder forskjeller mellom kommuner som mottar og som ikke mottar tilskudd, ser vi at tilskuddskommuner har angitt høyere gjennomsnittsverdi for rusmiddelmisbruk som et levekårsproblem.

I tabell 4.2 krysses variablene kommunestørrelse og tilskuddskommune/ikke tilskuddskommune for å undersøke hvorvidt det er noen sammenheng mellom disse variablene.

Tabell 4.2: "I hvilken grad vurderer du at rusmiddelmisbruk er et presserende levekårsproblem i din kommune?", gjennomsnitt fordelt på kommunestørrelse krysset med tilskudd/ikke tilskudd

Kommunestørrelse	Tilskudd/Ikke tilskudd	
	Tilskudd	Ikke tilskudd
Under 5000	3,33 (n = 12)	2,71 (n = 14)
5001 – 10 000	3,57 (n = 7)	3,50 (n = 2)
10 001 – 20 000	3,43 (n = 7)	- (n = 0)
Over 20 000	3,56 (n = 9)	- (n = 0)

* Gjennomsnittsverdier er beregnet ut ifra en 5-punkts skala hvor 1 = I svært liten grad og 5 = I svært stor grad.

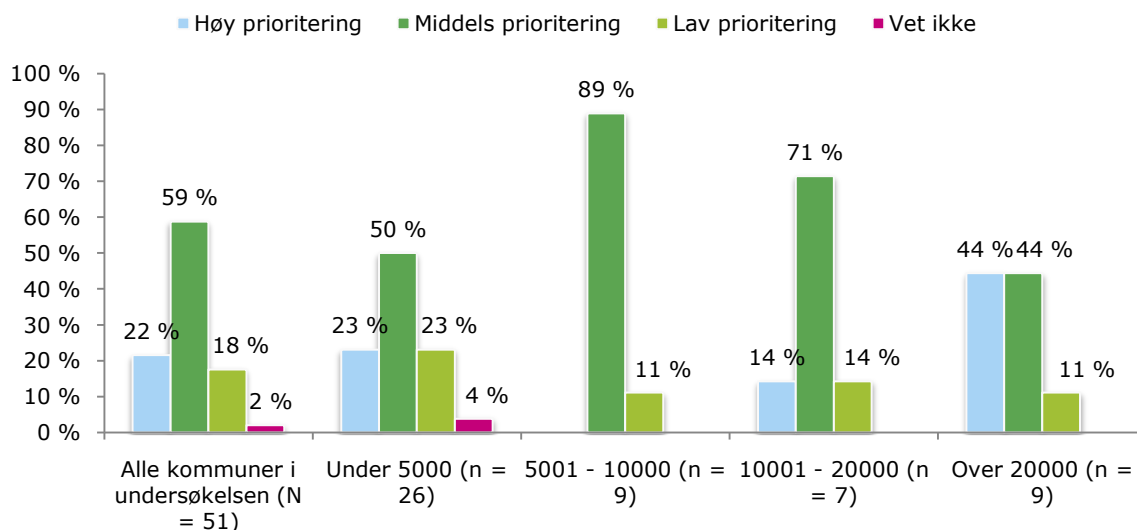
Som vi kan lese av tabell 4.2, har kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere og kommuner med over 20 000 innbyggere som mottar tilskudd høyest gjennomsnittsverdier for rusmiddelmisbruk som et levekårsproblem i kommunen (3,57 og 3,56). Tabellen viser også at små kommuner (med under 5000 innbyggere) har lavest gjennomsnittsverdi (2,71). Tabellen viser også at små kommuner har vurdert rusmiddelmisbruk som et mindre levekårsproblem uavhengig av om de mottar tilskudd eller ikke, sammenlignet med mellomstore og store kommuner. Oppsummert tyder dette på at rusmiddelproblem anses som størst levekårsproblem i store og mellomstore kommuner som mottar tilskudd og som minst levekårsproblem i små kommuner som ikke mottar tilskudd.

4.2 Prioritering av rusarbeidet

I dette avsnittet ser vi nærmere på kommunenes prioritering av rusarbeidet. Vi skiller her mellom høy prioritering, middels prioritering og lav prioritering. Vi presenterer funn for alle kommunene samlet og forskjeller med hensyn til kommunestørrelse og mellom kommuner som mottar og som ikke mottar tilskudd. Vi ser også nærmere på hvorvidt det er samsvar mellom kommunenes prioritering av rusarbeidet og deres vurderinger av rusmiddelmisbruk som et levekårsproblem. I tolkningen av resultatene må det tas hensyn til at det kun er én respondent per kommune, og at funnene derfor preges av subjektive vurderinger.

Av figur 4.4 fremgår det hvordan alle kommunene i undersøkelsen (N = 51) har vurdert prioriteringen av rusarbeidet i egen kommune. Det fremkommer også forskjeller med hensyn til kommunestørrelse.

Figur 4.4: "Hvordan vil du på generelt grunnlag karakterisere kommunens prioritering av rusarbeid på nåværende tidspunkt?", fordelt på kommunestørrelse (N = 51). I figuren viser "n" til antall kommuner i hver gruppe inndelt etter kommunestørrelse.

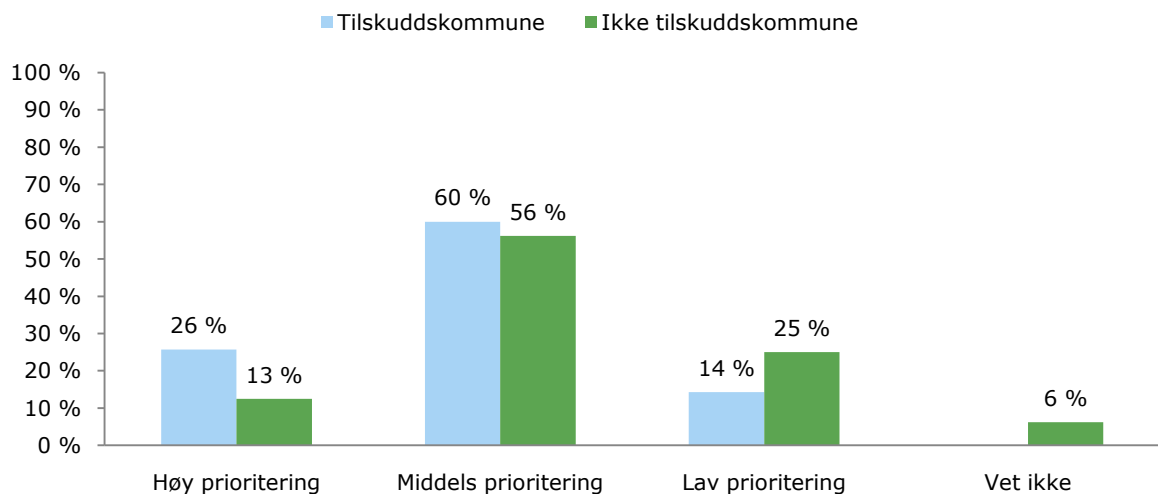


Kolonnene lengst til venstre i figur 4.4 viser hvordan alle kommunene i undersøkelsen (N = 51) vurderer prioriteringen av rusarbeidet i kommunen. Samlet oppgir 22 % (n = 11) av kommunene at rusarbeidet har høy prioritering i sin kommune. Videre har flesteparten av kommunene (59 %, n = 30) oppgitt at rusarbeidet har middels prioritering. Det er videre 18 % (n = 9) som har oppgitt at rusarbeidet har lav prioritering, mens 2 % (n = 1) har oppgitt at de ikke vet hvordan rusarbeidet prioriteres i egen kommune.

Figuren viser også at det er relativt store forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse når det gjelder prioritering av rusarbeidet. Rusarbeidet ser ut til å prioriteres høyest i store kommuner (over 20 000 innbyggere). Blant disse oppgir 44 % (n = 4) at rusarbeidet har høy prioritering. Videre oppgir 44 % (n = 4) store kommuner at rusarbeidet har middels prioritering, mens 11 % (n = 1) oppgir at rusarbeidet har lav prioritering. Figuren viser også at det er flest små kommuner som oppgir at rusarbeidet har lav prioritering (23 %, n = 6). Blant små kommuner er det likevel en like stor andel kommuner som oppgir at rusarbeidet har høy prioritering (23 %, n = 6) som lav prioritering. Blant mellomstore kommuner oppgir den store majoriteten at rusarbeidet har middels prioritering. Dette utgjør hele 89 % (n = 8) blant kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere og 71 % (n = 5) blant kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere.

Videre er det interessant å se om det er noen forskjeller mellom kommuner som mottar tilskudd til rusarbeid og kommunenes prioritering av rusarbeidet. Dette fremkommer av figur 4.5.

Figur 4.5: "Hvordan vil du på generelt grunnlag karakterisere kommunens prioritering av rusarbeid på nåværende tidspunkt?", fordelt på tilskuddskommune (n = 35)/ikke tilskuddskommune (n = 16)



Som vi ser av figur 4.5 gis rusarbeidet noe høyere prioritet i kommuner som mottar tilskudd enn i kommuner som ikke mottar tilskudd. Blant kommuner som mottar tilskudd oppgir 26 % (n = 9) at rusarbeidet har høy prioritering, mot 13 % (n = 2) blant kommuner som ikke mottar tilskudd. Figuren viser også at 25 % (n = 4) av kommuner som ikke mottar tilskudd oppgir at rusarbeidet har lav prioritering, mot 14 % (n = 5) blant kommuner som mottar tilskudd. Forskjellene er imidlertid ikke så store som man kanskje kunne ha forventet, og flertallet av respondentene fra begge grupper oppgir at arbeidet gis middels prioritet (60 %, n = 21, blant kommuner som mottar tilskudd og 56 %, n = 9, blant kommuner som ikke mottar tilskudd).

I tabell 4.3 presenteres gjennomsnittsverdier og standardavvik for kommunenes prioritering av rusarbeidet. I tabellen vises verdier for alle kommunene i undersøkelsen og også blant grupper fordelt på kommunestørrelse og kommuner som mottar og som ikke mottar tilskudd.

Tabell 4.3: "Hvordan vil du på generelt grunnlag karakterisere kommunens prioritering av rusarbeid på nåværende tidspunkt?", gjennomsnitt og standardavvik

Variabel	Antall kommuner (N)	Gjennomsnitt (M)	Standardavvik (SD)
Under 5000	25	2,00	0,71
5001 – 10 000	9	1,88	0,33
10 001 – 20 000	7	2,00	0,58
Over 20 000	9	2,33	1,10
Tilskudd	35	2,11	0,63
Ikke tilskudd	16	1,87	0,82
Alle kommuner	50	2,04	0,64

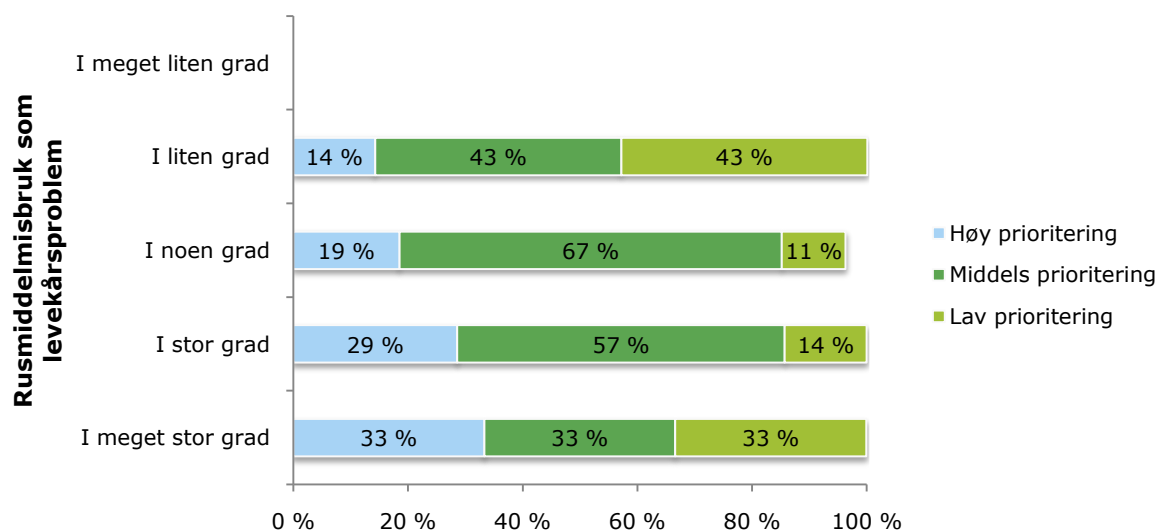
* Gjennomsnittsverdier er beregnet ut ifra en 3-punkts skala hvor 1 = Lav prioritering og 3 = Høy prioritering. N = 50 fordi én kommune har oppgitt "vet ikke" og inngår derfor ikke i beregningen. Dette er en kommune med under 5000 innbyggere som mottar tilskudd.

Som vi har sett, er det en tendens til at store kommuner gir rusarbeidet høyest prioritering når vi skiller mellom kommunestørrelse. Dette fremkommer også av tabell 4.3, hvor store kommuner har høyest gjennomsnittsverdi (2,33). Skiller vi mellom kommuner som mottar tilskudd og ikke, har vi sett at tilskuddskommuner generelt prioriterer rusarbeidet høyere (2,11) enn kommuner som ikke mottar tilskudd (1,87).

Samsvar mellom kommunenes prioritering av rusarbeidet og rusmiddelmisbruk som problem

Kommunenes prioritering av rusarbeidet kan antas å ha sammenheng med omfanget av rusmiddelmisbruk som levekårsproblem, som vi undersøkte i forrige avsnitt. Det vil være sannsynlig at rusarbeidet har høyere prioritering i kommuner hvor rusmiddelmisbruk er et stort levekårsproblem enn i kommuner hvor det er et mindre problem. Hvor vidt kommunenes prioritering av arbeidet sammenfaller med problemomfanget av rusmiddelmisbruk i den enkelte kommune presenteres i følgende figur. Figuren viser alle kommunene i undersøkelsen (N = 51).

Figur 4.6: "I hvilken grad vurderer du at rusmiddelmisbruk er et presserende levekårsproblem i din kommune", kryssset med "Hvordan vil du på generelt grunnlag karakterisere kommunens prioritering av rusarbeid på nåværende tidspunkt?", alle kommuner i undersøkelsen (N=51)



Figur 4.6 viser prioriteringen av rusarbeidet fordelt på kommunenes vurdering av rusmiddelsituasjonen som et levekårsproblem. Som figuren viser, er det størst andel kommuner som har oppgitt at rusarbeidet har høy prioritering (33 %) blant de kommunene som har oppgitt at rusarbeidet i meget stor grad er et levekårsproblem. På samme måte er det størst andel av de som har oppgitt at rusarbeidet har lav prioritering (43 %) blant kommuner som har oppgitt at rusarbeidet har meget liten grad som et levekårsproblem.

sjonen i liten grad er et levekårsproblem. Dette tyder på at prioriteringen av rusarbeidet til en viss grad henger sammen med omfanget av problemet. Det er imidlertid viktig å bemerke at blant de kommunene som oppgir at rusarbeidet i meget stor grad er et levekårsproblem, har en like stor andel oppgitt at rusarbeidet har lav eller middels prioritering (33 %), som de som har oppgitt at rusarbeidet har høy prioritering (33 %). Dette kan tyde på at flere kommuners prioritering av rusarbeidet ikke står i samsvar med det opplevde omfanget på problemet.

Den politiske og administrative forankringen av rusarbeidet kan også være med på å gi en pekepinn på kommunens prioritering av feltet ved at det er utarbeidet relevante planer på feltet. Dette undersøkte vi nærmere i de kvalitative intervjuene. Blant de ti kommunene som deltok i kvalitative intervjuer hadde fire en egen ruspolitisk handlingsplan, mens én av kommunene har en alkoholpolitisk handlingsplan, hvor rus og psykisk helse så vidt nevnes. De resterende fem kommunene har per dags dato ikke en egen ruspolitisk handlingsplan, men kunne fortelle at en slik plan er planlagt, under utarbeidelse eller til politisk behandling. Blant disse ti kommunene ser vi en tydelig tendens til at de kommunene som har en egen ruspolitisk handlingsplan opplever at prioriteringen av rusarbeidet i kommunen er høyt, mens en større andel av kommunene som ikke har en egen ruspolitisk handlingsplan vurderer at rusarbeidet har middels prioritering i kommunen. Dette kan tyde på at utarbeidelse av egen handlingsplan er et uttrykk for prioritering av området. En informant påpekte imidlertid at kommunens stramme økonomiske situasjon medfører konkurranse mellom ulike tjenesteområder, noe som betyr at økt prioritering av ett område går på bekostning av andre områder. Dette indikerer at kommunenes prioritering av rusarbeidet påvirkes av flere forhold.

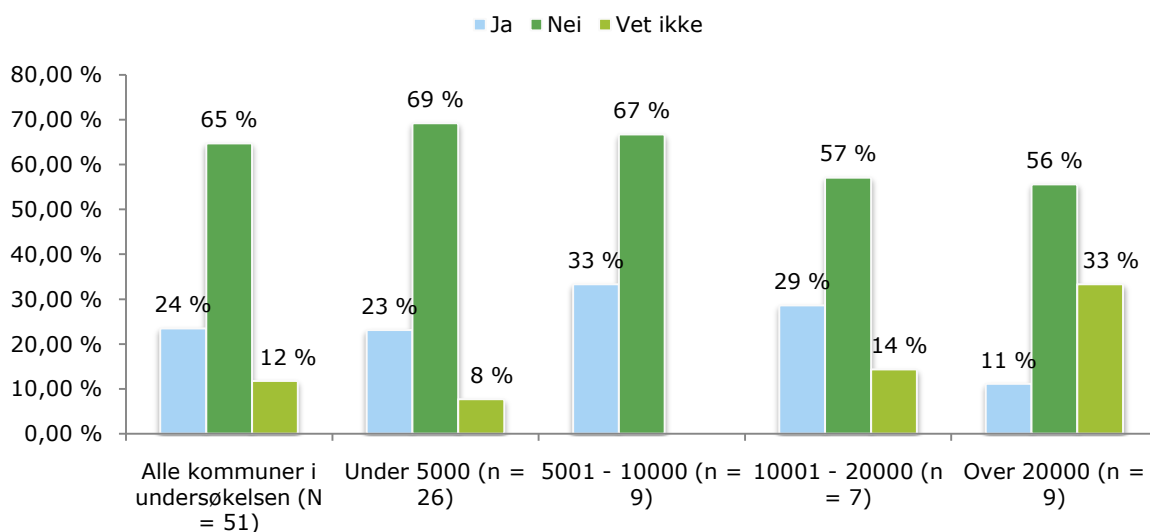
4.3 Kunnskap om personer med rusmiddelproblemer

Det kan være utfordrende for det kommunale tjenesteapparatet å ha oversikt over hvilke innbyggere i kommunen som bruker rusmidler i så stor grad at de har behov for kommunale tjenester. En måte å få kunnskap om antall personer med rusmiddelproblemer i kommunen er å foreta en kartlegging.

4.3.1 Kartlegging

I dette avsnittet ser vi nærmere på hvor mange av kommunene i utvalget som har gjennomført en kartlegging av antall personer som har behov for kommunale tjenester grunnet sitt rusmiddelmisbruk. Dette fremkommer av figur 4.7.

Figur 4.7: "Har kommunen foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelmisbruk har behov for kommunale tjenester?", alle kommunene i undersøkelsen (N = 51). I figuren viser "n" til antall kommuner i hver gruppe inndelt etter kommunestørrelse.



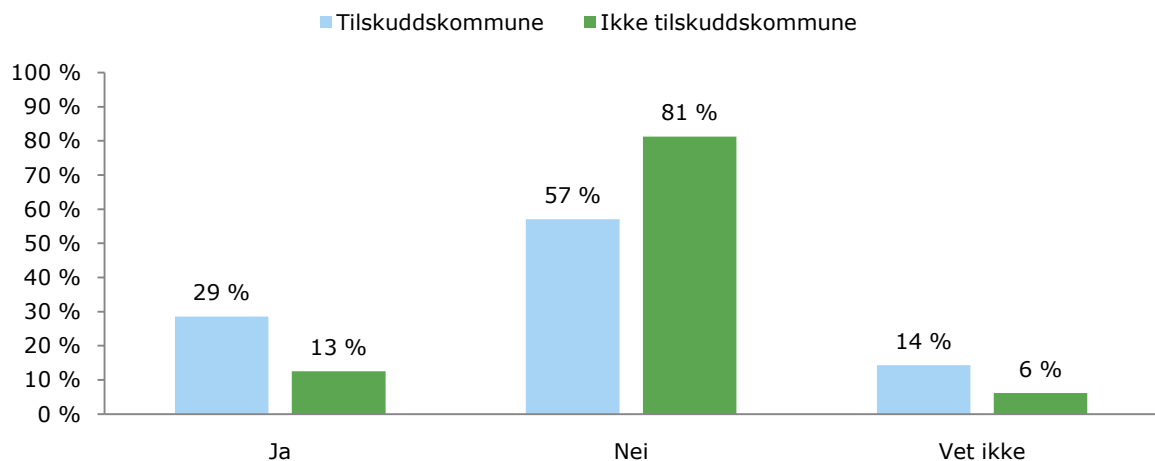
I figur 4.7 viser kolonnen lengst til venstre hvordan alle kommunene i undersøkelsen (N = 51) har svart. Figuren viser at totalt 24 % (n = 12) av kommunene har foretatt en kartlegging av an-

tall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester. Hele 65 % (n = 33) av kommunene har ikke foretatt en slik kartlegging, mens 12 % (n = 6) av respondentene oppgir at de ikke vet om kommunen har foretatt en slik kartlegging.

Som figur 4.7 synliggjør, er det noen små forskjeller mellom kommuner med ulik kommunestørrelse. Uavhengig av kommunestørrelse har majoriteten av kommunene ikke kartlagt antall personer som har behov for kommunalt tjenester grunnet rusmiddelmisbruk. Figuren viser likevel at det er en lavere andel store kommuner (11 %, n = 1) som har foretatt en kartlegging av antall personer som har behov for kommunale tjenester som følge av sitt rusmiddelmisbruk. Det er også størst andel blant store kommuner som oppgir at de ikke vet hvorvidt kommunen har gjennomført en slik kartlegging (33 %, n = 3). Det er størst andel kommuner som har foretatt en kartlegging av antallet personer med behov for tjenester grunnet rusmiddelmisbruk blant kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere (33 %, n = 3) og 10 001 og 20 000 innbyggere (29 %, n = 2). Blant små kommuner har 23 % (n = 6) foretatt en slik kartlegging.

Her vil det også være interessant å belyse eventuelle forskjeller mellom kommuner som mottar tilskudd til rusarbeid og kommuner som ikke mottar tilskudd. Dette fremkommer av figur 4.8.

Figur 4.8: "Har kommunen foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelmisbruk har behov for kommunale tjenester?" fordelt på tilskuddskommune (n = 35)/ikke tilskuddskommune (n = 16)



Figur 4.8 viser at det er en noe høyere andel blant tilskuddskommunene som har foretatt kartlegging enn de som ikke mottar tilskudd; 29 % (n = 10) mot 11 % (n = 2). I overkant av 80 % (n = 13) av kommunene som ikke mottar tilskudd har ikke foretatt kartlegging av antall brukere.

Kartlegging av antall personer som har behov for tjenester grunnet sitt rusmiddelmisbruk var også tema i de kvalitative intervjuene. Blant de ti kommunene som deltok i kvalitative intervjuer var det kun én kommune som har gjennomført en slik kartlegging. Denne kommunen har brukt BrukerPlan, som er et kartleggingsverktøy utviklet av Helse Fonna (Helse Vest RHF), IRIS og KORFOR. Kartleggingen baserer seg på ansattes oppfatning av situasjonen for enkelte brukere, hvor man også angir om man tror vedkommende har et rusproblem, samt type rusmiddelbruk. I samme kartlegging ble også økonomisk situasjon, nettverk, utagering og psykisk helse kartlagt.

I en annen kommune har det vært diskutert å gjennomføre en kartlegging av antallet innbyggere i kommunen som har rusmiddelproblemer. Årsakene til at det ikke har blitt gjort er manglende kapasitet i form av personalressurser, samt at kommunen ikke har kommet til enighet rundt hva som skal være fokuset i kartleggingen. Kommunen har nå startet et samarbeid med Borgestad-klinikken som omhandler en hurtigkartlegging som skal gi en pekepinn på rusmiddelproblemer blant ungdom, snarere enn det totale antallet personer med rusmiddelproblemer.

4.3.2 Behov for tjenester

Fra spørreundersøkelsen kommer det frem at det blant de 23 % av kommunene ($n = 12$) som har foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester ble registrert til sammen 704 personer (fra 10 til 200 personer). Hvor mange brukere som ble registrert i kommunen har sammenheng med kommunestørrelse:

- Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere registrerte mellom 10 og 60 personer.
- Kommuner med 5001 - 10 000 innbyggere registrerte mellom 35 og 100 personer.
- Blant kommuner med 10 001 - 20 000 innbyggere var det kun 2 kommuner som har kartlagt antall personer. De registrerte 50 og 120 personer.
- Blant kommuner med over 20 000 innbyggere var det også kun én kommune som har kartlagt antall personer, og 200 personer ble registrert.

Kommuner som ikke har foretatt en kartlegging ble i spørreundersøkelsen bedt om å anslå antall personer med rusmiddelproblemer i kommunen som har behov for kommunale tjenester. 78 % ($n = 40$) kommuner ga anslag over dette, mens 22 % ($n = 11$) valgte å svare "vet ikke". De 40 kommunene som oppgir anslag over antall personer med behov for oppfølging oppgir totalt 7435 personer (fra 3 til 2500 personer). Her ser vi også sammenheng mellom antall personer med behov for kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer og kommunenes størrelse:

- Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere oppgir mellom 3 og 60 personer.
- Kommuner med 5000 - 10 000 innbyggere oppgir mellom 30 og 350 personer.
- Kommuner med 10 001 - 20 000 innbyggere oppgir mellom 50 og 400 personer.
- Kommuner med mer enn 20 000 innbyggere oppgir mellom 150 og 2500 personer.

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvor mange personer som mottar tjenester som følge av sitt rusmiddelforbruk. Dette må ses i sammenheng med kommunenes anslag på personer som har behov for tjenester, som beskrevet ovenfor. Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere oppgir at 3 til 53 personer får oppfølging. Det er en generell tendens at flere personer enn de som faktisk mottar oppfølging har behov for det. Den største diskrepansen er en kommune som oppgir at 30 personer får oppfølging, men at 60 personer har behov for det. Kommunene med under 5000 innbyggere anslår at 2 - 30 personer som ikke får tjenester burde fått det.

I kommuner med 5001 - 10 000 innbyggere får mellom 20 og 60 personer oppfølging. Også blant disse er det en generell tendens til at flere personer enn de som får oppfølging har behov for det. Dette anslår å gjelde mellom 10 og 300 personer. Den største diskrepansen er en kommune som oppgir at 27 personer får tjenester, men at ytterligere 300 personer burde hatt et tjenestetilbud.

I kommuner med 10 001 - 20 000 innbyggere får mellom 25 og 150 personer oppfølging. Kommunene anslår at mellom 20 til 250 personer som ikke får tjenester burde ha fått det. Den største diskrepansen er at 150 personer får tjenester, men at det er 250 personer som ikke har et tilbud som burde ha hatt det.

I kommuner med over 20 000 innbyggere får mellom 150 og 2500 personer oppfølging. Kommunene anslår at mellom 240 til 1050 personer som ikke mottar tjenester burde ha fått det. Den største diskrepansen er en kommune som oppgir at 250 personer får tjenester, men at ytterligere 1050 personer som ikke har et tjenestetilbud burde hatt det.

Nedenfor presenteres disse opplysningene i en tabell fordelt på kommunestørrelse. Dersom kommunene har rapportert helt korrekt vil antall personer som får oppfølging og antall personer som ikke mottar tjenester, men som burde mottatt tjenester, til sammen utgjøre samme antall personer som har behov for oppfølging. Av det innrapporterte datamaterialet ser vi at dette er tilfelle for mange kommuner. Andre har imidlertid oppgitt tall som ikke stemmer nøyaktig overens, eller unnlatt å oppgi antall personer. Dette tolker vi som at de ikke vet hvor mange personer dette gjelder. Enkelte felt er derfor åpne i tabellen. Dette betyr at datamaterialet er usikkert. Det gir likevel en pekepinn på hvor mange personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelproblemer, hvor mange som ikke mottar tjenester, men som burde ha mottatt tjenester, og hvor

mange som samlet har behov for oppfølging som følge av rusmiddelproblemer i kommuner med ulikt innbyggertall.

Tabell 4.4: Antall personer som får oppfølging, antall personer som har behov for oppfølging, antall personer som ikke mottar tjenester, men som burde fått det

Kommunestørrelse	Antall personer som får oppfølging	Antall personer med behov for oppfølging	Antall personer som ikke mottar tjenester, men som burde fått det
Under 5000			
	5	5	Vet ikke
	4	13	9
	20	40	20
	10	20	10
	7	10	3
	8	10	Vet ikke
	12	30	15
	6	16	10
	10	20	10
	5	10	5
	3	3	Vet ikke
	23	30	7
	10		5
	19		5
	30		Vet ikke
	4	6	2
	5	10	5
	20	30	Vet ikke
	2	12	6
	53		Vet ikke
	28		20
	30	60	30
	14		Vet ikke
	10	15	20
	Vet ikke	25	Vet ikke
Totalt	343	385	197
Gjennomsnitt	13	15	8
5001 – 10 000			
	35	35	Vet ikke
	28	60	35
	20	30	10
	20	30	20
	24		Vet ikke
	60		30
	27	350	300
	45		55
	40	100	60
	299	605	510
Gjennomsnitt	33	67	57

10 001 – 20 000			
	120	150	120
	150	400	Vet ikke
	150	55	250
	25		20
	Vet ikke	50	Vet ikke
	50	50	Vet ikke
Totalt	525	705	390
Gjennomsnitt	75	101	56
Over 20 000			
	40	150	Vet ikke
	360	600	240
	120	250	Vet ikke
	200	250	Vet ikke
	250	1300	1050
	2000	2500	500
	430	530	Vet ikke
	128		Vet ikke
	Vet ikke	160	Vet ikke
Totalt	3528	5740	1790
Gjennomsnitt	392	638	199

Gjennomsnittstallene for kommuner i de ulike størrelseskategoriene synliggjør at antallet personer har sammenheng med kommunestørrelse, både når det gjelder antall personer som mottar tjenester, antall personer som burde mottatt tjenester, og antall personer med behov for oppfølging. Uavhengig av kommunestørrelse synliggjør tallene at det er en stor andel personer med rusmiddelproblemer som ikke får kommunale tjenester, til tross for at det kommunale tjenesteapparatet vurderer at de burde hatt det.

Ettersom kommunene ikke har kartlagt antallet personer, samt at enkelte kommuner har unnlatt å oppgi tall på ett eller flere av disse spørsmålene indikerer at mange kommuner ikke har oversikt over antallet personer som har behov for kommunale tjenester som følge av rusmiddelmissbruk. I de kvalitative intervjuene fikk informantene derfor utdype hvordan de har beregnet antallet personer som ikke mottar tjenester som følge av sitt rusmiddelproblem, men som burde motta tjenester. De fikk også utdype årsaker til at disse personene ikke mottar tjenester.

En av de små kommunene oppgir at det er enkelt å angi antall personer fordi det er så få personer med rusmiddelproblemer i kommunen at tjenesteapparatet vet hvem dette gjelder. I en stor kommune oppgir informanten at tjenesteapparatet vet at det er mange innbyggere som har et større behov for hjelp enn hva kommunen kan mulighet til å tilby. De har således også talt med personer som mottar noe hjelp, men som etter deres vurdering ikke er tilstrekkelig. En kommune trekker også frem at det er særlig vanskelig å tallfeste dobbeltdiagnostiserte.

En kommune oppga også at de har talt personer som er i en tidlig fase av sitt rusmiddelbruk, og som klarer seg uten hjelp fra kommunen på nåværende tidspunkt og ikke har et erkjent rusmiddelproblem. En annen liten kommune var usikker på hvor mange personer dette rent faktisk dreier seg om, eksempelvis vil et stort konsum av alkohol eller piller kunne være vanskelig å oppdage i mange situasjoner. Disse personene tar gjerne kontakt med fastlegen eller hjemmesykepleien, uten å oppgi at de har et rusmiddelproblem. I tillegg kjente informanten til at det eksisterer et utbredt hasjmisbruk blant ungdom i kommunen som ikke er tallfestet.

Informantene nevnte i hovedsak tre årsaker til at disse personene ikke har et tjenestetilbud. For det første antar kommunene at det finnes personer som selv erkjenner at de har et rusmiddelproblem og behov for hjelp, men som ikke sier ifra til kommunen at de har et problem. Dette kan skyldes at de ikke har kjennskap til hvilke tilbud kommunen kan gi. I forbindelse med kjennskap til tjenestetilbudet trekkes det frem at personer som allerede mottar tjenester fra NAV ofte har god kjennskap til det øvrige tjenestetilbudet. En annen gruppe personer er de som ikke selv ønsker et tjenestetilbud. Hovedårsaken til dette, ifølge våre informanter, er at de ikke selv har er-

kjent at de har et rusmiddelproblem. Dette kan ha sammenheng med at personer som har et rusmiddelproblem opplever en ambivalens hvor de både ønsker å slutte og å fortsette med å ruse seg¹⁴. En kommune oppgir også økonomi som årsak til at noen ikke mottar tjenester.

Disse tilbakemeldingene fra respondentene og informantene tyder på at det i landets kommuner finnes mange personer som grunnet sitt rusmiddelproblem burde ha mottatt kommunale tjenester, men som per i dag ikke mottar slike tjenester. Det er imidlertid mye usikkerhet knyttet til tallmaterialet, fordi bare en liten andel av kommunene (23 %) har foretatt en kartlegging av antall brukere.

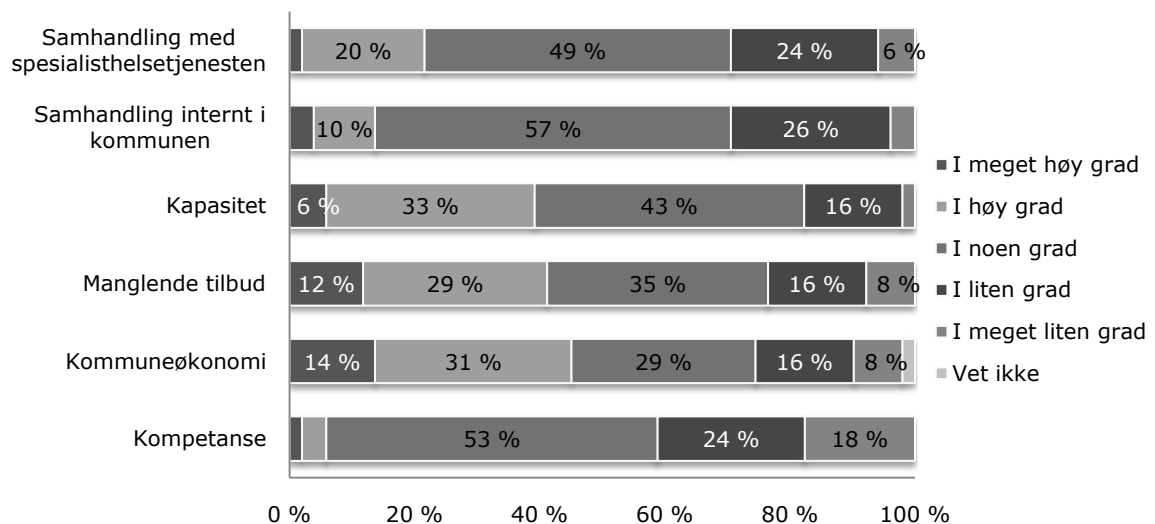
4.4 Sentrale utfordringer i rusarbeidet

I dette avsnittet skal vi se nærmere på hvilke områder kommunene anser som særlig utfordrende i rusarbeidet i sin kommune. Vi kommer også inn på hvilke typer tilbud kommunene i størst grad opplever mangel på. Kommunene ble bedt om å vurdere hvorvidt de anser følgende områder som utfordrende:

- Samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Samhandling internt i kommunen
- For lite kapasitet
- Manglende tilbud
- Kommuneøkonomi
- Kompetanse

I figur 4.9 fremkommer det i hvilken grad alle kommunene i undersøkelsen (N = 51) har vurdert de nevnte områdene som utfordrende.

Figur 4.9: "I hvilken grad anser kommunen at følgende områder er utfordrende i rusarbeidet?", alle kommuner i undersøkelsen (N = 51)



Som det fremkommer av figur 4.9, fremstår kommuneøkonomi, for lite kapasitet og manglende tilbud som de mest utfordrende områdene i kommunenes rusarbeid. Kompetanse fremstår som minst utfordrende, etterfulgt av samhandling internt i kommunen og samhandling med spesialisthelsetjenesten.

I tabell 4.5 fremkommer gjennomsnittsverdier og standardavvik for de ulike områdene.

¹⁴ Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Tabell 4.5: "I hvilken grad anser kommunen at følgende områder er utfordrende i rusarbeidet?", gjennomsnitt og standardavvik

Variabel	Gjennomsnitt (M)	Standardavvik (SD)
Samhandling med spesialisthelsetjenesten	2,88	0,86
Samhandling internt i kommunen	2,84	0,81
For lite kapasitet	3,25	0,87
Manglende tilbud	3,22	1,10
Kommuneøkonomi	3,28	1,19
Kompetanse	2,49	0,90

* Gjennomsnittsverdier er beregnet ut ifra en 5-punkts skala hvor 1 = I meget liten grad og 5 = I meget stor grad.

Nærmere analyser av forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse viser at de tre områdene samhandling med spesialisthelsetjenesten, samhandling internt i kommunen og for lite kapasitet, alle vurderes som en større utfordring blant store kommuner, sammenlignet med mellomstore og små kommuner. Alle tre områdene vurderes som minst utfordrende i små kommuner. Når det gjelder manglende tilbud er det små forskjeller med hensyn til kommunestørrelse i hvordan kommunene vurderer dette som en utfordring. Det er en noe høyere andel blant mellomstore kommuner som vurderer manglende tilbud som utfordrende. Kommuneøkonomi ser ut til å vurderes som en mindre utfordring blant små kommuner sammenlignet med mellomstore og store kommuner. Det vurderes som størst utfordring blant mellomstore kommuner. Kompetanse ser ut til å vurderes som en større utfordring blant store kommuner.

Samlet tyder dette på at store kommuner generelt vurderer alle områdene, med unntak av manglende tilbud og kommuneøkonomi, som en større utfordring sammenlignet med mellomstore og små kommuner.

Nærmere analyser av forskjeller mellom kommuner som mottar tilskudd og kommuner som ikke mottar tilskudd viser at tilskuddskommuner vurderer samtlige områder som en utfordring i høyere grad enn kommuner som ikke mottar tilskudd. Dette kan tyde på at kommuner som har søkt om, og mottar tilskudd, faktisk har større utfordringer med rusarbeidet i sin kommune, og derav også har behov for tilskudd. Det kan også være at disse kommunene har et mer realistisk bilde av situasjonen i kommunen, som følge av at det er jobbet fokusert med søknad og tiltak.

Blant de 10 kommunene som deltok i kvalitative intervjuer oppgir 8 at kommuneøkonomi i høy eller noen grad er utfordrende. En informant fremhever at dårlig kommuneøkonomi medfører at tjenesteyterne har begrenset tid til hver bruker og dermed må prioritere hva de kan bruke tid på å hjelpe brukeren med. I tillegg medfører det at de ikke får fulgt opp så tett som nødvendig, noe som kan føre til at rusmisbruket utvikler seg. En annen kommune har tidligere mottatt prosjektmidler, og har vært nødt til å nedlegge tilbud som følge av at de ikke lengre mottar midler. I en annen kommune brukes mye midler på å dra ut til brukerne, noe som er kostnadskrevende. I en annen kommune understrekes det at dårlig kommuneøkonomi i større grad går ut over personalet enn brukerne, gjennom at ansatte jobber overtid, dropper kurs og går på akkord med egen etikk knyttet til hvor tett de ønsker å følge opp brukerne.

Når det gjelder manglende kapasitet trekker en kommune frem at manglende kapasitet medfører at ansatte har ansvar for å følge opp for mange brukere, noe som reduserer muligheten for tett oppfølging av den enkelte. De oppfatter at dette reduserer effekten av tjenestene på tjenestemottakerens russituasjon.

4.4.1 Manglende tilbud

Vi skal nå se nærmere på hvilke tilbud kommunene som deltok i undersøkelsen anser at det er størst mangel på i kommunen. Kommunene ble bedt om å vurdere hvorvidt det er mangel på følgende tilbud i kommunen:

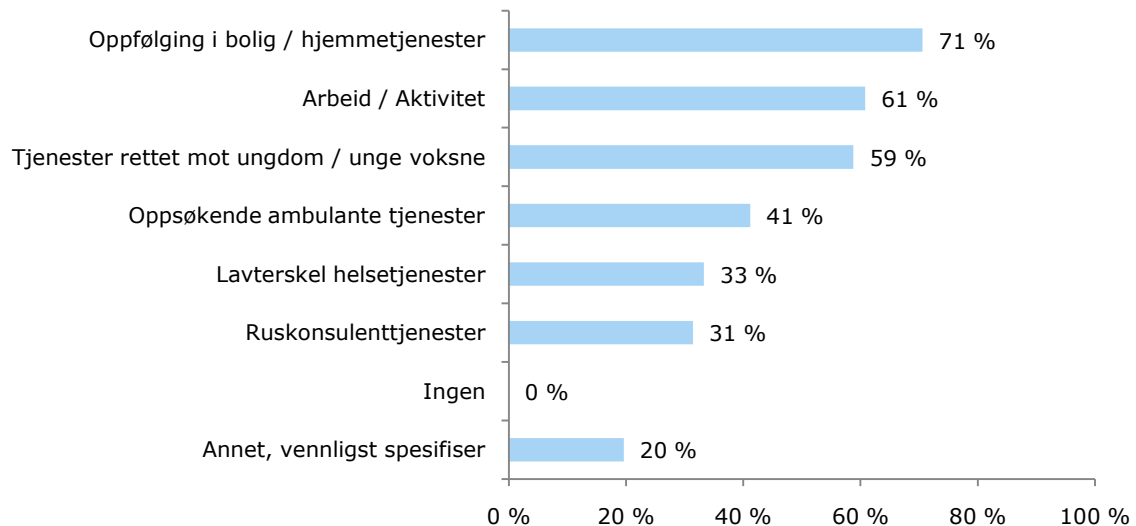
- Ruskonsulenttjenester
- Arbeid/aktivitet
- Lavterskel helsetjenester
- Oppfølging i bolig/hjemmetjenester

- Tjenester rettet mot ungdom/unge voksne
- Oppsøkende ambulante tjenester

Det var også mulig å oppgi at det ikke er mangel på noen av de nevnte tilbudene.

I figur 4.10 fremkommer det hvor stor andel av alle kommunene som deltok i undersøkelsen som har vurdert at det er mangel på de nevnte tilbudene i egen kommune.

Figur 4.10: "Hvilke tilbud anser du at det er størst mangel på i kommunen? Flere kryss mulig", alle kommuner i undersøkelsen (N=51)



I figur 4.10 fremstilles tilbudene som kommunene har vurdert som manglende i synkende rekkefølge. Figuren viser at de tre tilbudene som en størst andel av kommunene oppgir mangel på er oppfølging i bolig/hjemmetjenester, arbeid/aktivitet og tjenester rettet mot ungdom/unge voksne. Hele 71 % av kommunene oppgir at det er et mangelfullt tilbud når det gjelder oppfølging i bolig /hjemmetjenester. Videre mener 61 % at det er mangel på tilbud knyttet til arbeid og aktivitet. Disse to typene tilbud omtales nærmere i de neste avsnittene. Det er også 59 % av kommunene som anser at tilbudet til ungdom og unge voksne er mangelfullt. Det er en noe lavere andel (41 %) av respondentene som oppgir at det er mangel på oppsøkende, ambulante tjenester. Når det gjelder lavterskel helsetjenester og ruskonsulenttjenester oppgir cirka 1/3 av kommunene at dette er mangelfullt. I tillegg oppgir 20 % (n = 12) av respondentene andre tilbud det er mangel på. De spesifiserte svarene viser at 10 av disse omhandler boligsituasjonen, eksempelvis døgnbemanning og boveiledning. En kommune har oppgitt at det er mangel på generell oppfølging av personer med rusmiddelproblemer, og en kommuner har spesifisert lavterskeltilbud innen arbeid/aktivitet. Ingen kommuner oppgir at det ikke er mangel på noen av disse tilbudene.

Her vil det også være interessant å se hvorvidt det er forskjeller mellom kommuner med hensyn til kommunestørrelse. Vi viser til vedlegg 2 for figur over forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse, samt tabeller fordelt på kommunestørrelse med frekvenser. Disse analysene viser ingen helt klare tendenser. Samlet sett ser det ut til at det generelt er en lavere andel små kommuner som har oppgitt mangel på de ulike tilbudene. Hvilke tilbud det er størst mangel på varierer også med hensyn til kommunestørrelse.

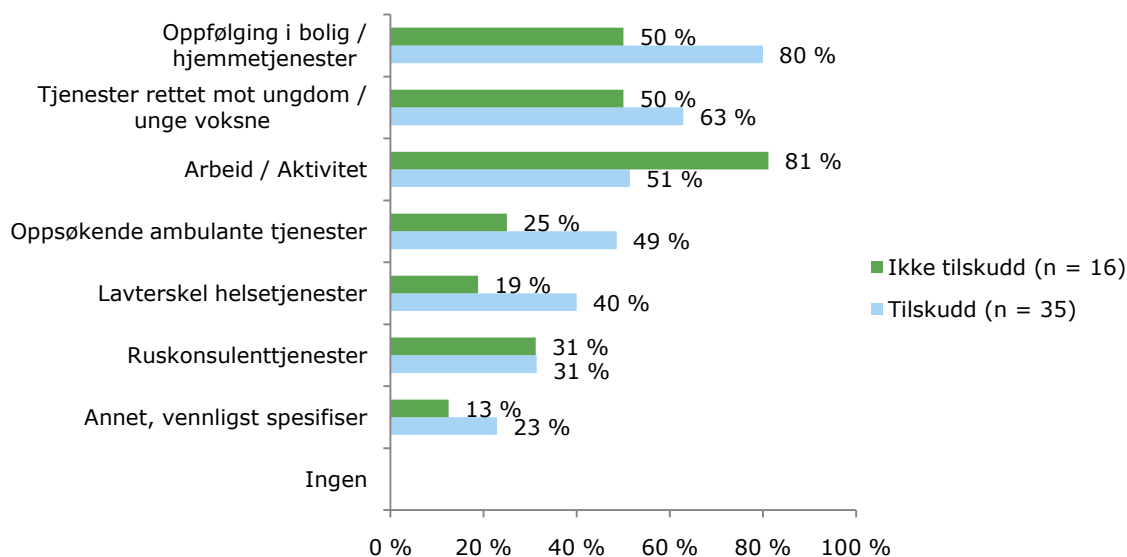
- Når det gjelder *oppfølging i bolig/hjemmetjenester*, som er det tilbudet som flest kommuner samlet oppgir at det er mangel på, ser det ut til at dette vurderes som en mangel i en større andel store kommuner, hvor samtlige (100 %, n = 9) oppgir mangel.
- Når det gjelder *arbeid/aktivitet* ser dette ut til å være et manglende tilbud i flest små kommuner (73 %, n = 19) og store kommuner (67 %, n = 6), men i en mindre andel mellomstore kommuner. Blant små kommuner er dette det tilbudet som flest kommuner oppgir mangel på.

- *Tjenester rettet mot ungdom/unge voksne* ser det derimot ut til å være mangel på blant en større andel kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere (86 %), n = 6) og kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere (78 %, n = 7) sammenlignet med små (50 %, n = 13) og store kommuner (44 %, n = 5).
- *Oppsøkende ambulante tjenester* er det mangel på blant en større andel kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere (57 %, n = 4) og kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere (56 %, n = 5).
- Når det kommer til *ruskonsulenttjenester* skiller kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere seg ut ved at en større andel har oppgitt mangel på dette (57 %, n = 4) sammenlignet med andre kommuner.
- Angående *lavterskel helsetjenester* er det små variasjoner med hensyn til kommunestørrelse. Det er størst andel blant kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere som oppgir mangel på dette (44 %, n = 4).

I kommuner med under 5000 er de to tilbudene som det er størst mangel på arbeid/aktivitet (73 %) og oppfølging i bolig/hjemmetjenester (54 %). I kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere er det størst mangel på oppfølging i bolig/hjemmetjenester (89 %) og tjenester rettet mot ungdom/unge voksne (78 %). I kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere er de tre tilbudene som det er størst mangel på tjenester rettet mot ungdom/unge voksne (86 %) og oppfølging i bolig/hjemmetjenester (71 %). Tilsvarende for store kommuner med over 20 000 innbyggere er oppfølging i bolig/hjemmetjenester (199 %) og arbeid/aktivitet (67 %) de tre tilbudene det er størst mangel på.

Her vil det også være interessant å se på eventuelle forskjeller mellom kommuner som mottar tilskudd og kommuner som ikke mottar tilskudd angående hvilke tilbud det er størst mangel på.

Figur 4.11: "Hvilke tilbud anser du at det er størst mangel på i kommunen? Flere kryss mulig", fordelt på tilskuddskommune (n = 35)/ikke tilskuddskommune (n = 16)



Som det fremkommer av figur 4.11 vurderer en større andel av kommuner som mottar tilskudd at det er mangel på oppfølging i bolig/hjemmetjenester, tjenester rettet mot ungdom/unge voksne, oppsøkende ambulante tjenester og lavterskel helsetjenester, sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd. Ruskonsulenttjenester vurderes likt, mens en større andel kommuner som ikke mottar tilskudd opplever mangel på tilbud innen arbeid/aktivitet. Dette kan tyde på at arbeid/aktivitetstilbud er ett av områdene som kommuner får tilskudd til å utbedre.

I de kvalitative intervjuene fikk informantene mulighet til å spesifisere den opplevde mangelen på tilbud nærmere.

Aktivitetstilbud

En kommune oppga at de savner et lavterskel aktivitetstilbud, hvor brukere og kommunalt ansatte møtes, og brukerne får delta på en aktivitet og opplever å ha fått en bedre hverdag. Den samme kommunen har et arbeids- og aktivitetstilbud i en bedrift som driver med ved, og hvor tjenestemottakerne kan pakke og selge ved. Dette anses som et verdifullt tilbud, men utfordringen er å tilby det på en systematisk måte. Dette handler om prioritering. En annen kommune oppgir ønske om et sted hvor mennesker med rusmiddelproblemer og andre som ikke er i aktivitet kan møtes.

Lavterskel helsetilbud

En annen kommune oppgir at de savner et lavterskel helsetilbud, og begrunner det med at mennesker med rusmiddelproblemer har svært høy terskel for å oppsøke lege. En annen kommune oppgir også behov for en helsestasjon for mennesker med rusmiddelproblemer, hvor de kan få hurtig hjelp og for eksempel ta urinprøver og lignende.

Tjenester/forebygging rettet mot ungdom

En kommune som oppgir at de mangler tjenester rettet mot ungdom har forsøkt å imøtekomme dette gjennom å oppgradere helsesøster- og barneverntjenesten for å kunne møte barn på skolen, for å forebygge rusmiddelbruk. I en annen kommune har man også rettet forebyggende tiltak mot skoler, hvor de oppsøker skoler og snakker med elevene om rusmiddelbruk. En tredje kommune savner et arbeids- og aktivitetstilbud til ungdom som ikke fullfører videregående skole er viktig for å forebygge rusmiddelproblemer.

Ambulant team

En kommune nevner oppsøkende ambulante tjenester som en mangel ved tilbudet. Dette har sammenheng med en oppfatning om at tjenesteapparatet må bli mer synlig for brukerne og møte dem på deres premisser. *"Vi må ut på gata for å finne ungdommen, inn på internett. Vi må hjem i husene hvor folk bor for å finne de som sliter med angst, depresjon og påfølgende rusproblematikk. De klarer ikke å møte til samtaler. Samtidig har de fått en rettighet til en hjelp. Da kan vi ikke sitte her og vente."* Informanten ser for seg at et team av ambulerende boveiledere kan være en løsning på denne utfordringen.

Eksempler på vellykkete tilbud

Flere av kommunene hadde også tjenestetilbud til mennesker med rusmiddelproblemer som de trakk frem som særlig vellykkede. I en kommune dreide dette seg om daghjem og natthjem for eldre mennesker som har en lengre fortid med rusmiddelproblemer, som fungerer som møteplass og en form for prekvalifisering til arbeidslivet. En annen kommune trakk frem at de har et brukertsalg hvor målgruppen kan bidra i driften.

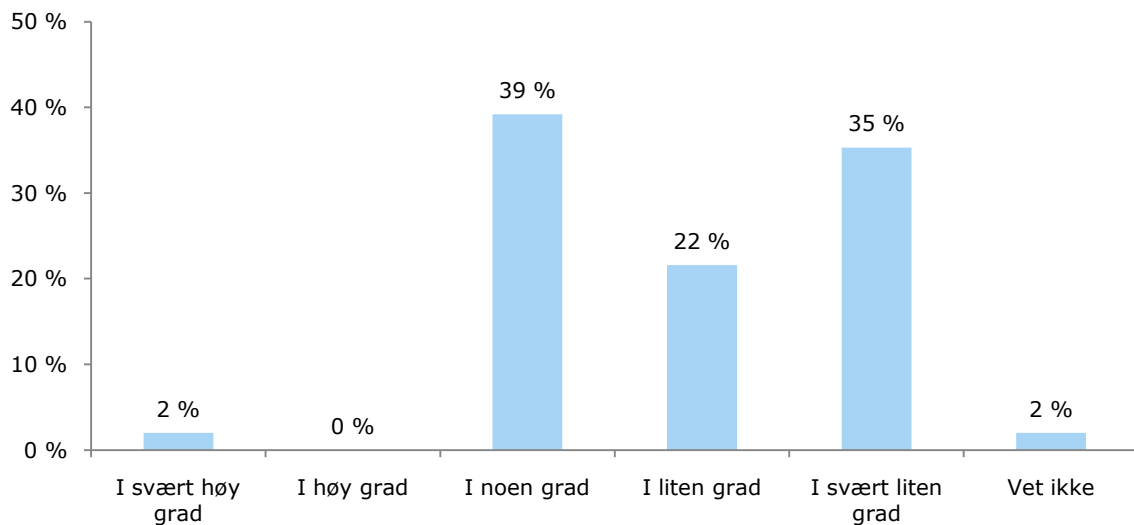
En kommune understreket også nytten av at ansatte har anledning til å følge brukerne til å gjøre dagligdagse ærend. En stor bykommune trakk frem kommunens helseteam som et godt tilbud i forhold til oppfølging. Samme kommune var også fornøyd med oppfølgingstjenesten i kommunen, som blant annet også har en ambulant tjeneste.

Funnene tyder på at de fleste kommunene opplever mangler på et eller flere områder innen sitt tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer. Dette henger sannsynligvis sammen med at kommunene preges av utfordringer som manglende tilbud, manglende kapasitet og økonomi, som medfører at tjenestetilbudet samlet sett ikke er godt nok. Som vi så ovenfor ble tilbud om boligsosiale tjenester, arbeidsrettede tiltak trukket frem som særlig utfordrende. Vi skal avslutningsvis i kapittelet se nærmere på dette temaet.

4.4.2 Boligsituasjonen

Som vi så i forrige avsnitt oppgir hele 71 % av kommunene at de opplever mangel på tilbud innen oppfølging i bolig/hjemmetjenester. I undersøkelsen ble kommunene bedt om å gi sin vurdering av hvorvidt boligsituasjonen for personer som på grunn av sitt rusmiddelproblem har behov for bolig er tilfredsstillende. I figur 4.12 fremkommer det hvordan alle kommunene i undersøkelsen (N = 15) har vurdert boligsituasjonen.

Figur 4.12: "Er kommunens boligsituasjon tilfredsstillende for personer som på grunn av sitt rusmiddelproblem har behov for bolig?", alle kommuner i undersøkelsen (N=51)



Som vi kan lese av figur 4.12, vurderer flertallet av kommunene at boligsituasjonen i sin kommune i svært liten eller liten grad er tilfredsstillende. Dette gjelder hele 57 % (n = 29) av kommunene, hvor 35 % vurderer at boligsituasjonen i svært liten grad er tilfredsstillende og 21 % vurderer at boligsituasjonen i liten grad er tilfredsstillende. Videre har 39 % (n = 20) vurdert at boligsituasjonen i egen kommune i noen grad er tilfredsstillende. Det er kun 2 % (n = 1) av kommunene som oppgir at boligsituasjonen i svært høy grad er tilfredsstillende, og ingen som oppgir at boligsituasjonen i høy grad er tilfredsstillende. Det er også 2 % (n = 1) som svarer "vet ikke".

Analyser av forskjeller med hensyn til kommunestørrelse viser relativt små forskjeller. Det er verdt å fremheve at det kun er små kommuner som har oppgitt at boligsituasjonen i kommunen i svært høy grad er tilfredsstillende. Dette gjelder imidlertid kun 1 kommune. Videre er det størst andel mellomstore kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere som vurderer at boligsituasjonen i liten eller svært liten grad er tilfredsstillende. Dette gjelder hele 100 % (n = 9) av kommunene i denne størrelseskategorien.

Analyser av eventuelle forskjeller mellom kommuner som mottar tilskudd og kommuner som ikke mottar tilskudd viser at det er små forskjeller. Dette tyder på at boligsituasjonen vurderes som like lite tilfredsstillende i både kommuner som mottar tilskudd og kommuner som ikke mottar tilskudd.

Gjennomsnitt og standardavvik fremkommer av tabellen nedenfor.

Tabell 4.6: "Er kommunens boligsituasjon tilfredsstillende for personer som på grunn av sitt rusmiddelproblem har behov for bolig?", gjennomsnitt og standardavvik, kommunens boligsituasjon

Variabel	Antall kommuner (N)	Gjennomsnitt (M)	Standardavvik (SD)
Under 5000	25	3,72	1,06
5001 – 10 000	9	4,44	0,53
10 001 – 20 000	7	3,86	1,07
Over 20 000	9	3,89	0,93
Tilskudd	35	3,94	1,03
Ikke tilskudd	15	3,80	1,00
Alle kommuner	50	3,90	0,97

* Gjennomsnittsverdier er beregnet ut ifra en 5-punkts skala hvor 1 = I svært liten grad og 5 = I svært stor grad. N = 50 fordi én kommune har oppgitt "vet ikke" og inngår derfor ikke i beregningen. Dette er én kommune med under 5000 innbyggere som ikke mottar tilskudd.

Blant de ti kommunene som deltok i kvalitative intervjuer var det tre som oppga at boligsituasjonen som i svært liten grad er tilfredsstillende, tre oppga i liten grad og fire oppga at boligsituasjonen i noen grad er tilfredsstillende. Ved nærmere analyse av hva dette bunnet i, var det store likheter mellom kommunene. Det blir trukket frem at det som skal til for at situasjonen blir tilfredsstillende er flere boliger, boliger som er tilpasset ulike brukeres behov, kapasitet til å gi boveiledning/oppfølging og heldøgnsbemanning. Når det gjelder behov for flere boliger oppgir en kommune at det generelt er mangel på kommunale boliger, og at dette er en utfordring. En annen kommune, som har 130 kommunale boliger, oppgir at lang botid medfører at det er flere mennesker med rusmiddelproblemer som står på venteliste for å få kommunal bolig. Når det gjelder boliger som er tilpasset ulike brukeres behov trekker en kommune frem at de opplever mangel på boliger for mennesker med dobbeltdiagnose med utagerende atferd som har vanskelig for å bo i blokker sammen med andre. Når det kommer til kapasitet til å gi boveiledning og heldøgnsbemanning trekker flere frem at særlig dobbeltdiagnostiserte og mennesker med psykiske helseproblemer kan ha behov for boliger med mer oppfølging, eksempelvis knyttet til å håndtere dagligdagse oppgaver og megle konflikter.

4.4.3 Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak

Som vi kunne lese av figur 4.10, er arbeids- og aktivitetsrettede tiltak det tilbudet som kommunene i størst grad opplever mangel på, nest etter boligtilbudet. De 10 kommunene som deltok i kvalitative intervjuer ble bedt om å komme med utdypende perspektiver på tilbudet knyttet til arbeid/aktivitet i sin kommune.

Flere kommuner trakk frem at det finnes lite arbeids- og aktivitetsrettede tiltak i kommunen og at det finnes for lite bredde i tilbudet. En kommune opplevde størst behov blant unge som faller ut av videregående skole, og et stort behov for meningsfylte aktiviteter for denne gruppen. En informant forklarte at det er en utfordring for NAV å sette mennesker med rusmiddelproblemer i arbeid hos arbeidsgivere, fordi det er en risiko knyttet til at det ikke skal fungere, noe som kan medføre utfordringer i å rekruttere arbeidsbedrifter. Det ble også trukket frem at det finnes bedre tilbud i større kommuner sammenlignet med små kommuner fordi store kommuner har flere brukere, et større tjenesteapparat og derfor større muligheter til å tilby tiltak som er tilpasset ulike behov.

En kommune som har organisert rustjenesten i en egen enhet trekker frem at samarbeidet med NAV er en barriere med tanke på å tilby mennesker med rusmiddelproblemer arbeids- og aktivitetstilbud. Informanten peker på at den største utfordringen er at arbeid krever at man ikke ruser seg. Kommunen har forsøkt et sysselsettingstiltak i kommunens parkvesen, hvor mennesker med rusmiddelproblemer kunne jobbe de dagene de var i stand til det og få betalt deretter. En utfordring med dette er at mange møtte opp ruset på jobb, samtidig som arbeidet krevde motoriserte verktøy.

En annen kommune trekker frem at det finnes en god del tilpassede tjenester for mennesker som er på et arbeidsavklaringsløp. Det er en større utfordring for den gruppen som ikke kvalifiserer til arbeidslivet, og som må ha varig trygd. Da faller alle tiltak bort. En annen kommune har også lavterskel arbeidstilbud for mennesker som har en lengre fortid med rusmiddelproblemer, hvor 15-20 personer får jobb.

4.4.4 Helhetlige tjenester

Som vi har sett i dette kapittelet er de tilbudene som i størst grad er mangelfulle boligtilbudet, arbeids- og aktivitetstilbudet og tjenester til ungdom. Dette er viktige tilbud for å kunne tilby personer med rusmiddelproblemer helhetlige tjenester. I de kvalitative intervjuene undersøkte vi kommunenes oppfatning av deres evne til å tilby helhetlige tjenester til personer med rusmiddelproblemer.

Flere kommuner trekker frem tett samarbeid mellom kommunale instanser som viktig for å tilby helhetlige tjenester, og opplever at de lykkes med dette. Flere kommuner trekker også frem at brukerne har få personer å forholde seg til, noe som er en fordel for brukeren.

Noen av kommunene nevner også at en utfordring med å tilby helhetlige tjenester handler om overgangen og skiller i ansvarsområder mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenes-

ten. Dette handler særlig om ventetid på behandling i spesialisthelsetjenesten, og kan medføre at flere brukere må på avrusning mens de venter på behandling.

Enkelte kommuner understreker videre at individuell plan, ansvarsgrupper og koordinator er gode virkemidler for å tilby et helhetlig tjenestetilbud. En kommune prioriterer å utarbeide IP for yngre mennesker i større grad enn for eldre rusmisbrukere og LAR-brukere, noe som ifølge informanten har sammenheng med at det er mer sannsynlig at det vil gi resultater for de unge brukerne. Deres erfaring er at det kan være vanskelig å få samtykkende behandling fra eldre misbrukerne, og at det er mer utfordrende for dem å følge behandlingen, slik at de havner tilbake til sitt vannte rusmisbruk. Informanten opplever dette som en utfordrende brukergruppe fordi det kan innbefatte vold og ubehag, noe som gjør det mer krevende å få til samhandling og et helhetlig tjenestetilbud. I tillegg forekommer det at brukerne ikke ønsker den hjelpen kommunen kan tilby.

En informant trekker frem to brukergrupper som kommunen opplever det som utfordrende å finne gode tilbud til, dobbeltdiagnostiserte og ungdom. Når det gjelder ungdom handler dette om at det tar tid å søke om tjenester, slik at konsekvensen kan bli at når kommunen har søkt om hybel til en ungdom, så finner vedkommende ut at han/hun skal flytte til et annet sted. En utfordring med dobbeltdiagnose er at enkelte kun vil ha deler av det tilbudet kommunen mener at de trenger, eksempelvis bolig, men ikke veiledning.

4.5 Oppsummering

I dette kapittelet har vi sett på kommunenes oppfatninger av rusmiddelmisbruk som levekårsproblem i egen kommune, hvordan rusarbeidet prioriteres i kommunene, oversikt over antall personer med tjenestebehov, samt sentrale utfordringer i kommunenes rusarbeid.

Over halvparten av respondentene (53 %) mener at rusmiddelmisbruk *i noen grad* er et presserende levekårsproblem i kommunen. Omkring 1/3 av kommunene mener at det i stor eller svært stor grad er et presserende levekårsproblem. Dette tyder på at flertallet av kommunene har et stort behov for tjenester tilpasset personer med rusmiddelproblemer. Rusmiddelmisbruk anses som et mindre presserende levekårsproblem i små kommuner og mellomstore kommuner sammenlignet med store kommuner og bydeler. Tilskuddskommunene vurderer rusmiddelmisbruk til å være et mer presserende levekårsproblem sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd. Disse forskjellene kan bety at de kommunene som har søkt om, og fått innvilget tilskudd til kommunalt rusarbeid, faktisk opplever større behov for tilskuddet sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd. Funnene tyder også på at rusmiddelproblem anses som større levekårsproblem i store og mellomstore kommuner som mottar tilskudd og som mindre levekårsproblem i små kommuner som ikke mottar tilskudd.

Flesteparten av kommunene oppgir at rusarbeidet har middels prioritering i kommunen (59 %). Videre oppgir 22 % at rusarbeidet har høy prioritering, mens 18 % oppgir at det har lav prioritering. Rusarbeidet ser ut til å prioriteres høyest i store kommuner, med over 20 000 innbyggere. Det er flest små kommuner som oppgir at rusarbeidet har lav prioritering. Rusarbeidet ser ut til å være noe høyere prioritet i kommuner som mottar tilskudd enn i de kommunene som ikke mottar tilskudd. Forskjellene er imidlertid ikke så store som man kunne ha forventet, og flertallet av respondentene fra begge grupper oppgir at arbeidet gis middels prioritet. Prioriteringen av rusarbeidet ser ut til å ha en viss sammenheng med omfanget av problemet.

24 % av kommunene har foretatt en kartlegging av personer med rusmiddelproblemer. 65 % av kommunene har ikke foretatt en slik kartlegging, og 12 % av respondentene oppgir at de ikke vet om kommunen har foretatt en kartlegging. Det er færrest store kommuner (11 %) som har kartlagt antall personer som har behov for kommunale tjenester som følge av sitt rusmiddelmisbruk, og flest kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere (33 %) som har foretatt en slik kartlegging.

Kommunene som har foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester oppgir at det ble registrert mellom 10 og 200 brukere. Kommunene ga også anslag på hvor mange personer som ikke mottar tjenester grunnet sitt rusmiddelproblem, men som har behov for tjenester. Blant små kommuner dreier dette seg i

gjennomsnitt om 8 personer. Blant kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere er det i gjennomsnitt 57 personer, i kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere er det i gjennomsnitt 56 og i kommuner med over 20 000 innbyggere er det i gjennomsnitt 199 personer. Dette kan tyde på at det i mange kommuner finnes personer som grunnet sitt rusmiddelproblem burde ha mottatt kommunale tjenester, men per i dag ikke mottar slike tjenester. Det tyder også på at dette dreier seg om flere personer i store kommuner.

Når det gjelder utfordringer i rusarbeidet oppgis kapasitet, manglende tilbud og kommuneøkonomi som de mest utfordrende områdene. Kompetanse fremstår som minst utfordrende, etterfulgt av samhandling internt i kommunen og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Samlet ser store kommuner ut til generelt å vurdere alle områdene, med unntak av manglende tilbud og kommuneøkonomi, som en større utfordring sammenlignet med mellomstore og store kommuner. Tilskuddskommuner vurderer samtlige områder som en utfordring i høyere grad enn kommuner som ikke mottar tilskudd. Dette kan tyde på at kommuner som har søkt om, og mottar tilskudd, faktisk har større utfordringer med rusarbeidet i sin kommune, og derav også har behov for tilskudd.

Når det gjelder tilbudet til personer med rusmiddelproblemer oppgir flest kommuner at det er et mangelfullt tilbud når det gjelder oppfølging i bolig /hjemmetjenester, etterfulgt av tilbud knyttet til arbeid og aktivitet, og tilbudet til ungdom og unge voksne. Når det gjelder oppfølging i bolig/hjemmetjenester ser det ut til at dette vurderes som en større mangel i store kommuner. Når det gjelder arbeid/aktivitet ser dette ut til å være et manglende tilbud i en like stor andel små og store kommuner, men manglende blant en mindre andel mellomstore kommuner. Tjenester rettet mot ungdom/unge voksne ser det derimot ut til å være mangel på blant en større andel mellomstore kommuner sammenlignet med små og store kommuner. Samlet sett ser det ut til at det generelt er en lavere andel små kommuner som har oppgitt mangel på de alternative tilbudene.

Flertallet av kommunene vurderer at boligsituasjonen i sin kommune i svært liten eller liten grad er tilfredsstillende. Flere kommuner trakk frem at det finnes lite arbeids- og aktivitetsrettede tiltak i kommunen og at det finnes for lite bredde i tilbudet.

5. KAPASITET PÅ TJENESTENE

I dette kapittelet skal vi se nærmere på hva undersøkelsen viser om kapasiteten på tjenestene i kommunene. Temaene vi skal se nærmere på er kommunenes organisering av rusarbeidet, kapasitet på rusarbeidet, hvilke kommunale tilbud som finnes til personer med rusmiddelproblemer, hvilke områder kommunene har opplevd kapasitetsendringer på, samt hva kommunene selv ser som sine videre satsingsområder for rusarbeidet.

Når det gjelder kapasiteten på tjenestene i kommunen viser blant annet tallene fra undersøkelsen at:

- Rusarbeidet i kommunene organiseres forskjellig. 41 % av kommunene har fordelt rusarbeidet på flere tjenesteområder i kommunen. Dette er mest utbredt blant små kommuner. I 37 % av kommunene er rusarbeidet i sin helhet organisert i NAV. I 22 % av kommunene finnes det en egen enhet/tjeneste for rusarbeidet. Dette er mest utbredt blant store kommuner.
- Kommunene generelt vurderer sin kapasitet i rusarbeidet som middels god (57 % av kommunene oppgir at kapasiteten er middels god). Det er flere som vurderer kapasiteten i rusarbeidet som god (26 %) enn som dårlig (16 %). Store kommuner vurderer kapasiteten som best (55 % vurderer den som god) og kommuner som mottar tilskudd vurderer kapasiteten som bedre enn kommuner som ikke mottar tilskudd.
- Det er lite utbredt at frivillige eller private aktører utøver kommunale tilbud til personer med rusmiddelproblemer. I hele 70 % av kommunene utøves ingen kommunale tilbud til personer med rusmiddelproblemer av frivillige eller private aktører.
- Det har generelt vært mer økning enn nedgang i kapasiteten innenfor flere områder av rusarbeidet. Det området som flest kommuner har opplevd kapasitetsøkning innen er oppfølging før, under og etter behandling (51 %). Innenfor områdene behandling, henvisning til spesialisthelsetjenesten, rehabilitering, forebyggende arbeid og tidlig intervensjon har omkring 40 % av kommunene opplevd kapasitetsøkning, mens en noe høyere andel (omkring 45 %) ikke opplevd noen endring. Svært få kommuner har hatt reduksjon i kapasiteten på noen av områdene.

I dette kapittelet utdypes disse funnene, og det presenteres forskjeller med hensyn til kommune-størrelse og mellom kommuner som mottar og som ikke mottar statlig tilskudd. Til sist oppsummeres også noen av kommunenes framtidige satsningsområder i rusarbeidet. Delen om satsningsområder er utelukkende basert på informasjon fra våre kvalitative intervjuer.

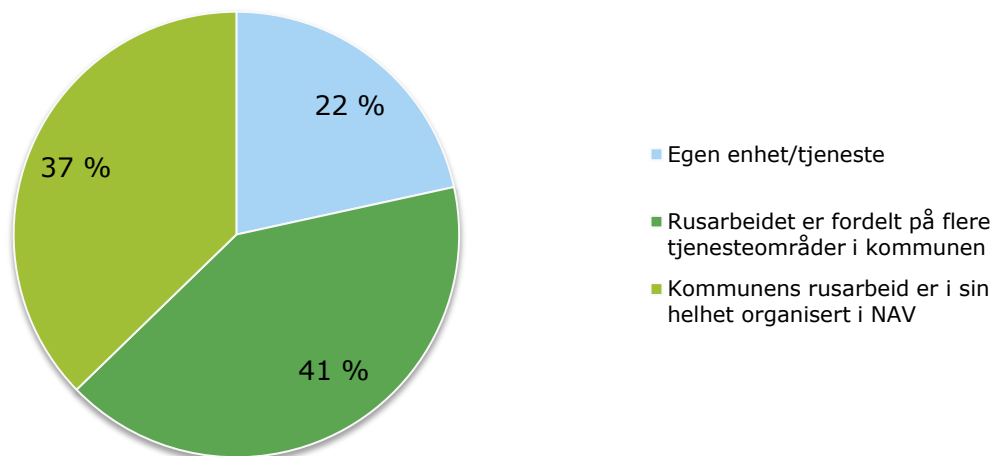
5.1 Organisering av det kommunale rusarbeidet

Kommunene som har deltatt i undersøkelsen har organisert rusarbeidet i kommunen på ulike måter. I undersøkelsen ble kommunene bedt om å ta stilling til hvorvidt deres rusarbeid er organisert etter en av tre følgende modeller:

- Egen enhet/tjeneste
- Rusarbeidet er fordelt på flere tjenesteområder i kommunene
- Kommunens rusarbeid er i sin helhet organisert i NAV

I figur 5.1 vises hvor stor andel av kommunene i utvalget som har valgt de ulike modellene.

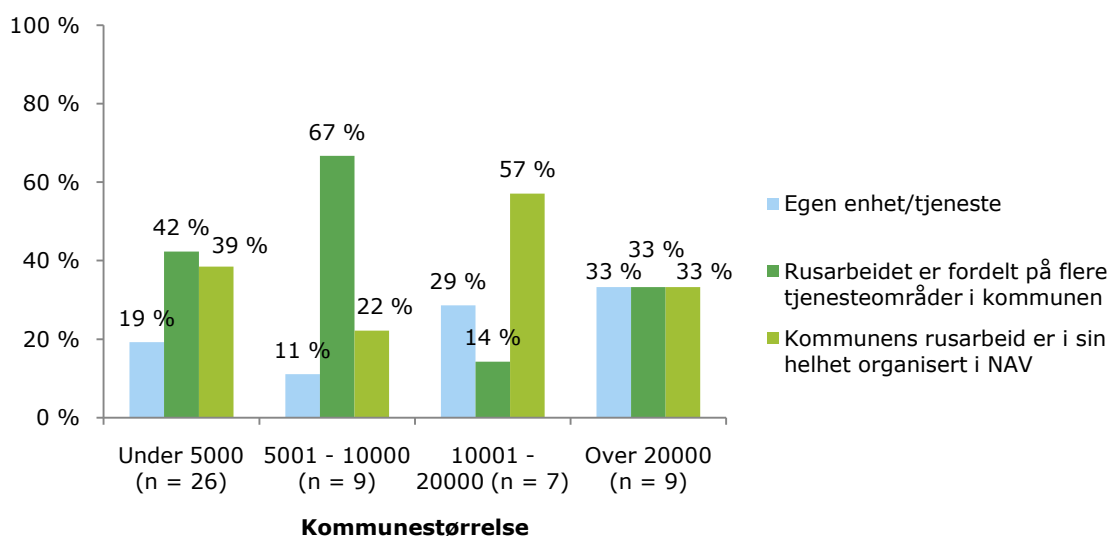
Figur 5.1: "Hvilken organisering har kommunen av arbeid med personer med rusmiddelproblemer?", alle kommuner i undersøkelsen (N=51)



Kommunene fordeler seg forholdsvis jevnt på de ulike alternativene når det gjelder organisering av rusarbeidet. I 41 % (n = 21) av kommunene er rusarbeidet fordelt på flere tjenesteområder i kommunen, mens 37 % (n = 19) av kommunene har organisert rusarbeidet i sin helhet i NAV. En noe lavere andel på 22 % (n = 11) av kommunene har organisert rusarbeidet i egen enhet. Her er det likevel verdt å bemerke at NAV kan være en sentral instans i rusarbeidet også i kommuner som har fordelt rusarbeidet på flere tjenesteområder i kommunen.

Videre skal vi se på om det er noen forskjeller i hvordan kommuner med ulik størrelse har organisert rusarbeidet. Dette fremkommer av figur 5.2.

Figur 5.2: "Hvilken organisering har kommunen av arbeid med personer med rusmiddelproblemer?", krysset med kommunestørrelse. I figuren viser "n" til antall kommuner i hver gruppe inndelt etter kommunestørrelse.



Som figur 5.2 viser, er det en større andel kommuner med 10 0001 – 20 000 innbyggere og over 20 000 innbyggere som har organisert rusarbeidet i en egen enhet, sammenlignet med mindre kommuner. Blant kommuner med over 20 000 innbyggere er det en jevn fordeling på de tre ulike typene organisering, med 33 % på hver. Blant kommuner med 10 0001 – 20 000 innbyggere er

det størst andel kommuner som har organisert rusarbeidet i sin helhet i NAV (57 %, n = 4). Blant kommuner med under 5000 innbyggere og 5001 – 10 000 innbyggere er det mest utbredt at rusarbeidet er fordelt på flere tjenesteområder i kommunen. 42 % (n = 11) av kommuner med under 5000 innbyggere og 67 % (n = 6) av kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere har denne organiseringen av rusarbeidet. Dernest er organisering av rusarbeidet i NAV nest mest utbredt blant kommuner i disse størrelsene, mens en egen enhet for rusarbeidet er minst utbredt.

Kommunenes organisering av rusarbeidet ble også undersøkt i de kvalitative intervjuene. Blant de ti kommunene som deltok i kvalitative intervjuer har fire fordelt rusarbeidet på flere tjenesteområder i kommunen, tre har organisert rusarbeidet i sin helhet i NAV, og tre har organisert rusarbeidet i en egen enhet.

De fire kommunene som har fordelt rusarbeidet på flere tjenesteområder har ulike modeller. I en av kommunene har NAV det formelle ansvaret for rusarbeidet, mens andre tjenester også inngår. I en annen kommune er rusarbeidet delt mellom NAV og psykiatri. Her er det ikke en bestemt enhet som har hovedansvaret for rusarbeidet. Manglende samordning oppleves her som en utfordring med at rusarbeidet er fordelt på flere tjenesteområder. For eksempel medfører det ifølge den aktuelle informanten ineffektiv tidsbruk og uklar ansvarsfordeling med hensyn til koordinering og arbeid med individuelle planer. I en tredje kommune er kommunen i gang med omorganisering. De har nylig opprettet en koordinerende enhet i NAV som skal tildele flere typer tjenester knyttet til helse, rus og flyktninger. Hensikten med denne organiseringen er å få bort skiller mellom enheter og avdelinger, som ifølge informanten kan være en barriere for å tilby et helhetlig tjenestetilbud. Den fjerde kommunen har en organisering med en bestiller-utfører enhet som tildeler tjenester, noe de opplever at er en organisering som fungerer godt for brukerne.

Blant de tre kommunene som har organisert rusarbeidet i sin helhet i NAV er det ulikt omfang på tjenesten. I den ene kommunen er det kun en halv stilling som ruskonsulent, som er organisert under NAV. I en annen kommune er det en egen koordinator for rusomsorg under NAV. I en tredje kommune er det en rusveileder i 50 % stilling og en 30 % stilling som fungerer som en støttefunksjon.

Blant de tre kommunene som har organisert rusarbeidet i en egen enhet, er det noe ulike organiseringer. I en av kommunene er rus og psykiske lidelser samlet i denne enheten. Informantens erfaring er at denne organiseringen fungerer meget godt. En utfordring med denne organiseringen, er at det sosialfaglige ble skilt fra det økonomiske ved opprettelsen av NAV, mens mennesker med rusmiddelproblemer i stor grad har behov for økonomisk bistand. Dette fordrer nært samarbeid med NAV. En annen kommune som har valgt å organisere rusarbeidet under en egen enhet vurderer nå å samorganisere rus og psykisk helse. I den tredje kommunen er rustjenesten samlokalisert med NAV, noe de opplever bidrar til godt samarbeid.

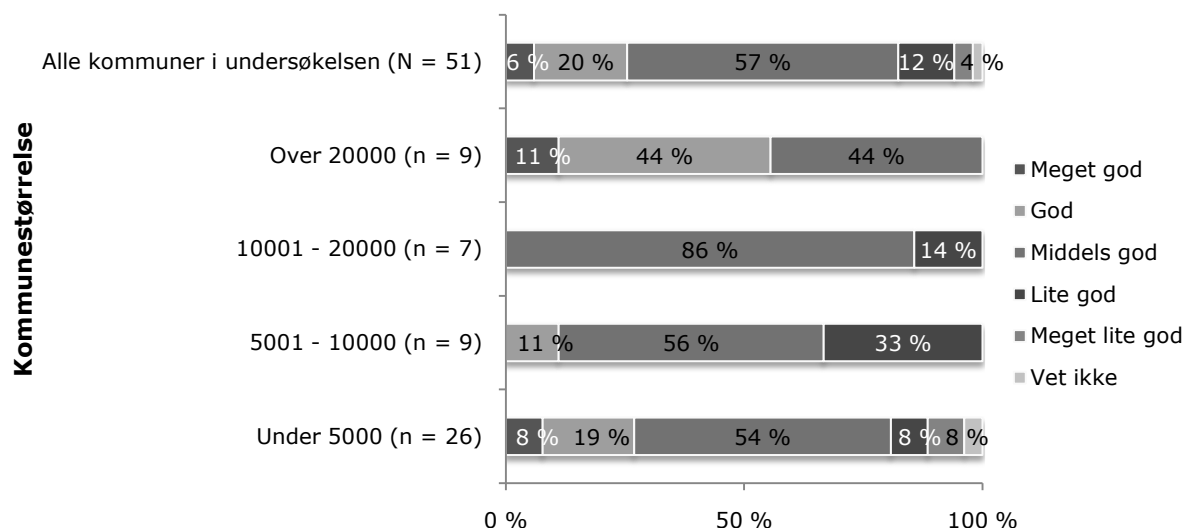
Dette tyder på at NAV er en sentral instans i kommunenes rusarbeid uavhengig av valgt organiseringsmodell.

5.2 Kommunenes kapasitet og tilbud

I dette avsnittet ser vi nærmere på hvordan kommunene vurderer kapasiteten i rusarbeidet. Her forstår vi kapasitet som muligheten til å yte de tjenester som er nødvendige for et godt kommunalt tjenestetilbud på feltet. Vi ser også på hvilke tjenestetilbud som eksisterer i kommunene, og forekomsten av samarbeid med frivillige og private aktører. Videre ser vi på kommunenes vurderinger av i hvilken grad det har vært endringer i kapasiteten i rusarbeidet de siste tre årene.

I figur 5.3 presenteres kommunenes vurdering av kapasiteten i egen kapasitet når det gjelder rusarbeid. Figuren viser både hvordan alle kommunene samlet har svart, samt forskjeller med hensyn til kommunestørrelse.

Figur 5.3: "Hvordan vurderer du kommunens kapasitet når det gjelder rusarbeid?", alle kommuner i undersøkelsen og fordelt på kommunestørrelse (N=51). I figuren viser "n" til antall kommuner i hver gruppe inndelt etter kommunestørrelse.



Som figur 5.3 viser, vurderer flertallet av respondentene kommunenes kapasitet som middels god (57 %, n = 29). Videre vurderer 26 % (n = 13) av kommunene at kommunens kapasitet er god eller meget god. Det er en relativt liten andel (16 %, n = 8) som oppgir at kommunens kapasitet når det gjelder rusarbeid er lite eller meget lite god.

Figuren synliggjør også relativt store forskjeller mellom kommuner med ulike størrelse. Det er en mye større andel av store kommuner (med over 20 000 innbyggere) som oppgir at kapasiteten i rusarbeidet er god eller meget god. Dette gjelder hele 55 % (n = 5) av store kommuner. Blant disse vurderer de resterende kommunene at kommunens kapasitet er middels god, og det er derav ingen store kommuner som vurderer kommunens kapasitet som lite eller meget lite god.

Når det gjelder kommuner med inntil 20 000 innbyggere vurderer flertallet av kommunene at kapasiteten er middels god. Blant kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere gjelder dette 86 % (n = 6). Resten av kommunene i denne kategorien vurderer kommunens kapasitet som lite god (14 %, n = 1). Ingen kommuner i denne kategorien har vurdert kapasiteten som god eller meget god, men det er heller ingen som vurderer den som meget lite god. Blant kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere vurderer 56 % (n = 5) kapasiteten som middels god, mens 33 % (n = 3) vurderer den som lite god og 11 % (n = 1) vurderer den som god.

Blant små kommuner vurderer 54 % (n = 14) at kapasiteten på kommunens rusarbeid er middels god. Det er en større andel som vurderer kapasiteten som god eller meget god (27 %, n = 7) enn som lite god eller meget lite god (16 %, n = 4).

Analyser av eventuelle forskjeller mellom kommuner som mottar tilskudd og som ikke mottar tilskudd, viser noen små forskjeller. Det er en større andel kommuner som mottar tilskudd som vurderer kommunens kapasitet som god eller meget god (32 %, n = 11) sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd (13 %, n = 2). Blant begge gruppene forekommer det hyppigst at kapasiteten vurderes som middels god, men denne andelen er høyere blant kommuner som ikke mottar tilskudd (69 %, n = 11) sammenlignet med kommuner som mottar tilskudd (51 %, n = 18). Det er en relativt lik andel som vurderer kapasiteten som lite eller meget lite god (16-17 %).

I tabell 5.1 presenteres gjennomsnittsverdier og standardavvik for kommunenes vurdering av kapasiteten når det gjelder rusarbeidet i kommunen. I tabellen vises verdier for alle kommunene i undersøkelsen og også blant grupper fordelt på kommunestørrelse og kommuner som mottar og som ikke mottar tilskudd.

Tabell 5.1: "Hvordan vurderer du kommunens kapasitet når det gjelder rusarbeid?", gjennomsnitt og standardavvik

Variabel	Antall kommuner (N)	Gjennomsnitt (M)	Standardavvik (SD)
Under 5000	25	3,12	0,97
5001 – 10 000	9	2,78	0,67
10 001 – 20 000	7	2,86	0,38
Over 20 000	9	3,67	0,71
Tilskudd	35	3,17	0,95
Ikke tilskudd	15	3,00	0,53
Alle kommuner	50	3,12	0,85

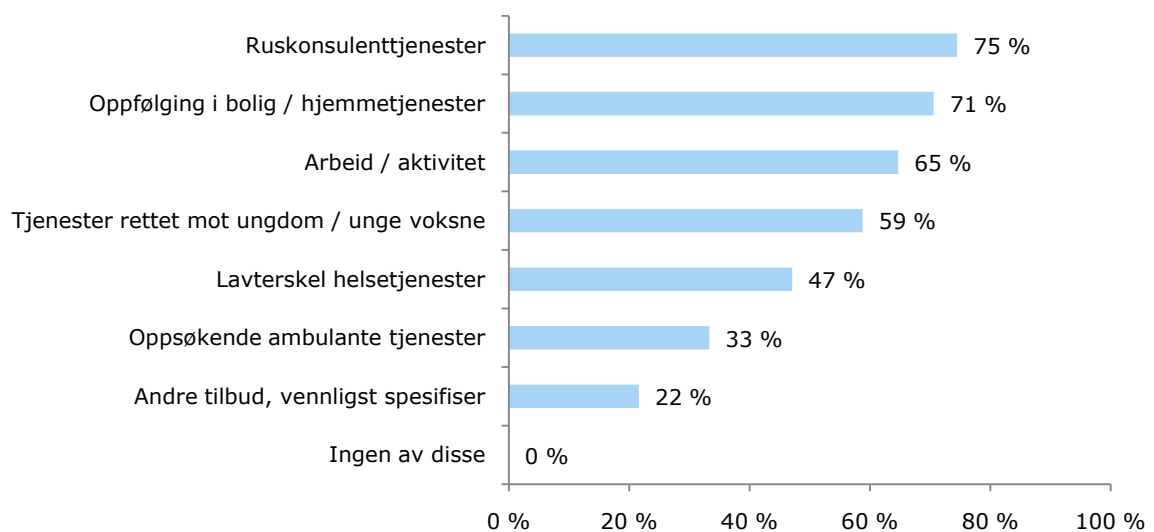
* Gjennomsnittsverdier er beregnet ut ifra en 5-punkts skala hvor 1 = I svært liten grad og 5 = I svært stor grad. N = 50 fordi én kommune har oppgitt "vet ikke" og inngår derfor ikke i beregningen. Dette er en kommune med under 5000 innbyggere som ikke mottar tilskudd.

Tabellen viser at store kommuner med over 20 000 innbyggere har vurdert kommunens kapasitet som best (3,67), og at kommuner med 5001 – 10 000 har vurdert den som dårligst (2,78). Den viser også at tilskuddskommuner har vurdert kapasiteten som bedre enn kommuner som ikke mottar tilskudd (3,17 mot 3,10).

Videre skal vi se på hvilke typer kommunale tjenester som tilbys til personer med rusmiddelproblemer blant kommunene i utvalget. Det ble benyttet samme svaralternativer som i spørsmålet som undersøkte hvilke tilbud kommunene opplever mangel på:

- Ruskonsulenttjenester
- Arbeid/aktivitet
- Lavterskel helsetjenester
- Oppfølging i bolig/hjemmetjenester
- Tjenester rettet mot ungdom/unge voksne
- Oppsøkende ambulante tjenester

I figur 5.4 presenteres hvor stor andel av kommunene i utvalget (N = 51) som tilbyr de ulike tjenestene.

Figur 5.4: "Hvilke(t) av følgende kommunale tilbud til personer med rusmiddelproblemer eksisterer i din kommune? Flere kryss mulig", alle kommuner i undersøkelsen (N=51). Prosentandel av kommunene som har tilbudet.

Figuren 5.4 viser at det tilbudet som flest kommuner tilbyr er ruskonsulenter, som finnes i 75 % (n = 38) av kommunene. Dernest har 71 % (n = 36) av kommunene tilbud om oppfølging i bo-

lig/hjemmetjenester. Over halvparten av kommunene tilbyr også tilbud innen arbeid/aktivitet (65 %, n = 33) og tjenester rettet mot ungdom/unge voksne (59 %, n = 30). Videre har 47 % (n = 24) av kommunene lavterskel helsetjenester. Det tilbudet som tilbys av en lavest andel kommuner er oppsøkende ambulante tjenester (33 %, n = 17). Utover dette oppgir 22 % av kommunene at de har andre tilbud enn de oppgitt i figuren til personer med rusmiddelproblemer. Her nevnes treffsted for rusmisbrukere (som dagsenter), aktivitet på resept, hjemmebesøk/samtaler, prosjekt "trygge og gode dager", lavterskel gruppetilbud, døgnbemannet bolig, natthjem, egen stilling med arbeidsområde rus/helse, omsorgsinstitusjoner, kriseplasser, kortidsboende for kvinner og menn, forebyggende arbeid.

Det er imidlertid verdt å merke seg at hele 25 % (n = 13) av kommunene ikke tilbyr ruskonsulenttjenester, sett i lys av at kun 14 % (n = 7) av respondentene oppgir at rusmisbruk i liten grad er et problem i kommunen (jf. figur 4.1).

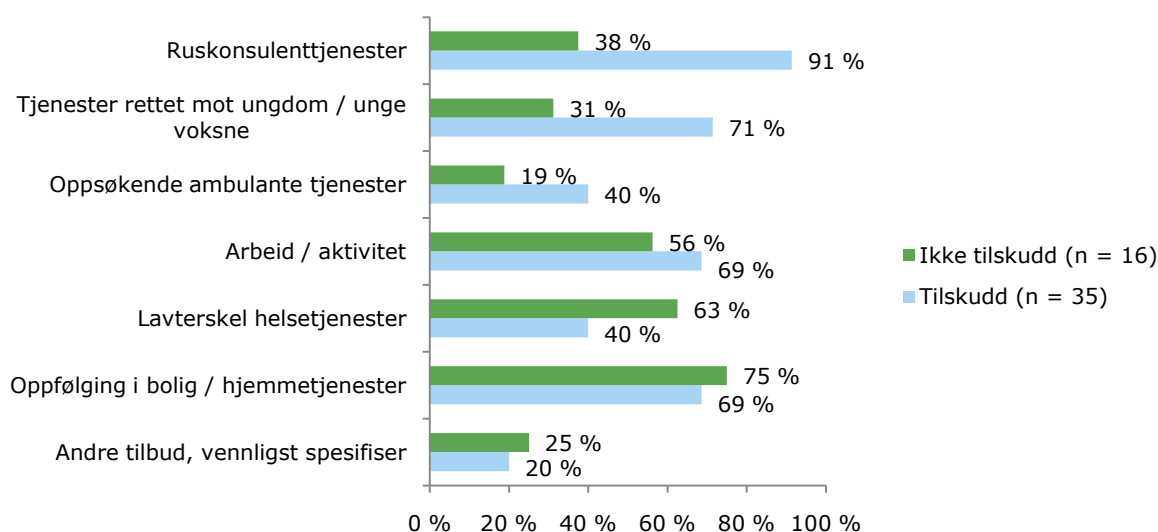
Det er interessant at en såpass stor andel av respondentene oppgir at de har tilbud om oppfølging i egen bolig/hjemmetjenester og arbeid/aktivitetstilbud, samtidig som vi i avsnitt 4.3 kunne konkludere med at dette er de tilbudene det er størst mangel på i kommunene. Dette kan tyde på at behovet blant tjenestemottakerne er større enn kommunene per i dag har kapasitet til å dekke.

Analyser av forskjeller med hensyn til kommunestørrelse viser at det er en større andel store kommuner som tilbyr de ulike tjenestene. Det er også generelt en mindre andel av de små kommunene som tilbyr disse tjenestene. Dette kan ha sammenheng med at store kommuner har en større brukergrupper, flere kommunalt ansatte, og dermed bedre muligheter til å gi differensierte tilbud sammenlignet med små kommuner som gjerne har færre brukere og et mindre tjenesteapparat.

I de kvalitative intervjuene kommer det frem at en av de små kommunene har interkommunalt samarbeid med to av sine nabokommuner. I dette distriktet skal det også lages en politisk handlingsplan på tvers av kommunene, hvor blant annet ansvarsområder innen rusarbeidet skal tydeliggjøres.

Her vil det også være interessant å se nærmere på eventuelle forskjeller mellom kommuner som mottar tilskudd og som ikke mottar tilskudd. Dette fremkommer av figur 5.5.

Figur 5.5: "Hvilke(t) av følgende kommunale tilbud til personer med rusmiddelproblemer eksisterer i din kommune? Flere kryss mulig", krysset med tilskudd/ikke tilskudd (N=51)

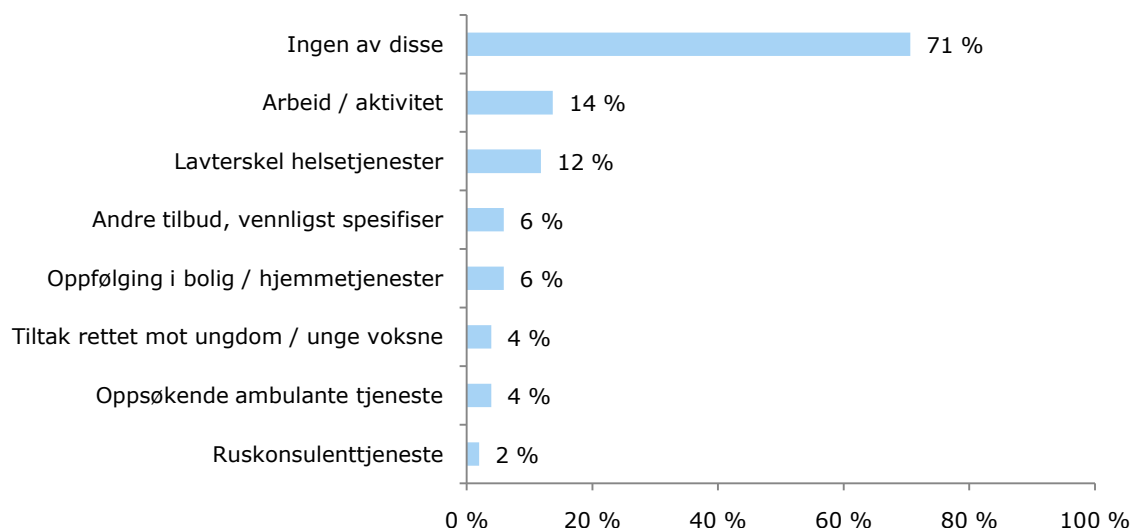


Som det fremgår av figur 5.5, er det en generell tendens til at en høyere andel kommuner som mottar tilskudd tilbyr ulike former tilbud sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd. Forskjellen er størst med hensyn til ruskonsulenttjenester og tjenester rettet mot ungdom/unge voksne. Ruskonsulenttjenester tilbys i 91 % (n = 32) av kommunene som mottar tilskudd, mot 38 % (n = 8) av kommunene som ikke mottar tilskudd. Tjenester rettet mot ungdom/unge voksne tilbys av 71 % (n = 25) av kommunene som mottar tilskudd, mot 31 % (n = 5) av kommunene som ikke mottar tilskudd. Når det gjelder tilbud innen arbeid/aktivitet og oppfølging i bolig/hjemmetjenester, er det relativt små forskjeller mellom kommuner som mottar tilskudd og kommuner som ikke mottar tilskudd. Når det gjelder lavterskel helsetjenester er det derimot en større andel kommuner som ikke mottar tilskudd som tilbyr dette, 63 % (n = 10) mot 40 % (n = 14). Disse forskjellene i tjenestetilbud mellom kommuner som mottar tilskudd og kommuner som ikke mottar tilskudd kan tyde på at tilskuddskommuner i større grad benytter innvilgete midler til ruskonsulenttjenester og tjenester rettet mot ungdom/voksne.

5.2.1 Samarbeid med frivillig og privat sektor

Innen rusfeltet finnes det en rekke frivillige og private aktører som tilbyr tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Vi har undersøkt omfanget av dette blant kommunene som deltok i undersøkelsen. Dette fremkommer av figur 5.6.

Figur 5.6: "Utøves noen av de kommunale tilbudene til personer med rusmiddelproblemer av aktører i frivillig eller privat sektor?", alle kommuner i undersøkelsen (N = 51)



Våre funn viser at kommunene samlet sett i liten grad samarbeider med frivillige/private aktører. Som vi kan lese av figur 5.6 oppgir 71 % (n = 36) av kommunene at de ikke samarbeider med frivillige/private aktører om noen kommunale tilbud. Dette må tolkes som at 29 % (n = 15) av kommunene samarbeider med frivillige eller private aktører om ett eller flere tilbud til personer med rusmiddelproblemer. Som vi kan lese av figur 5.5 bidrar frivillige og private aktører i størst grad på tilbud knyttet til arbeid/aktivitet (14 %, n = 7) og lavterskel helsetjenester (12 %, n = 6).

De kommunene som oppgir at de frivillig eller privat sektor utøver kommunale tilbud ble bedt om å oppgi hvor stor prosentvis andel av tjenestetilbudet som tilbys av frivillige eller private aktører som er finansiert med kommunale midler. Gjennomsnittlig oppgir kommunene at dette dreier seg om 5 %. Flertallet av respondentene oppgir 0 %, men 8 % av kommunene opplyser at mellom 30 og 50 % av tjenestetilbudet som tilbys av frivillige/private finansieres med kommunale midler. Dette indikerer at disse tilbudene i hovedsak finansieres på annen måte enn ved hjelp av kommunale midler.

Videre analyser viser at bruken av aktører i frivillig eller privat sektor ser ut til å ha en sammenheng med kommunestørrelse, hvor store kommuner i større grad enn små og mellomstore kom-

muner benytter seg av frivillige eller private aktører. Det er en generell tendens til at en større andel store kommuner samarbeider med frivillige og private aktører når det gjelder samtlige av de nevnte tilbudene, med unntak av ruskonsulenttjenester. Forskjellen er størst når det gjelder lavterskel helsetjenester, hvor 44 % (n = 4) av store kommuner samarbeider med frivillige aktører.

Analyser av forskjeller mellom kommuner som mottar tilskudd og kommuner som ikke mottar tilskudd viser at en større andel kommuner som mottar tilskudd benytter frivillige eller private aktører sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd. Blant begge grupper forekommer det imidlertid hyppigst at kommunene ikke samarbeider med frivillige og private aktører. Dette gjelder 63 % (n = 22) av tilskuddskommunene og 88 % (n = 14) av kommunene som ikke mottar tilskudd.

Blant de kommunene som deltok i kvalitative intervjuer oppga 7 av 10 i spørreundersøkelsen at ingen av de nevnte tilbudene utøves av frivillige eller private aktører. Gjennom intervjuene viser det seg imidlertid at fire av disse kommunene likevel har noe form for samarbeid med frivillige eller private aktører. I en av disse kommunene benyttes støttekontakter fra en kristen organisasjon. En annen kommune betaler en gårdbruker for å drive "helsegård", et tilbud som tilsvarer "inn-på-tunet" behandling, hvor mennesker med rusmiddelproblemer får arbeide med dyr og oppleve mestring i hverdagen. Den tredje kommunen jobber med frivillighetssentralen. Den fjerde kommunen nevnte samarbeid med privat aktør.

Blant de tre kommunene som i spørreundersøkelsen oppga at enkelte tilbud utøves av frivillige eller private aktører, oppgir en kommune at de gir tilskudd til Frelsesarmeens varmestue og Askeladden, en privat aktør som tilbyr arbeidstrening. En annen kommune samarbeider med IOGT, i tilknytning til prosjektet "Sammen om nøden", og også med Mental Helse vedrørende psykiatri. I tillegg har de noe samarbeid med Salem kirke som har et lavterskeltilbud som omhandler utlevering av mat. Frelsesarmeen er også sentral samarbeidspartner i forbindelse med høytider og ferier, som utlevering av mat og aktivitetstilbud. En annen kommune har samarbeid med flere frivillige, som Frelsesarmeen, Kirkens bymisjon, Kirkens sosialtjeneste, samt andre frivillige aktører som deler ut mat. Alle disse er store kommuner. Dette bekrefter funnene fra spørreundersøkelsen om at samarbeid med frivillige aktører er mer utbredt i store kommuner enn i små og mellomstore kommuner. En liten kommune understreker dette ytterligere ved å fortelle at personer med rusmiddelproblemer drar til nabobyen for å benytte seg av Frelsesarmeens arbeids- og aktivitetstiltak.

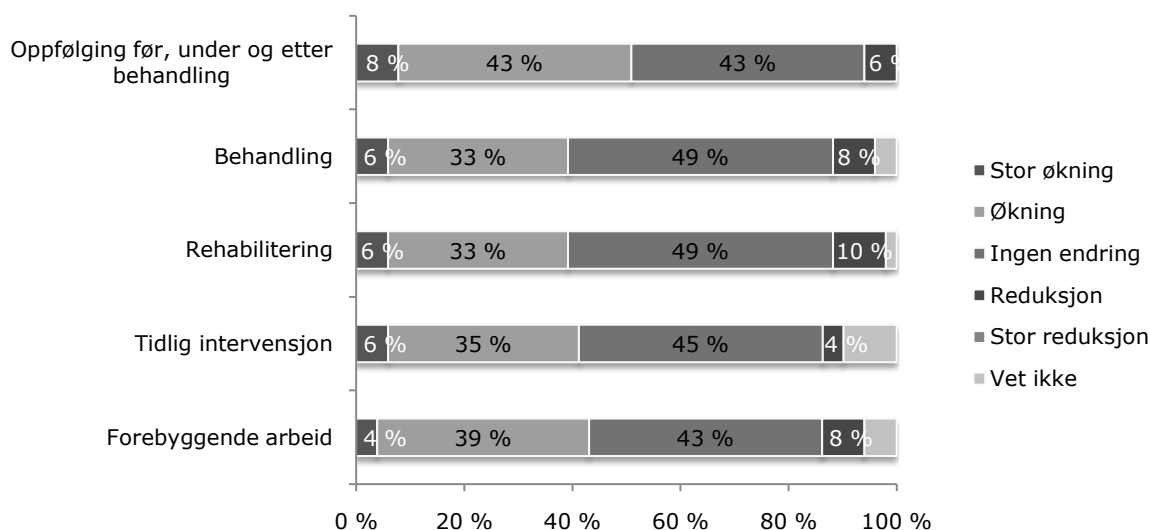
5.3 Kapasitetsendringer

For å skape et bilde av sentrale endringstrekk i kapasiteten i kommunenes rusarbeid de siste tre årene, ble respondentene bedt om å vurdere hvorvidt de har opplevd økning, ingen endring eller reduksjon innen følgende områder:

- Oppfølging før, under og etter behandling
- Behandling, herunder henvisning til spesialisthelsetjenesten
- Rehabilitering
- Tidlig intervensjon
- Forebyggende arbeid

I figur 5.7 fremkommer hvordan kommunene samlet (N = 51) har vurdert kapasitetsendringer på disse områdene i sin kommune.

Figur 5.7: "Etter din vurdering, har kommunen opplevd en kapasitetsendring innen følgende områder av kommunalt rusarbeid de siste tre årene?", alle kommuner i undersøkelsen (N = 51)



Som figur 5.7 viser, har det jevnt over vært mer økning enn reduksjon i de ulike områdene av kommunenes rusarbeid de siste årene, og kun en liten andel av respondentene har opplevd nedgang på noen av områdene. På alle områder har mellom 39 og 51 % av kommunene opplevd økning eller stor økning. Det er likevel på alle områdene mellom 40 og 50 % av kommunene som oppgir at de ikke har opplevd noen kapasitetsendringer. Våre funn viser at det er flest kommuner som har hatt kapasitetsøkning innen oppfølging før, under og etter behandling; over halvparten av kommunene oppgir at de har opplevd stor økning eller økning (51 %, n = 13). Når det gjelder de øvrige områdene oppgir rundt 40 % av kommunene økning eller stor økning.

Analysen av forskjeller med hensyn til kommunestørrelse når det gjelder kapasitetsnedringer viser at det jevnt over er en større andel store kommuner som oppgir at de ikke vet hvorvidt det har vært noen kapasitetsendring på disse områdene. Generelt har det vært kapasitetsøkning på flere områder i mellomstore og store kommuner sammenlignet med små kommuner.

Når det gjelder *oppfølging før, under og etter behandling* er det en større andel mellomstore kommuner som har opplevd økning. Blant kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere har hele 100 % (n = 9) opplevd økning, mens 56 % (n = 5) av kommunene med 5000 – 10 000 innbyggere har opplevd økning. Tilsvarende andeler er 42 % (n = 11) blant små kommuner og 33 % blant store kommuner. Her skiller også små kommuner og kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere seg ut ved at henholdsvis 8 % (n = 2) og 11 % (n = 1) har opplevd reduksjon. Ingen kommuner med 10 000 – 20 000 innbyggere eller over 20 000 innbyggere har opplevd reduksjon innen oppfølging før, under og etter behandling.

Når det gjelder *behandling, herunder henvisning til spesialisthelsetjenesten* peker kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere seg ut ved at 71 % (n = 5) har opplevd økning. Blant store kommuner har 44 % (n = 4) opplevd økning. Lavest andel små kommuner (31 %, n = 8) oppgir økning. Her skiller også små kommuner og kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere seg ut ved at henholdsvis 12 % (n = 3) og 11 % (n = 1) har opplevd reduksjon. Ingen kommuner med 10 000 – 20 000 innbyggere eller over 20 000 innbyggere har opplevd reduksjon innen behandling.

Når det gjelder *rehabilitering* peker også kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere seg ut ved at 57 % (n = 4) har opplevd økning. I de øvrige kategoriene er det flere kommuner som ikke har opplevd noen endring enn kommuner som har opplevd økning. Det er også verdt å bemerke at ingen store kommuner har opplevd reduksjon innen rehabilitering.

Når det gjelder *tidlig intervensjon* er det størst andel kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere som har opplevd økning (86 %, n = 6). Dette gjelder også en stor andel kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere (67 %, n = 3). Blant små kommuner har majoriteten (65 %, n = 17) ikke opplevd noen kapasitetsendring. Det er imidlertid en større andel som har opplevd økning (23 %, n = 6) sammenlignet med andelen som har opplevd nedgang (8 %, n = 2). Blant store kommuner oppgir 44 % (n = 4) at de ikke vet om det har vært noen kapasitetsendring innen tidlig intervensjon.

Når det gjelder *forebyggende arbeid* peker mellomstore kommuner seg ut ved at den største andelen blant disse har opplevd en kapasitetsøkning. Blant kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere oppgir 67 % (n = 6) kapasitetsendring, mens tilsvarende andel for kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere er 71 % (n = 5). Blant små kommuner har størst andel ikke hatt noen kapasitetsendring (62 %, n = 16). Blant store kommuner er det mer variasjon mellom kommunene, hvor 44 % har opplevd økning eller stor økning. Det er også en større andel store kommuner som har oppgitt "vet ikke" (22 %, n = 2) om det har vært noen kapasitetsendring innen forebyggende arbeid.

Skiller vi mellom kommuner som mottar tilskudd og som ikke mottar tilskudd er det en tydelig forskjell i at en større andel blant kommuner som mottar tilskudd har opplevd kapasitetsøkning innenfor samtlige områder: Oppfølging før, under og etter behandling (60 % mot 31 %), behandling, herunder henvisning til spesialisthelsetjenesten (50 % mot 18 %), rehabilitering (46 % mot 21 %), tidlig intervensjon (54 % mot 12 %) og forebyggende arbeid (57 % mot 13 %). Det er også en mindre andel blant kommuner som mottar tilskudd som har opplevd reduksjon i kapasiteten på alle områdene. Her er forskjellene imidlertid mindre fordi det dreier seg om små andeler av kommunene som har opplevd reduksjon.

Blant de ti kommunene som deltok i kvalitative intervjuer var det kun én kommune som ikke hadde hatt noen endringer på noen av disse områdene. Her har det vært samme stillingsprosent til rusarbeidet gjennom flere år, noe som også betyr at det ikke har forekommet noen kapasitetsendringer. Kommunen opplever imidlertid et behov for å prioritere annerledes, og har satt i gang en kartlegging gjennom en spesialisthelseinstitusjon som skal tas opp i kommunestyret.

Når det gjelder kapasitetsøkning knyttet til forebyggende arbeid oppgir en kommune at de har økt kontakt med skoler, barnehager og ungdommer. I en annen kommune har rustjenesten fått økt antall årsverk, noe som har gjort det mulig å foreta en generell kapasitetsøkning i rusarbeidet. Dette har bidratt til at kommunen har kommet i kontakt med flere personer med rusmiddelproblemer.

I en kommune som har hatt fokus på å øke kapasiteten knyttet til tidlig intervensjon har man opprettet en egen fast stilling som ungdomskonsulent som skal arbeide med mennesker under 23 år. På årets budsjett har de i tillegg omdisponert for å få en ny ungdomskonsulent som skal arbeide mer ambulerende. En annen kommune som har økt kapasiteten til forebyggende arbeid og tidlig intervensjon har opprettet et årlig prosjekt for elever i 7. klasse, "kjærlighet og grenser", som er ment å forebygge tobakk, alkohol og narkotikabruk blant tenåringer og styrke familiene.

Det er altså en generell trend at kommunene har opplevd en positiv kapasitetsendring de siste årene, og da særlig tilskuddskommunene. Dette stemmer også godt overens med hovedmålene for tilskudd til kommunalt rusarbeid som i sin virketid har hatt et særlig fokus på kapasitetsoppbygging i det kommunale rusarbeidet. I opptrappingsplanen er ambisjonene en langsiktig, kvalitativ forbedring av rusarbeidet, og dersom tallene ses i nasjonal sammenheng kan det tyde på at tilskuddsordningen også er reelt kapasitetsbyggende på sikt.

5.4 Videre satsningsområder

Som tidligere nevnt er det også innhentet mye informasjon gjennom kvalitative intervjuer med ansvarlige personer for rusarbeidet i kommunene. For å formidle mest mulig av dette datamaterialet, vil vi i dette avsnittet oppsummere hvilke satsningsområder som fremstår som viktigst for de 10 kommunene som deltok i kvalitative intervjuer. Her inngår også punktene som ble trukket frem under intervju med Rusmiddeletaten i Oslo kommune. Flere av kommunene oppga liknende satsningsområder, som her er slått sammen.

- **Forebygging og tidlig intervensjon** – Rusmiddeletaten i Oslo trekker frem at det er behov for forebygging av rusmisbruk så tidlig som i barnehagene. Allerede i så ung alder er det mulig å avdekke hvilke barn som kommer fra belastede familier og som kan være i risiko for å utvikle rusmiddelavhengighet. Også andre kommuner trakk frem at de skal arbeide for å fange opp unge mennesker som har risiko for å utvikle rusmiddelproblemer og forsøke å gi dem et individuelt tilpasset tjenestetilbud. I forbindelse med forebygging er også folkeopplysning i et folkehelseperspektiv viktig og holdningsskapende arbeid blant foreldre.
- **Bedre rehabiliteringstilbud** – En kommune trekker frem at rehabiliteringstilbudet må ha som mål å få folk tilbake i arbeid og et mer normalt liv. En annen kommune påpeker at det er behov for å drøfte alternativ behandling enn den personer med rusmiddelproblemer får i dag. Her nevnes også eldre mennesker med rusmiddelproblemer, hvis primærsmål ikke er å oppnå fullstendig rehabilitering, som en målgruppe det er behov for å tilpasse tjenestene til.
- **Samarbeid** – Rusmiddeletaten trakk frem at rusfeltet i dag oppleves som fragmentert, og at samarbeid er viktig for at brukerne skal oppleve å få et helhetlig tjenestetilbud. Dette gjelder særlig mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er behov for å se mer helhetlig på hvilke familier som får problemer og hvordan man kan løse det. Dette ble også nevnt av flere andre kommuner.
- **Forbedre boligsituasjonen** – En kommune trakk frem at de skal bygge boliger til langtkomne rusmisbrukere. Etter deres vurdering har denne målgruppen behov for bofellesskap med døgnbemanning eller tett oppfølging.
- **Kapasitetsøkning** – å sikre at ruskonsulentene har et antall brukere som gjør at de kan jobbe mer helhetlig med den enkelte bruker
- **Kartlegging av brukergruppen** – en kommune skal jobbe med å kartlegge antall personer med rusmiddelproblemer for å kunne forbedre sitt tjenestetilbud til denne gruppen
- **Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak** – flere kommuner trakk frem at de ønsker flere arbeids- og aktivitetsrettede tiltak. Som eksempel ser en kommune behov for flere kurs- og kompetanseheving til unge rusmisbrukere som har falt ut av videregående opplæring
- **Mer bevisst finansiering** – Rusmiddeletaten trekker frem at dagens finansieringssystem ikke er hensiktsmessig. Eksempelvis er det gratis for kommunene å sende brukere til spesialisthelsetjenesten, mens det koster mer å søke Rusmiddeletaten om tjenester og enda mer å legge dem inn på sykehjem. Etter informantenes vurdering påvirker dette hvilket tjenestetilbud personer med rusmiddelproblem får, og at tilbudet styres mer av økonomi enn av individuelle behov.

Disse områdene har flere likhetstrekk med hvilke utfordringer kommunene opplever i tilknytning til rusarbeidet og hvilke tjenester de opplever mangel på.

5.5 Oppsummering

I dette kapittelet har vi presentert hvordan kommunene ifølge respondentene har organisert rusarbeidet, hvordan respondentene vurderer kapasiteten på rusarbeidet i egen kommune, hvilke kommunale tilbud som finnes til personer med rusmiddelproblemer, hvilke områder kommunene har opplevd kapasitetsendringer på, samt hva respondentene selv ser som sine videre satsingsområder for rusarbeidet.

Kommunene som har deltatt i undersøkelsen har organisert rusarbeidet i kommunen på ulike måter. Det er flest kommuner (41 %) som oppgir at rusarbeidet er fordelt på flere tjenesteområ-

der i kommunen. 37 % av kommunene har organisert rusarbeidet i sin helhet i NAV, mens en noe lavere andel på 22 % av kommunene har organisert rusarbeidet i egen enhet. Det er lite systematiske forskjeller med hensyn til kommunestørrelse når det gjelder organisering av rusarbeidet. Det er en større andel store kommuner som har organisert rusarbeidet i en egen enhet (33 % av store kommuner), sammenlignet med små og mellomstore kommuner. Blant store kommuner er det en jevn fordeling på de tre ulike typene organisering, med 1/3 på hver. Blant kommuner med under 5000 innbyggere og 5001 – 10 000 innbyggere er det flest som har valgt å fordele rusarbeidet på flere tjenesteområder i kommunen (henholdsvis 42 % og 67 %). Blant kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere er det flest som har valgt å organisere rusarbeidet i sin helhet i NAV (57 %).

Flertallet av respondentene vurderer kommunenes kapasitet som middels god (57 % har krysset av svarkategorien "middels god"). Videre vurderer 26 % av kommunene at kommunens kapasitet er god eller meget god. Generelt vurderes kapasiteten til å være bedre i store kommuner enn i små og mellomstore kommuner. Kommuner som mottar tilskudd vurderer kapasiteten generelt som bedre enn kommuner som ikke mottar tilskudd. Dette kan tyde på at tilskuddsmidlene bidrar til å bedre kapasiteten.

Det tilbudet som flest kommuner tilbyr er ruskonsulenter (75 %), etterfulgt av oppfølging i bolig/hjemmetjenester (71 %), tilbud innen arbeid/aktivitet (65 %) og tjenester rettet mot ungdom/unge voksne (59 %). Alle disse tilbudene tilbys av over halvparten av kommunene. Videre har noe under halvparten av kommunene lavterskel helsetjenester (47 %). Det tilbudet som tilbys av en lavest andel kommuner er oppsøkende ambulante tjenester (22 %). Dersom man ser tilbudene som tilbys i kommunene opp mot hvilke tilbud kommunene opplever mangel på, er tilbud knyttet til bolig og arbeid/aktivitet særlig interessant. En stor andel av kommunene har denne typen tilbud (henholdsvis 71 % og 65 %), samtidig som dette er de tilbudene som en størst andel kommuner opplever mangel på. 71 % av kommunene opplever mangel på boligjenester, mens 61 % opplever mangel på tilbud innen arbeid/aktivitet. Dette kan tyde på at behovet blant tjenestemottakerne er større enn kommunene per i dag har kapasitet til å dekke. Funnene viser videre at det er en større andel store kommuner som tilbyr de ulike tjenestene, mens det generelt er en mindre andel av små kommuner som tilbyr disse tjenestene. Dette kan ha sammenheng med at store kommuner også har flere personer med behov for tjenester, flere kommunalt ansatte, og dermed bedre muligheter til å gi differensierte tilbud. Det er en generell tendens til at en høyere andel blant kommunene som mottar tilskudd tilbyr ulike former for tilbud sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd. Forskjellen er størst med hensyn til ruskonsulenttjenester og tjenester rettet mot ungdom/unge voksne.

Respondentene har samlet sett oppgitt at det i liten grad forekommer at frivillige/private aktører utfører kommunale tjenester innen rusarbeidet. Hele 71 % av kommunene oppgir at ingen kommunale tilbud utføres av frivillige eller private aktører. Frivillige og private aktører bidrar i størst grad på tilbud knyttet til arbeid/aktivitet og lavterskel helsetjenester. Analysene viser at flere store kommuner samarbeider med frivillige/private aktører, hovedsaklig frivillige. Dette trenger likevel ikke å bety at kommunene ikke samarbeider med frivillige og private aktører vedrørende tilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Når det gjelder kapasiteten i kommunene på områdene oppfølging før, under og etter behandling, behandling, herunder henvisning til spesialisthelsetjenesten, rehabilitering, tidlig intervensjon og forebyggende arbeid har det jevnt over vært mer økning enn reduksjon på de ulike områdene de siste tre årene. Kun en liten andel av respondentene har opplevd nedgang på noen av områdene. Blant store kommuner var det jevnt over en større andel kommuner som oppgir at de ikke vet om det har vært noen kapasitetsendring enn blant små og mellomstore kommuner. Generelt har det vært kapasitetsøkning på flere områder i mellomstore og store kommuner sammenlignet med små kommuner. En større andel kommuner som mottar tilskudd har opplevd kapasitetsøkning innenfor samtlige områder sammenlignet med kommuner som ikke mottar tilskudd. Det er også en mindre andel blant kommuner som mottar tilskudd som har opplevd reduksjon i kapasiteten, men her er forskjellene mindre.

Kvalitative intervjuer tyder på at fremtidige i satsningsområder i kommunen vil dreie seg om forebygging og tidlig intervensjon, tjenestetilbud til yngre brukere, økt bredde i arbeids- og aktivi-

tetsrettede tiltak, bedre rehabiliteringstilbud, kapasitetsøkning og samhandling med spesialisthelsetjenesten og internt i kommunen. Ser vi disse i sammenheng med hvilke områder kommunene opplever som utfordrende, hvilke tilbud det er mangel på og hvilke områder de har hatt kapasitetsøkninger på går disse områdene igjen.

6. HVEM ER TJENESTEMOTTAKERNE?

I dette kapittelet skal vi se nærmere på hva som kjennetegner personer som mottar tjenester som følge av sitt rusmiddelproblem.

I de kvalitative intervjuene som ble gjennomført med representanter for 10 av de 51 kommunene og bydelene som deltok i undersøkelsen ba vi informantene om å utdype hvordan de har definert "personer med rusmiddelproblemer" da de besvarte undersøkelsen. De fleste kommunene har benyttet personer som er i kontakt med tjenesteapparatet enten som følge av eget erkjent rusmiddelproblem, eller som tjenesteapparatet oppfatter at har et rusmiddelproblem. En av kommunene har imidlertid kun regnet med personer som har et erkjent rusmiddelproblem og som har fått oppfølging som følge av dette. Det var også en kommune som oppga å ha innregnet personer som per i dag ikke mottar noen tjenester som følge av rusmiddelproblem, men som tjenesteapparatet vurderer at har et rusmiddelproblem. Dette er med på å understreke utfordringene på rusfeltet når det gjelder begrepsavklaring, fagforståelse, og ikke minst kompleksiteten som karakteriserer personer med rusmiddelproblemer som målgruppe.

Som vi så i kapittel 4.2 er det kun 24 % av kommunene som har kartlagt antall personer som har behov for tjenester som følge av sitt rusmiddelbruk. Dette betyr at tallene som oppgis i dette kapittelet i stor grad er basert på anslag, eller at kommunen har gjort en form for opptelling i forbindelse med undersøkelsen. En utfordring knyttet til å oppgi antall tjenestemottakere er at kommunene ikke registrerer type rusmiddelbruk. Kommunene har heller ingen samlet oversikt over personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelbruk. Dette betyr at brukerne kan være registrert i systemet til den tjenesten de mottar tjenester fra, som eksempelvis NAV sitt system (i første rekke ARENA) eller Pleie og omsorg sitt system (eksempelvis Gerica). Dette kan både medføre at noen personer ikke blir talt, og at noen blir talt to ganger. Samlet medfører disse momentene at det er stor usikkerhet knyttet til tallene som presenteres i dette kapittelet. Dette er viktig å være bevisst i fortolkningen av funnene.

I dette kapittelet framkommer blant annet:

- Det er en vesentlig forskjell mellom kjønnene når det gjelder antall personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelmisbruk:
 - I alle aldersgrupper er det flere menn enn kvinner som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer.
- Alkohol er totalt det rusmiddelet som flest personer mottar tjenester.
- Ulike typer rusmidler medfører behov for tjenester blant personer i ulike aldersgrupper:
 - Cannabis er mest utbredt blant ungdom mellom 15 – 25 år.
 - Alkohol og benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter er de mest utbredte rusmidlene blant voksne eldre enn 50 år.
 - Heroin er relativt lite utbredt i alle aldersgrupper, men mest utbredt blant voksne mellom 26 og 50 år.
- Det er en klar kjønnsmessig forskjell når det gjelder type rusmisbruk:
 - Benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter er forholdsvis utbredt blant kvinner.
- Det er store likheter mellom aldersgrupper når det gjelder hvilke typer tjenester som er mest utbredt:
 - Flest personer mottar økonomisk sosialhjelp. Dette gjelder alle aldersgrupper.
 - Den største gruppen mottakere av økonomisk sosialhjelp er voksne eldre enn 50 år.
 - Voksne i alderen 26 – 50 år er den største gruppen som mottar økonomisk rådgivning, psykiske helsetjenester og tjenester i spesialisthelsetjenesten.

6.1 De ulike kategoriene i spørreskjemaet

I spørreskjemaet ble målgruppen *personer med rusmiddelproblemer* delt inn i tre aldersgrupper:

- Yngre brukere (15 til 25 år)

- Voksne brukere (26 til 50 år)
- Eldre brukere (over 50 år)

Det ble videre benyttet kategorier for ulike typer rusmidler:

- Alkohol
- Cannabis
- Heroin/opium
- Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy
- Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider
- Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter

I dette kapittelet ser vi som nevnt nærmere på bruk av ulike typer rusmidler blant innbyggerne i kommunene. Dette er målt ved antall personer som mottar tjenester som følge av ulike typer rusmiddelbruk, oppgitt av respondentene. I analysene skilles det mellom kjønn og alder. Vi ser også nærmere på hvilke typer kommunale tjenester som er mest utbredt blant personer med rusmiddelproblemer i kommunene, i ulike aldersgrupper.

Først ser vi nærmere på hvor mange personer kommunene har rapportert om som mottar kommunale tjenester, fordelt på alder og kommunestørrelse. Vi ser både på antall personer som mottar tjenester (absolutte tall) og prosentvis fordeling ut ifra det totale antallet personer som mottar tjenester.

6.2 Antall tjenestemottakere

Samlet oppgir de 51 kommunene og bydelene som deltok i undersøkelsen at 5052 personer mottar tjenester som følge av rusmiddelproblemer. Dette er beregnet ved å addere antall personer oppgitt i de tre ulike aldersgruppene. Ettersom kommunene ikke har konkret oversikt over antallet personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelproblemer, var det mulig å oppgi at man ikke vet hvor mange personer dette dreier seg om. Av tabell 6.1 fremkommer hvor mange kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelproblemer i de ulike aldersgruppene, samt svarprosent.

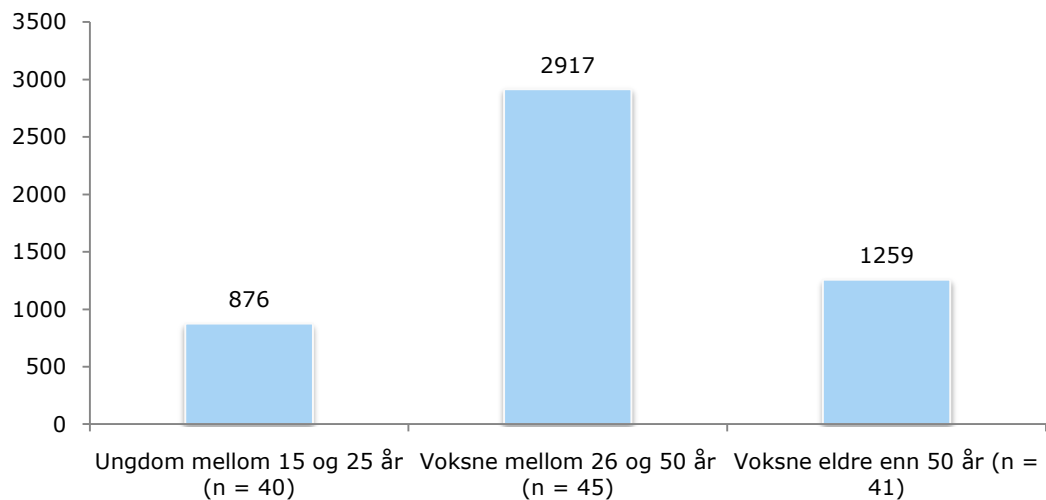
Tabell 6.1: "Anslå hvor mange mennesker som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer i følgende aldersgrupper", antall kommuner som har gitt et anslag og svarprosent

Aldersgruppe	Antall kommuner	Svarprosent
Ungdom mellom 15 og 25 år	40	78 %
Voksne mellom 26 og 50 år	45	88 %
Voksne eldre enn 50 år	41	82 %
Gjennomsnitt	42	79 %

Som vi kan lese av figur 6.1 har i gjennomsnitt 79 % av kommunene oppgitt antallet personer som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelmisbruk. Det er flest kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester i aldersgruppen voksne mellom 26 og 50 år (88 %). Videre har 82 % av kommunene oppgitt antall voksne eldre enn 50 år og 69 % av kommunene har oppgitt antall ungdom mellom 15 og 25 år.

I figuren nedenfor fremkommer kommunenes anslag over hvor mange mennesker i de ulike aldersgruppene som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer. I figuren vises både det samlede antallet personer i alle kommunene i undersøkelsen og forskjeller med hensyn til kommunestørrelse.

Figur 6.1: "Anslå hvor mange mennesker som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer i følgende aldersgrupper" blant kommunene som har gitt et anslag. I figuren viser "n" til antall kommuner som har gitt et anslag for hver aldersgruppe.



Som figur 6.1 viser, er det flest voksne mellom 26 og 50 år som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer. Kommunene som har oppgitt antall personer har til sammen oppgitt at dette dreier seg om 2917 personer. Den nest største gruppen som mottar tjenester i kommunene er voksne eldre enn 50 år. Kommunene i undersøkelsen har oppgitt 1259 personer. Den minste gruppen er ungdom mellom 15 og 25 år. I denne aldersgruppen har kommunene til sammen rapportert om 876 personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelproblemer. Når det gjelder aldersgruppen voksne mellom 26 og 50 år er det viktig å bemerke at antall personer trekkes kraftig opp av én kommune som har oppgitt hele 1200 personer.

I tabellen nedenfor fremkommer antallet personer som mottar tjenester i de ulike aldersgruppene fordelt på kommunestørrelse. Tabellen viser også antall kommuner i hver størrelseskategori som har oppgitt antall personer i hver aldersgruppe, samt gjennomsnitt.

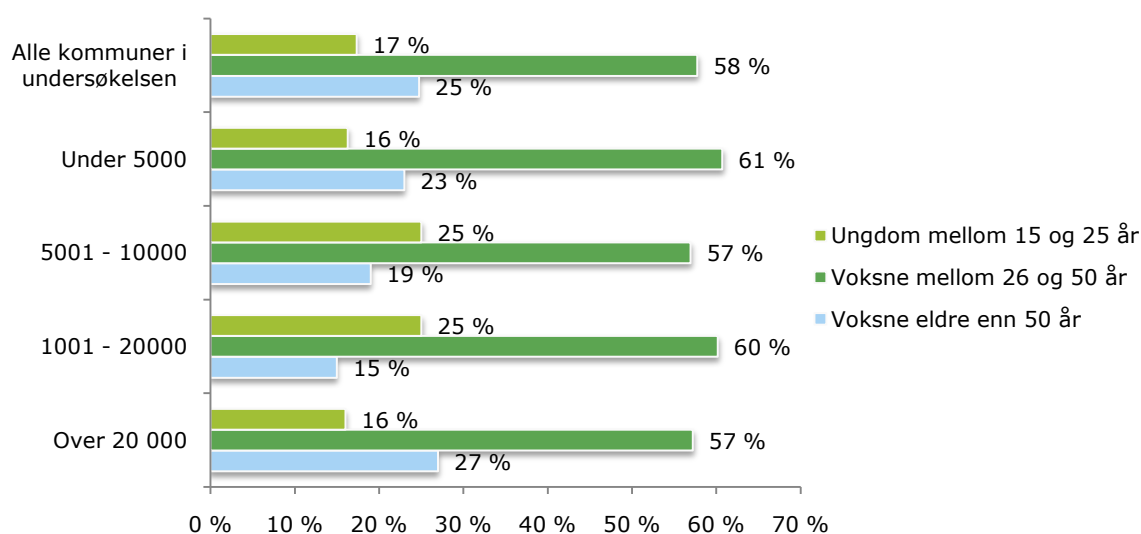
Tabell 6.2: "Anslå hvor mange mennesker som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer i følgende aldersgrupper", antall kommuner som har gitt et anslag, totalt antall oppgitte personer og gjennomsnitt

Variabel	Antall respondenter (ingen)	Totalt antall personer (prosentandel)	Gjennomsnitt
Ungdom 15 – 25 år			
Under 5000	20 (5)	63 (7 %)	3
5001 – 10 000	8 (0)	69 (8 %)	9
10 001 – 20 000	4 (0)	121 (14 %)	30
Over 20 000	8 (0)	623 (71 %)	78
Alle kommuner	40 (5)	876 (100 %)	22
Voksne 15 – 25 år			
Under 5000	24 (0)	235 (8 %)	10
5001 – 10 000	9 (0)	160 (5 %)	18
10 001 – 20 000	4 (0)	290 (10 %)	72
Over 20 000	8 (0)	2232 (77 %)	279
Alle kommuner	45 (0)	2917 (100 %)	65
Voksne eldre enn 50 år			
Under 5000	22 (1)	89 (7 %)	4
5001 – 10 000	8 (0)	52 (4 %)	7
10 001 – 20 000	4 (0)	71 (6 %)	18
Over 20 000	8 (0)	1047 (83 %)	131
Alle kommuner	42 (1)	1259 (100 %)	30

Som vi kan lese av tabell 6.2, er det en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og antall personer som mottar kommunale tjenester. I alle aldersgrupper er det flest personer som mottar kommunale tjenester i store kommuner og færrest i små kommuner.

I figur 6.2 nedenfor fremstilles hvor stor prosentandel de ulike aldersgruppene utgjør av det samlede antallet tjenestemottakere. Figuren viser hvordan dette fordeler seg i alle kommunene i undersøkelsen, samt i kommuner med ulik størrelse.

Figur 6.2: "Anslå hvor mange mennesker som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer i følgende aldersgrupper", prosentvis fordeling på aldersgruppe, fordelt på kommunestørrelse



Som vi kan lese av figur 6.2 utgjør voksne mellom 26 og 50 år samlet 58 % av det totale antallet personer som mottar tjenester. Voksne eldre enn 50 år utgjør 25 %, mens ungdom mellom 15 og 25 år utgjør 17 %.

Figuren viser også at det er relativt små forskjeller med hensyn til kommunestørrelse når det gjelder hvor stor andel personer i de ulike aldersgruppene utgjør av tjenestemottakerne. Voksne i aldersgruppen 26 til 50 år utgjør en svært lik andel av det totale antallet personer som mottar tjenester i alle kommunestørrelser (57 – 61 %). Ungdom mellom 15 og 25 år, som samlet utgjør 17 %, og den minste brukergruppen, utgjør i kommuner med 5001 – 10 000 og 10 001 – 20 000 en større andel (25 %). I kommuner i disse størrelseskategoriene utgjør ungdom mellom 15 og 25 år en større andel av det totale antallet tjenestemottakere enn eldre over 50 år.

Videre skal vi se på hvordan rusmiddelsituasjonen i kommunene har utviklet seg de siste tre årene.

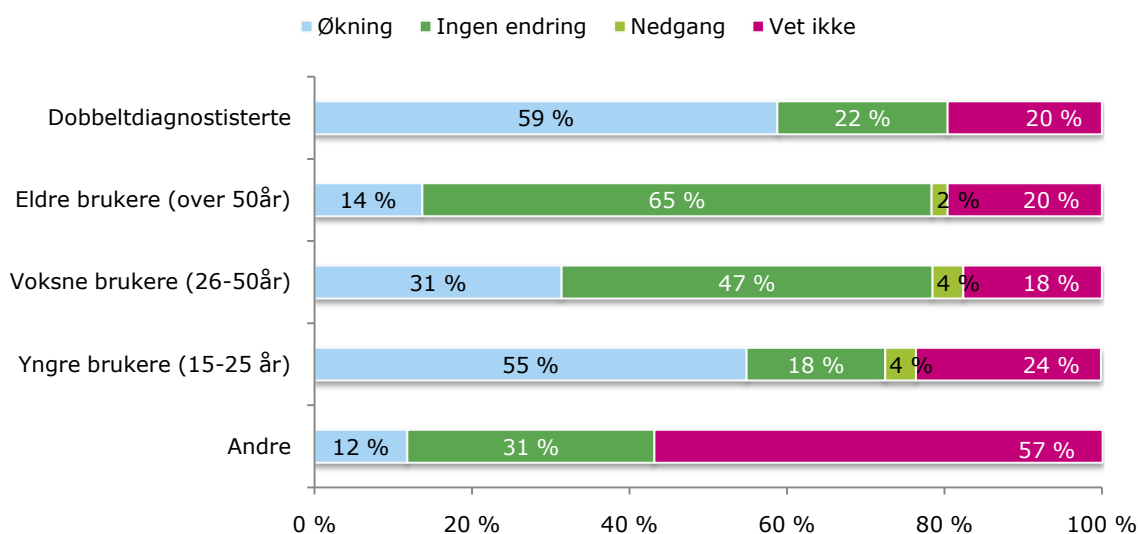
6.3 Sentrale utviklingstrekk

I undersøkelsen rettet vi fokus mot kommunenes oppfatning av endringer i antall brukere med rusmiddelproblemer i kommunen i ulike aldersgrupper, samt endringer i bruk av ulike typer rusmidler.

6.3.1 Alder

I figur 6.3 fremkommer kommunenes vurderinger av endringer i antall brukere med rusmiddelproblemer i alderen 15 – 25 år, 26 – 50 år og eldre enn 50 år. Her inngår også endringer i brukergruppen dobbeltdiagnostiserte (rus/psykisk helse), ettersom dette er en brukergruppe det har vært mye fokus på de siste årene.

Figur 6.3: "Har kommunen opplevd endringer i antall brukere med rusmiddelproblemer i kommunen de siste to år, blant følgende grupper?", alle kommuner i undersøkelsen (N=51)



Som vi kan lese av figur 6.3, har kommunene opplevd størst økning i antall brukere med dobbeltdiagnose. Nesten 60 % av kommunene oppgir økning blant denne brukergruppen. Videre oppgir 55 % av kommunene økning når det gjelder antall yngre brukere (15 - 25 år). Blant brukergruppen voksne (26 - 50 år) oppgir 31 % økning, mens 14 % oppgir økning i brukergruppen eldre brukere (over 50 år). Blant sistnevnte oppgir 65 % av kommunene at de ikke har opplevd noen endring. Kun et fåtall av kommunene oppgir nedgang blant noen av gruppene. Videre er det rundt 20 % av kommunene som oppgir at de ikke vet om det har vært endringer når det gjelder samtlige brukergrupper. Blant respondentene som oppgir "Andre" nevnes gravide med rusproblemer og personer med etnisk minoritetsbakgrunn.

Analyser av forskjeller med hensyn til kommunestørrelse viser at det kun er små kommuner som har oppgitt nedgang i antall brukere i alle aldersgruppene.

Når det kommer til dobbeltdiagnostiserte er det en større andel store kommuner som har opplevd økning blant denne gruppen (89 %, n = 8), etterfulgt av små kommuner (65 %, n = 17). Blant mellomstore kommuner har flertallet ikke opplevd noen endring.

Når det gjelder utvikling i antall yngre brukere mellom 15 og 25 år er det lite forskjeller med hensyn til kommunestørrelse. Det ser ut til at det er størst andel kommuner med 10 001 - 20 000 innbyggere som har opplevd økning (71 %, n = 5). Kun små kommuner har hatt nedgang i antall yngre brukere (8 %, n = 2).

Når det gjelder utvikling i antall voksne brukere mellom 26 og 50 år har færre mellomstore kommuner har registrert økning sammenlignet med store (44 %, n = 4) og små kommuner (40 %, n = 10). Det er imidlertid kun små kommuner som har hatt nedgang i antall voksne brukere (8 %, n = 2).

Når det gjelder eldre brukere over 50 år har flest store kommuner med over 20 000 innbyggere har opplevd økning (33 %, n = 3). Kun små kommuner har opplevd nedgang (4 %, n = 1).

Utviklingen i antallet brukere med rusmiddelproblemer i kommunene ble nærmere undersøkt i de kvalitative intervjuene. Når det gjelder økningen i antall dobbeltdiagnostiserte påpekte en informant at økningen trolig ikke skyldes at det er flere personer med denne typen problematikk, men snarere at kommunen har fått økt kompetanse i å avdekke at det handler om både rus og psykiske lidelser. I en annen kommune oppleves økt samarbeid mellom rustjenesten og psykiatritjenesten å ha bidratt til å avdekke flere dobbeltdiagnostiserte. En annen kommune påpekte at et økt tjenestetilbud bidrar til å tiltrekke flere, som får høre om tilbudet via andre.

Utviklingen i antallet yngre brukere mellom 15 og 25 år ser ut til å ha ulike årsaker i ulike kommuner. En kommune oppga at flere yngre personer og deres pårørende tar direkte kontakt med kommunen i forbindelse med rusmiddelmissbruk. Kommunen oppfatter imidlertid at dette skyldes bedre markedsføring av kommunens tilbud og ikke nødvendigvis en reell økning i antall brukere. En annen kommune, som er nabokommune til en bykommune, oppfatter at økningen i antall yngre brukere skyldes at personer som strømmer til bykommunen bosetter seg i utkantstrøkene fordi det er billigere å bo der, samtidig som det er kort avstand til byen. Dette handler derfor om bosettingsmønstre og ikke nødvendigvis økning blant yngre innbyggere i kommunen. Også i en annen kommune oppfattes jevn befolkningsøkning, særlig tilflytting av unge mennesker, i kombinasjon med økt oppmerksomhet mot denne aldersgruppen som årsak. Andre oppfatter at andre samfunnsmessige forhold som frafall fra videregående skole og en opplevelse av stort press gjør ungdommer til en utsatt gruppe.

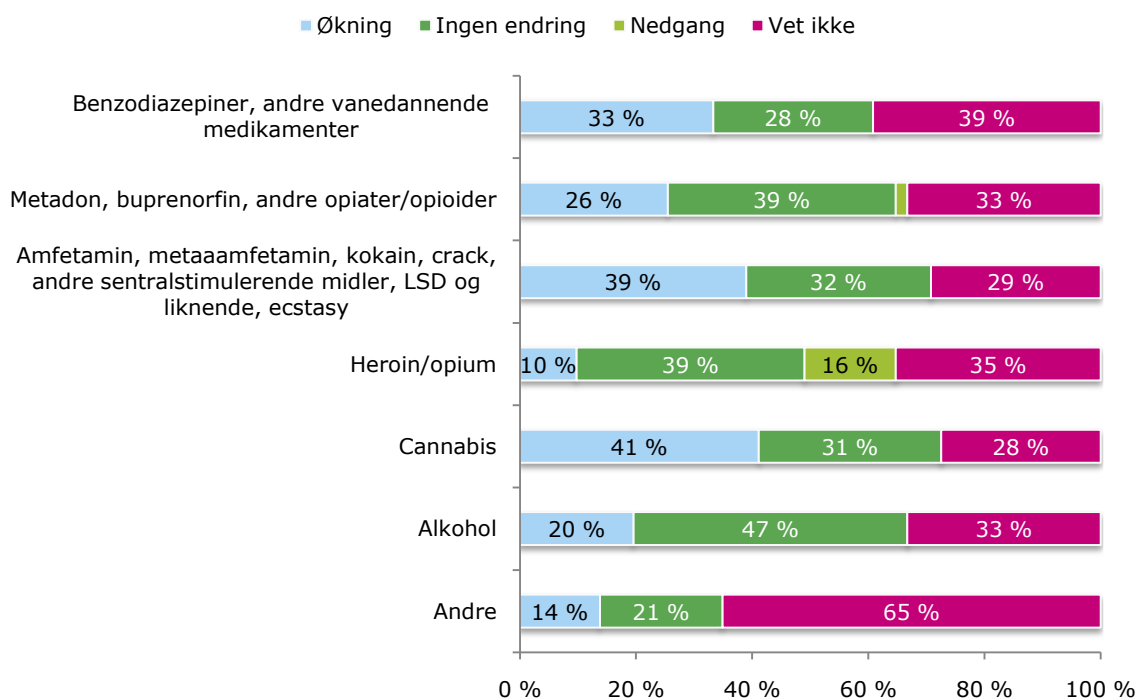
Når det gjelder voksne brukere (26 – 50 år) og brukere eldre enn 50 år fortalte én informant at økningen skyldes at tjenesteapparatet jevnlig oppdager flere voksne brukere, som har sittet hjemme og forkommet. Flere andre kommuner har ikke opplevd noen økning når det gjelder voksne brukere og brukere over 50 år. Deres oppfatning er at dette er en gruppe voksne mennesker som kommunen har kjent til lenge. En annen informant trakk frem at det er høy terskel for at noen med et rusmiddelproblem selv oppfatter at de har det, og derfor ikke tar kontakt med tjenesteapparatet.

Det at flest kommuner har hatt en økning i antall yngre brukere er interessant sett i sammenheng med at 43 % av kommunene har hatt en kapasitetsøkning innen forebygging og 41 % har hatt en kapasitetsøkning innen tidlig intervensjon. Likevel er det 56 % av kommunene som opplever mangel på tilbud rettet mot ungdom, som vi så av figur 5.4.

6.3.2 Type rusmiddelproblem

I dette avsnittet ser vi nærmere på kommunenes vurderinger av endringer i bruken av ulike typer rusmidler de siste tre år. I figur 6.4 fremkommer kommunenes vurderinger (N = 51).

Figur 6.4: "Har kommunen opplevd endringer i bruk av følgende rusmidler de siste to år?", alle kommuner i undersøkelsen (N=51)



Som figuren viser, er det en relativt stor andel av kommunene (omkring 22 %) som oppgir at de ikke vet om det har vært noen endring i bruken av rusmidler. Dette gjelder samtlige rusmidler. Alkohol er det rusmiddelet som flest kommuner oppgir at de ikke vet om det har vært noen endring i bruken av.

De rusmidlene som flest kommuner har opplevd økning i er *cannabis* og *amfetamin*, *metamfetamin*, *kokain*, *crack* og *andre sentralstimulerende midler*. 41 % (n = 21) av kommunene har opplevd økning i bruken av cannabis, mens 31 % (n = 16) ikke har opplevd noen endring. Når det gjelder amfetamin og lignende har 39 % (n = 20) av kommunene opplevd økning, mens 31 % (n = 16) ikke har opplevd noen endring. Det er også en relativt høy andel kommuner (33 %, n = 17), som har opplevd økning i bruk av *benzodiazepiner* og *andre vanedannende medikamenter*. 28 % (n = 14) har ikke opplevd noen endring. For alle disse tre typene rusmidler er det en høyere andel kommuner som har opplevd økning sammenlignet med de som ikke har opplevd noen endring. Ingen kommuner har opplevd nedgang av bruken av disse typene rusmidler.

Når det gjelder *metadon*, *buprenorfin* og *andre opiater/opioider* har 26 % (n = 13) av kommunene opplevd økning i bruk, mens 39 % (n = 20) ikke har opplevd noen endring. Funnene tyder på at det er færrest kommuner som har opplevd økning i bruk av rusmidlene *heroin* (10 %, n = 5) og *alkohol* (20 %, n = 10). Når det kommer til disse tre rusmidlene oppgir en større andel av kommunene at de ikke har hatt noen endringer i bruk sammenlignet med de som har opplevd økning. Heroin er det rusmiddelet som flest kommuner har opplevd nedgang i bruken av (26 %, n = 8).

For *andre rusmidler* er det generelt en stor andel som oppgir at de ikke vet om det har vært noen endring uavhengig av kommunestørrelse (samlet 64 %, n = 33). Det er imidlertid flere som oppgir at de ikke har opplevd noen økning i bruken av andre typer rusmidler (14 %, n = 7). De rusmidlene som nevnes er anabole steroider og GHB.

Nærmere analyser av forskjeller med hensyn til kommunestørrelse når det kommer til utviklingen i bruken av de ulike typene rusmidler viser noen sentrale forskjeller. Det er gjennomgående en større andel små kommuner som har oppgitt at de ikke vet om det har vært noen endring i bruk av de ulike rusmidlene.

For *cannabis*, som er det rusmiddelet som flest kommuner har opplevd økning i bruk av, er det en høyere andel kommuner med 5001 – 10 000 og 10 001 – 20 000 innbyggere som har opplevd økning (henholdsvis 44 %, n = 4 og 57 %, n = 4) sammenlignet med små (39 %, n = 10) og store kommuner (33 %, n = 3). I store kommuner er det en større andel som ikke har opplevd noen endring (44 %, n = 4). Dette betyr at økningen hovedsakelig har forekommet i kommuner med under 20 000 innbyggere.

Når det gjelder *amfetamin*, *metamfetamin*, *kokain*, *crack* og *andre sentralstimulerende midler*, som det samlet er flere kommuner som har opplevd økning enn ingen endring i bruk, ser vi en tendens til at flest kommuner med 5001 – 10 000 innbyggere har opplevd økning (11 %, n = 1). Blant kommuner med 10 001 – 20 000 og over 20 000 innbyggere er det en høyere andel kommuner som ikke har opplevd noen endring sammenlignet med de som har opplevd økning. Dette betyr at økningen hovedsakelig har forekommet i kommuner med under 10 000 innbyggere.

Når det gjelder *benzodiazepiner* og *andre vanedannende medikamenter*, som det samlet er flere kommuner som har opplevd økning i bruken av, enn kommuner som ikke har hatt noen endring i bruken av, er det minst andel store kommuner som har opplevd økning (22 %, n = 2). Blant store kommuner har en større andel ikke opplevd noen endring (56 %, n = 5). Dette betyr at økningen hovedsakelig har forekommet i kommuner med under 20 000 innbyggere.

For *metadon*, *buprenorfin* og *andre opiater/opioider*, hvor flere kommuner ikke har opplevd noen endring enn økning i bruken av, er det en lavere andel små kommuner som har opplevd økning (11 %, n = 3). Det er også kun små kommuner som har opplevd nedgang (4 %, n = 1).

Når det gjelder *alkohol*, hvor flere kommuner har ikke har opplevd noen endring enn økning i bruken av, peker kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere seg ut ved at 71 % (n = 5) ikke har opplevd noen endring, mens ingen kommuner har opplevd økning.

For *heroin/opium*, som er det rusmiddelet som færrest kommuner har opplevd økning i, og flest kommuner har opplevd nedgang i, ser det ut til at det er flest kommuner med under 5000 innbyggere som har opplevd nedgang (23 %, n = 6). Kommuner med 10 001 – 20 000 innbyggere har generelt ikke opplevd noen endring i bruk av heroin/opium (86 %, n = 6), mens det er størst andel store kommuner som har opplevd økning (22 %, n = 2). Også blant store kommuner er det flere som oppgir at det ikke har vært noen økning (44 %, n = 4).

Andelen kommuner som oppgir økning i bruken av *andre typer rusmidler* er størst blant store kommuner (22 %, n = 2). Blant denne gruppen er det flere kommuner som har opplevd økning enn kommuner som ikke har opplevd noen endring (11 %, n = 1).

Gjennom de kvalitative intervjuene er det fremskaffet utdypende informasjon om utviklingen i bruken av de ulike typene rusmidler. Dette kan bidra til å forklare denne utviklingen. Informantene i de kvalitative intervjuene påpeker at de ikke kan registrere bruk av rusmidler i sine journalsystem, og at det derfor er vanskelig å si noe sikkert om utvikling i bruk av ulike rusmidler. De understreker at de derfor har oppgitt utviklingen i bruken av de ulike typene rusmidler på bakgrunn av tjenesteyternes oppfatning.

Cannabis er det rusmiddelet som flest kommuner har opplevd økning i bruken av. En informant trakk frem at det har vært en økning i antall saker for bruk av narkotika i 2010 sammenlignet med 2009, hvor hasj utgjør en vesentlig del. De understreker at dette ikke er noe sikkert mål på økning i bruken, men at bedre rapportering og økt fokus gjør at man avdekker det i større grad. Videre påpeker informanten i denne kommunen at økningen i bruken av cannabis kan skyldes en reell økning i bruk, som følge av at yngre brukere fra nabokommunen bosetter seg i kommunen. En annen kommune oppgir at de har fått tall fra politiet som tilsier økt bruk av cannabis blant kommunens innbyggere. En annen kommune forteller at hasj er et kjent utbredt problem blant kommunens ungdomsgrupper, og at det er en relativt utbredt holdning for legalisering av cannabis. Økningen i bruken av cannabis ser med andre ord i følge våre informanter ut til å forekomme mest blant yngre mennesker.

Når det gjelder økningen i bruk av *alkohol* trekker flere frem om at dette kan forklares med at det generelt er høyere tilgang og forbruk i samfunnet, samt holdningsendringer knyttet til hvor ofte og hvor mye det er akseptert å drikke. I tillegg er alkohol ofte en sentral del av et blandingsforbruk, hvor eksempelvis mennesker som er med i LAR kutter andre rusmidler, men fortsetter å drikke alkohol eller øker sitt alkoholforbruk som erstatning for andre rusmidler.

Økningen i *benzodiazepiner* og *andre vanedannende medikamenter* blir i hovedsak forklart med økt tilgang og at denne typen bruk har blitt mer sosialt akseptert.

Flere av kommunene trakk også frem at deres beliggenhet langs sentrale veier bidrar til at det er enkelt å få forsyninger av ulike typer rusmidler. En av kommunene fortalte også at det bor en stor gruppe arbeidsinnvandrere fra østeuropeiske land i kommunen, som bringer med seg rusmidler fra hjemlandet. Dette viser at også strukturelle faktorer som har betydning for tilgangen er med på å påvirke russituasjonen i kommunene.

6.4 Rusmiddelbruk blant tjenestemottakerne

Mens vi i forrige avsnitt så på utvikling i antall personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelmisbruk, samt utvikling i bruk av ulike typer rusmidler, ser vi i dette avsnittet nærmere på antall personer som mottar tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler. Dette sier noe om utbredelsen av de ulike rusmidlene, og hvilken type rusmiddelbruk som medfører tjenestebehov. I analysene skilles det mellom aldersgrupper og kjønn.

Det var mulig for kommunene å oppgi at de ikke vet hvor mange personer som mottar tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler. Av tabell 6.3 fremkommer det hvor stor prosent-

andel av kommunene som har oppgitt antall brukere som mottar kommunale tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler.

Tabell 6.3: Prosentandel kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av bruk av ulike typer rusmidler

Type rusmiddel	Svarprosent
Alkohol	61 %
Cannabis	58 %
Heroin/opium	50 %
Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	59 %
Metadon, buprenorfin, andre opiat/opioider	48 %
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	47 %
Gjennomsnitt	54 %

Som vi kan lese av figur 6.2 varierer andelen kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av de ulike typene rusmidler fra 39 % - 53 %. I gjennomsnitt har 54 % av kommunene oppgitt antall personer. Tallene tyder på at alkohol er det rusmiddelet som størst andel kommuner har oppgitt antall brukere av (61 %), mens benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter er den typen rusmidler som lavest andel av kommunene har oppgitt antall brukere av (47 %).

I tabell 6.4 ser vi nærmere på andelen kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler fordelt på kjønn og alder.

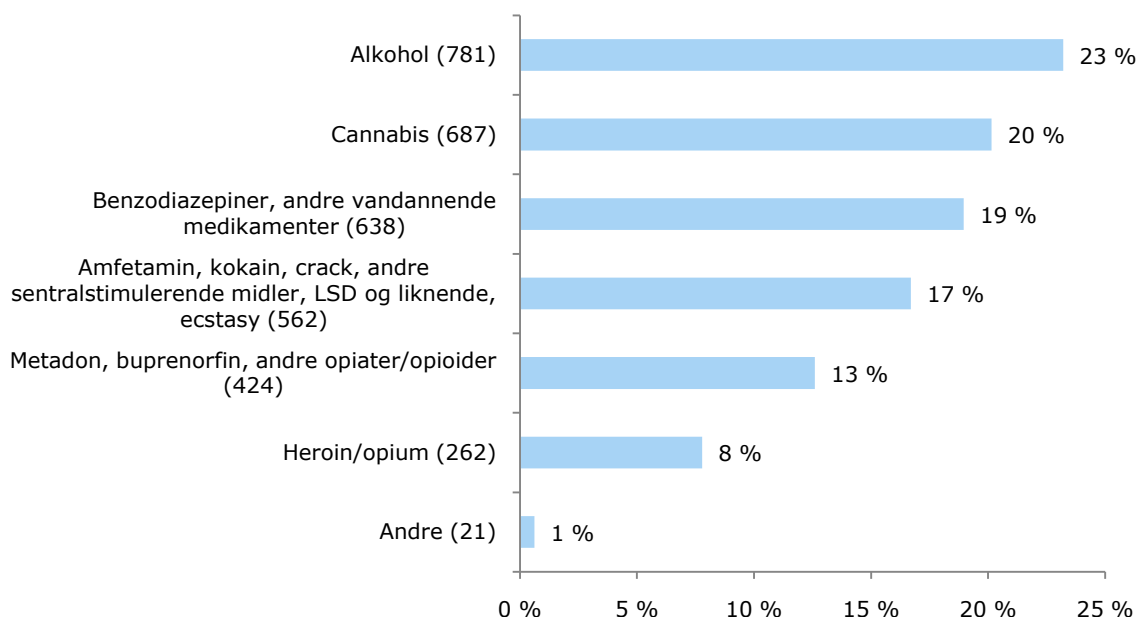
Tabell 6.4: Prosentandel kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester fordelt på kjønn og alder

Brukergruppe	Svarprosent
Kvinner 15 – 25 år	55 %
Menn 15 – 25 år	47 %
Kvinner 26 – 50 år	51 %
Menn 26 – 50 år	61 %
Kvinner eldre enn 50 år	52 %
Menn eldre enn 50 år	56 %
Gjennomsnitt	54 %

Av tabell 6.3 kan vi lese at andelen kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av de ulike typene rusmidler i de ulike gruppene varierer fra 47 % - 61 %. I gjennomsnitt har 54 % av kommunene oppgitt antall personer. Det er størst andel kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av de ulike typene rusmidler blant menn i aldersgruppen 26 - 50 år (61 %), mens det er lavest andel som har oppgitt antall personer blant menn i alderen 15 - 25 år (47 %).

Det at en stor andel kommuner har valgt å ikke oppgi antall kvinner/menn i de ulike aldersgruppene som mottar tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler indikerer at en stor andel av kommunene ikke har oversikt over dette. Videre kan det være en indikasjon på at spørsmålene i undersøkelsen har vært for detaljerte. Dette betyr at det er usikkerhet knyttet til datamaterialet. Vi viser til vedlegg 2 - 8 for nærmere informasjon om antallet kommuner som har oppgitt antall brukere fordelt på kjønn, alder og type rusmiddel.

I det videre skal vi se nærmere på bruken av de ulike typene rusmidler blant de ulike brukergruppene. Først skal vi se på hvor mange personer kommunene samlet sett har oppgitt at mottar kommunale tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler. I figur 6.5 fremkommer det hvor mange personer kommunene har oppgitt.

Figur 6.5: "Anslå antall [personer] som mottar tjenester grunnet følgende rusmiddelproblem"

I figur 6.5 fremstilles hvor stor prosentandel som mottar tjenester som følge av de ulike typene rusmidler. Hvor mange personer dette dreier seg om står i parentes etter de ulike typene rusmidler. Tallene er basert på anslag, og det kan ikke utelukkes at enkelte personer ikke er regnet med, eller at noen er regnet med flere ganger, som følge av at de bruker flere typer rusmidler.

Som vi kan lese av figuren, er *alkohol* årsak til tjenestebehovet blant 23 % av alle personer som mottar kommunale tjenester. Dette gjelder 781 personer fordelt på kommunene i utvalget. *Cannabis* er årsak til tjenestebehov blant 20 % (678) av tjenestemottakerne, mens *benzodiazepiner* og *andre vanedannende medikamenter* er årsak blant 19 % (638) av tjenestemottakerne.

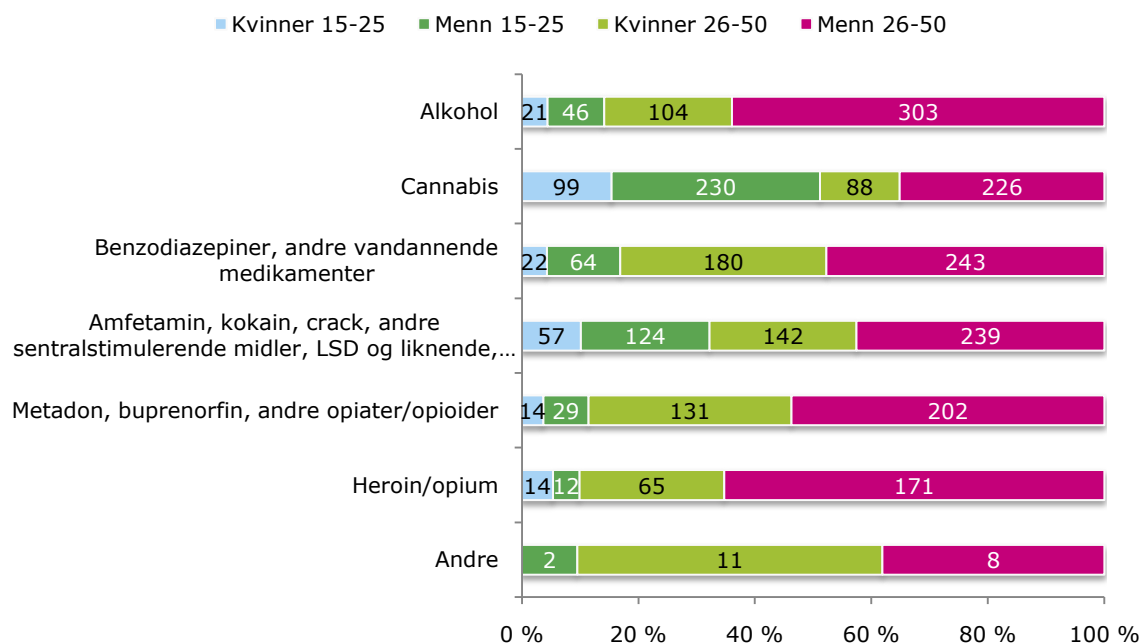
Videre mottar 17 % (562 personer) tjenester som følge av bruk av *amfetamin*, *metamfetamin*, *kokain*, *crack* og *andre sentralstimulerende midler*, 13 % (424 personer) mottar tjenester som følge av bruk av *metadon*, *buprenorfin*, *andre opiat/opioider* og 8 % (262 personer) mottar tjenester som følge av bruk av *heroin/opium*. Utover dette er det 1 % (21 personer) som mottar tjenester som følge av bruk av andre rusmidler.

Dersom vi ser antallet personer som mottar tjenester som følge av de ulike typene rusmidler i sammenheng med endringer i bruken av de ulike rusmidlene, ser vi noen interessante sammenhenger. Funnene viser at *alkohol* er det rusmiddelet som flest personer mottar tjenester på grunn av, men også det rusmiddelet som færrest kommuner har opplevd endring i bruken av. Dette bekrefter at alkohol har vært det mest utbredte rusmiddelet lenge. *Cannabis* er det rusmiddelet som nest flest personer mottar tjenester som følge av, og som flest kommuner har opplevd økning i bruken av. Dette kan tyde på at økningen i bruk av cannabis har medført at flere personer mottar tjenester som følge av misbruk. Videre ser vi at *heroin/opium* er den typen rusmidler som færrest personer mottar tjenester som følge av. Det er også dette rusmiddelet som flest kommuner har opplevd nedgang i bruken av og færrest har opplevd økning i bruken av. Også for de andre rusmidlene ser det ut til å være en sammenheng mellom antall tjenestemottakere og endringer i bruk.

Vi gjør oppmerksom på at kategoriene *heroin/opium* og *amfetamin*, *kokain*, *crack*, *andre sentralstimulerende midler*, *LSD* og *liknende*, *ecstasy* ble slått sammen til én kategori for kvinner og menn eldre enn 50 år i spørreskjemaet. Denne aldersgruppen er derfor ikke talt med her (i figur 6.5). Rambølls vurdering er at dette ikke har særlig betydning for det samlede bildet, fordi det er få brukere av disse rusmidlene i denne aldersgruppen. Dette ser vi nærmere på i de neste avsnittene.

Bruken av ulike typer rusmidler kan fortone seg ulikt mellom kjønnene og med hensyn til alder. Dette ser vi nærmere på i figur 6.6 og figur 6.7. På grunn av at kategoriene *heroin/opium* og *amfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LST og liknende, ecstasy* ble slått sammen til én kategori for kvinner og menn eldre enn 50 år i spørreskjemaet, har vi en egen figur for disse to brukergruppene, figur 6.7.

Figur 6.6: "Anslå antall [kvinner og menn] i aldersgruppen [15 – 25 år og 26 – 50 år] som mottar tjenester grunnet følgende rusmiddelpproblem"



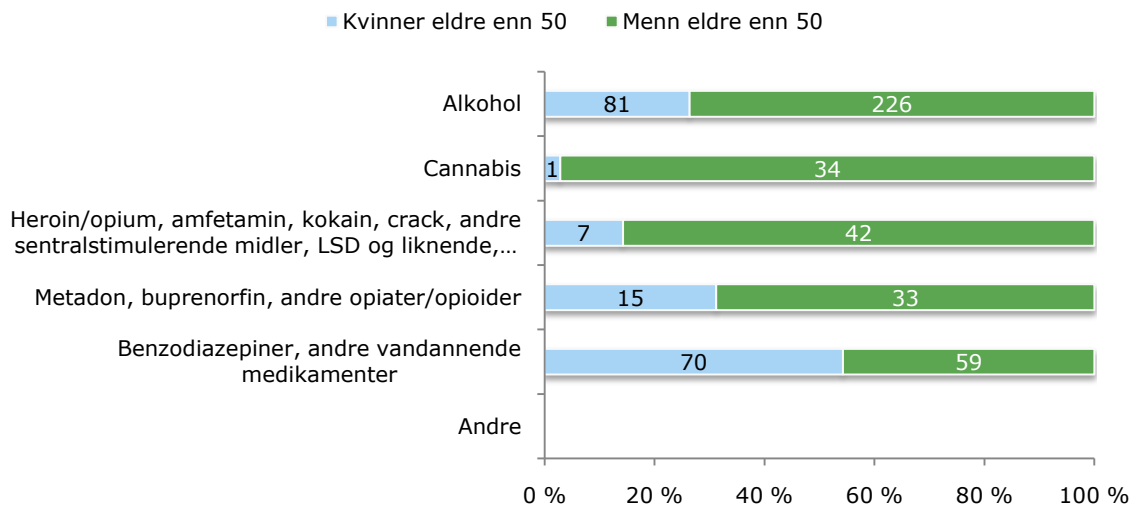
I figur 6.6 vises både det totale antallet kvinner og menn i aldersgruppene 15 – 25 år og 26 – 50 år som mottar tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler, og hvor stor andel de ulike brukergruppene utgjør av det totale antallet personer som mottar tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler.

Som figuren viser, utgjør *menn i alderen 26 – 50 år* den største brukergruppen når det gjelder bruk av samtlige type rusmidler, med unntak av *andre*. Den nest største brukergruppen som mottar tjenester er *kvinner i alderen 26 – 50 år*.

Kvinner i alderen 15 – 25 år utgjør den minste brukergruppen av samtlige rusmidler med unntak av heroin/opium, hvor det er færre brukere blant menn i denne alderskategorien, og cannabis, hvor det er færre brukere blant kvinner i alderen 26 – 50 år.

Når det gjelder kvinner og menn eldre enn 50 år, fremkommer bruk av ulike rusmidler i figur 6.7.

Figur 6.7: "Anslå antall [kvinner og menn] i aldersgruppen eldre enn 50 år som mottar tjenester grunnet følgende rusmiddelproblem"



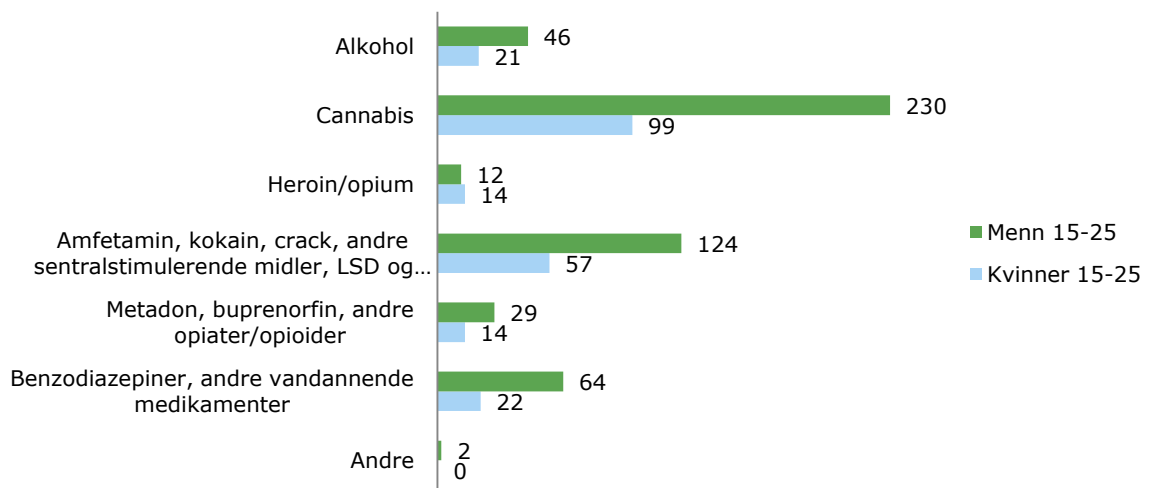
Som vi kan lese av figur 6.7, er det generelt flere menn enn kvinner eldre enn 50 år som mottar tjenester som følge av bruk av samtlige rusmidler med unntak av benzodiazepiner og andre vandannende medikamenter. Ser vi dette i sammenheng med figur 6.5 ser vi at menn i alderen 25 – 50 år utgjør den største gruppen tjenestemottakere som følge av alle typer rusmidler. Dernest er kvinner i alderen 25 – 50 år den nest største gruppen tjenestemottakere som følge av alle typer rusmidler med unntak av alkohol, hvor menn eldre enn 50 år den nest største gruppen tjenestemottakere.

I det videre skal vi se nærmere på hvilke typer rusmidler som er mest utbredt blant de ulike brukergruppene.

6.4.1 Unge i alderen 15-25

I dette avsnittet ser vi nærmere på kvinner og menn i alderen 15 til 25 år, og hvilke rusmidler de bruker som medfører at de mottar tjenester fra det kommunale tjenesteapparatet. Vi ser også på forskjeller mellom kjønnene. Av figur 6.8 fremkommer det hvor mange menn og kvinner i denne aldersgruppen som mottar tjenester som følge av bruk av ulike typer rusmidler.

Figur 6.8: "Anslå antall [kvinner og menn] i alderen 15 – 25 år som mottar tjenester som følge av bruk av ulike rusmidler"



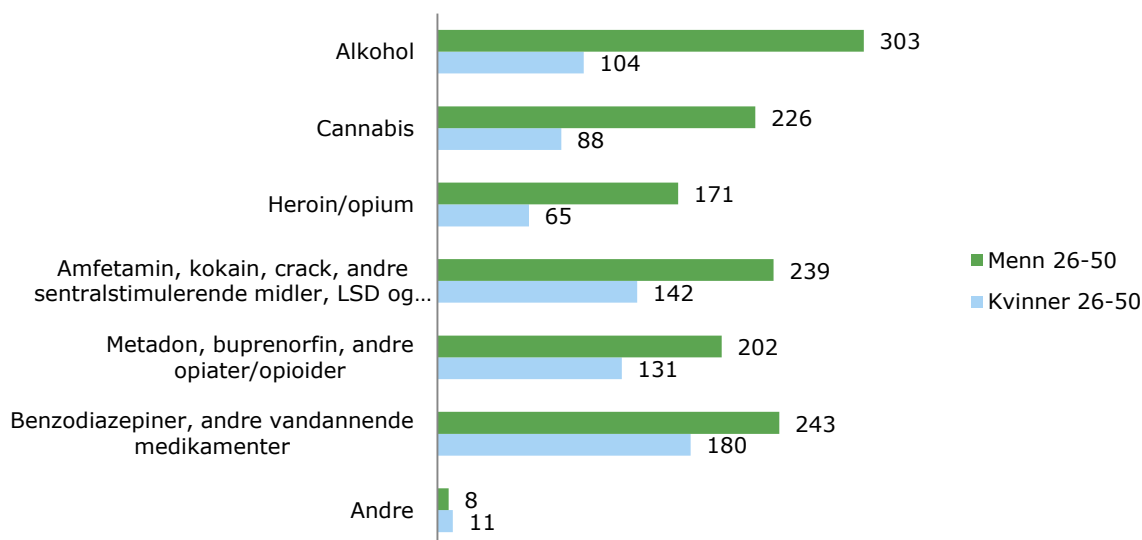
Som vi kan lese av figur 6.8, er det generelt en høyere andel menn enn kvinner i alderen 15 – 25 år som mottar tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler.

Blant begge kjønn er *cannabis* det rusmiddelet som flest personer mottar tjenester som følge av. Dette gjelder totalt 329 personer, noe som utgjør 45 % av det totale antallet personer i denne aldersgruppen som mottar tjenester som følge av rusmiddelmisbruk. Det er 99 kvinner (45 %) og 230 menn (44 %). Etter *cannabis*, er rusmidler i gruppen *amfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy* de rusmidlene som er mest utbredt blant både kvinner og menn i alderen 15 – 25 år (25 %). Dette gjelder 124 menn (24 %) og 57 kvinner (25 %). Videre er det 86 personer (12 %) som mottar tjenester som følge av bruk av *benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter*. Dette er 64 menn (13 %) og 22 kvinner (10 %). Når det kommer til *alkohol* er det totalt 67 personer (9 %) som mottar tjenester, 46 menn (9 %) og 21 kvinner (9 %). 43 personer (6 %) som mottar tjenester som følge av bruk av *metadon, buprenorfin og andre opiater/opioider*. Denne typen bruk står for en lik andel blant begge kjønn. Det rusmiddelet som færrest personer i alderen 15 – 25 år mottar tjenester som følge av, er *heroin/opium*. Dette gjelder 26 personer (4 %). Blant menn utgjør dette 2 % (12 personer) og blant kvinner 4 % (14 personer). Dette er også det eneste rusmiddelet hvor det er flere tjenestemottakere blant kvinner enn menn.

6.4.2 Voksne i alderen 26 til 50

I dette avsnittet ser vi nærmere på bruk av ulike typer rusmidler blant kvinner og menn i alderen 26 - 50 år. Vi ser også på forskjeller mellom kjønnene. Av figur 6.9 fremkommer det hvor mange menn og kvinner i denne aldersgruppen som mottar tjenester som følge av bruk av ulike typer rusmidler.

Figur 6.9: "Anslå antall kvinner og menn i alderen 26 - 50 år som mottar tjenester som følge av bruk av ulike rusmidler"



Som figur 6.8 viser, er det generelt flere menn enn kvinner i alderen 26 – 50 år som mottar tjenester som følge av bruk av alle typene rusmidler. Som figuren viser, er *benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter* den typen rusmidler som forårsaker behov for kommunale tjenester hos flest personer i denne aldersgruppen. Dette gjelder 423 personer, og utgjør 20 %. Blant kvinner utgjør dette 25 % (243 personer) og blant menn 17 % (189 personer). Deretter er *alkohol* det rusmiddelet som er mest utbredt blant denne aldersgruppen. 407 personer mottar tjenester som følge av alkohol (19 %). Det er i bruken av alkohol vi finner den største kjønnsforskjellen. Alkohol er årsak til tjenestebehov blant 22 % av menn i denne aldersgruppen (303 personer) og blant kvinnene 14 % (104 personer). *Amfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy* er den tredje mest utbredte typen rusmidler i denne aldersgruppen. Dette utgjør 18 % (381 personer), 17 % blant menn og 20 % blant kvinner. Videre

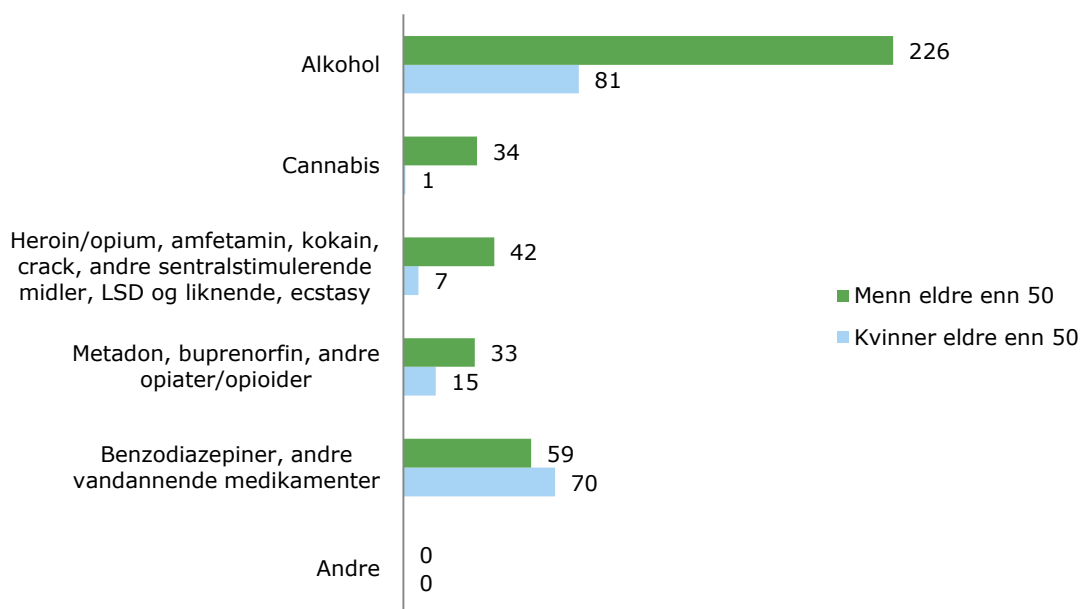
er det 333 personer (16 %) som mottar tjenester som følge av bruk av *metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider*. Dette utgjør 15 % (202 personer) blant menn og 18 % blant kvinner (131 personer).

Blant begge kjønn er det færrest som mottar tjenester som følge av bruk av *cannabis* (15 %, 314 personer) og heroin (11 %, 236 personer). Det er også få som mottar tjenester som følge av bruk av andre typer rusmidler.

6.4.3 Voksne eldre enn 50

I dette avsnittet ser vi nærmere på bruk av ulike typer rusmidler blant kvinner og menn i alderen eldre enn 50 år. Vi ser også på forskjeller mellom kjønnene. Av figur 6.10 fremkommer det hvor mange menn og kvinner i denne aldersgruppen som mottar tjenester som følge av bruk av ulike typer rusmidler.

Figur 6.10: "Anslå antall [kvinner og menn] eldre enn 50 år som mottar tjenester som følge av bruk av ulike rusmidler"



Som vi kan lese av figur 6.10, er det generelt en høyere andel menn enn kvinner eldre enn 50 år som mottar tjenester som følge av rusmiddelbruk. Det eneste rusmiddelet som flere kvinner enn menn i denne aldersgruppen mottar tjenester som følge av er *benzodiazepiner og andre vandannende medikamenter*. Blant begge kjønn er alkohol det rusmiddelet som flest mottar tjenester som følge av. Dette gjelder totalt 307 personer i denne aldersgruppen (54 %). Dette gjelder 57 % blant menn (226 personer) og 47 % blant kvinner (81 personer). Den typen rusmidler som er nest mest utbredt i denne aldersgruppen er *benzodiazepiner og andre vandannende medikamenter*. Dette dreier seg om 23 % i denne aldersgruppen (129 personer), og er forholdsvis mer utbredt blant kvinner (40 %, 70 personer) enn menn (15 %, 59 personer). I denne aldersgruppen er det omtrent like mange personer som mottar tjenester som følge av *heroin/opium, amfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy* (9 %, 49 personer) og *metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider* (8 %, 48 personer). *Heroin/opium, amfetamin og liknende* er forholdsvis mer utbredt blant menn (11 %, 42 personer) enn kvinner (4 %, 7 personer). *Cannabis* er det minst utbredte rusmiddelet i denne aldersgruppen (6 %, 35 personer). Her er det en stor kjønnsforskjell. Blant menn utgjør dette 9 %, 34 personer) og blant kvinner kun 1 % (1 person).

6.5 Kommunale tjenester

Frem til nå har vi i dette kapittelet sett på hvor mange personer som mottar kommunale tjenester som følge av ulike typer rusmiddelbruk. Vi har også sett på forskjeller mellom kvinner og menn og forskjeller mellom aldersgrupper når det kommer til hvilke typer rusmidler som er årsak

til at de mottar kommunale tjenester. I det videre skal vi se på hvilke typer tjenester personer med rusmiddelproblemer personene mottar.

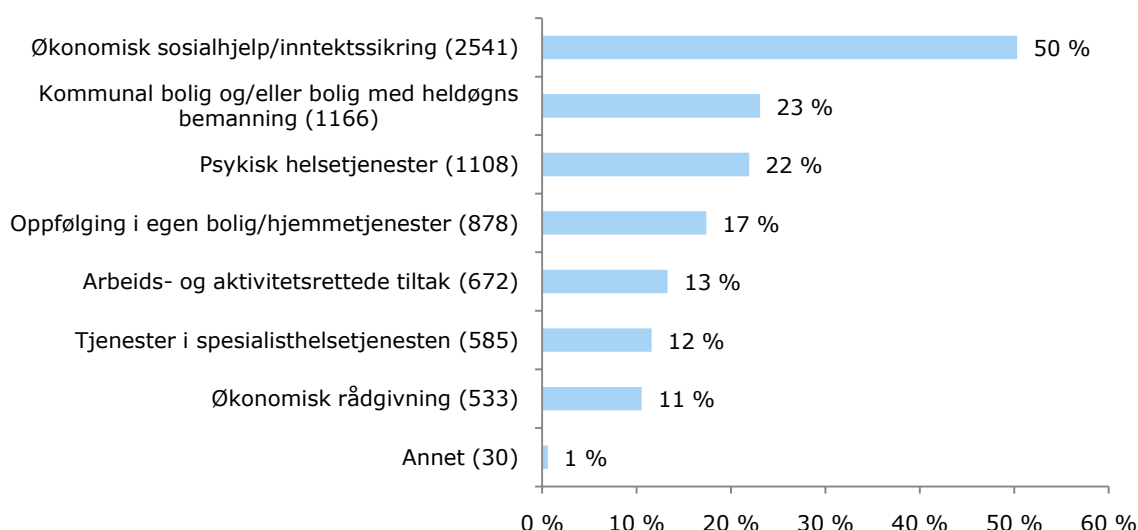
Det er en utfordring for kommunene å skape helhet og sammenheng i tjenestene til personer med rusmiddelproblemer. For å kunne tilby et best mulig tilpasset tjenestetilbud er det sentralt å skaffe en oversikt over hvilke tjenester det er størst behov for blant tjenestemottakerne. På bakgrunn av dette ble respondentene i undersøkelsen bedt om å oppgi antall personer, fordelt på kjønn og alder, som mottar følgende kommunale tjenester i forbindelse med sitt rusmiddelproblem:

- Kommunal bolig og/eller bolig med heltids bemanning
- Oppfølging i egen bolig/hjemmetjenester
- Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak
- Økonomisk sosialhjelp/inntektssikring
- Økonomisk rådgivning
- Psykiske helsetjenester
- Tjenester i spesialisthelsetjenesten

Som vi så innledningsvis i kapittelet, rapporterte kommunene om totalt 5052 personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelproblemer. På spørsmålene om hvor mange personer som mottar disse ulike typene tjenester har kommunene til sammen for alle typene tjenester oppgitt 7513 personer. Ettersom dette antallet er høyere enn det totale antallet personer som mottar tjenester, tyder det på at flere personer mottar mer enn én tjeneste.

I figuren nedenfor fremkommer det hvor mange personer i kommunene i utvalget som mottar disse ulike tjenestene som følge av sitt rusmiddelmisbruk. Tallene er basert på kommunenes anslag. I figuren fremstilles både det samlede antallet personer som mottar de ulike typene tjenester (i parentes), og hvor stor prosentandel som mottar de ulike typene tjenester, beregnet ut ifra det totale antallet personer som mottar tjenester (5052).

Figur 6.11: Antall personer som mottar ulike typer kommunale tjenester, prosentandel av alle personer som mottar tjenester.



Figuren synliggjør at det er flest personer som mottar *økonomisk sosialhjelp/inntektssikring* i forbindelse med sitt rusmiddelproblem. Totalt er det 2541 personer som mottar denne typen tjenester. Dette utgjør 50 % av alle personer som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelmisbruk (5052). Videre er det 1166 personer som bor i kommunal bolig og/eller bolig med heldøgns bemanning. Dette utgjør 23 % av de 5052 personene som mottar tjenester. Videre er det 1108 personer (17 %) som mottar psykisk helsetjenester og 878 personer (17 %) som får oppfølging i egen bolig /hjemmetjenester. De tjenestene som det er en lavest andel som mottar

er arbeids- og aktivitetsrettede tiltak (672 personer, 13 %), tjenester i spesialisthelsetjenesten (585 personer, 12 %) og økonomisk rådgivning (533 personer, 11 %).

Figuren synliggjør også at totalt 30 personer mottar *andre tjenester* enn de nevnte. I det åpne kommentarfeltet hvor respondentene ble bedt om å spesifisere hvilke typer tjenester dette gjelder fremkommer det at dette er:

- Individuell oppfølging gjennom prosjekt
- Hjemmetjeneste
- Barnevernstjeneste
- Skole
- Fengsel

I det videre skal vi se nærmere på forskjeller med hensyn til kjønn og alder når det gjelder hvilke typer tjenester personer med rusmiddelproblemer får. Når det gjelder antallet brukere som mottar de ulike typene tjenester har vi ikke skilt på kommunestørrelse. Dette er fordi det er svært varierende hvor mange kommuner i de ulike størrelseskategoriene som har oppgitt antall brukere, noe som gjør at det er stor usikkerhet knyttet til en slik analyse. I figur 6.1 så vi at det er en klar sammenheng mellom antall personer som mottar kommunale tjenester og kommunestørrelse, hvor det er flest personer som mottar kommunale tjenester i store kommuner. Dette gjelder sannsynligvis også for disse ulike typene tjenester.

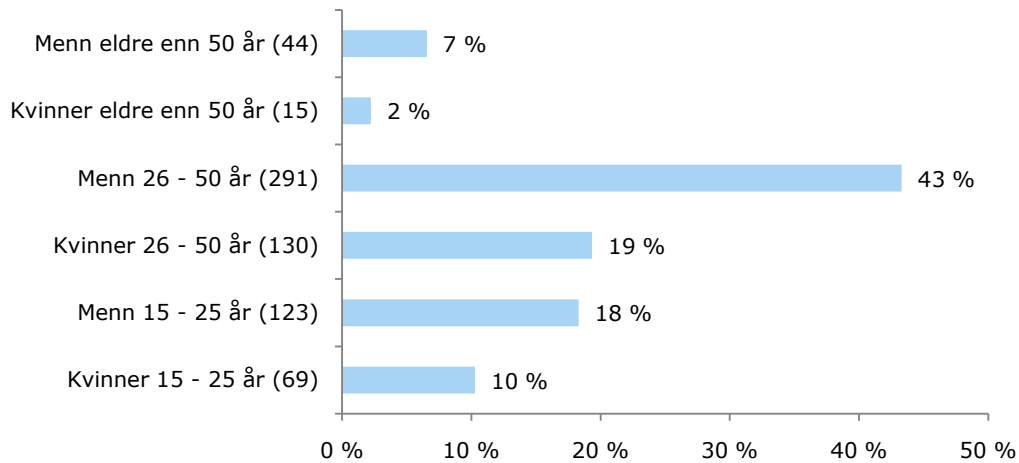
Når det gjelder de to boligtilbudene oppfølging i egen bolig/hjemmetjenester og kommunal bolig og/eller bolig med heldøgns bemanning ble det ikke skilt mellom kjønn og/eller alder, og vi gjør derfor ikke nærmere analyser av dette.

Som vi så i avsnitt 4.4 er boligsituasjonen i kommunene en av de største utfordringene innen rusarbeidet. Hele 57 % (n = 29) av kommunene vurderer at boligsituasjonen i kommunen i liten eller svært liten grad er tilfredsstillende, mens 39 % (n = 20) kommuner vurderer at den i noen grad er tilfredsstillende. Nærmere analyser viser at det ikke er noen klar tendens til at det i gjennomsnitt er flere personer som mottar boligtilbud i kommuner som vurderer at boligsituasjonen i noen grad er tilfredsstillende sammenlignet med kommuner som vurderer at den i liten grad er tilfredsstillende.

6.5.1 Arbeids og aktivitetsrettede tiltak

I de fleste tilfeller er det et mål å få personer med rusmiddelproblemer ut i arbeids eller annen aktivitet. I avsnitt 4.4 kunne vi lese at 61 % av kommunene mener at det er mangel på tilbud knyttet til arbeid og aktivitet. I avsnitt 5.2 så vi også at 65 % av kommunene har tilbud innen arbeid og aktivitet til personer med rusmiddelproblemer og av figur 6.11 ovenfor kunne vi se at 13 % (672 personer) av det totale antallet personer som mottar tjenester som følge av rusmidelmisbruk har arbeids- eller aktivitetsrettede tiltak. Figur 6.12 nedenfor viser hvor mange kvinner og menn i de ulike aldersgruppene som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tjenester, samt hvor stor prosentandel de ulike brukergruppene utgjør av det totale antallet personer som får arbeids- og aktivitetsrettede tiltak.

Figur 6.12: "Anslå antall (personer) som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak som følge av rusmiddelproblem", antall personer fordelt på kjønn og alder. Prosentandel av det totale antallet personer som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak.



Totalt har 61 % (n = 31) – 77 % (n = 39) av kommunene oppgitt antall personer som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak i hver brukergruppe, inkludert kommuner som har oppgitt at ingen personer får slike tilbud.

Som vi ser av figuren, utgjør menn i alderen 26 til 50 den største andelen blant tjenestemottakerne (291 personer, 43 %), etterfulgt av kvinner i alderen 26 til 50 (130 personer, 19 %). Dette kan ha naturlig sammenheng med at personer i denne gruppen utgjør det høyeste antall brukere (jf. figur 6.1), men også at dette er en gruppe som er i yrkesaktiv alder. Når det gjelder unge i alderen 15 til 25 er det et høyere antall menn (18 %) enn kvinner (9 %) som mottar arbeids og aktivitetsrettede tiltak. Dette kan skyldes at det generelt er en høyere andel menn enn kvinner i alderen 15 til 25 år som mottar tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler. Kun et fåtall av kommunene oppgir at de har voksne eldre enn 50 år som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak. Dette kan skyldes at mange av tjenestemottakere i denne aldersgruppen ikke lenger er i yrkesaktiv alder eller at de har brukt rusmidler over en lengre periode og derfor har større behov for andre typer tjenester.

For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at antallet kommuner som har oppgitt antall tjenestemottakere i de ulike brukergruppene varierer.

I neste avsnitt ser vi nærmere på hvor mange personer som mottar andre typer kommunale tjenester i forbindelse med sitt rusmiddelproblem.

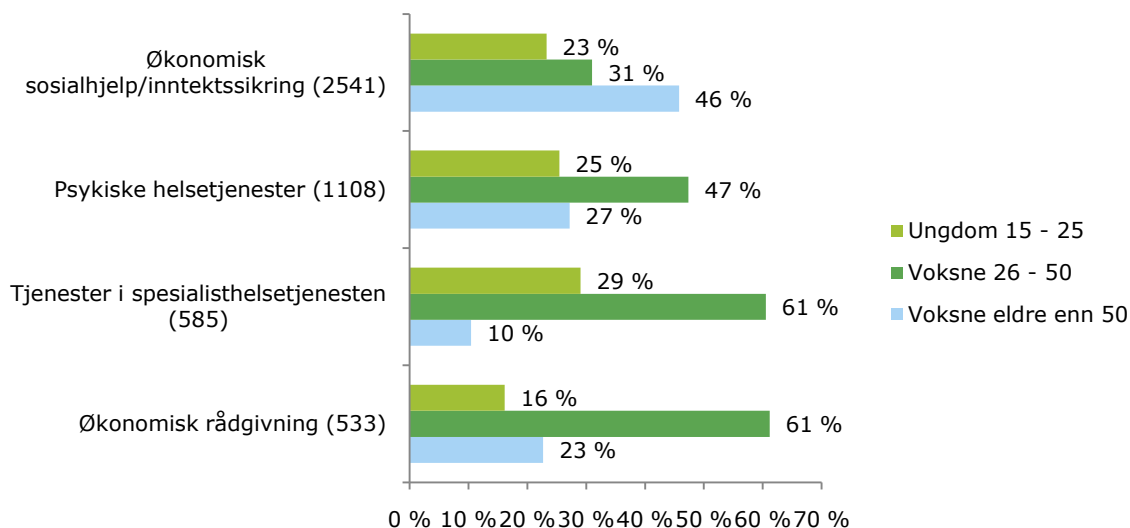
6.5.2 Andre kommunale tjenester

Kommunene ble videre bedt om å oppgi antall brukere som mottar følgende typer kommunale tjenester i forbindelse med sitt rusmiddelproblem:

- Økonomisk sosialhjelp/inntektssikring
- Økonomisk rådgivning
- Psykiske helsetjenester
- Tjenester i spesialisthelsetjenesten

I disse spørsmålene ble det kun skilt mellom aldersgrupper, og ikke mellom kjønn. Hvordan svarene fordeler seg fremgår av figur 6.13:

Figur 6.13: "Anslå antallet (personer) som mottar andre typer tjenester i forbindelse med rusmiddelproblem", antall personer totalt, prosentvis fordeling på aldersgrupper



Som vi kan lese av figuren utgjør voksne i alderen 26 – 50 år den største gruppen tjenestemottakere for alle tjenester med unntak av økonomisk sosialhjelp. Når det kommer til *økonomisk sosialhjelp/inntektssikring* utgjør voksne eldre enn 50 år den største gruppen av tjenestemottakere i denne kategorien (1163 personer, 46 %). Dette kan henge sammen med at det er en stor andel som mottar økonomisk sosialhjelp/inntektssikring, fremfor å motta arbeids- og aktivitetsrettede tiltak. Det er imidlertid verdt å bemerke at én kommune har oppgitt 1000 personer i denne kategorien, noe som bidrar til å trekke antallet personer innen denne brukergruppen opp. Rambøll vurderer det dit hen at dette er en stor kommune og vi har således ingen grunn til å anta at dette ikke medfører riktighet.

Når det kommer til personer som mottar *psykiske helsetjenester* i forbindelse med rusmiddelmisbruk utgjør ungdom 25 %, voksne i alderen 26 til 50 år utgjør 47 %, og voksne eldre enn 50 år utgjør 27 %. Når det gjelder *tjenester i spesialisthelsetjenesten* utgjør ungdom 29 %, voksne i alderen 26 – 50 år utgjør 61 % og voksne eldre enn 50 år utgjør 10 %. Når det gjelder økonomisk rådgivning utgjør ungdom 16 %, voksne i alderen 26 – 50 år utgjør 61 % og voksne eldre enn 50 år utgjør 23 %.

Samlet tyder dette på at ungdom i alderen 15 – 25 år utgjør den minste gruppen tjenestemottakere av alle disse tjenestene, mens voksne i alderen 26 – 50 år utgjør den største gruppen tjenestemottakere av samtlige tjenester.

Det er også interessant å se antallet personer som mottar disse typene tjenester i sammenheng med antallet personer som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, som vi gjennomgikk i avsnitt 6.5.1. For eksempel blant ungdom i alderen 15 – 25 år er det flere som mottar økonomisk sosialhjelp og psykiske helsetjenester enn som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak. Ser vi dette opp imot kommunenes vurdering av mangel på tilbud, og videre satsningsområder, tyder dette på at arbeids- og aktivitetstiltak for denne gruppen er en stor mangel, og at det er et stort behov for denne typen tiltak blant ungdom.

6.6 Oppsummering

I dette kapittelet har vi gjort rede for antall personer som mottar tjenester som følge av rusmiddelproblem. Vi har sett på forskjeller mellom kjønn, ulike aldersgrupper og type rusmiddelbruk. Videre har vi sett på hvilke typer tjenester som er mest utbredt blant ulike aldersgrupper.

Samlet oppgir de 51 kommunene og bydelene som deltok i undersøkelsen at 5052 personer mottar tjenester som følge av rusmiddelproblemer.

Når det gjelder utvikling i antall personer med rusmiddelproblemer i kommunene, er brukere med dobbeltdiagnose den gruppen som størst andel av respondentene har anslått at har opplevd økning i (59 %). Blant de tre aldersgruppene er det flest respondenter (55 %) som har anslått en økning i antall unge brukere mellom 15 og 25 år. Når det gjelder voksne mellom 26 og 50 år og eldre over 50 år er det en større andel respondenter som har anslått at det ikke har vært noen endring enn de som anslått en økning. Dette gjelder 47 % av kommunene for aldersgruppen 26 – 50 år og 65 % av kommunene for aldersgruppen over 50 år. For alle alderskategorier er det en liten andel av respondentene som har anslått en nedgang i antall tjenestemottakere (2 – 4 %).

Når det gjelder utvikling i type rusmiddelbruk i kommunene er det en relativt stor andel av respondentene som har oppgitt at de ikke vet om det har vært noen endring i bruken av rusmidler (28 - 65 % på de ulike spørsmålene). *Cannabis* og *amfetamin*, *metamfetamin*, *kokain*, *crack*, *andre sentralstimulerende midler*, *LSD* og *liknende og ecstasy* er de to kategoriene rusmidler som flest respondenter mener å ha opplevd økning i, henholdsvis 41 % og 39 %. Det er også en relativt høy andel respondenter som mener det har vært en økning i bruk av benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter (33 %). Heroin og alkohol er de rusmidlene som færrest respondenter mener har økt i bruk.

Når det gjelder antall personer som mottar tjenester som følge av bruk av de ulike typene rusmidler, er det i følge respondentenes grove anslag, *alkohol* som er det rusmiddelet som flest mennesker mottar tjenester som følge av *Cannabis* er det nest mest utbredte rusmiddelet, mens *benzodiazepiner* og *andre vanedannende medikamenter* er det tredje mest utbredte rusmiddelet. Den kategorien rusmidler som færrest mottar tjenester som følge av bruk, er av *heroin/opium* og deretter er *metadon*, *buprenorfin*, *andre opiater/opioder* nest minst utberedt.

Analyser av forskjeller mellom kjønnene viser at det generelt er flere menn enn kvinner som mottar tjenester som følge av rusmiddelbruk. Dette gjelder i alle aldersgrupper. Menn i alderen 25 – 50 år utgjør den største gruppen tjenestemottakere for alle typer rusmidler. Der nest er kvinner i alderen 25 – 50 år den nest største gruppen tjenestemottakere for alle typer rusmidler, med unntak av alkohol, hvor menn eldre enn 50 år den nest største gruppen tjenestemottakere. Kvinner i alderen 15 – 25 år og kvinner eldre enn 50 år er de to gruppene med færrest tjenestemottakere.

Undersøkelsen tyder på at personer i ulike aldersgrupper bruker ulike typer rusmidler. I følge respondentenes grove anslag er det størst forskjell mellom aldersgruppene med hensyn til bruk av cannabis og alkohol. Av alle rusmidler er cannabis det mest utbredte rusmiddelet blant tjenestemottakere i alderen 15 – 25, både blant kvinner og menn. Blant voksne i alderen 26 – 50 år og voksne eldre enn 50 år er cannabis det minst utbredte rusmiddelet. Blant tjenestemottakerne ble det anslått at *alkohol* er det mest utbredte rusmiddelet blant menn i alderen 26 – 50 år og blant kvinner og menn over 50 år. Blant unge i alderen 15 – 25 år er det en betydelig mindre andel som mottar tjenester som følge av bruk av alkohol sammenlignet med andre typer rusmidler (9 %). Når det gjelder *benzodiazepiner* og *andre vanedannende medikamenter* ser dette ut til å være mer utbredt i alderen 26 – 50 år enn i andre aldersgrupper og mest utbredt blant menn. Av alle rusmidler er benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter den kategorien rusmidler som er mest utbredt blant kvinner i denne aldersgruppen. Benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter er i forhold til andre rusmidler også relativt utbredt blant eldre over 50 år, og mer blant kvinner enn menn i denne aldersgruppen. Denne kategorien rusmidler er ikke utbredt blant unge mellom 15 og 25 år.

I følge respondentenes grove anslag er de tre siste kategoriene rusmidlene mer utbredt blant voksne i alderen 26 – 50 år enn i andre aldersgrupper. Dette gjelder disse tre kategoriene rusmidler:

- *heroin/opium*
- *amfetamin*, *kokain*, *crack*, *andre sentralstimulerende midler*, *LSD* og *liknende*, *ecstasy*
- *metadon*, *buprenorfin*, *andre opiater/opioder*

Når det gjelder heroin/opium, er dette mer utbredt blant menn enn kvinner i denne aldersgruppen. Rusmidler i gruppen *amfetamin*, *kokain*, *crack*, *andre sentralstimulerende midler*, *LSD* og

liknende, ecstasy er også relativt utbredt blant unge i alderen 15 – 25 år, men ikke blant eldre over 50 år. I alle aldersgrupper er disse rusmidlene mer utbredt blant menn enn blant kvinner. *Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider* er relativt lite utbredt blant begge kjønn i aldersgruppene 15 – 25 år og eldre enn 50 år.

Respondentene har også oppgitt grove anslag på hvor mange personer som mottar følgende kommunale tjenester som følge av rusmiddelmisbruk: kommunal bolig og/eller bolig med heltids bemanning, oppfølging i egen bolig/hjemmetjenester, arbeids- og aktivitetsrettede tjenester, økonomisk sosialhjelp/inntektssikring, økonomisk rådgivning, psykiske helsetjenester og tjenester i spesialisthelsetjenesten. Den typen tjeneste som flest personer mottar er økonomisk sosialhjelp/inntektssikring. Det tilbudet som nest flest personer mottar er Kommunal bolig og/eller bolig med heltids bemanning. Videre er de tjenestene som flest mottar psykiske helsetjenester, oppfølging i egen bolig/hjemmetjenester, arbeids- og aktivitetsrettede tjenester, tjenester i spesialisthelsetjenesten og personer økonomisk rådgivning.

Respondentene mener at det er relativt små forskjeller mellom aldersgruppene med hensyn til hvilke tjenester personer med rusmiddelproblemer mottar. Økonomisk sosialhjelp er mest utbredt blant alle aldersgrupper. Videre er voksne i alderen 26 – 50 år den største gruppen tjenestemottakere på alle tjenesteområder, med unntak av økonomisk sosialhjelp hvor det er anslått at det er flest i alderen eldre enn 50 år.

7. RUSSITUASJONEN I OSLO

Oslo er på mange måter i en særstilling sammenlignet med kommune-Norge forøvrig. For det første er det mange flere mennesker med rusmiddelproblemer i Oslo, både som følge av tilstrømning fra andre deler av Norge og fra utlandet. Dette dreier seg om generell storbyproblematikk. For det andre kommer trender innen rusmidler først til landet i Oslo, som medfører et attraktivt marked. Derfor inneholder denne rapporten et eget kapittel hvor vi redegjør for rus situasjonen i Oslo. Dette er kun basert på kvalitative intervjuer med representanter for Rusmiddeletaten i Oslo og inneholder derfor ingen figurer eller tabeller.

De 15 bydelene i Oslo har tilsvarende ansvar for brukerne som norske kommuner. Det er bydelene som vurderer brukernes tjenestebehov. Oslo kommune har i tillegg en egen rusmiddeletat, som har et bydelsovergripende ansvar for drift og utvikling av rusinstitusjoner, samt forebyggende og oppsøkende arbeid i Oslo sentrum (uteseksjonen). Bydelene i Oslo kjøper tjenester av Rusmiddeletaten ved behov. Oslo kommune mottar tilskudd til rusarbeidet hvert år.

Rusmiddeletaten har 465 faste stillingshemler, samt 56 prosjektstillinger som er finansiert av tilskudd fra Helsedirektoratet. Rusmiddeletaten kjøper i tillegg tjenester fra private aktører, som institusjonsplasser, noe som medfører at det totale antallet stillinger er enda høyere.

7.1 Tjenestetilbudet

Når det gjelder tjenestetilbudet har Rusmiddeletaten 25 kommunale institusjoner, samt avtale med 11 private organisasjoner, som til sammen har vel 750 plasser. På institusjonene er det ulik grad av toleranse for rus, avhengig av brukergruppene og formålet med institusjonsplassen. Det er for eksempel noen institusjoner med totalt rusforbud, og andre institusjoner hvor målet er skadereduksjon og hvor brukerne har lov til å ruse seg noe. Det er også egne institusjoner til brukere av primært alkohol og piller. I tillegg til institusjonsplasser finnes det 20 gjennomgangseiligheter som er beregnet på brukere som er i rehabiliteringsinstitusjon, slik at de kan øve seg på å bo selvstendig. Noen institusjoner tilbyr også poliklinisk oppfølging. Kjøp av private plasser gjøres for fem år av gangen, basert på behovsvurderinger som gjøres av bydelene. På den måten forsøker man å sikre at man har institusjonstilbud som er tilpasset ulike brukergruppers behov.

Rusmiddeletaten har også en oppsøkende tjeneste med ca. 50 ansatte, som blant annet tilbyr hjemmebesøk og kjører brukere til og fra institusjons- eller sykehusopphold. Et annet tilbud er Uteseksjonen, som jobber med forebygging blant unge mennesker som oppholder seg i sentrum av Oslo, hvor målet er at de skal komme inn i det ordinære hjelpeapparatet. En annen målgruppe er eldre mennesker som oppholder seg i sentrum, uten egen bolig. Mange av disse brukerne har ifølge ansatte i Rusmiddeletaten psykiske lidelser, noe som betyr at de burde hatt en dobbeltdiagnose og et psykisk helsetilbud i spesialisthelsetjenesten.

Etaten tilbyr videre lavterskeltjenester innen helse i både kommunal og privat regi, blant annet feltpleie av sår og sprøyterom. Sprøyterommet har kort åpningstid hver ukedag og er et tilbud til brukere som injiserer heroin. Videre har de et velferdstilbud for misbrukere i aktiv rus og egne velferdssentre for klienter i LAR, samt en stor forebyggingsavdeling i kompetansesenteret, som også bistår bydelene i Oslo i sitt forebyggingsarbeid.

Et nytt tilbud som ble startet opp september 2010 er Lasso, som tilbys på ett av lavterskelhuse- ne. Dette er finansiert med tilskuddsmidler. Målgruppen er de tyngste brukerne, som gjerne oppholder seg på Plata. De får utdelt subuksone, også på dager hvor de ikke orker å gå på LAR Oslo. Mange av de som benytter tilbudet har blitt kastet ut av LAR.

I Oslo er det en rekke frivillige organisasjoner som tilbyr lavterskeltjenester til personer med rusmiddelproblemer hele døgnet. Etter Rusmiddeletatens oppfatning har dette både positive og negative sider. En stor positiv side er at det bidrar til at rusmisbrukere får et svært variert og godt tilbud. Det gode tilbudet kan imidlertid også føre til at personer med rusmiddelproblemer strømmer til Oslo, fordi de vet at de uansett vil motta et tilbud. Sånn sett kan de frivillige organisasjonenes arbeid ha en utilsiktet effekt i å opprettholde og øke rekruttering til rusmiljøet i Oslo.

I områdene rundt Oslo er det også flere helseforetak som tilbyr tjenester til mennesker med rusmiddelproblemer i form av spesialisthelsetjenester. Dette er ment å være kortvarige tilbud, hvor kommunene har det primære ansvaret for brukernes tjenestetilbud. Samhandling mellom Rusmiddeletaten og helseforetakene er et utviklingsområde.

7.1.1 Utfordringer

Våre informanter opplever det som utfordrende å finne gode institusjonsplasser til enkelte brukergrupper. En av disse er brukere som er voldelige, ofte kombinert med store psykiske plager, men som ikke har en diagnose og ingen medisiner. For denne brukergruppen kjøper Rusmiddeletaten tjenester av en privat leverandør som egentlig tilbyr spesialisthelsetjenester til utagerende brukere. Dette gjelder fire plasser som Rusmiddeletaten betaler, samt fire plasser som bydelene kan ta avrop på. En plass koster 4000 kroner per døgn. Likevel anses dette som sosialøkonomisk lønnsomt, fordi denne brukergruppen ellers bruker tjenester på bekostning av andre.

Andre brukergrupper som informantene vurderer det som utfordrende å gi et godt tilbud til er innadvendte personer med psykiske lidelser og psykisk syke kvinner som er utagerende.

7.1.2 Botilbudet

Når det gjelder botilbudet i Oslo oppgir våre informanter at muligheten for å få en seng absolutt er tilfredsstillende. Det er imidlertid ikke et tilfredsstillende botilbud når det gjelder tilpassede boliger for personer med vekslende grad av manglende boevne. Dette gjelder eksempelvis brukere som trenger varige tilrettelagte tiltak. Gjennom Rusmiddeletaten får disse brukerne bolig for seks måneder av gangen. Tanken er at de skal ha bolig gjennom egen bydel og ikke gjennom Rusmiddeletaten. Ansvarsfordelingen mellom bydelene og Rusmiddeletaten oppleves av våre informanter som utydelig. I bydelene er det videre behov for flere tiltak, med boliger med varierende grad av oppfølging ut ifra behov. Boligsituasjonen i bydelene varierer imidlertid, hvor noen bydel har god kapasitet, mens andre har dårlig kapasitet. Bydel Grünerløkka trekkes frem som en bydel med god kapasitet, og er også en bydel med mange brukere.

7.2 Tjenestemottakerne

Rusmiddeletaten har ikke noen oversikt over antall personer med rusmiddelproblemer i Oslo. De oppga flere utfordringer med å kartlegge tjenestemottakerne i Oslo, som er knyttet til flere forhold. For det første har mange av brukerne folkeregistrert adresse i en annen kommune, og skal derfor egentlig motta tjenester fra sin hjemkommune. Det er bydelene i Oslo som kartlegger brukerne og brukernes hjemkommune kan avdekkes gjennom ulike søknadsskjemaer om tjenester. Her er det imidlertid mye underreportering. For brukere som har en annen hjemkommune forsøkes det å få dem til å returnere til sin bostedskommune. Mange motsetter seg dette, og Lov om sosiale tjenester gir dem rett til å motta tjenester i Oslo så lenge de har opphold der. I tillegg trekkes det også fram at det en del illegale innvandrere med rusmiddelproblemer.

Et utviklingstrekk når det gjelder tjenestemottakerne er at andelen av personer med rusmiddelproblemer med innvandrerbakgrunn øker, både når det gjelder legal og illegal innvandring. Dette gjelder særlig yngre brukere, mellom 18 og 25 år. Ifølge våre informanter medfører deres kulturelle bakgrunn at de ønsker og har behov for andre typer tiltak enn institusjonsplass og terapi, som har vært den tradisjonelle behandlingen i Norge. Dette skyldes blant annet at rusmisbruk er skambelagt i enkelte kulturer, og derav vanskelig å snakke om. Mange innvandrere med rusmiddelproblemer er heller ikke interessert i kontakt med hjelpeapparatet, på grunn av mistillit.

Et annet utviklingstrekk er at det er et økende antall eldre som har et stort alkoholproblem. Dette kan eksempelvis dreie seg om eldre kvinner som drikker for mye likør om kvelden. Det har også vært en økning i bruk av blant annet sovepiller, noe som kan forklares med at dette er relativt enkelt å få resept på av fastleger. Her er det hjemmetjenestene i bydelene som primært er tjenesteytere. Dette kan blant annet avdekkes ved at eldre mennesker faller og slår seg. Rusmiddeletaten opplever at kompetansebehov både når det gjelder å avdekke og når det gjelder å konfrontere eldre mennesker med dette. De har drevet kompetanseheving blant bydeler i samarbeid med Høgskoler.

Når det gjelder type misbruk er det en økning i bruk av amfetamin. Dette skyldes at flere brukere bruker flere stoffer parallelt. Man har derfor ikke sett noen nedgang i rusmidler som heroin, som følge av økt bruk av amfetamin, men snarere økt blandingsmisbruk. Uteseksjonen og politiet rapporterer også økt bruk av kokain. De som misbruker kokain har gjerne et normalt liv, og det

tar tid før det går utover livssituasjonen. Foreløpig vet man lite om hvor mange personer dette gjelder.

Det har derimot generelt vært en nedgang i bruk av alkohol. Ifølge ansatte ved Rusmiddeletaten skyldes ikke dette en nedgang blant den norske befolkningen i Oslo, men snarere den økte andelen av innvandrere som ikke drikker alkohol. Dette gjelder for eksempel i bydeler med en høy andel innvandrere, som i Groruddalen. Derimot er det økt alkoholbruk blant unge jenter fra bydelene på vestkanten.

7.3 Oppsummering

På tross av at Oslo kommune skiller seg fra resten av Norges kommuner med tanke på antall personer med rusmiddelproblemer, andel innvandrere, samt organisering av tjenestene, fremkommer det visse klare likheter. For eksempel har Oslo kommune, i likhet med kommunene for øvrig, sett størst økning i antallet personer med rusmiddelproblemer blant unge mennesker og personer med dobbeltdiagnose. Mennesker med dobbeltdiagnose anses som en brukergruppe som det er utfordrende å lage et tilfredsstillende tilbud til. Her er samhandling med spesialisthelsetjenesten essensielt.

Når det gjelder bruk av ulike typer rusmidler, er et sentralt funn i intervju med Rusmiddeletaten at det har vært en økning i blandingsmisbruk, det vil si at man kombinerer ulike typer rusmidler. Dette har ikke vært kartlagt gjennom spørreundersøkelsen, men gjennom de kvalitative intervjuene med 10 av kommunene kommer det frem indikasjoner på at blandingsmisbruk øker også i resten av landet. Særlig synes dette å gjelde yngre mennesker, som i større grad enn før prøver flere typer rusmidler i ung alder.

Tjenestetilbudet i Oslo kommune skiller seg på flere måter fra landet for øvrig. For det første ser boligsituasjonen ut til å i større grad tilfredsstille ulike brukergruppers behov, enn hva kommunene for øvrig opplever. En årsak til dette kan være at det store antallet personer med rusmiddelproblemer i Oslo gjør det mulig å ha et mer differensiert tilbud. For det andre finnes det en rekke frivillige aktører i Oslo som bidrar til å gi personer med rusmiddelproblemer ulike former for lavterskeltilbud. Breddeundersøkelsen viste at hele 70 % av kommunene ikke samarbeider med frivillige aktører. Den viste også en tendens til at store kommuner i større grad enn små og mellomstore kommuner samarbeider med frivillige aktører. Funnene fra Oslo kommune støtter opp om denne konklusjonen.

Til sist vil vi gjøre oppmerksom på at Oslo kommune ikke inngår i undersøkelsen som kommune, men er representert ved tre bydeler i det kvantitative datamaterialet, samt ved Rusmiddeletaten i det kvalitative datamaterialet. Dette må tas med i betraktningen i tolkningen av funnene.

8. LITTERATUR

Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010,

<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Opptr.plan.pdf>

IS-1836 Rapport, Opptrappingsplan for rusfeltet, Statusrapport 2009,

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00304/Opptrappingsplan_fo_304579a.pdf

NIBR-rapport 2009:26, Arne Holm og Kim Christian Astrup, "Utkastelser og tvangssalg",

<http://www.nibr.no/uploads/publications/039f9f025a6b620aff8faaa4d10183b9.pdf>

SIRUS rapport nr. 3/2010, Elisabeth E. Storvoll m. fl., "Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk",

http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.3.10.pdf

SIRUS rapport nr. 4/2010, Ingeborg Lund m. fl., "Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang",

http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.4.10.pdf

SIRUS-rapport, Marit E. Gryt (red.), "Rusmidler i Norge 2010",

http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/Rusmidler_i_Norge_2010_NO.pdf

SIRUS-rapport nr 3/2006, Heidi Nøkleby og Grethe Lauritzen, "Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie",

http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/sirusrap.3.06.pdf

SINTEF Helse 2007, Solfrid Lilleeng, "Pasienter med rusmiddelmisbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne",

<http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf->

fi-

[ler/Rapport_A1159_Pasienter_med_rusmiddelmisbruk_og_samtidige_psykiske_lidelser_i_psykisk_helsevern_for_voksne.pdf](http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport_A1159_Pasienter_med_rusmiddelmisbruk_og_samtidige_psykiske_lidelser_i_psykisk_helsevern_for_voksne.pdf)

Fürst og Høverstad ANS, 2009, "Data om kommunalt arbeid for personer med rusmiddelproblemer. Sluttrapport 2009", oppdrag for Helsedirektoratet

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00173/Data_om_kommunalt_a_173839a.pdf

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av effekt av tiltak.

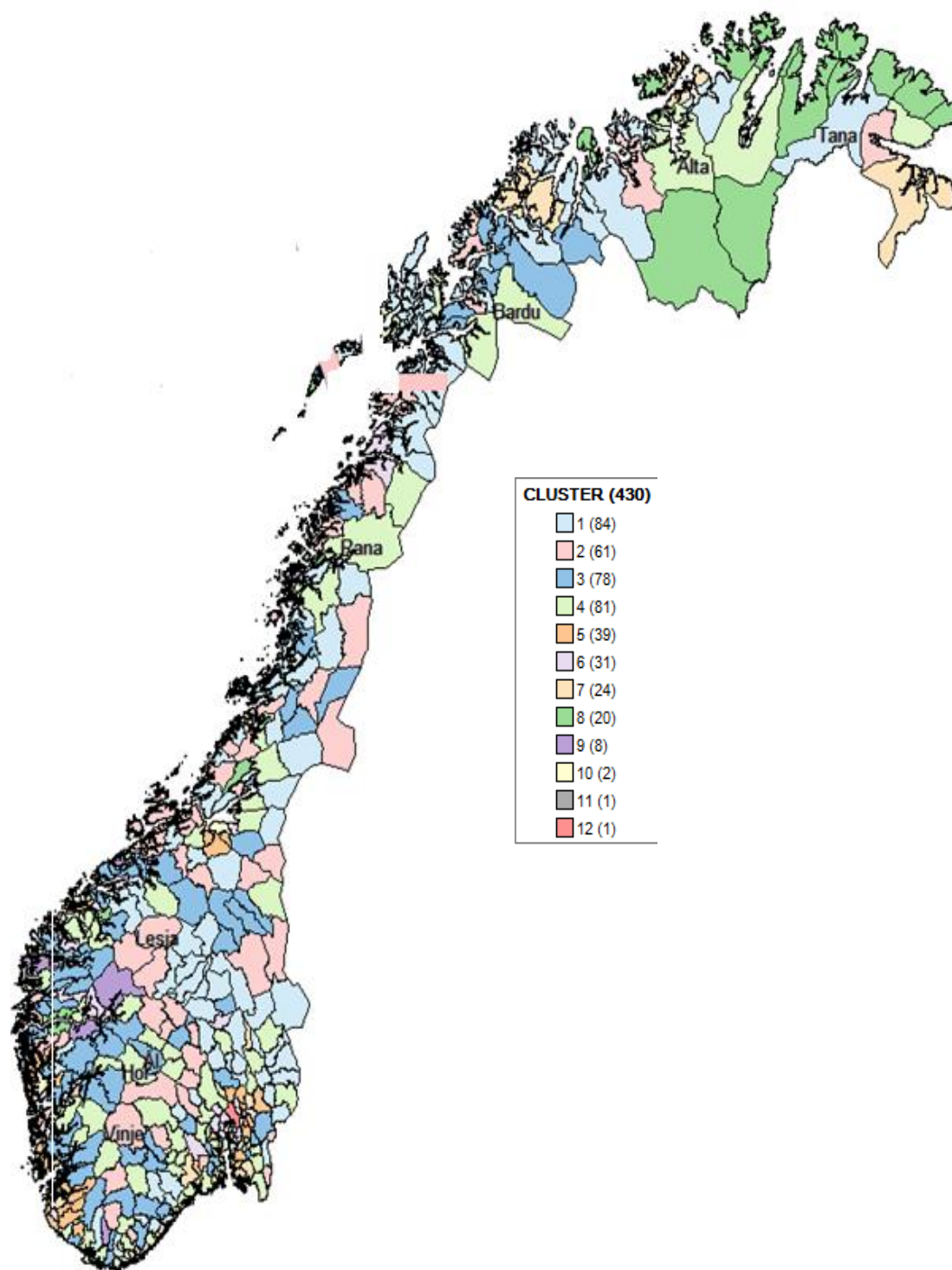
St meld nr 25 (1996-97), Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene,

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086

"Rus og psykisk lidelse – faglige og organisatoriske utfordringer", Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2006, 03

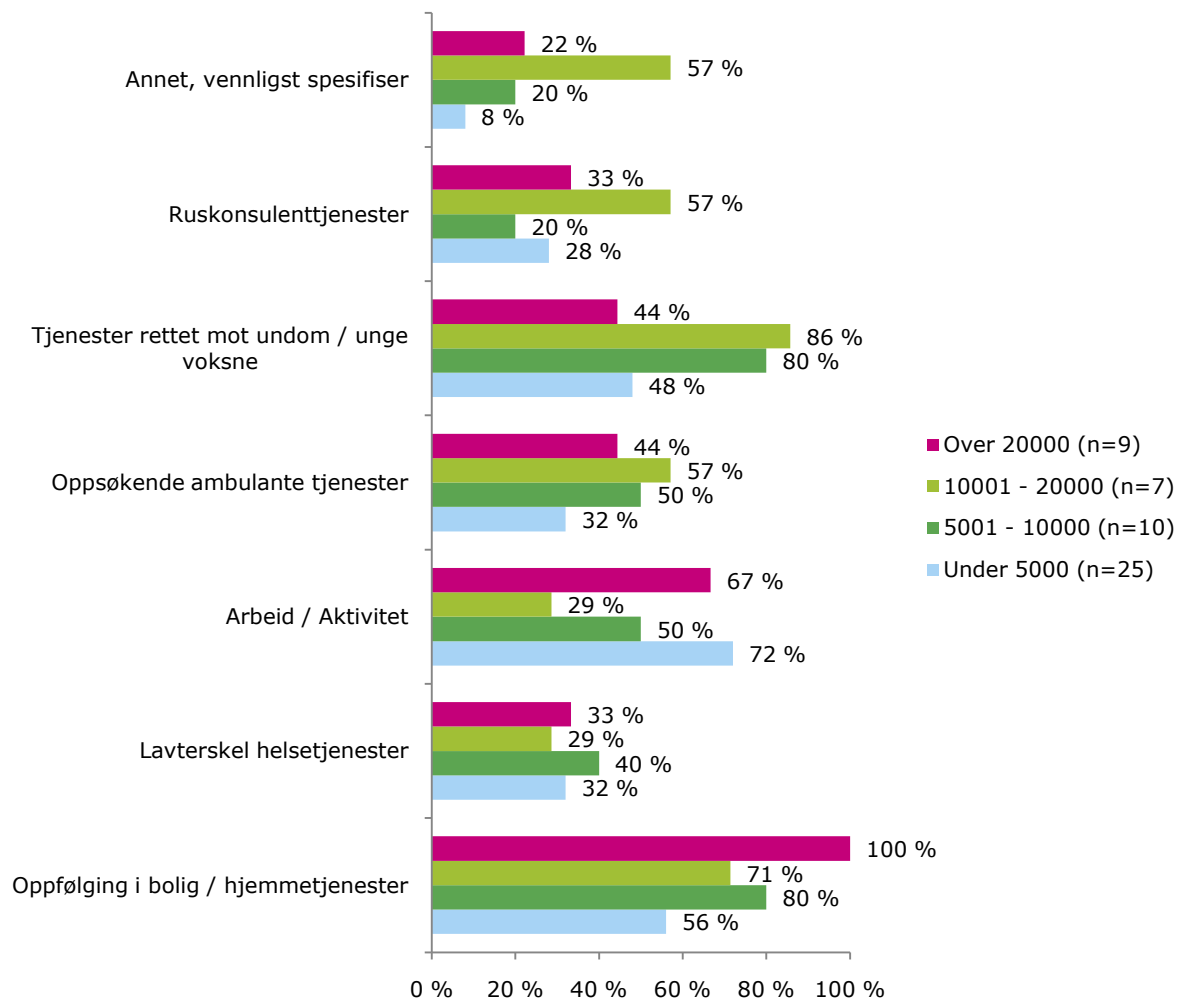
9. VEDLEGG

9.1 Vedlegg 1 – Klyngeanalyse



9.2 Vedlegg 2 – Mangel på tilbud i kommunene

I figuren nedenfor fremkommer det hvilke tilbud det er størst mangel på i kommuner med ulik størrelse. I figuren oppgis prosentandel av kommunene som har oppgitt mangel på de ulike tilbudene, fordelt på kommunestørrelse.



I de følgende tabeller presenteres hvilke tilbud som kommunene har oppgitt mangel på, fordelt på kommunestørrelse. I tabellene fremkommer det hvor mange kommuner i de ulike størrelseskategoriene som har oppgitt at det er mangel på de ulike tilbudene, samt hvor stor prosentandel av kommunene i denne størrelseskategorien dette utgjør.

Under 5000 innbyggere (n = 26)	
Arbeid / Aktivitet	73 % (n = 19)
Oppfølging i bolig / hjemmetjenester	54 % (n = 14)
Tjenester rettet mot ungdom / unge voksne	50 % (n = 13)
Lavterskel helsetjenester	31 % (n = 8)
Oppsøkende ambulante tjenester	31 % (n = 8)
Ruskonsulenttjenester	27 % (n = 7)
Annet	8 % (n = 2)
Ingen	0 % (n = 0)

5001 – 10 000 innbyggere (n = 9)

Oppfølging i bolig / hjemmetjenester	89 % (n = 8)
Tjenester rettet mot ungdom / unge voksne	89 % (n = 8)
Oppsøkende ambulante tjenester	56 % (n = 5)
Arbeid / Aktivitet	44 % (n = 4)
Lavterskel helsetjenester	44 % (n = 4)
Ruskonsulenttjenester	22 % (n = 2)
Annet	22 % (n = 2)
Ingen	0 % (n = 0)

10 001 – 20 000 innbyggere (n = 7)

Tjenester rettet mot ungdom / unge voksne	86 % (n = 6)
Oppfølging i bolig / hjemmetjenester	71 % (n = 5)
Oppsøkende ambulante tjenester	57 % (n = 4)
Ruskonsulenttjenester	57 % (n = 4)
Annet, vennligst spesifiser	57 % (n = 4)
Lavterskel helsetjenester	29 % (n = 2)
Arbeid / Aktivitet	29 % (n = 2)
Ingen	0 % (n = 0)

Over 20 000 innbyggere (n = 9)

Oppfølging i bolig / hjemmetjenester	100 % (n = 9)
Arbeid / Aktivitet	67 % (n = 6)
Oppsøkende ambulante tjenester	44 % (n = 4)
Tjenester rettet mot ungdom / unge voksne	44 % (n = 4)
Lavterskel helsetjenester	33 % (n = 3)
Ruskonsulenttjenester	33 % (n = 3)
Annet, vennligst spesifiser	22 % (n = 2)
Ingen	0 % (n = 0)

9.3 Vedlegg 3 – Antall kvinner i alderen 15 – 25 år

I tabell 9.3 fremkommer antall kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av ulike typer rusmidler, antall kommuner som har oppgitt at ingen personer mottar tjenester som følge av denne typen rusmidler og antall kommuner som ikke har oppgitt tall eller svart "vet ikke".

	Antall kommuner som har oppgitt antall brukere	Antall kommuner som har oppgitt "ingen brukere"	Antall kommuner som ikke har oppgitt tall
Alkohol, totalt	10	19	22
- Små kommuner	6	11	9
- Mellomstore kommuner	3	4	9
- Store kommuner	1	4	4
Cannabis, totalt	18	14	19
- Små kommuner	5	11	10
- Mellomstore kommuner	8	3	5
- Store kommuner	5	0	4
Heroin/opium	7	19	25
- Små kommuner	1	13	12
- Mellomstore kommuner	3	6	7
- Store kommuner	3	0	6
Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	16	15	20
- Små kommuner	7	11	8
- Mellomstore kommuner	6	4	6
- Store kommuner	3	0	6
Metadon, buprenorfin, andre opia-ter/opioider	4	23	24
- Små kommuner	0	13	13
- Mellomstore kommuner	2	5	9
- Store kommuner	2	5	2
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	6	14	31
- Små kommuner	2	9	15
- Mellomstore kommuner	2	5	9
- Store kommuner	2	0	7

* Små kommuner: under 5000 innbyggere, mellomstore kommuner: 5001 – 20 000 innbyggere, store kommuner: over 20 000 innbyggere

Alkohol

Totalt har 10 kommuner oppgitt antall brukere, mens 19 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. De resterende kommunene har oppgitt at de ikke vet.

Blant små kommuner har 6 oppgitt antall brukere og 11 oppgitt at de ikke har noen brukere. De 6 kommunene som har brukere har mellom 1 og 3 brukere. Blant mellomstore kommuner har 3 kommuner oppgitt antall brukere, mens 4 har oppgitt at de ikke har noen brukere. De tre kommunene som har oppgitt antall brukere har 1 til 2 brukere. Blant store kommuner har 1 kommune oppgitt at den har 5 brukere, mens 4 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Cannabis

Samlet har 18 kommuner oppgitt antall brukere av cannabis, mens 14 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Blant små kommuner har 5 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 1 og 3 brukere. 11 små kommuner oppgir at de ikke har noen brukere. Blant mellomstore kommuner har 8 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg hovedsakelig mellom 1 og 3 brukere, men en kommune har oppgitt 10 brukere. 3 kommuner oppgir at de ikke har noen brukere. Blant store kommuner har 5 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 2 og 30 brukere. Ingen av de store kommunene har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Heroin/opium

Samlet har 7 kommuner oppgitt antall brukere av heroin/opium, mens 19 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Blant små kommuner har en kommune oppgitt at de har en bruker. 13 små kommuner oppgir at de ikke har noen brukere. Blant mellomstore kommuner har 3 kommuner oppgitt at de har 1 - 2 brukere. 6 mellomstore kommuner oppgir at de ikke har noen brukere. Blant store kommuner har 3 kommuner oppgitt at de har mellom 1 - 2 brukere.

Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy

Samlet har 16 kommuner oppgitt antall brukere av rusmidler i gruppen amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy. 15 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Blant små kommuner har 7 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 1 og 2, bortsett fra en kommune som har oppgitt 7 brukere, men opplyser at det er basert på anslag. 11 små kommuner oppgir ingen brukere. Blant mellomstore kommuner har 6 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 1 og 4. 4 mellomstore kommuner oppgir ingen brukere. Blant store kommuner har 3 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 1 og 20.

Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider

Samlet har 4 kommuner oppgitt antall brukere av metadon, buprenorfin og andre opiater/opioider. 23 kommuner har oppgitt ingen brukere.

Det er kun mellomstore og store kommuner som har oppgitt antall brukere. Disse har oppgitt 1-2 brukere. Blant små kommuner har 13 oppgitt ingen brukere, mens 5 mellomstore og 5 store kommuner har oppgitt ingen brukere.

Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter

Samlet har 6 kommuner oppgitt antall brukere av benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter. 14 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Blant små kommuner har 2 kommuner oppgitt antall brukere. Disse har oppgitt 1 bruker hver. 9 små kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Blant mellomstore kommuner har 2 kommuner oppgitt antall brukere. De har oppgitt 2 og 4 brukere. 5 mellomstore kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Blant store kommuner har 2 kommuner oppgitt antall brukere. De har oppgitt 4 og 10 brukere. Ingen store kommuner har oppgitt ingen brukere.

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvorvidt tallene er faktiske tall eller omtrentlige tall. Blant små kommuner har 8 kommuner oppgitt faktisk antall. Tilsvarende har 5 mellomstore kommuner og ingen store kommuner oppgitt faktiske tall.

9.4 Vedlegg 4 – Antall menn i alderen 15 – 25 år

I tabell 9.4 fremkommer antall kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av ulike typer rusmidler, antall kommuner som har oppgitt at ingen personer mottar tjenester som følge av denne typen rusmidler og antall kommuner som ikke har oppgitt tall eller svart "vet ikke".

	Antall kommuner som har oppgitt antall brukere	Antall kommuner som har oppgitt "ingen brukere"	Antall kommuner som ikke har oppgitt tall
Alkohol, totalt	12	10	29
- Små kommuner	6	8	12
- Mellomstore kommuner	4	2	10
- Store kommuner	2	0	7
Cannabis, totalt	23	9	19
- Små kommuner	8	8	10
- Mellomstore kommuner	10	1	5
- Store kommuner	5	0	4
Heroin/opium	7	14	30
- Små kommuner	0	10	16
- Mellomstore kommuner	3	4	9
- Store kommuner	4	0	5
Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	21	9	21
- Små kommuner	9	7	10
- Mellomstore kommuner	8	2	6
- Store kommuner	4	0	5
Metadon, buprenorfin, andre opiat-ter/opioider	6	12	33
- Små kommuner	1	9	16
- Mellomstore kommuner	3	3	10
- Store kommuner	2	0	7
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	12	10	29
- Små kommuner	3	8	15
- Mellomstore kommuner	7	2	7
- Store kommuner	2	0	7

* Små kommuner: under 5000 innbyggere, mellomstore kommuner: 5001 – 20 000 innbyggere, store kommuner: over 20 000 innbyggere

Alkohol

Samlet har 12 kommuner oppgitt antall brukere av alkohol. 10 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Blant små kommuner har 6 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 1 og 9. 8 små kommuner oppgir ingen brukere. Blant mellomstore kommuner har 4 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 2 og 7. 2 mellomstore kommuner oppgir ingen brukere. Blant store kommuner har 2 kommuner oppgitt antall brukere. Disse har oppgitt 1ldsvi 1 og 10 brukere.

Cannabis

Samlet har 23 kommuner oppgitt antall brukere av cannabis. 9 kommuner oppgir ingen brukere.

Blant små kommuner har 8 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 1 og 5. 8 kommuner oppgir ingen brukere. Blant mellomstore kommuner har 10 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg hovedsakelig mellom 1 og 13. En kommune har oppgitt 50 brukere, men opplyser at dette er basert på anslag. 1 mellomstor kommune oppgir ingen brukere. Blant store kommuner har 5 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 2 og 50 brukere.

Heroin/opium

Samlet har 7 kommuner oppgitt antall brukere av heroin/opium. 14 kommuner oppgir ingen brukere.

Blant små kommuner oppgir 10 kommuner at de ikke har noen brukere. Blant mellomstore kommuner har 3 kommuner oppgitt antall brukere. Disse har oppgitt mellom 1 og 2 brukere. 4 mellomstore kommuner oppgir ingen brukere. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall brukere. Samtlige har oppgitt 2 brukere.

Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy

Samlet har 21 kommuner oppgitt antall brukere av rusmidler i gruppen amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy. 9 kommuner oppgir ingen brukere.

Blant små kommuner har 9 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 1 og 10. 7 små kommuner oppgir ingen brukere. Blant mellomstore kommuner har 8 kommuner oppgitt antall. Svarene fordeler seg mellom 2 og 20. 2 mellomstore kommuner oppgir ingen brukere. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall. Svarene fordeler seg mellom 1 og 20 brukere.

Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider

Samlet har 6 kommuner oppgitt antall brukere av metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider. 12 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Blant små kommuner har 1 kommune oppgitt at de har 1 bruker. 9 små kommuner har krysset av for ingen brukere. Blant mellomstore kommuner har 3 kommuner oppgitt antall. Disse har oppgitt 2 – 3 brukere. 3 mellomstore kommuner oppgir ingen brukere. Blant store kommuner har 2 kommuner oppgitt antall brukere. Den ene har oppgitt en bruker, mens den andre har oppgitt 20 brukere.

Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter

Samlet har 12 kommuner oppgitt antall brukere av benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter. 10 kommuner oppgir ingen brukere.

Blant små kommuner har 3 kommuner oppgitt antall brukere. Tallene fordeler seg mellom 1 og 2 brukere. 8 små kommuner oppgir ingen brukere. Blant mellomstore kommuner har 7 kommuner oppgitt antall brukere. De fleste oppgir 2-3 brukere, men en kommune opplyser at kommunen har 13 brukere som faller inn under denne kategorien, og opplyser at dette er basert på faktiske tall. 2 mellomstore kommuner oppgir ingen brukere. Blant store kommuner har 2 kommuner oppgitt antall brukere. Den ene har oppgitt 2 brukere, mens den andre har oppgitt 30 brukere.

Utover dette oppgir en liten kommune at de har en bruker som mottar tjenester på grunn av bruk av stereoider, mens en mellomstor kommune har en bruker som mottar tjenester som følge av mdma.

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvorvidt tallene er faktiske tall eller omtrentlige tall. Blant små kommuner har 7 kommuner oppgitt faktisk antall. Det samme gjelder 6 mellomstore kommuner. Blant store kommuner har samtlige oppgitt omtrentlige tall.

9.5 Vedlegg 5 – Antall kvinner i alderen 26 – 50 år

I tabell 9.5 fremkommer antall kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av ulike typer rusmidler, antall kommuner som har oppgitt at ingen personer mottar tjenester som følge av denne typen rusmidler og antall kommuner som ikke har oppgitt tall eller svart "vet ikke".

	Antall kommuner som har oppgitt antall brukere	Antall kommuner som har oppgitt "ingen brukere"	Antall kommuner som ikke har oppgitt tall
Alkohol, totalt	26	4	21
- Små kommuner	11	4	11
- Mellomstore kommuner	11	0	5
- Store kommuner	4	0	5
Cannabis, totalt	21	8	22
- Små kommuner	12	5	9
- Mellomstore kommuner	7	3	6
- Store kommuner	2	0	7
Heroin/opium	12	10	29
- Små kommuner	3	9	14
- Mellomstore kommuner	5	1	10
- Store kommuner	4	0	5
Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	19	7	25
- Små kommuner	9	5	12
- Mellomstore kommuner	6	2	8
- Store kommuner	4	0	5
Metadon, buprenorfin, andre opioater/opioider	15	8	28
- Små kommuner	5	7	14
- Mellomstore kommuner	6	1	9
- Store kommuner	4	0	5
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	22	5	24
- Små kommuner	12	5	7
- Mellomstore kommuner	7	0	9
- Store kommuner	3	0	6

* Små kommuner: under 5000 innbyggere, mellomstore kommuner: 5001 – 20 000 innbyggere, store kommuner: over 20 000 innbyggere

Alkohol

Samlet har 26 kommuner oppgitt antall brukere av alkohol. 4 kommuner har oppgitt ingen brukere. Dette er kun små kommuner.

Blant små kommuner har 11 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 2 brukere. Blant mellomstore kommuner har 11 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om mellom 1 til 6 brukere. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall. 3 av kommunene oppgir 1 til 3 brukere, mens en kommune oppgir 40 brukere.

Cannabis

Samlet har 21 kommuner oppgitt antall brukere av cannabis. 8 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Blant små kommuner har 12 kommuner oppgitt antall brukere. Disse har oppgitt 1 til 7 brukere. 5 små kommuner oppgir ingen brukere. Blant mellomstore kommuner har 7 kommuner oppgitt antall brukere. Disse har oppgitt 1 til 10 brukere. 3 kommuner oppgir ingen brukere. Blant store kommuner har 2 kommuner oppgitt antall brukere, henholdsvis 10 og 30 brukere.

Heroin/opium

Samlet har 12 kommuner oppgitt antall brukere av heroin/opium. 10 kommuner oppgir at de ikke har noen brukere.

Blant små kommuner har 3 kommuner oppgitt antall. Dette dreier seg om 1 til 2 brukere. 9 små kommuner oppgir ingen brukere. Blant mellomstore kommuner har 5 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 2 til 5 brukere. 1 mellomstor kommune oppgir ingen brukere. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 22 brukere.

Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy

Samlet har 19 kommuner oppgitt antall brukere av amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy. 7 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Blant små kommuner har 9 kommuner oppgitt antall brukere. Svarene fordeler seg mellom 1 og 2, bortsett fra en kommune som har oppgitt 7 brukere, men opplyser at det er basert på anslag. 5 små kommuner har oppgitt ingen brukere. Blant mellomstore kommuner har 6 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 10 brukere. 2 mellomstore kommuner har oppgitt ingen brukere. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall. Blant disse har 3 av kommunene oppgitt mellom 6 og 10 brukere, mens en kommune har oppgitt 75 brukere. Dette er imidlertid et anslag.

Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider

Samlet har 15 kommuner oppgitt antall brukere av metadon, buprenorfin og andre opiater/opioider. 8 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere.

Blant små kommuner har 5 kommuner oppgitt at de har 1 bruker. 7 små kommuner oppgir ingen brukere. Blant mellomstore kommuner har 6 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 2 til 9 brukere. 1 mellomstor kommune har oppgitt at de ikke har noen brukere. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall brukere. Blant disse har 3 av kommunene oppgitt 1 til 15 brukere, mens en kommune har oppgitt 70 brukere. Dette er imidlertid et anslag.

Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter

Samlet har 22 kommuner oppgitt antall brukere av benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter. 5 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette er kun små kommuner.

Blant små kommuner har 12 kommuner oppgitt antall brukere. Blant 11 av disse dreier dette seg om 1 til 3 brukere, mens 1 kommune oppgir at de har 10 brukere. Dette er basert på anslag. Blant mellomstore kommuner har 7 kommuner oppgitt antall brukere. Blant 6 av dem dreier dette seg om 1 til 7 brukere, mens 1 kommune har oppgitt 25 brukere. Blant store kommuner har 3 kommuner oppgitt antall brukere, henholdsvis 13, 17 og 80.

I tillegg til disse rusmidlene har to mellomstore kommuner oppgitt at de har brukere som mottar tjenester som følge av bruk av andre typer rusmidler. I begge kommunene gjelder dette blandingsmisbruk, og henholdsvis 1 og 10 brukere.

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvorvidt tallene er faktiske tall eller omtrentlige tall. Blant små kommuner har 9 kommuner oppgitt faktisk antall. Det samme gjelder 6 mellomstore kommuner. Blant store kommuner har samtlige oppgitt omtrentlige tall.

9.6 Vedlegg 6 – Antall menn i alderen 26 – 50 år

I tabell 9.6 fremkommer antall kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av ulike typer rusmidler, antall kommuner som har oppgitt at ingen personer mottar tjenester som følge av denne typen rusmidler og antall kommuner som ikke har oppgitt tall eller svart "vet ikke".

	Antall kommuner som har oppgitt antall brukere	Antall kommuner som har oppgitt "ingen brukere"	Antall kommuner som ikke har oppgitt tall
Alkohol, totalt	37	1	13
- Små kommuner	21	1	4
- Mellomstore kommuner	13	0	3
- Store kommuner	3	0	6
Cannabis, totalt	28	3	20
- Små kommuner	17	3	6
- Mellomstore kommuner	9	0	7
- Store kommuner	2	0	7
Heroin/opium	25	6	20
- Små kommuner	11	5	10
- Mellomstore kommuner	10	1	5
- Store kommuner	4	0	5
Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	29	5	17
- Små kommuner	14	4	8
- Mellomstore kommuner	11	1	4
- Store kommuner	4	0	5
Metadon, buprenorfin, andre opiat-ter/opioider	22	5	24
- Små kommuner	9	4	13
- Mellomstore kommuner	10	1	5
- Store kommuner	3	0	6
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	25	2	24
- Små kommuner	13	2	11
- Mellomstore kommuner	9	0	7
- Store kommuner	3	0	6

* Små kommuner: under 5000 innbyggere, mellomstore kommuner: 5001 – 20 000 innbyggere, store kommuner: over 20 000 innbyggere

Alkohol

Samlet har 37 kommuner oppgitt antall brukere av alkohol. Kun 1 kommune oppgir at de ikke har noen brukere. Dette er en liten kommune.

Blant små kommuner har 21 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 15 brukere. Blant mellomstore kommuner har 13 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 2 til 15 brukere. Blant store kommuner har 3 kommuner oppgitt antall brukere, henholdsvis 10, 15 og 70 brukere.

Cannabis

Samlet har 28 kommuner oppgitt antall brukere av cannabis. 3 kommuner har oppgitt ingen brukere. Dette er kun små kommuner.

Blant små kommuner har 17 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 15 brukere. Blant mellomstore kommuner har 9 kommuner oppgitt antall brukere. Blant 8 av dem dreier dette seg om 2 til 17 brukere, mens 1 kommune oppgir 30 brukere. Blant store kommuner har 2 kommuner oppgitt antall brukere, henholdsvis 20 og 40 brukere.

Heroin/opium

Samlet har 25 kommuner oppgitt antall brukere av heroin/opium. 6 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette er 5 små kommuner og 1 mellomstor kommune.

Blant små kommuner har 11 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 5 brukere. Blant mellomstore kommuner har 10 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 2 til 15 brukere. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 10 til 40 brukere.

Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy

Samlet har 29 kommuner oppgitt antall brukere av amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy. 5 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette gjelder 4 små kommuner og en mellomstor kommune.

Blant små kommuner har 14 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 10 brukere. Blant mellomstore kommuner har 11 kommuner oppgitt antall brukere. I 10 av kommunene dreier dette seg om 2 til 15 brukere, mens 1 kommune har oppgitt 26 brukere og at dette er basert på faktiske tall. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 10 til 50 brukere.

Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider

Samlet har 22 kommuner oppgitt antall brukere av metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider. 5 kommuner oppgir ingen brukere. Dette er 4 små kommuner og 1 mellomstor kommune.

Blant små kommuner har 9 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 6 brukere. Blant mellomstore kommuner har 10 kommuner oppgitt antall brukere. I 9 av kommunene dreier dette seg om 2 til 16 brukere, mens 1 kommune har oppgitt 30 brukere. Dette er samme mellomstore kommune som oppga 26 brukere av amfetamin osv, basert på faktiske tall. Blant store kommuner har 3 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 23 til 50 brukere.

Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter

Samlet har 25 kommuner oppgitt antall brukere av benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter. 2 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette er kun små kommuner.

Blant små kommuner har 13 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 10 brukere. Blant mellomstore kommuner har 9 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 2 til 25 brukere. Blant store kommuner har 3 kommuner oppgitt antall brukere, henholdsvis 18, 19 og 80.

Utover dette har fire kommuner oppgitt at de har brukere som mottar tjenester som følge av bruk av andre typer rusmidler. To kommuner har oppgitt at de har brukere av anabole steroider som mottar tjenester. To mellomstore kommuner har oppgitt at de har 1 bruker som mottar tjenester som følge av blandingsmisbruk og 5 brukere som mottar tjenester som følge av GHB.

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvorvidt tallene er faktiske tall eller omtrentlige tall. Blant små og mellomstore kommuner har 8 kommuner oppgitt faktisk antall. Blant store kommuner har samtlige oppgitt omtrentlige anslag.

9.7 Vedlegg 7 – Antall kvinner eldre enn 50 år

I tabell 9.7 fremkommer antall kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av ulike typer rusmidler, antall kommuner som har oppgitt at ingen personer mottar tjenester som følge av denne typen rusmidler og antall kommuner som ikke har oppgitt tall eller svart "vet ikke".

	Antall kommuner som har oppgitt antall brukere	Antall kommuner som har oppgitt "ingen brukere"	Antall kommuner som ikke har oppgitt tall
Alkohol, totalt	22	10	19
- Små kommuner	9	10	7
- Mellomstore kommuner	10	0	6
- Store kommuner	3	0	6
Cannabis, totalt	1	22	28
- Små kommuner	0	18	8
- Mellomstore kommuner	0	4	12
- Store kommuner	1	0	8
Heroin/opium + Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	3	22	26
- Små kommuner	0	18	8
- Mellomstore kommuner	1	4	11
- Store kommuner	2	0	7
Metadon, buprenorfin, andre opiat-ter/opioider	5	22	24
- Små kommuner	0	18	8
- Mellomstore kommuner	1	4	11
- Store kommuner	4	0	5
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	11	14	26
- Små kommuner	5	12	9
- Mellomstore kommuner	2	2	12
- Store kommuner	4	0	5

* Små kommuner: under 5000 innbyggere, mellomstore kommuner: 5001 – 20 000 innbyggere, store kommuner: over 20 000 innbyggere

Alkohol

Samlet har 22 kommuner oppgitt at de har brukere av alkohol som mottar tjenester. 10 kommuner oppgir at de ikke har noen brukere. Dette er kun små kommuner.

Blant små kommuner har 9 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 5 brukere. Blant mellomstore kommuner har 10 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 2 til 10 brukere. Blant store kommuner har 3 kommuner oppgitt antall brukere, henholdsvis 1, 2 og 25 brukere.

Cannabis

Samlet har kun 1 kommune oppgitt at de har brukere av cannabis som mottar tjenester. Dette gjelder en stor kommune, som har 1 bruker. Utover dette har totalt 22 kommuner, hvorav 18 små kommuner og 4 mellomstore kommuner, oppgitt at de ikke har noen brukere av cannabis.

Heroin/opium og Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy

Samlet har 3 kommuner oppgitt at de har brukere av Heroin/opium og Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy som mottar tjenester. Dette er 1 mellomstor kommune som har 1 bruker og 2 store kommuner som har 2 og 4 brukere. 22 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette er 18 små kommuner og 4 mellomstore kommuner.

Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider

Samlet har 5 kommuner oppgitt at de har brukere av metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider som mottar tjenester. Dette gjelder 1 mellomstor kommune som har 1 bruker og 4 store kommuner som har 1 til 10 brukere. Totalt 22 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette er 18 små kommuner og 4 mellomstore kommuner.

Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter

Samlet har 11 kommuner oppgitt antall brukere. 14 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette er 12 små kommuner og 2 mellomstore kommuner.

Blant små kommuner har 5 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 4 brukere. Blant mellomstore kommuner har 2 kommuner oppgitt antall brukere, henholdsvis 5 og 8 brukere. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall brukere. Blant 3 av kommunene dreier dette seg om 1 til 4 brukere, mens en kommune har oppgitt 40 brukere.

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvorvidt tallene er faktiske tall eller omtrentlige tall. Blant små kommuner har 9 kommuner oppgitt faktisk antall. Det samme gjelder 5 mellomstore og 2 store kommuner.

9.8 Vedlegg 8 – Antall menn eldre enn 50 år

I tabell 9.8 fremkommer antall kommuner som har oppgitt antall personer som mottar tjenester som følge av ulike typer rusmidler, antall kommuner som har oppgitt at ingen personer mottar tjenester som følge av denne typen rusmidler og antall kommuner som ikke har oppgitt tall eller svart "vet ikke".

	Antall kommuner som har oppgitt antall brukere	Antall kommuner som har oppgitt "ingen brukere"	Antall kommuner som ikke har oppgitt tall
Alkohol, totalt	32	4	15
- Små kommuner	16	4	6
- Mellomstore kommuner	12	0	4
- Store kommuner	4	0	5
Cannabis, totalt	19	13	19
- Små kommuner	5	11	10
- Mellomstore kommuner	12	2	2
- Store kommuner	2	0	7
Heroin/opium + Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	11	17	23
- Små kommuner	3	14	9
- Mellomstore kommuner	4	3	9
- Store kommuner	4	0	5
Metadon, buprenorfin, andre opiat-ter/opioider	6	17	28
- Små kommuner	1	13	12
- Mellomstore kommuner	2	4	10
- Store kommuner	3	0	6
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	12	11	28
- Små kommuner	4	10	12
- Mellomstore kommuner	6	1	9
- Store kommuner	2	0	7

* Små kommuner: under 5000 innbyggere, mellomstore kommuner: 5001 – 20 000 innbyggere, store kommuner: over 20 000 innbyggere

Alkohol

Samlet har 32 kommuner oppgitt antall brukere av alkohol som mottar tjenester. 4 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette er kun små kommuner.

Blant små kommuner har 16 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 10 brukere. Blant mellomstore kommuner har 12 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 2 til 15 brukere. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 10 til 50 brukere.

Cannabis

Samlet har 19 kommuner oppgitt antall brukere av cannabis som mottar tjenester. 13 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette gjelder 11 små kommuner og 2 mellomstore kommuner.

Blant små kommuner har 5 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 2 brukere. Blant mellomstore kommuner har 12 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 6 personer. Blant store kommuner har 2 kommuner oppgitt henholdsvis 7 og 10 brukere.

Heroin/opium + Amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy

Samlet har 11 kommuner oppgitt at de har brukere av heroin/opium og/eller amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy. 17 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette gjelder 14 små kommuner og 3 mellomstore kommuner.

Blant små kommuner har 3 kommuner oppgitt at de har 1 bruker. Blant mellomstore kommuner har 4 kommuner oppgitt antall brukere. Dette gjelder 1 til 2 brukere. Blant store kommuner har 4 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 3 til 20 brukere.

Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider

Samlet har 6 kommuner oppgitt at de har brukere av metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider som mottar tjenester. 17 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette gjelder 13 små og 4 mellomstore kommuner.

Blant små kommuner har 1 kommune oppgitt at de har 1 bruker. Blant mellomstore kommuner har 2 kommuner oppgitt at de har 1 bruker. Blant store kommuner har 3 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 2 til 15 brukere.

Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter

Samlet har 12 kommuner oppgitt at de har brukere av benzodiazepiner og andre vanedannende medikamenter som mottar tjenester. 11 kommuner har oppgitt at de ikke har noen brukere. Dette er 10 små kommuner og 1 mellomstor kommune.

Blant små kommuner har 4 kommuner oppgitt antall. Dette dreier seg om 2 til 5 brukere. Blant mellomstore kommuner har 6 kommuner oppgitt antall brukere. Dette dreier seg om 1 til 6 brukere. 2 store kommuner har oppgitt antall brukere, henholdsvis 8 og 25 brukere.

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvorvidt de har oppgitt faktiske tall eller omtrentlige tall. 8 små og 8 mellomstore kommuner har krysset av for at tallene er basert på faktisk antall. Blant store kommuner har samtlige oppgitt omtrentlige anslag.

9.9 Vedlegg 9 - Spørreskjema

Tusen takk for at du vil besvare undersøkelsen om personer med rusmiddelproblemer.

Vi gjør oppmerksom på at alle spørsmålene må besvares og at det ikke er mulig å gå videre i spørreskjemaet før du har besvart de foregående spørsmålene. Dersom du ønsker en oversikt over spørsmålene kan du trykke på utskriftsikonet nede til venstre.

Du går videre i spørreskjemaet ved å trykke på pilene nedenfor.

Vi gjør oppmerksom på at du må trykke X på siste side for å levere din besvarelse! 

Informasjon om tjenestebehovet

De følgende spørsmålene omhandler tjenestebehovet blant personer med rusmiddelproblemer i kommunen.

1. I hvilken grad vurderer du at rusmiddelmisbruk er et presserende levekårsproblem i din kommune?

(5) ☐ I meget stor grad

(4) ☐ I stor grad

(3) ☐ I noen grad

(2) ☐ I liten grad

(1) ☐ I meget liten grad

(6) ☐ Vet ikke

2. Hvordan vil du på generelt grunnlag karakterisere kommunens prioritering av rusarbeid på nåværende tidspunkt?

(3) ☐ Høy prioritering

(2) ☐ Middels prioritering

(1) ☐ Lav prioritering

(4) ☐ Vet ikke

3. Har kommunen foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelmisbruk har behov for kommunale tjenester?

(1) ☐ Ja

(2) ☐ Nei

(3) ☐ Vet ikke

3a. Hvor mange personer med rusmiddelproblemer med behov for kommunale tjenester ble registrert?

3b. Anslå hvor mange personer med rusmiddelproblemer i kommunen som har behov for kommunale tjenester?

4a. Anslå antall personer med rusmiddelproblemer i kommunen som får oppfølging fra det kommunale tjenesteapparatet *primært* som følge av rusmiddelmisbruk:

		Ingen brukere	Vet ikke
Antall brukere	_____	(1) ☐	(2) ☐

4b. Anslå hvor mange personer i kommunen som ikke mottar kommunale tjenester, men som på bakgrunn av rusmiddelbruk burde mottatt slike tjenester?

		Ingen brukere	Vet ikke
Antall brukere	_____	(1) ☐	(2) ☐

5a. I hvilken grad anser kommunen at følgende områder er utfordrende i rusarbeidet?

	I meget høy grad	I høy grad	I noen grad	I liten grad	I meget liten grad	Vet ikke
Manglende kompetanse	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐
Kommuneøkonomi	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐
Manglende tilbud	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐
For lite kapasitet	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐
Samhandling internt i kommunen	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐
Samhandling med spesialisthelsetjenesten	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐

5b. Hvilke tilbud anser du at det er størst mangel på i kommunen? Flere kryss er mulig.

- (1) ☐ Oppfølging i bolig / hjemmetjenester
- (2) ☐ Lavterskel helsetjenester
- (3) ☐ Arbeid / Aktivitet
- (4) ☐ Oppsøkende ambulante tjenester
- (5) ☐ Tjenester rettet mot ungdom / unge voksne
- (6) ☐ Ruskonsulenttjenester
- (7) ☐ Annet, vennligst spesifiser _____
- (8) ☐ Ingen

Informasjon om kapasitet på tjenestene

De følgende spørsmålene omhandler kapasitet på tjenestene til personer med rusmiddelproblemer, inkludert organisering av rusarbeidet, tjenestetilbud samt antall årsverk knyttet til ulike tjenester.

6. Hvilken organisering har kommunen av arbeid med personer med rusmiddelproblemer? Velg den mest relevante kategorien nedenfor (kun ett).

- (1) ☐ Egen enhet/tjeneste
- (2) ☐ Rusarbeidet er fordelt på flere tjenesteområder i kommunen
- (3) ☐ Kommunens rusarbeid er i sin helhet organisert i NAV

7. Kommentarer til kommunens organisering av tjenestene til personer med rusmiddelproblemer. Spesifiser i kommentarfeltet:

8. Hvilke(t) av følgende kommunale tilbud til personer med rusmiddelproblemer eksisterer i din kommune? Du kan sette flere kryss.

- (1) ☐ Oppfølging i bolig / hjemmetjenester
- (2) ☐ Lavterskel helsetjenester
- (3) ☐ Arbeid / aktivitet
- (4) ☐ Oppsøkende ambulante tjenester
- (5) ☐ Tjenester rettet mot ungdom / unge voksne
- (6) ☐ Ruskonsulenttjenester
- (7) ☐ Andre tilbud, vennligst spesifiser _____
- (8) ☐ Ingen av disse

9. Utøves noen av de kommunale tilbudene til personer med rusmiddelproblemer av aktører i frivillig eller privat sektor? Du kan sette flere kryss.

- (1) ☐ Oppfølging i bolig / hjemmetjenester
- (2) ☐ Lavterskel helsetjenester
- (3) ☐ Arbeid / aktivitet
- (4) ☐ Oppsøkende ambulante tjeneste
- (5) ☐ Tiltak rettet mot ungdom / unge voksne
- (6) ☐ Ruskonsulenttjeneste
- (7) ☐ Andre tilbud, vennligst spesifiser _____
- (8) ☐ Ingen av disse

10. Angi omtrentlig prosentvis andel av tjenestetilbudet som tilbys av frivillige eller private aktører som er finansiert med kommunale midler.

11. Hvordan vurderer du kommunens kapasitet når det gjelder rusarbeid?

- (5) ☐ Meget god
 (4) ☐ God
 (3) ☐ Middels god
 (2) ☐ Lite god
 (1) ☐ Meget lite god
 (6) ☐ Vet ikke

12. Etter din vurdering, har kommunen opplevd en kapasitetsendring innen følgende områder av kommunalt rusarbeid de siste tre årene?

	Stor øk- ning	Økning	Ingen endring	Reduksjon	Stor re- duksjon	Vet ikke
Forebyggende arbeid	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐
Tidlig intervensjon	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐
Rehabilitering	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐
Behandling, herunder henvis- ning til spesialisthelsetjenesten	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐
Oppfølging før, under og etter behandling	(5) ☐	(4) ☐	(3) ☐	(2) ☐	(1) ☐	(6) ☐

Annet, vennligst spesifiser:

Informasjon om tjenestemottakerne

De følgende spørsmålene omhandler informasjon om personene som mottar kommunale tjenester som følge av sitt rusmiddelproblem, herunder alder, kjønn, type problem, samt antallet personer som mottar ulike typer tjenester.

13a. Har kommunen opplevd endringer i antall brukere med rusmiddelproblemer i kommunen de siste to år, blant følgende grupper?

	Økning	Ingen endring	Nedgang	Vet ikke
Yngre brukere (15-25 år)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Voksne brukere (26-50 år)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Eldre brukere (over 50 år)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Doddeltidiagnostiserte (rus/psykisk helse)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Andre	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

Andre, vennligst spesifiser:

13b. Har kommunen opplevd endringer i bruk av følgende rusmidler de siste to år?

	Økning	Ingen endring	Nedgang	Vet ikke
Alkohol	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Cannabis	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Heroin/opium	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Amfetamin, metaamfetamin, kokain, crack, andre sentralsti- mulerende midler, LSD og lik- nende, ecstasy	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Benzodiazepiner, andre vane- dannende medikamenter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Andre	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

Har du oppgitt "Andre", vennligst spesifiser type rusmiddel:

14. Anslå hvor mange mennesker som mottar kommunale tjenester som følge av rusmiddelproblemer i følgende aldersgrupper:

		Ingen brukere	Vet ikke
Ungdom mellom 15 og 25 år	_____	(1) ☐	(2) ☐
Voksne mellom 26 og 50 år	_____	(1) ☐	(2) ☐
Voksne eldre enn 50 år	_____	(1) ☐	(2) ☐

15a. Anslå antallet unge kvinner i aldersgruppen *ungdom mellom 15 og 25 år* som mottar tjenester grunnet følgende rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Alkohol	_____	(1) ☐	(2) ☐
Cannabis	_____	(1) ☐	(2) ☐
Heroin/opium	_____	(1) ☐	(2) ☐
Amfetamin, metaamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	_____	(1) ☐	(2) ☐
Metadon, buprenorfin, andre opiat/opioider	_____	(1) ☐	(2) ☐
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	_____	(1) ☐	(2) ☐
Andre	_____	(1) ☐	(2) ☐

Har du oppgitt "Andre", vennligst spesifiser type rusmiddelproblem:

Vennligst angi om tallene er basert på:

- (1) ☐ Omtrentlige anslag
 (2) ☐ Faktiske tall

15b. Anslå antallet unge menn i aldersgruppen *ungdom mellom 15 og 25 år* som mottar tjenester grunnet følgende rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Alkohol	_____	(1) ☐	(2) ☐
Cannabis	_____	(1) ☐	(2) ☐
Heroin/opium	_____	(1) ☐	(2) ☐
Amfetamin, metaamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	_____	(1) ☐	(2) ☐
Metadon, buprenorfin, andre opiat/opioider	_____	(1) ☐	(2) ☐
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	_____	(1) ☐	(2) ☐
Andre	_____	(1) ☐	(2) ☐

Har du oppgitt "Andre", vennligst spesifiser type rusmiddelproblem:

Vennligst angi om tallene over er basert på:

(1) ☐ Anslag

(2) ☐ Faktiske tall

15c. Anslå antallet kvinner i aldersgruppen *voksne mellom 26 og 50 år* som mottar tjenester grunnet følgende rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Alkohol	_____	(1) ☐	(2) ☐
Cannabis	_____	(1) ☐	(2) ☐
Heroin/opium	_____	(1) ☐	(2) ☐
Amfetamin, metaamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	_____	(1) ☐	(2) ☐
Metadon, buprenorfin, andre opiat/opioider	_____	(1) ☐	(2) ☐
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	_____	(1) ☐	(2) ☐
Andre	_____	(1) ☐	(2) ☐

Har du oppgitt "Andre", vennligst spesifiser type rusmiddelproblem:

Vennligst angi om tallene over er basert på:

(1) ☐ Anslag

(2) ☐ Faktiske tall

15d. Anslå antallet menn i aldersgruppen *voksne mellom 26 og 50 år* som mottar tjenester grunnet følgende rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Alkohol	_____	(1) ☐	(2) ☐
Cannabis	_____	(1) ☐	(2) ☐
Heroin/opium	_____	(1) ☐	(2) ☐
Amfetamin, metaamfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	_____	(1) ☐	(2) ☐
Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider	_____	(1) ☐	(2) ☐
Benzodiazepiner, andre vanedannende medikamenter	_____	(1) ☐	(2) ☐
Andre	_____	(1) ☐	(2) ☐

Har du oppgitt "Andre", vennligst spesifiser type rusmiddelproblem:

Vennligst angi om tallene over er basert på:

- (1) ☐ Anslag
(2) ☐ Faktiske tall

15e. Anslå antallet kvinner i aldersgruppen *eldre enn 50 år* som mottar tjenester grunnet følgende rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Alkohol	_____	(1) ☐	(2) ☐
Cannabis	_____	(1) ☐	(2) ☐
Heroin/opium, amfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	_____	(1) ☐	(2) ☐
Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider	_____	(1) ☐	(2) ☐
Benzodiazepiner, andre vandannende medikamenter	_____	(1) ☐	(2) ☐
Andre	_____	(1) ☐	(2) ☐

Har du oppgitt "Andre", vennligst spesifiser type rusmiddelproblem:

Vennligst angi om tallene over er basert på:

- (1) ☐ Anslag
(2) ☐ Faktiske tall

15f. Anslå antallet menn i aldersgruppen *eldre enn 50 år* som mottar tjenester grunnet følgende rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Alkohol	_____	(1) ☐	(2) ☐
Cannabis	_____	(1) ☐	(2) ☐
Heroin/opium, amfetamin, kokain, crack, andre sentralstimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy	_____	(1) ☐	(2) ☐
Metadon, buprenorfin, andre opiat/opioider	_____	(1) ☐	(2) ☐
Benzodiazepiner, andre vandannende medikamenter	_____	(1) ☐	(2) ☐
Andre	_____	(1) ☐	(2) ☐

Har du oppgitt "Andre", vennligst spesifiser type rusmiddelproblem:

Vennligst angi om tallene over er basert på:

- (1) ☐ Anslag
(2) ☐ Faktiske tall

Bosituasjon

16. Anslå antall personer som bor i kommunal bolig og/eller bolig med heldøgns bemanning som følge av sitt rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Antall brukere	_____	(1) ☐	(2) ☐

Vennligst angi om tallene over er basert på:

- (1) ☐ Anslag
(2) ☐ Faktiske tall

17. Anslå antall som får oppfølging i egen bolig/hjemmetjenester som følge av sitt rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Antall brukere	_____	(1) ☐	(2) ☐

Vennligst angi om tallene over er basert på:

- (1) ☐ Anslag
(2) ☐ Faktiske tall

18. Er kommunens boligsituasjon tilfredsstillende for personer som på grunn av sitt rusmiddelproblem har behov for bolig?

- (1) ☐ I svært høy grad
(2) ☐ I høy grad
(3) ☐ I noen grad

- (4) ☐ I liten grad
(5) ☐ I svært liten grad
(6) ☐ Vet ikke

Aktivitet

19a. Anslå antall unge kvinner mellom 15 og 25 år som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, som følge av rusmiddelproblem:

	Ingen brukere	Vet ikke
Antall brukere _____	(1) ☐	(2) ☐

19b. Anslå antall unge menn mellom 15 og 25 år som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, som følge av rusmiddelproblem:

	Ingen brukere	Vet ikke
Antall brukere _____	(1) ☐	(2) ☐

19c. Anslå antall kvinner mellom 26 og 50 år som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, som følge av rusmiddelproblem:

	Ingen brukere	Vet ikke
Antall brukere _____	(1) ☐	(2) ☐

19d. Anslå antall menn mellom 26 og 50 år som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, som følge av rusmiddelproblem:

	Ingen brukere	Vet ikke
Antall brukere _____	(1) ☐	(2) ☐

19e. Anslå antall kvinner eldre enn 50 år som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, som følge av rusmiddelproblem:

	Ingen brukere	Vet ikke
Antall brukere _____	(1) ☐	(2) ☐

19f. Anslå antall menn eldre enn 50 år som mottar arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, som følge av rusmiddelproblem:

	Ingen brukere	Vet ikke
Antall brukere _____	(1) ☐	(2) ☐

Vennligst angi om tallene over er basert på:

- (1) ☐ Anslag
(2) ☐ Faktiske tall

20a. Anslå antall ungdom mellom 15 og 25 år som mottar andre typer tjenester i forbindelse med rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Økonomisk sosialhjelp / Inntektssikring	_____	(1) ☐	(2) ☐
Økonomisk rådgivning	_____	(1) ☐	(2) ☐
Psykiske helsetjenester	_____	(1) ☐	(2) ☐
Tjenester i spesialisthelsetjenesten	_____	(1) ☐	(2) ☐
Annet	_____	(1) ☐	(2) ☐

Andre typer tjenester, vennligst spesifiser:

Vennligst angi om tallene over er basert på:

- (1) ☐ Anslag
 (2) ☐ Faktiske tall

20b. Anslå antall voksne mellom 26 og 50 år som mottar andre typer tjenester i forbindelse med sitt rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Økonomisk sosialhjelp / Inntektssikring	_____	(1) ☐	(2) ☐
Økonomisk rådgivning	_____	(1) ☐	(2) ☐
Psykiske helsetjenester	_____	(1) ☐	(2) ☐
Tjenester i spesialisthelsetjenesten	_____	(1) ☐	(2) ☐
Annet	_____	(1) ☐	(2) ☐

Andre typer tjenester, vennligst spesifiser:

Vennligst angi om tallene over er basert på:

- (1) ☐ Anslag
 (2) ☐ Faktiske tall

20c. Anslå antall voksne eldre enn 50 år som mottar andre typer tjenester i forbindelse med sitt rusmiddelproblem:

		Ingen brukere	Vet ikke
Økonomisk sosialhjelp /inntektssikring	_____	(1) ☐	(2) ☐
Økonomisk rådgivning	_____	(1) ☐	(2) ☐
Psykiske helsetjenester	_____	(1) ☐	(2) ☐
Tjenester i spesialisthelsetjenesten	_____	(1) ☐	(2) ☐
Annet	_____	(1) ☐	(2) ☐

Andre typer tjenester, vennligst spesifiser:

Vennligst angi om tallene over er basert på:

(1) ☐ Anslag

(2) ☐ Faktiske tall

Takk for at du tok deg tid til å fylle ut undersøkelsen!

Vi gjør oppmerksom på at du må trykke X for å levere din besvarelse!

