



International Research Institute of Stavanger

www.irisresearch.no

Terje Lie og Sverre Nesvåg

Evaluering av rusreformen

Rapport IRIS - 2006/227

Prosjektnummer: 7201991
Prosjektets tittel: Evaluering av rusreformen
Oppdragsgiver(e): Sosial- og helsedirektoratet
Forskningsprogram:
ISBN: 978-82-490-0502-4
Gradering: Åpen

Stavanger, 20.02.2007

Terje Lie
Prosjektleder

Sign.dato

Ståle Opedal
Kvalitetssikrer

Sign.dato

Gottfried Heinzerling
Senterleder
(Samfunns- og næringsutvikling)

Sign.dato

Forord

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har IRIS (International Research Institute of Stavanger) foretatt en evaluering av rusreformen som ble iverksatt fra 1. januar 2004. Reformen innebar at staten overtok eierskapet til behandlingstiltakene innen rusfeltet, som en del av spesialisthelsetjenesten. Rusmiddelmisbrukerne fikk fra samme tid pasientrettigheter etter pasientrettighetsloven, på linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten.

I denne rapporten viser vi resultater av evaluering av reformen etter at den har virket i nærmere tre år. Reformen har hatt betydning både for rusmiddelmisbrukerne, spesialist-institusjonene og for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Ytterligere virkninger av reformen vil sikkert komme til å bli mer synlige i årene framover.

For forskerne ved IRIS har evalueringen vært et spennende, men også et krevende oppdrag. Å identifisere virkninger som kan føres tilbake til selve reformen er utfordrende, og vi har valgt noen grep for å løse dette. Selv om andre metoder kan tenkes, mener vi å ha kommet frem til gyldige svar på problemstillinger knyttet til konsekvenser av reformen.

2. utgave.

I denne andre utgaven er det foretatt enkelte rettelser. Kapitlet om konklusjoner er utvidet og omredigert.

Takk til bidragsytere.

I løpet av prosjektperioden har vi vært i kontakt med mange fagfolk innen rusfeltet, administrative ledere i helseforetak og enkelttiltak, brukere og representanter for brukerorganisasjoner. Vi takker alle for den velvillighet vi er blitt møtt med og for den interesse de har vist for evalueringen.

Universitetsstipendiat Tone Eikeland, Universitet i Stavanger og forsker Kirsten Allred ved IRIS, har assistert i deler av gjennomføringen av prosjektet.

Den oppnevnte styringsgruppen og referansegruppen for evalueringen, og medlemmer av Stavangergruppen for rusmiddelforskning, StaRus, har kommet med verdifulle bidrag i flere faser av evalueringsarbeidet.

Førsteamanuensis Sverre Grepperud, Universitetet i Oslo, førsteamanuensis Alice Kjellebold, Universitetet i Stavanger og psykologspesialist Amund Åkerholdt, Østnorsk kompetansesenter, har bidratt med kvalitetssikring i prosjektets slutfase.

Stavanger 20. februar 2007

Terje Lie, prosjektleder

Innhold

Sammendrag	11
1 INNLEDNING	21
1.1 Rusreformen – ulike utfordringer for ulike deler av hjelpeapparatet.....	21
2 PROBLEMSTILLINGER	25
2.1 Innledning.....	25
2.2 Valg av analysemodell	25
2.3 Forvaltningen av rusvernet.....	28
2.4 Private institusjoner, samordning og økonomi.....	29
2.5 Helhet og kontinuitet i behandlingskjeden.....	30
3 METODE.....	35
3.1 Strukturelle endringer.....	36
3.2 Funksjonelle konsekvenser - endringer i tjenestetilbudet	37
4 DE REGIONALE HELSEFORETAKENES ”SØRGE FOR” ANSVAR	43
4.1 Sammendrag kapittel 4.....	43
4.2 Økonomi og kapasitet.....	44
4.3 Behov og henvisninger.....	45
4.4 Pasientrettigheter.....	46
5 BEHANDLINGSTILTAK I SPESIALISTHELSETJENESTEN I 2003 OG 2006	49
5.1 Innledning.....	49
5.2 Sammendrag kapittel 5.....	49
5.3 Økning i tallet på plasser i døgninstitusjoner	50
5.4 Vekst i tallet på årsverk.....	51
5.5 Endringer i oppholdstider, faglig innhold og kompetanse i tiltakene	55
6 PASIENTER/KLIENTER I RUSTILTAK I 2003 OG I 2006	57
6.1 Sammendrag Kapittel 6.....	57
6.2 Demografi, inntekt og bolig	58
6.3 Færre med egen bolig i 2006.....	60
6.4 Større andel med tidligere omfattende tilbud i 2006.....	60
6.5 Litt økning i psykiske helseproblemer i 2006	60

6.6	Noe økning i bruk av narkotika i 2006.....	61
6.7	Lite endringer i målsetting med hensyn til rus.....	61
6.8	Økning i ventetider.....	61
6.9	Noe endring i årsaker til at behandlingstilbudet ikke er tilstrekkelig	64
6.10	Økning i samarbeid med andre tjenester/instanser.....	64
6.11	Økning tiltakskoordinator og ansvarsgrupper.....	65
6.12	Endring i behov og faktisk tilbud.....	65
6.13	Appendiks til kapittel 6: Tabeller over pasienter	67
7	KOMMUNENE ETTER RUSREFORMEN.....	79
7.1	Sammendrag Kapittel 7.....	79
7.2	KOSTRA.....	80
7.3	Tabeller: Tall fra KOSTRA.....	81
7.4	Undersøkelse i sosialtjenesten om endringer etter rusreformen.....	83
7.5	Appendiks for kapittel 7: Tabeller fra undersøkelsen i sosialtjenesten 2006.....	91
7.6	Sosialtjenestens vurdering av situasjonen i åtte kommuner.....	97
8	BRUKERPERSPEKTIVET	101
8.1	Brukernes opplevelser av hjelpeapparatet.....	101
8.2	Brukerorganisasjoner	111
9	DRØFTING	115
9.1	Implementeringen av reformen	115
9.2	Kommunene etter rusreformen.....	118
9.3	Organiseringen og samhandlingen mellom tjenestene.....	121
9.4	De private aktørene	126
9.5	Vurderinger av kvalitet.....	128
10	KONKLUSJONER.....	133
	LITTERATUR.....	137
	VEDLEGG	139

Tabeller

Tabell 1. Institusjoner* i spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike typer tiltak i 2006. Svarprosent.....	39
Tabell 2. Pasienter fordelt på typer tilbud i 2003 og 2006.	40
Tabell 3. Svar fra kommuner i undersøkelsen i sosialtjenesten i 2006 sammenlignet med fordelingen av norske kommuner etter folketallet 21.12.2005. Prosent.....	41
Tabell 4. Antall nyhenviste og andel gitt rett til nødvendig helsehjelp. 2. tertial 2006..	47
Tabell 5. Tallet på plasser i døgninstitusjoner totalt i 2006. Endring i tallet på plasser etter 2004. Totale tall og gjennomsnitt.....	50
Tabell 6. Rapporterte endringer fra behandlingstiltak om tallet på plasser etter 2004. Prosent	51
Tabell 7. Tallet på årsverk i døgntiltak i 2006 og endringer etter reformen. Totale tall og gjennomsnitt	52
Tabell 8. Rapporterte endringer i tallet på årsverk etter rusreformen i døgntiltak. Prosent	52
Tabell 9. Årsverk i poliklinikker.	52
Tabell 10. Endring i tallet på årsverk etter stillingskategori. Poliklinikker, kort- og langtidstiltak. Totale tall og gjennomsnitt	53
Tabell 11. Endringer i døgnplasser og bemanning i 33 rustiltak 2003-2006.	54
Tabell 12. Økning i tallet på årsverk i rustiltak organisert i psykisk helsevern. Undersøkelsen av rustiltak 2006.....	55
Tabell 13. Kort- og langtidstiltak etter endring i normert lengde på behandlingstilbudet. Prosent	56
Tabell 14. Pasienter etter hovedinntektskilde 2006 og 2003. Prosent.....	59
Tabell 15. Pasienter etter permanent bolig 2006 og 2003. Prosent	60
Tabell 16. Pasienter etter omfang av rusmiddelmissbruk i 2006 og 2003. Prosent	61
Tabell 17. Ventetider for pasienter tatt inn i behandling 2.tertial 2006. Uker.....	63
Tabell 18. Ventetider for pasienter tatt inn i behandling 2.tertial 2006. Rene rusbehandlingstiltak. Uker.....	63
Tabell 19: Pasienter etter kjønn 2006 og 2003.....	67
Tabell 20. Pasienter etter alder 2006 og 2003	67
Tabell 21. Pasienter etter sivilstatus 2006 og 2003. Prosent	68
Tabell 22. Pasienter etter omfang av tidligere tilbud. 2006 og 2003.....	68

Tabell 23. Pasienter etter psykiske og somatiske helseproblemer 2006 og 2003. Prosent	69
Tabell 24. Pasienter etter suicidalproblemer og selvskadetendens 2006 og 2003. Prosent	69
Tabell 25. Pasienter etter spørsmål om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i 2006. Prosent	69
Tabell 26. Pasienter etter spørsmål om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i 2003. Prosent	70
Tabell 27. Pasienter etter målsetting i forhold til rus 2006. Prosent	70
Tabell 28. Pasienter i tiltak etter ventetid fra søknad ble mottatt til pasienten fikk tilbud. Etter type tilbud. 2006. Uker	71
Tabell 29. Pasienter i tiltak etter ventetid fra søknad ble mottatt til pasienten fikk tilbud. Etter type tilbud i 2003. Gjennomsnitt uker	71
Tabell 30. Pasienter etter årsaker ikke at tilbudet ikke er tilstrekkelig i 2006 og 2003. Prosent	71
Tabell 31. Pasienter etter samarbeidsparter og tiltakstype 2006. Prosent	72
Tabell 32. Pasienter etter samarbeidsparter og tiltakstype 2003. Prosent	73
Tabell 33. Pasienter etter koordinering av arbeidet 2006. Prosent.....	73
Tabell 34. Pasienter etter koordinering av arbeidet 2003. Prosent.....	74
Tabell 35. Pasienter etter behov for kommunale tiltak i 2006. Prosent.....	74
Tabell 36. Pasienter i ulike tiltak etter spørsmål om det er det utarbeidet en individuell plan. Prosent	75
Tabell 37. Pasienter etter behov for kommunale tiltak i 2003. Prosent.....	75
Tabell 38. Pasienter etter tiltak innen økonomi/arbeid 2006. Prosent.....	76
Tabell 39. Pasienter etter tiltak innen økonomi/arbeid 2003. Prosent.....	76
Tabell 40. Pasienter etter tiltak innen rusfeltet 2006. Prosent	76
Tabell 41. Pasienter etter tiltak innen rusfeltet 2003. Prosent	77
Tabell 42. Pasienter etter tiltak innen somatisk sykehus 2006.....	77
Tabell 43. Pasienter etter Tiltak innen somatiske sykehus 2003. Prosent.....	77
Tabell 44. Pasienter etter tilbud innen psykisk helsevern 2006. Prosent	78
Tabell 45. Pasienter etter tilbud innen psykisk helsevern 2003. Prosent	78
Tabell 46. Netto driftsutgifter i 1000 kroner i 2003 minus uttrekk i forbindelse med rusreformen: "Førsituasjonen"	81

Tabell 47. Netto driftsutgifter i 1000 kroner til personer med rusproblemer 2005: "Ettersituasjonen"	82
Tabell 48. Endring i netto driftsutgifter i 2005 sammenlignet med netto driftsutgifter i 2003, justert for uttrekket i 2004.	82
Tabell 49. Uttrekket fra kommunene i forbindelse med rusreformen. 1000 kroner.....	82
Tabell 50. Årsverk til rusbehandling i sosialtjenesten. Landet utenom Oslo.....	83
Tabell 51. Hvilken helseregion tilhører kommunen?	84
Tabell 52. Er det betydelige endringer i de økonomiske midler sosialtjenesten har til rådighet for tiltak til rusmiddelmisbrukere i 2005 sammenlignet med situasjonen i 2002. Prosent	91
Tabell 53. Endringer i budsjett for personell i sosialtjenesten og enkelte tiltak. Prosent	91
Tabell 54. Korrelasjon mellom endringer i budsjetter og kommunestørrelse	91
Tabell 55. Kjøp av opphold/plasser fra private institusjoner som ikke har avtale med det offentlige og som har avtale med det offentlige. Prosent.....	92
Tabell 56. Endringer i bemanning ved sosialkontorene av ansatte med rus som hovedfelt. Prosent	92
Tabell 57. Er tallet på henvisninger av rusmiddelmisbrukere fra sosialtjenesten til utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten endret etter reformen? Prosent	93
Tabell 58. Er det skjedd endringer i tidsbruken i forbindelse med henvisninger av rusmiddelmisbrukere til utredning/behandling i rusinstitusjoner etter rusreformen. Prosent	93
Tabell 59. Er det skjedd endringer i sosialtjenestens innsikt i eller kunnskap om enkeltsaker etter reformen eller er situasjonen den samme som før reformen? ...	94
Tabell 60. Er det skjedd endringer i sosialtjenestens i faktiske utøvelse av ansvar for å dekke behovet for kommunale tjenester for rusmiddelmisbrukere etter reformen?94	
Tabell 61. Sosialtjenesten oversikt over henvisninger fra leger. Prosent.....	94
Tabell 62. Informasjon om pasientrettigheter og bruk av tilbud om individuell plan. Prosent	95
Tabell 63. Har brukernes mulighet for valg av institusjon blitt bedre eller dårligere etter reformen? Prosent.....	95
Tabell 64. Sette det inn spesielle tiltak i kommunen i ventetiden på plass i spesialisthelsetjenesten? Prosent	95
Tabell 65. Er det skjedd endringer i sosialtjenestens i faktiske utøvelse av ansvar for å dekke behovet for kommunale tjenester for rusmiddelmisbrukere etter reformen	96

Tabell 66. Hvordan vil sosialtjenesten vurdere samhandlingen med rustiltakene i dag sammenlignet med situasjonen før reformen? Prosent.....	96
Tabell 67. Dekning av etterspørsel etter tjenester og ”sørge for” ansvaret.	96
Tabell 68. Ut fra en samlet vurdering, hvordan synes sosialtjenesten at Helseregionen ivaretar "sørge for" ansvaret for rusmiddelmissbrukere?.....	97
Tabell 69. Ut fra en samlet vurdering, hvordan synes sosialtjenesten at Helseregionen ivaretar "sørge for" ansvaret for rusmiddelmissbrukere? Helseregion	97
Tabell 70. Brukere fordelt på funksjonsnivå – ulike funksjonsområder. Prosentandeler.	98
Tabell 71. Andel brukere med planer og ansvarsgruppe. Prosent	99
Tabell 72. Brukere som har ulike typer kommunale tjenester på kartleggingstidspunktet: prosentandeler, og forventet økt etterspørsel neste 12 måneder, prosentpoeng	99
Tabell 73. Brukere som har ulike typer spesialisttjenester på kartleggingstidspunktet, prosentandeler, og forventet økt etterspørsel neste 12 måneder, prosentpoeng. ..	100

Sammendrag

Fra 1. januar 2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisthelsetjenester for rusmiddelmisbrukere (Ot.prp nr. 54 2002-2003). Dette omfatter tiltak som fylkeskommunen tidligere hadde ansvaret for etter sosialtjenesteloven. Kommunene skal fortsatt ha et koordineringsansvar for tjenestene og ansvaret for tiltak på kommunalt nivå.

Omorganiseringen må sees i sammenheng med reformen fra 2002 hvor de tidligere fylkeskommunale sykehusene ble organisert i helseforetak under statlig eierskap jf. Ot.prp. nr 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m. m. Målet med rusreformen var å sikre et godt helsefaglig behandlingstilbud til rusmiddelbrukere. Spesielt var det viktig å sikre bedre tjenester til pasienter med sammensatte behov for rusbehandling når det gjelder psykiatriske- og somatiske helsetjenester.

Overordnet målsetning med rusreformen fra Stortinget er at rusmiddelmisbrukere skal få et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, og at behandlingsresultatene skal bli bedre (Helse og omsorgsdepartementet 2004). I forhold til tjenesteytingen og behandlingsresultater er kvalitet et sentralt begrep og mål. Stortinget har satt opp visse vilkår for hva som er god kvalitet på tjenestene: tverrfaglighet (sosialfaglige og helsefaglige perspektiver), helhetlig tilnærming, og individuelt tilpasset behandling.

Stortinget la i forbindelse med sin behandling, til grunn at reformen skulle evalueres innen utgangen av 2006 (Inst. O. nr. 4 (2003-2004)). Hensikten med evalueringen er å skaffe tilveie kunnskap om hvordan reformen fungerer etter tre års virketid.

Etter konkurranse tildelte Sosial og helsedirektoratet IRIS (International Research Institute of Stavanger, tidligere Rogalandsforskning) evalueringsoppdraget. Evalueringen bygger på en detaljert kravspesifikasjon med i alt 11 tematiske områder og en rekke spesifikke problemstillinger under hvert tema. Fra IRIS sin side er denne kravspesifikasjonen lagt til grunn for en todelt analysemodell der det skilles mellom de strukturelle endringer som følger av reformen og de funksjonelle konsekvensene som kan spores tilbake til disse strukturelle endringene.

Kravspesifikasjonen og valget av analysemodell har krevd en omfattende metodisk design med metodetriangulering mellom dokumentanalyser, ulike typer spørreskjemaundersøkelser og kartlegginger, og et stort antall kvalitative intervju med sentrale, regionale og lokale ledere og ansatte og brukere/brukerorganisasjoner.

De regionale helseforetakenes ”sørge for” ansvar

Ved iverksettingen av rusreformen fikk de regionale helseforetakene overført vel 1,4 milliarder kroner til å dekke de kostnadene de ble påført gjennom overtakelsen av ansvaret for de tverrfaglige spesialiserte tjenestene til rusmiddelmisbrukere. Ut over dette har helseforetakene økt budsjettene til de samme tjenestene med ca. 40 prosent i perioden 2004-2006 (nominell vekst).

Økningen i ressursbruken har vært rettet mot å styrke den helsefaglige bemanningen og vurderings- og behandlingskapasiteten. Tilbudet i forhold til tvang er noe bedret. Det

har ikke skjedd noen forskyvning fra langtidsbehandling til korttidsbehandling eller fra døgn- til poliklinisk behandling, snarere tvert om. Flere av de regionale foretakene bruker store ressurser på gjestepasientplasseringer, med de negative konsekvenser det kan ha for lang avstand mellom behandlingstilbud og oppfølging fra hjemkommunen.

Det foretas ingen systematisk kartlegging av behandlingsbehov i forhold til rusmiddelproblemer i befolkningen. På dette området har helseforetakene en utfordring. Et unntak er Helse Fonna HF som har utviklet et eget databasert verktøy for kartlegging og planlegging av behandlingsbehov. Vurdering av behov skjer mest ut fra utviklingen i henvisninger og ventetider.

Økning i tallet på plasser og årsverk i rustiltakene

Etter reformen i 2004 og fram til 2006 er tallet på plasser i døgntiltak økt med åtte prosent, men økningen er ujevnt fordelt på tiltakene.

Det er vekst i tallet på årsverk både i døgntiltak og i poliklinikker.

Vi har beregnet en samlet økning på ca. 280 årsverk i ruspoliklinikker i psykiatrien og i rustiltakene, fordelt på 225 for helsefaglig personale og 55 sosialfaglig og pedagogisk personale.

En forholdsvis liten andel av tiltakene har endret lengden på liggetider, behandlingstilbudets faglige innhold og målgrupper for tiltakene. Andelen som har foretatt endringer ligger mellom 20 og 30 prosent. Andel som har iverksatt tiltak for kompetanseheving er på nærmere 40 prosent.

Rusfeltet har en stor andel private leverandører, og driftsavtalene legger i liten grad opp til nedkorting av liggetider ved døgntiltakene i inneværende avtaleperiode. Når avtalene skal fornyes de nærmeste årene vil det kunne skje endringer i vektleggingen av ulike behandlingstiltak som langtids- korttids- og polikliniske tjenester i et samlet behandlingsforløp. I Helse Øst RHF for eksempel, tar man sikte på å oppnå større variasjon og fleksibilitet i behandlingsforløpet, og man vil søke å redusere liggetiden ved lange sammenhengende døgnopphold. Hensikten er at man for eksempel kan redusere oppholdstid i institusjon gjennom tettere poliklinisk oppfølging.

Flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten, men store regionale forskjeller i retten til helsehjelp

Roller, systemer og rutiner for henvisning og vurdering kom raskt på plass etter reformen. Det skjedde en meget sterk økning i antall henvisninger like etter reformen, for så å flate noe ut. Det meste av økningen i antall henvisninger skyldes et høyere antall henvisninger fra leger og fra andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Det oppsto imidlertid også raskt store forskjeller i hvor stor andel av de henviste pasientene som gis rett til nødvendig helsehjelp. Slike forskjeller er ikke i tråd med helsepolitiske mål om lik tilgjengelighet til spesialiserte tjenester uavhengig av bosted. Forskjellene finnes fremdeles, til tross for stor oppmerksomhet og mye diskusjon om grunnlaget for dem. Et første forsøk fra foretakene på å etablere felles retningslinjer for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, strandet etter en opphetet offentlig diskusjon. En ny gruppe, ledet av Sosial- og helsedirektoratet, vil fremme et nytt forslag til

retningslinjer på nyåret 2007. Samtidig er det viktig å minne om at de samme forskjellene også finnes innenfor de andre delene av spesialisthelsetjenesten, uten at dette synes å skape den samme offentlige debatt.

De tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere er alene om å ha etablert et system med ulike behandlingsnivå. En ensidig oppmerksomhet fra vurderingsinstansenes side rettet mot å definere rett behandlingsnivå og maksimal ventetid, synes å ha gått på bekostning av en god tilpasning mellom pasientenes behov og et differensiert behandlingstilbud. Særlig synes dette å gjelde korttids døgntil behandling. Spesielle behov hos pasientgrupper som kvinner og familier synes ikke å bli tilstrekkelig ivarettatt.

Ventetider på behandling

Faktiske ventetider¹ som er oppgitt for pasienter i rustiltak i 2006 viser at median ventetid for alle typer tiltak er økt fra fire til seks uker på landbasis etter reformen. Median ventetid på behandling i rustiltakene er økt mer for korttidsiltakene (median ventetid økt fra fire til ni uker) enn for poliklinikkene og landtidsiltakene. Median ventetid til langtidsiltak er på landsbasis økt fra seks til åtte uker.

Tall over ventetider på plass i rustiltak² fra Norsk pasientregister viser median ventetid på 8,6 uker på langtidsplasser og 10 uker på korttidsplasser. Dette samsvarer ganske godt med de oppgitte tallene for pasienter i behandlingstilbud.

Individuell plan

Det er en klar økning i bruk av individuell plan i spesialisthelsetjenesten. Opplysninger fra pasientundersøkelsen viser at det først er når pasienten kommer inn i behandling i spesialisthelsetjenesten at det tas initiativ til å etablere individuell plan. I kommunesurveyen svarer imidlertid halvparten av kommunene at de i stor grad tar initiativet på å opprette individuell plan.

Varierte erfaringer i kommunene med rusreformen, men økt innsats på rusfeltet

Økning i driftsutgifter og årsverk

Opplysninger fra databasen KOSTRA viser at netto driftsutgifter til rustiltak i 2005 har økt nominelt med 12 prosent etter reformen for alle landets kommuner utenom Oslo. Driftsutgiftene i 2005 var på 434 mill kroner, en økning på 51 mill kroner sammenlignet med nettoutgifter i 2003, justert for uttrekket fra kommunene i forbindelse med reformen. Uttrekket tilsvare de beregnede utgiftene kommunene hadde før reformen til rusbehandling og som ble dekket av staten gjennom overføringene til kommunene.

Tallet på årsverk til rustjenester i kommunene (utenom Oslo) har økt i gjennomsnitt fra 2,6 til 3,0 totalt fra 710 til 753 årsverk (seks prosent økning).

1 Ventetid fra søknad ble sendt til søker fikk tilbud om plass i behandlingstilbud.

2 Oppgitte ventetider 2. tertial 2006.

Justert for uttrekket, utførte bydekkende tjenester i Oslo 454.5 årsverk før reformen mot 422.2 årsverk i 2005, en nedgang på 32 årsverk. En del stillinger ble imidlertid overført fra Rusmiddel etaten i Oslo til Helse Øst RHF i forbindelse med reformen. Opplysninger fra bydelene i Oslo tyder på at det er en mindre netto økning i personellutgifter i sosialtjenesten.

Endringer i sosialtjenesten ved kjøp av omsorgsplasser

På spørsmålet om endringer fra før reformen svarer nær 60 prosent at det ikke er noen endring i kjøp av omsorgsplasser fra private uten avtale med RHFene, men drøyt en tredjedel har mindre budsjett til dette. Over halvparten av kommunene bruker altså like mye penger til kjøp av institusjonsplasser som før reformen.

Lite endringer i henvisninger fra sosialtjenesten

Nesten halvparten av sosialkontorene har inntrykk av at tallet på henvisninger er omtrent på samme nivå som før reformen. For flertallet av kommuner har det altså ikke skjedd noen drastiske endringer i måten å henvise klienter på.

En del kommune melder imidlertid om økt antall henvisninger fra sosialtjenesten. Nær en tredjedel av sosialtjenestene i kommunene har økt antall henvisninger litt eller mye. Nær 20 prosent har mindre henvisninger enn før.

Dårlig oversikt over henvisninger fra fastleger

Kommunesurveyen viser at det fremdeles er skott mellom den kommunale sosialtjeneste og legenes arbeid. Over halvparten av sosialtjenestene svarer at de i liten grad har oversikt over legenes henvisninger og nesten halvparten får dårlig informasjon om behovet for oppfølging fra sosialtjenestene av pasienter som leger har henvist. Men samtidig er det noe over 10 prosent av sosialtjenestene som svarer at de har god oversikt over legenes henvisninger og informasjon om oppfølgingsbehov blant de pasientene som legene har henvist.

Tallene for endringer i fordeling av henvisninger på henvisende instans, tyder på at fastlegene står for store deler av den økningen i henvisninger vi har sett etter rusreformen. I forhold til de deler av rusbehandlingen som er organisert i rusposter, team og poliklinikker i psykiatriske klinikker og distriktpsikiatriske sentra, er fastlegene den helt dominerende henvisende instans.

Like mye arbeid med klientsaker etter reformen

Sosialtjenesten arbeider imidlertid stor sett like mye med klientsakene som før reformen og heller mer enn mindre.

Lite tyder på at sosialtjenesten gjør mindre grundig arbeid enn før reformen.

Lite endring i kommunalt ansvar for rusmiddelmissbrukere

Rusreformen har gitt et spesialisthelsetjenesten et betydelig ansvar for rusmiddelmissbrukere og helseforetakene finansierer pasientenes opphold i rustiltakene. En tenkbar utvikling av dette kunne være at kommunene tok mindre ansvar for rusklientene enn før. Opplysninger fra sosialkontorene tyder ikke på det. Noe over

halvparten av sosialkontorene svarer at det ikke er skjedd noen endring i ansvaret mens drøyt en tredjedel svarer at ansvaret på noen områder er blitt større.

Begrenset bedring i samhandling med spesialisthelsetjenesten

I underkant halvparten sosialkontorene mener det ikke er skjedd noen endring i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten etter reformen, men nær en tredjedel mener samhandlingen er blitt bedre. Sosialkontorene i bydelene i Oslo melder i større grad enn andre sosialkontor i landet om dårligere erfaringer med samhandling etter reformen.

Når det gjelder samhandlingen mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten om *henvisninger av klienter*, vurderer mellom 40 og 50 prosent av kommunene at det ikke er endringer, men sosialtjenesten i Oslo vurderer en større andel at samhandlingen er dårligere enn sosialtjenesten i landet ellers.

Når det gjelder samhandling under pasientens *opphold på institusjon*, vurderer mellom 60 og 70 prosent av kommunene at det ikke er skjedd endringer, men sosialtjenesten i Oslo vurderer en større andel av samhandlingen er blir dårligere etter reformen, enn landet ellers.

Når det gjelder samhandling *underoppfølging av klienten i kommunene*, vurderer mellom 70 og 70 prosent av kommunene at det ikke er skjedd endringer, men i sosialtjenesten i Oslo melder en større andel om dårligere samhandling enn sosialtjenesten i landet ellers.

På grunn av omfattende bruk av gjestepasientplasseringer (plasseringer utenfor egen region) blir oppfølging fra kommunene vanskeligere å gjennomføre.

Dekning av tjenester

Hovedtendens i sosialtjenesten vurderinger av spesialisthelsetjenestens behovsdekning overfor rusmiddelmisbrukere er at det er skjedd lite endringer. Ellers er erfaringene delte når det gjelder forbedring eller forverring av behovsdekningen. Her der det forskjeller mellom erfaringer fra sosialkontorene i Oslo og resten av landet. I Oslo melder det i større grad om dårligere dekning av tjenester til rusmiddelmisbrukere enn ellers i landet. I sosialtjenesten i bydelene i Oslo vurderer to tredjedeler av sosialkontorene at "sørge for" ansvaret blir dårligere ivaretatt enn fylkeskommunen (Rusmiddeletaten i Oslo) mot en fjerdedel i kommunene i landet ellers.

En andel på 17 prosent av sosialkontorene mener tilbudet til rusmiddelmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser er blitt dårligere mot en tredjedel av sosialkontorene i Oslo. Ca. 30 prosent av sosialkontorene mener dekning av tilbud til rusmiddelmisbrukere generelt er blitt dårligere etter reformen mot 75 prosent av sosialkontorene i Oslo.

Kommunesurveyen viser dermed at sosialtjenesten i Oslo vurderer tilbudene til rusmiddelmisbrukere som dårligere enn sosialtjenesten i landet ellers. En mulig forklaring på dette er at endringene kan oppleves mer negativt i Oslo enn i landet ellers, fordi Oslo før reformen hadde etablert en sammenhengende tiltakskjede fra lavterskelnivå til spesialistnivå under en og samme forvaltningsenhet.

De private aktørene

Vi har observert at det har utviklet seg to typer organisering av de private aktørene. Noen aktører, og da mest de små, fortsetter som enkeltvirksomheter med enkeltvise avtaler med RHFene. Disse står i kontinuerlig fare for å bli relativt marginale i forhold til resten av de spesialiserte tjenestene. På den annen side ser vi at noen av de store aktørene med mange virksomheter, har tilpasset seg situasjonen etter rusreformen og laget regionale organisasjoner som kan opptre samlet overfor hvert sitt RHF. Dette er blitt økonomisk, faglig og organisatorisk sterke aktører som kommer til å spille en avgjørende rolle for utviklingen av det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere.

De private aktørene som tidligere hadde avtale med fylkeskommunene er blitt en viktig del av de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere. De nye avtalene gir imidlertid lite rom for at de private aktørene kan bidra i utviklingen av tjenestene.

Kommunene har like store ressurser til kjøp av plasser hos private aktører uten avtale. Men disse private aktørene gis nå en avgrenset rolle knyttet til skjerming og omsorg. De blir derfor brukt mindre enn tidligere av kommunene.

Pasienter i rustiltak i 2003 og 2006

I evalueringen er det innhentet statistiske opplysninger om pasienter i rustiltak i 2006. En tilsvarende undersøkelse ble gjennomført i 2003. Vi kan her se noen endringer i kjennetegn ved pasientene.

Opplysning om viktigste kilde til livsopphold blant pasienter i institusjoner i 2006 viser en økning i andel som mottar offentlig forsørgelse i form av trygdeytelse eller økonomisk sosialstønad. Det er en nedgang i andel som har egen bolig i 2006 og noe flere bostedsløse. Det er en økning i andelen pasienter som brukte illegal narkotika i 2006 og økning i andel som brukte medikamenter mens alkoholforbruket har gått noe ned.

Andelen som har fått gjentatte og omfattende tilbud fra spesialisthelsetjenesten er økt noe fra 2003 til 2006. Det er en mindre økning i andel med psykiske helseproblemer. Økningen her kan være et uttrykk for større behandlingskapasitet.

Det er skjedd en økning i samarbeid med andre parter rundt den enkelte pasient i 2006. Dette er i tråd med intensjonene i reformen. Samarbeidet er økt i omfang både innen spesialisthelsetjenesten og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er også skjedd enn viss økning i samarbeidet med trygdekontor og Aetat.

En bedre koordinering av tjenestene er et mål for reformen. Pasientopplysningene viser at koordineringen rundt den enkelte pasient er styrket i 2006 sammenlignet med situasjonen før reformen.

Svekket tilbud i forhold til behovene

Færre pasienter i 2006 får dekket behovet for utredning og behandling på somatisk sykehus. Udekket behov for utredning har steget med 14 prosent fra 2003 til 2006. Udekket behov for behandling på somatiske sykehus har gått opp med 10 prosent.

Færre pasienter får dekket behovet for aktivisering/dagtilbud. Udekket behov har økt med fra 55 prosent i 2003 til 63 prosent i 2006.

Flere pasienter får dekket behovet for lavterskel tilbud i kommunen. I 2003 hadde 43 prosent udekket behov for slike tjenester, mot 31 prosent i 2006.

Flere pasienter får dekket behovet for psykiatrisk ungdomsteam. I 2003 hadde 27 prosent udekket behov for denne tjenesten, mens i 2006 har 18 prosent udekket behov.

Færre får pasienter dekket behovet for poliklinisk tilbud. Udekket behov gått opp fra 10 prosent i 2003 til 18 prosent i 2006.

Samarbeidsforhold innen spesialisthelsetjenesten

Samarbeidet mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten om rusmiddelmissbrukere er bedret etter reformen. Det generelle inntrykket er at rusmiddelmissbrukere har fått bedre tilgang til somatiske og psykiatriske helsetjenester, selv om det ennå er eksempler på at tilgangen kunne vært bedre.

Kartlegging av rusmiddelmissbrukere i kommuner

I samarbeid med Helse Fonna HF og åtte kommuner i Nord-Rogaland og Sunn-Hordaland (Helse Fonna HF sitt geografiske dekningsområde), har IRIS samlet inn og analysert data om 669 rusmiddelmissbrukere som sosialtjenestene i de åtte kommunene hadde tilstrekkelig informasjon om til å kunne foreta en tilfredsstillende kartlegging.

Klientgruppen fungerer dårlig når det gjelder psykisk helse og er i liten grad engasjert i meningsfulle aktiviteter, inkludert lønnet arbeid. Svært få har en individuell plan, men nær en fjerdedel har ansvarsgruppe. Flertallet av klientene har kontakt med sosialtjenesten og har et helsetilbud gjennom fastlegen. Drøyt en fjerdedel er tatt med i LAR. Den største utfordring for kommunene er imidlertid å skaffe klientene en tilfredsstillende bolig.

Under 10 prosent av klientene har et tilbud ved rustiltakene (utenom LAR), men etterspørselen etter spesialisthelsetjenester er økende og avspeiler et betydelig udekket behov for slike tjenester.

Historier fra brukerne

I evalueringen er det foretatt personlige intervju med et mindre utvalg rusmiddelmissbrukere. Felles for brukerne er historier om omfattende rusmiddelmissbruk og langvarig avhengighet av rusmidler. Mange typer rusmidler brukes, men langvarig misbruk forklares ofte med bruk av amfetamin eller heroin. De fleste brukerne har vært innom mange behandlingstiltak. Brukerne har ofte hatt behandlingsavbrudd på grunn av regelbrudd eller rusmisbruk under oppholdet. Andre har gjennomført mange opphold,

men får ”sprekk” i løpet av oppfølging av sosialtjenesten/rustiltak etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten.

Brukerne, med få unntak, er lite oppmerksomme på rusreformen og oppfatter ikke reformen som noe viktig skille i tjenestetilbudet. Det var ikke vanlig med individuell plan, men de fleste som har opprettet en slik plan var tilfredse og mener at planen gir trygghet og gjør behandlingsskjeden mer oversiktlig og forutsigbar. Mange av historiene viser hvordan motivasjon og mulighet for endring som oftest er lange prosesser der hjelpetiltak som i øyeblikket kan vurderes som mislykkede, i ettertid kan vurderes som viktige bidrag i prosessen. Historiene har et sterkt preg av at livssituasjonen oppleves som dramatisk når det først er blitt aktuelt med et behandlingstilbud. Ideelt skulle en ønske at tilbudene ble gitt som øyeblikkelig hjelp, men en innser at det er en umulighet.

Flere historier handler om ulike kombinasjoner av rus- og psykiatrisk problematikk. Brukerne har ulike erfaringer med psykiatrien, og med samarbeidet mellom rus og psykiatri. En historie viser at det er en positiv endring i samarbeidet mellom rustiltak og psykiatritiltak. Andre historier viser en problematisk kontakt med psykiatrien.

Brukerorganisasjonene kritiske til konsekvenser av reformen

Representanter for brukerorganisasjoner er intervjuet i forbindelse med evalueringen.

Flere interessegrupper har etter hvert fått innflytelse på den politikk som utformes i forhold til tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Gjennom Fagrådet har tiltaksapparatet selv utøvd et stort trykk på både forvaltningen og det politiske nivået. Pårørende har kommet mye mer på banen gjennom Landsforeningen mot stoff, LMS. Og brukerne selv er blitt mye bedre organisert, først og fremst gjennom LAR-nett og Rusmiddelmissbrukernes Interesseorganisasjon, RIO.

Spørsmålet om kapasitet og ventetider er egentlig ikke det sentrale ankepunktet mot dagens tiltaksapparat, sett fra RIOs ståsted.

RIO er imidlertid langt mer kritisk til hvordan rusreformen har ført til at en nå anvender de organisatoriske og prosedyremessige prinsippene fra spesialisthelsetjenesten på et tiltaksapparat for rusmiddelmissbrukere.

Negative konsekvenser er at ansvaret for ulike elementer som burde inngå i en integrert rehabilitering, nå splittes i oppdelte ansvarsområder med mange brudd i kontakten mellom bruker og hjelpeapparat underveis. Helseperspektivet og medikaliseringen av rusfeltet har ført til at det oppstår mer definitive skiller mellom de som kan behandles ut av avhengigheten og de som man gir opp dette målet for. Dermed skyver spesialisthelsetjenesten alle håpløse fra seg og alle mangler i tiltaksapparatet skyves til slutt ned på sosialkontorene som sitter med hele ansvaret for alt man ikke fikk til.

RIO påpeker store mangler i gjennomføringen av individuell plan og mener det må komme retningslinjer som pålegger de aktuelle instansene å gå inn i et aktivt samarbeid på de premissene individuell plan legger opp til.

Representanten for den andre organisasjonen vi har intervjuet ser mange problemer i etterkant av rusreformen og mener at brukerne ikke har fått bedre tilbud, og at begrepet rettighetspasient er uten innhold.

LMS ser en rød tråd i utviklingen av behandlingsopplegget i spesialisthelsetjenesten. Det blir i stadig større grad satt likhetstegn mellom rus og psykiatri, og rusbehandlingen havner under psykiatrien. Men organisasjonen mener det er viktig å se forskjeller mellom rusavhengighet og psykiatri, og er redd for at kompetanse på rusavhengighet vil bli svekket.

Forhold som truer kvaliteten på tjenestetilbudet

Organiseringen av behandlingskjeden klarer ikke å hindre et stort antall brudd i behandlingsforløpet for den enkelte pasient. Ansvar for pasienten overføres fra en instans til en annen (henvisning, vurdering, utredning, behandling og oppfølging), uten at en klarer å sikre sammenhengen i tjenestene. Dette er den største trusselen mot kvaliteten i behandlingstilbudet.

Brukerne opplever at det ikke er god nok sammenheng i tjenestetilbudet, og opplever dette som et større problem enn lange ventetider og brudd på formelle rettigheter.

Det er ikke godt nok tilbud innen de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmisbrukere i forhold til tidlig intervensjon og oppfølging av pasienter som har problemer i forhold til langvarig rusmiddelavhengighet.

Systemet med behandlingsnivå ivaretar ikke behovet for god tilpasning mellom ulike pasientgruppers behov (kvinner, familier med barn og andre) og kravene til institusjonsmiljø og behandlingstilbud.

Har reformen vært vellykket?

Kan vi på grunnlag av konklusjonene ovenfor si at rusreformen har vært en vellykket reform? Svaret på det spørsmålet vil avhenge av hvilke forventninger en hadde til reformen.

Dersom utgangspunktet var en forventning om at rusreformen primært skulle være en forvaltningsreform der behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere skulle innpasses i og underlegges de samme lovkrav som det øvrige spesialiserte helsevesen, er det rimelig å trekke den konklusjon at rusreformen har vært vellykket.

Dersom utgangspunktet var en forventning om at rusreformen skulle føre til den samme dekning av behandlingsbehov og den samme bemanningsfaktor i de tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmisbrukere, som i den øvrige spesialisthelsetjenesten, står enda mye igjen.

I forarbeidene til rusreformen ble det lagt vekt på at tjenestene skulle være tverrfaglige, gis ut fra en helhetlig tilnærming og gi en individuelt tilpasset behandling. Med et større innslag av helsefaglig personell er tjenestene blitt mer flerfaglige. Det er mer tvilsomt om rusreformen har ført til et mer helhetlig (sammenhengende) og individuelt tilpasset tilbud.

Til nå synes implementeringen av rusreformen å ha ført til et mer fragmentert og rigid tilbud, med mange brudd i behandlingsforløpene og mindre individuelt tilpasset behandling som resultat. Den største utfordringen for de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmisbrukere blir dermed å utvikle samhandlingsmodeller og praksisformer som oppfyller faglige krav til sammenhengende og tilpasset behandling,

snarere enn ensidig oppmerksomhet på formelle henvisningsprosedyrer og overholdelse av frister.

1 Innledning

Fra 1. januar 2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisthelsetjenester for rusmiddelmissbrukere (Ot.prp nr. 54 2002-2003). Dette omfatter tiltak som fylkeskommunen tidligere hadde ansvaret for etter sosialtjenesteloven. Kommunene skal fortsatt ha et koordineringsansvar for tjenestene og ansvaret for tiltak på kommunalt nivå.

Omorganiseringen må sees i sammenheng med reformen fra 2002 hvor de tidligere fylkeskommunale sykehusene ble organisert i helseforetak under statlig eierskap jf. Ot.prp. nr 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m. m. Målet med rusreformen var å sikre et godt helsefaglig behandlingstilbud til rusmiddelbrukere. Spesielt var det viktig å sikre bedre tjenester til pasienter med sammensatte behov for rusbehandling, psykiatriske- og somatiske helsetjenester.

Overordnet målsetning med rusreformen fra Stortinget er at rusmiddelmissbrukere skal få et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, og at behandlingsresultatene skal bli bedre (Helse og omsorgsdepartementet 2004). I forhold til tjenesteytingen og behandlingsresultater er kvalitet et sentralt begrep og mål. Stortinget har satt opp visse vilkår for hva som er god kvalitet på tjenestene: tverrfaglighet (sosialfaglige og helsefaglige perspektiver), helhetlig tilnærming, og individuelt tilpasset behandling.

1.1 Rusreformen – ulike utfordringer for ulike deler av hjelpeapparatet

Hjelpetilbudet til rusmiddelmissbrukere har gått igjennom større forandringer på kortere tid enn de fleste andre deler av helse- og sosialapparatet. Utviklingen har vært preget av store endringer både i omfanget og typen rusmiddelproblemer, i faglig kompetanse og ideologi, og i samfunnets holdninger til rusmiddelbruk og misbruk. Disse endringene har hatt ulike konsekvenser for de ulike delene av hjelpeapparatet for rusmiddelmissbrukere og rusreformen representerer derfor også ulike utfordringer for disse ulike delene av hjelpeapparatet.

1.1.1 De tradisjonelle alkoholisttiltakene

På 80-tallet fikk vi loven om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner. Gjennom denne loven skulle rusvernet endre karakter fra å være en særomsorg, der en rekke tiltak som hadde vært regulert av en egen edruskapslov og et eget statlig edruskapsdirektorat, skulle inn under en "normal" fylkeskommunal helse- og sosialadministrasjon. Dette ga startskuddet for nedlegging av de tradisjonelle vernehjemmene og en radikal omlegging av mange andre alkoholistinstitusjoner til mer differensierte og faglig sterkere rusverniltak.

Men det var også en periode der de ideologiske konfliktene blusset opp mellom en AA-inspirert sykdomsmodell og en faglig modell preget av sosial læringsteori og kognitiv

teori. Disse tiltakene hadde i stor grad vært eid av private ideelle organisasjoner som Blå Kors og Kirkens Bymisjon. Ved overgangen til fylkeskommunalt ansvar for alkoholisttiltak, ble det inngått driftsavtaler mellom de private ideelle organisasjonene og fylkeskommunene for mange av disse tiltakene.

I prosessen med å inngå disse avtalene utviklet det seg et tettere nasjonalt samarbeid, både på eier- og ledernivå. Dette samarbeidet la mye av grunnlaget for det senere faglige samarbeidet som staten kunne spille på ved etableringen av Norgesnett og regionale kompetansesentra og som tiltakene selv utviklet til det som i dag er Fagrådet i rusvernet (nå utvidet til å inkludere alle typer tilbud på både første- og andrelinjenivå).

For mange av disse tiltakene har rusreformen representert en stor utfordring, mest i forhold til å skulle møte de kravene som en integrering i en spesialisttjeneste representerer i forhold til formelle kompetansekrav og faglige tenkemåter.

1.1.2 Økonomiske ordninger

De økonomiske ordningene for samhandlingen mellom første- og andrelinjen, har også endret seg i perioden før rusreformen.

Før 1993 og innføringen av den nye loven om sosiale tjenester (LOST) var det ingen egenbetaling verken fra klienter eller kommuner, ved bruk av fylkeskommunale rusverntjenester (utenom de som gjaldt når en benyttet seg av tjenester organisert under spesialisthelsetjenesteloven). Det førte til en stor andel egenhenvisninger fra klienter og pårørende, og fra primærhelse- og bedriftshelsetjenesten.

Ved innføringen av LOST ble det innført kommunal egenbetaling ved bruk av institusjonsplasser. Ideen var å hindre at kommunene skulle "eksportere" problemer til andrelinjen og stimulere til mer bruk av polikliniske tjenester og kortere institusjonsopphold. Egenbetalingen skulle komme fra kommunenes sosialbudsjett og dermed fikk sosialtjenesten i kommunene en sentral rolle i alle henvisninger som krevde kommunal egenbetaling.

Ved gjennomføringen av rusreformen har dette igjen endret seg ved at det ikke lenger er krav om kommunal egenbetaling for institusjonsopphold men nye krav om egenbetaling fra pasientene ved bruk av polikliniske tjenester (med frikortgrense og som del av ordningen med finansiering av polikliniske tjenester gjennom trygderefusjon).

1.1.3 Tilbudet til rusmiddelmissbrukere innen psykiatrien

Noe før dette, og til dels parallelt med denne utviklingen i den tradisjonelle alkoholistomsorgen, hadde det utviklet seg et eget behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere med et misbruk preget av illegale rusmidler. For det første hadde en fått de psykiatriske ungdomsteamene, organisert inn under psykiatrien, men med en relativt autonom faglig og organisatorisk stilling. I noen fylker var en også tidlig ute med å utvikle offentlig eide tiltak, organisert inn under psykiatrien.

For denne delen av behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere, er det sykehusreformen og ikke rusreformen som representerer den store forvaltningsmessige og organisatoriske endringen. De har også hatt det langt enklere enn resten av rusvernet

i forhold til å identifisere seg med og håndtere de kravene som stilles til en spesialisttjeneste, både faglig, juridisk og organisatorisk.

1.1.4 Private institusjonstilbud til misbrukere av illegale rusmidler

Fra 70-tallet av hadde det også utviklet seg et relativt omfattende privat eid institusjonstilbud for rusmiddelmisbrukere med et illegalt misbruk. Disse hadde ofte en markert ideologisk forankring i ”bevegelser” som Hassela (bo- og arbeidskollektiv) og Terapeutiske samfunn. De sistnevnte er enda en faglig og ideologisk bevegelse med felles interesseorganisasjon og kompetanseutviklingsprogram (inkludert internasjonale konferanser). De førstnevnte har utviklet seg i noe ulik retning, og er blitt mindre ideologiske og mer faglig funderte.

Disse institusjonene har økonomisk basert seg på en blanding av driftsavtaler med fylkeskommunene (og dermed vært regnet som en relativt ordinær del av den enkelte fylkeskommunes tilbud) og dels solgt enkeltplasser finansiert av kommunal egenbetaling og fylkeskommunale ”gjestepasient”-budsjett (omtalt som spot-markedet).

For disse institusjonene har rusreformen vært en stor utfordring, både ved at de måtte sikre seg nye driftsavtalepartnere og ved at de måtte finne et nytt økonomisk fundament for spot-marked-plassene sine. Og ikke minst har det vært en utfordring å skulle tilpasse seg til de krav som stilles til et tjenestetilbud på spesialistnivå.

1.1.5 Situasjonen i Oslo

For Oslo kommune har situasjonen vært svært annerledes enn for resten av landet. For det første har omfanget og karakteren på rusmiddelproblemene alltid vært annerledes i Oslo enn i resten av landet. En har for eksempel regnet at ca. halvparten av landets injiserende misbrukere har tilhold i Oslo. En åpen ”drug-scene”, omfattende tigging og mange synlige rusmiddelmisbrukere med store somatiske og psykiatriske helseproblemer, har lagt et stort press på utvikling av hjelpetilbudet i Oslo. Staten har også gjennom flere år satset store summer på tiltak i Oslo (via kommunen).

Som både kommune og fylkeskommune utviklet Oslo kommune et omfattende, differensiert og integrert hjelpetilbud, bestående av både offentlig og privat eide tilbud. I Oslo har en også hatt flere års erfaring med konkurranseutsetting av tjenester på dette området.

For hjelpetilbudene i Oslo, og ikke minst for Oslo kommune, har rusreformen representert store endringer i ansvarsforhold, organisering og styring av tjenestetilbudet. Konsekvenser av rusreformen for brukere i Oslo blir omtalt i en egen rapport (Lie 2006).

1.1.6 Evangeliesentrene og andre private aktører uten avtale med fylkeskommunene

Pinsevennenes evangeliesentra representerer et helt eget hjelpeapparat ved at en stor del av den offentlige andelen av deres finansiering kommer direkte over statsbudsjettet (i tillegg til kommunal egenbetaling og tidligere også noe fylkeskommunal finansiering).

Denne delen av hjelpeapparatet er holdt utenom rusreformen, men tilbudet finnes og en evaluering av rusreformen har måttet ta hensyn til den rollen dette tilbudet nå spiller.

1.1.7 Kompetanse- og kvalitetsutvikling

Et siste punkt vi vil trekke fram i forhold til utviklingstrekk før rusreformen, er de endringer som har skjedd innenfor rusvernet når det gjelder kompetanse- og kvalitetsutvikling. Mye av den statlige innsatsen i forhold til kompetanseutvikling har vært rettet mot førstelinjetjenesten, så som det såkalte rusmiddelprosjektet i forlengelsen av St.m. 69 (1991-02) og Kunnskap og Brubygging. Dette har ført til en generell heving av både interesse og kompetanse i førstelinjens arbeid med rusmiddelmisbrukere. Mange kommuner har også egne stillinger (ruskonsulenter) for arbeidet med denne gruppen.

Denne kompetansehevingen har betydd mye for samarbeidet mellom første- og andrelinjen, alt før rusreformen. Tilsvarende har det foregått en omfattende kompetanseheving innen det spesialiserte rusvernet, finansiert både av staten og av private og offentlige eiere.

Det har også vært satt i verk og forsøkt satt i verk en rekke andre kvalitetsutviklende tiltak, men her har en kommet mye kortere. For eksempel har staten ved flere anledninger bebudet en egen forskrift om system for kvalitetssikring av tjenestene uten at slike forskifter er kommet.

Det er også satt i verk tiltak for å etablere ulike typer nasjonale registre (over tilbud og behandlede pasienter) men uten at dette synes å ha fått den store betydningen for kvalitetsutviklingen. Men selv om det sies å mangle et solid kunnskapsgrunnlag for tilbudet til rusmiddelmisbrukere, fant de fleste tiltak støtte for sine behandlingsmetoder i Forskerkommisjonens innstilling (NOU 2003:4).

I forhold til kravene om kompetanse på spesialistnivå, systemer for kvalitetssikring og det påfølgende initiativet til en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling, representerer rusreformen og oppfølgingen av denne, en betydelig mer offensiv holdning fra myndighetenes side.

Disse utviklingstrekkene danner et viktig bakteppe for en evaluering av hvordan rusreformen har virket inn på ulike deler av hjelpeapparatet. Vi kan si at de ulike utviklingstrekkene vil utgjøre en ulike baseline for evalueringen, alt etter hvilken del av hjelpeapparatet en ser på.

2 Problemstillinger

2.1 Innledning

Iverksetting av rusreformen fra 1. januar 2004 skaper endrede rammer for tjenester til rusmiddelmisbrukere. Ansvaret for pasient-/brukergruppen er nå overtatt av de regionale helseforetakene i fem helseregioner. Tjenester til rusmiddelbrukere blir underlagt den samme styring og regler som pasienter i de somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenestene. En evaluering av sykehusreformen foreligger nå i rapporten "Helse-Norge i støpeskjeen. Sluttrapport fra evalueringsprosjektet Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten" (Opedal og Stigen (red.) 2005). Evalueringen viser varierende resultater av sykehusreformen, i forhold til oppsatte mål og hvor vellykket reformen har vært. Ambisjonen med foretaksreformen er ikke bare å overta eieransvaret og tegne nye organisasjonskart, men at helsetjenestenes innhold skal bli bedre sett fra pasientenes ståsted (Ot.prp. nr 66 (2000-2001)).

Med rusreformen får de regionale foretakene et nytt ansvarsområde. Det er viktig å undersøke om foretakene forvalter sitt ansvar på en god måte og om pasientene blir ivaretatt i samsvar med lovverket, helsepolitiske mål og retningslinjer. Dette gjelder områder så som de regionale helseforetakenes "sørge for" ansvar, helhet og sammenheng i tjenestene, henvisningspraksis og kommunenes rolle i rusomsorgen, pasientrettigheter, bruk av individuell plan og kvalitet i behandlingen.

2.2 Valg av analysemodell

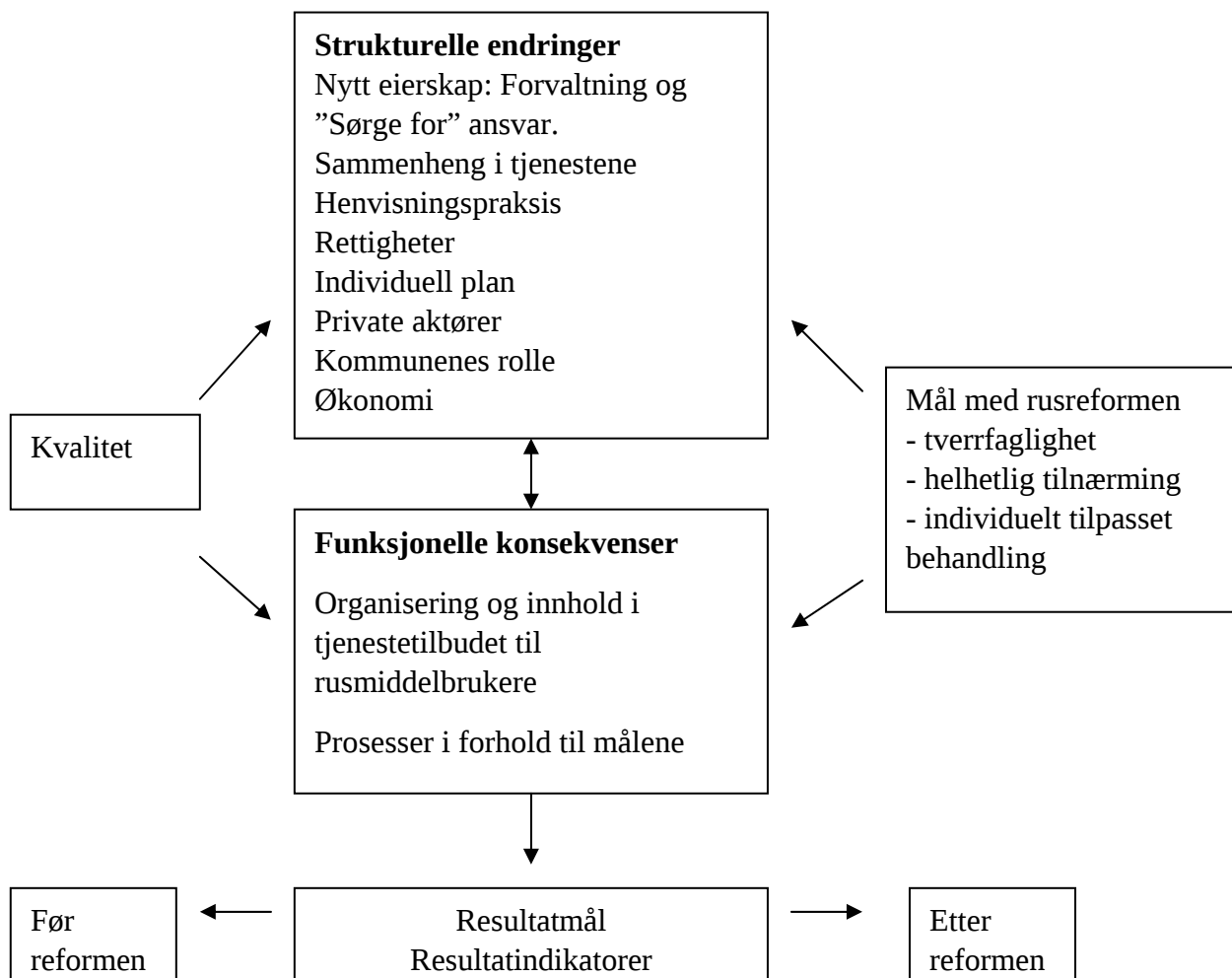
Rusreformen er primært en forvaltningsreform, i den forstand at den består i en overføring av rustiltak fra fylkeskommunalt til statlig ansvar, forvaltet gjennom de regionale helseforetakene. Implementeringen av rusreformen har dermed bestått i å innpasse og tilpasse disse tiltakene og deres brukere til de økonomiske, styringsmessige og juridiske rammevilkårene som ble etablert for de regionale helseforetakene i og med sykehusreformen fra 2002. På noen områder er denne tilpasningen skjedd gjennom å etablere noen ordninger som er annerledes enn for resten av spesialisthelsetjenesten. Det gjelder særlig tre forhold:

1. Det er krav om at tjenestene skal være tverrfaglige, og altså ikke en "ren" spesialist **helsetjeneste**.
2. I tråd med dette er også den kommunale sosialtjenesten gitt rett til å henvise til denne delen av spesialisttjenesten.
3. Det er etablert en inndeling i behandlingsnivå som vi ikke finner tilsvarende innenfor den øvrige spesialisthelsetjenesten.

Ut over dette er det nettopp en innpassing av rustiltakene til de ”normale” juridiske, økonomiske, organisatoriske og styringsmessige rammevilkårene for spesialisttjenester, som særpreger rusreformen.

Det kan være flere grunner for at rusreformen ble foreslått, vedtatt og implementert slik den ble. For eksempel har mange pekt på det umulige i at fylkeskommunene skulle beholde ansvaret for denne relativt lille delen av helse- og sosialtjenesten, etter at de øvrige tjenestene var overført i 2002. Utgangspunktet for denne evalueringen er imidlertid de mål for reformen som ble formulert av regjeringen og Storting og som også danner grunnlaget for Sosial- og helsedirektoratets (SHdir) kravspesifikasjon til evalueringen. Dette er mål som bygger på antagelser om sammenhenger mellom juridiske, økonomiske, organisatoriske og styringsmessige rammevilkår og hjelpeapparatets funksjonelle virkemåter (så som helhet, sammenheng, tverrfaglighet og individuell tilpasning). Videre må vi anta at målformuleringene bygger på antagelser om at slike funksjonelle virkemåter er viktige for hjelpeapparatets muligheter til å nå behandlingsmessige målsettinger for den enkelte pasient, uten at dette er spesifikt nevnt i dokumenter fra regjeringen, Stortinget eller SHdir.

Evalueringen vil på denne bakgrunn skje ut fra to hovedperspektiv; et strukturelt perspektiv (endringer i rammer og forutsetninger) og et funksjonelt perspektiv (tjenestetilbud og praksis, inkludert pasientenes erfaringer). Målet er å vurdere i hvilken grad og på hvilken måte de strukturelle sidene ved reformen er implementert og i hvilken grad og på hvilken måte dette har ført til de endringene i funksjonell virkemåte som en antok, og som er konkretisert i Shdirs kravspesifikasjon, jf figur 1. Det er ikke et mål for evalueringen å teste i hvilken grad disse endringene i funksjonell virkemåte har ført til en bedring av behandlingskvaliteten, i betydningen bedre måloppnåelse i forhold til behandlingsmålene for den enkelte pasient.



Figur 1. Evaluering av rusreformen. Rammer og resultater.

I invitasjonen til evalueringen er det formulert en rekke fokusområder og resultatmål som oppdragsgiver vil ha belyst og vurdert. Resultatmålene må sees i sammenheng både med situasjonen før reformen (før-situasjon dokumentert bl. a. i SINTEF/RF-rapport 2004), med målene for rusreformen og de mer generelle helsepolitiske målene med det statlige eierskapet og foretaksorganiseringen (jf. Ot.prp. nr 66, 2000-2001). Overordnede problemstillinger handler derfor om reformen har ført til forbedringer i forhold til tidligere organisering og i hvilken grad målene med reformen er nådd.

Behandling og hjelpetilbud til rusmiddelmisbrukere blir etter reformen organisert på to forvaltningsnivå, kommunale tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelse-tjenesteloven og spesialisttjenestene som ytes etter spesialisthelsetjenesteloven. Reformen stiller krav både til ytelser fra de to forvaltningsnivåene kommune og regionale foretak og til samhandlingen og sammenhengen mellom nivåene.

I det følgende vil vi utdype noen aktuelle problemstillinger i sammenheng med de resultatmål som er gitt i kravspesifikasjonen. Det analytiske skillet mellom strukturelle endringer og funksjonelle konsekvenser går på tvers av problemstillingene.

2.3 Forvaltningen av rusvernet

Rusreformen innebærer at tjenester til rusmiddelbrukere er underlagt helseforetaksloven og blir forvaltet av de regionale helseforetakene. Dette innebærer et nytt forvaltningsregime for rusvernet, styrt fra Helsedepartementet gjennom de regionale foretakene. De regionale foretakene får ansvar for å innpasse tjenestene til rusmiddelbrukere i ett nytt og dels revidert lovverk som innebærer både et forvaltningsansvar og et "sørge for" ansvar.

Evalueringen skal vise hvordan de regionale helseforetakene ivaretar sitt "sørge for" ansvar og følger opp pålegg i styringsdokumenter, lover/forskrifter og retningslinjer ellers. Eventuelle regionale forskjeller skal dokumenteres.

2.3.1 "Sørge for" ansvaret

De regionale helseforetakene har gjennom rusreformen fått ansvar for å tilby tilstrekkelig tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmisbrukere, tilpasset det som til enhver tid er behovet. "Sørge for" ansvaret omfatter både tilstrekkelig antall behandlingsplasser, registrering av behov for behandling og ikke minst sammenhengen mellom behov og kapasitet. Dette innebærer at de regionale helseforetakene må ha en løpende vurdering av behandlingstilbudet ut fra endringer i brukernes behov og ha kunnskap om effekt av ulike behandlingsmetoder.

Helseforetakene har også et ansvar for å registrere de behov for tverrfaglig spesialisert behandling som finnes ute i kommunene. I evalueringen vil vi derfor se på hvordan kommunene organiserer sitt tjenestetilbud som en del av "sørge for" ansvaret. Vi stiller også følgende spørsmål:

- Hvordan har de regionale helseforetakene organisert tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere: type behandlingsplasser, bemanning, kompetanseoppbygging, og "sørge-for" ansvaret med hensyn til tvangsplasseringer etter LOST §§ 6.2, 6.2-a og 6.3, og straffegjennomføringslovens § 12?
- Hvordan har rusreformen påvirket kommunenes organisering av tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere?
- Hvilke rutiner har de regionale helseforetakene for å fange opp nødvendige behandlingsbehov?
- I hvilken grad finnes formalisert samarbeid mellom de regionale helseforetak og kommunene for å kartlegge behandlingsbehov?

2.4 Private institusjoner, samordning og økonomi

Innen forvaltningen av rusreformen finner vi flere områder der de regionale helseforetakene må finne egne løsninger. Ut fra kravspesifikasjonen vil vi her se på følgende områder:

- de private institusjonenes rolle,
- samordning og samarbeid mellom og innen forvaltningsnivå og
- forvaltning av økonomiske ressurser.

2.4.1 Forholdet til private aktører

Rusreformen innebærer at de regionale helseforetakene har overtatt fylkeskommunens avtaler med private leverandører av behandlingstjenester. De regionale helseforetakene må sikre behandlingskapasitet fra private aktører, og de private skal ha mulighet til å tilby tjenester på samme grunnlag som de offentlige tilbyderne. I denne sammenheng vil vi se på:

- Hvor stort er omfanget av reforhandlede avtaler med private institusjoner, inkludert unntak fra plikten til å gjennomføre åpen konkurranse?
- Hvilke erfaringer har de private aktørene hatt med de regionale helseforetakene som ny avtalepart i forhold til forutsigbarhet, reell bestillerkonkurranse og langsiktighet?

2.4.2 Forvaltningsnivåer og samordning

Et viktig mål er å gi rusmiddelmissbrukere et bedre og mer hensiktsmessig behandlingstilbud, skape langsiktighet og kontinuitet i tjenestene. Dette krever at de ulike instanser som har ansvar for tiltak til rusmiddelmissbrukere har avklarte roller og har utstrakt samarbeid og systemer for samordning. Rusreformen innebærer at behandling og tilbud til rusmiddelmissbrukere som nevnt skal organiseres på to forvaltningsnivåer: kommunenes sosialtjeneste skal yte tjenester etter sosialtjenesteloven, og fastlegene etter kommunehelsetjenesteloven og Staten/de regionale helseforetakene etter spesialisthelsetjenesteloven.

Med rusreformen har vi fått endringer i lover, forskrifter og sentrale føringer som vil ha innvirkning på hvordan de regionale helseforetakene og de kommunale helse- og sosialtjenestene forholder seg til eget og andres ansvar, samarbeid og koordinering innen rusvernet. Blant annet er ordlyden i sosialtjenestelovens § 6-1 (annet ledd), som omhandler sosialtjenestens ansvar, endret fra ”sørge for et behandlingsopplegg”, til ”bistå med å etablere et behandlingsopplegg”. Likevel understrekes fra departementet at sosialtjenestens ansvar ikke er endret som følge av rusreformen: sosialtjenesten skal fortsatt ha ansvar for å tilby og å iverksette tiltak utenfor institusjon og å henvise rusmiddelmissbrukere til helsetjenesten ved behov (Rusreformen – nyhetsbrev 2004).

Det vil være interessant å se nærmere på hvordan de regionale helseforetakene og kommunale helse- og sosialtjenester forholder seg til eget og andres ansvar for tjenester til rusmiddelmissbrukere etter rusreformen. Vi tar opp disse problemstillingene:

- Har reformen ført til endringer i kommunenes forvaltning av det helhetlige ansvaret for rusmiddelmisbrukere?
- Om og i tilfelle på hvilke områder har rusreformen ført til bedre samordning mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten?
- Har rusreformen ført til endringer i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste?

2.4.3 Økonomi

De fleste regionale helseforetakene har en presset økonomi med tiltak og planer for effektivisering av tjenester og i noen tilfeller nedbemanning. Foretakene er tilført friske midler i forbindelse med rusreformen og det er på den bakgrunn viktig å undersøke hvordan behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere prioriteres økonomisk. For 2004 fikk de regionale helseforetakene samlet sett overført 1,423 milliarder kroner til rusbehandling samt rett til refusjon av poliklinisk behandling. De midlene som ble overført var ikke øremerkede, men etter SIRUS' vurdering har de regionale helseforetakene stort sett overført tilsvarende beløp til behandlingstiltakene (Alver, Bretteville-Jensen & Kaarbøe 2004). Her vil vi etterspore de økonomiske prioriteringer som er gjort etter rusreformen, både fra regionale helseforetak og kommunenes side. Sentrale spørsmål er:

- Hvordan prioriterer de regionale helseforetakene behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere økonomisk, sammenlignet med psykiatriske og somatiske helsetjenester?
- Bruker kommunene mer eller mindre penger til behandling av rusmiddelmisbrukere nå enn før rusreformen?
- Finner vi endringer innen de regionale helseforetakene i forholdet mellom polikliniske tilbud versus døgnbehandling?

2.5 Helhet og kontinuitet i behandlingsskjeden

Et mål med rusreformen er å gi rusmiddelmisbrukere med behov for hjelpe- og behandlingstiltak et bedre og mer hensiktsmessig tjenestetilbud. Dette stiller krav til henvisningspraksis og organisering mellom tjenesteyterne. I denne prosessen er det viktig å sikre pasientrettigheter og kvalitet i tjenestene. Dette er tema som tatt opp i evalueringen, både sett fra tjenesteyter sin side og fra pasientenes ståsted.

Vi mener det her er interessant å se på behandlingsskjeden "nedenfra". Rusmiddelmisbrukere er en uensartet gruppe som i ulik grad er i kontakt med sosialtjenesten og fastlegene i kommunene. For å fange opp de ulike brukere som har behov for tverrfaglig spesialisert behandling har Stortinget vedtatt at både sosialtjenesten og helsetjenesten/fastlegene på likt grunnlag kan henvise til behandling i spesialisthelsetjenesten (Helse og omsorgsdepartementet 2004). Rutiner for varsling av overgang mellom spesialisthelsetjeneste og førstelinjen er lovregulert: Etter sosialtjenesteloven har sosialtjenesten en plikt til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten når de får varsel om utskriving av en pasient. Når det er behov

for oppfølging og pasienten samtykker, skal sosialtjenesten varsles. Ved utskriving etter at tvangsvedtak opphører skal sosialtjenesten alltid varsles.

Dette reiser en rekke spørsmål:

- Hvordan forholder de ulike deler av hjelpeapparatet seg til de ulike rutiner og ordninger som skal sikre en helhetlig behandling?
- Hvordan organiseres overgangene mellom de ulike tjenesteyterne i behandlingskjeden?
- Har det oppstått uønskede effekter/vridningseffekter? Hvordan har for eksempel ventelistene til ulike typer tverrfaglig spesialisert behandling utviklet seg i tiden etter reformen?
- Er det stor variasjon i hvordan henvisningene vurderes i forhold til pasientrettigheter og rett til nødvendig helsehjelp?
- Hvilke erfaringer har den kommunale helse- og sosialtjenesten med to-sporet henvisning?
- Fører samordningen til behandling uten brudd i behandlingskjeden og gode rutiner ved inn- og utskriving, herunder varslingsplikt?
- Hvilke erfaringer har kommunene med varslingsplikt av utskriving fra tverrfaglig spesialisert behandling?

2.5.1 Individuelle planer

I Sosial- og helsedirektoratets strategi for kvalitetsforbedring er det blant annet lagt vekt på at brukerne selv skal ha innflytelse på tjenestene. Et virkemiddel for å få dette til er bruk av individuell plan. Samtidig skal individuell plan være et redskap for å sikre sammenheng mellom ulike tjenester for den enkelte rusmiddelmissbruker. Vi spør:

- I hvilken grad er individuell plan tatt i bruk for rusmiddelmissbrukere i behandling?
- På hvilket tidspunkt i tiltakskjeden utarbeides individuell plan?
- Hvem tar initiativ til utarbeidelse av individuell plan?

2.5.2 Rettigheter

Tiltak til rusmiddelmissbrukere er nå en del av spesialisthelsetjenesten, og kommer dermed inn under pasientrettighetsloven. Rettighetene innebærer blant annet fritt valg av behandlingssted, rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager fra henvisning er mottatt og rett til informasjon og medvirkning. Brukerne eller pasientene skal gjennom nye rettigheter, som individuell plan, klageadgang og rett til medvirkning, kunne ha større innflytelse på egen behandling.

Aktuelle spørsmål i evalueringen er:

- I hvilken grad har rusmiddelmissbrukere fått informasjon om sine rettigheter, hvor godt er de blant annet kjent med retten til fritt behandlingssted?

- I hvilken grad er rusmiddelmisbrukere kjent med, og har benyttet seg av retten til individuell plan?
- I hvilken grad har rusmiddelmisbrukere benyttet seg av klageadgang, og hva er eventuelt erfaringene med klageadgangen?
- I hvilken grad er rettighetene etterkommet?
- Overholdes behandlingsfristene?
- I hvor stor grad velger pasienter behandlingssted utenfor egen region? Hva er eventuelt årsakene til dette? Hvilke ufordringer medfører et slikt valg, blant annet for samhandling med det kommunale hjelpeapparat?

2.5.3 Kvalitet

I rusreformen inngår en målsetning om bedre kvalitet på tjenester til rusmiddelmisbrukere. Kvalitet blir beskrevet slik i Sosial- og helsedirektoratets strategi for kvalitetsforbedring: ”Tjenestene skal være virkningsfulle, trygge, samordnet og preget av kontinuitet, rettferdig fordelt, involvere brukerne og gi dem innflytelse” (Sosial- og helsedirektoratet 2004). At tjenestene skal være virkningsfulle vil blant annet bety at behandlingsintervensjonene skal være kunnskapsbaserte, dvs. at det skal foreligge kunnskap om hvilken effekt intervensjonene har i forhold til mål for behandlingen. I følge Helse og omsorgsdepartementet var behandlingstilbudet pr juli 2004 i liten grad basert på slik kunnskap (Helse og omsorgsdepartementet 2004). Spørsmål i denne forbindelse er:

- I hvilken grad har de regionale helseforetakene kartlagt de behandlingsintervensjonene som er i bruk?
- I hvilken utstrekning er effekter av behandling dokumentert?
- Hvilke kvalitetssystemer har de regionale helseforetakene?
- Har de regionale helseforetakene satt i gang med tiltak for kvalitetsforbedring, og eventuelt hvilke?
- Hvilke kompetansehevingstiltak er satt i gang?

2.5.4 Pasienterfaringer

Sammenheng og helhet i behandlingen blir her et viktig kvalitetskriterium: det blir lagt vekt på at behandlingen skal være helhetlig; både rusmiddelmisbruk, somatiske og psykiske lidelser skal utredes og behandles samtidig. Begrepet tverrfaglig spesialisert behandling sier også noe om en sterkere vektlegging av det helsefaglige på et felt som tidligere har vært preget av sosialfaglige tilnærminger. Overføring av ansvar til spesialisthelsetjenesten skal også bidra til at rusmiddelmisbrukere lettere får tilgang til den somatiske og psykiatriske delen av spesialisthelsetjenesten (Helse og omsorgsdepartementet 2004). Dette går også fram av styringsdokumentet fra departement til de regionale foretakene. En studie av helsetjenester for rusmiddelmisbrukere viste at det var et stort underforbruk av helsetjenester i denne gruppen (Ruud og Reas 2003, rapport Helsetilsynet 2005). Vi mener derfor at det er en viktig del av evalueringen å innhente brukernes egne erfaringer med reformen.

Aktuelle spørsmål er her:

- Hvordan opplever rusmiddelmisbrukere de tjenester de får og møtet med ulike deler av hjelpeapparatet etter rusreformen? Opplever de selv at de får helhetlig og relevant behandling?
- I hvilken grad opplever rusmiddelmisbrukere at reformen har ført til at det er blitt enklere å få adekvat behandling?
- Opplever rusmiddelmisbrukere at behandlingstilbudet har blitt mer helhetlig, og at de får hjelp for misbruksproblem, og eventuelle psykiske og somatiske lidelser

Dette store mangfold av tema og problemstillinger har krevd et stort mangfold av metoder. I det neste kapitlet gjør vi rede for dette metodemangfoldet. Videre i kapitlene 4, 5, 6, 7 og 8 presenteres resultatene fra de ulike undersøkelsene, før vi i kapittel 9 drøfter resultatene i forhold til de mest sentrale temaene i evalueringen. I kapittel 10 konkluderer vi med utgangspunkt i den analysemodellen som er valgt for evalueringen.

3 Metode

Det metodiske designet for prosjektet baserer seg på den analysemodellen vi har valgt for å kunne håndtere de mange problemstillingene som det er gjort rede for i konkurransegrunnlaget. Det betyr et todelt metodisk opplegg med en del som fokuserer på de strukturelle endringene som rusreformen representerer og en del som handler om hvilke funksjonelle konsekvenser de strukturelle endringene har fått for organiseringen, innholdet og kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet til ulike grupper rusmiddelmissbrukere i ulike deler av landet.

En slik todeling var også strategisk i forhold til tidsperspektivet for evalueringen. Ved oppstarten av evalueringen hadde rusreformen virket i snaut 1 ½ år. Allerede i evalueringens første halvår (høst 2005) kunne en derfor forvente at både sentrale, regionale og lokale aktører hadde gjort seg erfaringer med de strukturelle endringene som har fulgt med reformen. Dette gjaldt strukturelle endringer i forhold oppgavedeling, ansvar, myndighet, systemer for pasientstyring og ivaretagelse av rettigheter, og økonomiske ordninger og incentiver.

I forhold til å forvente endringer i konkret organisering, innhold og kvalitet på tjenestene rettet mot ulike grupper rusmiddelmissbrukere, er 1 ½ års virketid av reformen et kort evalueringsperspektiv. Endringer i forhold til å oppnå mer helhetlige og tverrfaglige tjenester mente vi burde kunne evalueres i første halvår 2006. Ulike aktørers erfaringer i forhold til denne overordnede målsettingen, var dermed mulig å evaluere innenfor evalueringens tidsperspektiv. Endringer i forhold til målet om mer individuelt tilpassede tjenester med en bedre faglig kvalitet, har det vært langt mer komplisert å evaluere og burde foregått innenfor et lengre tidsperspektiv. Det har derfor vært et viktig poeng å trekke evalueringen i forhold til disse problemstillingene lengst mulig ut i evalueringen.

Tidlig i 2006 ble det utarbeidet en foreløpig rapport om evalueringen (Lie, Nesvåg & Allred 2006). Den foreliggende rapporten bygger på den første delrapporten med ajourførte opplysninger og nye data, spesielt når det gjelder informasjon om pasienter, opplysninger om behandlingstiltak og fra sosialtjenesten. Pasientdataene fra 2006 er en videreføring av en basisregistrering fra 2003. Vi har dermed en før- og etterregistrering i forhold til innføringen av rusreformen og kan foreta en vurdering av effekter av reformen.

Det er lagt opp til en metodetriangulering som skal styrke det datagrunnlaget som trengs for å gjennomføre en god analyse av rusreformens strukturelle virkninger og funksjonelle konsekvenser.

3.1 Strukturelle endringer

Rusreformen er først og fremst en forvaltningsreform der de regionale helseforetakenes nye ansvar og de nye økonomiske og juridiske rammevilkårene har konsekvenser for mange aktører på ulike forvaltningsnivå og blant både forvaltere, tjenesteytere og brukere. I den første delen av prosjektet har vi gjennomført tre aktiviteter for datainnsamling for å få belyst de strukturelle endringene og sentrale aktørers erfaringer og synspunkter på disse endringene.

3.1.1 Dokumentanalyse

Grunnlaget for reformen er dokumentert gjennom statlige utredninger, proposisjoner og rundskriv fra sentrale myndigheter. Videre er selvsagt de nye lovbestemmelsene, forskriftene og forarbeidene til disse viktige dokumenter i forhold til de strukturelle endringene i rusreformen. De årlige styringsdokumentene og RHFenes oppfølging av disse overfor HFer og private tjenesteleverandører gir viktig dokumentasjon for hvordan statlige føringer følges opp og utformes regionalt. I dette ligger også de nye driftsavtalene med private leverandører. Vi har også samlet inn og analysert skriftlig materiale (informasjonsskriv, eventuelle avtaler osv.) som dokumenterer samhandlingen mellom RHF og kommunene angående implementeringen av rusreformen.

3.1.2 Kartlegging av den regionale utformingen av rusreformens strukturelle sider

Det har vært viktig å få en detaljert oversikt over hvordan de enkelte RHFene har utformet de strukturelle sidene ved rusreformen, dvs. hvordan de har organisert seg for å ivareta sitt "sørge for" ansvar, for å håndtere pasientstrømmer, rettigheter, organisering og samhandling mellom de regionale- og de lokale helseforetakene (RHFer, HFer), private leverandører og samhandlingen med kommunenes helse- og sosialtjeneste. I denne kartleggingen har vi først og fremst vært ute etter samhandlingen på et overordnet organisatorisk og institusjonelt nivå. I kartleggingen har vi innhentet statistikk over henvisninger, ventetider og antall pasienter i behandling og sammenlignet dette med tilsvarende tilgjengelige data fra før rusreformen. Vi har også innhentet økonomiske data fra KOSTRA (nasjonal database over kommuneregnskaper).

3.1.3 Kvalitativ intervjuundersøkelse

Konkurransegrunnlaget legger stor vekt på å få fram ulike aktørgruppers erfaringer og synspunkter på rusreformens virkninger. En intervjuundersøkelse som skal dekke disse aktørgruppene med nødvendig geografisk spredning, måtte ta utgangspunkt i alle fem RHFene. I alle RHFene er det viktige særegenheter ved rammevilkår og valg av strukturelle løsninger som måtte representeres i undersøkelsen. For eksempel kan vi nevne rammevilkår som:

- Helse Nord: spredt befolkningsstruktur, store avstander, spesielle forpliktelser overfor den samiske befolkningen, lang tradisjon for regionalt samarbeid også på rusfeltet.

- Helse Midt: Eget HF for de tverrfaglige spesialiserte tjenestene til rusmiddelmisbrukere
- Helse Vest: En svært stor andel av det spesialiserte tilbudet dekket gjennom avtaler med private leverandører tilsluttet store private hovedorganisasjoner
- Helse Sør: En god dekning av medisinsk kompetanse ved flere av de sentrale tiltakene
- Helse Øst: En meget stor andel av den samlede problematikken, særlig i forhold til injiserende rusmiddelmisbrukere, videreføringen av den spesielle organiseringen av tilbud en tidligere fant innenfor Oslo kommune og et stort antall institusjoner for illegale misbrukere som før rusreformen solgte spot-plasser til rusmiddelmisbrukere fra hele landet.

For å dekke denne variasjonsbredden har vi foretatt følgende kvalitative intervju:

- Utvalgte statlige aktører innen politikk og forvaltning – **5 intervju**
- Utvalgte ledere og ansatte i de fem RHFene, i utvalgte HFER i hver av de fem helseregionene, og i enkelttiltak eid av HFene – **23 intervju**
- Ledere og ansatte i utvalgte private eide virksomheter med avtaler med RHFene - **15 intervju**
- Ledere og ansatte i utvalgte kommunale helse- og sosialtjenester – **13 intervju**
- Representanter fra brukerorganisasjonene – **5 intervju**

I forbindelse med et eget evalueringsoppdrag for Helse Midt-Norge RHF, angående organiseringsmodellen som er valgt med et eget rusbehandlingsforetak, er det også gjennomført 6 intervju med personer i styre og ledelse av RHFet og Rusbehandling Midt-Norge HF, og 5 intervju med representanter for kommunale helse og sosialtjenester og ett NAV-kontor. Materiale fra disse intervjuene er også i noen grad tatt med som grunnlag for den nasjonale evalueringen.

3.2 Funksjonelle konsekvenser - endringer i tjenestetilbudet

3.2.1 Kvalitativ intervjuundersøkelse: brukererfaringer

Ut fra vår erfaring fra tidligere undersøkelser der en ønsket informasjon om både tjenesteytere og brukeres erfaringer med et bestemt tjenestetilbud, har vi valgt en utvalgsstrategi der en kan bygge på etablerte relasjoner mellom tjenesteytere og brukere. Vi har til sammen intervjuet **14 brukere**. For hver av brukerne har vi intervjuet fagpersoner i ulike deler av hjelpeapparatet. Antallet inngår i oversikten under punkt 3.1.3 ovenfor.

Tillatelsen til å intervju brukere er rettet gjennom tjenesteyterne, og brukerne har i sin tur gitt oss tillatelse til å intervju tjenesteyterne.

3.2.2 Tverrsnittundersøkelse: tilbud innen de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere

Tverrsnittundersøkelsen som ble gjennomført av Sintef Helse og Rogalandsforskning med datainnsamling i november 2003 (Gundersen m.fl. 2004) danner en god "baseline" for en undersøkelse av endringer i forholdet mellom behov og tilbud i de tverrfaglige spesialiserte tjenestene etter rusreformen.

Populasjonen for undersøkelsen i 2003 var pasienter i tiltak registrert i www.rustiltak.no. Siden dette var etter sykehusreformen i 2002, men før rusreformen, var dette tiltak organisert på flere nivå. Noen tiltak var organisert under psykiatrien og dermed alt en del av spesialisthelsetjenesten i statlige helseforetak. Noen tiltak var behandlingstiltak eid av eller med avtale med fylkeskommunene. Andre tiltak var omsorgstiltak eid av kommunene (de aller fleste i Oslo). Enkelte tiltak var private rustiltak uten avtaler, så som Minnesota-institusjoner og Evangeliesentre. Selv om også tiltak i statlige helseforetak ble spurt om å delta i undersøkelsen, var det få av disse som svarte. De 109 tiltakene som svarte, fordeler seg på ulike typer tilbud som vist i tabell 1 (flere av tiltakene har flere typer tilbud, i de fleste tilfellene både poliklinikk og korttids døgntilbud).

Også i 2006 har tverrsnittundersøkelsen tatt utgangspunkt i tiltak registrert i www.rustiltak.no. Basen er oppdatert med tiltak som er nye etter rusreformen og synes også i større grad å fange opp de fleste tiltak i psykiatrien som har rusmiddelavhengige som sin primære målgruppen. De fleste av disse er poliklinikker (mange tidligere psykiatriske ungdomsteam), men inkluderer også egne team/poster for dobbeltdiagnosepasienter. Når vi skulle gjenta tverrsnittundersøkelsen i 2006, var vi opptatt av å få med en større del av denne bredden, enn det vi hadde oppnådd i 2003. Slik Tabell 1 viser, ble dette i noen grad oppnådd.

Det er gjennomført en undersøkelse av a) institusjoner og en undersøkelse av b) pasienter i institusjoner.

A. Institusjonsundersøkelsen

I forbindelse med tverrsnittundersøkelsen i 2006 ba vi tiltakene om også å svare på noen spørsmål om den aktuelle situasjonen og endringer på tiltaksnivå (behandlingsprofil, målgrupper, oppholdslengder, tallet på døgnplasser og tallet på ansatte, fordelt på dogn/poliklinikk og ulike faggrupper). Av alle tiltakene svarte 95 på denne delen av undersøkelsen. Blant de som ikke svarte, var det noen flere poliklinikker og langtidsinstitusjoner enn korttidsinstitusjoner og omsorgsinstitusjoner.

Av de 95 institusjonene som svarte i 2006 er 22 omsorgsinstitusjoner, og tilhører ikke spesialisthelsetjenesten. Disse institusjonene vil bli tatt ut av den videre analysen. Av de 22 omsorgstiltakene er 17 lokalisert i Oslo. Disse er nærmere omtalt i en egen rapport til Oslo kommune (Lie 2006).

Til sammen ble det sendt ut institusjonsskjema til 126 forskjellige spesialistinstitusjoner organisert innen psykisk helsevern og rustiltak. Vi fikk svar fra 73 av disse (58 prosent). Av de som ikke svarte var det 23 tiltak innen psykisk helsevern (polikliniske tilbud) og 30 rustiltak.

Tabell 1. Institusjoner* i spesialisthelsetjenesten fordelt på ulike typer tiltak i 2006. Svarprosent.

Type tilbud/tiltak	Tallet på institusjoner som har svart	Institusjoner med flere tilbud	Prosent
Rene poliklinikker i alt	31	-	42
Korttidsbehandling døgn i alt	21		29
Av dette med poliklinisk tilbud		(10)	
Langtidsbehandling døgn i alt	21		29
Av dette med poliklinisk tilbud		(2)	
Av dette med korttidstilbud		(3)	
Institusjoner i alt	73		100
Av dette med andre tilbud	-	(15)	-

Kilde: IRIS 2006: Undersøkelse av rustiltak. *) En institusjon kan ha mer enn ett tiltak. Institusjonene er her kategorisert etter tiltak på høyeste nivå.

Tabell 1 a). Tallet på tilbud blant institusjoner som har svart. Prosent

Tilbud	Tilbud	Prosent
Poliklinisk	43	59
Korttid døgn	24	33
Langtid døgn	21	29
Institusjoner i alt i alt	73	121
Tallet på tilbud	88	

B. Pasientundersøkelsen

Hver av institusjonene/tiltakene ble bedt om å fylle ut et tosidert skjema for hver av de pasientene som kom til en poliklinisk samtale i løpet av en gitt takers periode eller som fikk et døgntilbud i en gitt uke i november 2003. Dette ga et materiale på til sammen 3390 pasienter, som fordelte seg på de fire tilbudstypene, slik Tabell 2 viser.

I 2003 var tilbakemeldingen at den relativt lange undersøkelsesperioden for poliklinikker (registrering av pasienter i en periode på 14 dager) innebar et betydelig arbeid for tiltakene. Det førte også til at vi i undersøkelsen i 2003 fikk en fordeling med nesten halvparten polikliniske pasienter. Vi bestemte derfor at tverrsnittsundersøkelsen i 2006 skulle gjelde klienter/pasienter som fikk et poliklinisk tilbud eller et døgntilbud for

en bestemt dag (i juni 2006 for de fleste av tiltakene, og for en dag i august for de som kom til etter en purrerunde). Til sammen ga dette et materiale på til sammen 2201 pasienter, jevnt fordelt på de ulike tilbudstypene (Tabell 2).

Tabell 2. Pasienter fordelt på typer tilbud i 2003 og 2006.

Type tilbud	2003		2006	
	Tallet på klienter	Prosent	Tallet på klienter	Prosent
Poliklinikk	1520	46	560	25
Korttidsbehandling døgn	681	21	569	26
Langtidsbehandling døgn	510	15	488	22
Omsorg døgn	618	19	562	26
Ingen opplysning	61		22	-
I alt	3390	100	2201	100

Kilde: SINTEF/RF (IIRIS) 2003 og IRIS 2006. Kartlegging av pasienter i tiltak innen rusfeltet.

3.2.3 Spørreskjemaundersøkelse i den kommunale sosialtjenesten

For å undersøke nærmere sosialtjenestens erfaringer med rusreformen besluttet vi å gjennomføre en landsomfattende survey. Vi har kvalitative intervju med et lite utvalg kommuner i alle helseregioner, men vi innså at dette ble for lite til å gi et representativt inntrykk av sosialtjenesten.

Sosialkontorene i alle landets kommuner fikk tilsendt ett spørreskjema, stilt til sosiallederen, om erfaringene med tjenester til rusmiddelmisbrukere etter reformen. Spørsmålene bygger i stor grad på subjektive vurderinger fra sosialsjefens side, eller den personen sosialsjefen delegerer arbeidet til (kan være en ruskonsulent eller andre). Sosialtjenesten ble bedt om å sammenligne år 2002 med 2005. I alt 218 sosialkontor har svart. Av disse er 12 kontor fra bydeler i Oslo. (Spørreskjema, se Vedlegg).

Svar fra sosialtjenesten i 2006 sammenlignes med folketallet i kommunene 31.12.2005 i Tabell 3. Svarene i undersøkelsen fra sosialtjenesten er tilfredsstillende sett i forhold til folketallet i kommunene. De minste kommunene er litt underrepresentert i undersøkelsen i 2006 mens de større kommunene er litt overrepresentert. At de større kommunene er litt overrepresentert kan være en fordel, da de større kommunene har en større forekomst av rusmiddelmisbrukere, spesielt de større byene. I denne oversikten er bydelssosialkontor medregnet. Med fratrekk av disse vil tallet på de større kommunene bli noe redusert, men dette endrer ikke tendensen i svarandelene.

Tabell 3. Svar fra kommuner i undersøkelsen i sosialtjenesten i 2006 sammenlignet med fordelingen av norske kommuner etter folketallet 21.12.2005. Prosent

Folketall	Undersøkelsen i sosialtjenesten i 2006	Alle kommuner i landet
Under 4000	42	47
4000 opp til 10000	24	30
10000 opp til 20000	17	14
20 000 og over	17	10
I alt	100	101

4 De regionale helseforetakenes "sørge for" ansvar

4.1 Sammendrag kapittel 4

Ved iverksettingen av rusreformen fikk de regionale helseforetakene overført vel 1,4 milliarder kroner til å dekke de kostnadene de ble påført gjennom overtakelsen av ansvaret for de tverrfaglige spesialiserte tjenestene til rusmiddelmissbrukere. Ut over dette har helseforetakene økt budsjettene til de samme tjenestene med ca. 40 prosent i perioden 2004-2006 (nominell vekst).

Økningen i ressursbruken har vært rettet mot å styrke den helsefaglige bemanningen og styrke vurderings- og behandlingsskapasiteten. Det synes som en har vært opptatt av å skape en bedre balanse i tilbudet mellom avrusning og behandling. Tilbudet i forhold til tvang er noe bedret. Det har ikke skjedd noen forskyvning fra langtidsbehandling til korttidsbehandling og fra døgn- til poliklinisk behandling, snarere tvert om. Flere av de regionale foretakene bruker store ressurser på gjestepasientplasseringer, med de negative konsekvenser det kan ha for lang avstand mellom behandlingstilbud og oppfølging fra hjemkommunen.

Det foretas ingen systematisk kartlegging av behandlingsbehov i forhold til rusmiddelproblemer i befolkningen. Et unntak er Helse Fonna som har utviklet et eget databasert verktøy for kartlegging og planlegging av behandlingsbehov. Vurdering av behov skjer mest ut fra utviklingen i henvisninger og ventetider.

Det skjedde en meget sterk økning i antall henvisninger like etter reformen, for så å flate noe ut. Det meste av økningen i antall henvisninger synes nå å skyldes et høyere antall henvisninger fra leger og fra andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Roller, systemer og rutiner for henvisning og vurdering kom raskt på plass etter reformen. Det oppsto imidlertid også tidlig store forskjeller i hvor stor andel av de henviste pasientene som gis rett til nødvendig helsehjelp. Slike forskjeller er ikke i tråd med helsepolitiske mål om like adgang til spesialiserte tjenester uavhengig av bosted. Forskjellene finnes fremdeles, til tross for stor oppmerksomhet og mye diskusjon om grunnlaget for dem. Et første forsøk fra foretakene på å etablere felles retningslinjer for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, strandet etter en opphetet offentlig diskusjon. En ny gruppe, ledet av Sosial- og helsedirektoratet, vil fremme et nytt forslag til retningslinjer på nyåret 2007. Samtidig er det viktig å minne om at de samme forskjellene også finnes innenfor de andre delene av spesialisthelsetjenesten, uten at dette synes å skape den samme offentlige debatt.

De tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere er alene om å ha etablert et system med såkalte behandlingsnivå. En ensidig oppmerksomhet fra vurderingsinstansenes side rettet mot å definere rett behandlingsnivå og maksimal ventetid, synes å ha gått på bekostning av en god tilpasning mellom pasientenes behov og et differensiert behandlingstilbud. Særlig synes dette å gjelde korttids

døgnbehandling. Spesielle behov hos pasientgrupper som kvinner og familier synes dermed ikke å bli tilstrekkelig ivaretatt.

4.2 Økonomi og kapasitet

De regionale helseforetakene har ansvaret for at helsetjenestetilbudet i regionene dekker befolkningens behov. Bestillingsdokumenter fra foretakseier gir nærmere retningslinjer for prioritering av tjenester. I bestillingsdokumentene etter rusreformen er det krevd at rusbehandling skulle ha en prosentvis høyere vekst enn somatiske tjenester. Alle regionale helseforetak mener at de har oppfylt prioriteringskravene i bestillerdokumentene. Tall fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten BUS 2006) bekrefter dette for fire av de fem foretakene. For Helse Sør vises det en negativ utvikling. Ut fra de opplysningene vi har samlet inn fra foretakene, er dette åpenbart feil. Helse Sør har hatt en minst like sterk vekst i sine rusbehandlingstjenester som de andre foretakene. Fra 2004 til 2006 melder Helse Sør RHF om 23 prosent økning i antall døgnplasser og 14 prosent økning i antall stillinger. I tillegg kommer økt behandlingsskapasitet i tiltak organisert i psykisk helsevern (ruspoliklinikker og rusteam).

Ved iverksettingen av rusreformen ble det overført 1,3 mrd kroner fra kommuner og fylkeskommuner til de regionale helseforetakene. Beløpet tilsvarer de midlene som det ble anslått at fylkeskommunene og kommunene gjennom den kommunale delbetalingen brukte til behandling av rusmiddelmisbrukere. I 2004 ble det vedtatt en tilleggsbevilgning på ytterligere 100 mill. kroner til de regionale helseforetakene. Flere foretak mener at rusbehandlingen var underfinansiert i 2004, og tok derfor midler fra egne basisbevilgninger utover tilleggsbevilgningen knyttet til reformen.

Ut fra tallene fra BUS må de regionale helseforetakene ha disponert ca. 360 mill. kroner ekstra fra egen rammefinansiering, slik at det i 2004 ble brukt nesten 1,8 mrd kroner til å dekke underfinansieringen og øke kapasiteten til rusbehandling dette året. I 2005 har BUS beregnet at dette har økt til 1,9 mrd kroner. Utviklingen i 2006 er det vanskeligere å få sikre tall for, men mye tyder på en videreutvikling på nivå med utviklingen i 2005. Helse Vest RHF har for eksempel anslått sin forbruksvekst til ca. syv prosent. Flere andre RHFer melder om tilsvarende økning i døgnbehandlingsplasser og i bemanning.

I forhold til utgangspunktet i 2004 er det Helse Midt-Norge som synes å ha en den sterkeste økningen. I 2006 forventes det at forbruket i den delen av hjelpeapparatet som er organisert under Rusbehandling Midt-Norge HF vil ligge på ca. 190 mill. kroner, en økning på over 60 prosent i forhold til 2004.

Det meldes om en økning i både poliklinisk aktivitet og økt kapasitet i døgnbehandling. Før reformen var det mange som mente det ville skje en dreining av innsatsen over til poliklinisk behandling. I de distriktpspsykiatriske sentrene (DPSene) har det vært en oppbygging av poliklinisk kapasitet. Det er bygget ut døgnbehandlingstilbud, spesielt for pasienter med omfattende rus og psykiatriproblemer.

I rustiltakene utenom psykiatrien (inkludert avdelinger for rus og avhengighet, organisert under psykiatriske klinikker) har det imidlertid vært satset langt mer på

utbygging av døgntilbud enn på utbygging av polikliniske tjenester. Helse Midt-Norge, som i utgangspunktet hadde en svært lav døgncapasitet, har økt kapasiteten med over 75 %. Regioner som hadde langt bedre dekning, har også økt kapasiteten. For eksempel har Helse Sør økt sin døgncapasitet med 23 prosent fra 2004 til 2006.

I tillegg har alle regionene utenom Helse Øst, et betydelig gjestepasientbudsjett. Av disse har Helse Vest det høyeste budsjettet. I 2006 forventer Helse Vest å bruke 82 mill kroner på gjestepasienter i 2006, og det utgjør nesten en fjerdedel av det totale budsjettet. Dette betyr at svært mange pasienter får sitt spesialistbehandlingstilbud langt unna sin hjemkommune.

4.3 Behov og henvisninger

'Sørge for' ansvaret innebærer at foretakene skal foreta en systematisk kartlegging av behovet for behandlingsplasser. Foretakene har til nå ikke iverksatt egne kartleggingsundersøkelser, men vurderer i stor grad behov for behandlingsplasser på grunnlag av løpende etterspørsel etter tjenester, slik dette kommer til uttrykk i form av henvisninger. Ved Helse Fonna HF er det igangsatt et utviklingsarbeid med sikte på å kartlegge forekomsten av rusmiddelmisbruk i kommunene og forventet behov for behandling. De første resultatene fra denne kartleggingen er presentert i kapittel 7.3.

I vår underveisrapport (Lie, Nesvåg & Allred 2006) ble det vist at antallet henvisninger økte kraftig i den første tiden etter rusreformen, for så å flate ut. Det er vanskelig å framskaffe gode data for hvor mye høyere nivået på antall henvisninger er pr. dato i forhold til situasjonen før, og i perioden like etter reformen. Flere helseforetak meldte om et nivå i den første tiden etter reformen som lå 50 prosent høyere enn før reformen. De fleste foretakene melder at nivået nå ligger klart lavere enn dette. Dette gjelder rustiltakene som er organisert utenom psykiatrien eller i egne avdelinger for rus og avhengighetsbehandling. Vi vet enda mindre om hvilken endring det har vært i henvisninger til rusteam/poliklinikker og rusposter (inkludert poster som tar pasienter med dobbeltdiagnoser; rus- og psykiatridiagnoser) som er integrert i DPSene. Utviklingen i ventetider kan gi et indirekte bilde av dette, gitt utviklingen i kapasiteten slik vi har vist ovenfor. Utviklingen når det gjelder ventetider er rapportert i kapittel 6.

På direkte forespørsel til helseforetakene har vi fått mer spredt informasjon som til sammen gjør at vi kan danne oss et bilde av endringer i hvem som henviser til spesialisert rusbehandling innen "rene" rusbehandlingstiltak og i rusbehandlingssenheter i DPSene.

Før rusreformen var det bare leger som kunne henvise til behandling i rusenheter i psykiatrien (døgnpoter, psykiatriske ungdomsteam og andre rusteam/poliklinikker). Etter rusreformen har også sosialtjenesten rett til å henvise til slike tiltak (definert som tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmisbrukere), men fortsatt er det fastlegene i primærhelsetjenesten som er den dominerende henvisende instansen til slike tiltak. Sosialtjenesten står for mellom 10 og 20 prosent av henvisningene, men det finnes unntak. Ved ett DPS vi har data fra, står sosialtjenesten for nesten halvparten av henvisningene.

Ved de rene rusbehandlingstiltakene har det skjedd en markert utvikling i fordelingen av henvisninger på ulike henvisende instanser. Eksempler fra to regioner kan illustrere dette.

Fra Nordnorsk Kompetansesenter Rus har vi fått opplyst at det har vært 968 henvisninger til rusbehandling i Helse Nord, så langt i 2006. Av disse er 42 prosent henvisninger fra primærlege, 34 prosent fra sosialtjenesten og de øvrige 24 prosent, stort sett fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende tall fra ett år tidligere var 36 prosent fra lege og 44 prosent fra sosialtjenesten.

Ved Vestfoldklinikken i Helse Sør har vi informasjon om at 73 prosent av henvisningene var fra sosialtjenesten i 2004, men at denne andelen har sunket til 36 prosent i 2006. Nå står primærlege for 29 prosent av henvisningene og viderehenvisninger fra annen del av spesialisthelsetjenesten for resten. Ved en annen enhet i Helse Sør, Avdeling for rus og avhengighetsbehandling i Kristiansand, utgjør henvisninger fra primærlege nesten halvparten av alle henvisninger i 2006.

I kommunesurveyen (se kapittel 7) har vi spurt sosialtjenesteledere om endringer i antall henvisninger etter reformen. Nesten halvparten svarer at det ikke er noen endring. 20 prosent svarer at det er en nedgang og 32 en økning, dvs. et "netto" antall sosialtjenester med økning på 12 prosentpoeng.

Det kan dermed synes som om det meste av økningen i henvisninger til rustiltak etter rusreformen, er henvisninger fra lege og viderehenvisninger fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientrettigheter

4.4 Pasientrettigheter

Pasientrettigheter hjemles i Lov om pasientrettigheter av 1. september 2004. Vurderingen av rettigheter for rusmiddelmisbrukere gjøres ut fra prioriteringsforskriftens bestemmelse. Vurderingen innebærer at man først tar stilling til om pasienten har behov for spesialiserte tjenester. Dersom det ikke foreligger et slikt behov, returneres henvisningen til 1. linjetjenesten. Hvis et slikt behov er til stede, tas det stilling til om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Uavhengig av rettighet, skal det besluttet hva slags hjelp pasienten trenger og på hvilket nivå hjelpen skal gis. For rettighetspasienter fastsettes en frist for når hjelpen senest kan gis ut fra den faglige vurderingen. Fristen angir grensen for hvor lenge det er forsvarlig at pasienten kan vente på helsehjelpen, og er juridisk bindende. Pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp, men som kan ha nytte av behandling fra spesialisthelsetjenesten, skal henvises til egnet behandlingstiltak og -sted. Pasienten settes på venteliste og opplyses om ventetid og prioritering.

Den praksis som har utviklet seg til nå, viser store forskjeller i andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp både mellom og innen regioner. I en rapport fra Norsk Pasientregister (NPR 2006) finner vi en tabell som viser andelen av nyhenviste i 2. tertial 2006, som er gitt rett til nødvendig helsehjelp:

Tabell 4. Antall nyhenviste og andel gitt rett til nødvendig helsehjelp. 2. tertial 2006

Region	Antall nyhenviste 2.tertial 2006	Prosentandel rett til nødvendig helsehjelp
Helse Øst RHF	1407	90
Helse Sør RHF	1354	52
Helse Vest RHF	323	86
Helse Midt-Norge RHF	479	97
Helse Nord RHF	231	74
Alle helseforetakene i gjennomsnitt	3794	76

Kilde: Norsk pasientregister, NPR.

Innen de to regionale helseforetakene med lavest andel rett til nødvendig helsehjelp, Helse Sør RHF og Helse Nord RHF, er det en stor variasjon internt, mellom vurderingsenhetene.

Forskjellene mellom og innen regionene har oppstått selv om vurderingsinstansene følger samme regelverk. Resultatene viser at det er systematisk ulik praksis og forståelse av retningslinjene. Det er derfor stor risiko for at tilgjengeligheten til tjenester er geografisk ulikt fordelt. Det vil si at sannsynligheten for å få nødvendig helsehjelp er avhengig av hvor klienten bor. Dette vil være i strid med overordna helsepolitiske mål. Med den praksis som har utviklet seg, er det et spørsmål om i hvilken grad også den tilgjengelige kapasiteten og type behandling virker inn på vurderingene.

I notatet fra NPR blir vi imidlertid også minnet om følgende: ” Denne tendensen til variasjon mellom regionene med hensyn til tildelt rett til nødvendig helsehjelp finner en også for de andre fagområdene i spesialisthelsetjenesten.”

Det har utviklet seg en praksis med mange vurderingsinstanser i hver region. Henvisningene sendes stort sett til nærmeste vurderingsinstans eller til en vurderingsinstans geografisk lenger borte, dersom henviser alt har gjort seg opp en mening om hvor selve behandlingstilbudet bør gis. Det er dermed stort sett bare for de behandlingstiltakene som ikke har tilknyttede vurderingsinstanser, dvs. langtids institusjonsbehandling og for behandling utenom egen region, at ikke vurdering og behandling gis ved samme institusjon.

Det kan virke som om det har utviklet seg en type utydelig spesialisering i tjenestetilbudet, som gjør det vanskelig å få til en god matching mellom klientens behov og valg av behandlingstiltak. I stedet nøyer en seg med å definere hvilket behandlingsnivå pasienten skal få tilbud om.

Prosedyrene for å ivareta det nye systemet med dobbeltsporet henvisning fra sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene, og for vurdering av rettigheter i forhold til spesialisert behandling, kom relativt tidlig på plass i alle helseregionene. Det ble laget dokumenter som beskriver rutiner og prosedyrer, utpekt utredningsinstanser og

laget et felles system for hele landet, for definisjon av behandlingsnivå. Det ble også laget informasjonsskriv til henvisende instanser. Senere laget en gruppe fagpersoner fra de regionale helseforetakene et omfattende forslag til felles vurderingskriterier for hva som skulle gi rett til nødvendig helsehjelp. Forslaget møtte sterk motstand og sentrale helsemyndigheter stoppet den videre implementeringen av kriteriene. En ny og utvidet gruppe, ledet av Sosial og helsedirektoratet, har arbeidet videre med forslaget, og en ny veileder ventes klar på nyåret 2007.

5 Behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten i 2003 og 2006

5.1 Innledning

Undersøkelsen av behandlingstiltak er basert på data fra 2003 fra en undersøkelse gjennomført av SINTEF/RF (referanse) og en undersøkelse i 2006 gjennomført av IRIS.

I undersøkelsen fra 2006 var det i alt 95 tiltak som svarte, hvorav 22 omsorgsinstitusjoner, som ikke tilhører spesialisthelsetjenesten.

Tallet på tiltak³ i denne analysen går fram av Tabell 1, side 375.

Et fåtall tiltak har flere tilbud f. eks. poliklinikk og kort- og/eller langtidstilbud. Prosentsummen er derfor over 100 i enkelte tabeller. På grunn av ulik andel med manglende opplysning på enkelte av spørsmålene, vil tallet på tiltak kunne variere noe.

Undersøkelsen inneholder opplysninger om:

Endringer i behandlingstilbudets faglige innhold

Endring i målgrupper

Endringer i lengden på behandlingstilbudet

Endringer i aktivitet/tiltak for intern kompetanseheving

Tallet på institusjonsplasser i 2006 og endringer etter 2004

Tallet på årsverk i tiltaket i 2006 og endringer etter 2004

Tallet på årsverk i poliklinikk i 2006 og endringer etter 2004

Tallet på årsverk i ulike yrkesgrupper i 2006 og endringer etter 2004.

5.2 Sammendrag kapittel 5

Etter reformen i 2004 og fram til 2006 er tallet på plasser i døgntiltak økt med åtte prosent, men økningen er ujevnt fordelt på tiltakene.

Basert på opplysninger fra de tiltakene som har svart på undersøkelsen er det vekst i tallet på årsverk i døgntiltak med 155 årsverk og i poliklinikker med 43 årsverk. Av de ulike faglige yrkesgruppene er veksten sterkest i helsefagene med økning på 133 årsverk for gruppene leger, psykologer og andre helsefag.

3 Omsorgsinstitusjonene holdes utenfor, siden de ikke tilhører spesialisthelsetjenesten.

I sosialfagene er økningen betydelig mindre med i alt 24 årsverk og med 10 årsverk for pedagoger i tillegg.

En forholdsvis liten andel av tiltakene har endret lengden på normerte behandlingstider, behandlingstilbudets faglige innhold, målgrupper for tiltakene. Andelen som har foretatt endringer ligger mellom 20 og 30 prosent. Andel som har iverksatt tiltak for kompetanseheving er på nærmere 40 prosent.

5.3 Økning i tallet på plasser i døgninstitusjoner

De 45 døgninstitusjonene (med kort- og langtidstiltak) hadde i 2006 i alt 1330 plasser, i gjennomsnitt 29 plasser per tiltak. I følge svarene er det skjedd en økning på 98 plasser fra 2004 til 2006, tilsvarende en økning på åtte prosent, se Tabell 5.

På spørsmålet om endringer, svarer 63 prosent av tiltakene at det ikke er skjedd noen endring i tallet på plasser. Drøyt en tredjedel av institusjonene har fått flere plasser, men ti prosent har fått færre.

Tabell 5. Tallet på plasser i døgninstitusjoner totalt i 2006. Endring i tallet på plasser etter 2004. Totale tall og gjennomsnitt

	Korttidstiltak		Langtidstiltak		Totalt	
	Tallet på plasser i 2006	Endring i tallet på plasser etter 2004	Tallet på plasser i 2006	Endring i tallet på plasser etter 2004	Tallet på plasser i 2006	Endring i tallet på plasser etter 2004
Gjennomsnitt	30	3	29	1	29	2
Sum plasser	728	73	602	25	1330	+ 98
Minimum plasser	6	-8	8	-3	6	- 8
Maksimum plasser	68	30	125	9	125	30
Standardavvik	21	7	25	3	29	2
Tallet på tiltak	24	24	21	21	45	45

Kilde: IRIS. Undersøkelsen av rustiltak 2006.

Tabell 6. Rapporterte endringer fra behandlingstiltak om tallet på plasser etter 2004.
Prosent

	Tiltak				Total	
	Korttid		Langtid		Tallet på tiltak	Prosent
	Tallet på tiltak	Prosent	Tallet på tiltak	Prosent		
Reduksjon i plasser	2	8	2	10	4	10
Ingen endring	14	58	12	60	25	63
Økning i plasser	8	33	6	30	12	34
Total	24	100	20	100	41	107*

Kilde: IRIS. Undersøkelsen av rustiltak 2006. *) Prosentsummen blir over 100 fordi tiltak kan ha mer enn ett tilbud.

5.4 Vekst i tallet på årsverk

Tallet på årsverk i døgninstitusjonene (kort- og langtidstiltak) har økt i de tiltakene 45 som har svart på undersøkelsen. Tallet på årsverk i 2006 var 1578. Den rapporterte økningen er på 155 årsverk etter reformen. Dette tilsvarer en økning på ni prosent.

Det er en økning på 43 årsverk i poliklinikkene.

Sterk vekst i medisinsk personale

Endringer i tallet på årsverk i ulike faggrupper gis for alle tiltakene; poliklinikker, kort- og langtidstiltak. I alt er det registrert en netto økning på 167⁴ årsverk etter reformen fordelt på ulike yrkesgrupper.

Det er skjedd en betydelig økning i medisinsk personale etter reformen, men også en økning i sosialt- og pedagogisk personale.

Årsverk for medisinsk personale (leger, psykologer og sykepleiere) er økt med til sammen 122 årsverk, mest for sykepleiere og psykologer, se Tabell 10. Per institusjon er imidlertid ikke økningene så store. Helsetilsynet har i sine revisjonsrapporter⁵ meldt om avvik når det gjelder medisinsk kompetanse, spesielt leger.

De oppgitte tallene bygger på tiltak som har svart på undersøkelsen, og totaltallene vil derfor være noen mindre enn de man skulle forvente hvis alle tiltakene hadde svart på undersøkelsen.

4 Gjelder bare fagstillinger. Inkludert administrative stillinger og andre stillingstyper er økningen på i 185 årsverk.

5 Det er gjennomført revisjon av 19 institusjoner.

Vi har foretatt en beregning av veksten i stillinger fordelt på faggrupper, hvis alle hadde svart på undersøkelsen.

Gitt at det har vært samme økning i årsverk i de institusjoner vi ikke har svar fra, har det vært en samlet økning på ca. 280 årsverk i ruspoliklinikker i psykiatrien og i rustiltakene, fordelt på 225 helseårsverk og 55 sosialfaglige og pedagogiske årsverk (jfr. Tabell 12).

Tabell 7. Tallet på årsverk i døgntiltak i 2006 og endringer etter reformen. Totale tall og gjennomsnitt

	Korttidstiltak		Langtidstiltak		Totalt	
	Tallet på årsverk 2006	Endring i tallet på årsverk etter reformen	Tallet på årsverk 2006	Endring i tallet på årsverk etter reformen	Tallet på årsverk 2006	Endring i tallet på årsverk etter reformen
Sum	904	+ 87	674	+ 68	1578	+ 155
Gjennomsnitt	38	4	32	3	35	3
Standardavvik i årsverk	32	7	20	4	26	6
Tallet på tiltak	24	23	21	21	45	44

Kilde: IRIS. Undersøkelsen av rustiltak 2006.

Tabell 8. Rapporterte endringer i tallet på årsverk etter rusreformen i døgntiltak. Prosent

		Tiltak i institusjon med døgnplasser		Total
		Korttid	Langtid	
Reduksjon årsverk	Prosent	0	10	5
Ingen endring	Prosent	38	19	31
Økning årsverk	Prosent	62	71	72
Total	Prosent	100	100	108 (n=43)

Kilde: IRIS. Undersøkelsen av rustiltak 2006.

Tabell 9. Årsverk i poliklinikker.

	Tallet på årsverk i 2006	Endring i årsverk etter 2004
Tallet på poliklinikker	43	+ 43
Gjennomsnitt	8	,87
Sum årsverk	344	+ 37

Kilde: IRIS. Undersøkelsen av rustiltak 2006.

Tabell 10. Endring i tallet på årsverk etter stillingskategori. Poliklinikker, kort- og langtidstiltak. Totale tall og gjennomsnitt

	Tallet på tiltak	Endring i tallet på årsverk etter reformen	Gjennomsnitt
Lege	73	20	,27
Psykolog	73	40	,54
Andre helsefag:	73	62	,85
Sykepleier	73	11	,14
Vernepleier	73	11	,14
Andre helsefag i alt	73	73	1,0
Sosialfag:	73	9	,12
Barnevernspedagog	73	15	,20
Sosionom	73	15	,20
Sosialfag i alt		24	0,3
Pedagog	73	10	,13
I alt	73	+ 167	+ 2,29

5.4.1 Sammenligning med tall fra Helsedepartementet 2003 og 2006

I 2003 foretok departementet en kartlegging av alle rustiltak som var aktuelle for overføring til helseforetakene gjennom rusreformen. Tiltakene ble, blant annet, kartlagt i forhold til Tallet på døgnplasser og bemanning fordelt på faggrupper. Av disse tiltakene, er det 33 tiltak som vi har tilsvarende opplysninger om fra tverrsnittsundersøkelsen i 2006.

Tabell 11. Endringer i døgnplasser og bemanning i 33 rustiltak 2003-2006.

	Helsedepartementets kartlegging 2003	IRIS Undersøkelsen av rustiltak 2006	Prosent endring	Endring i årsverk prosent- fordelt
	Antall	Endring - antall	%	%
Tallet på døgnplasser	891	91	10	-
Legeårsverk totalt	29	14	48	15
Tiltak uten legeårsverk	23	-16	-	-
Tiltak mindre enn ett legeårsverk	3	14	-	-
Psykologårsverk totalt	93	37	40	39
Tiltak uten psykologårsverk	10	-1	-	-
Øvrige helsefagårsverk totalt	271	47	18	50
Sosialfagårsverk totalt	214	10	5	11
Andre universitets- og høyskoleårsverk totalt	113	-14	-12	-15
SUM	720	94		100

Kilde: Helsedepartementet 2003 og IRIS. Undersøkelsen av rustiltak 2006

Vi ser at det for disse 33 tiltakene har vært en klart sterkere vekst i den helsefaglige bemanningen enn det økningen i Tallet på døgnplasser skulle tilsi. Legebemanningen var i utgangspunktet svært lav. Det aller meste av økningen på 48 prosent skyldes at tiltak helt uten legebemanning nå typisk har en bemanning på 0,2 til 0,3 årsverk. Fremdeles har 7 av 33 tiltak ingen legebemanning i det hele tatt. Det er også 9 tiltak som ikke har noen psykologbemanning, men kun to som verken har ansatt lege eller psykolog.

Blant disse 33 tiltakene har den sosialfaglige bemanningen ikke holdt tritt med økningen i Tallet på døgnplasser. Det er også en absolutt nedgang i bemanning med annen høyskole/universitetsutdanning. Dette gjelder først og fremst ansatte med pedagogutdanning.

Av de 33 tiltakene er det 23 privat eide tiltak som nå har inngått avtaler med de statlige helseforetakene. De øvrige 10 var eid av fylkeskommunene og er nå overtatt av helseforetakene. Det er ingen markerte forskjeller i utviklingen for de privat eide og tiltakene eid av de regionale helseforetakene

Tabell 12. Økning i tallet på årsverk i rustiltak organisert i psykisk helsevern.
Undersøkelsen av rustiltak 2006.

	N	Sum	Prosent
Lege	32	8	18
psykolog	32	17	39
Andre helsefag	32	17	39
Sosialfag	32	1	5
pedagog	32	0	0
I alt	32	+ 43	101

Kilde: IRIS. Undersøkelse av rustiltak 2006.

5.5 Endringer i oppholdstider, faglig innhold og kompetanse i tiltakene

Tiltakene fikk åpne spørsmål om endringer på ulike områder etter reformen. Spørsmålene dekker områdene:

- Endring i lengden på normerte behandlingstider i tiltakene
- Behandlingstilbudets faglige innhold
- Endring i målgrupper for tiltaket
- Endring i aktivitet/tiltak for intern kompetanseheving

Generelt er det lite endringer på de ulike områdene.

Lengde på behandlingstilbudet: 79 prosent svarer ingen endring.

Endring i intern kompetanseheving: 62 prosent svarer ingen endring.

Endring i målgrupper: 75 prosent svarer ingen endring.

Endring i faglig innhold i behandlingstilbudet: 70 prosent svarer ingen endring.

5.5.1 Lite endring i lengden på behandlingstilbudet

På spørsmål om endringer lengden på behandlingstilbudet gjelder normerte behandlingstider, som går frem av Tabell 13.

Hovedtendensen er ingen endring i oppholdstider, hele 79 prosent av døgninstitusjonene gir dette svaret. En andel på 12 prosent oppgir lengre oppholdstid mens noen flere har kortere oppholdstider.

Tabell 13. Kort- og langtidstiltak etter endring i normert lengde på behandlingstilbudet.
Prosent

		Tiltak i døgninstitusjoner		
		Korttid	Langtid	Total
Kortere oppholdstid	Prosent	13	19	17
Ingen endring	Prosent	67	81	79
Lengre oppholdstid	Prosent	21		12
Total	Prosent	100	100	107 (n=45)

Kilde: IRIS. Undersøkelsen av rustiltak 2006.

5.5.2 Et mindretall med tiltak for intern kompetanseheving

På spørsmålet om intern kompetanseheving svarer 38 prosent av institusjonene at de har satt i verk tiltak, mens altså 62 prosent ikke melder om noen tiltak.

Eksempler på tiltak er:

Mer etterutdanning, innen rus/psykiatri, kartlegging, medisin og pasientrettigheter.

5.5.3 Lite endringer i målgrupper

På spørsmål om endringer i målgrupper svarer ca. en fjerdedel av institusjonene at de har foretatt endringer.

Den hyppigst nevnte endringen er mer vekt på rus/psykiatri. Det svares også mer fokus på spilleavhengige, yngre rusmiddelmisbrukere, kvinner og fremmedkulturelle.

5.5.4 Et mindretall har foretatt endring i faglig innhold

Flertallet av tiltak, 70 prosent, har ikke foretatt noen endringer i det faglige innholdet.

De 30 prosent andre tiltakene melder om en rekke ulike tiltak på områder som:

- Helse og med individorienterte tiltak (diagnostisering, tjenester for psykiske plager, medisiner, mer vekt på utredninger og mer oppmerksomhet mot helse generelt)
- Ambulante tjenester
- Tiltak mot spilleavhengighet

6 Pasienter/klienter i rustiltak i 2003 og i 2006

Undersøkelsen av pasienter i tiltak er, som undersøkelsen i forrige kapittel, basert på data fra 2003 fra undersøkelsen gjennomført av SINTEF/RF (Gundersen m. fl. 2004)) og en undersøkelse i 2006 gjennomført av IRIS.

I 2003 var det registrert 3357 pasienter og i 2006 2201 pasienter.

Sammenligningen av populasjonene i 2003 og 2006 er ikke et korrekt bilde av fordelingen av i omsorgstiltak og spesialisthelsetjenesten de to årene. I 2003 var tiltakene gruppert og organisert på en annen måte enn i 2006. I 2003 var man ikke klar over hvilke tiltak som ville bli overført til spesialisthelsetjenesten etter reformen. Sammenligningen i dette kapitlet bygger på alle tiltak som har svart på undersøkelsen enten de er omsorgstiltak eller tiltak i spesialisthelsetjenesten.

Kontroller viser at forskjellene ikke er betydelige om vi skiller ut de tiltakene som i dag er tiltak i spesialisthelsetjenesten. I teksten bruker vi gjennomgående betegnelsen ”pasient”, selv om noen av brukerne reelt sett er klienter i kommunale tiltak.

6.1 Sammendrag Kapittel 6

Endringer i viktigste kilde til livsopphold blant pasienter i institusjoner i 2006 er en merkbar økning i andel som mottar offentlig forsørgelse i form av trygdeytelse eller økonomisk sosialstønad. Det er en nedgang i andel som har egen bolig i 2006 og noe flere bostedsløse. Reformen har hittil ikke ført til en bedring i pasientenes situasjon på disse områdene.

Det er en økning i andelen pasienter som brukte illegal narkotika i 2006 og økning i andel som brukte medikamenter mens alkoholforbruket har gått noe ned.

Andelen som har fått gjentatte og omfattende tilbud fra spesialisthelsetjenesten er økt noe fra 2003 til 2006. Det er en mindre økning i andel med psykiske helseproblemer. Økningen her kan være et uttrykk for større behandlingsskapasitet.

Ventetid på behandling i rustiltakene er økt, mer for korttidstiltakene enn for poliklinikkene. Ventetiden i langtidstiltak er stabil.

Det er skjedd en økning i samarbeid med andre parter rundt den enkelte pasient i 2006. Dette er i tråd med intensjonene i reformen. Samarbeidet er økt både innen spesialisthelsetjenesten og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er også skjedd enn viss økning i samarbeidet med trygdekontor og Aetat.

En bedre koordinering av tjenestene er et mål for reformen. Pasientopplysningene viser at koordineringen rundt den enkelte pasient er styrket i 2006 sammenlignet med situasjonen før reformen.

Behov og tilbud

Færre pasienter i 2006 får dekket behovet for utredning og behandling på somatisk sykehus. Udekket behov for utredning har steget med 14 prosent fra 2003 til 2006. Udekket behov for behandling på somatiske sykehus har gått opp med 10 prosent.

Færre pasienter får dekket behovet for aktivisering/dagtilbud. Udekket behov har økt med fra 55 prosent i 2003 til 63 prosent i 2006.

Færre pasienter får dekket behovet for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Her ser vi en økning i udekket behov fra 21 prosent i 2003, til 30 prosent i 2006.

Flere pasienter får dekket behovet for lavterskel tilbud i kommunen. I 2003 hadde 43 prosent udekket behov for slike tjenester, mot 31 prosent i 2006.

Flere pasienter får dekket behovet for psykiatrisk ungdomsteam. I 2003 hadde 27 prosent udekket behov for denne tjenesten, mens i 2006 har 18 prosent udekket behov.

Innen poliklinisk tilbud i rusomsorg får færre pasienter får dekket behovet. Her har udekket behov gått fra 10 prosent i 2003 til 18 prosent i 2006.

6.2 Demografi, inntekt og bolig

Ingen endring i kjønns- eller alderssammensetningen

Fordelingen på kjønn er omtrent den samme for 2003 og 2006, med ca 70 prosent menn og 30 prosent kvinner, se Tabell 19..

Gjennomsnittsalderen er omtrent den samme for 2006 og 2003, se Tabell 20. Gjennomsnittsalder for 2006 var 39 år, mens gjennomsnitt for 2003 var på 40 år. For både 2006 og 2003 er standardavviket på 13 år.

Flere ugifte i 2006

De fleste både i 2003 og 2006 var ugifte, men vi finner en større andel av pasientene i denne kategorien i 2006 enn i 2003, se Tabell 21. I 2006 var 64 prosent av pasientene ugifte mot 53 prosent i 2003.

Andelen gifte er tilsvarende større i 2003 enn i 2006, med 13 prosent gifte i 2003 mot 6 prosent i 2006. Andelen separerte/skilte er forholdsvis lik for 2003 og 2006, med omkring 20 prosent. Andel samboende er omkring 10 prosent for både 2003 og 2006.

6.2.1 Stor og økende andel med trygdeytelser eller sosialhjelp

Både for 2006 og 2003 har de fleste offentlig forsørgelse med enten sosialstønad, uførepensjon, alderspensjon eller attføring som hovedinntektskilde, se Tabell 14. Andel med sosialstønad er økt litt fra 23 til 28 prosent. Andel med uførepensjon er økt fra 22 til 26 prosent mens attføring er gått ubetydelig ned, fra 24 til 23 prosent.

I 2003 hadde 72 prosent av pasientene offentlig forsørgelse mot 79 prosent i 2006 (utenom sykelønn). Avhengighet av offentlig forsørgelse er altså steget i perioden. Andelen med sykemelding gikk ned fra 10 til 8 prosent i perioden.

Fra 2003 til 2006 gikk andel med inntekt av eget arbeid ned fra 16 til 12 prosent. Gjennom reformen har man ikke maktet å styrke pasientenes tilknytning til arbeidsmarkedet.

Tabell 14. Pasienter etter hovedinntektskilde 2006 og 2003. Prosent

Hovedinntektskilder	Prosent 2006	Prosent 2003
Inntekt av eget arbeid	12	16
Forsørget	2	1
Sykelønn	8	10
Attføring	23	24
Uførepensjon	26	22
Alderspensjon	2	3
Sosial stønad	28	23
Total	100 (n=1675)	100 (n=2940)
Ingen opplysning	526	450

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS: Pasienter i rustiltak 2006.

6.3 Færre med egen bolig i 2006

I 2003 hadde 65 prosent egen bolig. Vi ser her en nedgang i 2006, da 53 prosent hadde egen bolig, se Tabell 15. Tilsvarende har gruppen bostedsløse/ikke egen bolig økt i 2006 med 7 prosentenheter. Vi finner også at 3 prosent av pasientene har sin permanente bolig i døgninstitusjon innen psykisk helsevern i 2006, mot 0 i 2003.

Reformen har ikke bidratt til bedre tilknytning til boligmarkedet.

Tabell 15. Pasienter etter permanent bolig 2006 og 2003. Prosent

	2006 Prosent	2003 Prosent
Egen bolig	53	65
Omsorgsbolig	4	3
Kommunalt sykehjem/servicesenter	1	0
Døgninstitusjon i psykisk helsevern	3	0
Ikke egen bolig (bostedsløs)	39	32
Total	100 (n=2049)	100 (n=3279)
Ingen opplysning	152	111

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS: Pasienter i russtiltak 2006.

6.4 Større andel med tidligere omfattende tilbud i 2006

Gruppen pasienter som ikke har fått noe tilbud om behandling tidligere har gått noe ned, fra 29 prosent i 2003, til 20 prosent i 2006. Andelen som har fått gjentatte og omfattende tilbud har gått opp med en mindre andel, fra 11 til 14 prosent i perioden. Se Tabell 22.

6.5 Litt økning i psykiske helseproblemer i 2006

Innen helse ble det spurt om grad av suicidalproblemer og selvskadetendens, og om pasienten hadde alvorlige psykiske eller somatiske helseproblemer som trengte tiltak. Her er prosentandelen nesten lik fra 2003 til 2006, se Tabell 23. For pasienter som oppgis å ha alvorlige psykiske helseproblemer som trenger tiltak ser vi en liten stigning: fra 34 prosent i 2003, til 40 prosent i 2006.

Omkring 20 prosent av pasientene ble oppgitt å ha alvorlige somatiske helseproblemer som trengte tiltak. Andelen pasienter der suicidalproblemer og selvskadetendens forekommer er relativt liten, både for 2006 og 2003. Det er oppgitt at omtrent 90 prosent av pasientene ikke har verken suicidalproblemer eller selvskadetendens, se Tabell 24.

6.6 Noe økning i bruk av narkotika i 2006

Narkotika var det mest brukte rusmiddel både i 2003 og i 2006, når vi slår sammen svaralternativene ”middels stort” og ”stort” forbruk. I 2006 brukte 88 prosent narkotika i middels eller stor grad mot 80 prosent i 2003, se

Tabell 16.

Det er en økning i medikamentforbruk fra 69 prosent i 2003 til 75 prosent i 2006. Alkoholforbruket har gått tilbake med 2 prosentenheter fra 71 prosent i 2003 til 69 prosent i 2006. Middels forbruk og stort forbruk er slått sammen.

Tabell 16. Pasienter etter omfang av rusmiddelmissbruk i 2006 og 2003. Prosent

	2006			2003		
	Omfang av rusmiddelmissbruk			Omfang av rusmiddelmissbruk		
	Alkohol	Medikamenter	Narkotika	Alkohol	Medikamenter	Narkotika
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Lite	31	25	11	29	31	20
Middels	27	28	18	26	26	17
Stort	42	47	70	45	43	63
I alt	100	100	100	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

6.7 Lite endringer i målsetting med hensyn til rus

I målsetninger for den enkelte pasient med tanke på pasientens rusmisbruk, er tallene rimelig stabile fra 2003 til 2006. Målsetningen om rehabilitering med sikte på rusfrihet gjelder for de fleste av pasientene, med 69 prosent i 2003 mot 66 prosent i 2006, se Tabell 27.

6.8 Økning i ventetider

Det ble spurt om ventetid fraskøknad ble mottatt til pasienten fikk tilbud. Median ventetid⁶ er på 4 uker i 2003, og på 6 uker i 2006. Dette betyr at ventetiden for halvparten av pasientene har økt med 2 uker etter reformen.

Gjennomsnittlig ventetid var åtte uker i 2003 mot ti uker i 2006.

Den store forskjellen mellom median ventetid og gjennomsnittet viser at det er en mindre andel pasienter som har svært lange ventetider, som derved påvirker gjennomsnittet. Ventetider over ett år kan forekomme, og dette skyldes at pasientene vil

6 Tallene omfatter ventetid på poliklinikk, kort- og langtidsstiltak.

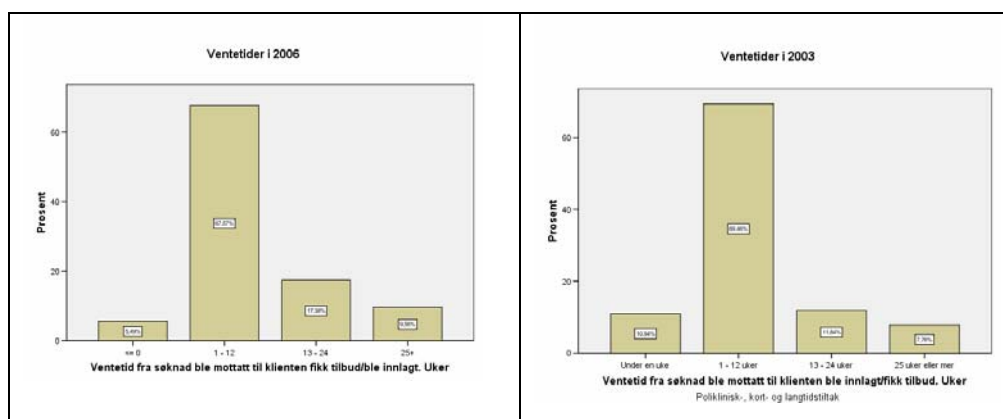
vente på behandling på et bestemt behandlingssted og ikke ønsker å ta i mot andre tilbud. I slike tilfeller mister pasienten retten til å få et tilbud innen en bestemt frist.

Standardavviket (uttrykk for spredningen) er på 11 uker i 2003, og på 12 uker i 2006, altså noe større forskjeller i ventetider i 2006 enn i 2003.

Ventetiden har økt mest på korttidsinstitusjoner, med en økning i gjennomsnitt fra 4 uker i 2003, til 9 uker i 2006. For polikliniske behandlingstiltak finner vi en liten økning i ventetid, fra et gjennomsnitt på tre uker i 2003, til fire uker i 2006. Tabell 28 og Tabell 29.

Median ventetid for langtidsinstitusjoner har økt fra seks uker i 2003 til åtte uker i 2006.

I figurene nedenfor vises hvordan ventetidene for hele utvalget i 2006 og 2003 er fordelt. Vi ser at ventetidene først og fremst har økt for de som må vente lenger enn 12 uker. Dermed er det økningen blant de som har ventet lenge, som har ført til lenger gjennomsnittlig ventetid i 2006.



Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i rustiltak 2006.

Figur 1. Ventetider i 2006 og i 2003. Ventetid fra søknad ble mottatt til pasienten blir innlagt/fikk tilbud om plass. Uker

Rustiltakene har rapportert ventetider som legges ut på www.frittsykehusvalg.no. Her oppgis ventetid ut fra tiltakenes skjønnsmessige vurdering av hva som vil være maksimal ventetid for den lavest prioriterte pasienten i køen. Denne informasjonen er av liten verdi for den som skal vurdere hva som er de reelle ventetidene til spesialisert rusbehandling, fordi drop-outs, utskrivinger og overføringer til andre tiltak tidligere enn tiltakenes normerte behandlingstid, skaper mye rom for tidligere inntak av nye pasienter. Dette har vært et stort problem med den ventetidsstatistikken som til nå har vært tilgjengelig, både via www.frittsykehusvalg.no og via nettstedene og annen dokumentasjon fra de enkelte helseforetakene.

Fra 2006 har Norsk Pasientregister (NPR) tatt inn tverrfaglige spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere i sin ventetidsstatistikk. I et dokument om ventelistedata for 2. tertial 2006, er det statistikk som gir et noe bedre bilde av ventelistesituasjonen. Her oppgis de faktiske ventetider for de som er tatt inn i behandling dette tertialet, og for de

som fortsatt venter på behandling. Siden en har valgt å avgrense statistikken til dem som er nyhenvist etter 1. januar 2006, vil de som har ventet lengst foreløpig ikke komme med i statistikken. Dette vil sannsynligvis gjelde flest av de som venter til langtids døgnbehandling. Det er også store svakheter med manglende innrapportering fra svært mange tiltak og dårlig datakvalitet. I alt er det 69 tiltak som har rapportert. Av disse er det 49 som omtales som rene rusbehandlingstiltak, mens 20 er tiltak organisert i psykiatrien. Det er også store forskjeller mellom regionene.

Som et sammenligningsgrunnlag for rapporteringen av ventetider oppgitt i vår tverrsnittsundersøkelse, velger vi her å gjengi tall fra NPRs ventetider-statistikk, for de som er tatt inn i behandling 2. tertial 2006. For å lette sammenligningen omgjør vi NPR-statistikken fra antall dager til uker.

Tabell 17. Ventetider for pasienter tatt inn i behandling 2.tertial 2006. Uker

	Poliklinikk	Døgnbehandling
Gjennomsnitt antall uker	7,9	6,9
Median	6,0	5,6
Tallet på pasienter	771	1112

Kilde: Norsk pasientregister.

For de pasientene som er i tiltak organisert i psykiatrien, angis det ikke behandlingsnivå. Nedenfor er ventetidene for ”rene rusbehandlingstiltakene” som har differensiert på behandlingsnivå.

Tabell 18. Ventetider for pasienter tatt inn i behandling 2.tertial 2006. Rene rusbehandlingstiltak. Uker

	Poliklinikk	Korttids døg	Langtids døg
Gjennomsnitt	8,6	10,7	9,7
Median	7,4	10,0	8,6
Tallet på pasienter	393	137	84

Kilde: Norsk pasientregister.

Diss tallene samsvarer godt med tallene fra tverrsnittsundersøkelsen. Ventetiden for poliklinisk behandling er i gjennomsnitt 8 uker i begge datasettene, mens gjennomsnitt ventetid for døgnbehandling er oppgitt å være noe lenger i tverrsnittsundersøkelsen enn i NPR-statistikken. Dette skyldes nok at NPR ikke har med pasienter henvist før 1/1 – 06. En gjennomsnitts ventetid for både kort og langtidsbehandling på 12 uker, er derfor et sannsynlig korrekt bilde.

6.9 Noe endring i årsaker til at behandlingstilbudet ikke er tilstrekkelig

I undersøkelsen ble det spurt om hvilke grunner det er til at fagpersonene vurderer det aktuelle tilbudet som utilstrekkelig for å nå målsettingen med behandlingen. Den viktigste grunnen er at det er behov for et mer omfattende tilbud, men at pasientene ikke ønsker dette. I 2003 ble dette oppgitt som den viktigste grunnen til et utilstrekkelig tilbud for 74 prosent av pasientene,

se Tabell 30. Vi ser noe nedgang til 2006, da dette ble oppgitt for 67 prosent av pasientene. Årsaken mangelfullt samarbeid om samlet tilbud har økt noe, denne årsaken til mangelfullt tilbud ble oppgitt for 10 prosent av pasientene i 2003, og for 15 prosent i 2006.

6.10 Økning i samarbeid med andre tjenester/instanser

Fra 2003 til 2006 ser vi at samarbeidet rundt den enkelte pasient generelt har økt, se Tabell 31.

Rusverntiltakene har mer samarbeid med flere andre typer tjenester. Økningen har vært spesielt markant innen samarbeid med:

Innen spesialisthelsetjenesten ser vi en vesentlig økt grad av samarbeid med annen rusomsorg/rusinstitusjon (økning på 10 prosent, til 25 prosent), og med psykisk helsevern (økning på 6 prosent, til 15 prosent). Det er også verdt å merke seg at det for spesialisthelsetjenesten kun er innen somatiske sykehustiltak vi ikke finner noen økning i samarbeid. Her er samarbeidet blitt stående på 5 prosent fra 2003 til 2006.

Økning i samarbeid med psykisk helsevern er det spesielt poliklinikker som står for, med en økning på 11 prosent til 2006, se Tabell 31 og Tabell 32.

Av kommunale instanser er det spesielt samarbeid med psykisk helsevern som har økt (fra 5 prosent til 11 prosent), og samarbeid med fastlegen, fra 43 til 53 prosent. For de andre instansene er samarbeidet på omtrent samme nivå fra 2003 til 2006 (gjelder pleie- og omsorgstjeneste på ca 5 prosent, og sosialtjenesten). Samarbeid med sosialtjenesten er fremdeles mest utbredt, med rundt 71 prosent både i 2003 og 2006.

Av tiltakstypene er det først og fremst samarbeid mellom poliklinikker og fastleger som ligger høyt, med 58 prosent i 2003 og 63 prosent i 2006. Men økningen i samarbeid med fastlege fra 2003 til 2006 er størst for korttidsinstitusjoner (økning på 25 prosent) og omsorgsinstitusjoner (økning på 16 prosent).

Ellers ser vi en del økning i samarbeid med trygdekontor, med 7 prosent. Også i samarbeidet med arbeidssted og Aetat finner vi en liten økning fra 2003 til 2006. Økt samarbeid med trygdekontor gjelder spesielt korttidsinstitusjoner, med en økning på 9 prosent.

6.11 Økning tiltakskordinator og ansvarsgrupper

Omfang av koordinering rundt den enkelte pasient er her målt etter tre dimensjoner: 1) koordinator for samlede tiltak rundt pasienten, 2) ansvarsgruppe, og 3) individuell plan. Vi finner en liten økning i hvorvidt det finnes en koordinator, på fire prosent. Når det gjelder ansvarsgruppe er økningen større: det er oppgitt at 54 prosent av pasientene har slik ansvarsgruppe mot 40 prosent i 2003, mens tiltakene oppgir at de deltar i ansvarsgruppa for 54 prosent av pasientene (mot 45 prosent i 2003). Se Tabell 33 og Tabell 34.

Når det gjelder individuell plan ser vi en nedgang. Men dette må vi se på bakgrunn av hvordan individuell plan har blitt lovpålagt siden 2003. I 2003 ble begrepet individuell plan brukt om alle typer planer for den enkelte pasient, som behandlingsplaner, tiltaksplaner etc. I dag er individuell plan (IP) en egen type plan, som kommer i tillegg til tradisjonelle behandlingsplaner.

I 2006 har 35 prosent av pasientene utarbeidet individuell plan. Dette er lavere en man skulle forvente etter lovendringen og informasjon om IP.

6.12 Endring i behov og faktisk tilbud

Se tabellene 42-51 i de vedlagte tabellene i slutten av kapitlet.

Stor andel udekket behov. Utvikling fra 2003 til 2006

Tre av tjenestene utmerker seg med å ha den laveste dekningsgraden (terje)sett i forhold til pasientenes behov. Dette gjelder dobbeltdiagnoseteam, støttekontakt og dagtilbud psykisk helsevern. Likevel ser vi at dekningsgraden har blitt bedre når det gjelder behov for dobbeltdiagnoseteam, der udekket behov har gått ned fra 87 prosent i 2003 til 77 prosent i 2006. For støttekontakt er behovet udekket for omtrent 73 prosent av pasientene i 2006 og 2003. Dagtilbud psykisk helsevern er et udekket behov for 68 prosent i 2006, og 64 prosent i 2003.

Ellers finner vi at følgende tiltak har en stor andel pasienter med udekket behov:

- Skole/kurs/voksenopplæring. 60 prosent i 2006, 56 prosent i 2003.
- Tiltak i regi av Aetat. 57 prosent i 2006 og 2003.
- Hjemmetjenester, praktisk hjelp omtrent 54 prosent i 2006 og 2003
- Dagtilbud rusomsorg. Fra 49 prosent i 2003 til 54 prosent i 2006.
- Hjelp med bolig. Omtrent 50 prosent i 2006 og 2003
- Utredning somatisk sykehus. 48 prosent i 2006, mot 34 prosent udekket behov i 2003.
- Behandling somatisk sykehus. 43 prosent udekket behov i 2006, 33 prosent udekket behov i 2003.

- Annet rusteam psykisk helsevern. 42 prosent udekket behov i 2006, 45 prosent i 2003.
- Pleie- og omsorgstilbud i kommunen, rundt 38 prosent i 2003 og 2006.
- Avrusning. Fra 39 prosent i 2003 til 35 prosent i 2006.

Færre pasienter får dekket behovet for utredning og behandling på somatisk sykehus. Udekket behov for utredning har steget med 14 prosent fra 2003 til 2006. Også udekket behov for behandling på somatiske sykehus har gått opp, med 10 prosent.

Færre pasienter får dekket behovet for individuell plan. Vi ser her en økning i udekket behov fra 36 prosent i 2003 til 47 prosent i 2006. Økning i udekket behov her kan ha sammenheng med at individuell plan ikke var lovpålagt i 2003, slik at alle typer planer da kunne kalles individuell plan, jf. kapittel

Færre pasienter får dekket behovet for aktivisering/dagtilbud. Udekket behov har økt med fra 55 prosent i 2003 til 63 prosent i 2006.

Færre pasienter får dekket behovet for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Her ser vi en økning i udekket behov fra 21 prosent i 2003, til 30 prosent i 2006.

Flere pasienter får dekket behovet for lavterskel tilbud i kommunen. I 2003 hadde 43 prosent udekket behov for slike tjenester, mot 31 prosent i 2006.

Stor andel dekket behov/mottar tilbud. Utvikling fra 2003 til 2006

Best dekning av behov finner vi for følgende tiltak:

- Døgntilbud (rusomsorg). Rundt 92 prosent mottar tilbudet i 2006 og 2003.
- Regelmessig kontakt sosialkontor. Rundt 90 prosent mottar tilbudet i 2003 og 2006.
- Regelmessig kontakt med fastlege. Rundt 88 prosent mottar tilbudet i 2003 og 2006.
- Trygdeytelser. Rundt 82 prosent mottar tilbudet i 2003 og 2006.
- Poliklinisk tilbud (rusomsorg). 82 prosent mottar tilbudet i 2006, 90 prosent i 2003.
- Psykiatrisk ungdomsteam. 82 prosent mottar tilbudet i 2006 (73 prosent i 2003).

Vi ser her at flere pasienter får dekket behovet for psykiatrisk ungdomsteam. I 2003 hadde 27 prosent udekket behov for denne tjenesten, mens i 2006 har 18 prosent udekket behov.

Innen poliklinisk tilbud i rusomsorg ser vi at færre pasienter får dekket behovet. Her har udekket behov gått fra 10 prosent i 2003 til 18 prosent i 2006.

6.13 Appendiks til kapittel 6: Tabeller over pasienter

6.13.1 Kjønn og alder

Tabell 19: Pasienter etter kjønn 2006 og 2003.

	2006 Prosent	2003 Prosent
Mann	69	71
Kvinne	31	29
Total	100 (2201)	100 (n=3390)
Ingen opplysning		26

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

Tabell 20. Pasienter etter alder 2006 og 2003

	År	
	2006	2003
Gjennomsnitt	39	40
Median	38	39
Standardavvik	13	13
Tallet på pasienter	2004	3357
Ingen opplysning	197	33

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

6.13.2 Sivilstatus

Tabell 21. Pasienter etter sivilstatus 2006 og 2003. Prosent

	2006 Prosent	2003 Prosent
Ugift	64	53
Gift		13
Samboende	9	10
Enke/enkemann	1	2
Separert/skilt	19	22
Total	100 (n=2049)	100 (n=3359)
Ingen opplysning	152	7

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

6.13.3 Tidligere behandling

Tabell 22. Pasienter etter omfang av tidligere tilbud. 2006 og 2003

	2006 Prosent	2003 Prosent
Ikke fått noen tilbud	20	29
Fått noe tilbud tidligere	39	38
Fått en god del tilbud tidligere	27	22
Fått gjentatte og omfattende tilbud	14	11
Total	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

6.13.4 Helseproblemer

Tabell 23. Pasienter etter psykiske og somatiske helseproblemer 2006 og 2003. Prosent

	2006 Har pasienten alvorlige somatiske helseproblemer?	2003 Har pasienten alvorlige somatiske helseproblemer?	2006 Har pasienten alvorlige psykiske helseproblemer?	2003 Har pasienten alvorlige psykiske helseproblemer?
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Ja	22	20	40	34
Nei		80	60	66
I alt	100	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i rustiltak 2006.

Tabell 24. Pasienter etter suicidalproblemer og selvskadetendens 2006 og 2003. Prosent

	2006 Prosent	2003 Prosent
Nei	89	92
Selvskadetendens	4	3
Selv mordstrusler	6	3
Selv mordsforsøk	2	2
I alt	100 (n=2057)	100 (n=3141)
Ingen opplysning		246

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i rustiltak 2006.

6.13.5 LAR

Tabell 25. Pasienter etter spørsmål om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i 2006.
Prosent

	Er LAR vurdert for pasienten?	Er LAR igangsatt?	På venteliste for LAR?	Har LAR vært forsøkt tidligere?
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Ja	17	15	3	6
Nei	80	84	95	90
Vet ikke	3	1	2	4
I alt	100	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i rustiltak 2006.

Tabell 26. Pasienter etter spørsmål om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i 2003.
Prosent

	Er LAR vurdert for pasienten?	Er LAR igangsatt?	På venteliste for LAR?	Har LAR vært forsøkt tidligere?
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Ja	13	14	2	4
Nei	82	82	94	91
vet ikke	5	3	4	5
I alt	100	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i rustiltak 2006.

6.13.6 Målsetting

Tabell 27. Pasienter etter målsetting i forhold til rus 2006. Prosent

	2006 Prosent	2003 Prosent
Rehabilitering med sikte på rusfrihet	66	69
Legemiddelassistert rehabilitering	11	9
Skadereduksjon/stabilisering	15	15
Annet	8	7
I alt	100 (n=2039)	100 (n=3166)
Ingen opplysning	162	122

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i rustiltak 2006.

6.13.7 Ventetider

Tabell 28. Pasienter i tiltak etter ventetid fra søknad ble mottatt til pasienten fikk tilbud. Etter type tilbud. 2006. Uker

Behandlingsnivå	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median	Tallet på pasienter	% of Total N
Poliklinisk	8	11	4	455	34
Korttid	12	12	9	460	35
Langtid	12	13	8	414	31
Total	10	12	6	1329	100,0%

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

Tabell 29. Pasienter i tiltak etter ventetid fra søknad ble mottatt til pasienten fikk tilbud. Etter type tilbud i 2003. Gjennomsnitt uker

Behandlingsnivå	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median	Tallet på pasienter	% av alle pasienter
Poliklinikk	7	9	3	757	52
Korttid	7	8	4	355	25
Langtid	12	16	6	332	23
Total	8	11	4	1444	100,0%

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003.

6.13.8 Årsaker til at tilbud til pasienten ikke er tilstrekkelig

Tabell 30. Pasienter etter årsaker ikke at tilbudet ikke er tilstrekkelig i 2006 og 2003. Prosent

	2006	2003
	Prosent	Prosent
Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tiltak	67%	74
Vi mangler aktuell kompetanse	12%	9
Vi har kompetanse, for liten kapasitet	10%	7
Mangelfullt samarbeid om samlet tiltak	15%	10
Total	104%	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

6.13.9 Samarbeid med andre instanser

Tabell 31. Pasienter etter samarbeidsparter og tiltakstype 2006. Prosent

	Tiltak 2006				I alt Prosent
	Poliklinisk	Korttid	Langtid	Omsorgsinst.	
	Tilfeller Prosent	Tilfeller Prosent	Tilfeller Prosent	Tilfeller Prosent	
Pårørende	28	29	41	14	27
Arbeidssted	8	8	11	8	9
Utdanningssted	3	1	4	1	2
Aetat	17	12	16	9	13
Bedriftshelsetjeneste	2	1		1	1
Trygdekontor	29	37	49	17	33
Politi/fengsel/rettsvesen	6	6	14	3	7
A-A/A-N	3	8	2	3	4
Fastlege	63	57	43	50	53
Sosialtjeneste	48	66	88	87	72
Pleie/omsorgstjeneste i kommunen	6	6	4	9	6
Psykisk helsevern i kommunen	10	12	13	9	11
Somatisk sykehus	3	4	5	8	5
Psykisk helsevern	19	12	17	10	15
Annen rusomsorg/rusinstitusjon	21	29	21	27	25
I alt prosent*	265	290	328	255	284

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006. *) Prosentsummen blir over 100 fordi flere parter er med i samarbeidet.

Tabell 32. Pasienter etter samarbeidsparter og tiltakstype 2003. Prosent

	Tiltak 2003				Total
	Poliklinisk	Korttid	Langtid	Omsorgsinst	
	Tilfeller Prosent	Tilfeller Prosent	Tilfeller Prosent	Tilfeller Prosent	Tilfeller Prosent
Samarbeid pårørende	28	30	37	9	26
Samarbeid arbeidssted	8	6	8	2	7
Samarbeid utdanningssted	2	3	6	3	3
Samarbeid aetat	10	9	13	8	10
Samarbeid bedriftshelsetjeneste	4	2	0	0	2
Samarbeid trygdekontor	22	28	45	16	26
Samarbeid politi/fengsel/rettsvesen	4	4	12	4	5
Samarbeid A-A/A-N	4	6	5	3	4
Samarbeid kommunale tjenester: fastlege	58	33	32	34	43
Samarbeid kommunale tjenester: sosialtjeneste	45	78	94	94	71
Samarbeid kommunale tjenester: pleie/omsorgstjeneste i kommunen	4	3	1	4	3
Samarbeid kommunale tjenester: psykisk helsevern i kommunen	5	6	6	5	5
Samarbeid spesialisthelsetjenester: somatisk sykehus	3	4	4	12	5
Samarbeid spesialisthelsetjenester: psykisk helsevern	8	8	13	6	9
Samarbeid spesialisthelsetjenester: annen rusomsorg/rusinst.	11	18	17	19	15
I alt prosent*	217	240	294	220	236

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006. *) Prosentsummen blir over 100 fordi flere parter er med i samarbeidet.

6.13.10 Koordinering

Tabell 33. Pasienter etter koordinering av arbeidet 2006. Prosent

	Er det én koordinator for de samlede tilbudet til klienten?	Er det etablert en ansvarsgruppe i kommunen for denne klienten?	Deltar institusjonen i ansvarsgruppe?	Er det utarbeidet en individuell plan for klienten?	Har institusjonen deltatt i utarbeiding av individuell plan?
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Ja	57%	56%	55%	39%	35%
Nei	43%	44%	45%	61%	65%
I alt	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

Tabell 34. Pasienter etter koordinering av arbeidet 2003. Prosent

	Er det en koordinator for de samlede tilbud til denne pasienten?	Er det etablert en ansvarsgruppe i kommunen for denne pasienten?	Deltar tiltaket i ansvarsgruppa?	Er det utarbeidet en individuell plan for denne pasienten?	Har tiltaket deltatt i utarbeidingen av denne planen?
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Ja	49	40	45	45	44
Nei	45	55	52	49	53
vet ikke	6	4	3	6	3
I alt	100	100	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i rustiltak 2006.

6.13.11 Behov og faktisk tilbud

Tabell 35. Pasienter etter behov for kommunale tiltak i 2006. Prosent

		Udekket behov	Mottar tilbudet	I alt
Regelmessig kontakt med fastlege	Prosent	13	87	100,0
Pleie og omsorgstilbud i kommunen	Prosent	37	63	100,0
Lavterskel tilbud i kommunen	Prosent	31	69	100,0
Hjelp med bolig	Prosent	51	49	100,0
Hjelp med økonomi	Prosent	28	72	100,0
Regelmessig kontakt sosialkontor	Prosent	11	89	100,0
Hjemmetjenester, praktisk hjelp	Prosent	53	47	100,0
Støttekontakt	Prosent	72	28	100,0
Ansvarsgruppe	Prosent	26	74	100,0
Individuell plan	Prosent	47	53	100,0
Barnevernstiltak	Prosent	14	86	100,0

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i rustiltak 2006. 'Ikke aktuelt' holdt utenfor prosentgrunnlaget.

Tabell 36. Pasienter i ulike tiltak etter spørsmål om det er det utarbeidet en individuell plan. Prosent

	Tiltak		
	Poliklinisk	Korttid	Langtid
Ja	23	32	54
Nei	71	58	43
Vet ikke	6	10	4
I alt	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

Tabell 37. Pasienter etter behov for kommunale tiltak i 2003. Prosent

		udekket behov	mottar tilbudet	I alt
Kommunale tiltak: regelm. kontakt m. fastlege	Prosent	11	89	100,0
Kommunale tiltak: pleie og omsorgstilbud i kommunen	Prosent	38	62	100,0
Kommunale tiltak: lavterskel tilbud i kommunen	Prosent	43	57	100,0
Kommunale tiltak: hjelp med bolig	Prosent	49	51	100,0
Kommunale tiltak: hjelp med økonomi	Prosent	26	74	100,0
Kommunale tiltak: regelm. kontakt sosialkontor	Prosent	9	91	100,0
Kommunale tiltak: hjemmetjenester, praktisk hjelp	Prosent	55	45	100,0
Kommunale tiltak: støttekontakt	Prosent	74	26	100,0
Kommunale tiltak: ansvarsgruppe	Prosent	28	72	100,0
Kommunale tiltak: individuell plan	Prosent	36	64	100,0
Kommunale tiltak: barnevernstiltak	Prosent	13	87	100,0

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006. 'Ikke aktuelt' holdt utenfor prosentgrunnlaget.

Tabell 38. Pasienter etter tiltak innen økonomi/arbeid 2006. Prosent

	Tiltak i regi av Aetat	Aktivisering/dag-tilbud	Trygdeytelse	Skole/kurs/voksen- opplæring
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Udekket behov	57,0	62,5	18,5	60,2
Mottar tilbudet	43,0	37,5	81,5	39,8
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

Tabell 39. Pasienter etter tiltak innen økonomi/arbeid 2003. Prosent

	Tiltak i regi av Aetat	Aktivisering/dag-tilbud	Trygdeytelser	Skole/kurs/voksen- opplæring
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
udekket behov	57	55	19	56
mottar tilbudet	43	45	81	44
I alt	100	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

Tabell 40. Pasienter etter tiltak innen rusfeltet 2006. Prosent

	Poliklinisk tilbud	Dagtilbud	Avrusing	Døgntilbud	Legemiddelassistert rehabilitering
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Udekket behov	18	54	35	8	30
Mottar tilbudet	82	46	65	92	70
I alt	100	100	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

Tabell 41. Pasienter etter tiltak innen rusfeltet 2003. Prosent

	Poliklinisk tilbud	Dagtilbud	Avrusing	Døgntilbud	Legemiddelassister t rehabilitering
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Udekket behov	10	49	39	9	21
Mottar tilbudet	90	51	61	91	79
I alt	100	100	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

Tabell 42. Pasienter etter tiltak innen somatisk sykehus 2006

	Tilbud i somatisk sykehus. utredning somatisk helseproblem	Tilbud i somatisk sykehus: behandling ved somatisk sykehus
	Prosent	Prosent
Udekket behov	48	43
Mottar tilbudet	52	57
I alt	100	100

Tabell 43. Pasienter etter Tiltak innen somatiske sykehus 2003. Prosent

	Tilbud i somatisk sykehus. utredning somatisk helseproblem	Tilbud i somatisk sykehus: behandling ved somatisk sykehus
	Prosent	Prosent
Udekket behov	34	33
mottar tilbudet	66	67
I alt	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

Tabell 44. Pasienter etter tilbud innen psykisk helsevern 2006. Prosent

	Psykiatrisk ungdomsteam	Dobbeltdiagn oseteam	Annet rusteam	Dagtilbud	Døgntilbud
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Udekket behov	18	77	42	68	24
Mottar tilbudet	82	23	58	32	76
I alt	100	100	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

Tabell 45. Pasienter etter tilbud innen psykisk helsevern 2003. Prosent

	Psykiatrisk ungdomsteam	Dobbeltdiagnose team	Annet rusteam	Dagtilbud	Døgntilbud
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Udekket behov	27	87	45	64	25
Mottar tilbudet	73	13	55	36	75
I alt	100	100	100	100	100

Kilde: Sintef/IRIS. Pasienter i rustiltak i 2003. IRIS. Pasienter i russtiltak 2006.

7 Kommunene etter rusreformen

I evalueringen brukes flere kilder fra kommunene: 1) tall fra databasen KOSTRA, 2) spørreskjema til sosialtjenesten, 3) personlige intervju med saksbehandlere i sosialtjenesten og 4) tall fra Kommunal- og regionaldepartementet om uttrekket fra overføringen til kommunene som følge av statens overtakelse av spesialisttiltakene i rusfeltet.

7.1 Sammendrag Kapittel 7

Opplysninger fra databasen KOSTRA viser at netto driftsutgifter til rustiltak i 2005 har økt nominelt med 12 prosent etter reformen for alle landets kommuner utenom Oslo. Driftsutgiftene i 2005 var på 434 mill kroner, en økning på 51 mill kroner sammenlignet med nettoutgifter i 2003, justert for uttrekket fra kommunene i forbindelse med reformen. Uttrekket tilsvarer de beregnede utgiftene kommunene hadde før reformen til rusbehandling og som ble dekket av staten gjennom overføringene til kommunene.

Tallet på årsverk til rustjenester i kommunene (utenom Oslo) har økt i gjennomsnitt fra 2,6 til 3,0 totalt fra 710 til 753 årsverk (seks prosent økning).

Justert for uttrekket, utførte bydekkende tjenester i Oslo 454.5 årsverk før reformen mot 422.2 årsverk i 2005, en nedgang på 32 årsverk. Opplysninger fra bydelene tyder på at det er en mindre netto økning i personellutgifter i sosialtjenesten, men dette oppveier neppe nedgangen i årsverk i de bydekkende tjenestene.

Endringer i sosialtjenesten ved kjøp av omsorgsplasser

På spørsmålet om endringer fra før reformen svar nær 60 prosent at det ikke er noen endring i kjøp av omsorgsplasser fra private uten avtale med RHFene, men drøyt en tredjedel har mindre budsjett til dette. Over halvparten av kommunene bruker altså like mye penger til kjøp av institusjonsplasser som før reformen.

Lite endringer i henvisninger fra sosialtjenesten

Nesten halvparten av sosialkontorene har inntrykk av at tallet på henvisninger er omtrent på samme nivå som før reformen. For flertallet av kommuner har det altså ikke skjedd noen drastiske endringer i måte å henveise klienter på.

En del kommune melder imidlertid om økt antall henvisninger fra sosialtjenesten. Nær en tredjedel av sosialtjenestene i kommunene har økt antall henvisninger litt eller mye. Nær 20 prosent har mindre henvisninger enn før.

Dårlig oversikt over henvisninger fra fastleger

Sosialkontorene har dårlig oversikt over legenes henvisninger. Drøyt halvparten av kontorene svarer at de i liten grad har oversikt og nær 40 prosent mener at de til en viss grad har oversikt. Kun 10 prosent mener de i stor grad har oversikt.

Informasjon om oppfølging av klienter som er henvist fra leger er heller ikke god. En andel på 46 prosent har i liten grad oversikt mens 12 prosent har oversikt i stor grad.

Like mye arbeid med klientsaker etter reformen

Sosialtjenesten arbeider imidlertid stor sett like mye med klientsakene som før reformen og heller mer enn mindre.

Lite tyder på at sosialtjenesten gjør mindre grundig arbeid enn før reformen.

Lite endring i kommunalt ansvar for rusmiddelmisbrukere

Vi har spurt sosialtjenesten om det er områder der ansvaret for rusmiddelmisbrukere er endret. Noe over halvparten av sosialkontorene svarer at det ikke er skjedd noen endring i ansvaret mens drøyt en tredjedel svarer at ansvaret på noen områder er blitt større.

Begrenset bedring i samhandling med spesialisthelsetjenesten

I underkant halvparten sosialkontorene mener det ikke er skjedd noen endring i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten etter reformen, men nær en tredjedel mener samhandlingen er blitt bedre.

Dekning av behov

Hovedtendens i sosialtjenesten vurderinger av spesialisthelsetjenestens behovsdekning overfor rusmiddelmisbrukere er at det er skjedd lite endringer. Ellers er erfaringene delte når det gjelder forbedring eller forverring av behovsdekningen.

7.2 KOSTRA

KOSTRA er en nasjonal database med regnskapsopplysninger. Tall fra KOSTRA er hentet fra database i Statistisk sentralbyrå.

I tabellene nedenfor gjengis tall for hele landet utenom Oslo.

Økning i netto driftsutgifter etter reformen

For hele landet utenom Oslo var driftsutgiftene til rustiltak i 2003 ca 504 mill. kr. Samtidig fikk kommunene et uttrekk i rammeoverføringen fra staten tilsvarende kommunens utgifter til institusjonsopphold for rusmiddelmisbrukere før reformen. Dette beløpet var på ca 120 mill. Nettoutgiftene (driftsutgifter i 2003 minus uttrekk) før reformen var dermed ca 384 mill kroner, justert for uttrekket, se Tabell 46 og Tabell 47

Driftsutgiftene i 2005 var på 434 mill kroner, en økning på 51 mill kroner sammenlignet med nettoutgifter i 2003, justert for uttrekket. Dette tilsvarer en økning på 12 prosent i løpet av en toårs periode, se Tabell 48.

Oversikt over selve uttrekket i 1000 kroner fra kommunene vises i Tabell 49.

Økning i tallet på årsverk etter reformen

Tallet på årsverk har økt i gjennomsnitt fra 2,6 til 3,0 for kommunene og totalt fra 710 til 753 årsverk (seks prosent økning), Tabell 50.

Forskjeller mellom kommunene

Forskjeller i driftsutgifter innen de ulike kommunestørrelsene vises i Tabell 46 og Tabell 47 for henholdsvis 2003 og 2005. Standardavviket er et mål på spredningen rundt gjennomsnittet innen gruppene. Dess større standardavvik, dess større forskjeller innen gruppene.

Variasjonen mellom kommunene har økt en del for kommunene under ett (utenom Oslo). Den største økningen i variasjonen finner vi i kommuner mellom 5000 og 10000 innbyggere. Det er også en mindre økning blant de største kommunene. For de to andre størrelseskategoriene er det en liten reduksjon i variasjonen.

Konklusjon

Det spørsmålet vi stiller i evalueringen er om kommunene reduserer sine utgifter til rusklienter, siden spesialisthelsetjenesten nå dekker kostnadene ved behandlingen. Tallene fra KOSTRA viser imidlertid at det ikke er skjedd noen endring i de kommunale utgiftene med en overføring til statlig finansiering som konsekvens. Kommunene har 12 prosent økte driftsutgifter i 2005 sammenlignet med 2003, og har økt tallet på årsverk med seks prosent.

Oslo

De korrekte tallene fra Oslo kan ikke beregnes i KOSTRA. Vi har imidlertid fått egne beregninger fra Rusmiddeletaten i Oslo. Justert for uttrekket utførte bydekkende tjenester i Oslo 454.5 årsverk før reformen mot 422.2 årsverk i 2005, en nedgang på 32 årsverk. Opplysninger fra bydelene tyder på at det er en mindre netto økning i personellutgifter i sosialtjenesten, men dette oppveier neppe nedgangen i årsverk i de bydekkende tjenestene.

7.3 Tabeller: Tall fra KOSTRA

Tabell 46. Netto driftsutgifter i 1000 kroner i 2003 minus uttrekk i forbindelse med rusreformen: "Førsituasjonen"

Kommunestørrelse	Gjennomsnitt 1000 Kr	Standardavvik 1000 Kr	Sum 1000 Kr	Tallet på kommuner
Opp til 4000	79	448	10246	130
5000 opp til 10 000	238	1013	39457	166
10 000 opp til 20 000	559	776	32408	58
20 000 og over	6999	10104	300968	43
Total	965	3983	383.079	397

Tabell 47. Netto driftsutgifter i 1000 kroner til personer med rusproblemer 2005:
”Ettersituasjonen”

Kommunestørrelse	Gjennomsnitt 1000 Kr	Standardavvik 1000 Kr	Sum 1000 Kr	Tallet på kommuner
Opp til 4000	45	344	5911	130
5000 opp til 10 000	272	1502	45358	167
10 000 opp til 20 000	611	676	35465	58
20 000 og over	8078	10705	347341	43
Total	1091	4374	434.075	398

Tabell 48. Endring i netto driftsutgifter i 2005 sammenlignet med netto
driftsutgifter i 2003, justert for uttrekket i 2004.

Størrelse2	Økning i gjennomsnitt 1000 Kr	Standardavvik 1000 Kr	Sum økning 1000 Kr	Tallet på kommuner
Opp til 4000	-33	181	-4335	130
5000 opp til 10 000	33	605	5502	166
10 000 opp til 20 000	53	648	3057	58
20 000 og over	1078	2446	46373	43
Total	127	984	50597	397

Tabell 49. Uttrekket fra kommunene i forbindelse med rusreformen. 1000 kroner

Størrelse2	Gjennomsnitt	Standardavvik	Sum uttrekk	Tallet på kommuner
Opp til 4000	-27	74	-3460	130
5000 opp til 10 000	-128	289	-21601	169
10 000 opp til 20 000	-447	511	-25915	58
20 000 og over	-2367	5572	-104136	44
Total	-387	1978	-155112	401

Tabell 50. Årsverk til rusbehandling i sosialtjenesten. Landet utenom Oslo.

Kommunestørrelse	Årsverk til rusbehandling i 2003		Årsverk til rusbehandling i 2005		Økning i Tallet på årsverk fra 2003 til 2005
	Gjennomsnitt	Sum	Gjennomsnitt	Sum	Økning
Opp til 4000	0	20	0	20	0
5000 opp til 10 000	1	102	1	129	27
10 000 opp til 20 000	1	77	2	87	10
20 000 og over	12	512	13	517	5
Total	3	710	3	753	42

7.4 Undersøkelse i sosialtjenesten om endringer etter rusreformen

7.4.1 Innledning

Sosialkontorene i alle landets kommuner fikk tilsendt ett spørreskjema om erfaringene med tjenester til rusmiddelmisbrukere etter reformen. Spørsmålene bygger i stor grad på subjektive vurderinger fra sosialsjefens side, eller den personen sosialsjefen delegerer arbeidet til (kan være en ruskonsulent eller andre). Sosialtjenesten ble bedt om å sammenligne år 2002 med 2005. I alt 218 sosialkontor har svart. Av disse er 12 kontor fra bydeler i Oslo. Om undersøkelsene representativitet, se metodekapitlet, avsnitt 3.2.3. side 40.

Undersøkelsen⁷ tar opp endringer knyttet til følgende tema:

- Budsjett til personell og kjøp av tjenester.
- Bemanning
- Henvisninger av rusmiddelmisbrukere
- Sosialtjenestens ansvar og innsikt i saker
- Samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Pasientrettigheter
- ”Sørge for” ansvaret

⁷ Se Vedlegg I for spørreskjema.

Tabell 51. Hvilken helseregion tilhører kommunen?

Helseregion	Prosent
Helse Øst	26
Helse Sør	18
Helse Vest	20
Helse Midt-Norge	18
Helse Nord	18
I alt	100 (n=214)
Uoppgitt	4

7.4.2 Budsjetthforhold og bemanning

Hovedtendens: ingen endring i økonomiske midler til rådighet:

Sosialtjenesten fikk spørsmål om endringer i de økonomiske midler til rusmiddelmissbrukere etter reformen.

Nesten to tredjedeler av kontorene mente det ikke var skjedd noen betydelig endring i økonomien, mens en fjerdedel av kontorene svarte at de hadde betydelig mindre midler til rådighet. De andre mente de hadde betydelig mer midler til rådighet, se Tabell 52

Sterk tendens: ingen budsjettendringer

Sosialkontorene foretok vurderinger som ga følgende resultater:

Område	Hyppigste svaralternativ	Nest hyppigste
Personellutgifter i sosialtjenesten	Ingen endring	Større budsjett
Permanente botiltak	Ingen endring	Større budsjett
Andre botiltak	Ingen endring	Større budsjett
Kommunale tiltak/prosjekt ellers	Ingen endring	Større budsjett

Kontorene melder ikke om endring for områdene: personellutgifter i sosialtjenesten, permanente botiltak og andre botiltak. Andel som svarer ingen endring ligger mellom 70 og 80 prosent, se Tabell 53. Kommunale tiltak har lavere andel med ingen endring enn de andre områdene og større andel med høyere budsjett. Dette tyder på at kommunene har satt av mer midler til andre tiltak /prosjekt enn boligtiltak og bemanning. Her kan også ligge prosjekt med statlig delfinansiering.

Det er en tendens til at de kontorene som har høyere budsjett på ett område også har høyere budsjett på andre områder. Korrelasjonen med kommunestørrelse er helt tydelig: dess større kommuner, dess større andel har høyere budsjetter. De større kommunene bruker mer midler til rusmiddelmissbrukere, men de har også flest misbrukere.

Kjøp av plasser

Før reformen var behandlingstiltakene organisert i fylkeskommunen slik som spesialisthelsetjenesten for helseforetaksreformen i 2002. Det var også fylkeskommunen som inngikk avtaler med private institusjoner, men kommunene betalte oppholdet for de pasientene som ble henvist. Etter rusreformen betaler kommunene ikke lenger for plasser i spesialisthelsetjenesten, verken i offentlige institusjoner eller i private institusjoner med avtale med de regionale helseforetakene.

I undersøkelsen ønsket vi å få informasjon om i hvilken utstrekning kommunene fortsatte kjøper opphold/plasser i private institusjoner for sine klienter. Slike plasser vil dekke kommunens eventuelle behov for omsorgsplasser for klientene. Dette vil da være tjenester som ikke er definert som spesialisthelsetjeneste. De private institusjonene har som regel avtale med de regionale foretakene for en del av sine plasser, men har ofte kapasitet til flere pasienter enn det er inngått avtale om. Denne kapasiteten kan kommunene utnytte til omsorgsopphold som staten ikke betaler.

På spørsmålet om endringer fra før reformen svært nær 60 prosent at det ikke er noen endring i kjøp av plasser fra private uten avtale med RHFene, men drøyt en tredjedel har mindre budsjett til dette. Over halvparten av kommunene bruker altså like mye penger til kjøp av institusjonsplasser som før reformen.

Den sammen tendensen ser vi for institusjoner som har avtale med det offentlige. Tendensen er altså enten like stort budsjett som før reformen eller mindre budsjett, se Tabell 55. Dette samsvarer også godt med vurderingen av kommunenes totale økonomiske midler etter reformen.

Bemanning: Tendensen er at over halvparten av sosialkontorene melder om "ingen endringer" eller økning i bemanningen av ansatte med rus som hovedfelt

Kommunene fikk spørsmål om endringer i bemanning for flere stillingsgrupper. Tendensen er at det ikke er foretatt noen endringer eller at en økning i stillinger. Mellom ca 50 og 80 prosent av kontorene rapporterer at det ikke er skjedd noen endringer etter reformen mens rundt en tredjedel har hatt en økning i bemanningen, med noen variasjoner, se Tabell 56.

Henvisninger: en tredjedel med økning, halvparten ingen endring

Etter rusreformen kunne man forvente endringer i tallet på henvisninger av klienter til spesialisthelsetjenesten av flere grunner. Fordi kommunen nå ikke lenger selv skal betale for behandlingen i spesialisthelsetjenesten, kunne det tenkes at de henviste en større andel av klientene og overlot vurderingene om rett til helsehjelp til vurderingsinstansene i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til sosialtjenesten fikk nå fastlegene rett til å henvise klientene til tverrfaglig spesialisert behandling, noe som kunne føre til en større andel henvisninger.

Nesten halvparten av sosialkontorene har inntrykk av at tallet på henvisninger er omtrent på samme nivå som før reformen. For flertallet av kommuner har det altså ikke skjedd noen drastiske endringer i måten å henvise klienter på.

En del kommuner melder imidlertid om økt antall henvisninger fra sosialtjenesten. Nær en tredjedel av sosialtjenestene i kommunene har økt antall henvisninger litt eller mye. Nær 20 prosent har mindre henvisninger enn før.

Dårlig informasjon om henvisninger fra leger

Et aktuelt spørsmål er sosialtjenestens oversikt over og muligheter for å følge opp klienter henvist fra leger.

Sosialkontorene har dårlig oversikt over legenes henvisninger. Drøyt halvparten av kontorene svarer at de i liten grad har oversikt og nær 40 prosent mener at de til en viss grad har oversikt. Kun 10 prosent mener de i stor grad har oversikt.

Informasjon om oppfølging av klienter som er henvist fra leger er heller ikke god. En andel på 46 prosent har i liten grad oversikt mens 12 prosent har oversikt i stor grad.

Sosialtjenestens vurderinger av klientsaker: Mer tidsbruk i saksbehandlingen i sosialtjenesten og mer kunnskap om klientene

Siden sosialkontorene ikke lenger foretar den endelige vurderingen av rett til helsehjelp, var vi interessert i å vite om tidsbruken i forbindelse med saksbehandlingen i kommunen.

Sosialtjenesten arbeider imidlertid stort sett like mye med sakene som før reformen og heller mer enn mindre. Hele 42 prosent sier at de arbeider litt eller betydelig mer med sakene mens 44 prosent arbeider som før reformen, se Tabell 58.

Lite tyder på at sosialtjenesten gjør mindre grundig arbeid enn før reformen.

I enkelte intervju med sosialtjenesten kom det fram at kunnskapen om klientene var mindre omfattende etter reformen, fordi viktige vurderinger nå gjøres i spesialisthelsetjenesten.

Svarene her støtter opp svarene på spørsmålet om tidsbruk. En stor andel, 56 prosent har ikke registrert noen endring, mens 27 prosent sider at de nå har mer kunnskap om klienten.

Reformen synes altså ikke å ha svekket sosialtjenestens tidsbruk på og kunnskap om klientene.

Endringer kommunalt ansvar for brukerne

En aktuell problemstilling er om sosialtjenesten etter reformen overlater mer av ansvaret for klientene til spesialisthelsetjenesten og som følge av det, reduserer omfanget av kommunale tjenester. Kommunene synes ikke å ha redusert sin ressursbruk i forhold til det som er ansett for kommunale oppgaver

Vi har spurt sosialtjenesten om det er områder der ansvaret er endret. En andel på 10 prosent svarer at på noen områder er ansvaret mindre etter reformen mens 35 prosent svaret at ansvaret på noen områder er blitt større.

En andel på 55 prosent av kontorene svarer at det ikke er skjedd noen endring i ansvaret.

Eksempler hvor sosialtjenesten har fått mindre ansvar er i forbindelse med innsøking av brukere i behandlingsinstitusjoner og valg av institusjoner. Et annet forhold er at fastlegen nå tar flere saker og at sosialtjenesten dermed får mindre kontakt med en del klienter. I syv av de ca 200 kommunen nevnes forhold knyttet til fastlegen som forklaring på at ansvaret er blitt mindre mens en andel på 10 kommuner nevner at der er blitt mindre ansvar for innsøking og valg av institusjon, se Tabell 60.

Flere interessante kommentarer gis til forhold som gjør at ansvaret blir større. Vi gjengir her noen typiske uttalelser:

1. "Langt vanskeligere å få inn en rusmiddelmisbruker til behandling i dag enn det var tidligere. Alt for lange ventelister og rigide og omfattende inntaksprosedyrer".
2. "Flere fortvilte brukere. Henvender seg til saksbehandler om hjelp. Saksbehandler etter reformen er uten innflytelse i valg av behandling. Mer tungrodd system, sosialtjenesten gis liten innsikt. Føler veldig merbelastning; da andre systemer overtar fra søknaden er sendt. Liten/ ingen tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten."
3. "Lengre ventelister fører til at kommunen får større ansvar for å følge opp i påvente av plass. Ikke tilgang lenger til institusjoner som var kun bolig/"oppbevaring".
4. "Omsorgsplasseringer for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp innen spes. helsetjenesten"
5. "Krav til utredning før henvisning til behandling Oppfølging i bolig, opplegg for forvern/ettervern."
6. "Større krav til kommunen om å utvikle gode tjenester i kommunene, bo-oppfølging, og lavterskel helsetiltak."
7. "Spesialisthelsetjenesten er utilgjengelig for rusmisbrukere pga. ventetid, henvisninger, kartleggingssamtaler og lignende. Rusmisbrukere klarer ikke å stå i slike prosesser over tid. Sosialtjenesten må derfor bruke mer tid på motivering, følge opp /være pådriver overfor spesialist helsetjenesten"

Flere lignende uttalelser kunne siteres. Av andre forhold som krever mer ansvar fra sosialtjenesten legges spesielt vekt på ettervern, tilrettelegging av bolig, omsorgs- og rehabiliteringstiltak og oppfølging, arbeide med individuell plan, koordinering av tjenester, forebyggende tiltak og LAR-behandling.

En sosialtjeneste svarer at kommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere er generelt sett blitt mer tydeliggjort etter reformen.

Informasjon, og samhandling med spesialisthelsetjenesten

Rusreformen har intensjoner om å skape mer sammenhengende tjenester overfor rusmiddelmisbrukerne. Kommunene står sentralt i behandlingsskjeden fordi det er fra kommunene at klientene i stor grad rekrutteres og etter opphold i spesialisthelsetjenesten kommer klientene tilbake til kommunen.

For å få til en god kontinuitet i tjenestene, er derfor samhandlingen mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten viktig. Har reformen hatt noen betydning for samhandlingen? Vi spurte sosialtjenesten om å sammenligne samhandlingen før og etter reformen, når det gjelder samhandling i forbindelse med

- henvisninger av klienter,
- under klientens opphold på døgninstitusjon og
- under oppfølging av klienten i kommunen.

Det hyppigste svaralternativet fra sosialtjenesten er at det ikke er skjedd noen endring, men bildet er litt blandet.

På spørsmålet om samhandling i forbindelse med henvisninger er det størst andel som svarer at den er blitt bedre etter reformen, nær en tredjedel. Her er det også flest som synes samhandlingen er blitt dårligere. Erfaringene er altså forskjellige. Totalt sett er det flest som ikke ser noen endring i denne forbindelsen (48 prosent).

Det ser ut til å være lite endringer i samhandlingen under klientens opphold på institusjon, hele 70 prosent melder om "ingen endring" og nær like mange når det gjelder samhandling under oppfølging av klienten i kommunen. Også her er det noen som har erfaringer om dårligere samhandling og noen, litt større andeler, bedre samhandling.

Det er en høy korrelasjon mellom svarene. Dette betyr f. eks. at de som opplever bedre samhandling på ett område også opplever bedre samhandling på andre områder.

Klientenes valg av institusjon

Ved at tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere er blitt en del av spesialisthelsetjenesten, gjelder bestemmelsen i pasientrettighetsloven om fritt valg av behandlingssted.

På spørsmål om brukernes muligheter for valg av institusjon, er svarene forholdsvis jevnt fordelt på sosialkontorene. Flest svarer "ingen endring" med 37 prosent, men nokså jevnstore andeler svarer "dårligere" (33 prosent) og "bedre" (28 prosent), Tabell 63.

Tiltak i ventetiden på behandlingsplass

Som vist ovenfor er ventetiden på plass i behandlingsinstitusjon økt noe etter reformen. Selv om brukere selv ikke tillegger ventetider stor vekt (se avsnitt 8.1), er det av interesse å vite om sosialtjenesten rår over tiltak i ventetiden som kan være til nytte for brukeren.

En andel på nær 70 prosent av sosialkontorene svarer ”Ja” på spørsmålet om det settes inn kommunale tiltak i ventetiden, og 41 prosent svarer at det sette inn ikke-kommunale tiltak, Tabell 64.

Mest vanlig av kommunale tiltak er mer kontakt med saksbehandlere i sosialtjenesten, psykiske helsetjenester i kommunen og kjøp/bruk av omsorgsplasser i institusjon. Det mest vanlige av tiltak som ikke er kommunale er kjøp av omsorgsplasser i institusjoner og henvisning til poliklinisk behandling. (I svarene fra kommunene er det en del overlapping når det gjelder kjøp av omsorgsplasser. Noen fører det under kommunale tiltak, andre under ikke-kommunale tiltak)

Eksempler på kommunale tiltak i ventetiden gis i oversikten nedenfor:

Arbeidstreningstiltak	Tilsynsbesøk
Oppfølging i bolig og boligtiltak	Helsetjenester
Samarbeid med fastlege, oppfølging med medisiner og prøver	Dagtilbud og aktivitetstilbud
Hyppige samtaler med klient,	Turgrupper
Tettere oppfølging av saksbehandler og ruskonsulenter	Omsorgsinstitusjon, kjøp av omsorgsplasser i private institusjoner
Samarbeid mellom sosialtjenesten og andre tjenester i kommunen	Kommunalt kjøp av venteplass på institusjon
Samarbeidsgrupper	Tiltak fra Rusmiddeletaten i Oslo
Individuell plan	Støttekontakt
Råd veiledning	Miljøarbeid
Økonomiske tiltak	Lavterskeltilbud
Tjenester fra psykisk helsetjeneste kommunen	Ansvarsgruppe
Psykiatrisk dagsenter	Oppfølging av ambulant fagteam
Hjemmebesøk	Mobil rusteam (samarbeid med Kirkens Bymisjon)
Hjemmekonsulent	Bruk av akutt plasser
Tilsynsbesøk	NAV samarbeid

Brukere etterspør i liten grad informasjon om pasientrettigheter

Et viktig element i rusreformen, og det viktigste mener noen, er at rusmiddelmissbrukerne får de samme pasientrettigheter som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten.

Brukere i sosialtjenesten er lite interessert i rettigheter. En andel på 80 prosent etterspør i liten grad informasjon om pasientrettighet, se Tabell 62.

Interessen for individuell plan er større. Nær en tredjedel av kontorene mener at brukerne i stor grad tar i mot tilbud og individuell plan og halvparten av til en viss grad.

Sosialtjenestens mener at de selv i stor grad tar initiativ til å opprette individuell plan; halvparten av kontorene sier at de i stor grad gjør dette.

Sosialtjenestens samlede vurderinger

Sosialtjenesten ble bedt om å gjøre noen overordnede vurderinger av tilbudene til rusmiddelmissbrukerne etter reformen og av spesialisthelsetjenesten "sørge for" ansvar.

Disse spørsmålene ble stilt:

- Ut fra en samlet vurdering, har sosialtjenesten kunnet registrere endringer i dekningen av etterspørselen etter tilbud til rusmiddelmissbrukere etter reformen eller er situasjonen den samme som før reformen?
- Ut fra en samlet vurdering, har sosialtjenesten kunnet registrere endringer i dekningen av etterspørselen etter tilbud til rusmiddelmissbrukere med omfattende psykiske lidelser etter reformen eller er situasjonen den samme som før reformen?
- Ut fra en samlet vurdering, hvordan synes sosialtjenesten at helseregionen ivaretar "sørge for" ansvaret for rusmiddelmissbrukere?

Generelt svaret sosialtjenesten at dekningen av de kommunale tilbudene i større grad enn tilbudene i spesialisthelsetjenesten ikke viser noen endring etter reformen; drøyt 70 prosent av kontorene svarer dette. Mellom 20 og 25 prosent mener tilbudene i kommunen gir en bedre dekning etter reformen, både tilbudene generelt og til brukere med psykiske lidelser.

Spesialisthelsetjenesten får en dårligere vurdering. For dekningen av tilbudene generelt mener en tredjedel av kontorene at dekningen er blitt dårligere. En andel på 18 prosent mener at dekningen av tilbud til brukere med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er blitt dårligere etter reformen, men en nesten like stor andel mener tilbudene er blitt bedre, se Tabell 67. Variasjonen i svarene tyder på at dekningen av etterspørselen varierer en del rundt om i landet.

I følge lov om helseforetak skal de regionale foretakene ha et overordnet ansvar for å dekke befolkningens behov for helsetjenesten i regionen, et "sørge for" ansvar. På tilsvarende måte kan man si at fylkeskommunen, som sykehuseier og ansvarlig for dekning av rustiltak, hadde et tilsvarende ansvar før rusreformen.

Nær 50 prosent av sosialkontorene mener at det ikke er skjedd noen endring mens 28 prosent mener at helseforetakene ivaretar "sørge for ansvaret" dårligere nå enn det fylkeskommunen og kommunen gjorde før reformen. Men meningene er delte, en nesten like stor andel sier at ansvaret blir bedre ivaretatt etter reformen.

Ser vi på fordelingen av svarene på helseregion, er svarene også her delte, og noen forskjellene mellom regionene er ikke statistisk signifikante, Tabell 69.

7.5 Appendiks for kapittel 7: Tabeller fra undersøkelsen i sosialtjenesten 2006

Tabell 52. Er det betydelige endringer i de økonomiske midler sosialtjenesten har til rådighet for tiltak til rusmiddelmisbrukere i 2005 sammenlignet med situasjonen i 2002. Prosent

	Kommunestørrelse				Total
	Under 4000	4000 opp til 10000	10000 opp til 20000	20 000 og over	
Betydelig mindre midler til rådighet	19%	42%	29%	15%	25,7%
Ingen betydelig endring	77%	47%	57%	58%	63,4%
Betydelig mer midler til rådighet	4%	12%	14%	27%	10,9%
I alt	100%	100%	100%	100%	100,0%

$p > 0,05$

Tabell 53. Endringer i budsjett for personell i sosialtjenesten og enkelte tiltak. Prosent

	Personellutgifter i sosialtjenesten	Permanente botiltak	Andre botiltak	Kommunale tiltak/prosjekt ellers
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Mindre budsjett i 2005	8	3	3	8
Ingen endring	71	86	82	63
Større budsjett i 2005	21	11	14	29
I alt	100	100	100	100

Tabell 54. Korrelasjon mellom endringer i budsjetter og kommunestørrelse

	Personellutgifter i sosialtjenesten	Permanente botiltak	Andre botiltak	Kommunale tiltak/prosjekt ellers
Kommunestørrelse	,228	,206	,253	,303
Signifikansnivå	,002	,007	,001	,000

Tabell 55. Kjøp av opphold/plasser fra private institusjoner som ikke har avtale med det offentlige og som har avtale med det offentlige. Prosent

	Kjøp av opphold fra private, ikke avtale med offentlige	Kjøp av opphold fra private, avtale med private, ikke RHF plasser
	Prosent	Prosent
Mindre budsjett i 2005	34	32
Ingen endring	58	64
Større budsjett i 2005	8	4
I alt	100	100

Tabell 56. Endringer i bemanning ved sosialkontorene av ansatte med rus som hovedfelt. Prosent

	Ruskonsulenter	Saksbehandlere ellers på rusfeltet	Tiltakskonsulenter	Miljøarbeidere	Andre
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Reduksjon etter reformen	3	2	1	3	1
Ingen endring	52	79	60	47	57
Øking etter reformen	13	7	5	16	9
Har ingen i denne stillingsgruppen i 2005	32	13	34	34	33
I alt	100	100	100	100	100

Tabell 57. Er tallet på henvisninger av rusmiddelmisbrukere fra sosialtjenesten til utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten endret etter reformen? Prosent

Er tallet på henvisninger endret:	Prosent
...sterkt redusert etter reformen	3,5
... litt redusert etter reformen	16,0
...omtrent på samme nivå som før reformen	48,5
...økt litt etter reformen	24,5
...økt sterkt etter reformen	7,5
I alt	100,0

Tabell 58. Er det skjedd endringer i tidsbruken i forbindelse med henvisninger av rusmiddelmisbrukere til utredning/behandling i rusinstitusjoner etter rusreformen. Prosent

Er det skjedd endringer i tidsbruken i forbindelse med henvisninger til utredning/behandling	Prosent
...betydelig mindre tidsbruk etter reformen	3,5
...litt mindre tidsbruk etter reformen	11,0
...ingen endring i tidsbruk	44,0
...litt mer tidsbruk etter reformen	28,0
...betydelig mer tidsbruk etter reformen	13,5
I alt	100,0

Tabell 59. Er det skjedd endringer i sosialtjenestens innsikt i eller kunnskap om enkeltsaker etter reformen eller er situasjonen den samme som før reformen?

	Prosent
Sosialtjenesten har stort sett mindre kunnskap om enkeltsaker	17
Ingen endring	56
Sosialtjenesten har stort sett mer kunnskap om enkeltsaker	27
Total	100

Tabell 60. Er det skjedd endringer i sosialtjenestens i faktiske utøvelse av ansvar for å dekke behovet for kommunale tjenester for rusmiddelmisbrukere etter reformen?

	Prosent
På noen områder er ansvaret mindre etter reformen.	10
Ingen endring	55
På noen områder er ansvaret større etter reformen.	35
I alt	100

Tabell 61. Sosialtjenesten oversikt over henvisninger fra leger. Prosent

	Oversikt over henvisninger fra leger	Informasjon om oppfølging etter henvisning fra leger
	Prosent	Prosent
I stor grad	10	12
Til en viss grad	39	42
I liten grad	51	46
I alt	100	100

Tabell 62. Informasjon om pasientrettigheter og bruk av tilbud om individuell plan.
Prosent

	Etterspør rusmiddelmissbrukere informasjon om pasientrettigheter	Tar brukere i mot tilbud om individuell plan	Tar sosialtjenesten initiativ til å opprette individuell plan?
	Prosent	Prosent	
I stor grad	1	15	50
Til en viss grad	19	51	39
I liten grad	80	34	11
I alt	100	100	100

Tabell 63. Har brukernes mulighet for valg av institusjon blitt bedre eller dårligere etter
reformen? Prosent

	Prosent
Mulighetene er:	
Dårligere	33
Ingen endring	38
Bedre	29
I alt	100

Tabell 64. Sette det inn spesielle tiltak i kommunen i ventetiden på plass i
spesialisthelsetjenesten? Prosent

	Settes det inn spesielle til.. Kommunale tiltak?	Settes det inn spesielle til.. Ikke-kommunale tiltak?
	Prosent	Prosent
Nei	31	59
Ja	69	41
I alt	100	100

Tabell 65. Er det skjedd endringer i sosialtjenestens i faktiske utøvelse av ansvar for å dekke behovet for kommunale tjenester for rusmiddelmissbrukere etter reformen

	Tallet på sosialkontor	Prosent
På noen områder er ansvaret mindre etter reformen.	20	10,0
Ingen endring	110	55,0
På noen områder er ansvaret større etter reformen.	70	35,0
I alt	200	100,0

Tabell 66. Hvordan vil sosialtjenesten vurdere samhandlingen med rustiltakene i dag sammenlignet med situasjonen før reformen? Prosent

Samhandling med spesialisthelsetjenesten:			
	1) i forbindelse med henvisninger	2) under pasientens opphold på døgningstjeneste	3) under oppfølging i kommunen
	Prosent	Prosent	Prosent
Dårligere etter reformen	21	14	13
Ingen endring	48	70	69
Bedre etter reformen	31	17	19
I alt	100	100	100

Tabell 67. Dekning av etterspørsel etter tjenester og ”sørge for” ansvaret.

	Dekning av etterspørsel: Kommunale tilbud	Dekning av etterspørsel: Tilbud i spesialisthelsetjenesten	Dekning av etterspørsel psykiske lidelser - Kommunale tilbud	Dekning av etterspørsel, psykiske lidelser, Tilbud i spesialisthelsetjenesten
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Bedre dekning	22	18	24	16
Ingen endring	74	49	72	66
Dårligere dekning	5	33	4	18
I alt	100	100	100	100

Tabell 68. Ut fra en samlet vurdering, hvordan synes sosialtjenesten at Helseregionen ivaretar "sørge for" ansvaret for rusmiddelmisbrukere?

	Prosent
Bedre enn kommunen og fylket før reformen?	24
Ingen endring	47
Dårligere enn kommunen og fylket før reformen?	28
I alt	100

Tabell 69. Ut fra en samlet vurdering, hvordan synes sosialtjenesten at Helseregionen ivaretar "sørge for" ansvaret for rusmiddelmisbrukere? Helseregion

	a24 Hvilken helseregion tilhører kommunen?					Total
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	
Bedre enn kommunen og fylket før reformen?	21	26	15	42	20	25
Ingen endring	44	47	61	39	49	47
Dårligere enn kommunen og fylket før reformen?	35	26	24	19	31	28
I alt	100	100	100	100	100	100

7.6 Sosialtjenestens vurdering av situasjonen i åtte kommuner

I samarbeid med Helse Fonna HF, Sandnes kommune og åtte kommuner i Nord-Rogaland og Sunn-Hordaland (Helse Fonnas område), har IRIS utviklet et verktøy for kartlegging og planlegging innen rusfeltet – BrukerPlan. Ved hjelp av verktøyet er det mulig å kartlegge rusmiddelmisbrukeres livssituasjon og bruk av tjenester, og planlegge videre utvikling av hjelpeapparatet i kommuner, helseforetak og i andre hjelpeinstanser. I september 2006 gjennomførte sosialtjenestene i de åtte kommunene i Helse Fonna HF sitt geografiske dekningsområde en kartlegging av samtlige rusmiddelmisbrukere som sosialtjenestene i de åtte kommunene hadde tilstrekkelig informasjon om til å kunne foreta en tilfredsstillende kartlegging (Nesvåg & Stevenson 2006).

Totalt ble det kartlagt 669 personer og det gir en prevalens i forhold til totalt folketall på noe over 0,5 prosent. Sannsynligvis er dette den gruppen av rusmiddelmisbrukere i kommunene, som har de mest omfattende sosiale problemene. Hvor mange innbyggere med rusmiddelproblemer det totalt sett er i de åtte kommunene, vet vi lite om. Ut fra tall

vi tidligere har presentert for henvisninger til spesialisthelsetjenestene, har fastlegene/primærhelsetjenesten kontakt med et stort antall rusmiddelmissbrukere som sosialtjenesten ikke kjenner til. Ut over dette er det sannsynligvis et stort antall innbyggere med varierende grad av rusmiddelproblematikk som ikke er kjent av noen del av hjelpeapparatet.

Vi presenterer noen av resultatene fra kartleggingen i de åtte kommunene, fordi det gir oss et mer detaljert bilde av omfanget til den kommunale sosialtjenestens arbeid med denne gruppen. Det gir også et bilde av hvilken livssituasjon disse brukerne er i og hvilke vurderinger sosialtjenesten har til etterspørselen etter ulike typer tjenester fra denne gruppen, ett år fram i tid.

Alle brukere er vurdert på en tre-punktskala, fra godt til dårlig funksjonsnivå, på åtte dimensjoner. Vurderingene viser at i tillegg til selve rusmiddelbruken, er det særlig i forhold til psykisk helse og meningsfull aktivitet (inkludert arbeid) mange brukere fungerer svært dårlig.

Tabell 70. Brukere fordelt på funksjonsnivå – ulike funksjonsområder. Prosentandeler.

Dimensjoner	Grønt Prosent	Gult Prosent	Rødt Prosent
Rusing	39	46	14
Økonomi	64	32	5
Psykisk helse	28	55	18
Fysisk helse	63	32	5
Bolig	82	11	8
Atferd	43	51	6
Nettverk	38	59	3
Aktivitet	31	30	38

Bruk av planer og ansvarsgrupper er en god indikasjon på hvor aktivt sosialtjenesten arbeider med brukerne.

Tabell 71. Andel brukere med planer og ansvarsgruppe. Prosent

	Prosentandel
Individuell Plan	3
Tiltaksplan	29
Ansvarsgruppe	24

Vi ser at det er etablert ansvarsgrupper for ca. en fjerdedel av brukerne og at det arbeides ut fra planer med nær en tredjedel av brukerne. Bruk av individuell plan (IP) er lite utbredt i den kommunale sosialtjenesten. Dette står i motsetning til hvor mange som har sammensatt problematikk (slik funksjonsvurderingene viser) og hvor mange som mottar tjenester fra flere hjelpeinstanser.

I de to neste tabellene er vist hvor stor andel av de 669 brukerne som på kartleggingstidspunktet mottok tjenester fra ulike hjelpeinstanser, og hvor stor netto økningen i etterspørsel etter ulike tjenester vil bli de neste 12 månedene. Vurderingene av hver enkelt brukers framtidige etterspørsel etter tjenester, ble foretatt av fagpersonene i sosialtjenestene, ut fra en mest mulig nøktern vurdering ut fra brukerens behov, motivasjon og tilgjengelige tjenester.

Tabell 72. Brukere som har ulike typer kommunale tjenester på kartleggingstidspunktet: prosentandeler, og forventet økt etterspørsel neste 12 måneder, prosentpoeng

Tjeneste	Har tjenesten Prosent	Prosentpoeng økt etterspørsel
Sosialtjeneste	87	3
Midlertidig bolig	1	4
Boligtjenester	32	19
Helsetjenester	79	3
Barnevernstjenester	10	2
Omsorgstjenester	4	5
Kommunal undervisning	3	1
Kommunal LAR	26	10

Vi vet at forutsetningen for LAR er at det lages en plan for tilbudet og at det, i det minste i den første tiden, er en ansvarsgruppe rundt brukeren. Dette er et krav til kommunal innsats som legger et stort press på de kommunale tjenestene. Om vi sammenligner med Tabell 71, synes det ikke som det er mange brukere ut over LAR, som det på kartleggingstidspunktet arbeides særlig aktivt med. Dersom ytterligere 10 prosent av brukerne (70 brukere) blir tatt inn i LAR, vil det legge et betydelig økt press på tjenestene, og gjøre det enda vanskeligere å prioritere en økt innsats mot andre grupper av brukere. Fra sosialtjenesten opplyses det da også at selv om det er et stort antall brukere som har tilbud fra den kommunale helse- og sosialtjeneste, så er dette ofte en relativt lite intensiv kontakt. Ellers ser vi at det er etterspørsel etter bolig som er den største utfordringen for kommunene.

Tabell 73. Brukere som har ulike typer spesialisttjenester på kartleggingstidspunktet, prosentandeler, og forventet økt etterspørsel neste 12 måneder, prosentpoeng.

Tjeneste	Har tjenesten Prosent	Prosentpoeng økt etterspørsel
Akutt rus	1	6
Polikl rus	14	33
Døgn rus	5	23
Korttid/langtid	4/7	
LAR – spesialist	25	11
Tvang – rus	0	2
Akutt psyk.	1	5
Polikl psyk.	10	25
Døgn psyk.	2	8
Tvang psyk.	1	1
Somatikk	4	8

På kartleggingstidspunktet var det nesten 130 brukere som mottok et tilbud fra ruspoliklinikk eller døgninstitusjon. Det var ca. 80 som mottok et tilbud fra poliklinikk eller døgninstitusjon i psykiatrien. Ca. 30 mottok tilbud parallelt i begge systemene. Forventet netto økning i etterspørsel er formidabel. Gitt dagens tilbud i spesialisthelsetjenesten og kommunenes mulighet til å møte krav om samarbeid og oppfølging ved spesialistbehandling, er det svært lite trolig at denne forventningen vil resultere i en så stor økning i antall henvisninger. Men det gir en god illustrasjon på hvor stort potensial det er for økt etterspørsel etter spesialisthelsetjenester for rusmiddelmissbrukere. Og dette gjelder bare etterspørsel fra sosialtjenestens brukere. I tillegg kommer behovet for spesialisttjenester fra primærhelsetjenestens brukere.

8 Brukerperspektivet

Det er foretatt personlig intervju av 14 brukere og 5 representanter for brukerorganisasjonene Rusmiddelmissbrukernes Interesseorganisasjon, RIO og Landsforeningen mot stoffmisbruk, LMS. Noen av brukerintervjuene er kombinert med en undersøkelse av konsekvenser av rusreformen for brukere i Oslo kommune (Lie, 2006). Den undersøkelsen er gjennomført i sammen tidsrom som den nasjonale evalueringen.

8.1 Brukernes opplevelser av hjelpeapparatet

Felles opplysninger fra brukerintervju med vekt på brukere fra Oslo

Felles for brukerne er historier om omfattende rusmiddelmissbruk og langvarig avhengighet av rusmidler. Mange typer rusmidler brukes, men langvarig misbruk forklares ofte med bruk av amfetamin eller heroin. De fleste brukerne har vært innom mange behandlingstiltak. Brukerne har ofte hatt behandlingsavbrudd på grunn av regelbrudd eller rusmisbruk under oppholdet. Andre har gjennomført mange opphold, men får "sprekk" i løpet av oppfølging av sosialtjenesten/rustiltak etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten. Enkelte brukere har hatt fengselsopphold og har hatt kontakt med prosjektet "Stifinneren" i fengselsvesenet. Prosjektet har hjulpet brukerne ut av fengselsoppholdet og inn i behandlingstiltak. Brukerne omtaler prosjektet meget positivt.

Brukerne har vært lite opptatt av ventetider og oppholdstider i behandlingsinstitusjonene. Ingen oppfatter ventetiden som urimelig lang, verken før eller etter rusreformen. I flere tilfeller har den oppgitte ventetiden til brukeren (forventet ventetid) vist seg å bli betydelig kortere. Reel ventetid er altså kortere en forventet ventetid. Årsaken til dette er at institusjonen har fått ledig plass fordi pasienter av ulike grunner har avsluttet oppholdet tidligere enn planlagt eller ikke møtt til behandling.

Brukerne opplever heller ikke press på avkorting av oppholdstid ved institusjonen som kan ha sammenheng med reformen. Enkelte hadde gjennomført lange opphold, over 1 ½ år, mens andre har flere og avbrutte opphold. Dels kan avbruddene skyldes regelbrudd fra bruker og dels at bruker på frivillig grunnlag skriver seg ut fra institusjonen. Noen av brukerne skriver seg selv ut fra institusjonen fordi de mener at opplegg og behandling ikke passer. Behandlingsforløpet kan derfor, for den enkelte bruker, ha mange avbrudd og mange flyttinger mellom tiltak. Her synes det å være forskjeller mellom menn og kvinner. Kvinner har reagert negativt på mannsdominerte miljø på enkelte tiltak, men gir god tilbakemelding på tiltak som bare er for kvinner, som Arken.

Brukerne, med et unntak, er lite oppmerksomme på rusreformen og ser ikke på reformen som noe viktig skille i tjenestetilbudet.

En av brukerne mente at det nå, etter reformen, var lettere å kaste folk ut av institusjonen ved regelbrudd og rusmisbruk, og at dette hadde bakgrunn i driftsavtalen med det regionale helseforetaket. Brukeren sier at før reformen ga ikke institusjonen brukeren så lett opp, men nå, med faste avtaler med de regionale helseforetakene, er det

lettere å skrive brukere ut og ta nye pasienter inn. Det er nå ingen økonomisk risiko ved å avbryte pasienters opphold, fordi driftsavtalene sikrer økonomien og det er alltid kø av brukere som ønsker opphold. Brukeren foretrekker likevel det nye systemet. Før reformen var det mer trøbbel med garantier for opphold fra den henvisende kommunen. Det slipper man nå, hevder vedkommende.

Ikke alle de intervjuede brukerne har individuell plan, Andre har ikke fått så mye ut av planen.

En bruker klager på informasjon fra sosialkontoret om behandlingstiltak. Det er lite informasjon å få om tilbud, ”Hadde jeg fulgt sosialkontorets opplegg, hadde jeg havnet på hospits”, sa vedkommende. Ellers er det flere av brukerne som viser til blandede erfaringer med sosialkontoret. Klager på sosialkontoret gjelder saker som økonomi, boligforhold, personlig oppfølging og informasjon. I noen tilfeller har det imidlertid vist seg at sosialtjenesten har bidratt mer til å skaffe kommunal oppfølging, enn det bruker har sett. Noen brukere er tilfredse med sine saksbehandlere i sosialtjenesten og mener de har god kontakt og får god oppfølging.

En bruker kommenterer at vedkommende gikk årevis på sosialkontorene for å få økonomisk sosialhjelp. Ingen brydde seg om hvordan brukeren hadde det, mens rusproblemene bare økte.

Brukerintervju – i hovedsak fra Oslo

Person A

Brukeren mente at de terapeutiske tilbudene ved institusjonen han var på etter reformen var blitt dårligere og mente at det var mer kvalifisert personale før reformen. Dette mente vedkommende, skyldtes vansker med å rekruttere kvalifiserte folk til institusjonen. Brukeren etterlyste også brukerundersøkelser, som ble tatt vekk etter reformen, og tilsynsråd ved institusjonen.

Det tas inn flere brukere samtidig på institusjonen og det blir mindre tid til behandling og samtaler, mente vedkommende. ”Det var mange brukere der og trangt å bo, men det var verdt det”, sier brukeren om oppholdet. Det som betydde mest for brukeren var likevel å få avstand til rus og brukeren mente derfor at oppholdet var nyttig.

Etter utskriving fra behandlingsinstitusjonen, fikk brukeren et kommunalt tilbud om oppfølging i Oslo. Brukeren mente at dette tilbudet var til stor hjelp med tilpasning til et liv utenfor institusjon. Vedkommende var forbauset over hvor lite informasjon han mente å ha fått om dette tilbudet.

Vedkommende er lite tilfreds med kontakten med sosialkontoret og mente at kontoret ikke ga noen rådgivning eller hjelp til med bolig. Sosialkontoret ga økonomisk stønad, men gjorde lite ellers, etter brukerens syn.

Vår kontakt med sosialkontoret viste et noe annet bilde, og kontoret kunne dokumentere at de hadde sørget for et godt oppfølgingstilbud i kommunen.

Person B

Ved henvisning til behandling før reformen fikk denne brukeren beskjed om at det ble lang ventetid på plass i institusjon. I praksis gikk det ganske fort, fordi det ble ledig plass på den aktuelle institusjonen.

Møtet med behandlingsstedet var meget positivt for brukeren, vedkommende ble kjent med mange folk, fikk mange opplevelser og fikk kontakt med idealistiske ledere som brenner for det de gjør, men som stiller krav og gir ansvar. ”Dette ble starten på mitt nye liv”, sier brukeren. Etter 1 ½ års opphold på behandlingsstedet flyttet brukeren til Oslo med et opplegg for ettervern. Alt i alt har brukeren hatt sammenhengende kontakt med spesialisthelsetjenesten i tre år. ”Jeg kunne ikke ha rukket å bli rehabilitert å bare ett år”, sier brukeren, ”Det var viktig for meg at jeg fikk tre år”.

Vedkommende bruker er nå etablert med egen leilighet i Oslo og er i gang med videre utdanning.

Kontakten med sosialkontortjenesten opplevde vedkommende som ganske frustrerende og til liten hjelp mens han var inne i en lang periode med mye rusmisbruk og fengselsopphold.

Person C

Brukeren ventet i fire måneder på plass i institusjon, før reformen, med henvisning fra sosialkontoret. Vedkommende var ikke spesielt opptatt av ventetiden. Oppholdet varte i nærmere halvannet år og brukeren ble utskrevet etter reformen var trådt i kraft. Brukeren opplevde institusjonsoppholdet positivt og lærte mye om rusmidler. Vedkommende har midlertidig bolig og har søkt kommunal bolig, men brukeren er betenkt over at det er mange rusmisbrukere i de kommunale boligene. Brukeren har flere helseplager, men har fått hjelp for plagene. Brukeren tar nå opplæringskurs for å mestre sine plager bedre. Vedkommende har kommet inn i en god livsstil, med nykterne kamerater, fysisk trening og hobbyer.

Brukeren har uføretrygd og det viktigste nå er å få egen bolig.

Person D

Denne personen har gjennomført behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten og har nå et ettervernsopplegg i Oslo. Brukeren har en kaotisk historie i kontakten med behandlingssteder, hvor det har vært nye inn og ut av institusjon. Det siste stedet brukeren kom til, etter reformen, ble likevel et godt opphold. ”Det redda livet mitt”, sa brukeren.

Brukeren har store økonomiske problemer, og mener at sosialkontoret gir lite hjelp, ”Sosialkontoret er en ekstra belastning i økonomisaken” mener brukeren. Brukeren er redd for å bli tvunget til å selge stoff for å få bedre økonomi, men vet at det da er kort vei til fortsatt misbruk. Brukeren har nå kontakt med a-etat og går på kurs. Til høsten ønsker vedkommende å starte på videre utdanning. (Kontaktperson på behandlingsinstitusjonen bekrefter et par måneder senere at brukeren har startet på videreutdanningen og er rusfri).

Brukeren mener å ha fått god legehjelp for sine somatiske plager, etter eget utsagn. Vedkommende har fått opprettet en individuell plan og mener det fungerer godt. Planen blir tatt hensyn til og man føler man blir tatt på alvor, sier brukeren.

Person E

Denne brukeren bodde på en institusjon, da intervjuet fant sted. Vedkommende hadde bodd der det siste halve året, men hadde hatt et tidligere opphold på samme institusjon. Over en lang periode tidligere, har brukeren hatt ulike lavterskeltilbud i kommunen. Personen føler seg nå godt ivaretatt på institusjonen, ”Jeg kan ikke takke stedet nok” sier brukeren.

Brukeren har flere somatiske plager, og mener at helsetjenesten ikke har tatt helseplagene alvorlig nok, og mener å ha blitt avvist ved det lokale sykehuset. Brukerens kontaktperson på institusjonen bekrefter at brukeren har store somatiske plager, men mener at helsetjenesten har gjort det de kan for å hjelpe.

Brukeren har god kontakt med sosialkontoret i bydelen i Oslo. Det største ønske er å få egen bolig, og kontaktpersonen på sosialkontoret bekrefter at det er gode muligheter for at dette går i orden. Brukeren har uføretrygd.

Person F

”Jeg klarer ikke å være rusfri, men klarer heller ikke å være rusa”, sier brukeren. Brukeren har vært innom flere tiltak over flere år. Brukeren oppholdt seg på det siste behandlingsstedet i ca. et år og fikk oppfølging i kommunen etter utskriving med ettervern fra institusjonen. Etter en tid begynte brukeren med rusmidler og hadde på intervjutidspunktet ingen kontakt med oppfølgingstiltakene. Brukeren har tilbud om nytt institusjonsopphold, men må vente et par måneder på å komme inn.

Brukeren har god kontakt med saksbehandler i sosialtjenesten. Saksbehandleren er innstilt på å søke om LAR for vedkommende, men brukeren synes dette er en for enkel løsning. Brukeren vil ikke gi opp med å klare seg uten rus, og mener hjelpen fra behandlingsinstitusjonene har vært god for det meste. ”Den som vil ha hjelp, får hjelp” sier vedkommende. ”Behandlingen gir meg et bedre selvilde. Jeg er blitt kvitt mye skam og får mer tro på meg selv”, understreker brukeren. Vedkommende får likevel ofte problemer med rusing i ettervernsperioder, og opplever at det er nedbrytende.

Brukeren har aldri reagert på lange ventetider, verken før eller etter rusreformen, men har heller ikke lagt spesielt merke til reformen.

Felles brukererfaringer med vekt på brukere utenfor Oslo

Historiene som følger nedenfor, viser hvor variert veien inn i misbruk og rusmiddelavhengighet kan være. Vi får en historie om ”den umulige ungen” som helt fra barnehagen viste store atferds- og konsentrasjonsproblem. Det er mange hjelpere som starter på ting, men ingen som står noen løp ut. Det oppleves som det store sviket. Både for denne personen og to andre, er fengselet arenaen for en ”ny start”. I et tilfelle er Ny start” navnet på fengselets program. I et annet tilfelle er det et hjelpeapparat som gjør seg tilgjengelig for den innsatte, som skaper muligheten for den nye starten.

En annen historie viser veien fra eksperimenteringen med hasj og så amfetamin. Ungdomstiden går med økende rusing og sterk ambivalens til ønsket om endring og det å motta hjelp. Poliklinisk tilbud gir en viss kontakt med hjelpeapparatet og etter hvert som problembelastningen øker og ønsket om endring modnes fram, er hjelpeapparatet i stand til å tilby den rette hjelpen. Men for en annen varte på misbruket mye lenger før noe konstruktivt begynte å skje. Kombinasjonen av å selv ikke se mulighetene for endring og et hjelpeapparat som ser ut til å ha nøydt seg med et minimumstilbud, har ført til at LAR er blitt den eneste mulighet.

I flere historier ser vi hvordan en krise skaper grunnlaget for endring. I et tilfelle er krisen et dramatisk samlivsbrudd som sammen med oppvekstens belastninger, skaper det psykiske sammenbrudd og den påfølgende misbruksutvikling. I flere andre tilfeller er det psykisk og fysisk sammenbrudd som markerer starten på en ny utvikling. Og i et tilfelle er det en truende framtid med flere år i fengsel som "vekker" personen i forhold til et framtidig liv for seg selv, barnet og kjæresten.

Men selv om historiene om veier inn i misbruk og avhengighet nok kan variere, er det fellestrekk ved historiene om veier inn i behandling og behandlingsforløp. Alle historiene viser hvordan motivasjon og mulighet for endring som oftest er lange prosesser der hjelpetiltak som i øyeblikket kan vurderes som mislykkede, i ettertid kan vurderes som viktige bidrag i prosessen. Historiene har et sterkt preg av at livssituasjonen oppleves som dramatisk når det først er blitt aktuelt med et behandlingstilbud. Ideelt skulle en ønske at tilbudene ble gitt som øyeblikkelig hjelp, men en innser at det er en umulighet.

Fokus flyttes da over på å definere en start for behandlingen, og når behandlingen først har startet er brudd i tilbudene svært problematiske å håndtere. For eksempel fører et tilbud om avrusning nesten alltid til ny rusing, om ikke visere behandlingstilbud ytes umiddelbart etterpå. Det legges mindre vekt på hvor lenge en må vente på oppstarten av behandlingen, bare tilbudet henger sammen når det først har startet og en blir møtt med den respekt og forståelse som kreves for å kunne få til avgjørende endringer i livet.

Flere historier handler om ulike kombinasjoner av rus- og psykiatrisk problematikk. Brukerne har ulike erfaringer med psykiatrien, og med samarbeidet mellom rus og psykiatri. En historie viser at det er en positiv endring i samarbeidet mellom rustiltak og psykiatritiltak. Mens utgangspunktet var at psykiatritiltaket ønsket å skrive pasienten ut av sitt system ved henvisningen til rustiltaket, er en nå i ferd med å finne fram til en god arbeidsfordeling slik at pasienten kan få tilstrekkelig hjelp for både sine psykiske problemer og sine rusproblemer. En annen historie viser at det fremdeles kan være en lang vei å gå. Pasienten blir medisineret for sine psykiske lidelser og rusproblematikken vurderes som et atferdsproblem som en ikke kan håndtere. En tredje historie viser hvordan en egen rus/psykiatri-post evner å gi en samtidig, integrert behandling av en kompleks problematikk slik at pasienten får evner og mot til å leve er mer funksjonelt liv.

Men alle historiene handler ikke om personer med behov for omfattende behandlingstilbud. For noen er poliklinisk behandling og eventuelt kortere opphold i institusjonen, tilstrekkelig hjelp for å mestre sin livssituasjon.

Kvinne i 40-årene

Kvinnen vokste opp med rusmiddelmissbruk i egen familie. Broren er opiatavhengig. Etter å ha vært gift noen år og fått barn, opplevde hun for to år siden et dramatisk samlivsbrudd. Hun ble alvorlig psykisk syk med psykose og selvmordsforsøk. Via fastlegen ble hun innlagt akutt i psykiatrisk sykehus. Under sykehusoppholdet ble hun fysisk skjermet og kraftig medisinerert. Noe av denne medisineringen opplever hun selv som en oppstart på senere rusmiddelbruk.

Etter vel tre måneder ble hun overført til DPS. Hun hadde store problemer med angst og depresjon. Her fikk hun tilbud om en leilighet i tilknytning til senteret, polikliniske samtaler og et dagtilbud. Dette tilbudet opplevde hun som godt og nyttig. Samtidig begynte hun å bruke ulike rusmidler som alkohol og hasj/amfetamin, som hun fikk tilgang til fra broren. Rusmiddelbruken økte raskt i omfang. Ved DPSet fikk de ikke kjennskap til dette, men ved en urinprøve ble bruken avdekket. Det var mange pasienter ved DPSet som brukte både alkohol, medikamenter og illegale rusmidler. Det var imidlertid ingen spesifikke tilbud eller kompetanse rettet mot denne siden ved pasientenes problematikk. Rusmiddelbruken blant pasientene ble dermed primært oppfattet som et atferdsproblem, som en hadde store vanskeligheter med å håndtere. Slik kvinnen opplevde det, var testing og ikke gjennomførte trusler om utskriving, de eneste virkemidlene DPSet hadde til disposisjon. I individual- og gruppesamtaler ble rusmiddelbruken sjelden eller aldri tatt opp som en del av hennes problematikk.

Etter en tid ble rusmiddelbruken svært omfattende og ga også store somatiske helseproblemer. Hun ble innlagt i somatisk sykehus og deretter søkt inn til avrusning ved nærmeste rusinstitusjon. Etter tre ukers avrusningsopphold fortsatte hun med tilbudet ved DPSet, samtidig med at hun skulle vente på et rus-klinikktilbud (stipulert ventetid 5-6 måneder). Hun opplever at også det videre tilbudet ved DPSet fortsatt var nyttig og nødvendig, men samtidig fortsatte rusmiddelbruken som før. Da det begynte å nærme seg tiden for inntak i rus-klinikken, ble det avholdt flere møter mellom DPSet, rusklinikken og henne selv, der det også ble diskutert om det burde etableres en individuell plan.

Noe før forventet kom hun så inn til nytt avrusningsopphold og deretter klinikktilbud ved rusinstitusjonen. Også dette opplever hun som svært nyttig. Etter endt klinikktilbud ble hennes helse- og livssituasjon vurdert å fortsatt være så dårlig at man ønsket å gi en ny "runde" med tilbud i klinikken.

Under dette oppholdet ble det tatt initiativ til et møte med DPSet om framtidig tilbud. Selv hadde hun en forståelse av at tilbudet ved rusinstitusjonen skulle komme i tillegg til fortsatt tilbud fra DPSet, men på møtet ble hun fortalt at DPSet hadde skrevet henne ut fra sitt tilbud. De kunne ikke se hva mer de kunne ha å tilby og mente det nå primært var rusfeltet som var det rette tilbudet. Etter kort tid tok behandler ved rusinstitusjonen ny kontakt med DPSet og de er nå inne i samtaler om hvordan en kan sy sammen et tilfredsstillende tilbud med innsatser fra både rus og psykiatri. Raskt etter samlivsbruddet hadde hun meldt flytting fra omlandskommunen hun hadde bodd i og til nærmeste bykommune. En fant det nå også viktig å involvere hennes nye hjemkommune mer i samarbeidet.

Mann i 40-årene

Han begynte å røyke hasj alt tidlig i tenårene og etter hvert også å bruke amfetamin. Samtidig fullførte han både skolegang og tok fagbrev innen byggfag. Han ble også gift og fikk barn. Han arbeidet hardt for å forsørge familien og finansiere sin stadig mer omfattende rusmiddelbruk. I travle tider i byggebransjen opplevde han at konsekvensene av mye arbeid og økende rusmiddelbruk forsterket hverandre. I to perioder med dårlige tider i byggebransjen, mistet han arbeidet. I disse periodene fikk rusmiddelbruken store sosiale og økonomiske konsekvenser for både han selv og familiens livssituasjon.

I den siste av disse periodene flyttet han fra familien. Han opplevde at det var eneste redning for konen og barnet. Han tok da for første gang kontakt med sosialkontoret og ut fra situasjonen med bosteds- og arbeidsløshet, fikk han økonomisk sosialhjelp. Han var selv ikke villig til og ble heller ikke spurt om å ta opp andre sider ved sin livssituasjon med sosialtjenesten. Det ble igjen oppgang i byggebransjen og kom igjen inn i en sirkel med mye jobbing og omfattende rusmiddelbruk. Han arbeidet i lite stabile firmaer med flere ansatte med rusmiddelproblemer, og etter en periode med konkurser i firma han arbeidet for, og stor ustabilitet i eget arbeid, var han kommet til et punkt der han ikke kunne klare et slikt kjøp lenger.

Hans sosiale omgangskrets var nå helt dominert av personer med alvorlige rusmiddelproblemer og tilgang på alle typer stoffer. Første gang han prøvde heroin opplevde han at nå var det dette stoffet han trengte, og fra da av var han over i en omfattende opiatavhengighet. Han prøvde å spe på med medisiner fra leger og penger fra sosialkontor, men det ga bare noen få dagers "fri" i en tilværelse som mer og mer var preget av kjøp, salg og bruk av heroin. Han fikk etter hvert noe mer kontakt med en del av sosialtjenesten som arbeidet med rusmiddelmisbrukere, men uten at de kom i posisjon til hverandre, i forhold til å tilby mer hjelp. For ca. fem år siden ble han henvist til en rusklinikk via et kort avrusningsopphold. Han opplevde en svært dårlig dialog med ansatte på denne klinikken og etter tre dager skrev han seg ut.

Han var nå inne i en periode med svært omfattende heroinbruk, bare avbrutt av en lang rekke korte og noe lengre fengselsopphold, med noe mindre rusing. Han opplevde etter hvert også en serie av overdose-situasjoner, og en stadig dårligere somatisk og psykisk helse. Til slutt kom både han selv og sosialtjenesten til at han måtte søkes inn i LAR, selv om han ikke hadde gjennomført noen andre forsøk på behandling for sin rusmiddelavhengighet. Selv ønsket han å komme over på Subutex, både fordi han mener dette er mindre skadelig enn metadon og fordi han da kunne opprettholde en drøm om på et eller annet tidspunkt å komme ut av rusmiddelavhengigheten. Men fra LAR-senteret har de insistert på at metadon er eneste alternativ. Han ser ingen annen mulighet enn å akseptere dette.

Nå er han inne til avgiftning ved en rusinstitusjon og der opplever de at han har vist en enorm vilje til å komme seg igjennom et svært krevende opphold. Selv motiveres han sterkt av muligheten til å få mer kontakt med eget barn, og kanskje også ha mulighet til å bruke fagbrev og lang arbeidserfaring til å komme tilbake i noe arbeid. Han opplever

at det nå legges ned et stort arbeid fra alle hold for å sy i sammen det tilbudet han vil komme til å trenge.

Mann i slutten av 20-årene

Han begynte med hasj og etter hvert amfetamin fra midten av tenårene. Han har ikke fullført videregående skole men har hatt ulike jobber helt fram til nå. De senere årene har han arbeidet i SFO og i spesialgruppetilbud i en videregående skole. Han er fortsatt ansatt ved skolen med mulighet til å komme tilbake i jobb etter fullført behandlingstilbud.

Han har bodd hjemme hos foreldrene hele tiden. Han har aldri følt seg avvist av foreldrene og særlig mor har nesten uten grenser, gitt han sin støtte og omsorg.

For fem år siden fikk han, via lege, den første kontakten med det psykiatrisk ungdomsteamet i hjembyen (nå organisert som rusteam ved DPS). Den første behandleren fikk han aldri noen nyttig relasjon til. Han opplevde tilbudet som for vagt og lite omfattende, samtidig som han ikke helt kan se hvordan det tilbudet skulle være, som skulle kunne endret på noe i denne fasen. Han gikk så inn i en periode uten særlig kontakt med noen del av hjelpeapparatet. I denne fasen tok han seg godt betalt, men krevende arbeid, samtidig som amfetaminbruken økte kraftig.

Til slutt kollapset han fysisk og psykisk og ble innlagt til avgiftning i en rusinstitusjon. Siden dette var midt på sommeren med mindre pågang, fikk han bli ganske lenge. Selv hadde ingen tanker om noen radikal endring. Han trengte en pause men var klar for ny rusing i det øyeblikket han ble utskrevet. Han fikk ny kontakt med rusteamet under dette oppholdet. Denne nye kontakten ble mer omfattende og pågående fra behandlers side. Han selv opplevde nå også behandlingsrelasjonen som mer nyttig. Etter hvert endret hans innstilling seg, godt støttet av familie og en arbeidsgiver som både stilte krav og ga støtte. Han forsto mer og mer at han var i ferd med å komme til et avgjørende punkt; enten måtte han begynne på en reell endringsprosess eller så ville støtten stoppe og rusmiddelproblemene gå over i en ny og enda mer alvorlig fase.

Han ble på ny innlagt til avgiftning og denne gang med planer om videre tilbud ved en langtids rusbehandlingsinstitusjon. Han fikk beskjed om at det ville kunne gå et halvt år fra avgiftningsoppholdet til innleggelse i institusjonen. Selv tenkte han at det var det samme hvor lang tid det gikk, så lenge han ikke kunne gå direkte fra avgiftning til behandling. Egentlig tenkte han det var greit med en vår og sommer å gjøre seg skikkelig ferdig med sitt rusliv. Han ble derfor nesten skuffet når tilbudet ble tilgjengelig allerede tidlig på våren, men det var tydelig at alle rundt han opplevde dette som svært gledelig. Begynnelsen på oppholdet i institusjonen var derfor nokså lunkent fra hans egen side, og han var flere ganger i ferd med å avbryte. Men etter hvert har dynamikken mellom kvaliteten på tilbudet, bedre relasjoner til familie og andre hjelpeinstanser, og til arbeidsgiver, styrket hans egen motivasjon og innsats for endring. Både han selv og hans hovedbehandler opplever at han nå er inne i en god, men svært krevende endringsprosess.

Mann ca. 30 år

Han begynte med kriminalitet og hasjbruk fra han var 14-15 år. Etter hvert mer alkohol og amfetamin og mer alvorlig kriminalitet. Fra han var 18 måtte han begynne å sone flere dommer. Fra han var 21 og i to år hadde han en del kontakt med ruspoliklinikk, uten at det da førte noen særlig endring. Han hadde også kontakt med sosialkontoret for økonomi-hjelp og noe arbeidstrening. En gang forsøkte sosialkontoret å tilby han et lengre institusjonsopphold men han var ikke interessert.

I forbindelse med det siste fengselsoppholdet fikk han tilbud om et "Ny start"-program og det ga motivasjon til å tenke mer endring. Da var han også kommet til et punkt der han mente han måtte gjøre et valg. Han fikk tilbud om paragraf 12 soning ved en langtidsinstitusjon. To måneder før inntak var han på omvisning ved institusjonen. I den første tiden hadde han store vansker med å akseptere rammene ved institusjonen og hadde flere korte episoder med rusing.

Selv trodde han nok kanskje at han kom til å avslutte behandlingen når paragraf 12 – soningen var over. Men da han var kommet så langt, hadde tydelig behandlingstilbudet ført til nok endringer i hans egen motivasjon til at han fortsatte. Han er nå over i andre fase av behandlingen og ser nå absolutt for seg en rusfri tilværelse i fortsettelsen. Han har fått seg kjæreste og de skal flytte sammen til en annen by for å ta utdanning og arbeid.

Mann i slutten av 20 årene

Han vokste opp med mor i en drabantby. Allerede i barnehagen opplevde han å ha en ekstrem uro og konsentrasjonsvansker. Det ble startet opp uttallige utredninger og undersøkelser og noen spredte tiltak fra PPT, barnevern og barnepsykiatrien. Han opplever at alle mulige hjelpeinstanser startet opp med ting som aldri ble fulgt opp. Han synes det er det store sviket fra hjelpeapparatet sin side.

Ut over i barneskolealder økte atferdsproblemene på med småkriminell virksomhet og store skoleproblemer, inkludert omfattende skrive- og lesevansker. Som 13 åring ble han og moren enige om at det ikke gikk lenger og de ba barnevernet gripe inn med omsorgsovertakelse. Han ble sendt til et fosterhjem der de hadde tre egne barn og to andre fosterhjem. Fosterhjemmet lå i isolerte naturskjønne omgivelser. Det ga store muligheter for aktivitet og i starten ga de svært strenge rammene i hjemmet, gode resultater i forhold til atferdsvanskene.

Etter et par år opplevde han oppdragelsesmetodene som alt for strenge og han begynte å stikke av til byen der det raskt ble mye rusing og kriminalitet. Han flyttet etter hvert tilbake til mor, mens hjelpeapparatet syntes å miste troen på at de kunne være til hjelp. I løpet av de neste årene var det først og fremst volds- og vinningskriminalitet og rusmiddelbruk som preget tilværelsen. Han hadde spredte jobber. Han har en sønn på 11 år og kontakten med han er det eneste som har bremset utviklingen mot enda mer destruktiv rusmiddelbruk.

Etter en alvorlig voldsepisode ble han satt i varetekt. Der fikk han kontakt med fengselslegen som henviste han videre til behandling i ruspoliklinikken. Rettssaken dro ut og han ble løslatt. Dette gjorde det mulig med utredning og effektiv medisinerings for

ADHD, og polikliniske samtaler. Han har samtidig etablert tettere kontakt med sønnen, fått seg kjæreste og kommet i jobb. Han har isolert seg så mye han har kunnet fra sitt øvrige sosiale miljø. Han har nå fått en lang fengselsdom som han venter på å skulle sone. Han er svært engstelig for hvordan den skal gå og håper på soningsforhold som kan gjøre det mulig å videreføre behandlingen og opprettholde kontakten med sønnen og kjæresten.

Kvinne 40 år

Kvinnen har hatt behandling for alkoholmisbruk i et par år og har hatt psykiske plager i en perioden, som hun har fått behandling for. Misbruket har gjort henne delvis arbeidsufør, og hun mottar nå attføringspenger. Kvinnen har hatt en del utfordringer i forhold til rusbehandlingen. En behandlingsinstitusjon innen rusfeltet avbrøt oppholdet hennes etter en sprek, og ville overføre brukeren til psykiatrisk behandling, men psykiatrien ville ikke ta i mot pasienten før hun var rusfri. På grunn av økende psykiske plager, ble hun tvangsinnlagt i psykiatrien, og ble derfra overført til et DPS. Tvangsinnleggelsen ble traumatisk, og hun ble psykisk dårligere enn hun noen gang hadde vært. Brukeren var temmelig oppgitt over hendelsesforløpet og mente at hun ikke passet inn noe sted, og fikk samtidig mye skyldfølelse for det som hadde hendt.

Brukeren er nå til behandling i en poliklinikk, hvor hun overnatter, og synes hun nå får god og tilpasset hjelp. Den polikliniske kontakten passer kvinnen godt og hun kan ha kontakt med familien. Hun skjøtter også en deltidsjobb.

Vekslingen mellom behandling og et liv utenfor institusjonen gir muligheter for å mestre sin situasjon på en realistisk måte. Hun innser likevel at hun kan komme til å ta for mye alkohol på et senere tidspunkt. Sammen med familien planlegger hun hvordan de sammen kan finne praktiske løsningen for framtiden og å takle vanskelige situasjoner.

Mann 27 år

Brukeren er til behandling i spesialisthelsetjenesten på en post for rus og psykiatri. Han har vært innlagt i ca. et halvt år, men skal skrives ut om ikke lenge. Han har tidligere vært til behandling for rusmiddelmisbruk.

Brukeren sier han har et veldig dårlig forhold til sosialkontoret på hjemstedet. Han synes det har vært rot i forhold til sosialkontoret med skifte av saksbehandlere. Det lokale psykiatriske senteret søkte ham til behandling i rus/psykiatri posten. Etter utskriving er det planlagt kontakt med psykiatritjenesten i hjemkommunen.

Mannen mener at rusmisbruken har ødelagt ham. I den senere tiden er det blitt vanskelig å komme i gang med aktiviteter og han har lett for å bli passiv og å ruse seg. Det ble mye samvær med rusvenner.

Ventetiden på den siste behandlingen ble langt kortere enn først oppgitt. Han fikk beskjed om at det ville ta bort i mot ett år, men han ventet bare et par måneder.

Brukeren synes han får mye hjelp her og er blitt mer aktiv og selvstendig. Han er ellers kritisk til psykiatrien, særlig DPSen han var i kontakt med. De har ikke peiling på rusproblemer, mener han. "Der skal jeg aldri tilbake", sier han og mener han fikk en

masse medisiner i store doser, som bare gjorde ham dårligere. ”Fikk ikke noe terapi, bare medisiner på DPSet”, sier han.

Brukeren sier han har mange somatiske plager, men mener han er blitt tatt alvorlig i helsetjenesten for sine plager.

Mann, 50 år

Brukeren går til poliklinisk behandling i 2006 på grunn av høyt alkoholforbruk, mest øl, over et langt tidsrom og er henvist fra fastlegen. Det var ingen ventetid på behandling. Han har tidligere hatt behandling for det samme problemet, men det var for over ti år siden. Han mener det høye alkoholforbruket har sammenheng med psykiske plager. I løpet av kontakten med poliklinikken hadde han et par sprekke, men det fikk ingen konsekvenser for behandlingen, og mener nå å ha fått kontroll over rusmisbruken. Brukeren er tidligere gift og lever nå på uføretrygd etter en skade.

Han har lite tilfredsstillende boligforhold, og dette opptar han mest nå. Målet er å få egen bolig. Han har lite sosial nettverk, litt familie, men lite ellers.

Brukeren har fått en del informasjon om rettigheter, men har ikke satt seg inn i alle papirer, sier han. Han har ikke behov for behandling utover det polikliniske tilbudet, sier han.

Mann, 40 år

Brukeren har gått på heroin i nesten 20 år og får nå metadon. Han har sprukket mange ganger på b-preparater som han har skaffet seg illegalt. Brukeren forteller at han ble skjelt huden full i LAR behandlingen på grunn av misbruket av de beroligende preparatene, fikk selvfølgelig dårlig samvittighet, men hanka seg inn igjen. Han mener han trenger piller for å slappe av og på grunn av nerveproblemer, men tar han valium, er det rett ut av LAR. Brukeren mener han ble møtt med veldig nedlatende holdninger i LAR behandlingen og det blir mye kjefting og smelling for bruken av nervetabletter, mener han møter skremmende holdninger mot narkomane hos legen som er ansvarlig for LAR der han bor.

LAR forventer at man skal kunne leve et normalt liv, men det klarer jeg ikke, sier han. Han har aldri hatt en vanlig jobb og har hatt usle boligforhold. Har for det meste levd på sosialhjelp. Brukeren har lang ”fartstid” fra fengsel.

Han er nå innlagt på rusinstitusjon etter å ha blitt tatt av metadon. Etter en anke får han beholde metadon, men må gå igjennom et behandlingsopplegg på institusjon. Han er livredd for å bli tatt av metadon og mener det altfor kort nedtrapping på medisinen. Dette fører til store helseproblemer. Mange brukere dør av hjerneslag og hjerteproblemer under nedtrapping, mener han.

8.2 Brukerorganisasjoner

Gjennom å yte tilskudd til flere av disse, har kommet mer i dialog med interesseorganisasjonene. Det samme har skjedd ved at interesseorganisasjoner er langt oftere representert i arbeidsgrupper og utvalg, for eksempel slik LAR-nett nå er

representert i den gruppen som skal utarbeide forslag til faglige retningslinjer for LAR. Men både HOD og Sosial- og helsedirektoratet opplever at interessegruppene har størst interesse i å kommunisere direkte med det politiske nivået. De er jo først og fremst politiske aktører.

I intervjuet med lederen av RIO kommer det da også klart fram hvor bredt engasjement og hvor sterke oppfatninger en slik interesseorganisasjon har i forhold til rusreformen og implementeringen av denne.

Spørsmålet om kapasitet og ventetider er egentlig ikke det sentrale ankepunktet mot dagens tiltaksapparat, sett fra RIO's ståsted. En ser at rusreformen, med større oppmerksomhet på fagfeltet, nye henvisningsmuligheter, og ingen kommunale egenandeler, har ført til langt flere henvisninger. Det har vært en viss økning i kapasiteten, men uten at dette har ført til at flere personer har fått hjelp. RIO mener det meste av kapasitetsveksten har kommet innenfor LAR og at mer drop-out og flere reinnleggelser har ført til at den økte kapasiteten innenfor resten av hjelpeapparatet har gått til å dekke opp for dette. RIO mener at dette skjules ved at helseforetakene blir målt på produksjon/gjennomstrømning og ikke på resultat.

RIO er imidlertid langt mer kritisk til hvordan rusreformen har ført til at en nå anvender de organisatoriske og prosedyremessige prinsippene fra spesialisthelsetjenesten på et tiltaksapparat for rusmiddelmissbrukere. De mener en alt har sett mange negative konsekvenser av dette:

For det første fører dette til at ansvaret for ulike elementer som burde inngå i en integrert rehabilitering, nå splittes i lineært oppdelt ansvarsområder med mange brudd i kontakten mellom bruker og hjelpeapparat underveis. For RIO er det prosessen mot en større grad av sosial integrering som må være i fokus under hele behandlingen og rehabiliteringen. I stedet blir en mest opptatt av avhengighetstilstanden, men en sterk tendens til å vurdere denne som en kronisk lidelse som det for svært mange er umulig å komme ut av. Helseperspektivet og medikaliseringen av rusfeltet har ført til at det oppstår mer definitive skiller mellom de som kan behandles ut av avhengigheten og de som man gir opp dette målet for. Dermed skyver spesialisthelsetjenesten alle håpløse fra seg og alle mangler i tiltaksapparatet skyves til slutt ned på sosialkontorene som sitter med hele "blaimen" for alt man ikke fikk til.

Innføring av pasientrettigheter som fritt sykehusvalg, kortere behandlingstider, mer poliklinisk behandling og fastleger som henvisere og samarbeidspartnere, er alt fine prinsipper i teorien. Men i praksis fungerer det dårlig, fordi rusmiddelmissbrukere er i en annen livs- og problemsituasjons enn andre brukergrupper, og krever et tiltaksapparat som fungerer etter andre prinsipper: Fritt sykehusvalg er ikke forenlig med kravet om tett samarbeid og fokus på sosial integrering også under institusjonsopphold. Korte behandlingstider og poliklinisk behandling er ikke tilstrekkelig for store deler av dagens brukergruppe. Om da ikke de som dette ikke er tilstrekkelig for, alle skal over på LAR? De fleste fastleger har verken interesse eller kunnskap for å ta på seg den rollen de er tiltenkt i det nye systemet.

Alt dette er synspunkter som det i denne fasen av evalueringen ikke har vært mulig å gå særlig dypt inn i. Flere av de andre aktørene vi har intervjuet, har vært inne på noen av de samme temaene, og noen tema blir dermed tatt opp igjen andre steder i denne

underveisrapporten. Men først og fremst er synspunktene fra RIO viktige som problemstillinger i den videre evalueringen.

For RIO framstår samarbeid mellom de ulike instansene i tiltaksapparatet etter de prinsipper som er lagt til grunn for ordningen med Individuell Plan, IP, som et ideal på hvordan systemet burde fungert. RIO legger mest vekt på prinsippene om at bruker og tjenesteyter skal likestilles i arbeidet, og at det alltid skal være en aktiv og myndiggjort koordinator for samarbeidet (gjørne brukeren selv etter som han eller hun evner å ta over denne rollen). RIO mener IP ikke fungerer fordi ingen instans vil gi fra seg noe av sitt myndighetsområde, og at taushetsplikten brukes for å forsvare sitt eget område. RIO mener det må komme retningslinjer som pålegger instansene å gå inn i et aktivt samarbeid på de premissene som IP legger opp til.

På spørsmål om ventetider mener organisasjonen at det er lengst ventetid på de mest populære institusjonene, men kortere tid på de mindre populære institusjonene. Generelt har organisasjonen inntrykk at ventetidene er blitt lengre.

Organisasjonen mener det er tydelige tendenser til at behandlingstidene kortes ned, og ser dette som en bevisst politikk fra helseforetakene. Helseforetakene, vil etter organisasjonens syn, vri behandlingen over fra døgnopphold til mer poliklinisk behandling, uten at en kan dokumentere at dette foreløpig har skjedd.

Organisasjonen mener å se klare tendenser til at oppholdstidene i behandlingsinstitusjonene er kortet ned og at presset på kommunale tiltak er økt. Brukerne blir henvist til kommunale tiltak etter kort tid ved behandlingstiltak. Dette bidrar til å undergrave pasientrettighetene. Generelt er det for sterke krav til å bli rettighetspasient. Man må ha en diagnose for å få rettigheter, men rusavhengighet er ikke noen diagnose, og derfor er det vanskelig å få døgnbehandling hvis du bare har et rusproblem.

Organisasjonen ser en rød tråd i utviklingen av behandlingsopplegget. Det blir i stadig større grad satt likhetstegn mellom rus og psykiatri, og rusbehandlingen havner under psykiatrien. Men organisasjonen mener det er viktig å se forskjeller mellom rusavhengighet og psykiatri, og er redd for at kompetanse på rusavhengighet vil bli svekket.

Organisasjonen ser ingen nedgang i tallet på rusmiddelmisbrukere eller nedgang i omfanget av sprøytemisbruk. Om reformen skulle vært effektiv burde omfanget av misbruk vist nedgang.

Organisasjonen hadde forventet noe helt annet enn det som skjer etter reformen. Tar man somatikken som eksempel, får pasienter med somatiske sykdommer tett oppfølging, hvis de blir syke igjen. Slik er det ikke slik med rusmisbrukere. Man kan derfor ikke hevde at rusmisbrukere har de samme rettigheter som andre pasienter.

I mange tilfeller mener organisasjonene at ventetider på behandling er for lang, noen ganger opp til to år. Men det er ikke noe nytte med rettigheter hvis en bruker må vente i ett til to år på behandling. Hvem andre ville finne seg i å vente i to år på behandling, spør representanten for organisasjonen.

Utredning for rettigheter blitt en mye tyngre prosess etter reformen. Nå går det veldig lang tid, når det søkes om behandling. Først skal brukeren søkes inn til vurdering, så skal en igjennom prosedyrer med utredning og innsøkning til institusjon. Dette tar veldig lang tid og igjen ser det ut til at spesialisthelsetjenesten overfører ansvaret til kommunene.

Organisasjonen angriper retningslinjer for rett til helsehjelp etter rettighetsloven. Formuleringen om forventet nytte til behandling brukes mot rusmisbrukere og kategoriserer dem som omsorgstilfeller uten rett til behandling. Organisasjonen kan vise til personer som har vært på kjøret i mange år og er blitt rusfrie. Det er et problem, mener organisasjonen, at det ikke finnes noen spesialitet på rusavhengighet. Det er ikke tilstrekkelig faglig kompetanse på rusavhengighet i spesialisthelsetjenesten og vurderingen av pasienter blir deretter.

9 Drøfting

Drøftingen av de resultatene som er presentert i de foregående kapitlene, tar utgangspunkt i analysemodellen som ble presentert i kapittel 2, og i de problemstillingene som er formulert i kravspesifikasjonen fra Sosial og helsedirektoratet. Drøftingen er samlet under fem hovedtema.

Først tar vi utgangspunkt i hvordan selve reformen er implementert i de regionale helseforetakene. Her legges det spesiell vekt på de nye juridiske og organisatoriske rammevilkårene for tjenestene og hvordan RHFene har ivaretatt sitt ”sørge for” ansvar. Deretter drøfter vi hvordan kommunene forvalter sitt ansvar for tilbud til rusmiddelmisbrukere etter reformen.

Etter å ha drøftet hvordan de to forvaltningsnivåene hver for seg ser ut til å ivareta sitt ansvar, drøfter vi hvordan samhandlingen mellom og innen forvaltningsnivåene ser ut til å ha utviklet seg. Vi drøfter også hvilken rolle de private aktørene har fått i det nye hjelpeapparatet. Til slutt drøfter vi hvordan nye rammevilkår og samarbeidsformer ser ut til å virke inn på vurderinger av kvaliteten på tjenestene og hvilke hovedutfordringer hjelpeapparatet nå ser ut til å stå overfor.

9.1 Implementeringen av reformen

Rusreformen innebærer at de statlige helseforetakene har fått som oppgave å integrere de tidligere fylkeskommunale rusverntjenestene i spesialisthelsetjenesten. Kravet om integrering har betydd at helseforetakene har måttet foreta en implementering av organisasjonsstruktur, roller, prosedyrer og rettigheter. De har også måttet utvikle tilbudet i pakt med ”sørge for” ansvaret i forhold til kapasitet og kvalitet på tjenestene. Rusreformen ble vedtatt og skulle settes i verk etter en stram tidsplan og helseforetakene opplever at de har stått overfor en krevende arbeidsoppgave.

9.1.1 Strukturell implementering

Både de regionale helseforetakene, de enkelte helseforetakene og de private tiltakene som har fått avtale med RHFene har lagt ned et stort arbeid i å få på plass den nye strukturen, de nye rollene, prosedyrene, rutineene for oppfylling av pasientrettigheter og de mange rapporteringene. Dette var noe vi kunne melde om alt i den første rapporten fra evalueringen, våren 2006.

Det er brukt mye tid og ressurser på de strukturelle sidene ved de nye tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmisbrukere. Flere aktører i rusfeltet omtaler dette som en byråkratisering av tjenesteapparatet. Innen de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmisbrukere er det etablert en praksis som er langt mer formalisert enn den en finner innenfor de andre delene av spesialisthelsetjenestene. Spørsmålet er om en i arbeidet for å gjøre spesialisttjenestene for rusmiddelmisbrukere til en del av spesialisthelsetjenesten, har blitt mer ”bokstavtro” og dermed bruker

forholdsvis mer ressurser på de strukturelle sidene ved tjenestene, enn noen annen del av spesialisthelsetjenesten.

Fire forhold det siste året bidrar til at oppmerksomheten mot og kravene til den strukturelle implementeringen ikke synes å avta.

For det første har kravene til rapportering stadig endret seg, med det merarbeidet dette har ført til for rustiltakene og helseforetakene. Fra 1. januar 2006 er det også krav om rapportering til Norsk Pasientregister. Helse Sør har begynt å rapportere i forhold til de kvalitetsindikatorerne som en gruppe i Sosial og helsedirektoratet foreslo i sin rapport i 2005. Både omfanget og endringstakten i kravene til rapportering har vært og er en stor utfordring og arbeidsbelastning for tiltakene og foretakene.

For det andre har Helsetilsynet gjennomført en omfattende runde med tilsyn i rustiltakene over hele landet. Det er særlig kravene til kompetanse og til dokumentasjon av rutiner og journalføring som har ført til mange avvik. Dermed har svært mange rustiltak og helseforetak brukt mye ressurser på å lukke disse avvikene. Det er også brukt mye tid på møter og annen kommunikasjon mellom ledelsen ved rustiltakene og de regionale helseforetakene om hvordan kravene til dokumentasjon og rapportering skal utformes og håndteres.

For det tredje har det vært en stor diskusjon om hvilke kriterier som skal legges til grunn for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Utgangspunktet har vært de store regionale og lokale forskjellene i hvor stor andel av de henviste pasientene som er gitt denne retten. Det at det blir så stor oppmerksomhet mot dette og brukes så mye ressurser på å utvikle felles kriterier, kan i seg selv ses på som enda et tegn på den "bokstavtro" holdning som finnes i rusfeltet. Det er derfor igjen viktig å minne om uttalelsen fra NPR (NPR 2006) der det sies at de regionale og lokale forskjellene er like store innenfor psykiatri og somatikk, uten at det blir tatt fatt i på samme måte.

Debatten om vurderingskriteriene er imidlertid en påminnelse om de ulike syn det er på hvilken rolle spesialisthelsetjenesten skal ha overfor rusmiddelmissbrukere. Om vi formulerer to ytterpunkt i dette synet, få vi fram disse forskjellene.

Et ytterpunkt kan uttrykkes slik: Om en pasient kan ha nytte av behandlingen, må vurderes ut fra en kombinasjon av hvilken situasjon pasienten er i, med hensyn til alvorligheten av rusmiddelavhengigheten og motivasjonen for endring, kombinert med den historikken pasienten har i forhold til det å kunne nyttiggjøre seg behandlingen. Resultatet av et slikt syn vil lett kunne ses på som krav til ruspasienter som ikke rettes mot andre pasientgrupper i spesialisthelsetjenesten.

Det andre ytterpunkt kan uttrykkes slik: Innsats for å komme ut av en rusmiddelavhengighet og redusere rusrelaterte problem er en langvarig prosess, der tidligere behandlingsinnsatser kan være av stor betydning, selv om en ikke har kunnet observere klar atferdsendring. I tillegg kan selv den største mangel på motivasjon for endring i øyeblikket ikke utelukke at framtidige behandlingstiltak kan føre til en endring i motivasjonen og dermed øke muligheten for nytte av behandlingen. Resultatet av en slikt syn vil lett kunne ses som utslag av en behandlingsoptimisme hvor en ikke er villig til å foreta noen prioriteringer, aller minst i forhold til en kost-nytte tenkning.

Diskusjonen om kriteriene er med på å sette tjenestene under et stort press. Det brukes tid på både diskusjoner og opplæring. Kravene om tverrfaglige vurderinger fører til at langt flere fagfolk med høy faglig kompetanse blir involvert i vurderingsarbeidet og fører selvsagt til at en har tilsvarende mindre fagressurser til rådighet i selve behandlingsarbeidet.

Et siste moment i forhold til økte krav til tjenestene er innføringen av individuell plan (IP). IP er på full fart inn i de tverrfaglige spesialiserte tjenestene. Tverrsnittundersøkelsen (kapittel 6) viser at 34 prosent av pasientene har en IP, mens kartleggingen fra de åtte kommunene knyttet til Helse Fonna RHF viser at nesten ingen rusklienter i kommunene har slik plan (3 prosent). Dermed er det tiltakene i spesialisthelsetjenesten som har tatt initiativet til og har utført det meste av arbeidet med å lage og følge opp slike planer.

Bedre rapportering, dokumentasjon, vurderinger og planer oppfattes som viktige og legitime krav i alle deler av hjelpeapparatet. Spørsmålene som stilles, går mest på med hvilken nidkjærhet og tempo disse kravene skal etterkommes, og dermed hvor mye av de tilgjengelige ressursene som skal settes inn i denne typen arbeid, holdt opp mot den kapasitet og den kompetanse som er til rådighet for selve behandlingsarbeidet.

9.1.2 "Sørge for" ansvaret

I tidligere kapitler har vi, mer i detalj, gjort rede for utviklingen i kapasitet, ventetider og utvikling i tilgjengelig kompetanse i rusfeltet. Det generelle bildet er at de regionale helseforetakene har oppfylt kravet om en høyere prosentvis vekst i tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere enn i den somatiske helsetjenesten. Dette gjelder alle de regionale helseforetakene. Flere RHFer bruker til dels store midler også til gjestepasienter.

Til sammen rapporterer Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) at RHFene samlet har økt ressursinnsatsen, ut over det de fikk tilført i forbindelse med selve reformen, med noe mer enn 460 millioner i årene 2004 og 2005. Det foreligger ikke regnskapstall for 2006, men mye kan tyde på at veksttakten fra 2005 har fortsatt inn i 2006, det vil si ytterligere 100 millioner kroner. Om vi tar utgangspunkt i de 1,4 milliardene som RHFene fikk overført i forbindelse med reformen, har den gjennomsnittlige årlige nominelle veksten vært ca. 13 prosent.

Særlig synes RHFene å ha satset på å etablere en bedre balanse mellom ulike tiltak, som for eksempel mellom avrusning, korttid og langtids døgntilbud. De har også fått på plass bedre tilbud i forhold til tvang og omfattende rus- og psykiatriproblematikk, selv om mye enda gjenstår. Det har ikke skjedd en dreining over til mer poliklinisk behandling, snarere tvert om.

Om dette skal vurderes som mye eller lite, kommer selvfølgelig alt an på hvilke forventninger en hadde til reformen. En økning i ressursbruken på 40 prosent på tre år, må isolert sett, vurderes som en betydelig økning. Vurdert i forhold den faktiske økningen i antall henvisninger og økningen i ventetidene, så er veksten mindre imponerende. I de tre første årene etter sykehusreformen i 2002 økte ressursinnsatsen i

somatikken med nesten syv milliarder (17 % økning), nettopp med begrunnelse i at en måtte få ned ventetidene.

Enda mer nøkternt kan en vurdere veksten dersom man ser det i forholdet til antallet innbyggere i Norge som har en behandlingstrengende rusmiddelavhengighet. For eksempel har SIRUS anslått antallet mennesker i Norge med en behandlingstrengende alkoholavhengighet til 30.000. Om dette vil komme til å gi seg utslag i en enda større etterspørsel etter tverrfaglige spesialisttjenester, avhenger både av hvordan en vil avgrense spesialisthelsetjenestens ansvar (jfr. diskusjonen om kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp), og i hvor stor grad et økt tilbud vil omforme behandlingsbehov til etterspørsel etter behandlingstjenester.

Så langt har den store økningen i antall henvisninger ikke lagt spesialisttjenestene under så stort press som en kunne vente. Dette skyldes både at en fjerdedel av de som henvises, ikke gis rett til nødvendig helsehjelp, og at svært mange pasienter faller fra i prosessen (brudd i behandlingen, "drop-outs", og utskrivninger før og like etter inntak og i løpet av behandlingsforløpet). Dermed er ventetiden langt kortere enn det en ville fått om pasientene i tverrfaglige spesialisttjenester hadde fulgt behandlingsoppleggene på samme måte som pasientene i somatikken og psykiatrien.

I forhold til styrkingen av kompetansen har vi i tidligere kapitler sett at det har skjedd en klar styrking av den helsefaglige kompetansen, samtidig som styrkingen av den sosialfaglige kompetansen synes å ha holdt tritt med utviklingen i kapasiteten. Også her er det flere måter å vurdere utviklingen på. Når Helsetilsynet vurderer tilgjengelig helsefaglig kompetanse for å møte de krav som stilles, er det en svært lang vei igjen å gå.

9.2 Kommunene etter rusreformen

Kommunene skal ha et helhetlig ansvar for rusmiddelmisbrukere også etter rusreformen. De skal selv sørge for hjelpetiltak innenfor sin egen helse- og sosialtjeneste og skal henvise til og samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Gjennom tall fra KOSTRA, undersøkelsen av sosialtjenesten i kommunene (kommune-surveyen i kapittel 7), brukerkartleggingen i åtte kommuner i Helse Fonna RHF sitt område og kvalitative intervjuer med brukere og fagpersoner, har vi et omfattende datagrunnlag for å si noe om hvordan kommunene har ivaretatt dette ansvaret. Resultatene fra de ulike undersøkelsene gir et svært sammensatt bilde av situasjonen i kommunene. Vi kan peke på noen hovedtendenser samtidig som svarene og tallene viser at situasjonen i de ulike kommunene varierer en god del.

9.2.1 Sosialtjenesten etter rusreformen

Det generelle bildet er at kommunene, og da først og fremst representert ved sosialtjenesten, har opprettholdt eller økt sin ressursinnsats etter rusreformen. Det er de største kommunene som har hatt den største økningen i ressursinnsatsen. Ingenting tyder dermed på at kommunene har skjøvet oppgaver over på spesialisthelsetjenesten, selv om ordningen med kommunal delbetaling for døgnbehandling er tatt bort. Dersom

vi nullstiller de kommunale budsjettene i forhold til det uttrekket som fulgte av rusreformen (som følge av bortfallet av den kommunale delbetalingsordningen), ser vi at kommunene har økt sine driftsutgifter med 12 prosent og antall årsverk med seks prosent fra 2003 til 2005. Alt før rusreformen var det til dels store forskjeller mellom kommunene i forhold til innsatsen overfor rusmiddelmisbrukere. Disse forskjellene er enda noe større etter reformen. Noe av de økte forskjellene skyldes at uttrekket var forskjellig, alt etter hvor mye den enkelte kommune hadde brukt til delbetaling for døgntilrettelagt behandling i 2002. Men noe må også skyldes ulike lokale prioriteringer.

Både sett ut fra KOSTRA-tallene, svarene i kommune-surveyen og de kvalitative intervjuene, kan endringene i kommunenes ressursinnsats ikke sies å være betydelig. På de fleste spørsmål svarer stort sett mellom 60 og 80 prosent av sosialtjenestelederne at situasjonen for dem er uendret. Rusreformen synes i relativt liten grad å ha påvirket kommunenes innsats og arbeidsoppgaver. For sosialtjenesten er det først og fremst den store økningen i LAR som har ført til de store endringene. I de åtte kommunene i Helse Fonna RHF sitt område er en fjerdedel av klientene inne i LAR. Hver av disse krever store ressurser i form av utarbeiding av planer, etablering av ansvarsgrupper, personelloppfølging og tildeling av tjenester. Den forventede økningen i LAR vil legge ytterligere press på de kommunale sosialtjenestene.

Både materialet fra disse åtte kommunene og tall for sosialtjenestenes andel av henvisninger til spesialisthelsetjenestene, tyder på at sosialtjenestene i relativt liten grad har økt den andelen av sine klienter som de prioriterer for mer intensiv kommunal innsats og henvisning til spesialistbehandling. Resultatene fra kommunesurveyen viser at sosialtjenestene snarere har økt enn redusert sin innsats overfor de klientene som de faktisk henviser. Over 40 prosent av sosialtjenestelederne svarer at det brukes mer tid i forbindelse med henvisninger etter reformen. Både tverrsnittsundersøkelsen og kvalitative intervju med rustiltakene i spesialisthelsetjenesten, tyder på at omfanget av samarbeid om henviste pasienter har økt etter reformen. Her meldes det imidlertid om stor variasjon mellom kommunene.

På dette grunnlaget synes det som om sosialtjenestene i kommunene arbeider etter tre svært ulike strategier:

For det store antallet LAR-klienter kreves det en relativt stor ressursinnsats fra kommunene. Dette tar en stor og økende del av sosialtjenestenes kapasitet.

De klientene som det i tillegg arbeides aktivt med i forhold til endring i rusmiddelbruk/avhengighet og bedret livssituasjon, er en mindre gruppe klienter, vurdert til ca 15 prosent av klientene i kommunene i Helse Fonna RHF sitt område. Det er disse klientene som kommunenes sosialtjenester henviser til spesialistbehandling og som de selv må bruke relativt mye ressurser på i form av planlegging, oppfølging og enkelttjenester.

Ut fra mange av svarene som er gitt på de åpne spørsmålene i kommunesurveyen om hvilke økte oppgaver rusreformen har ført til, får vi et relativt klart bilde – sosialtjenesten må legge ned mye arbeid i henvisningene. Sosialtjenesten setter inn svært mange tiltak mens klientene venter på å bli tatt inn i behandling, både egne tiltak og kjøp av opphold i private omsorgsinstitusjoner, og de må følge opp klientene under

og etter behandlingsopphold. Sett fra mange brukere og brukerorganisasjonenes side er det store mangler i dette oppfølgingsarbeidet. Men det er altså ikke mulig å dokumentere at kommunene bruker mindre ressurser på dette. Snarere tvert om.

Kravene til kommunal innsats før, under og etter tiltak i spesialisttjenesten må sosialtjenesten ta hensyn til, når de vurderer å henvise. Det er grunn til å anta at dette begrenser antallet henvisninger fra kommunenes sosialtjeneste. Tall for sosialtjenestens andel av totale henvisninger kan tyde på at sosialtjenesten i liten grad har økt andelen av klienter som de henviser til spesialisthelsetjenesten. Sosialtjenesten har altså i stor grad opprettholdt den samme vurderingen av hvor mange og hvem de ønsker å henvise, som de gjorde når de selv måtte betale for deler av oppholdsutgiftene.

Den siste gruppen av klienter, vurdert til ca. 60 prosent av de rusmiddelmissbrukerne som sosialtjenestene i Helse Fonna-kommunene kjenner til, gis et langt lavere nivå på de kommunale tjenestene. Dette er klienter som gis økonomisk sosialhjelp, bistand til tak over hode og et minimum av øvrige helse- og sosialtjenester. Ut fra den livssituasjonen og typen problematikk disse har, er det klart at mange kunne være aktuelle for tiltak i ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Noen av de brukerintervjuene vi presenterte i kapittel 8, viser dette tydelig. De reiser også spørsmålet om hvor mange muligheter for endring som går tapt når sosialtjenesten ikke ser seg i stand til annet enn et minimum av tilbud for så mange av sine klienter.

Hvor mange som kunne vært aktuelle for henvisning til spesialisthelsetjenesten, vil være avhengig av flere forhold. For det første vil det være avhengig av vurderinger av hvilke oppgaver en mener spesialisthelsetjenesten skal ta på seg overfor rusmiddelavhengige med varierende sammensetning og alvorlighet av ulike lidelser. For det andre vil det være avhengig av hvilken grad av uttrykt motivasjon for endring som en forutsetter må være til stede for å kunne vurdere nytten av ulike behandlingstiltak. For det tredje er det også klart at kommunene vurderer hvor mye arbeid de skal legge ned i å øke antall henvisninger vurdert opp mot den kapasitet og den ventetid som det til en hver tid er i spesialisthelsetjenesten.

Det synes å være en klar sammenheng mellom hvilke tilbud som finnes og hvor mye av behovet for tjenester som til en hver tid kommer til uttrykk som etterspørsel etter de samme tilbudene. Men selv når sosialtjenestene i de åtte Helse Fonna – kommunene blir bedt om å foreta en så nøktern vurdering som mulig av forventet etterspørsel etter spesialisthelsetjenester, kommer de opp med tall som det er helt umulig å tenke seg at spesialisthelsetjenesten vil være i stand til å ta i mot. Resultatet er trolig at sosialtjenestene justerer sine forventninger og lar være å henvise.

9.2.2 Fastlegenes rolle etter rusreformen

Vi har et begrenset materiale å bygge på når det gjelder fastlegenes og den øvrige delen av primærhelsetjenestens arbeid med rusmiddelmissbrukere.

Hvor sterkt fastlegene ellers engasjerer seg i arbeidet med rusmiddelmissbrukere, er det svært vanskelig å få dokumentert. Vi vet at det er enkeltleger som er svært engasjert, med mange rusmiddelavhengige pasienter og omfattende deltakelse i samarbeidet med andre instanser. Vi vet også at tiltak som Lægeforeningens gjennombruddsprosjekt, har

ført til økt deltakelse fra mange leger. Men foreløpig har vi ikke god dokumentasjon på i hvor stor grad dette har ført til endringer i arbeidet til det store flertallet av leger (Den Norske Lægeforening 2006).

I kommunesurveyen har vi tall som tyder på at det fremdeles er skott mellom den kommunale sosialtjeneste og legenes arbeid. Over halvparten av sosialtjenestene svarer at de i liten grad har oversikt over legenes henvisninger og nesten halvparten får dårlig informasjon om behovet for oppfølging fra sosialtjenesten av pasienter som leger har henvist. Men samtidig er det noe over 10 prosent av sosialtjenestene som svarer at de har god oversikt over legenes henvisninger og informasjon om oppfølgingsbehov blant de pasientene som legene har henvist.

Dette sammensatte bilde bekreftes av de svar sosialtjenestene gir på åpne spørsmål om de på noen områder har fått reduserte oppgaver etter reformen og hvilke tiltak de setter inn overfor henviste pasienter. Av de 218 sosialtjenestelederne i undersøkelsen er det 7 som svarer at de har fått reduserte oppgaver etter reformen fordi legenes engasjement har økt. Noen viser også til involvering av lege som et av de tiltakene de setter inn overfor pasienter som venter på inntak i spesialisthelsetjenesten.

Fra brukerintervju og intervju med behandlingsinstitusjonene får vi også et sammensatt bilde. Her vises det til at de fleste legene som henviser, er lite aktive under og etter behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Det er også vanskelig for mange helt å se hva legene egentlig skulle ha å bidra med, ut over en ordinær oppfølging i forhold til pasientenes somatiske og psykiske helse. Men det vises også til unntak, der leger følger opp pasientene mer aktivt i forhold til flere sider ved pasientens livssituasjon og også er mer aktive i koordinering og samarbeid med andre instanser.

9.3 Organiseringen og samhandlingen mellom tjenestene

Det var klare målsettinger om at rusreformen skulle føre til tettere samarbeid mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og den nye tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmisbrukere, og mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten.

9.3.1 Samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Både i tverrsnittundersøkelsen og i kommunesurveyen er det en klar tendens til et økt samarbeid mellom kommunene og de tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmisbrukere, selv om bildet er sammensatt.

I kommunesurveyen svarer de fleste at samarbeidet er uendret. En mindre andel svarer at samarbeidet er blitt bedre og en enda mindre andel at det er blitt dårligere. Sett fra spesialisttjenestens side er bildet nokså likt. I tverrsnittundersøkelsen finner vi at en samarbeider like ofte med sosialtjenesten etter som før reformen. Det er det kommunale psykiske helsevern og fastlegene en samarbeider oftere med etter reformen. Samtidig ser en at det nå etableres ansvarsgrupper rundt en større andel av pasientene (54 prosent i 2006 mot 40 prosent i 2003).

Et grunnleggende tema i en drøfting av samhandlingen mellom de kommunale tjenestene og de tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmisbrukere, er forholdet mellom det "lineære, ansvarsoppdelte" systemet for pasientflyt som rusreformen og de nye pasientrettighetene legger opp til. Dette har vært det tradisjonelle systemet for forholdet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, der de spesialiserte tjenestene skal gjøre en avgrenset jobb i en avgrenset periode og der kommunehelsetjenesten ikke arbeider aktivt med pasienten. I et slikt system blir melding om utskriving og epikrisetid meningsfulle kriterier for et godt samarbeid.

Gitt karakteren av den problematikken og atferden som kjennetegner mange rusmiddelmisbrukere, er dette et system som i praksis fører til store problem. Særlig gjelder dette i det som betegnes som en venteperiode fra henvisning er sendt, til inntak i behandling. Ved henvisning er ofte pasienten på sitt mest motiverte for å komme inn i behandling og ventetiden blir uansett lengde, et stort problem. Løsningen på dette er spesielle kommunale tiltak eller bruk av private omsorgsinstitusjoner for å "holde på" pasienten. Allikevel opplever en at "drop-out" før og like etter inntak har økt til dels betydelig ved enkelte behandlingstiltak. Dette forklares med at en ikke har hatt anledning til å etablere noen relasjon til pasienten før inntak og dermed heller ikke har kunnet forberede pasienten på det som møter han eller henne på behandlingsinstitusjonen.

Ordninger med reinntak ved "drop-out" eller mer planlagte reinntak i et lengre behandlings/rehabiliteringsforløp, er blitt en praksis for å møte noen av vanskelighetene med det lineære, ansvarsoppdelte systemet. I dette inngår også en mer eller mindre tett oppfølging fra kommunene under oppholdene. Manglende utnyttning av det frie sykehusvalg ses som en forutsetning for å få dette til, men den omfattende bruken av gjestepasientplasseringer er her en stor utfordring for et tilfredsstillende samarbeid.

En del av dette bildet er også hva som skjer i forhold til oppholdstider, særlig ved langtidsinstitusjonene. Foreløpig er det kun institusjonene med de lengste ventetidene som vi sikkert kan si har fått krav om redusert oppholdstid (ned til maksimalt to år). Men både lange ventetider og et press på å korte ned oppholdstiden (som vi altså ikke enda kan se har skjedd i noen stor grad) oppleves som et press om raskere pasientgjennomstrømning. Vi har foreløpig fått en noe sammensatt bilde av hva dette har ført til, ikke minst i forhold til arbeidsdelingen mellom spesialistinstitusjonene og kommunene. Noen kommuner mener de nå må ta et større oppfølgingsansvar enn tidligere, mens noen institusjoner mener de arbeider enda mer enn før med å forberede pasienten på utskriving.

Individuell plan er et tema som vekker en følelse av dårlig samvittighet hos mange instanser. Men alle sier de tar kravet svært alvorlig og at de både ser plikten og nytten av å få til et bedre arbeid på dette feltet. Det er enighet om at kommunene både vegrer seg og kanskje også har mindre nytte av en IP før pasienten skal inn i behandling. Tiltaksplaner oppleves å være tilstrekkelige. Tilsvarende oppleves IP å være mindre relevant for de fleste av pasientene i poliklinisk behandling og korttids institusjonsbehandling. Tverrsnittundersøkelsen viste at henholdsvis 23 og 32 prosent av pasientene i denne typen tiltak har fått utarbeidet en individuell plan.

Under langtidsopphold er det imidlertid enighet om at IP er et helt nødvendig og nyttig virkemiddel. Vi så i tverrsnittundersøkelsen at IP er utarbeidet for 54 prosent av de pasientene som er til behandling i langtidsinstitusjoner. I de aller fleste av disse tilfellene er det spesialistinstitusjonen som må ta ansvaret for å få laget planen. Institusjonen og kommunen er da ofte enige om at det er institusjonen som skal ta på seg koordinatoransvaret for planen. Men her er det enda en lang vei å gå, særlig i forhold til å reelt sette pasienten i fokus i planen og la planen bli pasientens ”eiendom”.

Den etablerte ordningen med definerte behandlingsnivå er spesiell for rusfeltet. På den ene siden oppleves denne ordningen å gi en god tilpasning mellom varierte behandlingsbehov og den store variasjonen i behandlingstilbud som finnes innenfor de spesialiserte tjenestene. Gjennom å definere rett til nødvendig helsehjelp på et bestemt behandlingsnivå har det vært mulig å definere hvilke roller de ulike behandlingstiltakene bør spille. På den annen side opplever mange det som et problem at så ulike tilbud som de vi finner innenfor dagens tverrfaglige spesialiserte tjenester, skal framstå som parallelle behandlingsløp.

Det oppleves også som et stort problem når det ikke differensieres bedre mellom ulike tiltak på samme behandlingsnivå. Fritt sykehusvalg, spesielt innenfor regionen, og press på å overholde behandlingsfrister, fører til dårlig matching mellom pasientenes behov og det tilbudet tiltakene gir. Særlig innenfor korttids døgntilbud synes tilbudene å få en lite differensiert karakter, for eksempel i forhold til å ivareta de spesielle miljø- og behandlingsbehov som kvinnelige rusmiddelmissbrukere har.

Noen tar til orde for en utvikling som mer ligner på DPS-modellen innenfor psykiatrien, der distriktpsikiatriske sentra plasseres etter akutt-tilbud og spesialiserte sykehusavdelinger i et behandlingsforløp. Innenfor en slik modell mener mange det vil være enklere å innplassere dagens langtidsinstitusjoner i et habiliterings/rehabiliteringsløp med tette koblinger mellom kommunale tiltak og tiltak fra spesialisthelsetjenestene. I flere fylker hadde det før reformen utviklet seg organisasjonsformer med tette koplinger mellom kommunale og fylkeskommunale tiltak. Det vil være en utfordring å få til like tette koplinger innenfor de rammene som rusreformen har ført til. Innenfor en slik diskusjon hører derfor også en problemstilling om hva som vil og bør bli arbeidsdelingen og samarbeidsformene mellom kommunale tjenester og spesialisttjenestene i framtiden.

9.3.2 Samhandlingen mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten

En viktig målsetting med rusreformen var å bedre rusmiddelmissbrukeres tilgang på psykiatriske og somatiske helsetjenester. Fra helseregionene meldes det om en generelt bedre tilgang, men forholdene varierer. Stort sett meldes det om et langt bedre samarbeid mellom de tverrfaglige tjenestene og psykiatrien, men med noen klare unntak. Likeså meldes det om enkelte spredte tiltak for å styrke samarbeidet med somatikken. Det generelle inntrykket er at det ikke lenger er legitimt for psykiatrien og somatikken å hindre rusmiddelmissbrukere likeverdig tilgang på spesialisthelsetjenester. Flere leger inn i rustiltakene har også gjort viderehenvisninger enklere å få til. Men samtidig meldes det at en både innen psykiatrien og somatikken har en tendens til å ville overføre rusmiddelmissbrukere så raskt som mulig til de spesialiserte rustiltakene.

I St. meld. nr. 25, (1996-97) "Åpenhet og helhet", ble det definert tre grupper av pasienter med sammensatte problem i forhold til psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk. Den første gruppen er psykiatriske pasienter som i perioder misbruker rusmidler. Denne gruppen ble (selvsagt) vurdert å være psykiatriens ansvar, og mye tyder på at rusmiddelmisbruk i mindre grad ekskluderer disse pasientene fra å få et tilbud i psykiatrien.

Den andre gruppen, som psykiatrien skulle ha ansvar for, er pasienter med alvorlige psykiske lidelser som psykoser eller alvorlige personlighetsforstyrrelser, og en samtidig alvorlig rusmiddelavhengighet. Det er denne gruppen som omtales som dobbeltdiagnose-pasienter. Innenfor alle regioner er det innenfor psykiatrien blitt et klart bedre behandlingstilbud til denne gruppen. En betydelig andel av det som omtales som et økt tilbud til rusmiddelmisbrukere, er egentlig et økt tilbud til denne gruppen innenfor psykiatrien.

Den tredje gruppen som omtales i St.meld. nr. 25 er "rusmiddelmisbrukere som plages av psykiatriske symptom, særlig angst og depresjon". Dette er en gruppe som defineres å være de tverrfaglige spesialiserte tjenestenes ansvar. Samtidig ser en at gruppens psykiatriske problematikk ofte er dårlig diagnostisert. Angst og depresjonsproblematikk kan være til dels svært alvorlig og ofte vil en også ha mistanke om at pasienten har andre psykiske lidelser. De er derfor vanskelige å håndtere av de tverrfaglige tjenestene med den kompetanse de rår over, samtidig som manglende diagnose eller uenighet om alvorlighet, kan føre til at psykiatrien vegrer seg for å ta ansvar for disse pasientene. I de tilfellene der kompleksiteten i problematikken krever samtidig, integrert behandling av de psykiske lidelsene og rusmiddelavhengigheten, blir det lett en diskusjon mellom psykiatrien og de tverrfaglige spesialiserte tjenestene, hvor disse bør få sitt tilbud.

Det er imidlertid en positiv utvikling i tilbudet til pasienter med sammensatt problematikk med både rusmiddelmisbruk og somatiske og psykiske lidelser. Ikke minst er det en økt kompetanse i flere deler av de spesialiserte tjenestene overfor disse pasientene.

Fra tverrsnittsundersøkelsen ser vi at samarbeidet rundt den enkelte pasient har økt etter reformen. Økningen i samarbeid mellom ulike rustiltak har gått fra å gjelde 10 til 25 prosent av pasientene, fra 2003 til 2006. Andel pasienter der en samarbeider med psykiatrien har økt betydelig: fra 8 til 19 prosent for ruspoliklinikker, fra 8 til 12 prosent for korttidsinstitusjonene og fra 13 til 17 prosent for langtidsinstitusjonene. Andelen pasienter der en samarbeider med somatikken har ikke økt. I forhold til somatikken er nok viderehenvisning en mer aktuell strategi enn parallelt samarbeid.

Også andelen av henvisningene til spesialisert rusbehandling som kommer fra andre deler av spesialisthelsetjenestene, er et uttrykk for samhandling. Andelen er nå oppe i over 20 prosent for de fleste tiltakene. Her er det imidlertid ikke mulig å avgjøre om dette er et uttrykk for et økt samarbeid om pasientene eller et uttrykk for ekskludering og overføring av ansvar fra de andre tjenestene.

9.3.3 Organisatorisk og faglig integrasjon?

Det har skjedd en sterk tilnærming mellom de spesialiserte tjenestene for rusmiddelmisbrukere og psykiatrien, både organisatorisk og faglig. På den ene siden oppleves dette å være en riktig tilnærming. Det er så mange pasienter som har en sammensatt psykiatri-rus problematikk at de to delene av spesialisthelsetjenesten må samarbeide tett. En ser også at dette krever en organisatorisk integrasjon for at samarbeidet skal bli effektivt.

På den annen side er det mange som frykter det de omtaler som den ”psykiatriske kulturen” preget av lidelsesdiagnoser og medikalisering. Man er redd for at en breiere tilnærming til funksjonsnivå, ressursorientering og tverrfaglige forståelses- og behandlingsformer, kan gå tapt i denne integrasjonen. En viktig problemstilling i evalueringen har derfor vært i hvilken grad ”tverrfaglige spesialiserte tjenester” vil bli opprettholdt som en særskilt del av spesialisthelsetjenesten.

En betydningsfull hendelse i så måte kan bli endringen som skjer ved Aker Universitetssykehus fra årsskifte. Ved flere sykehus i landet er det egne avdelinger for spesialisert rusbehandling, organisatorisk lagt inn under psykiatriklinikken. Der disse i betydelig grad er integrert i psykiatrien omtales de ofte som avdelinger for rusrelatert psykiatri. Men både ved Aker og for eksempel ved Sørlandet sykehus omtales de som avdelinger for rus og avhengighetsbehandling. Denne avdelingen ved Aker er i nasjonal sammenheng et stort og betydningsfullt rusfaglig miljø som har fått driftansvaret for alle tidligere fylkeskommunale rustiltak i Oslo og Follo og ansvaret for å koordinere dette med den spesialisert rusbehandlingen ved alle de private institusjonene i hele Helse Øst. Det er denne avdelingen som fra årsskiftet får en posisjon som egen klinikk ved Aker Universitetssykehus. Begrunnelsen ligger dels i den størrelsen og kompetansen dette fagmiljøet representerer og dels i at tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble definert som et eget ”tjenesteområde” i den politiske behandlingen av rusreformen.

Ved Helse Midt-Norge RHF er rusbehandlingen organisert i et eget HF. Også dette har vært en klar markering av rusbehandling som et eget ”tjenesteområde” i spesialisthelsetjenesten. Men det er allikevel noe annet enn det som nå etableres ved Aker. I Helse Midt-Norge har de øvrige HFene et omfattende ansvar for spesialisert rusbehandling, og da som en organisatorisk sterkt integrert del av psykiatrien.

To mer grunnleggende spørsmål enn forholdet mellom eget ”tjenesteområde” og egen organisering, er imidlertid mindre diskutert.

Det første er selve forståelsen av hva som menes med ”tverrfaglige spesialiserte tjenester”. På mange måter er det en selvmotsigelse at en spesialisttjeneste er tverrfaglig. Snarere kunne en sagt at rusmiddelavhengighet og rusrelaterte skader og lidelser krever innsats fra flere fagspesialiteter. I forhold til rusrelaterte skader og lidelser var målet for rusreformen at disse skulle behandles i alle relevante deler av spesialisthelsetjenesten, inkludert somatikk og psykiatri. I så måte er ikke tverrfaglige spesialisttjenester for rusmiddelmisbrukere et eget tjenesteområde. Dersom utgangspunktet er rusmiddelavhengigheten, er dette en diagnose som i diagnose-systemene er kategorisert under psykiske lidelser. Spørsmålet er selvsagt om

behandlingen av rusmiddelavhengighet krever en spesialistkompetanse (innenfor flere fag) som også bør defineres som et eget tjenesteområde. Dersom vi tar utgangspunkt i medisinen, ville en i tilfelle måtte etablere en spesialitet som ”avhengighetsmedisin”, på linje med det som på engelsk har betegnelsen ”addictionmedicin” og på tysk, ”Suchtmedizin”.

Det andre grunnleggende spørsmålet med betydning for hvordan organiseringen bør være, tar utgangspunkt i hvilken type samhandling som ulike sammensatte problem krever. Noen sammensatte problem krever tiltak som er godt koordinert med hverandre, uten at de trenger eller til og med bør behandles samtidig og på samme sted. De fleste kombinasjoner av rusmiddelavhengighet og rusmiddelrelaterte somatiske lidelser er av en slik karakter. Det kan være nødvendig å få støtte fra hverandres kompetanse men tjenestene trenger ikke eller bør ikke ytes samtidig og på samme sted. Ved rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser, er det imidlertid faglig vurdert å være helt avgjørende at begge sider av den sammensatte problematikken behandles samtidig eller i det minste parallelt. For de mest komplekse tilstandene av sammensatte psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, er kravet at behandlingen må være fullstendig integrert. Det er disse kravene til hva som er god behandling, som må være avgjørende for hvordan en organiserer tjenestene, organiserer behandlingen av den enkelte pasient og bygger opp kompetanse i de ulike delene av hjelpeapparatet.

9.4 De private aktørene

Allerede før rusreformen var det et klart skille mellom to typer private aktører på rusfeltet. Den ene typen var privat eide rustiltak som hadde avtale med fylkeskommunene. Og den andre typen var privat eide tiltak uten slike avtaler.

Innenfor den tradisjonelle alkoholistsorgen og innen langtidstiltakene rettet mot yngre misbrukere med et illegalt rusmiddelmisbruk, var det langt flere privat eide tiltak med avtale med fylkeskommunene, enn offentlig eide tiltak. Det var disse tiltakene de statlige helseforetakene skulle inngå avtaler med i forbindelse med reformen.

9.4.1 Private aktører med avtale med regionale helseforetak

I de to første årene etter rusreformen fikk vi inntrykk av at de private aktørenes erfaringer med de regionale helseforetakene varierte svært mye.

I Helse Øst hadde avtaler blitt inngått etter anbud og formaliserte forhandlinger. Hele dialogen hadde et formelt preg. De private aktørene som hadde inngått avtaler opplevde forholdene som greie og forutsigbare. Det store antallet private aktører bidro trolig til den formelle formen for dialog.

I Helse Nord er det ikke så mange private aktører, men avtaleforhold og dialog oppleves som ryddige og avklarte.

I Helse Midt-Norge var og er dialogen tett med det særskilte rusforetaket. Det er heller ikke så mange private aktører, så avtaleforhold og dialog lar seg lettere følge opp.

I Helse Vest er det nesten bare private aktører. Alle avtaleforhold er opplevd å være avklarte, men dialogen med RHFet oppleves av de private aktørene å være alt for begrenset. Her varierer det også mye hvor nært samarbeid det er mellom de private aktørene og de enkelte HFene, alt etter hvor godt samarbeidet var med de tidligere fylkeskommunene.

I Helse Sør kunne en bygge på et tett samarbeid mellom private og offentlige deler av det fylkeskommunale rusvernet gjennom mange år. RHFet kunne gå rett inn som part i dette samarbeidet og både forhandlede avtaler og samarbeidsfora har fungert helt fra reformen trådte i kraft.

Vi har observert at det har utviklet seg to typer organisering av de private aktørene. Noen aktører, og da mest de små, fortsetter som enkeltvirksomheter med enkeltvis avtaler med RHFene. Disse står i kontinuerlig fare for å bli relativt marginale i forhold til resten av de spesialiserte tjenestene. På den annen side ser vi at noen av de store aktørene med mange virksomheter, har tilpasset seg situasjonen etter rusreformen og laget regionale organisasjoner som kan opptre samlet overfor hvert sitt RHF. Dette er blitt økonomisk, faglig og organisatorisk sterke aktører som kommer til å spille en avgjørende rolle for utviklingen av det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere.

En spesiell utfordring som er stadig like aktuell tre år etter at rusreformen trådte i kraft, er det problematiske skillet mellom hvem som er de private aktørenes avtalepartner og hvem som er deres viktigste samarbeidspartnere. Avtalene inngås med RHFene og vil da først og fremst handle om hvilke spesifikke tjenester den enkelte private aktør skal levere (i samsvar med bestiller-utfører modellen). På den andre siden var det en klar målsetting med rusreformen at tilbudene i ulike deler av de operative spesialisthelsetjenestene skulle samarbeide tettere og bli mer organisatorisk integrerte. Det forutsetter både et godt samarbeid mellom HF og de private aktørene i det daglige kliniske arbeidet og en aktiv deltakelse i ulike former for planleggings- og utviklingsarbeid fra ledelse og fagmiljøene i de privat eide tiltakene.

Det er ulike erfaringer med i hvilken grad avtalene mellom RHFene og de private aktørene gir et godt grunnlag for denne typen samarbeid på utførernivået. I de regionene der det er få private aktører står disse i fare for å bli marginalisert i forhold til viktige utviklingsprosesser, og i de regionene der det er mange og relativt store private aktører, står en i fare for å ikke utnytte den kompetanse som disse aktørene representerer. Foreløpig synes det ikke som en har funnet fram til avtaler som avklarer hvilke rolle de private aktørene skal ha, ut over det å levere en bestemt type og mengde tjenester.

9.4.2 Private aktører uten avtale med helseforetakene før 2004

Den andre typen private aktører er privat eide tiltak som før rusreformen var uten avtaler med fylkeskommunene. Disse finansieres langt på vei nå som før reformen.

Disse aktørene kan deles i tre undergrupper. Den første gruppen er kommersielle tiltak som de såkalte Minnesota-institusjonene. Disse finansieres av betaling fra pasienten selv eller fra andre som helt eller delvis finansierer oppholdet for pasienten. Det kan være arbeidsgivere, andre privatpersoner og i noen tilfeller også kommuner (og tidligere

også fylkeskommuner). Vi har ikke informasjon som tilsier at situasjonen for disse er nevneverdig endret etter reformen.

Den andre gruppen er tiltak eid av private ideelle organisasjoner som er finansiert dels gjennom en betydelig bevilgning over statsbudsjettet og dels av kommuner som betaler for enkeltopphold ved slike institusjoner. Evangeliesentraene utgjør en stor del av disse tiltakene. For disse er situasjonen klart endret etter reformen. Endringen går både på økonomi og rolle i hjelpeapparatet.

I forhold til økonomi så vi i kapittel 7, at kommunene i utgangspunktet skulle ha minst like mye å bruke på slike institusjoner som før reformen. Allikevel svarer 34 prosent av kommunene at de bruker mindre ressurser på slike institusjoner og ”bare” 8 prosent svarer at de bruker mer. Det er altså kommunene sine prioriteringer som har ført til en redusert bruk av slike institusjoner.

Før reformen framsto slike institusjoner og institusjoner med avtaler med fylkeskommunene, som mer likeverdige tilbud til mange rusmiddelmissbrukere. For kommunene var det delbetaling til begge typer institusjoner og i den offentlige debatten ble de ofte omtalt som ulike, men ofte likeverdige tilbud. Etter rusreformen har etableringen av en spesialisttjeneste for behandling av rusmiddelmissbrukere inkludert de private institusjonene med avtaler. Det meste av oppmerksomheten, både i media og i fagmiljøene har rettet seg mot denne delen av hjelpeapparatet. For kommunene framstår nå private institusjoner som skjermings- og omsorgsinstitusjoner som de bruker ved kriser og i påvente av inntak i behandling i spesialistinstitusjoner. Det siste får vi også bekreftet når vi spør kommunene om hvilke tiltak de setter inn i ventetiden fra henvisningen er sendt og fram til inntak i behandlingen.

Den tredje gruppen er tiltak eid av private ideelle organisasjoner som fullt og helt er finansiert gjennom salg av plasser eller enkeltopphold fra kommuner. Også for disse har situasjonen endret seg etter reformen. De er på mange måter i samme situasjon som den andre gruppen, men uten den ”grunnfinansieringen” som disse har over statsbudsjettet. De synes også å spille mye av den samme nye rollen som kommunene har gitt denne typen private omsorgsinstitusjoner.

En interessant ”hybrid” mellom den første og andre typen av private aktører, er de som har en avtale med et eller flere RHFer for en del av virksomheten, og som har avtale om finansiering av et antall plasser og/eller selger enkeltopphold til kommuner og RHFer som de ikke har avtale med (finansiert av gjestepasientbudsjettet). I noen tilfeller er det vanskelig å få øye på noen forskjell mellom det tilbudet som pasienter på slike tiltak får, avhengig av om de er på en RHF-finansiert plass eller en kommunalt finansiert plass. I andre tilfeller ser en at de kommunale plassene brukes bevisst som en oppfølgingsfase etter den behandlingen RHFene finansierer.

9.5 Vurderinger av kvalitet

Vi har alt drøftet flere tema som har betydning for kvaliteten på de spesialisttjenestene som ytes til rusmiddelmissbrukere etter rusreformen. Her i dette kapittelet vil vi rette oppmerksomheten mot det som allikevel synes å være den mest avgjørende

sammenhengen mellom hvordan tjenestene er utformet og hvilke kvalitet det er på tjenestene; nemlig det vi omtaler som brudd i behandlingen. Det er særlig intervjuene med brukere av tjenestene som har gitt grunnlaget for denne drøftingen.

9.5.1 Venting og brudd

For pårørende er det å vente på at den rusmiddelavhengige skal komme inn i et behandlingstilbud, en ekstra vanskelig fase. De opplever at nå har de kommet så langt at personen er søkt inn, gjerne etter lang tids kamp for å få både den rusmiddelavhengige til å ville inn i behandling og få legen eller sosialtjenesten til å prioritere dem for henvisning, og så må de vente. Redselen for at noe alvorlig skal hende, blir ekstra sterk når en står så nær begynnelsen på en mulig endring.

For den som har henvist pasienten, er også ventetiden problematisk. Det å henvise betyr både at en nå har en tro på at endring er mulig og velger å prioritere akkurat denne pasienten for økt egen innsats. Allerede henvisningsprosessen er arbeidskrevende og så skulle vente på inntak, vil ofte synes svært uheldig. I en slik situasjon er den pårørende og pasienten på lag. Vi ser da også hvor mye ekstra innsats mange kommuner yter akkurat i denne tiden. Henvisningen er en investering man ikke risikerer å tape ved at det skjer noe alvorlig i ventetiden, så som alvorlige skader av selve rusingen eller at pasienten dropper ut allerede før behandlingen får startet.

Da vi intervjuet brukere, ble vi slått av i hvor liten grad disse var opptatt av ventetider. Stort sett hadde de ikke opplevd at det var venting på inntak som hadde hindret dem i å få til viktige endringer i sine liv. I noen tilfeller ble til og med venteperioder opplevd som viktige perioder til å få markert den siste fasen i et liv sterkt preget av rusmiddelmisbruk. Når venteperioder hadde vært opplevd som svært vanskelige, så var ikke det fordi de representerte venting, men fordi de representerte umulige brudd i det som de opplevde å ha startet på. Når de ble spurt om hvilke krav til kvalitet de mente oftest ikke ble innfridd i hjelpeapparatet, nevnte de spesielt to forhold: enkelte fagpersoners manglende kompetanse og dårlige holdning til dem som pasienter, og de brudd de hadde opplevd i behandlingsprosessen, når de trodde at nå var de i gang. Det først av disse skal vi la ligge her. Det andre temaet skal vi forfølge noe videre.

9.5.2 Forhold som skaper brudd i behandlingen

Det synes som om det er flere forhold som bidrar til å skape brudd i behandlingsprosessen. Til nå synes det meste av bruddene å være forklart med den svært ustabile og ambivalente holdningen som de fleste rusmiddelavhengige har til sin egen livssituasjon og motivasjonen for endring. Men dette er jo nettopp en integrert del av problematikken som hjelpeapparatet må arbeide for å redusere. Dersom det er forhold som selve hjelpeapparatet som synes å fremme brudd, er hjelpeapparatet snarere med på å forsterke ustabiliteten og ambivalensen heller enn å redusere den. I denne drøftingen er det forhold i hjelpeapparatet som synes å fremme brudd, som vi vil rette oppmerksomheten mot.

Det første bruddet oppleves for mange som å oppstå allerede ved at en ikke har tilbudet klart umiddelbart etter at en har bestemt seg for å ville inn i behandling. For mange er

denne beslutningen et resultat av en alvorlig, betydningsfull hendelse som gjør at behovet for hjelp oppleves som helt prekært. Denne opplevelsen er det umulig for et hjelpeapparat å endre på, om en ikke vil vurdere at en slik livssituasjon utløser behov for øyeblikkelig hjelp, på linje med en akuttinnleggelse i psykiatri eller somatikk. Slik hjelpeapparatet nå er utformet, er et tilbud om avrusning ikke et tilbud om øyeblikkelig hjelp.

Det aller viktigste forholdet som bidrar til brudd, som har med rusreformen å gjøre, er den oppstykkede lineære prosedyren som er etablert for den tverrfaglige spesialiserte behandlingen. Denne innebærer at pasienten opplever brudd mellom faser som henvisning, vurdering, utredning og behandling. Dette kommer vi tilbake til i det siste avsnittet av dette kapittelet.

For det tredje skaper ubalanse mellom ulike tilbud som forutsettes å bygge på hverandre, brudd. Et helt uhåndterlig brudd for mange pasienter oppstår dersom ikke et døgntilbud er klart direkte i forlengelsen av et avrusningsopphold eller et akutt-tilbud. I fasen etter en avrusning er en naturlig nok svært sårbar for fortsatt rusing. Da er det nesten like uhåndterlig å være uten et tilbud, enten det går tre dager, tre uker eller tre måneder mellom tilbudene.

Det fjerde forholdet som bidrar til brudd, henger klart sammen med den oppstykkede lineære prosessen. Mange langtidstiltak bygger på en behandlingsfilosofi med konfrontasjon og krevende fellesskap. Dette forutsetter at en har etablert en god nok relasjon til pasienten før en eksponeres for sterkt for konfrontasjonen og det krevende fellesskapet. Med den oppstykkede inntaksprosessen mellom vurderingsinstans og behandlingsinstitusjon, har det vært vanskelig å bygge en slik relasjon for mange institusjoner. Det har i alt for mange tilfeller oppstått en ubalanse mellom motivasjons- og konfrontasjonsprosessene i behandlingen, med drop-out og brudd som resultat.

For det femte ser vi fremdeles at mange behandlingstiltak har stor problemer med å håndtere det som må vurderes som at pasientene viser hvilke problemer de faktisk sliter med, ved å bryte tiltakets regler for rusmiddelbruk. Selvsagt er det umulig å håndtere slike regelbrudd innenfor et avgrenset pasientmiljø inne på en institusjon. Men det oppstår ofte svært uheldige brudd i behandlingsprosessen, når en innenfor et større behandlingssystem ikke klarer å hindre slike brudd, for eksempel ved skjerming eller ved umiddelbar overføring til videre behandling i andre tiltak. For pasientene vil slik brudd ofte oppleves som straff for at en viser hvilke problemer en faktisk sliter med.

Det er organiseringen av tilbudet som er det viktigste virkemiddelet for å unngå slike brudd.

9.5.3 Strukturorganisering eller funksjonsorganisering?

Dagens organisering av de tverrfaglige spesialiserte tjenestene til rusmiddelmisbrukere er basert på en strukturell tenkning der oppgaver og ansvar overføres lineært fra instans til instans, basert på prosedyrer, rettigheter og tidsfrister. Dette er nødt til å skape brudd i behandlingen. Alternativet ville være å organisere seg ut fra den samlede funksjonen som et hjelpeapparat skal dekke. Ut fra den karakteren som rusmiddelproblemer har som ofte langvarige og sammensatte problem, ville det måtte bety en organisering

basert på synkron (samtidig, til forskjell fra lineær) oppgave- og ansvarsfordeling basert på dialog, og hvert tilbuds mulighet til å forsterke effekten av de andre.

Dette er ikke en fremmed tanke for rusfeltet. Faktisk var det bygget opp mange systemer på et slik grunnlag fra midten av 80-tallet. Den første vanskeligheten i forhold til slike systemer var innføringen av kommunal delbetaling i forbindelse med innføringen av dagens lov om sosiale tjenester i 1993. Innpassingen av rusfeltet i spesialisthelsetjenesten og implementeringen av pasientrettighetsloven også på dette feltet, har skapt enda større vanskeligheter for en slik organisering.

Samtidig ser vi at det både innen psykiatrien og somatikken er utviklet arbeidsmåter som overkommer mange av de uheldige sidene ved en slik strukturorganisering. I somatikken er det mange enkeltteksempler, spesielt i forhold til langvarige sykdommer, på at både inntak og samhandling er organisert på en slik måte at det ikke oppstår brudd i behandlingsprosessen. Et mer systematisk forsøk på å utvikle samhandlingsmodeller på slike prinsipper, er den såkalte helsedialogen som er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom kommunene i helseregion sør og Helse Sør RHF.

I psykiatrien er utviklingen av distriktpsykiatriske sentra langt på vei et forsøk på å etablere et hjelpeapparat som kan gi kontinuitet uten brudd i behandlingen og samhandlingen rundt pasienter med langvarige lidelser.

Til nå synes rusreformen å ha gitt lite rom for å utvikle de spesialisert tjenestene for rusmiddelmisbrukere i retning av en mer funksjonell organisasjonspraksis. Dette er en av de største utfordringene tjenestene nå står overfor.

10 Konklusjoner

I oppdragsbeskrivelsen fra Sosial- og helsedirektoratet ble det formulert problemstillinger for evalueringen innen en rekke tema. Ut fra disse problemstillingene og de resultatene og drøftingene som er presentert tidligere i rapporten, kan vi trekke følgende konklusjoner fra evalueringen:

Forvaltningen av sentrale føringer:

- De regionale helseforetakene har fått på plass den nye forvaltningen av de tverrfaglige spesialiserte tjenestene til rusmiddelmisbrukere. Dette innebærer også at pasientrettighetene blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte.
- Utover de 1,4 mrd som RHFene fikk overført i forbindelse med reformen, har foretakene økt budsjettene til tverrfaglig spesialisert behandling med 40 prosent i årene 2004, 2005 og 2006.
- Den prosentvise økningen i ressursbruk til tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmisbrukere har vært større enn veksten i de somatiske og psykiatriske helsetjenestene.
- Det er store regionale og lokale forskjeller i hvor stor andel av pasientene som gis rett til nødvendig helsehjelp. Dett er i strid med helsepolitiske målsettinger om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted.

Kapasitet, henvisninger og ventetider:

- Ressursøkningen er brukt til økt helsefaglig bemanning og styrking av døgnbehandlingskapasiteten. Det er skapt en bedre balanse mellom ulike typer tilbud som f. eks. forholdet mellom avrusning og behandling. Tilbudet i forhold til tvangsbehandling er noe styrket. Det er ikke skjedd en endring i retning av mindre døgnbehandling og mer poliklinisk behandling. Det forholder seg snarere motsatt
- Tallet på henvisninger økte sterkt like etter reformen, for så å flate ut. Det meste av økningen i tallet på henvisninger skyldes økt antall henvisninger fra fastlege og andre deler av spesialisthelsetjenesten.
- De reelle ventetidene til behandling (tid fra vurdering til inntak i behandling, 2006 sammenlignet med 2003) har økt fra seks til åtte uker for poliklinisk behandling og fra seks til tolv uker for korttids døgnbehandling. For langtids døgnbehandling er gjennomsnitt ventetid redusert fra 13 til 12 uker (x gi median). Frafall av pasienter før og under behandling er forholdsvis stort og er med på å forklare at ventetiden ikke er blitt lenger.

- Det er ikke utviklet gode rutiner i de regionale helseforetakene for å kartlegge behandlingsbehov.

Kommunene etter rusreformen:

- Kommunene har opprettholdt og til dels økt sin ressursinnsats overfor rusmiddelmissbrukere etter reformen. Kommunene har ikke skjøvet en større del av ansvaret overfor rusmiddelmissbrukere over på spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidsforhold:

- Omfanget av samarbeid mellom den kommunale sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten har økt etter reformen. Omfanget av samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten er langt mindre. Her er det behov for et bedre samarbeid.
- På spørsmål om samhandling mellom sosial- og spesialisthelsetjenesten melder et flertall av kommunene om ingen endring i samhandlingen, men sosialtjenesten i Oslo har prosentvis flere dårligere erfaringer enn kommuner i landet ellers.
 - o Når det gjelder samhandlingen mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten om *henvisninger*, vurderer mellom 40 og 50 prosent av kommunene at det ikke er endringer, men sosialtjenesten i Oslo vurderer en større andel at samhandlingen er dårligere enn sosialtjenesten i landet ellers,
 - o - når det gjelder samhandling under pasientens *opphold på institusjon*, vurderer mellom 60 og 70 prosent av kommunene at det ikke er skjedd endringer, men sosialtjenesten i Oslo vurderer en større andel av samhandlingen er blitt dårligere etter reformen, enn landet ellers,,
 - o – når det gjelder samhandling *underoppfølging av klienten i kommunene*, vurderer mellom 70 og 70 prosent av kommunene at det ikke er skjedd endringer, men i sosialtjenesten i Oslo melder en større andel om dårligere samhandling enn sosialtjenesten i landet ellers.

Dekning av tjenester

- På spørsmål om hvordan sosialtjenesten vurderer de regionale helseforetakenes ”sørge for” ansvar, mener under halvparten av kommunene at det ikke er skjedd noen endring. I sosialtjenesten i bydelene i Oslo vurderer to tredjedeler av sosialkontorene at ”sørge for” ansvaret blir dårligere ivarettatt enn fylkeskommunen (i Oslo Rusmiddeletaten) mot en fjerdedel i kommunene i landet ellers.

- En tredjedel av sosialkontorene i Oslo mener tilbudet til rusmiddelmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser er blitt dårligere mot 17 prosent av sosialtjenesten i andre kommuner i landet.
- Tre fjerdedeler av sosialkontorene i Oslo mener dekning av tilbud til rusmiddelmisbrukere generelt er blitt dårligere etter reformen mot ca. 30 prosent i landet ellers.
- Samarbeidet mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten om rusmiddelmisbrukere er bedret etter reformen. Rusmiddelmisbrukere har fått bedre tilgang til somatiske og psykiatriske helsetjenester.
- På grunn av omfattende bruk av gjestepasientplasseringer (plasseringer utenfor egen region) blir oppfølging fra kommunene vanskeligere å gjennomføre.
- Det er en klar økning i bruk av individuell plan i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid først når pasienten kommer inn i behandling i spesialisthelsetjenesten at det tas initiativ til å etablere individuell plan.

De private aktørene:

- De private aktørene som tidligere hadde avtale med fylkeskommunene er blitt en viktig del av de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmisbrukere. De nye avtalene gir imidlertid lite rom for at de private aktørene kan bidra i utviklingen av tjenestene.
- Kommunene har like store ressurser til kjøp av plasser hos private aktører uten avtale. Men disse private aktørene gis nå en avgrenset rolle knyttet til skjerming og omsorg. De blir derfor brukt mindre enn tidligere av kommunene.

Forhold som truer kvaliteten på tjenestetilbudet:

- Den formelle organiseringen av behandlingskjeden fører til et stort antall brudd i behandlingsforløpet for den enkelte pasient. Ansvar for pasienten overføres fra en instans til en annen (henvisning, vurdering, utredning, behandling og oppfølging), uten at en klarer å sikre sammenhengen i tjenestene. For eksempel ser vi et stort frafall av pasienter allerede før inntak i behandling. Dette er den største trusselen mot kvaliteten i behandlingstilbudet.
- Brukerne opplever at det ikke er god nok sammenheng i tjenestetilbudet, og opplever dette som et større problem enn lange ventetider og brudd på formelle rettigheter.
- Det er ikke godt nok tilbud innen de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmisbrukere i forhold til tidlig intervensjon og oppfølging av pasienter med langvarige lidelser.

- Systemet med behandlingsnivå ivaretar ikke behovet for god tilpasning mellom ulike pasientgruppers behov (kvinner, familier med barn og andre) og kravene til institusjonsmiljø og behandlingstilbud.

Kan vi på grunnlag av disse konklusjonene så si at rusreformen har vært en vellykket reform? Svaret på det spørsmålet vil avhenge av hvilke forventninger en hadde til reformen.

Dersom utgangspunktet var en forventning om at rusreformen primært skulle være en forvaltningsreform der behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere skulle innpasses i og underlegges de samme lovkrav som det øvrige spesialiserte helsevesen, er det rimelig å trekke den konklusjon at rusreformen har vært vellykket. De nye eierskapsstrukturene, rollene og prosedyrene er implementert i tråd med de kravene som ble stilt til reformen. Det er selvsagt lett å finne mange eksempler på sviktende rutiner og manglende oppfyllelse av rettigheter, men situasjonen innen de tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmisbrukere synes ikke å være vesentlig annerledes enn i den øvrige spesialisthelsetjenesten.

Dersom utgangspunktet var en forventning om at rusreformen skulle føre til den samme dekning av behandlingsbehov og den samme bemanningsfaktor i de tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmisbrukere, som i den øvrige spesialisthelsetjenesten, står enda mye igjen. I samsvar med kravet fra sentrale myndigheter har det vært en prosentvis større ressursøkning i de tverrfaglige tjenestene enn i somatikken og psykiatrien, men utgangspunktet var som kjent svært mye dårligere. Det er også klare tendenser til avtagende vekst i ressursbruken. Det er selvsagt også et spørsmål om hvor stor andel av de samlede behandlingsbehovene knyttet til skadelig rusmiddelbruk og avhengighet, som kan og bør dekkes av det som omtales som tverrfaglige spesialisttjenester for rusmiddelmisbrukere.

Fra sentrale myndigheter ble det knyttet klare forventninger til at rusreformen skulle gi rusmiddelmisbrukere et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, og at behandlingsresultatene skulle bli bedre (Helse og omsorgsdepartementet 2004). I forhold til tjenesteytingen og behandlingsresultater var kvalitet et sentralt begrep og mål. Tjenestene skulle være tverrfaglige, gis ut fra en helhetlig tilnærming, og gi en individuelt tilpasset behandling. Med et større innslag av helsefaglig personell er tjenestene blitt mer flerfaglige. Det er mer tvilsomt om rusreformen har ført til et mer helhetlig (sammenhengende) og individuelt tilpasset tilbud.

Til nå synes implementeringen av rusreformen å ha ført til et mer fragmentert og rigid tilbud, med mange brudd i behandlingsforløpene og mindre individuelt tilpasset behandling som resultat. Den største utfordringen for de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmisbrukere blir dermed å utvikle samhandlingsmodeller og praksisformer som oppfyller faglige krav til sammenhengende og tilpasset behandling, snarere enn ensidig oppmerksomhet på formelle henvisningsprosedyrer og overholdelse av frister.

Litteratur

- Arbeids- og sosialdepartementet: Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008
- Alver, Ø., Bretteville-Jensen, A. & Kaarbøe, O. (2004): Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering. SIRUS rapport nr. 2/2004
- Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten: Årsrapport. Juli 2006
- Den norske lægeforening (2006): På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet.
- Gundersen, T. m.fl. (2004): Rusklienter og tjenester før rusreformen. En tverrsnittundersøkelse. Sintef rapportnr. STF78 A044513.
- Helsedepartementet 2004: Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier. Strateginotat.
- Helsedepartementet/Sosialdepartementet 2004: Rusreformen. Nyhetsbrev til sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten, fastlegene og helseforetakene.
- Helsetilsynet 2005: Rusmiddelmisbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv.
- Lie, T. (2006): Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune. IRIS-rapport
- Lie, T., Nesvåg, S. & Allred, K. (2006): Evaluering av den statlige rusreformen. Oppsummering og foreløpige konklusjoner på grunnlag av delrapport. IRIS-rapport 2006/035
- Nesvågutvalget (1999): Tre rapporter
- Nesvåg, S. (2001): Rusvernet i Rogaland – vurdering av behandlingstilbud og samarbeidsforhold. RF 2001/221
- Nesvåg, S. & Stevenson, B. (2006): BrukerPlan. Utvikling og utprøving av et planleggingsverktøy for rusfeltet. IRIS – Rapport 2006/202
- Norsk Pasientregister (2006): Ventelistedata spesialisert rusbehandling per 31.08.06. <http://www.npr.no/ven.asp>
- NOU 2003:4: Forskning på rusfeltet. En oppsummering av effekt av tiltak.
- Opedal, S. & Stigen, I.M. (2005): Helse-Norge i støpeskjeen – fokus på sykehusreformen. Sluttrapport fra evalueringsprosjektet ”Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten”. NIBR, RF og NF.
- Ruud, T. & Reas, D. (2003): Helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere. Sintef Unimed.

Sosial- og helsedirektoratet 2004: Nasjonal kvalitetsstrategi for rusfeltet.

St meld nr 25 (1996–97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedlegg

Spørreskjema til sosialtjenesten

Til postmottak i kommunen

Dette er en forespørsel til kommunen om å delta i en evaluering av den statlige rusreformen.

Vi ber postmottak om å videresende denne e-posten til øverste leder for sosialtjenesten i kommunen.

I kommuner hvor sosialtjenesten er organisert i ulike bydeler eller distrikter (f. eks. Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger) må e-posten sendes til øverste leder for sosialtjenesten i bydelen eller distriktet.

Til øverste leder av sosialtjenesten i kommunen, bydel eller distrikt

Evaluering av den statlige rusreformen

**Kommunens erfaringer med tjenester til rusmiddelmissbrukere etter
rusreformen i 2004**

IRIS gjennomfører en evaluering av rusreformen på oppdrag Sosial- og helsedirektoratet. Evalueringen skal belyse situasjonen i kommunene i forbindelse med reformen.

Opplysningene blir bearbeidet av forskere ved IRIS, og alle som kommer i kontakt med undersøkelsen har taushetsplikt. Opplysningene vil bli offentliggjort og presentert i form av statistiske oversikter og ingen person vil kunne bli gjenkjent.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Det er av stor verdi for evalueringen og for den videre utviklingen av rusfeltet, at så mange som mulig deltar. Vi oppfordrer derfor ansvarlig for sosialtjenesten om å svare på spørsmålene nedenfor eller å delegere arbeidet til en ansatt med innsikt i rusfeltet (seksjonsleder for rusvern eller tilsvarende) i kommunen eller bydelen. På de fleste spørsmålene må sosialtjenesten legge skjønnsmessig vurdering til grunn for svarene.

Når det gjelder regnskapstall vil vi bruke tall fra KOSTRA for netto driftsutgifter og årsverk i forbindelse med rusmiddelmissbrukere. Vi spør derfor ikke her om disse tallene.

Fremgangsmåte ved den elektroniske undersøkelsen

Postmottak i kommunen mottar denne henvendelsen og sender den videre til øverste leder for sosialtjenesten i kommunen eller bydelene.

Vi ber lederen i kommune eller bydel om å følge instruksjonene på vedlagte LENKE.

I noen større kommuner er sosialtjenesten organisert i bydeler eller distrikter med sine geografiske dekningsområder. Vi ber om at hver bydel/sosialdistrikt får delta i undersøkelsen slik dette gir et samlet bilde av hele kommunen.

Lederen sender tilbake e-post adressen til den som skal svare på undersøkelsen, enten øverste leder selv eller den person lederen delegerer ansvaret til (f. eks. ruskonsulent/leder for rusvern).

IRIS sender i neste omgang et elektronisk spørreskjema til den eller de oppgitte e-postadressen(ene).

(Den elektroniske varianten av spørreskjemaet fungerte ikke tilfredsstillende. Flere sosialkontor hadde problemer med å hente skjemaet fra internet. Løsningen ble derfor å sende skjema per post til samtlige sosialkontor i landet.).

Spørreskjema til sosialtjenesten 2006

Spørsmål om bruk av ressurser

I forbindelse med innføringen av rusreformen i 2004 ble statlige overføringer til kommunene redusert tilsvarende de utgiftene kommunene tidligere hadde til plassering av rusmiddelmissbrukere i behandlingsinstitusjoner.

Er det betydelige endringer i de økonomiske midler sosialtjenesten har til rådighet for tiltak til rusmiddelmissbrukere i 2005 sammenlignet med situasjonen i 2002 eller er det ingen endring?

Betydelig mindre midler til rådighet

Ingen betydelig endring

Betydelig mer midler til rådighet

Foreta en skjønnsmessig vurdering av eventuelle endringer i budsjett på følgende områder (sammenlign år 2005 med 2002).

Område	Vurdering av endring i budsjett til rustjenester i kommunen i 2005 sammenlignet med 2002		
<i>Tjenester til rusmiddelmissbrukere:</i>	Mindre budsjett i 2005	Ingen endring	Større budsjett i 2005
Personellutgifter i sosialtjenesten			
Permanente botiltak			
Andre botiltak			
Kommunale tiltak/prosjekt ellers			
Kjøp av tjenester fra ikke-kommunale leverandører:			
Kjøp av opphold/plasser fra private institusjoner uten avtale med regionalt foretak			
Kjøp av opphold/plasser fra private institusjoner med avtale med regionalt foretak			

Bemanning i sosialtjenesten av ansatte med rus som hovedarbeidsfelt. Foreta en skjønnsmessig vurdering av situasjonen i 2005 sammenlignet med 2002.

<i>Stillingsgrupper:</i>	Reduksjon etter reformen	Ingen endring	Øking etter reformen
Ruskonsulenter	☐		
Saksbehandlere ellers på rusfeltet			
Tiltakskonsulenter			
Miljøarbeidere			
Andre			

Her kommer noen spørsmål om henvisninger av rusmiddelmisbrukere

Er tallet på henvisninger av rusmiddelmisbrukere fra sosialtjenesten til utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten endret etter reformen sammenlignet med tidligere henvisninger til institusjonsbehandling fra sosialtjenesten?

Sosialtjenestens generell inntrykk er at:

Tallet på henvisninger fra sosialtjenesten er sterkt redusert etter reformen

Tallet på henvisninger fra sosialtjenesten er litt redusert etter reformen

Tallet på henvisninger fra sosialtjenesten er på samme nivå etter som før reformen

Tallet på henvisninger fra sosialtjenesten er økt sterkt etter reformen

Tallet på henvisninger fra sosialtjenesten er økt litt etter reformen

Er det skjedd endringer i saksbehandlingstid i forbindelse med henvisninger av rusmiddelmisbrukere til utredning/behandling i rusinstitusjoner etter rusreform?

Sosialtjenestens generell inntrykk er:

Betydelig mindre tidsbruk etter reformen

Litt mindre tidsbruk etter reformen

Ingen endring i tidsbruk

Betydelig mer tidsbruk etter reformen

Litt mer tidsbruk etter reformen

Vurdering av saker som henvises til utredning/behandling i rusinstitusjoner: Er det skjedd endringer i sosialtjenestens innsikt i eller kunnskap om enkeltsaker etter reformen eller er situasjonen den samme som før reformen?

Sosialtjenesten har stort sett mindre kunnskap om enkeltsaker etter reformen

Ingen endring

Sosialtjenesten har stort sett mer kunnskap om enkeltsaker etter reformen

Er behovet for kvalitetssikring i forbindelse med henvisninger til spesialisthelsetjenesten endret seg etter reformen eller er det ingen endring?

Behovet er stort sett mindre etter rusreformen

Ingen endring

Behovet er stort sett større etter reformen

Er det skjedd endringer i sosialtjenestens i faktiske utøvelse av ansvar for å dekke behovet for kommunale tjenester for rusmiddelmisbrukere etter rusreformen eller er det ingen endringer?

☐ På noen områder er ansvaret mindre etter reformen. Hvilke områder gjelder dette?

(Skriv på baksiden om nødvendig)

☐ Ingen endring

☐ På noen områder er ansvaret større etter reformen. Hvilke områder gjelder dette?

(Skriv på baksiden om nødvendig)

Informasjon og samhandling med spesialisthelsetjenesten

Hvordan vil sosialtjenesten vurdere samhandlingen med rustiltakene i dag sammenlignet med situasjonen før reformen?

	Sammenligning av samhandling før og etter reformen		
Samhandling	Dårligere etter reformen	Ingen endring	Bedre etter reformen
..i forbindelse med henvisninger av klienter til utredning/behandling i institusjon			
..under klientens opphold på døgninstitusjon			
..med behandlingsinstitusjon under oppfølging av klient i kommunen			

Andre spørsmål

I hvilken utstrekning er det mulig, etter sosialtjenestens vurdering, å etterkomme brukernes eventuelle ønsker for valg av institusjon i spesialisthelsetjenesten sammenlignet med situasjonen før reformen?

Mulighetene er:

Dårligere

Ingen endring

Bedre

Settes det inn spesielle tiltak i kommunen i ventetiden på plass i spesialisthelsetjenesten for rusmiddelmissbrukere

Kommunale tiltak ☐ Nei ☐ Ja, Hvilke? _____

Ikke-kommunale tiltak ☐ Nei ☐ Ja, Hvilke? _____

Ut fra en samlet vurdering, har sosialtjenesten kunnet registrere endringer i dekning av etterspørsel etter tilbud til rusmiddelmissbrukere etter reformen eller er situasjonen den samme som før reformen?

Kommunale tilbud: Bedre dekning Ingen endring Dårligere dekning

Tilbud i spesialisthelsetjenesten: Bedre dekning Ingen endring Dårligere dekning

Ut fra en samlet vurdering, har sosialtjenesten registrert endringer i dekning i etterspørsel etter tilbud til rusmiddelmissbrukere med omfattende psykiske lidelser etter reformen eller er situasjonene den samme som før reformen?

Kommunale tilbud: Bedre Ingen endring Dårligere

Tilbud i spesialisthelsetjenesten: Bedre Ingen endring Dårligere

I hvilken grad har sosialtjenesten oversikt over brukere som er henvist til spesialisthelsetjenesten fra leger?

I stor grad	Til en viss grad	I liten grad		
-------------	------------------	--------------	--	--

Får sosialtjenesten informasjon om behov for oppfølging etter opphold i spesialisthelsetjenesten for pasienter henvist fra lege?

I høy grad	I noen grad	I liten grad		
------------	-------------	--------------	--	--

Pasientrettigheter**Etterspør rusmiddelmisbrukere informasjon om pasientrettigheter?**

I stor grad	I noen grad	I liten grad Mindretall		
-------------	-------------	----------------------------	--	--

I hvilken utstrekning tar aktuelle brukerne imot tilbud om å opprette individuell plan?

I stor grad	I noen grad	I liten grad		
-------------	-------------	--------------	--	--

Tar sosialtjenesten i denne kommunen initiativ til å opprette individuell plan?

I stor grad	I noen grad	I liten grad		
-------------	-------------	--------------	--	--

Er det utarbeidet gjeldende kommunal plan for tiltak rettet spesielt mot rusmiddelmisbrukere?

Kommunen har vedtatt plan under forberedelse Kommunen har ikke vedtatt plan Plan er

Ut fra en samlet vurdering, hvordan synes kommunen at Helseregionen ivaretar ”sørge for” ansvaret for rusmiddelavhengige?

Bedre enn kommunene og fylker før reformen?

Ingen endring

Dårligere

Sosialtjenestens dekningsområde. Svar er avgitt for

☐ Hele kommunen

☐ Bydel/sosialdistrikt

Kommunestørrelse etter tallet på innbyggere

	Tallet på innbyggere
☐	Under 2000
	2000 opp til 40000
	4000 opp til 6000
	6000 opp til 10 000
	10 000 opp til 20 000
	20 000 opp til 40 000
	40 000 opp til 60 000

Hvis sosialtjenesten representerer en bydel eller sosialdistrikt, vennligst oppgi folketallet bydelen/sosialdistriktet

	Tallet på innbyggere
☐	Under 2000
	2000 opp til 40000
	4000 opp til 6000
	6000 opp til 10000
	10000 opp til 20000
	20000 opp til 40000
	40000 eller over

Hvilken helseregion tilhører kommunen?

Helse Øst

Helse Sør

Helse Vest

Helse Midt-Norge

Helse Nord

Takk for hjelpen

Institusjonsundersøkelsen fra IRIS 2006

Tverrsnittundersøkelse pasienter/klienter og tilbud

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte Sintef Helse og Rogalandsforskning (nå IRIS) i 2003 en tverrsnittundersøkelse om ”rusklienter og tjenester før rusreformen”. Dette ga et solid materiale om situasjonen i rusfeltet før rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004.

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører IRIS en landsdekkende evaluering av rusreformen. Som et ledd i dette gjennomfører vi nå en tilsvarende tverrsnittundersøkelse som den i 2003. Dette vil gi oss en unik mulighet til å sammenligne situasjonen i dag, med den vi hadde i rusfeltet før reformen trådte i kraft.

Vi håper derfor dere vil bistå oss i gjennomføringen av denne tverrsnittundersøkelsen.

Undersøkelsen er lagt opp slik at det skal fylles ut ett (tre-siders) skjema for hver av de pasientene/klientene som dere har innlagt eller som møter til poliklinisk samtale en bestemt dag; **onsdag den 14.juni**. Dersom dette er en dag som passer svært dårlig, kan dere velge en annen dag samme uke.

Skjemaene skal fylles ut av de fagpersonene som har det primære ansvaret for pasientene/klientene, og skal deretter sendes samlet i vedlagte svarkonvolutt til oss i IRIS, senest innen 30.juni. Vi ber også om at en representant for ledelsen svarer på de spørsmålene dere finner på dette brevets bakside og legger de i samme svarkonvolutt.

På forhånd, mange takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

International Research Institute of Stavanger AS

Sverre M. Nesvåg

Forskningsleder

Direkte innvalg: (+47) 51 87 54 14

E-post: Sverre.Nesvaag@irisresearch.no

Vedlegg: skjema og svarkonvolutt

SPØRSMÅL OM ENDRINGER I TILBUD OG BEMANNING**ETTER 1. JANUAR 2004, VED: (Navn på tiltaket):** _____

Endringer i behandlingstilbudets faglige innhold:

Endringer i målgrupper:

Endringer i lengden på behandlingstilbudet:

Endringer i aktivitet/tiltak for intern kompetanseheving:

Antall institusjonsplasser: _____ Endring etter 01.01.2004: _____

Antall ansatte årsverk institusjon: _____ Endring etter 01.01.2004: _____

Antall ansatte årsverk poliklinikk: _____ Endringer etter 01.01.2004: _____

Utdanningsbakgrunn	Antall årsverk pr. i dag	Endring etter 01.01.2004
Administrativt personale:		
Leger:		
Psykologer:		
Sykepleiere:		
Barnevernspedagoger:		
Sosionomer:		
Vernepleiere:		
Pedagoger:		
Miljøpersonale uten høgskoleutdanning		
Personale med egen brukererfaring:		

Klientundersøkelsen i rustiltak fra IRIS 2006

Prosjekt	7201991
Skjemanummer	4227

Pasienter/klienter innlagt i rusinstitusjon, og pasienter møtt til samtale i ruspoliklinikk 14. juni 2006.
 Det skal fylles ut ett skjema for hver pasient/klient.
 Utfylte skjema sendes samlet, sammen med institusjonsskjemaet, i vedlagte svarkonvolutt innen 30. juni 2006.

OPPLYSNINGER OM INSTITUSJONEN/TILTAKET

1 På hvilket omsorgsnivå har klienten tilbud fra institusjonen? Poliklinisk ☐ Dagtilbud ☐ Døgntilbud ☐	3 Om klienten har poliklinisk- eller dagtilbud ved institusjonen, hva er i så fall omfang av dette? <table border="0"> <tr> <th></th> <th>Poliklinisk tilbud</th> <th>Dagtilbud</th> <th></th> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Flere ganger i uka</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>En gang i uka</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Annen hver uke</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Hver måned</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sjeldnere</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>5</td> </tr> </table>		Poliklinisk tilbud	Dagtilbud			1	2		Flere ganger i uka	☐	☐	1	En gang i uka	☐	☐	2	Annen hver uke	☐	☐	3	Hver måned	☐	☐	4	Sjeldnere	☐	☐	5
	Poliklinisk tilbud	Dagtilbud																											
	1	2																											
Flere ganger i uka	☐	☐	1																										
En gang i uka	☐	☐	2																										
Annen hver uke	☐	☐	3																										
Hver måned	☐	☐	4																										
Sjeldnere	☐	☐	5																										
2 Omfang av tidligere tilbud for denne klienten innen rusinstitusjoner/poliklinikk Ikke fått noen tilbud ☐ 1 Fått noe tilbud tidligere ☐ 2 Fått en god del tilbud tidligere ☐ 3 Fått gjentatte og omfattende tilbud ☐ 4																													

BAKGRUNNSOPPLYSNINGER OM KLIENNTEN

4 Kjønn Mann ☐ Kvinne ☐	9 Utdanning (kryss av bare ett alternativ) Fullført eksamen fra universitet og høyskole ☐ 1 Videregående skole/yrkesrettet utdanning ☐ 2 Grunnskole (7-10-årig) ☐ 3 Ikke fullført grunnskole ☐ 4
5 Sivilstatus per 14. juni 2006 Ugift ☐ 1 Gift ☐ 2 Samboende ☐ 3 Enke/enkemann ☐ 4 Separert/skilt ☐ 5	10 Hva slags permanent bolig har klienten? Egen bolig ☐ 1 Omsorgsbolig ☐ 2 Kommunalt sykehjem/servicesenter ☐ 3 Døgntilbud i psykiisk helsevern ☐ 4 Ikke egen bolig (bostedsløs) ☐ 5
6 Når født (årstall)	11 Hovedinntektskilde (sett ett kryss) Inntekt av eget arbeid ☐ 1 Forsørgert ☐ 2 Sykemelding ☐ 3 Attføring ☐ 4 Uførepensjon ☐ 5 Alderspensjon ☐ 6 Sosial stønad ☐ 7 Annet ☐ 8 Ukjent ☐ 9
7 Når er klienten innskrevet? (ddmmåå for nåværende opphold/behandlingsepisode)	
8 Suicidalproblemer/selvskadetendens i forbindelse med nåværende opphold/kontakt? Nei ☐ 1 Selvskadetendens ☐ 2 Selvskadetrusler ☐ 3 Selvskadeforsøk ☐ 4	

201991 001

2006 IRIS

ART AV RUSMIDDEL- OG HELSEPROBLEMER

12 Har klienten alvorlige helseproblemer som trenger tiltak?

	Ja	Nei	Vet ikke	
Alvorlige somatiske helseproblemer?	☐	☐	☐	1
Alvorlige psykiske helseproblemer?	☐	☐	☐	2

13 Hvis ja - angi helst også diagnose (ICD-10). Angi bokstav, to siffer, 1-2 desimaler

Hoveddiagnose			1
Bidiagnose			2

14 Hvor alvorlig er rusmiddelmisbruket? og hvor lenge har det vart?

	Omfang:				Varighet
	Vet ikke	Lite	Mid-dels	Stort	
Alkohol	☐	☐	☐	☐	år 1
Medikamenter	☐	☐	☐	☐	år 2
Narkotika	☐	☐	☐	☐	år 3

15 Bruker klienten heroin/opiater

	Ja	Nei	Vet ikke	
	☐	☐	☐	1

NÅVÆRENDE OG ØNSKELIG TILBUD

16 Hvem samarbeides det med om denne klienten?

Pårørende	☐	01,
Arbidssted	☐	02,
Utdanningssted	☐	03,
Aetat	☐	04,
Bedriftshelsetjeneste	☐	05,
Trygdekontor	☐	06,
Politi/fengsel/rettsvesen	☐	07,
A-A/A-N	☐	08,
Kommunale tjenester...		
Fastlege	☐	09,
Sosialtjeneste	☐	10,
Pleie/omsorgstjeneste i kommunen	☐	11,
Psykisk helsevern i kommunen	☐	12,

Spesialisthelsetjenester...

Somatisk sykehus	☐	13,
Psykisk helsevern	☐	14,
Annen rusomsorg/rusinstitusjon	☐	15,

17 Ventetid fra søknad ble mottatt til klienten ble innlagt/fikk tilbud (antall uker)

1

18 Koordinering av samarbeidet

	Ja	Nei	Vet ikke	
Er det én koordinator for de samlede tilbud til denne klienten?	☐	☐	☐	1
Er det etablert en ansvarsgruppe i kommunen for denne klienten?	☐	☐	☐	2
Deltar institusjonen i ansvarsgruppa?	☐	☐	☐	3
Er det utarbeidet en individuell plan for denne klienten?	☐	☐	☐	4
Har institusjonen deltatt i utarbeidningen av denne planen?	☐	☐	☐	5

19 Målsetningen for denne klienten i forhold til rus

Rehabilitering med sikte på rusfrihet	☐	1
Legemiddelassistert rehabilitering	☐	2
Skadereduksjon/stabilisering	☐	3
Annet	☐	4

20 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	23 Klientens behov og faktiske tilbud på registreringstidspunktet (sett ett kryss på hver linje)																																																																																																																																																																																														
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nei</td> <td>Vet ikke</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Er LAR vurdert for klienten?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Er LAR igangsatt?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>På venteliste for LAR?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Har LAR vært forsøkt tidligere?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>4</td> </tr> </table>		Ja	Nei	Vet ikke		Er LAR vurdert for klienten?	☐	☐	☐	1	Er LAR igangsatt?	☐	☐	☐	2	På venteliste for LAR?	☐	☐	☐	3	Har LAR vært forsøkt tidligere?	☐	☐	☐	4	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ikke aktuelt</td> <td>Udekket behov</td> <td>Mottar tilbudet</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kommunale tiltak</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Regelmessig kontakt med fastlege</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Pleie og omsorgstilbud i kommunen</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lavterskel tilbud i kommunen</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Hjelp med bolig</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Hjelp med økonomi</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Regelmessig kontakt sosialkontor</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Hjemmetjenester, praktisk hjelp</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Støttekontakt</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Ansvarsgruppe</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Individuell plan</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Barnevernstiltak</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Tiltak innen økonomi/arbeid</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tiltak i regi av Aetat</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Aktivisering/dagtilbud</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Trygdeytelse</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Skole/kurs/voksenoppl.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Tilbud/tiltak i rusomsorg</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Poliklinisk tilbud</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Dagtilbud</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Avrusing</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Døgntilbud</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Legemiddelassistert rehabilitering</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Tilbud i somatisk sykehus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Utreddning</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Behandling</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Tilbud i psykisk helsevern</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psykiatrisk ungdomsteam</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Dobbeltdiagnoseteam</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Annet rusteam</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Dagtilbud</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>Døgntilbud</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>27</td> </tr> </table>		Ikke aktuelt	Udekket behov	Mottar tilbudet		Kommunale tiltak					Regelmessig kontakt med fastlege	☐	☐	☐	1	Pleie og omsorgstilbud i kommunen	☐	☐	☐	2	Lavterskel tilbud i kommunen	☐	☐	☐	3	Hjelp med bolig	☐	☐	☐	4	Hjelp med økonomi	☐	☐	☐	5	Regelmessig kontakt sosialkontor	☐	☐	☐	6	Hjemmetjenester, praktisk hjelp	☐	☐	☐	7	Støttekontakt	☐	☐	☐	8	Ansvarsgruppe	☐	☐	☐	9	Individuell plan	☐	☐	☐	10	Barnevernstiltak	☐	☐	☐	11	Tiltak innen økonomi/arbeid					Tiltak i regi av Aetat	☐	☐	☐	12	Aktivisering/dagtilbud	☐	☐	☐	13	Trygdeytelse	☐	☐	☐	14	Skole/kurs/voksenoppl.	☐	☐	☐	15	Tilbud/tiltak i rusomsorg					Poliklinisk tilbud	☐	☐	☐	16	Dagtilbud	☐	☐	☐	17	Avrusing	☐	☐	☐	18	Døgntilbud	☐	☐	☐	19	Legemiddelassistert rehabilitering	☐	☐	☐	20	Tilbud i somatisk sykehus					Utreddning	☐	☐	☐	21	Behandling	☐	☐	☐	22	Tilbud i psykisk helsevern					Psykiatrisk ungdomsteam	☐	☐	☐	23	Dobbeltdiagnoseteam	☐	☐	☐	24	Annet rusteam	☐	☐	☐	25	Dagtilbud	☐	☐	☐	26	Døgntilbud	☐	☐	☐	27
	Ja	Nei	Vet ikke																																																																																																																																																																																												
Er LAR vurdert for klienten?	☐	☐	☐	1																																																																																																																																																																																											
Er LAR igangsatt?	☐	☐	☐	2																																																																																																																																																																																											
På venteliste for LAR?	☐	☐	☐	3																																																																																																																																																																																											
Har LAR vært forsøkt tidligere?	☐	☐	☐	4																																																																																																																																																																																											
	Ikke aktuelt	Udekket behov	Mottar tilbudet																																																																																																																																																																																												
Kommunale tiltak																																																																																																																																																																																															
Regelmessig kontakt med fastlege	☐	☐	☐	1																																																																																																																																																																																											
Pleie og omsorgstilbud i kommunen	☐	☐	☐	2																																																																																																																																																																																											
Lavterskel tilbud i kommunen	☐	☐	☐	3																																																																																																																																																																																											
Hjelp med bolig	☐	☐	☐	4																																																																																																																																																																																											
Hjelp med økonomi	☐	☐	☐	5																																																																																																																																																																																											
Regelmessig kontakt sosialkontor	☐	☐	☐	6																																																																																																																																																																																											
Hjemmetjenester, praktisk hjelp	☐	☐	☐	7																																																																																																																																																																																											
Støttekontakt	☐	☐	☐	8																																																																																																																																																																																											
Ansvarsgruppe	☐	☐	☐	9																																																																																																																																																																																											
Individuell plan	☐	☐	☐	10																																																																																																																																																																																											
Barnevernstiltak	☐	☐	☐	11																																																																																																																																																																																											
Tiltak innen økonomi/arbeid																																																																																																																																																																																															
Tiltak i regi av Aetat	☐	☐	☐	12																																																																																																																																																																																											
Aktivisering/dagtilbud	☐	☐	☐	13																																																																																																																																																																																											
Trygdeytelse	☐	☐	☐	14																																																																																																																																																																																											
Skole/kurs/voksenoppl.	☐	☐	☐	15																																																																																																																																																																																											
Tilbud/tiltak i rusomsorg																																																																																																																																																																																															
Poliklinisk tilbud	☐	☐	☐	16																																																																																																																																																																																											
Dagtilbud	☐	☐	☐	17																																																																																																																																																																																											
Avrusing	☐	☐	☐	18																																																																																																																																																																																											
Døgntilbud	☐	☐	☐	19																																																																																																																																																																																											
Legemiddelassistert rehabilitering	☐	☐	☐	20																																																																																																																																																																																											
Tilbud i somatisk sykehus																																																																																																																																																																																															
Utreddning	☐	☐	☐	21																																																																																																																																																																																											
Behandling	☐	☐	☐	22																																																																																																																																																																																											
Tilbud i psykisk helsevern																																																																																																																																																																																															
Psykiatrisk ungdomsteam	☐	☐	☐	23																																																																																																																																																																																											
Dobbeltdiagnoseteam	☐	☐	☐	24																																																																																																																																																																																											
Annet rusteam	☐	☐	☐	25																																																																																																																																																																																											
Dagtilbud	☐	☐	☐	26																																																																																																																																																																																											
Døgntilbud	☐	☐	☐	27																																																																																																																																																																																											
21 Faktisk og ønskelig botilbud på registreringstidspunktet																																																																																																																																																																																															
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Faktisk</td> <td>Ønskelig</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rusinstitusjon</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Institusjon i psykisk helsevern</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kommunalt sykehjem/servicesenter</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Omsorgsbolig med døgnbemanning</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Omsorgsbolig uten tilsyn</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Egen bolig med tilsyn</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Egen bolig uten tilsyn</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Uten fast bopel</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>9</td> </tr> </table>		Faktisk	Ønskelig		Rusinstitusjon	☐	☐	1	Institusjon i psykisk helsevern	☐	☐	2	Kommunalt sykehjem/servicesenter	☐	☐	3	Omsorgsbolig med døgnbemanning	☐	☐	4	Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	☐	☐	5	Omsorgsbolig uten tilsyn	☐	☐	6	Egen bolig med tilsyn	☐	☐	7	Egen bolig uten tilsyn	☐	☐	8	Uten fast bopel	☐	☐	9																																																																																																																																																							
	Faktisk	Ønskelig																																																																																																																																																																																													
Rusinstitusjon	☐	☐	1																																																																																																																																																																																												
Institusjon i psykisk helsevern	☐	☐	2																																																																																																																																																																																												
Kommunalt sykehjem/servicesenter	☐	☐	3																																																																																																																																																																																												
Omsorgsbolig med døgnbemanning	☐	☐	4																																																																																																																																																																																												
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	☐	☐	5																																																																																																																																																																																												
Omsorgsbolig uten tilsyn	☐	☐	6																																																																																																																																																																																												
Egen bolig med tilsyn	☐	☐	7																																																																																																																																																																																												
Egen bolig uten tilsyn	☐	☐	8																																																																																																																																																																																												
Uten fast bopel	☐	☐	9																																																																																																																																																																																												
22 Hvis tilbudet ved institusjonen/tiltaket ikke anses å være tilstrekkelig, hva skyldes dette i så fall:																																																																																																																																																																																															
<table border="0"> <tr> <td>Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud</td> <td>☐ 1.</td> </tr> <tr> <td>Vi mangler aktuell kompetanse her</td> <td>☐ 2.</td> </tr> <tr> <td>Vi har kompetanse, for liten kapasitet</td> <td>☐ 3.</td> </tr> <tr> <td>Mangelfullt samarbeid om samlet tilbud</td> <td>☐ 4.</td> </tr> </table>	Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud	☐ 1.	Vi mangler aktuell kompetanse her	☐ 2.	Vi har kompetanse, for liten kapasitet	☐ 3.	Mangelfullt samarbeid om samlet tilbud	☐ 4.																																																																																																																																																																																							
Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud	☐ 1.																																																																																																																																																																																														
Vi mangler aktuell kompetanse her	☐ 2.																																																																																																																																																																																														
Vi har kompetanse, for liten kapasitet	☐ 3.																																																																																																																																																																																														
Mangelfullt samarbeid om samlet tilbud	☐ 4.																																																																																																																																																																																														

Intervjuguide – rusreform

Tema i evalueringen ved personlige intervju. Helseforetak, rustiltak og kommuner.

Kartlegging av strukturelle forhold og erfaringer med tjenesten i en tidlig fase.

1	INNLEDNING	21
1.1	Rusreformen – ulike utfordringer for ulike deler av hjelpeapparatet.....	21
1.1.1	De tradisjonelle alkoholistiltakene.....	21
1.1.2	Økonomiske ordninger.....	22
1.1.3	Tilbudet til rusmiddelmisbrukere innen psykiatrien	22
1.1.4	Private institusjonstilbud til misbrukere av illegale rusmidler.....	23
1.1.5	Situasjonen i Oslo	23
1.1.6	Evangeliesentrene og andre private aktører uten avtale med fylkeskommunene	23
1.1.7	Kompetanse- og kvalitetsutvikling	24
2	PROBLEMSTILLINGER	25
2.1	Innledning.....	25
2.2	Valg av analysemodell	25
2.3	Forvaltningen av rusvernet.....	28
2.3.1	”Sørge for” ansvaret.....	28
2.4	Private institusjoner, samordning og økonomi.....	29
2.4.1	Forholdet til private aktører	29
2.4.2	Forvaltningsnivåer og samordning.....	29
2.4.3	Økonomi.....	30
2.5	Helhet og kontinuitet i behandlingsskjeden.....	30
2.5.1	Individuelle planer	31
2.5.2	Rettigheter	31
2.5.3	Kvalitet.....	32
2.5.4	Pasienterfaringer	32
3	METODE.....	35
3.1	Strukturelle endringer.....	36
3.1.1	Dokumentanalyse.....	36
3.1.2	Kartlegging av den regionale utformingen av rusreformens strukturelle sider.....	36
3.1.3	Kvalitativ intervjuundersøkelse	36
3.2	Funksjonelle konsekvenser - endringer i tjenestetilbudet	37

3.2.1	Kvalitativ intervjuundersøkelse: brukererfaringer	37
3.2.2	Tverrsnittundersøkelse: tilbud innen de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmisbrukere.....	38
3.2.3	Spørreskjemaundersøkelse i den kommunale sosialtjenesten.....	40
4	DE REGIONALE HELSEFORETAKENES ”SØRGE FOR” ANSVAR	43
4.1	Sammendrag kapittel 4.....	43
4.2	Økonomi og kapasitet.....	44
4.3	Behov og henvisninger	45
4.4	Pasientrettigheter	46
5	BEHANDLINGSTILTAK I SPESIALISTHELSETJENESTEN I 2003 OG 2006	49
5.1	Innledning.....	49
5.2	Sammendrag kapittel 5.....	49
5.3	Økning i tallet på plasser i døgninstitusjoner	50
5.4	Vekst i tallet på årsverk.....	51
5.4.1	Sammenligning med tall fra Helsedepartementet 2003 og 2006.....	53
5.5	Endringer i oppholdstider, faglig innhold og kompetanse i tiltakene	55
5.5.1	Lite endring i lengden på behandlingstilbudet	55
5.5.2	Et mindretall med tiltak for intern kompetanseheving.....	56
5.5.3	Lite endringer i målgrupper.....	56
5.5.4	Et mindretall har foretatt endring i faglig innhold	56
6	PASIENTER/KLIENTER I RUSTILTAK I 2003 OG I 2006	57
6.1	Sammendrag Kapittel 6.....	57
6.2	Demografi, inntekt og bolig	58
6.2.1	Stor og økende andel med trygdeytelser eller sosialhjelp	58
6.3	Færre med egen bolig i 2006.....	60
6.4	Større andel med tidligere omfattende tilbud i 2006.....	60
6.5	Litt økning i psykiske helseproblemer i 2006	60
6.6	Noe økning i bruk av narkotika i 2006.....	61
6.7	Lite endringer i målsetting med hensyn til rus	61
6.8	Økning i ventetider	61
6.9	Noe endring i årsaker til at behandlingstilbudet ikke er tilstrekkelig	64
6.10	Økning i samarbeid med andre tjenester/instanser.....	64
6.11	Økning tiltakskoordinator og ansvarsgrupper	65
6.12	Endring i behov og faktisk tilbud	65

6.13	Appendiks til kapittel 6: Tabeller over pasienter	67
6.13.1	Kjønn og alder	67
6.13.2	Sivilstatus	68
6.13.3	Tidligere behandling	68
6.13.4	Helseproblemer	69
6.13.5	LAR	69
6.13.6	Målsetting	70
6.13.7	Ventetider	71
6.13.8	Årsaker til at tilbud til pasienten ikke er tilstrekkelig	71
6.13.9	Samarbeid med andre instanser	72
6.13.10	Koordinering	73
6.13.11	Behov og faktisk tilbud	74
7	KOMMUNENE ETTER RUSREFORMEN	79
7.1	Sammendrag Kapittel 7	79
7.2	KOSTRA	80
7.3	Tabeller: Tall fra KOSTRA	81
7.4	Undersøkelse i sosialtjenesten om endringer etter rusreformen	83
7.4.1	Innledning	83
7.4.2	Budsjettforhold og bemanning	84
7.5	Appendiks for kapittel 7: Tabeller fra undersøkelsen i sosialtjenesten 2006	91
7.6	Sosialtjenestens vurdering av situasjonen i åtte kommuner	97
8	BRUKERPERSPEKTIVET	101
8.1	Brukernes opplevelser av hjelpeapparatet	101
8.2	Brukerorganisasjoner	111
9	DRØFTING	115
9.1	Implementeringen av reformen	115
9.1.1	Strukturell implementering	115
9.1.2	”Sørge for” ansvaret	117
9.2	Kommunene etter rusreformen	118
9.2.1	Sosialtjenesten etter rusreformen	118
9.2.2	Fastlegenes rolle etter rusreformen	120
9.3	Organiseringen og samhandlingen mellom tjenestene	121
9.3.1	Samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten	121

9.3.2	Samhandlingen mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten.....	123
9.3.3	Organisatorisk og faglig integrasjon?	125
9.4	De private aktørene	126
9.4.1	Private aktører med avtale med regionale helseforetak	126
9.4.2	Private aktører uten avtale med helseforetakene før 2004	127
9.5	Vurderinger av kvalitet.....	128
9.5.1	Venting og brudd.....	129
9.5.2	Forhold som skaper brudd i behandlingen	129
9.5.3	Strukturorganisering eller funksjonsorganisering?	130
10	KONKLUSJONER.....	133
	LITTERATUR.....	137

Helseforetakene – RHF/HF

"Sørge for ansvaret"

Hva gjøres i forhold til bestillerdokument fra departementet.

Sitat fra bestillerdokumentene (2005): *Helseforetaket skal styrke **kvaliteten på og øke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere**, bl a sørge for at alle rusmisbrukere som blir vist til tverrfaglig spesialisert behandling, også om har behov for det, også får vurdert behovet for somatisk og psykiatrisk behandling.*

Helseforetaket skal sørge for at alle DPS etablerer kompetanse og tilbud for behandling av personer med dobbeltdiagnoser.

Kapasitet totalt (tilgjengelig dokumentasjon, tidsserier mulig?, (sjekk rustiltak.no):

- Tall for kapasitet institusjoner i **regionen/institusjonen**; døgn, dag, poliklinisk
 - behandlingsplasser (poliklinisk, akutt- avrusningsplasser, kort- langtid, dagplasser, avrusning).
- Spør etter dokumentasjon
 - endringer i type institusjonsplasser etter reformen
- Spør etter dokumentasjon
 - oversikt over institusjoner (sjekk mot tidligere opplysninger, oppdater)
- Dokumentasjon
 - Brukerkartlegging som planverktøy
 - Har **regionen/institusjonen** nye utredninger/planer for rusbehandling etter reformen mht kapasitet. (Dokumentasjon)
 - Vurdering av kapasitet i forhold til behovet for ulike tilbud.
- Vridning fra døgnbehandling til poliklinisk behandling?
- Ventelister til tverrfaglig spesialisert behandling; utvikling over tid (statistikk; dokumentasjon; ventelister før reformen?)

Dekning av plasser for utsatte grupper, brukere som trenger spesiell kompetanse.

Har RHF/HF/institusjon spesiell kompetanse på områder; eksempler:

- unge (under 18 år)
- misbrukere 18-25, brukere med alvorlige og sammensatte problemer
- misbrukere over 25-30
- Tilbud til par/familier/mor-barn
- Tvangsplassering; dekning av institusjonsplasser tilstrekkelig?/ hva er behovet/ hva kan dekkes (LOS pg pg 6.2-a/ 6.3/straffeloven)
- Tilbud til innvandrere, flyktninger og asylsøkere
- Tiltak samisk befolkning

Samordning av spesialisthelsetjenester; helhetlig tilbud til brukere med sammensatte behov

Kapasitet, prioritering av dobbeltdiagnose psykisk lidelse og rusmiddelbruk; behandling av somatiske plager

Status og endringer etter reformen

- Foretas kartlegging av behov for behandling av personer med dobbeltdiagnose rus/psykiatri
- Kapasitet i **regionen/HF/institusjon** på sammensatte plager rus/psykiatri
 - Utvikling av kapasitet etter reformen
- Hvilke institusjoner tar inn brukere med dobbeltdiagnose (Dokumentasjon)
- Prioriteres pasienter med psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk (dobbeltdiagnose)?
 - Eventuelt; på hvilken måte skjer prioriteringer; dokumentasjon
- Planer, utbygging av plasser døgn/poliklinisk for behandling av dobbeltdiagnose
- Utvikling av kompetanse i rus/psykiatri på DPS-nivå/HF (etablering av tiltak)
- Kompetanse på brukere med dobbeltdiagnose i rusinstitusjoner og i den tradisjonelle psykiatrien
- Endringer av inntak av brukere med dobbeltdiagnose i før og etter reformen psykiatrien vs tradisjonelle rusinstitusjoner
- Hvordan kvalitetssikres at pasienter får dekket behov for somatisk behandling
- Utvikling av kompetanse på rus i somatisk behandling
- Sjekkpunkt, generelt: Andre opplysninger om tiltak for å bedre kvaliteten i behandlingen (tilbudstyper, spesialisering, tilgjengelighet, kompetanse, organisering, forskning)

Bemanning

Hvordan vurderer **RHF/HF/institusjon** sin av bemanningen på rusfeltet i forhold til behov (vurdering av antall ansatte og kompetanse) totalt og i ulike institusjoner (rusinstitusjoner/psykiatri etc)

- Endringer etter reformen
- Utvikling av kompetanseoppbygging (tiltak, planer, rekruttering av spesialister, kvalitet på klinisk forskning)

Samhandling med 1. linjen; henvisninger

- Hvordan fungerer melding om utskrivning til sosialtjenesten
- Systemer for kvalitetskontroll av henvisninger
- Uønskede effekter av reformen, når det gjelder henvisninger
- Kontakt med 1. linje i løpet av opphold i institusjon; erfaringer etter reformen; hvordan fungerer henvisningene i forhold til pasientrettigheter og rett til nødvendig helsehjelp
- Erfaringer i spesialisthelsetjenesten med henvisninger fra kommuner sosialtjenesten/fastleger

- Sjekkpunkt, generelt Hvordan fungerer kontakten mellom 1. og 2. linje

Rettigheter

- Erfaringer med ”rett til nødvendig helsehjelp”, innvilget rett til helsehjelp. Hvor stor **andel innvilges rett til helsehjelp** av pasienter som kommer til vurdering
- Får pasienter **informasjon** om rettigheter; hvordan
- Etterkommes rettigheter
- Overholdes behandlingsfrister
- Hvor stor andel brudd på behandlingsfrist
- Andel som velger behandling utenfor regionen

Individuelle planer, IP

- Andel pasienter som har/velger IP
- På hvilket tidspunkt i behandlingsskjeden opprettes IP
- Hvem tar initiativ til å opprette IP
- Hvor stor andel av brukerne oppretter individuelle planer
- Forhold som påvirker opprettelse av IP

Fritt sykehusvalg

- Valg av behandlingssted utenfor egen region; omfang; erfaringer; fordeler; ulemper (samhandling med bostedskommune)

Økonomi

1. Økonomi i RHF/HF

Resultatmål⁸:

1. Hvordan prioriterer helseforetakene behandlingstiltak for rusmiddelbrukere økonomisk, sammenlignet med psykiatri og somatikk, herunder: følge utviklingen når det gjelder refusjon for poliklinisk behandling i 2005/2006.
2. Kan det etterspores uønskede vridningseffekter innen de regionale helseforetakene/HF mht poliklinisk tilbud vs døgnbehandling.
3. Følge pengestrømmen når det gjelder 100 mil kroner overført i 2004, for å se hvor mye midler som går til behandling av rusmiddelmisbrukere. Skille mellom døgn- og poliklinisk behandling.

2. Ekstratilskudd 100 mil (spesielt for RHF)

- Først bevilgning 1,3 mrd, ny bevilgning 0,1 mrd i tillegg (hele landet).
- Hvor mye fikk RHF av de 1,3 mrd + 100mill
- Hvordan er pengene brukt. Var bevilgningen øremerket?

(1,3 mrd skulle tilsvare de midlene fylkeskommuner og kommuner brukte til delbetaling til behandling av rusmiddelmisbrukere i 2003, samt statens bevilgning til LAR.)

- Hvor mye ressurser brukes totalt på rus etter tilskuddet på 1,3 mrd.
- Hvilke utgifter har spes. helsetjenestene hatt på ruspasienter før reformen, f eks psykiatrien?
- Skjer det vridning av rusbehandling fra døgnopphold somatikk/psykiatri til poliklinisk behandling?

Kommunene

- Endringer i kommunenes bruk av penger til rustiltak etter reformen
- Kommunale kjøp av tjenester før og etter reformen (f eks kjøp av institusjonsplasser/private spesialister)
- Status og endringer i kommunens eget tilbud til rusmisbrukere før og etter reformen

⁸ Referanse: SIRUS 2/2004. Rusreformen, noen grunnlagsdata om organisering og finansiering.

- Kommunalt ansvar for brukere før og etter reformen; forekommer endringer i kommunens helhetlige ansvar for rusmisbrukere
- Samarbeid mellom RHF/HF og kommunene om kartlegging av behov for tjenester
- Erfaringer fra kommunene med henvisning både fra sosialtjenesten og fra fastleger
- Hvordan informeres brukere om sine rettigheter
- Individuell plan; IP, (*rettighet for pasienter med behov for langvarige koordinerte tjenester*),
- har kommunen oversikt over bruken av IP,
- hvem tar initiativ til å opprette IP,
- hvem er IP koordinator
- På hvilket tidspunkt i behandlingsskjeden opprettes IP
- Varslingsplikten; får kommunen varsel om utskrivninger i god tid, slik at oppfølging kan planlegges
- Samarbeid og kontakt mellom 2. og 1. linje under institusjonsopphold; rutiner for kontakt/informasjon
- Kommunens erfaringer med tilbud til brukere med sammensatte behov
- I hvilken utstrekning foreligger et helhetlig tilbud uten brudd i behandlingsskjeden
- Hvordan fungerer henvisninger i forhold til pasientrettigheter og retten til nødvendig helsehjelp
- Overholdes behandlingsfrister

Reformen og de private aktørene

Kartleggingen skal dekke både status per i dag og syn på endringer fra før reformen.

- Erfaringer med RFH og HF
- RHF som bestiller
- Organiseringen av RHF på rusfeltet; konsekvenser for de private institusjonene når det gjelder kontakt og kommunikasjon
- Organisatoriske konsekvenser for institusjonen;
 - o Institusjonens behandlingsskapasitet og tilbud
 - o Forløp av behandling; eventuelle endringer i profil
 - o Brukersammensetning; eventuelle endringer
 - o Inntak; oppholdstid; utskriving
- Kontakt med kommunene; typer oppdrag; hva bestiller kommunene
 - o Inntak; oppholdstid; utskriving når det gjelder brukere på kommunal bestilling
- Innholdet i tverrfaglig spesialisert behandling
- Ryddige og forutsigbare avtaler, plikten til å gjennomføre åpen konkurranse
- Økonomiske konsekvenser for de private institusjonene av reformen
- integrering av LAR i de spesialiserte tjenestene
- Omfang av reforhandlede avtaler med private leverandører
- Behandlingssted utenfor egen region, omfang og utfordringer