

# **Behandling, hjelper det?**

**Evaluering av 4 behandlingsinstitusjoner for  
rusmiddelbrukere**

RF-1998/136

Vår referanse: <b>720.4 / 82.4745</b>	Forfatter(e): <b>Else M. Tunglund</b>	Versjonsnr. / dato: <b>Vers. 2 / 18.09.98</b>
Ant. sider: <b>75 + vedlegg</b>	Faglig kvalitetssikrer: <b>Terje Lie</b>	Gradering: <b>Åpen</b>
ISBN:	Oppdragsgiver(e): <b>Oslo Kommune, Rusmiddeletaten</b>	Åpen fra (dato): <b>01.07.98</b>
Forskningsprogram:	Prosjekttittel: <b>Evaluering av 4 behandlingsinstitusjoner</b>	

Emne:

Denne rapporten er en evaluering av fire behandlingsinstitusjoner for rusmiddelbrukere som Oslo kommune benytter. Hensikten med rapporten er å vurdere resultatet av institusjonsoppholdet for klientene og hvordan denne typen behandlingsinstitusjoner inngår som en del av tiltakskjeden.

Emne-ord:

Evaluering, rusmiddelmisbruk, behandlingsinstitusjoner

RF - Rogalandforskning er sertifisert etter et kvalitetssystem basert på NS - EN ISO 9001

---

Prosjektleder

Else M. Tunglund

---

for RF - Miljø og  
næringsutvikling

Kåre Netland

## INNHold

FORORD.....	VIII
1. INNLEDNING.....	1
1.1 Prosjektets målsetninger og avgrensninger.....	1
2 PRESENTASJON AV INSTITUSJONENE.....	3
2.1 Origosenteret.....	3
2.2 Veiviseren.....	4
2.3 Riisby/Engen behandlingssenter .....	5
2.4 Blå Kors .....	6
3 EVALUERINGSKRITERIER.....	7
3.1 Behandlingsmål.....	7
3.2 Dropout som kriterium på behandling.....	9
3.3 Oppsummering av evalueringskriterier.....	10
4 METODE.....	11
4.1 Utvalg .....	11
4.2 Datainnsamling .....	11
4.2.1 Hvor klientene befant seg på undersøkelsestidspunktet.....	12
4.2.2 Personlige intervju og observasjon .....	13
4.3 Er dataene representative?.....	15
4.3.1 Konklusjon.....	16
5 INSTITUSJONENES INFORMASJON OM KLIENTENE, OG ANALYSE AV BEHANDLINGSRESULTATER .....	18
5.1 Innledning.....	18
5.2 Situasjonen 1 år etter.....	18
5.3 Flest menn.....	19
5.4 Type misbruk.....	19
5.5 Tid i behandling.....	21
5.6 Tidligere opphold i behandlingsinstitusjon.....	21
5.7 Resultater av oppholdet.....	25
6 KLIENTINTERVJUER.....	26
6.1 Alder, utdanningsnivå og yrkespraksis .....	26
6.1.1 Betydning for behandlingsresultat.....	27
6.2 Kriminalitet.....	28
6.2.1 Fører behandling til mindre kriminalitet? .....	28
6.3 Sosialt nettverk.....	29
6.3.1 Etter behandling .....	30
6.4 Boforhold .....	30
6.4.1 Boforhold.....	30
6.5 Familiekontakt .....	31
6.5.1 Familiekontakt.....	31
6.6 Rusbelastning - antall år med misbruk.....	32

6.7 Tidligere institusjonskarriere.....	33
6.7.1 Blir klientene bedre av mange behandlinger?.....	34
6.8 Blir klientene rusfrie etter behandling?.....	35
6.9 Oppsummering .....	35
<b>7 INFORMASJON FRA BYDELENE.....</b>	<b>37</b>
7.1 Bosituasjon.....	37
7.2 Tilgjengelighet til sosialkontorene.....	40
7.3 Oppsummering av data fra bydelene .....	41
<b>8 BEHANDLINGEN UTFRA KLIENTENES SYNSVINKEL .....</b>	<b>42</b>
8.1 Innledning.....	42
8.2 Veiviseren.....	42
8.3 Origo .....	43
8.4 Riisby/Engen.....	44
8.5 Blå Kors .....	46
8.6 De viktigste elementene i behandlingen.....	47
8.6.1 Positive forhold .....	47
8.6.2 Negative forhold.....	49
8.7 Ønsket om et “vanlig liv” .....	50
<b>9 OPPFØLGING ETTER UTSKRIVNING.....</b>	<b>52</b>
9.1 Oppfølging av dropouts .....	52
9.2 Oppfølging og udekkede hjelpebehov hos andre .....	53
9.2.1 De elendige.....	54
9.2.2 De ensomme.....	55
9.2.3 De kriminelle.....	56
9.2.4 De konforme, skikkelige, ordentlige.....	57
<b>10 DRØFTING AV RESULTATER .....</b>	<b>59</b>
10.1 Klarer institusjonene å hjelpe klientene?.....	60
10.2 Elementer i oppfølgingen etter utskriving som bidrar til å opprettholde positive behandlingsresultater.....	62
10.2.1 Sosialt nettverk og økonomisk støtte .....	62
10.2.2 Et alternativ til hospits.....	62
10.2.3 Korte regelmessige behandlingsopphold.....	63
10.3 Klienter som institusjonene ikke klarer å hjelpe.....	63
10.4 Kan institusjonsopphold være skadelige?.....	64
10.5 Mangel på helhetlig perspektiv .....	64
10.6 Differensierte behandlingstiltak.....	66
<b>11 REFERANSER.....</b>	<b>67</b>
<b>12 VEDLEGG .....</b>	<b>68</b>

VEDLEGG 1 SPØRRESKJEMA TIL INSTITUSJONENE

VEDLEGG 2 BREV FRA INSTITUSJONEN TIL MULIGE INFORMANTER

VEDLEGG 3 INTERVJUGUIDE

VEDLEGG 4 SPØRRESKJEMA TIL BYDELENE

VEDLEGG 5 TILLEGGSTABELLER TIL KAPITTEL 5

VEDLEGG 6 TILLEGGSTABELLER TIL KAPITTEL 6

## TABELLER

Tabell 3.1 Institusjonenes offisielle målsetting.....	8
Tabell 4.1 Totalt antall klienter 3. kvartal 1996 og antall utvalgte klienter ved de ulike behandlingsstedene.....	11
Tabell 4.2 Oversikt over datainnsamlingen.....	12
Tabell 4.3 Hvor klientene befant seg på tidspunktet for intervju/observasjon, fordelt på institusjoner. Prosent i parentes.....	12
Tabell 4.4 Hvor klientene i hele utvalget befant seg 1 sept. 1997, ifølge behandlingsinstitusjonene. Totale tall. Prosent i parentes.....	13
Tabell 4.5 Antall klienter i hele utvalget sammenlignet med antall klienter som ble intervjuet.....	16
Tabell 5.1 Situasjonen på undersøkelsestidspunktet for klienter ved de 4 behandlingsinstitusjonene. Prosent.....	18
Tabell 5.2 Fordelingen av menn og kvinner ved de ulike behandlingsstedene. Totale tall og prosent.....	19
Tabell 5.3 Klientenes hovedrusmiddel ved innleggelse. Prosent.....	19
Tabell 5.4 Behandlingens varighet på undersøkelsestidspunktet. Totale tall og prosent.....	21
Tabell 5.5 Klientenes tidligere opphold ved samme behandlingsinstitusjon og i alle tidligere døgningstidspunkter. Gjennomsnitt, median og standardavvik.....	22
Tabell 5.6 Klienter etter boforhold undersøkelsestidspunktet. Planlagte og uplanlagte utskrivninger. Totale tall og prosent.....	23
Tabell 5.7 Klienter etter sysselsetting på undersøkelsestidspunktet. Planlagte og uplanlagte utskrivninger. Totale tall og prosent.....	24
Tabell 5.8 Klienter etter forhold til rusmiddel undersøkelsestidspunktet. Planlagte og uplanlagte utskrivninger. Totale tall og prosent.....	25
Tabell 6.1 Klienter etter en del bakgrunnsforhold fordelt på institusjonstyper.....	26
Tabell 6.2 Klienter etter tidligere yrkespraksis, dropouts og utskrevne etter plan. Totale tall.....	28
Tabell 6.3 Klienter etter utdanningsnivå, dropouts og utskrevne etter plan. Totale tall.....	28
Tabell 6.4 Klienter etter politisaker før og etter behandling, dropouts og utskrevne etter plan. Totale tall.....	29
Tabell 6.5 Klienter etter sosial integrering før og etter behandling. Totale tall.....	30
Tabell 6.6 Klienter etter boforhold før og etter behandling. Totale tall.....	31
Tabell 6.7 Klienter etter familiekontakt før og etter behandling. Totale tall.....	32
Tabell 6.8 Klienter etter forhold til rusmidler på intervjuetidspunktet. Totale tall.....	35
Tabell 7.1 Bosituasjon før og etter innleggelse. Totale tall. Prosent i parentes.....	37

Tabell 7.2 Sysselsetting før og etter innleggelse. Totale tall. Prosent i parentes.....	38
Tabell 7.3 Hovedrusmiddel ved innleggelse. Totale tall. Prosent i parentes.....	38
Tabell 7.4 Nåværende forhold til rusmiddel. Totale tall. Prosent i parentes.....	38
Tabell 7.5 Fortsatt klient her? Totale tall .....	38
Tabell 7.6 Grunner til at de ikke lenger er klienter i dette sosialkontor.....	39
Tabell 7.7 Bostøtte .....	39
Tabell 7.8 Annen type oppfølging etter behandling.....	40
Tabell 8.1 Positive effekter av institusjonsopphold.....	47
Tabell 8.2 Negative forhold.....	49
Tabell 8.3 Fritidsaktiviteter som tilbys i institusjonene .....	51
Tabell 9.4 Typer klienter.....	53
Tabell 9.5 Årsaker til at klienter ikke er behandlingsmotiverte.....	56

## Forord

Denne rapporten er en evaluering av fire behandlingsinstitusjoner for rusmiddelbrukere som Oslo kommune benytter. Hensikten med rapporten er å få en vurdering av denne typen behandlingsinstitusjoners virksomhet generelt, og hvordan de inngår som en del av resten av tiltakskjeden.

Flere personer har bidratt i prosjektet. Institusjonene har vært behjelpelige med å formidle kontakt med klientene som er intervjuet. Arbeidsgruppen for prosjektet har bidradd med nyttige innspill underveis. Seniorforskerne Ragnhild Wik og Marie Smith- Solbakken har deltatt i gjennomføringen av klientintervjuene, Unn Endresen har hatt ansvaret for innsamlingen av bydelsdata og fagleder Terje Lie har kvalitetssikret rapporten.

Stavanger mai 1998.

Prosjektleder Else M. Tunglund



# 1. Innledning

Oslo kommune disponerte i 1997 totalt ca. 380 behandlingsplasser for personer med rusmiddelproblemer, ved 15 institusjoner. Tre av disse er kommunale, mens de resterende 12 drives av private organisasjoner. På oppdrag fra Oslo kommune, Rusmiddeløsten, fikk Rogalandsforskning våren 1997 i oppdrag å gjennomføre en evaluering av 4 av de private institusjonene. De utvalgte institusjonene var Veiviseren, Origo senteret, Blå Kors og Riisby/Engen. De to sistnevnte har tradisjonelt sett behandlet personer med alkoholproblem, mens Veiviseren og Origo i hovedsak behandler personer med narkotikaproblem.

## 1.1 Prosjektets målsetninger og avgrensninger

Hovedmålet med evalueringen er å beskrive resultatene av de 4 utvalgte behandlingsinstitusjonenes virksomhet og å gi svar på i hvilken grad institusjonsbehandlingen bidrar til å redusere klientenes rusmiddelproblemer.

Hensikten er *ikke* å sammenligne behandlingsresultater ved de fire institusjonene for å se hvem av dem som er best. Behandlingstilbudene og klientgruppene er forskjellige og en slik sammenligning gir liten mening. Institusjonene er valgt ut nettopp fordi de er forskjellige og fordi man ønsker å se på resultatene av ulike behandlingstilbud overfor ulike grupper klienter.

Med utredningen ønsker oppdragsgiver også svar på følgende spørsmål:

- Hvorfor greier ikke institusjonene å hjelpe visse klienter, og hvem er disse klientene?
- Hvilke elementer i behandlingen er viktige, hvilke elementer synes ikke å være det?
- Hvilke elementer i behandlingen er skadelige?
- Hvilke positive og negative forandringer skjer med klientene i løpet av behandlingen (ordnet liv, rusfritt liv, et liv som føles/oppleves som godt å leve)?
- Hvor varige er de positive forandringene?
- Hvilke elementer i oppfølgingen etter utskrivning bidrar til å opprettholde resultater fra institusjonsbehandlingen?
- I hvilken grad bidrar forhold knyttet til privatlivet til å opprettholde positiv / negativ forandring?
- Hvilke klienter henvender seg til institusjonen, uten å få tilbud om behandling?
- Hvilke klienter fullfører ikke behandlingsopplegget?
- Hvor mange oppnår en vellykket rehabilitering?

Det er også av interesse å få vite mer om i hvilken grad tidligere klienter blir fulgt opp av helse- og sosialtjenesten i bydelene etter utskrivning.

I gjennomføringen av evalueringen har vi foretatt visse avgrensinger. Vi har valgt å legge vekt på å beskrive behandlingstilbudet sett fra klientenes synsvinkel og ikke gått nøyere inn i beskrivelser av behandlingsopplegg, sett fra institusjonens side. Hensikten er å få fram behovene hos ulike typer klienter og på det grunnlaget drøfte muligheter for forbedringer i tiltakskjeden.

Spørsmålene om hvilke klienter som henvender seg til institusjonene, men som ikke får behandling er i liten grad besvart. Årsaken til dette er at det viste seg å være vanskelig å få inn dokumentasjon fra alle institusjonene på dette området. Spørsmålene om hvor varige resultatene av behandlingen er, er også vanskelig å vurdere. Det hadde også vært ønskelig å gå dypere inn i en del av de andre spørsmålene enn det som var mulig innen for rammene av dette prosjektet. Flere av spørsmålene over kunne alene vært tema for lange utredninger, som f. eks. bydelenes oppfølging av klienter etter utskrivning.

Data er samlet inn både gjennom kvalitative intervju og ved hjelp av spørreskjema til institusjonene og bydelene (sosialkontorene) i Oslo. Hensikten med spørreskjemaene er å få vite noe om hvordan det gikk med **alle** personene i utvalget, mens hovedmålet med intervjuene er å gå mer i dybden og beskrive situasjonen for ulike klientgrupper.

I kapittel 2 gis først en kort presentasjon av de fire behandlingsinstitusjonene.

I kapittel 3 ser vi nærmere på behandlingsmål og drøfter hva som er kriterier på en vellykket behandling.

I kapittel 4 blir metodene i undersøkelsen beskrevet.

I kapittel 5 blir klientene i utvalget sin situasjon per 1. september 1997 beskrevet, på grunnlag av data som behandlingsinstitusjonene selv rapporterte gjennom spørreskjema. Behandlingens varighet, tidligere opphold i institusjon og type rusmiddelbruk blir beskrevet. Vi ser også hvordan det hadde gått klienter som ikke lenger var i behandling og om noen på dette tidspunktet hadde oppnådd en vellykket rehabilitering.

I kapittel 6 beskrives klientene på grunnlag av data innhentet gjennom personlig intervju og observasjon. Hensikten er å vise hvilke typer klienter som er i behandling og hvilken effekt behandlingen har på ulike problemområder.

Det er også innhentet opplysninger om klientene fra sosialtjenesten i bydelen. Denne informasjonen er beskrevet i kapittel 7.

I kapittel 8 beskrives elementer ved selve behandlingen. Her gjengir vi først noen synspunkter klientene hadde på de ulike behandlingsinstitusjonene. Videre beskrives positive og negative elementer i behandlingen.

I kapittel 9 diskuteres oppfølging overfor ulike klientgrupper etter utskrivning.

I kapittel 10 gis en oppsummering av hovedkonklusjoner og drøfting av resultater.

## 2 Presentasjon av institusjonene

I dette kapittelet beskrives institusjonene som inngår i evalueringen. Fremstillingen er basert på årsmeldinger og annet skriftlig materiale fra institusjonene.

### 2.1 Origosenteret

#### *Eier: Kirkens bymisjon*

Origosenteret ligger i Våler kommune i Østfold ca. 7 mil fra Oslo. Stedet har klinikk-avdeling og en familieavdeling hvor det til sammen er plass til 41 personer, derav 8 familieileiligheter. Oslo disponerer 22 av disse plassene.

Familieavdelingen består av små hus, felles kjøkkenkrok, stue og vaskerom for 2 familier. Origo har egen barnehage med plass for 9 barn fra 0-3 år. Det er felles spisesal, stuer og skoleavdeling med bibliotek og trimrom.

#### *Målgruppe og innhold*

Målgruppen er alkohol-, stoff- og pillemisbrukere i aldersgruppen 20-35 år, hivpositive, par u/barn, par og enslige med barn, misbrukere med sammensatte psykologiske, psykososiale, medisinske og pedagogiske problemer og § 12-sonere etter fengselsloven. Institusjonen er også utpekt til å ta imot klienter etter Lov om sosiale tjenester § 6.2, 6.2a og 6.3. Behandlingen deles i 3 faser: Inntaksfasen 8 uker, behandlingsfasen 10-14 måneder og utskrivningsfasen 3 måneder.

Origosenteret jobber ut fra utviklingspsykologisk forståelse, med differensiert, individuell og miljøterapeutisk behandling. Metodene som benyttes er :

- Individuelle samtaler.
- Par/familiesamtaler (økt foreldrekompetanse).
- Gruppeterapi.
- Nettverksarbeid/samtaler/møter.
- Skole og yrkesrettledning.
- Fysisk fostring.
- Undervisning i verdisyn og rusens virkning.
- Økonomisk rådgivning.

Etter utskrivning får klientene ettervern i tre måneder med mulighet for sosialtjenesten til å kjøpe tjenester for videre oppfølging. Origosenteret betrakter seg selv som "en forlengelse av 1.linjetjenesten". 1.linjen skal klart ha formulert mål for klienten, hvilke behov Origosenteret skal imøtekomme og aktivt delta i klientens utskrivningsplan.

Det er ikke lov til å bruke eller ta med rusmidler i institusjonen og det gjennomføres urinprøvekontroller.

## ***Personalet***

Personalet er sammensatt av sosionomer, barnevernspedagoger, vernepleiere, psykologer, pedagog, førskolelærer, sykepleier, sosialmedisiner. Stedet er døgnbemannet.

## **2.2 Veiviseren**

Veiviseren var fra starten i 1988 organisert som en stiftelse. Fra 1.1.1996 ble stiftelsens driftsenhet (institusjonen) utskilt som eget aksjeselskap.

Veiviseren ligger i Tysvær kommune med hovedkontor i Haugesund og har plass til 35 beboere.

### ***Målgruppe og innhold***

Målgruppen er voksne rusmiddelmissbrukere fra hele landet, også par. Klientene kan komme rett fra gata uten krav til avrusning på forhånd. Ca. 20 prosent av klientene er mangeårige hivpositive og aidssyke med rusproblemer.

Veiviseren tilbyr et treårig program fordelt over 4 faser.

*Fase 1:* Inntaksfasen - foregår i en heldøgns bemannet institusjon med inntil 19 plasser og varer fra 4 til 6 måneder. Målsetningen med fase 1 er å komme over abstinensfasen og kunne organisere hverdagen slik at de er i stand til å inngå i arbeidstrening.

*Fase 2:* Foregår i minikollektiv med plass til fra 5 til 7 klienter i hver enhet, med en varighet fra 6 til 12 måneder. Målsetningen her er sosial trening i bl.a. i en arbeidssituasjon som er tilnærmet normal. Spørsmål om attføring, skole/lærlingeplass o.l. blir vurdert. I denne fasen rettes blikket mot fremtiden og ikke mot selve det å slutte å ruse seg.

*I fase 3* flytter klientene ut i egne boliger hvor de skal klare seg selv i det daglige. Fagpersonell ved institusjonen følger opp etter klientens behov og gjennom kontroll utøvd ved urinprøvetaking.

*Fase 4:* Er tilbakeføringsfase der ettervern og praktiske nødvendigheter som bolig, arbeid/skole skal legges til rette.

Institusjonen tar i mot klienter som soner etter §12.

***Personalet*** er en fagstab bestående av sosionomer, lærere, sykepleier, hjelpepleier, tilsynslege og psykolog som fast konsulent. Videre tilbys klientene juridisk bistand fra advokat. Veiviseren er den eneste av de fire behandlingsinstitusjonene som aktivt benytter tidligere klienter som personale. Rundt 25 personer er ansatt ved Veiviseren.

## 2.3 Riisby/Engen behandlingssenter

### *Eier: Hvite bånd*

Riisby behandlingssenter, i denne rapporten kalt Riisby/Engen, ligger noen mil utenfor Gjøvik og består av 2 avdelinger. Avdeling Engen ble opprettet i 1996 og var dermed inne i en oppstartingsfase da denne evalueringen ble gjennomført.

- Avdeling Riisby har 30 plasser, hovedsakelig for kvinner og par.
- Avdeling Engen har 25 plasser for menn fra Oslo.

### *Målgruppe og innhold*

Klientene ved Riisby/Engen er voksne rusmiddelavhengige fra 20 til 70 år, med flest i gruppa 35-55 år. De fleste klientene har lang rusmiddelkarriere med hovedvekt på alkohol. Institusjonene baserer seg på individuelle behandlingsopplegg tilpasset den enkelte klient. Behandlingen bygger på et helhetlig menneskesyn med fokus på fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, hvor egne ressurser står sentralt.

I inntaksfasen, som varer i 10 dager, skal klienten bli kjent med stedet, dets personale, andre beboere og reglementet. Medisinsk kartlegging og oppfølging, individuelle samtaler og 1 times daglig trim er også med i programmet.

Under oppholdet får klientene anledning til å delta i en rekke tilbud:

- *Individsamtaler* :1-3 hver uke som varer ca. 1 time med hovedkontakt.
- *Gruppemøter*: gjennomsnittlig 3 timer per uke med 3-8 deltakere i hver gruppe.
- *Undervisning*: 45 minutters samlet undervisning minst annenhver uke.
- *Trim*: 1 time per dag.
- *Turer*: 1 dag hver uke.
- *Arbeid for fellesskapet*: 1-2 timers daglig deltakelse i matstell, renhold, vedlikehold.
- *Aktivitetsavdeling*: snekker- og sveiseverksted. Vevstue/ håndarbeidsaktiviteter.
- *Andakt*: 15 minutters frivillig tilbud 5 dager i uken.
- *Kveldsarrangement*: 2 kvelder i måneden har presten samling på hver avdeling.
- *Skole*: 50-70 prosent av klientene får tilbud om 1-4 timers undervisning per uke i samarbeid med Dokka videregående skole.

Det er ingen fastsatt øvre grense for oppholdets lengde. Gjennomsnittlig er klienter innlagt i 4 måneder.

Institusjonen er utpekt til å ta imot klienter etter Lov om sosiale tjenester § 6.2, 6.2a og 6.3.

Ved ankomst kreves negative prøver på alkohol og narkotika/legemidler. M.h.t. medikamenter gjøres unntak i enkelte tilfeller. Bruk av rusmidler ved institusjonen eller ved permisjon, vold eller manglende deltagelse i behandlingsopplegget medfører utskrivning.

### *Personalet*

Døgnbemannet. Sosialkonsulenter, sykepleiere og psykolog.

## **2.4 Blå Kors**

Blå Kors Klinikk eies av Blå Kors. Klinikken er en del av virksomheten til sosialavdelingen i Blå Kors.

Blå Kors Klinikk ligger i Oslo sentrum og består av en poliklinikk med 6 ansatte og en sengeavdeling med 28 plasser som er heldøgnsbemannet.

### ***Målgruppe og innhold***

Blå Kors Klinikk bygger på et kristent menneskesyn og behandler hovedsakelig klienter der alkoholproblem dominerer.

Målsetningen med *poliklinikken* er å gi et strukturert behandlingstilbud til hver klient som etablerer en behandlingskontakt.

Målsetningen med *sengeavdelingen* er å gi en mulighet for avskjerming fra rusmiddel miljøet under medisinsk og sykepleierfaglig forsvarlige forhold, og å motivere for videre behandling.

For mange er oppholdet i klinikkavdelingen første skritt i videre behandling der bl.a. utvikling av den enkelte gjennom gruppeprosess er sentralt. Klinikkavdelingen har også egen ettervernsgruppe. Blå Kors har videre ett oppfølgingsprosjekt (Colombus) for klienter som har vært i behandling.

Blå Kors har i løpet av det siste året gjennomgått en omfattende omorganiseringsprosess. Behandlingsopplegget som er beskrevet over er nå historie og viser hvordan det var 3. kvartal 1996.

### ***Personalet***

Personalet består bl.a. av lege/psykiater, psykolog, sykepleiere, hjelpepleiere, sosionomer, sosialkonsulenter og prest.

### 3 Evalueringskriterier

Et grunnleggende problem i denne typen evalueringer er hvordan man skal kunne måle behandlingsresultater. Berg (1996) peker på problemene med å finne gode kriterier for å evaluere nytten av behandling. Han mener at spørsmålet om storsamfunnets oppfatning av det gode liv og nytten av å oppnå det, ikke kan overføres til gruppen misbrukere problemfritt. Han peker også på det fundamentale spørsmålet om hva misbruk er, eller hva vi er enige om at tilstanden innbefatter. Uten en forståelse av hva som er det gode liv og hva som er misbruk er det ikke er åpenbart hva man ønsker å oppnå gjennom behandling.

Det er problematisk å peke på *en* institusjon eller ett bestemt tiltak som årsak til redusert rusmiddelbruk, fordi misbrukerne utsettes for mange ulike tiltak samtidig, gjerne både før, under og etter behandlingsopphold. Dette vil alltid representere en usikkerhet når vi skal måle hvor vellykket et tiltak er. Et annet spørsmål er hvor varig denne endringen må være for at man kan si at behandlingen har hatt god effekt.

I det følgende skal vi se nærmere på hovedmålet med behandling sett fra Oslo kommune og fra institusjonenes synsvinkel. Med utgangspunkt i partenes egne formuleringer om målsetning vil vi her klarlegge hvilke kriterier for behandling og rehabilitering vi legger vekt på i evalueringen.

#### 3.1 Behandlingsmål

I formuleringene fra kommunen og institusjonene er det vanskelig å finne gode, operasjonelle resultatmål. Målene for behandlingen gir imidlertid indikasjoner på hva man ønsker å oppnå gjennom bruk av institusjonene.

##### *Rusfrihet og tilfredsstillende fungering*

Målet for **Oslo kommunes** behandlingsarbeid er rehabilitering av klientene til en rusfri tilværelse og med tilfredsstillende fungering i forhold til jobb, utdanning, bolig og sosialt nettverk. I Bystyremelding nr. 1-1997 "Tiltak mot alkohol- og narkotikamisbruk i Oslo" står det bl.a. at Byrådets mål for arbeidet med hjelpetiltak for rusmiddelmisbrukere er å:

- rehabilitere rusmiddelmisbrukere, med sikte på rusfrihet og tilfredsstillende fungering i forhold til arbeid, utdanning, bolig og sosialt nettverk,
- gi økt livskvalitet i forhold til bolig, nettverk og sosial fungering, der full rehabilitering ikke er mulig,
- stille krav til og få et hjelpeapparat som fungerer som en sammenhengende ansvarsrekke av tiltak hvor ansvar og rutiner for oppfølging av klienter hele tiden er klarlagt,
- redusere antall uplanlagte utskrivninger fra institusjoner,
- opprettholde og utvikle differensierte hjelpe- og behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere.

Når det gjelder mål for den enkelte klient, skiller Byrådet mellom full og delvis rehabilitering. Hovedmålet er full rehabilitering av klienter, hvilket innebærer rusfrihet,

yrkes- eller utdanningsaktivitet, tilfredsstillende boligforhold og sosiale nettverk. Byrådet innser at denne målsetting ikke alltid lar seg innfri og foreslår at visse minimumsbehov, som tilfredsstillende bolig, sosial fungering og nettverk, skal dekkes. Tilfredsstillende kilde til livsopphold nevnes merkelig nok ikke.

Byrådet stiller også krav til organisering av tjenestene og til institusjonene. Hjelpeapparatet skal fungere som en sammenhengende ansvarsrekke av tiltak med klare rutiner for oppfølging av klienten. Byrådet ser det også som et mål å redusere antall uplanlagte utskrivninger fra institusjon.

I hvilken grad stemmer Byrådets mål overens med institusjonenes egne mål?

**Institusjonenes** mål for behandlingen oppsummeres i tabell 3.1. På alle institusjonene, unntatt ved Veiviseren, er hovedmålet med behandlingen et *rusfritt* liv. Ved Veiviseren er målet å bli *uavhengig* av rus. Her ligger det altså ikke noe krav om total rusfrihet.

Tabell 3.1 Institusjonenes offisielle målsetting

	<b>Veiviseren</b>	<b>Origo</b>	<b>Blå kors</b>	<b>Riisby/ Engen</b>
<b>Mål</b>	Bli i stand til å leve et godt liv i samfunnet med utgangspunkt i egne ressurser og interesser, og uten avhengighet av rus.	Fra rusmisbruk til et rusfritt og meningsfylt liv.	Økt livskvalitet i en rusfri tilværelse.	Mestre livet uten bruk av rusmidler.

I målformuleringene (tabell 3.1) bruker institusjonene begreper som 'økt livskvalitet', 'mestre livet', 'leve et godt liv', og 'meningsfullt liv'. Alle legger altså vekt på det vi kan kalle en normalsituasjon; klientene skal i størst mulig grad tilpasse seg en livssituasjon der de fungerer som folk flest på viktige arenaer for den enkelte, uten avhengighet av rus. Formuleringen når det gjelder rusbruk varierer som nevnt; noen bruker formuleringer som 'rusfri tilværelse' og 'liv uten bruk av rusmidler' mens andre sier 'uavhengighet av rus'. Institusjonene går ikke nærmere inn på hva 'livskvalitet' betyr, heller ikke hva det vil si å mestre livet eller å leve et godt liv i samfunnet.

Det er viktig å legge merke til hva institusjonene **ikke** sier: de setter ikke opp mål om arbeid og sysselsetting, bokvalitet, kvaliteten på sosialt nettverk og avhengighet av hjelpeapparatet. Mangel på konkretisering i målene for behandlingen gjør det også vanskelig å trekke fram operasjonelle kriterier for evalueringen. Institusjonenes mål for behandlingen må betraktes som ideelle eller ønskelige mål, ikke nødvendigvis realistiske mål for den enkelte. Byrådets mål for klientene er mer konkrete og operasjonelle enn institusjonenes egne mål for virksomheten. Byrådets mål inngår ikke som en spesifisert bestilling til institusjonene, og det kreves ikke noen form for dokumentasjon fra institusjonenes side som



viser at de tjenestene som leveres, faktisk tilfredsstillende kommunens behov, uttrykt gjennom behandlingsmål for klientene.

## **3.2 Dropout som kriterium på behandling**

I Oslo Bystyrets mål (ovenfor) ser vi at det å redusere antall uplanlagte utskrivinger er en målsetning. Vi vil her se nærmere på dette målet og nytten av det som kriterium i evalueringen. Uplanlagte utskrivinger fra institusjon, kalt 'dropouts', blir ofte sett på som en mislykket behandling.

Begrepet dropout brukes på flere måter av institusjonene og har svært ulike årsaker og konsekvenser. Vi skal her gå igjennom de vanligste måtene å bruke begrepet på.

### ***A. Ikke planlagt utskriving***

Situasjon der klienten forlater institusjonen før avtalt og der man ikke har laget noen ny plan for vedkommende.

### ***B. Tvungen utskriving***

Situasjon der klienten blir tvunget til å reise fra institusjonen fordi han ikke følger reglementet, som oftest fordi vedkommende har ruset seg. Ofte blir dette bare et avbrudd i behandlingen, fordi de fleste ønsker å komme tilbake kort tid etterpå. På noen institusjoner er det vanlig, og man kaller det ikke 'dropout', men hevder at det er en naturlig del av behandlingen.

### ***C. Falle tilbake til gamle vaner***

En tredje definisjon er å kalle en klient dropout etter tvungen utskriving eller ikke planlagt utskriving, først når vedkommende faller tilbake til gamle vaner igjen og begynner å ruse seg daglig. Synet på hvor lenge man skal ha ruset seg før man regnes som dropout varierer. Klienter som dropper ut, trenger nødvendigvis ikke å begynne å ruse seg igjen fordi om de forlater institusjonen. En undersøkelse av Sohlberg (1996) viser at flere av de som avsluttet behandlingen ikke planlagt holdt seg rusfrie i en lengre periode etterpå. Behandlingsavbrudd av denne typen trenger altså ikke bety at det går dårlig for klienten. Tidsdimensjonen har også betydning for oppfatning av dropout: på enkelte institusjoner blir man først regnet som dropout om man forlater institusjonen og ikke kommer tilbake etter flere måneder<sup>1</sup>.

Ved bruk av dropout som kriterium på resultat av institusjonsopphold må vi presisere hva slags avbrudd det er tale om, og konsekvensene av avbruddet. Noen klienter mener kanskje at de ikke har behov for videre opphold og vil klare seg utenfor institusjon. Andre vil kanskje provosere fram et brudd ved å bryte reglene på institusjonen. Det kan være en rekke andre motiver og årsaker til at behandlingen brytes. Det vil ikke være mulig å holde oversikt over alle mulige motiver og årsaker til brudd, og det er heller ikke alltid riktig å

---

<sup>1</sup> På Arbeidsseminar om Dropout undersøkelsen på Lillehammer Hotell 6. oktober 1997 ble det hevdet at enkelte andre behandlingstilstander ikke registrerer klienters uteblivelse fra behandling som dropout før etter et halvt år.

skille mellom eget brudd og tvunget avbrudd.

Konsekvensen av brudd kan også være mange. Noen vil kanskje klare seg bra, mens andre faller tilbake til det livsmønster som brakte dem inn i institusjonen.

Å vurdere en behandlingstjeneste ut fra antall dropouts er derfor vanskelig. I den videre framstillingen brukes dropout synonymt med uplanlagt utskrivning, slik som i punkt A, uansett årsak eller konsekvens.

Konsekvensene av dropout og den funksjon denne begrepsbruken har i behandlingssystemet og i Oslo kommune, kommer vi tilbake til under drøfting av resultatene i kapittel 10.

### 3.3 Oppsummering av evalueringskriterier

Å finne relevante, rettferdige og oversiktlige evalueringsmål er problematisk i en sammensatt evaluering som denne. Vi har tatt utgangspunkt i de målene som kan dokumenteres fra bestiller (Oslo kommune) og utførende institusjoner, og formulert ett sett kriterier til hjelp i evalueringen:

- et rusfritt liv eller å bli *uavhengig* av rus
- økt livskvalitet.

Kriterier på økt livskvalitet og et ordnet liv kan være:

- fast bopel
- sysselsatt i jobb eller utdanning
- sosialt nettverk, utenom rusmiljø.

I tillegg til dette må klientenes egne mål med behandlingen tas med i vurderingen. Dette kan vi ikke sette opp en liste over på forhånd.

I evalueringen blir det også viktig å vurdere selve organiseringen av tjenestene; i hvilken utstrekning det eksisterer et overordnet perspektiv for hvordan hjelpeapparatet fungerer, om det er klarhet i ansvar for oppfølging av rutiner og ansvar overfor klientene.

## 4 Metode

Undersøkelsen startet opp sommeren 1997 og skulle omfatte alle klienter fra Oslo som var i behandling 3. kvartal i 1996 ved de fire utvalgte institusjonene, det vil si klienter som var i behandling ca. 1 år før undersøkelsen startet. Med behandling menes her både heldøgnsstilbud, dagtilbud og poliklinisk virksomhet.

### 4.1 Utvalg

Antall klienter ved Riisby/Engen og ved Blå Kors var langt høyere enn ved Origo og Veiviseren. I samråd med Rusmildeletaten besluttet vi derfor å trekke et tilfeldig utvalg på 30 klienter fra Blå Kors og Riisby/Engen og ta med *alle* de aktuelle klientene fra de to andre institusjonene. Utvalget ble da på til sammen 122 personer.

Tabell 4.1 Totalt antall klienter 3. kvartal 1996 og antall utvalgte klienter ved de ulike behandlingsstedene.

INSTITUSJON	VEI- VISEREN	ORIGO	BLÅ KORS	RIISBY/ ENGEN	TOTALT
Alle innlagte 3. kvartal 1996 <sup>2</sup>	41	21 <sup>3</sup>	129	70	261
Undersøkelsens utvalg	41	21	30	30	122

### 4.2 Datainnsamling

Data om de 122 klientene i utvalget ble samlet inn på tre ulike måter.

**Intervju og observasjon.** Gjennom personlige intervju og observasjoner fikk vi informasjon om til sammen 59 klienter, det vil si ca. halvparten av klientene i utvalget på 122. Intervjuene ble gjennomført i perioden mai-oktober 1997.

**Spørreskjema til institusjonene.** Det ble sendt ut et spørreskjema til institusjonene der de ble bedt om å fylle ut opplysninger om situasjonen til de 122 klientene per 1. september 1997. Dette skjemaet inneholdt verken navn, alder, kjønn eller andre identifiserbare opplysninger (Vedlegg 1).

**Spørreskjema til bydelene.** Et tilsvarende spørreskjema ble også sendt ut til alle sosialkontorer i bydelene der klientene i utvalget kom fra. Bydelene ble spurt om informasjon om klientene per 1. januar 1998. Hovedmålet var å se i hvilken grad klientene var fulgt opp

---

<sup>2</sup> Ved alle institusjonene, med unntak av Blå Kors, ble noen av plassene benyttet av klienter fra andre kommuner. Vår undersøkelse gjelder kun klienter fra Osb kommune.

<sup>3</sup> Mindreårige barn som oppholdt seg ved institusjonen sammen med foreldre er ikke medregnet.

etter utskrivning. Her fikk vi bare tilbake opplysninger om 51 klienter.

Tabell 4.2 Oversikt over datainnsamlingen

METODER VED DATAINNSAMLING	Undersøkelsetidspunkt	Antall personer i utvalget	Antall svar
Personlige intervju/observasjon	Mai-oktober 1997	122	59 <sup>4</sup>
Spørreskjema til institusjonene	1 september 1997	122	122
Spørreskjema til bydelene	Januar 1998	122	51

I tillegg til dette ble representanter fra personalet ved de aktuelle institusjonene intervjuet. Vi fikk også opplysninger om institusjonene gjennom skriftlig tilgjengelig materiale som årsmeldinger o.l.

#### 4.2.1 Hvor klientene befant seg på undersøkelsestidspunktet

Undersøkelsen omfattet personer som var i behandling 3. kvartal 1996. Da undersøkelsen ble gjennomført, var en del av utvalget fortsatt i behandling, noen var utskrevet etter plan og noen hadde droppet ut. Undersøkelsen skulle dekke alle disse 3 kategoriene.

Tabell 4.3 viser hvor de 59 klientene som ble intervjuet/observert befant seg på undersøkelsestidspunktet. Vi ser at 28 klienter ble intervjuet mens de var i behandling, 11 var utskrevet etter plan og 20 hadde avsluttet behandlingen uplanlagt (dropout).

Tabell 4.3 Hvor klientene befant seg på tidspunktet for intervju/observasjon, fordelt på institusjoner. Prosent i parentes.

INSTITUSJON	VEIVISE-REN	ORIGO	I ALT VEIVISE-REN og ORIGO	BLÅ KORS	RIISBY/ ENGEN	I ALT BLÅ KORS og RIISBY/ ENGEN	TOTALT
I behandling	14	7	<b>21 (47)</b>	3	4	<b>7 (39)</b>	<b>28 (47)</b>
Utskrevet etter plan	3	1	<b>4 (9)</b>	4	3	<b>7 (39)</b>	<b>11 (19)</b>
Dropout	14	2	<b>16 (36)</b>	-	4	<b>4 (22)</b>	<b>20 (34)</b>
Totalt	32	12	<b>44 (100%)</b>	7	11	<b>18 (100%)</b>	<b>59 (100%)</b>

For gruppen som fortsatt oppholdt seg i institusjon kan vi naturlig nok bare i begrenset grad vurdere virkninger av oppholdet. Bare 11 klienter er utskrevet etter plan. Dette vil si at vi

4 Gjennom intervjuene fikk vi også informasjon om 3 klienter som var døde på undersøkelsestidspunktet, Disse er ikke medregnet her.

har et lite utvalg klienter som grunnlag for evaluering etter forventet forløp av behandlingen. Et antall på 20 klienter er registrert som dropout. Selv om denne gruppen ikke har fulgt planlagt behandling, er det av stor interesse å få kunnskap om klientenes tilpasning etter oppholdet.

I utgangspunktet ønsket vi å komme i kontakt med så mange som mulig av de 122 klientene i utvalget. Antall klienter som ble intervjuet ved de ulike behandlingsstedene varierer. Årsaken til dette er at vi i varierende grad kom i kontakt med klienter fra de ulike behandlingsstedene. Flest klienter fikk vi fra Veiviseren og Origo, det vil si de institusjonene som har hovedtyngden av klienter med narkotikaproblem. Dette var noe overraskende da vi på forhånd hadde trodd at denne gruppen ville være den vanskeligste å få kontakt med, fordi det er mange av disse som er uten fast bopel og adresse. Når institusjonene likevel klarte å oppspore disse, er det ikke minst takket være innsatsen til Veiviseren sitt Oslo-kontor og deres kontakter i narkomiljøet.

Tabell 4.4 viser hvor **hele utvalget** ifølge rapporteringen fra institusjonene oppholdt seg per 1. september 1997. Bortimot halvparten hadde da droppet ut av behandlingen, ca. ¼-del var utskrevet etter plan, ca. ¼-del var fortsatt i behandling og fem personer var døde.

Tabell 4.4 Hvor klientene i hele utvalget befant seg 1. september 1997, ifølge behandlingstilstedene. Totale tall. Prosent i parentes.

INSTITUSJON	VEIVISEREN	ORIGO	I ALT VEIVISEREN og ORIGO	BLÅ KORS	RIISBY/ ENGEN	I ALT BLÅ KORS og RIISBY/ ENGEN	TOTALT
I behandling	11	8	<b>19 (31)</b>	8	5	<b>13 (22)</b>	<b>32<sup>5</sup> (26)</b>
Utskrevet etter plan	6	3	<b>9 (15)</b>	9	12	<b>21 (35)</b>	<b>30 (25)</b>
Dropout	23	7	<b>30 (48)</b>	12	13	<b>25 (42)</b>	<b>55 (45)</b>
Død	1	3	<b>4 (6)</b>	1	0	<b>1 (2)</b>	<b>5 (4)</b>
Totalt	41	21	<b>62 (100%)</b>	30	30	<b>60 (100%)</b>	<b>122 (100%)</b>

I Tabell 4.3 ser vi at 14 klienter ble intervjuet mens de var i behandling ved Veiviseren. I

Tabell 4.4 er antall klienter under behandling lavere. Årsaken til dette er at de fleste intervjuer av klienter under behandling ble foretatt om våren og sommeren 1997, og at en del av disse ikke lenger var i behandling i september, da rapporteringen fra institusjonene ble foretatt.

#### 4.2.2 Personlige intervju og observasjon

De personlige intervjuene forutsatte frivillig deltakelse fra klientenes side. Behandlings-

---

5 Åtte av disse var innlagt på ny ved den aktuelle institusjonen, etter avbrudd i behandlingen.

institusjonene formidlet kontakt mellom forskerne og de klientene som samtykket i å delta i undersøkelsen. I løpet av sommeren 1997 ble alle de fire institusjonene besøkt. Vi intervjuet alle klienter som fortsatt var i behandling og som sa seg villige til å være med i undersøkelsen. Institusjonene sendte også ut brev med forespørsel om å delta i undersøkelsen til de klientene som ikke lenger var i behandling (Vedlegg 2). De som sa seg villige til å være med ble kontaktet av forskerne.

Hvert klientintervju tok mellom 1-3 timer. Intervjuene var i hovedsak åpne, med noen bestemte tema som skulle belyses. Vi benyttet i denne sammenheng en intervjuguide (Vedlegg 3).

De fleste klientene traff vi på en kafé eller lignende steder. Andre besøkte vi der de nå bodde. Noen ble av ressursmessige årsaker intervjuet over telefon. Intervjuene ble gjennomført slik:

- 43 ble intervjuet av en forsker ved personlig frammøte
- 9 ble intervjuet over telefon
- 7 klienter fikk vi hovedsakelig informasjon om gjennom observasjon og gjennom opplysninger fra andre.

I tillegg til de 59 klientene vi fikk opplysninger om, var det også 6 andre som hadde sagt seg villige til å la seg intervju, men som vi etter flere forsøk måtte oppgi å få kontakt med.

De vi fikk kontakt med var heller ikke alltid så lette å få noen samtale med. Som tidligere nevnt, fikk vi i flere tilfeller likevel noe informasjon gjennom observasjon, som f.eks. denne situasjonen:

Vi møtte Helge på Jernbanetorget en kald ettermiddag i oktober. Han var da fullt opptatt av å pusje heroin og hadde ikke tid til å snakke med oss. Det måtte vi da vel forstå, mente han. Mens vi stod der kom det bort noen og snakket med han. Helge mumlet noe tilbake, så gikk de bortover mot apoteket. Vi kunne se at Helge stappet noen krøllete hundrelapper i lommen. Han var tynn og han så sliten ut. Vi ble av andre fortalt at han ikke hadde noe fast sted å bo, at han hadde lungebetennelse og nå skulle på apoteket for å kjøpe medisiner. De var bekymret for om han kom til å overleve helgen.

Andre klienter var i en tilstand som gjorde en fornuftig samtale vanskelig. Følgende situasjonsbeskrivelse kan illustrere dette:

Vi sitter på en kafé med to klienter, Kalle og Petter. De er såkalte dropouts. Vi møtte dem utenfor hospiset der de bor. Kalle var syk så de gikk inn på hospiset og tok hver sin dose heroin<sup>6</sup>. Det hele tok ca. 10 minutter og Kalle virket helt frisk da de ble med oss til kafeen.

På kafeen blir Petter, som var påvirket i utgangspunktet, forferdelig trøtt. Han klarer ikke å snakke noe særlig. Kalle sier nærmest mildt til ham at han ikke må sove. Petter

---

<sup>6</sup> 1 dose = ca. 60 mg heroin til ca. kr 200 + 1 Rohypnol i blanding.

svarer høflig at han ikke sover, han bare tenker. Vi spør Petter om grunnen til at han forlot behandlingsinstitusjonen. Han begynner å si noe om Emma som har barn og som han fikk et forhold til under oppholdet. Han kommer ikke lenger.

Etter noen flere lite vellykkede forsøk på å få i gang en samtale skjer følgende:

Kalle spiser raskt opp middagen sin. Han får også sitt ønskede kakestykke. Det går svært seint med spisingen til Petter. Han sitter og døser/sover hele tiden. Hodet hans synker omtrent ned i tallerkenen. Han strever med å skjære opp kjøttet. Det holder på å skli ut av tallerkenen. Kalle minner rett som det er Petter om at han ikke må sovne, og at han må spise opp maten sin. Petter unnskylder seg med søvnig stemme, og døser av igjen. "Hånden din ligger i sausen", sier Kalle. Petter flytter den litt bort.

### **4.3 Er dataene representative?**

#### *Personlig intervju/observasjon*

Gjennom intervjuer og observasjon fikk vi informasjon om til sammen 59 personer, det vil si rundt halvparten av utvalget på 122. Dette gir en svarprosent på nær 50.

Spørsmålet er om de svarene vi sitter igjen med er representative for hele populasjonen. Når det gjelder intervjuer fra institusjoner med flest narkomane er svarprosenten 66, et bra resultat. Frafallet er størst ved institusjoner med flest alkoholikere, her er svarprosenten helt ned i 30.

Frafallet kan introdusere systematiske skjevheter som øker usikkerheten ved svarene. Her står vi overfor flere muligheter: personer i frafallet kan i gjennomsnitt ha skåret likt på viktige evalueringskriterier i forhold til de intervjuede, de kan ha klart seg systematisk bedre eller dårligere.

Det ble gjort et betydelig arbeid for å oppspore og å få kontakt med klienter i utvalget. Når det gjelder klienter med overveiende stoffproblemer, er det etter vår erfaring lite trolig at personer i frafallet har klart seg bedre enn de intervjuede. Av de knappe opplysninger vi har, er det heller grunn til å forvente at de var i en vanskeligere situasjon, at de var på 'kjøret' o.l. Dette betyr i så fall at de intervjuede utgjør et relativt positivt utvalg. En høyere svarprosent skulle trolig ikke ha ført til systematisk bedre resultater. Det er mer sannsynlig å tro at frafallet ligger nær gjennomsnittet for de intervjuede, eller noe dårligere.

For klienter med overveiende alkoholproblemer er situasjonen noe annerledes. De opplysninger vi har tyder på at enkelte i denne gruppen har en rimelig god situasjon etter oppholdet på institusjon. Når noen av disse ikke er villige til å la seg intervju kan det være fordi de finner det stigmatiserende og nedverdiggende, eller fordi de av andre grunner ikke vil ha fokus på sitt alkoholproblem. Andre derimot, kan ha kommet i en vanskeligere situasjon og er umulige å oppspore av den grunn. Samlet sett kan frafallet i denne gruppen derfor ligge nær gjennomsnittet for de intervjuede; noen har klart seg bra andre dårlig. Det er også en viss mulighet for at personer i frafallet systematisk har klart seg bedre, i så fall vil de svarene vi har fått vise et noe dårligere resultat enn det 'sanne' resultatet vi ville ha fått, hvis alle hadde svart.

Svarene fra Veiviseren og Origo mener vi er statistisk representative, mens svarene fra Blå Kors og Riisby/Engen er noe usikre.

Svarene fra de personlige intervjuene er behandlet statistisk og vil derfor brukes både i form av kvantitative framstillinger og som kasusbeskrivelser.

Tabell 4.5 viser svarprosentene fra “narkotikainstitusjonene” (Origo og Veiviseren), 66 prosent, mens svarprosenten fra “alkoholinstitusjonene” (Riisby/Engen og Blå Kors) var på 30 prosent.

Tabell 4.5 Antall klienter i hele utvalget sammenlignet med antall klienter som ble intervjuet.

	VEIVISEREN og ORIGO	RIISBY/ENGEN og BLÅ KORS	TOTALT
Antall klienter i hele utvalget	62	60	122
Antall intervjuede klienter	41	18	59
Svarprosent	66	30	48

#### ***Opplysninger fra institusjonene***

Fra institusjonene har vi fått opplysninger om situasjonen til alle 122 klientene i utvalget, per 1. september 1997. Dataene er derfor statistisk representative.

En innvending mot en slik egenrapportering er at institusjonene kan ha hatt en tendens til å rapportere mer positive resultat enn det som var tilfellet, for å komme fordelaktig ut av evalueringen. Dette kan ha forekommet, men vårt inntrykk er at institusjonsdataene sammenfaller godt med den informasjonen vi har fått gjennom de personlige inter-vjuene.

#### ***Opplysninger fra sosialkontorene i bydelene***

Tilbakemeldingen fra bydelene var dårlig og det hefter ganske mye usikkerhet ved resultatene. Av de 122 klientene i utvalget hadde 101 personer kontakt med sosialtjenesten i bydelene før innleggelse. Av disse har vi fått inn svar på 51 klienter, hvorav svarskjema er fylt ut på 41 klienter. Svarprosenten er her 41. Vi vil presentere resultater fra denne delen av undersøkelsen, men tallene må tolkes forsiktig. Vi viser ellers til nærmere kommentarer om datainnsamlingen fra bydelene i kapittel 7.

#### **4.3.1 Konklusjon**

Data fra behandlingsinstitusjonene er statistisk representative for de 261 klientene som var i behandling 3. kvartal 1996. Her får vi opplysninger om alle som var i behandling ved Origosenteret og Veiviseren, og et tilfeldig trukket utvalg på 30 klienter fra Blå Kors og Riisby/Engen.



De personlige intervjuene ga oss mer dyptgående informasjon. Til sammen gir intervjuene beskrivelser som trolig er et representativt bilde av klientene. Svarprosenten når det gjelder klienter fra Veiviseren og Origo er god, og vi har grunn til å tro at svarene er representative, med et lite forbehold om at det i frafallet kan være en overvekt av klienter som har klart seg dårligere enn de som svarte.

Svarprosenten fra Blå Kors og Riisby/Engen er svært lav og gjør resultatene mer usikre. Samlet sett tyder imidlertid våre opplysninger på at frafallet representerer et noe bedre utvalg klienter enn de som svarte, dvs at svarene kan gi et noe dårligere bilde av situasjonen for klientene enn det 'sanne' bildet.

Spørreskjema til bydelene ga så liten tilbakemelding at resultatene her ikke kan sies å være representative. Sammen med data fra institusjonene og intervjuene er de likevel med på å gi et utfyllende bilde av situasjonene.

## 5 Institusjonenes informasjon om klientene, og analyse av behandlingsresultater

### 5.1 Innledning

I dette kapitlet beskriver vi det totale utvalget på 122 klienter på grunnlag av data som behandlingsinstitusjonene selv har rapportert. Opplysningene er rapportert ved hjelp av et eget registreringsskjema (Vedlegg 1) som institusjonene fylte ut i september 1997, det vil si ca. 1 år etter 3. kvartal, da samtlige i utvalget var i behandling.

Bortimot halvparten av utvalget på 122, og som var i behandling 3. kvartal 1996, hadde droppet ut ca. 1 år senere. Omtrent 1/4-del var utskrevet etter plan, 5 var døde mens resten fortsatt var i behandling ved de aktuelle institusjonene.

Over halvparten av utvalget hadde vært i behandling tidligere ved den institusjonen de var klienter ved i 3. kvartal 1996. Hele utvalget hadde i gjennomsnitt vært innlagt 1,4 ganger tidligere. Institusjonene mangler i varierende grad informasjon om sine tidligere klienter på flere områder, noe som kan tyde på at oppfølgingen etter utskrivning varierer.

Totalt sett var det bare 10 prosent av utvalget som aldri hadde vært i behandling i døgninstitusjon tidligere. Her mangler vi imidlertid tall fra Veiviseren. En liten del av klientene utgjør en betydelig del av det totale antall innleggelse.

Om rehabilitering til rusfrihet, arbeid og fast bolig skal være målene på en vellykket behandling, er resultatene av de 4 institusjonenes virksomhet i denne undersøkelsen dårlige.

### 5.2 Situasjonen 1 år etter

Tabell 5.1 viser situasjonen for klientene på undersøkelsestidspunktet. Vel en fjerdedel oppholder seg fortsatt på institusjon, en fjerdedel er utskrevet etter plan, snaut halvparten er registrert som dropouts (ikke planlagt utskrivning) mens snaut 5 prosent er døde.

Tabell 5.1 Situasjonen på undersøkelsestidspunktet for klienter ved de 4 behandlingsinstitusjonene. Prosent

INSTITUSJON	VEIVISEREN og ORIGO	BLÅ KORS og RIISBY/ENGEN	TOTALT
I behandling	31	20	26
Utskrevet etter plan	15	35	25
Dropout	48	42	45
Død	6	2	4
Totalt	100% (N=62)	100% (N=60)	100% (N=122)

Forskjellen mellom institusjonstypene er ikke så store. Veiviseren/Origo har noe høyere andel i behandling, færre utskrevet etter plan, men noe større andel dropouts.

### 5.3 Flest menn

70 prosent av klientene i utvalget var menn. Blå Kors har høyest andel menn, mens den jevneste fordelingen mellom kjønnene finner vi ved Origo og Riisby/Engen, se tabell 5.2.

Tabell 5.2 Fordelingen av menn og kvinner ved de ulike behandlingsstedene. Totale tall og prosent

INSTITUSJON	VEI- VISEREN	ORIGO	BLÅ KORS	RIISBY/ ENGEN	TOTALT
Menn	30 73%	13 62%	24 80%	18 60%	85 70%
Kvinner	11 27%	8 38%	6 20%	12 40%	37 30%
Totalt	100% (N=41)	100% (N=21)	100% (N=30)	100% (N=30)	100% (N=122)

### 5.4 Type misbruk

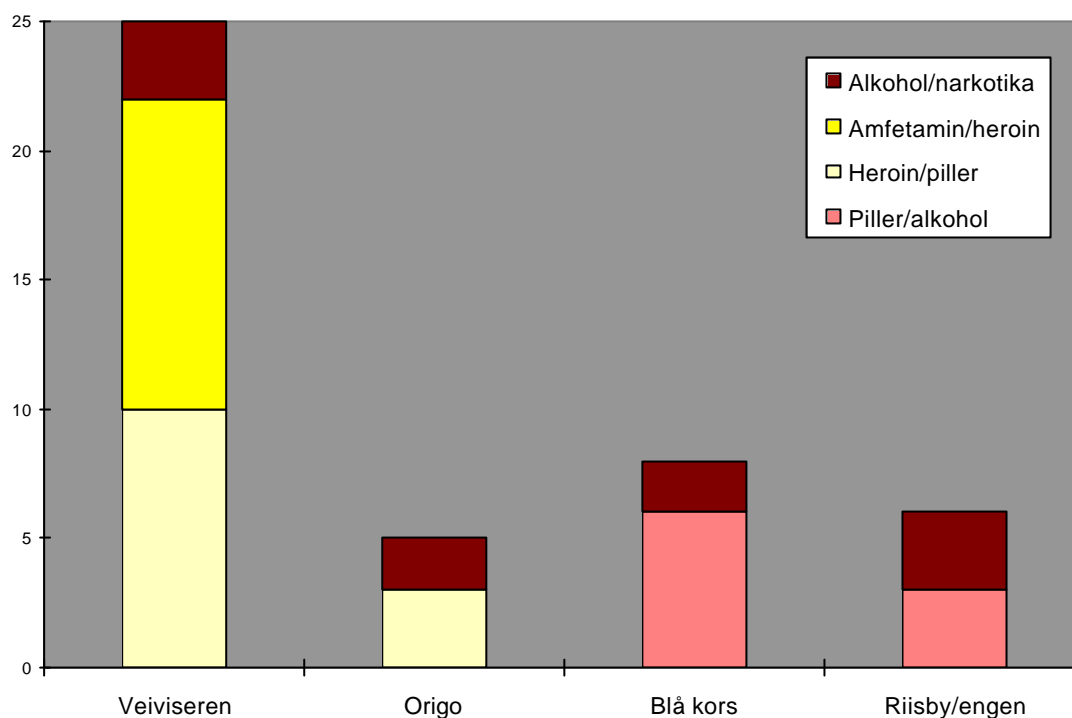
De ulike behandlingsstedene har klienter med ulike typer misbruk. Mens Veiviseren og Origo hovedsakelig har klienter som bruker heroin og andre narkotiske stoffer, er alkohol det dominerende problemet for klientene ved Blå Kors og Riisby/Engen.

Tabell 5.3 Klientenes hovedrusmiddel ved innleggelse. Prosent

INSTITUSJON	VEIVISEREN og ORIGO	BLÅ KORS og RIISBY/ENGEN	TOTALT
Heroin	53	0	28
Alkohol	0	68	32
Blandingsmisbruk	47	32	40
Totalt	100% (N=62)	100% (N=56)	100% (N=118)

I utvalget var det til sammen 40 prosent som var blandingsmisbrukere, det vil si personer som ikke hadde noe hovedrusmiddel, men som ruset seg på ulike typer stoff. Figuren 5.1 gir en oversikt over blandingsbrukerne.

Figur 5.1 Antall og type blandingsmisbrukere



Ved Veiviseren brukte 10 personer en blanding av heroin og piller, og noen flere (12 personer) amfetamin og heroin. Ved Origo finner vi også noen som bruker heroin og piller, mens klienter som hadde piller og alkohol som sitt hovedrusmiddel bare forekommer ved Riisby/Engen og Blå Kors. Vi finner imidlertid noen klienter ved alle behandlingsstedene som misbruker alkohol, piller og (andre) narkotiske stoff. Dette dreier seg om til sammen 10 personer. Veiviseren og Origo er de eneste institusjoner med rene heroinbrukere, mens Blå Kors og Riisby/Engen er de eneste som har alkohol-misbrukere. Alle institusjoner har blandingsbrukere, men Veiviseren/Origo har klart størst andel med blandingsmisbrukere.

## 5.5 Tid i behandling

Tabellen nedenfor viser hvor lenge personene i utvalget hadde vært i behandling på undersøkelsestidspunktet.

Tabell 5.4 Behandlingens varighet på undersøkelsestidspunktet. Prosent

INSTITUSJON	VEIVISEREN og ORIGO	BLÅ KORS og RIISBY/ENGEN	TOTALT
1-3 mnd	21	49	35
4-10 mnd	13	35	24
11mnd og over	64	16	41
Totalt	100% (N=62)	100% (N=57)	100% (N=119)

Vi ser her at institusjonene med et dominerende innslag av narkotikabrukere har flest langtidsklienter, dvs med opphold på 11 måneder eller mer. De fleste langtidsklientene var heroinister eller blandingsmisbrukere, dette forsterker inntrykket av at behandlings-tiden i institusjon er kortere for alkoholikere enn for stoffmisbrukere.

## 5.6 Tidligere opphold i behandlingsinstitusjon

### *Tidligere innleggelse i samme institusjon*

Over halvparten av utvalget hadde vært i behandling tidligere ved den institusjonen de var klienter ved 3. kvartal 1996. Hele utvalget hadde i gjennomsnitt vært innlagt 1,4 ganger tidligere. Hvor mange ganger klientene hadde vært innlagt ved samme sted varierte noe mellom institusjonene.

Blå Kors er den institusjonen som her har flest klienter med mange tidligere opphold bak seg. Et antall på 6 personer har vært klienter ved Blå Kors mer enn 7 ganger tidligere. Til sammen var de 6 klientene innskrevet 69 ganger (Vedlegg 6). Våre data sier ikke noe om i hvilket tidsrom dette har foregått eller hvilken type behandling klientene fikk. Mye tyder likevel på at en liten del av klientene utgjør en betydelig del av det totale antall inn- og utskrivninger.

### *Tidligere behandling totalt <sup>7</sup>*

Totalt sett var det bare 10 prosent av utvalget som aldri hadde vært i behandling i døgninstitusjon tidligere. Hele denne gruppen var klienter ved enten Blå Kors eller Riisby/Engen og de fleste hadde alkoholproblemer. Hovedinntrykket av denne gruppen (alle er menn) er at de var kommet til behandling forholdsvis sent i livet; de har levd med et ulmende misbruk over lang tid, men har klart å holde på jobb, familie mv.

---

<sup>7</sup> Her har vi ikke fått data fra Veiviseren.

I gjennomsnitt har klientene ved institusjonene (unntatt Veiviseren) 3,8 tidligere registrerte opphold i døgninstitusjoner bak seg, og halvparten (median) har opp til 2 opphold. På Blå Kors og Riisby/Engen er medianen henholdsvis 3,5 og 3,0.

Når vi tar med alle klientenes tidligere institusjonsopphold, ser vi enda tydeligere at det er en liten gruppe klienter som er ansvarlige for en stor del av innleggelsene: 9 personer hadde mer enn 10 opphold bak seg. Til sammen har disse vært innlagt 140 ganger. Den som hadde flest opphold har vært i behandling 18 ganger tidligere (Vedlegg 7). I materialet er det altså tydeligvis en del gjengangere som svarer for mange av innleggelsene.

Tabell 5.5 Klientenes tidligere opphold ved samme behandlingsinstitusjon og i alle tidligere døgninstitusjoner. Gjennomsnitt

		Institusjon				Total
		Vei- viseren <sup>a</sup>	Origo	Blå Kors	Riisby/ Engen	
Gjennomsnitt	1) Totalt antall registrerte opphold	-	2,8	4,6	3,9	3,8
	2) Tidligere opphold ved institusjonen	,9	,5	3,3	1,1	1,4
Forskjell, høyest - lavest	1) Totalt antall registrerte opphold	-	17,0	15,0	16,0	18,0
	2) Tidligere opphold ved institusjonen	4,0	3,0	14,0	4,0	14,0
Antall personer	1) Totalt antall registrerte opphold	-	21,0	26,0	30,0	77,0
	2) Tidligere opphold ved institusjonen	41,0	21,0	27,0	30,0	119,0

a. Opplysning om totalt antall registrerte opphold mangler for Veiviseren

### **Situasjonen etter oppholdet**

Av de 122 tilfellene i utvalget var det 30 som ble utskrevet etter plan og 55 som droppet ut. Det vil si at til sammen 85 personer eller ca. 70 prosent ikke lenger var i behandling på undersøkelsestidspunktet (september 1997). I registreringsskjemaet ble institusjonene bedt om å oppgi følgende informasjon om de 85 utskrevne klientene:

- *Nåværende bosted.*
- *Arbeid/sysselsetting.*
- *Om de var rusfrie, eller hadde et redusert forbruk av rusmidler.*

Prosentberegningen i tabellene 5.6 – 5.8 er gjort på grunnlag av antall personer vi har fått opplysninger om. Det mangler opplysninger fra institusjonene på mellom 20 og 40 prosent av klientene, og frafallet er størst blant dropouts. Dette gjør opplysningene noe usikre. Fordelingen av kjennetegn for personer hvor opplysninger mangler kan være noe annerledes enn for andre. For dropouts er det rimelig å anta at situasjonen, når det gjelder bolig, arbeid og rusbruk, ikke er bedre i den gruppen hvor opplysninger mangler enn blant de vi har opplysninger om. Resultatene i tabellene 5.6, 5.7 og 5.8 gir derfor antakelig et noe bedre inntrykk av situasjonen enn det resultat vi ville fått hvis det forelå opplysninger fra alle klientene.

Totalt sett hadde vel 70 prosent av de tidligere klientene et fast sted å bo. Tabellen 5.6 viser at andel med fast bopel er høyest blant de som er utskrevet etter plan, mens nær 60 prosent av de som droppet ut hadde fast bopel. Blant dropouts hadde 27 prosent ikke noe fast sted å bo, det samme gjaldt 7 prosent av de som ble utskrevet etter plan. Hvis det er systematiske skjevheter i frafallet blant dropouts, f.eks. at svært mange ikke har fast bolig, vil andelen uten fast bolig bli høyere enn den som er oppgitt i tabellen.

Om man har bolig etter behandling, henger selvfølgelig sammen med klientene sin bosituasjon før de ble innlagt. Data fra institusjonene inneholder imidlertid ingen opplysninger om situasjonen før innleggelse.

Tabell 5.6 Klienter etter boforhold undersøkelsestidspunktet. Planlagte og uplanlagte utskrivninger. Totale tall og prosent

INSTITUSJON	UTSKREVET ETTER PLAN	DROPOUTS	TOTALT
Fast bopel	24 85%	22 59%	46 71%
Uten fast bopel	2 7%	10 27%	12 18%
Institusjon/vernet bolig	2 7%	5 14%	7 11%
I alt	100% (N=28)	100% (N=37)	100% (N=65)
Ingen opplysning, (totale tall)	1	15	16

Totalt antall personer	29	52	81
------------------------	----	----	----

Tabell 5.7 viser hva klientene var sysselsatt med på undersøkelsestidspunktet. Av de klienter institusjonene hadde opplysninger om var nær  $\frac{3}{4}$  uten fast arbeid (ulike trygdeytelser) mens 11 prosent var under utdanning eller i vernet arbeid. Blant de som er utskrevet etter plan er sysselsettingen noe høyere enn for de som droppet ut. Det mangler opplysninger om i alt 19 personer, hvorav 15 er dropouts.

Tabell 5.7 Klienter etter sysselsetting på undersøkelsestidspunktet. Planlagte og uplanlagte utskrivninger. Totale tall og prosent

INSTITUSJON	UTSKREVET ETTER PLAN	DROPOUTS	TOTALT
Ordinært arbeid	8 31%	3 8%	11 17%
Vernet arbeid/utdanning	3 12%	4 10%	7 11%
Arbeidsledig /trygdet	15 56%	32 82%	47 72%
I alt	100% (N=26)	100% (N=39)	100% (N=65)
Ingen opplysning (totale tall)	4	15	19
Totalt antall personer	29	54	84

Figur 5.8 viser de tidligere klientene sitt forhold til rusmidler på intervju tidspunktet. Over halvparten (66 prosent) av de som er utskrevet etter plan var ifølge institusjonene rusfrie på undersøkelsestidspunktet, mens bare 10 prosent av dropouts var rusfrie. Andelen med redusert rusbruk er noe større blant dropouts, mens andelen med daglig rus er betydelig større blant dropouts. Andelen klienter man ikke hadde opplysninger om var svært stor, i alt 32 av 84 personer. Det er liten sannsynlighet for at denne gruppen er overveiende rusfrie.



Tabell 5.8 Klienter etter forhold til rusmiddel undersøkelsestidspunktet. Planlagte og uplanlagte utskrivninger. Totale tall og prosent

INSTITUSJON	UTSKREVET ETTER PLAN	DROPOUTS	TOTALT
Rusfri	14 66%	3 10%	17 33%
Redusert bruk	6 29%	12 39%	18 35%
Daglig rus	1 5%	16 52%	17 33%
I alt	100% (N=21)	100% (N=31)	100% (N=52)
Ingen opplysning (totale tall)	9	23	32
Totalt antall personer	30	54	84

## 5.7 Resultater av oppholdet

Ifølge evalueringskriteriene (se kapittel 3) er det ikke så mange “vellykkede” i vårt materiale, om man med en vellykket behandling mener at klientene skal ha oppnådd følgende:

- rusfrihet, eller redusert forbruk
- fast bopel
- sysselsetting i fast arbeid eller utdanning.

Av de 85 av klientene i utvalget som ikke lenger var i behandling, var det til sammen 7 personer som oppfylte alle de tre suksesskriteriene på en vellykket behandling, dvs som med stor sikkerhet var rimelig rusfrie, hadde et sted å bo og som var i jobb eller under utdanning. Alle var utskrevet etter plan. Det foreligger ikke informasjon om klientene sin situasjon før oppholdet. På grunnlag av data fra institusjonene er det derfor vanskelig å vurdere effekten av oppholdet for den enkelte klient. Situasjonen etter oppholdet må vurderes i forhold til målene for behandlingen.

Enkeltresultatene viser at noe i underkant av en femtedel av klientene var uten fast bopel og vel 80 prosent utenfor det ordinære arbeidsmarkedet. En tredjedel oppgis å ruse seg daglig, hvorav de fleste dropouts.

Når det gjelder bolig og arbeid, er dette forhold som institusjonene har relativt liten kontroll over. I evalueringen må derfor også kommunens rolle i behandlingsopplegget trekkes inn. I kapittel 7 kommer vi nærmere inn på sosialkontorenes informasjon om klienter, mens oppfølging etter utskrivning drøftes nærmere i kapittel 9.

I neste kapittel suppleres informasjonen om klientene ytterligere gjennom data fra personlige intervjuer og observasjon.

## 6 Klientintervjuer

I dette kapitlet skal vi med utgangspunkt i klientintervjuene beskrive nærmere klientene som var i behandling ved de 4 institusjonene. Gjennom intervjuer og observasjon fikk vi informasjon om til sammen 59 personer, det vil si rundt halvparten av utvalget på 122 (se ellers kapittel 4 om metode).

Vi skal også drøfte i hvilken grad behandlingen hadde hatt effekt for de klientene som ikke lenger var i behandling på intervjutidspunktet. Dette gjaldt 31 (53 prosent) av de 59 klientene som ble intervjuet. Av disse var 11 klienter utskrevet etter plan mens 20 hadde avsluttet behandlingen uplanlagt. Gjennomsnittsalder på de 20 klientene som droppet ut var 38 år. Av disse var 14 menn og 6 kvinner.

I tabellen nedenfor er noen av resultatene fra intervjuene fremstilt i en oversiktstabell. Mer detaljerte tabeller finnes i Vedlegg 6.

Tabell 6.1 Klienter etter en del bakgrunnsforhold fordelt på institusjonstyper.

<b>INSTITUSJONER</b>	<b>VEIVISEREN ORIGO</b>	<b>RIISBY/ENGEN BLÅ KORS</b>
<b>A. Gjennomsnittsalder</b>	33 år	49 år
<b>B. Påbegynt og/eller fullført utdanning etter grunnskole</b>	30%	69%
<b>C. Over 5 års yrkespraksis</b>	16%	80%
<b>D. Politisaker før behandling</b>	85%	25%
<b>E. Integrert i rusmiljø før behandling</b>	75%	40%
<b>F. Barn</b>	56%	61%
<b>G. Har omsorg for barn på intervjutidspunktet</b>	17%	5%
<b>H. Gift/samboende på intervjutidspunktet</b>	46%	-
<b>I. Familiekontakt</b>	82%	82%
<b>J. Uten fast bolig før behandling</b>	53%	13%

### 6.1 Alder, utdanningsnivå og yrkespraksis

Av de vi intervjuet var gjennomsnittsalder ved Origo og Veiviseren 33 år. Dette tilsvarer omtrent gjennomsnittsalderen i en annen undersøkelse av stoffmisbrukere i behandling (SIFA rapport 3/95) hvor gjennomsnittsalderen var 29 år. Ved Blå Kors og Riisby/ Engen var gjennomsnittsalderen nærmere 50 år.

Det ser ut til at et lavt utdanningsnivå og kortvarig eller ingen yrkespraksis er typisk for klienter som er i behandling for stoffmisbruk. Klientene med alkoholproblemer har høyere utdanning og lenger yrkespraksis og er i liten grad kriminelle.

Blant de vi intervjuet var det flere som hadde drukket alkohol daglig i flere år og samtidig hatt en vanlig jobb. De opplevde seg selv som gode arbeidstakere og fikk ofte positiv oppmerksomhet for sin innsats. En klient mente at alkoholikere som jobber veldig mye gjør det for å skjule at de er alkoholikere. Resultatene av en annen nylig utkommet hovedoppgave bekrefter at dette kan være et vanlig fenomen (Sagvåg 1998). En av klientene sa det slik:

Jo mer jeg drakk, jo mer sto jeg på. Når man drikker mye må man også jobbe mye. En drunker må være ekstra nøye. Tørrlagte alkoholikere kan virkelig jobbe. Det er ikke noen sveklinger blant dem. Det er ofte ressurssterke mennesker som blir alkoholikere.

Felles for de vi intervjuet var at den daglige rusmiddelbruken til slutt ble et for stort problem:

I flere år var det mye selskapeligheter i forbindelse med jobben. Jeg hadde folk rundt meg døgnet rundt. Jeg jobbet og drakk, og drakk og jobbet. I mange år gikk alt i en eneste surr. Til slutt gikk det ikke lenger, jeg fikk psykisk sammenbrudd.

Det kan altså gå mange år før alkoholproblemer fører til at man mister jobben og blir utstøtt fra det gode selskap. Det samme var ikke så vanlig blant de som brukte narkotika, selv om en del av disse også hadde hatt en vanlig jobb mens de gikk på stoff. De fleste narkobrukerne hadde ingen annen sysselsetting enn aktiviteter knyttet til selve misbruket.

### **6.1.1 Betydning for behandlingsresultat**

Selv om narkomane ikke ruset seg mer eller oftere enn alkoholikere så var deres tilværelse, før innleggelse, mer ensidig fokusert rundt en ting; rusmiddelbruk og aktiviteter for å få tak i nok rusmiddel. Utfra et slikt perspektiv kan vi anta at det vil være lettere å rehabilitere alkoholikere enn narkomane, fordi det er langt flere sider ved livet som må ordnes for at en narkoman skal kunne fungere som en vanlig samfunnsborger. Her er utvalget fra intervjudata så skjævt at vi ikke kan trekke noen absolutt konklusjon.

Data fra intervjuene tyder likevel på at de med utdanning og yrkespraksis i større grad fullfører behandlingen enn de uten. De som har erfaring fra arbeidsliv og skole innretter seg trolig lettere i behandlingssammenheng.

Alder ser utfra våre data ikke ut til å ha noen sammenheng med om man fullfører behandlingen eller ikke.

Tabell 6.2 Klienter etter tidligere yrkespraksis, dropouts og utskrevne etter plan. Totale tall

	Ingen	Inntil 5 år	Over 5 år	Totalt
Dropouts	7	5	4	16
Utskrevet	1	3	5	9
I alt	8	8	9	25

Tabell 6.3 Klienter etter utdanningsnivå, dropouts og utskrevne etter plan. Totale tall

	Inntil 9-årig grunnskole	Inntil 3-årig videregående	Utdannelse på høgskolenivå	Totalt
Dropouts	14	3	1	18
Utskrevet	4	3	2	9
I alt	18	6	3	27

## 6.2 Kriminalitet

Narkotika bruk og kriminalitet henger ofte sammen. Nesten samtlige som brukte narkotika (med unntak av 5 personer) hadde politisaker før behandling. Hovedgrunnene til dette er at narkotika er *dyrt* og at det er *kriminelt*. En narkotikabruker begår i prinsippet en kriminell handling hver gang vedkommende bruker stoff, og det er så dyrt at man må ha svært gode inntekter for å kunne finansiere bruken på lovlig vis.

For noen synes det som om valg av rusmiddel er et bevisst valg av en "hederlig" livsstil. En fortalte at han tidlig i livet hadde tatt en beslutning om å ruse seg på alkohol i stedet for narkotika fordi han ikke ville bli kriminell. Blant alkoholikerne var det flere som poengterte at de aldri hadde vært borti noe kriminelt, selv om de hadde vært langt nede:

Egon kunne aldri tenke seg å stjele. Han betegner seg selv som alkoholiker, har prøvd hasj, men er motstander av narkotika. Han har finansiert egen bruk av rusmidler gjennom sykepengen, attføring og sosialpenger. Han la seg også opp litt penger fra vanlig arbeid. Han fikk krite en del hos gaukere. Ellers tok han opp mange private "lån" hos fjern og nær, men han har aldri drevet med direkte kriminell virksomhet.

- Det gikk mye på Rødsprit til 50 kroner flasken.

### 6.2.1 Fører behandling til mindre kriminalitet?

De fleste narkomane finansierer sitt stoffbruk gjennom kriminell virksomhet. Det å ha narkomane under behandling bidrar dermed i seg selv til å redusere kriminaliteten.

Spørsmålet er om klientene endrer livsstil etter behandling og blir mindre kriminelle. Ingen av de som var utskrevet etter plan hadde politisaker etter behandling, mens 3 av dem som droppet ut hadde vært i kontakt med politiet etter utskrivning, på grunn av nye kriminelle handlinger. Noen går altså rett fra et behandlingsavbrudd og ut i ny kriminalitet. Hvor typisk dette er kan vi ikke si noe om ut fra våre data.

Tabell 6.4 Klienter etter politisaker før og etter behandling, dropouts og utskrevne etter plan. Totale tall

	Politisaker før behandling		Politisaker etter behandling	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Dropouts	9	4	3	10
Utskrevne	3	7	0	10
Totalt	12	11	3	20

### 6.3 Sosialt nettverk

2/3 av de klientene som ble intervjuet ved Origo og Veiviseren hadde sin daglige tilhørighet i et miljø blant andre stoffmisbrukere før behandling. Det samme gjaldt også noen som var i behandling ved Blå Kors og ved Riisby/Engen. Som tidligere påpekt er tallmaterialet her så spinkelt at vi ikke kan trekke noen konklusjoner om forskjeller mellom alkoholikere og narkomane utfra tallene alene. Mye tyder likevel på at å være synlig alkoholbruker sjelden har de samme konsekvensene som det å være synlig narkotikabruker. Valg av rusmiddel er i stor grad også et valg av livsstil, miljø og tilhørighet. Men det finnes også eksempel på narkotikabrukere som levde et dobbeltliv og som ble godtatt både i kriminelle rusmiljø og blant vanlige folk. Kasper var en av disse:

Han ser ikke ut som noen narkoman og kan snakke med folk fra alle samfunnslag. I en periode pusjet han amfetamin, og solgte bøker. Boksalget var et fint skalkeskjul. Han var særdeles dyktig som bokselger. Som et eksempel på salgstalentet fortalte han at han hadde solgt et engangskrus med holder til en gammel dame for 150 kroner. Salgsargumentet var at Dan Børge Akerø hadde drukket av kaffekoppen i et TV-program kvelden før.

En annen klient var offisielt arbeidsledig hjemmefar mens han tjente gode penger på å pusje dop i det skjulte. Vedkommende fortalte at han bl.a. var aktivt med i foreldreutvalget på skolen. Han forteller følgende om en vanlig dag:

- Våknet ca. 6.30. og begynte dagen med å sette et skudd. Følte meg i toppform etterpå. Jeg hadde god tid. Lagde frokost og smurte matpakkene før jeg vekte ungene og fikk dem avgårde til skole og barnehage”. Etter dette gikk jeg hjem og lagde til dosene som jeg solgte på avtalt sted klokka 12.00. Gikk tur med bikkjene etterpå.

Narkotikabrukerne utgjør på ingen måte noen ensartet gruppe, selv om de samlet sett ser ut til å være mer kriminelle og mindre integrerte i samfunnet for øvrig enn de som er i behandling for alkoholmisbruk.

### 6.3.1 Etter behandling

Et aktuelt spørsmål er om behandling fører til at klientene kommer ut av rusmiljøet og får en ny tilhørighet i et "normalt" miljø blant mennesker som ikke ruser seg daglig. Gjennom intervjuene fikk vi opplysninger om 25 klienters sosiale tilhørighet før og etter behandling.

Av tabellen under ser vi at 21 klienter hadde tilhørighet i et rusmiljø før innleggelse eller levde et dobbeltliv, mens 4 klienter ikke hadde kontakt med noe slikt miljø. Etter behandling er antall klienter med i rusmiljø redusert til 15. Det ser med andre ord ut som om institusjonene klarer å hjelpe en del av klientene ut av rusmiljøet. Det som ikke fremkommer av tabellen under er at dette hovedsakelig gjelder de som fullførte behandlingen. 2 av de som droppet ut har imidlertid også fått distanse til rusmiljøet etter behandling.

Tabell 6.5 Klienter etter sosial integrering før og etter behandling. Totale tall

	Rusmiljø/ dobbeltliv	Normalt integrert/ensom	Totalt
Før	21	4	25
Etter	15	10	25

Et annet forhold som heller ikke fremkommer av tabellen er at 3 personer, som hadde kuttet kontakten med rusmiljøet ikke hadde fått noe nytt nettverk etter behandling. De var rehabilitert til ensomhet. Dette er en kategori klienter som vi utfra våre data ikke kan si noe om omfanget av, men som det er viktig å være oppmerksom på at finnes.

## 6.4 Boforhold

Over halvparten av narkotikabrukerne vi intervjuet hadde ikke noe fast sted å bo før de kom i behandling. Det samme gjaldt bare to av alkoholikerne. En av dem fortalte følgende om hvordan det var å være uten fast bolig:

En stund sov jeg i en bil om natta. Jeg hadde en kamerat som kjente en som hadde et bilverksted. Vi fikk sove der. Om sommeren kan man sove ute, Frognerparken, eller Sognsvann. Om vinteren sov jeg i trappeoppganger og i heisrom. Hvis man tar heisen til topps i eldre blokker på Majorstua i Oslo er det et heisrom hvor man kan kripe inn. Her er det varmt.

Mye tyder imidlertid på at alkoholbrukerne som gruppe også på dette området er mindre utstøtt fra resten av samfunnet enn stoffmisbrukerne.

### 6.4.1 Boforhold

Å få seg en bolig er et av de store problemene, særlig for narkomane som dropper ut av behandling. For disse finnes der omtrent ikke noe annet alternativ enn hospits. Som det fremgår av tabellen under er det små endringer i boligsituasjonen før og etter innleggelse blant de vi intervjuet. Institusjonenes opplysninger om boforhold (jf. kapittel 5) viste at snaut

en femtedel var uten fast bopel mens intervjuene viser at rundt halvparten var uten fast bopel. De totale tallene er imidlertid nesten like, men prosentgrunnlaget er forskjellig.

Tabell 6.6 Klienter etter boforhold før og etter behandling. Totale tall

	Egen bolig/leilighet	Institusjon/vernet bolig/fengsel	Uten fast bopel	Totalt
Før	12	2	15	29
Etter	13	3	13	29

## 6.5 Familiekontakt

De aller fleste hadde noe kontakt med familien på intervjutidspunktet. Det var relativt få som hadde brutt enhver forbindelse med foreldre og søsken. Over halvparten av de vi intervjuet hadde barn, mens 17 prosent hadde omsorgsansvar for barn.

Nesten halvparten av klientene ved narkoinstitusjonene hadde samboer eller ektefelle på intervjutidspunktet, mens alle vi intervjuet fra Blå Kors og Origo var enslige. En forklaring på dette kan være at forhold mellom klientene oftere betraktes som noe positivt ved narkoinstitusjonene.

Om alkoholbrukere oftere er enslige enn narkotikabrukere kan vi imidlertid ikke si noe sikkert om utfra tallmaterialet. På den andre siden er inntrykket at det er mulig å være mye mer isolert som alkoholiker enn som narkoman. Å drikke alkohol kan langt på vei forbli en privatsak. Å ruse seg på narkotika forutsetter kontakt med andre. De mest ensomme av de vi intervjuet var i hvert fall alkoholikere. Ola var en av disse:

Etter at han ble skilt gikk han på byen om kveldene og drakk, men sjelden to dager på samme sted. Han havnet ofte opp i bråk og slagsmål og fant snart ut at han ikke kunne drikke sammen med andre. Han ble sittende hjemme og drikke. Om dagen jobbet han for å få penger til alkohol. Kollegaene på jobben var de eneste han hadde kontakt med. Han hadde ingen kontakt med barna eller annen familie. Han mener at de har fortjent noe bedre enn det han kan tilby dem.

Ola har ikke kuttet ut kontakten med familien fordi han ikke bryr seg om dem. Av samtalen virker det som om han tenker mye både på barna sine og eks. kona. Når han ikke kontakter dem, er det fordi han er redd for å påføre dem flere belastninger enn det han allerede har gjort. En annen klient har noe av den samme innstillingen til sine søsken.

Vi har god kontakt med hverandre når jeg er edru. Men jeg skygger unna dem når jeg trenger dem, sier klienten.

### 6.5.1 Familiekontakt

Flere av våre informanter hadde fått bedre kontakt med familien etter behandlingen. Dette gjelder kun de som hadde noe kontakt med familien på forhånd.

Tabell 6.7 Klienter etter familiekontakt før og etter behandling. Totale tall

	Aldri	Noe	Ofte	Totalt
Før	6	12	7	25
Etter	6	8	11	25

Av de vi intervjuet var det 6 klienter som ikke hadde kontakt med familien verken før eller etter. For noen var det heller ikke ønskelig å få bedre kontakt med familien. Enten begge eller en av foreldre til de intervjuede klientene som ikke lenger var i behandling, hadde selv rusmiddelproblemer.

For noen er familien en ressurs som kan hjelpe dem ut av misbruket, men det er ikke alltid slik. Noen foreldre har nok med sine egne problemer. En av klientene fortalte følgende.

- Ingen andre i familien misbrakte rusmidler, men jeg følte meg likevel forsømt. Jeg sklei ut da faren min døde - var 16 år og en pappajente. Mor grep ikke inn - hun ville ikke vite. Far døde av kreft, og mor hadde nok med sorgen og sin syke mann. En gang fant hun "utstyret" på rommet mitt. Jeg sa det tilhørte en annen, og hun trodde på det.

## 6.6 Rusbelastning - antall år med misbruk

Å gi svar på hvor mange år en person har vært misbruker er vanskelig, fordi det ikke er felles oppfatning av hva som er misbruk. Noen har nærmest blitt født inn i et miljø der bruk av rusmidler er det "normale". Å finne et tidspunkt for når man begynte å ruse seg, eller hvor lenge det har vart kan dermed være vanskelig. Følgende kasus kan illustrere dette:

Foreldrene til Amadeus er heroinister. Som barn var han med dem i Slottsparken. Han var 4 år første gang han ble beruset. Han drakk juleøl hos farmor.

- Alt gikk rundt. Dette var en skummel og ubehagelig opplevelse. Jeg satte meg bak sofaen.

I 14 års alderen var han på fester med alkohol og eksperimenterte også med hasj. Sin første heroin tok han av foreldrene sine.

- Det var rikelig tilgang. Far jobbet som storpusjer, oppbevarte 2 kg heroin i kjelleren.

I begynnelsen visste ikke foreldrene om at han tok/brukte heroin. Seinere begynte han å jobbe sammen med dem, som pusjer.

En mulighet er å ta utgangspunkt i hvor lenge klientene selv har oppfattet seg som misbrukere.

Vel halvparten av klientene oppgav en spesiell hendelse eller et tidspunkt i livet da de erkjente at de hadde problem med rusmiddel. Gjennomsnittsalder for erkjent rusproblem var 23 år, med en spredning fra 13 til 48 år.

For flere var det en livskrise som hadde utløst problemet. Ørjan sin historie kan brukes som eksempel.



Jeg innså for første gang at jeg hadde et alkoholproblem når jeg var rundt 30 år. Det var da jeg jobbet for et oljefirma i utlandet. Jeg var “derrickmann”<sup>8</sup> og jobbet i høyden. Vi skulle feste en plate. Det var noe galt med derrickken (lang pause). Jeg gikk til lunsj. En annen overtok jobben min imens. Basketen ramlet ned og avløseren ble drept. Etterpå forsøkte jeg å døyve hendelsen med alkohol. Problemet mitt er at jeg tenker så fælt.

Et problem med å spørre misbrukerne om hvor lenge misbruket har pågått er at egenoppfatningen ikke alltid stemmer overens med det omgivelsene har observert. Ola kan brukes som eksempel:

- Kona skjønnte det lenge før meg, at jeg var alkoholiker. Hun sa at *du* Ola er den som kommer først på alle fester og den som drikker mest og den som går sist. Jeg skjønnte ikke at jeg trengte behandling før jeg våknet halvnaken i fyllearesten etter at jeg hadde forsøkt å ta livet av meg. Det var mange år etter at vi ble skilt.

Konrad har en litt annen historie. Han forteller at han allerede som 13-14 åring skjønnte at han var alkoholiker. Han drakk daglig, men ikke så mye. “Alkoholismen” var ikke verre enn at han i mange år livnærte seg som selvstendig næringsdrivende.

Felles for Ola og Konrad var at problemet kom snikende og at overgangen fra alkohol bruk til misbruk kom gradvis. Når misbruket startet er det nesten umulig å fastslå til bestemt tidspunkt, men når de endelig kommer i behandling er det ingen tvil om at det har vart en stund.

## 6.7 Tidligere institusjonskarriere

Av de vi intervjuet oppgav 30 prosent av klientene at de aldri hadde vært i behandling i noen døgninstitusjon tidligere. Av de som hadde vært i behandling tidligere hadde de fleste bare noen få tidligere opphold bak seg. Totalt sett hadde ca. 40 prosent vært innlagt i døgninstitusjon mellom 1-3 ganger tidligere. Bare 1 av våre klienter hadde vært innlagt i døgninstitusjoner mer enn 10 ganger.

I kapittel 5 så vi at det er en liten gruppe klienter som utgjør en betydelig del av innleggelsene.

De mest hyppige gjengangerne ser ut til å være en gruppe vi i liten grad har lyktes å komme i kontakt med. En forklaring kan være at våre klienter har underslått informasjon på dette området. Fra dropoutundersøkelsen (Sohlberg 1997) vet vi at det å avslutte behandling uplanlagt for mange er forbundet med nederlagsfølelse. Det er derfor ikke usannsynlig at noen klienter har valgt å ikke fortelle oss om *alle* sine tidligere opphold. Noen av de vi snakket med hadde likevel en del tidligere opphold bak seg. Emma og Nils var to av disse:

Vi traff dem på et hotell i Oslo sommeren 1997. De hadde droppet ut fra behandling noen måneder tidligere etter å ha holdt seg ‘nyktre’ i nesten 2 år. Dette var på ingen måte noe vanlig hotell hvor hvem som helst kunne få plass. For å komme inn på “hotellet” måtte vi møte opp i besøkstiden og levere inn våre legitimasjonspapir

---

8 Tårnmann

gjennom åpningen i glassruta som resepsjonsvakten satt beskyttet bak. En av beboerne som kjente Emma og Nils fikk i oppgave å følge oss opp. På veien opp møtte vi en mann i bar overkropp som trodde han var et fly. Emma og Nils satt på senga og spiste pizza. De hadde nettopp tatt seg et skudd og følte seg i bra form. Foruten dobbelt senga var det et medtatt kjøleskap og en gammel TV i rommet. På gulvet var det et nedslitt heldekningsstepp. Det ble rengjort 1 gang i uka. Emma og Nils syntes at det var helt vanvittig at kommunen betalte så mye for at de skulle få bo her. De syntes at hele den tiden de hadde vært i rehabilitering var helt bortkastet:

- Det er bare tull at de bruker så mye penger på behandling. Hvis kommunen hadde villet skaffe oss en leilighet og vi hadde fått oss en jobb kunne vi klart oss selv, men på et sted som dette har vi ingen sjanse.

Vi fikk ikke snakket så lenge med dem, for resepsjonsvakta forlangte at forskerne skulle ut. Beboere som hadde besøk utenom besøkstida ble satt på gata. Men vi traff Emma og Nils igjen et par måneder seinere. Da hadde de fått komme tilbake til behandlingsstedet de droppet ut fra. De hadde fortsatt ikke særlig stor tro på at det nyttet med behandling, men de var slitne. De orket ikke mer av livet på gata og skitne hotell. Da var det tross alt bedre å være i behandling.

For Emma og Nils var altså behandlingsinstitusjonen et alternativ til livet på gata mer enn et tilbud de hadde tro på at kunne hjelpe dem på lang sikt.

### **6.7.1 Blir klientene bedre av mange behandlinger?**

For en del av gjengangerne er nok behandlingsinstitusjonene et sted der man kan komme inn og hvile ut. Så lenge det ikke finnes noe alternativ til hospits og elendige hotell blir behandlingsinstitusjonene det eneste stedet der det er mulig å holde seg edru. Klienter som vil klare seg selv, og som har behov for et sted å bo, søker dermed om nye behandlingsopphold. Etterhvert blir det så som så med motivasjonen for selve behandlingen. Slike klienter blir neppe bedre av mange opphold. For andre klienter kan gjentatte behandlinger virke positivt. Ved noen institusjoner er det å ruse seg uten videre grunn for å bli ufrivillig utskrevet. Ved Riisby/Engen kan man søke om nytt opphold ved avreise, slik at man kan få en ny sjanse til å komme inn igjen relativt kort tid etterpå. Andre får avtale om nytt opphold når de blir utskrevet. For noen virker en slik venteperiode gunstig mht rusmiddelbruk. Ola er en av dem som ruset seg under behandling og ble skrevet ut. Han har søkt om nytt opphold og forteller at han har holdt seg ganske edru siden han kom ut.

- Jeg må jo holde meg litt i skinnet for jeg vet ikke når jeg får komme inn igjen.

Sist helg var han ikke helt bra. Han hadde seg en tur med danskebåten. Ola forteller at etter fyllekula som varte en 2-3 dager har han ikke drukket noen ting på 5 dager.

- Jeg klarte å ro det hele i land igjen.
- Slik var det ikke før. Da varte det 2-3 måneder.

Det å vente på å få komme inn igjen i behandling kan altså i seg selv være forebyggende, og det som skal til for at enkelte skal holde seg mer eller mindre rusfrie til daglig.

## 6.8 Blir klientene rusfrie etter behandling?

De fleste av de som ble utskrevet etter plan var rusfrie på intervju tidspunktet, med unntak av 2 personer. Data fra institusjonene (kapittel 5) viste som nevnt at to tredjedeler av denne gruppen var rusfrie, mens daglig bruk av rus var ganske høy blant dropouts.

Noe av det som overrasket oss var at blant de som droppet ut var det flere som hadde redusert forbruket betydelig. Selv om behandlingen avsluttes uplanlagt kan altså behandlingen ha en positiv effekt på dette området. Dette stemmer med data som institusjonene selv har oppgitt, som viser at nær 40 prosent (av dropouts) hadde redusert rusbruk. Men resultatet av oppholdet i forhold til rusbruk, er altså langt dårligere for dropouts enn for andre.

Tabell 6.8 Klienter etter forhold til rusmidler på intervju tidspunktet. Totale tall

	Rusfri	Redusert bruk	Daglig rus	Totalt
Utskrevet	7	2		9
Dropouts	2	8	6	16
I alt	9	10	6	25

Alle klientene som var utskrevet etter plan var rusfrie, med unntak av 2 personer. De sistnevnte hadde heller ingen fast bopel og fikk ingen form for oppfølging av 1.linjetjenesten. Situasjonen for disse 2 klientene var likevel ikke så ille:

Den ene bor nå i en campingvogn i Danmark isammen med samboeren. Han hadde ikke noen fast jobb, men fikk småjobber innimellom. Han syntes selv at livet hans var bra nå. Han hadde sluttet helt med heroin, men tok seg noen øl daglig. I det miljøet han nå oppholdt seg var det imidlertid ikke så uvanlig å starte dagen med en Bayer.

Den andre hadde fått seg jobb innen langtransport. Bilen var nå hans hjem. Innimellom øktene bodde han ofte hos kjæresten. Han holder seg rusfri til daglig, men ruser seg litt når han har friperioder. Han drikker alkohol når han er i Norge og røyker gjerne litt hasj sammen med de andre sjåførene når han er i Nederland. Eller som han selv sier det:

Jeg er internasjonal, jeg ruser meg på det de ruser seg på i det landet jeg er i.

Begge disse eksemplene viser at case som ikke ser så fine ut i statistikker likevel kan ha oppnådd en relativt vellykket behandling, i hvert fall i egne øyner.

## 6.9 Oppsummering

Det ser ut til at et lavt utdanningsnivå og kortvarig eller ingen yrkespraksis er typisk for klienter som er i behandling for stoffmisbruk. Over halvparten av narkotikabrukerne vi intervjuet hadde heller ikke noe fast sted å bo før de kom i behandling.

Klientene med alkoholproblemer har tilsynelatende høyere utdanning og lenger yrkespraksis og er i liten grad kriminelle. Det kan med andre ord se ut som om de med alkoholproblem

har vært mer integrerte i samfunnet for øvrig enn det som er tilfellet for stoffmisbrukerne. De med høy utdanning og yrkespraksis ser i større grad ut til å gjennomføre behandling.

Valg av rusmiddel er i stor grad også et valg av livsstil, miljø og tilhørighet, men narkotikabrukerne utgjør på ingen måte noen ensartet gruppe. Det finnes også eksempel på narkotikabrukere som levde et dobbeltliv og som ble godtatt både i kriminelle rusmiljø og blant vanlige folk.

De aller fleste hadde noe kontakt med familien på intervjutidspunktet og flere hadde fått bedret kontakten etter behandling. Noen klienter er best tjent med å ikke få bedre kontakt med familien sin.

For noen av gjengangerne er behandlingsinstitusjonen et alternativ til et slitsomt og nedverdiggende liv på gata. De har liten tro på at behandling kan hjelpe dem på lang sikt.

For andre har det en forebyggende effekt å vente på å få komme inn igjen til behandling. Mange innleggelse blir for disse en form for oppfølging som bidrar til å holde dem rusfrie i lengre perioder.

Behandlingen kan ha hatt positive effekter som ikke kan fanges opp i statistikker.

## 7 Informasjon fra bydelene

Som en del av evalueringen er det innhentet opplysninger om klientene fra sosialtjenesten i bydelene. Dette er gjort med den hensikt å få informasjon som kan supplere de andre datakildene om klientene. Av de 122 klientene i utvalget hadde 101 kontakt med sosialtjenesten i bydelene før innleggelse. Av disse har vi fått inn svar på 51 klienter, hvorav svarskjema er fylt ut på 41 klienter, hvilket gir en svarprosent på 41.

Forhold som bosituasjon, sysselsetting og forhold til rusmidler før og etter innleggelse er fremstilt i tabeller. Kommentarer fra skjemaene er beskrevet kort. Med så lav svarprosent er vi forsiktige med tolking av data. I tabellene oppgir vi totaltall med prosentfordelingen i parentes. Vi får dermed et inntrykk av hvordan fordelingen er for de klientene det foreligger opplysninger om, men vi kan ikke si at fordelingen er representativ for hele utvalget.

Vi har til slutt beskrevet våre erfaringer med å ringe til bydelene for å purre på skjemaene. Forhold som bosituasjon, sysselsetting og forhold til rusmidler før og etter innleggelse er fremstilt i tabeller. Kommentarer fra skjemaene er beskrevet kort.

### 7.1 Bosituasjon

Tabell 7.1 viser at 23 klienter (63 prosent) var uten fast bopel før innleggelse, mens det samme gjaldt 10 klienter (27 prosent) på undersøkelsestidspunktet. Det er altså langt færre uten fast bopel på tidspunktet for undersøkelsen. Sannsynligvis er mange av klientene som tidligere var uten fast bopel nå i institusjon. Andel i institusjon er langt høyere nå enn før innleggelse. Andel klienter som hadde fast bolig på undersøkelsestidspunktet er nesten uendret sammenlignet med situasjonen for innleggelse.

Tabell 7.1 Bosituasjon før og etter innleggelse. Totale tall. Prosent i parentes.

	<b>Fast bolig</b>	<b>Institusjon o.l.</b>	<b>Uten fast bopel, hospits</b>	<b>Fengsel</b>	<b>Totalt</b>
Nå situasjon	13 (35%)	14 (37%)	10 (27%)	0	37 (100%)
Før situasjon	11 (30%)	2 (5%)	23 (63%)	0	36 (100%)

Tabell 7.2 Sysselsetting før og etter innleggelse. Totale tall. Prosent i parentes.

	<b>Ordinært arbeid</b>	<b>Vernet arb./ opplæring</b>	<b>Arbeidsledig/ uføretrygd</b>	<b>Ingen informasjon</b>	<b>Totalt</b>
<b>Nå situasjon</b>	6 (21%)	8 (29%)	14 (50%)	0	28 (100%)
<b>Før situasjon</b>	2 (5%)	0	33 (91%)	1 (2%)	36 (100%)

Tabell 7.2 viser at en større andel er i arbeid på tidspunkt for undersøkelsen enn før innleggelse, og at det er færre arbeidsledige eller uføre nå enn før innleggelse. Andel klienter under arbeid eller opplæring er økt etter oppholdet.

Tabell 7.3 Hovedrusmiddel ved innleggelse. Totale tall. Prosent i parentes.

<b>Bare alkohol</b>	<b>Bare narkotika</b>	<b>Bare piller</b>	<b>Blandingsmisbruk</b>	<b>Totalt</b>
8 (21%)	25 (64%)	0	6 (15%)	39 (100%)

Tabell 7.3 viser at det er flest narkotikabrukere blant de klienter vi har fått opplysninger om fra bydelene.

Tabell 7.4 Nåværende forhold til rusmiddel. Totale tall. Prosent i parentes.

<b>Rusfri</b>	<b>Redusert bruk</b>	<b>Daglig rus</b>	<b>Fengsel</b>	<b>Totalt</b>
12 (41%)	4 (14%)	11 (40%)	2 (6%)	29 (100%)

Tabell 7.4 viser informasjon om klientenes forhold til rusmiddel på undersøkelsestidspunktet. Over halvparten (55 prosent) er rusfrie eller har redusert bruk, mens 40 prosent ruser seg daglig. Andel med daglig rus er høyere i denne oversikten enn opplysningene fra institusjonene og fra klientene selv.

Tabell 7.5 Fortsatt klient her? Totale tall

	<b>Antall klienter</b>
Fortsatt klient her	33 (80%)
Ikke klient her nå	8 (20%)
Totalt	41 (100%)

I Tabell 7.5 ser vi at bare 8 av de aktuelle klienter ikke lenger er klient ved det sosialkontoret de hadde tilknytning til ved innleggelse. I Tabell 7.6 er grunner til dette listet opp.

Tabell 7.6 Grunner til at de ikke lenger er klienter i dette sosialkontor

	<b>Antall klienter</b>
Død	2
Flyttet	1
Overført annet kontor	1
Overført annen bydel	2
Overført annen kommune	1
Selvhjulpen	1
<b>Totalt</b>	<b>8</b>

Tabell 7.7 Bostøtte

	<b>Antall klienter</b>	<b>Støtte</b>
<b>Fast bolig</b>	1	kr 3500 til husleie
<b>UFP, hospits o.l.</b>	7	kr 200–350/døgn, gjennomsnitt kr 277/døgn
<b>Vernet bolig /institusjon</b>	1	kr 200 til kommunal garanti + kr 1700 til egenandel husleie
<b>Vernet bolig /institusjon</b>	1	kr 200/mnd til kjøpsavtale

Bare 10 av de 41 innkomne besvarelser er fullstendig fylt ut på dette spørsmålet. Av disse har de fleste fått støtte til hospits. Bare en har fått kr 3500 i støtte til fast bolig. Til sammenligning koster en måned på hospits i gjennomsnitt kr 8310.

Av annen type oppfølging nevner bydelene hyppigst poliklinisk oppfølging, økonomisk hjelp, samtaler og samarbeidsmøter, se tabell 7.8.

Tabell 7.8 Annen type oppfølging etter behandling

Type oppfølging	Antall klienter
Poliklinisk oppfølging	3
Økonomisk hjelp	3
Samtaler, samarbeidsmøter	5
Søker fortsatt behandling	1
Metadonbehandling	1
Klient ettervern	1
Diverse; kjøp av plass i hybelhus, støttekontakt	1

## 7.2 Tilgjengelighet til sosialkontorene

Under purring av data fra bydelene, erfarte vi at tilgjengeligheten ikke alltid var så enkel. Vi brukte en del tid på disse telefonene. Under har vi en oppsummering av de vanskene vi har hatt i dette arbeid.

(a) *Det er svært vanskelig å komme frem til rette vedkommende på telefon.*

- Ikke svar: Har ringt opp til 10 ganger uten å få svar.
- Telefonsvarer: Vennligst vent, de rykker stadig fremover i køen. Venter og venter..., prøvd om igjen opp til 10 ganger.
- Telefonsvarer med dårlig lyd, kan ikke høre hva de sier. Ringt opp igjen opptil 10 ganger.

(b) *Når jeg kommer frem:*

- Stor usikkerhet om hvem som har ansvar/myndighet for utfylling av skjemaene. Blir satt over til annen person, opp til 8 ledd før jeg vet hvem som har fylt ut. Ny ringerunde for å få tak i vedkommende.
- På møte, ring etter et visst klokkeslett, eller i morgen. Kan få samme svar hver dag.
- Jeg legger igjen beskjed om vedkommende kan ringe meg. Ingen ringer tilbake

(c) *Jeg kommer omsider frem til rette vedkommende:*

- Vi har allerede svart og levert, eller:
- Vi har veldig mye å gjøre. Vi får en hel haug med ulike skjemaer, og vi prioriterer først de som er pålagt oss å fylle ut. Skal sjekke om dette skjemaet er sendt, hvis det ikke er skal vi sende det straks. Ingen skjema kom inn etter purrerunden.
- Vi har veldig mye å gjøre, og har dessverre ikke prioritert dette. Klientene må komme først.
- Har svart på skjemaene, men det var vanskelig å finne alle klientene. Noen klienter tilhører ikke denne bydel.
- Har svart på skjemaene, men det var vanskelig å finne riktig informasjon. Det tar for lang tid, eller vi mangler informasjon etter innleggelse.



### 7.3 Oppsummering av data fra bydelene

Data fra bydelene må tolkes med forsiktighet da svarprosenten er så lav (41prosent). Det som likevel er verd å merke seg er at det er en del klienter som på ulike måter blir fulgt opp etter utskrivning, og at noen har fått bedre boligforhold og redusert rusmiddelbruk.

Det viktigste resultatet fra denne delundersøkelsen er at den viser at det ikke er så enkelt å få noen helhetlig oversikt fra bydelene over hvordan det har gått med alle klientene etter utskrivning. Hovedårsakene til dette er at:

- bydelene har det travelt og prioriterer andre arbeidsoppgaver
- og / eller bydelene har ikke oversikten selv.

Resultatet kunne trolig ha blitt bedre med grundigere forberedelser enn det var rom for i dette prosjektet og mer direkte pålegg ovenfra om å delta.

Undersøkelse fra bydelene gir oss også grunn til å stille spørsmål ved de enkelte bydelers evne til å følge opp klienter og om tilgjengeligheten er god nok.

## 8 Behandlingen utfra klientenes synsvinkel

### 8.1 Innledning

I dette kapittelet skal vi først se nærmere på behandlingsinstitusjonene med utgangspunkt i den beskrivelsen klientene ga av dem.

Så følger en oversikt over hva klientene mente var det mest positive med institusjonsoppholdet og hva de hadde fått størst utbytte av under behandlingen. Vi skal også beskrive forhold som klientene ikke var så fornøyde med.

### 8.2 Veiviseren

Nesten alle klientene fra Veiviseren mente at arbeidstrening og opplæring var de viktigste elementene i behandlingen.

Noen fikk ta bilsertifikat, andre fikk opplæring som maskinkjørere og atter andre har gått inn i ordinært arbeid. Veiviseren beskrives av flere som et “arbeidsfellesskap der man ikke grafser i sjela til folk”. Dette er en vanlig begrunnelse for ønske om å komme til Veiviseren. Det er også de som savner oppfølging av psykolog og mener at den kompetansen som finnes på dette området er langt fra tilstrekkelig. Flere hevder at de har fått styrket selvtillit gjennom å bli pålagt og klart arbeidsoppgaver de ikke trodde de hadde kapasitet til på forhånd.

Noen uttrykker at miljøet på Veiviseren er tøft og preget av en type ‘machokultur’. Et par av jentene påpekte at stilen var litt vel røff. Dette var personer som vi oppfattet at primært søkte etter støtte, holdepunkter og omsorg.

Noen mente at det ikke var så bra at man under behandlingen møter de samme folkene man omgikks på gata i Oslo. Det blir da mye stoffpreik og idyllisering av gamle minner og gode rusopplevelser. Det siste er nok mer et generelt problem på rusverninstitusjoner enn et Veiviserproblem.

Utdanningstilbudet mente også noen at kunne vært bedre. Mange ønsker å fullføre avbrutt utdanning. Noen hevder å ha erfart at de ikke får plass ved vanlige lærersted i Haugesund fordi disse ikke vil ta inn folk som kommer fra Veiviseren.

Andre peker på at både opplæring og arbeidstilbud er tilfeldig og ikke alltid rettferdig fordelt. Det blir gjerne den sterkestes rett. Noen klienter har også sagt at de har opplevd seg meget urettferdig behandlet av tidligere klienter (miljøarbeidere som er i fase 4) som har blitt tillagt ansvar og kontrolloppgaver.

Noen klienter har påpekt at de opplever ledelsen på Veiviseren som noe distansert - eller at de hadde ønsket at lederen deltok mer aktivt i de daglige rutiner og i behandlingsopplegget.

Dette kan også tolkes i den retningen at han har stor tillit blant klientene og at han er etterspurt.

Veiviserens Oslokontor høster stor tillit i misbrukermiljøet. Misbrukere og tidligere klienter sier at de når som helst kan stikke innom kontoret. De tar seg tid til å lytte til klientene, møter dem fordomsløst, og noen forteller at Oslokontoret har skaffet dem jobb.

### *Kommentarer fra forskerne*

Veiviseren er en dynamisk institusjon under stadig endring. En konsekvens av dette er at noen klienter forventer seg tilbud som de vet at andre har fått, men som ikke blir innfridd. Dette oppleves av enkelte som urettferdig. På den annen side er en stadig tilpasning til skiftende problemer i rusmiljøet en forutsetning for å lykkes. Her viser Veiviseren initiativ til å møte nye utfordringer ved å utvide sitt repertoar.

En styrke ved Veiviseren er at de har et 'distriktskontor' i Oslo. Kontoret har god oversikt over misbrukermiljøet. I praksis holder de kontakt med klienter som har vært på Veiviseren, rekrutterer inn klienter til behandlingsopphold og hjelper klienter med å søke kontakt med det kommunale hjelpeapparat. De som jobber her har en klar idealistisk innstilling i forhold til misbrukerne.

Læring og styrking av klientens selvtilit gjennom arbeidstrening og nye utfordringer synes også å være en av Veiviserens sterke sider.

## **8.3 Origo**

Flere klienter hevder at den selvinnsikten de har fått gjennom terapi og nettverksanalyser har hjulpet dem og gjort dem bedre i stand til å stå på egne bein.

Noen klager på at livet på institusjonen blir for passivt. Mange ønsker seg jobb og skolegang og opplever ikke tilstrekkelig støtte hos institusjonen på disse aktivitetene. Atter andre hevder de har det for godt og at de dermed kjeder seg. En hadde lagt på seg 25 kg og mente at det var fordi livet på institusjonen var direkte passiviserende. Det er faktisk de som mener at det blir stilt for lite krav til dem, og at de har det rett og slett for godt. De går til dekket bord, får trene og det kommer treningsinstruktør for å få dem med på turer og fysiske aktiviteter osv.

Det sies også at Origo er blant de institusjonene som har flest attraktive fritidstilbud som fjellklatring, kanopaddling, New York maraton, operabesøk, landslagskamper, dykking osv. Noen synes dette er meget positivt, mens andre hadde foretrukket at det heller ble brukt ressurser på arbeidstrening og etableringsstøtte i stedet for fornøyer. Det er spesielt gutter som hevder dette. De dette gjelder er meget opptatt av å benytte oppholdet på institusjonen til å bygge opp egen kompetanse slik at de blir mer attraktive på arbeidsmarkedet. I tillegg mener de at institusjonen på et langt tidligere tidspunkt i behandlingen skulle bidratt med å "puffe" dem ut i jobb og i egne leiligheter. En klient uttrykker dette meget tydelig og sier: "Vi er ikke rehabiliterte før vi har jobb og leilighet, skal vi klare oss må vi leve normalt".

Origo var videre den eneste av institusjonene som også hadde et utbygget tilbud for foreldre med barn. Flere hadde kommet til Origo nettopp fordi de ønsket å få tilbake, eller beholde, omsorgen for barna sine. En av disse fortalte at det viktigste ved oppholdet ved Origo var at hun hadde lært hvordan hun skulle være mor for barnet sitt. Hun mente imidlertid at det å bo på en behandlingsinstitusjon med barn også har sine negative sider:

Ulempen med å ha barn et sted som dette er at de hører mye som gjør dem utrygge. De hører at de voksne snakker om folk som forsvinner, ruser seg og dør. Datteren min vet at faren hennes kan dø som følge av det livet han lever.

Det er en helt klar oppfatning blant flere av klientene at det er mulig å ruse seg på Origo uten at det oppdages.

Det er lett å ruse seg på institusjonen. Enkelt å trikse en pisseprøve. Det er det flere som holder på med.

Det er videre blitt hevdet at Origo har en noe inkonsekvent holdning til måten de forholder seg til klienter som sprekker. Noen blir utestengt fra institusjonen, mens andre får sjanse på sjanse.

### ***Kommentarer fra forskerne***

Origo har et god utbygget og profesjonelt behandlingstilbud. Klientene får tilbud om terapi. Samtlige deltar i nettverksanalyser hvor målet er å skaffe seg oversikt over sin sosiale status og etablere hensiktsmessige relasjoner.

Institusjonen stiller i liten grad krav til at klientene skal delta i daglige arbeidsoppgaver som f.eks. matlaging. Fra institusjonens side er dette en bevisst strategi for at klientene skal få ro og tid til å jobbe med seg selv.

Noen mener at det er for få aktiviteter og at det er for lite å ta seg til. Relativt ressurssterke klienter som er modne for å jobbe med seg selv vil nok få størst utbytte av et opphold ved Origo.

## **8.4 Riisby/Engen**

“Godt og trygt og ingenting negativt å si om personalet”. Dette var vanlige utsagn fra våre klienter når de skulle beskrive Riisby/Engen. Flere mente imidlertid at personalet burde hatt mer *tid* til klientene og at de fikk for få samtaler med terapeut. En bemerket at det bare var psykolog for ansatte og fortalte at klientene pleier å vitse litt med at personalet har så mange møter å gå på at de ikke har tid til oss.

Noen mente at det var for få aktiviteter, særlig for menn. Andre syntes det var aktiviteter nok. En kvinne fortalte at hun stortrivdes. Hun brukte mye tid på arbeidsstuen og hadde stort utbytte av de ukentlige turene. Dette var imidlertid en person som hadde behov for ro til å tenke, eller som hun selv uttrykte det: Tid og ro for å finne tilbake til meg selv.

Tilbudet om undervisning på skolen var svært populært ifølge en annen av våre klienter. Pågangen på skolen var så stor at ikke alle som ønsket det fikk plass.

En av klientene mente at det burde vært daglig undervisning for klientene slik at ingen fikk lov til å glemme hvorfor de var i behandling. Han mente at det var så som så med motivasjonen hos enkelte:

Det er ikke nok at det er trygt å være her, man må gjøre noe for å komme seg ut. Mange skryter av hvor mange steder dem har vært tidligere. En sier han har vært til behandling 36 ganger. De har ikke skjønt at de må gjøre noe selv. De sier alltid at hvis jeg bare får jobb, eller hvis jeg bare får bolig så skal alt gå så bra. Hvis jeg bare får – så enkelt er det ikke.

Han mener at Riisby/Engen skal være et behandlingssted, ikke bare et oppbevaringssted, men at Engen sin historie som vernehjem gjør det vanskelig å få til god behandling. Flere av personalet var der også når institusjonen var et vernehjem, og de fortsetter å gjøre det de alltid har gjort. Personalet burde ha sørget for daglig undervisning om forskjellige tema som f.eks. hvordan alkohol virker og hva man som alkoholiker kan gjøre for å komme over problemene. Han foreslår at det kunne f.eks. vært vist video om emnet om kveldene og at i stedet for at personalet har sine egne opplæringsmøter kunne også beboerne fått undervisning sammen med personalet.

Flere påpekte at blandingen av klienter med alkoholproblem og klienter som bruker narkotika er uheldig fordi narkomane ikke alltid er så motiverte for behandling. Dette gjelder særlig dem som blir presset til å ta behandling av andre familiemedlemmer, eller som kommer i behandling under tvang. En sa det slik:

Narkomane forsvinner – blir plutselig borte. Slikt er også lite motiverende for resten. Tilbudet på Engen er flott for alkoholikere, men ikke så bra for narkomane. Blant narkomane er det mange halvhjerta forsøk på å endre livet. Narkomane har en annen motivasjon. Alkoholikere blir irriterte når narkomane sniker seg unna. Det var mange konflikter rundt dette.

En annen klient mente at det mest urettferdige var at de som bruker stoff og tabletter kan ruse seg uten at noen lukter det, mens alkoholikere blir avslørt etter første slurken.

Rettferdighet og likebehandling var et annet tema som flere klienter fra Riisby/Engen var opptatt av. Flere mente at det ble mye misunnelse og vokting på hverandre blant klientene. En av klientene hadde følgende forklaring på hvorfor dette opptok så mange:

Sanksjonene ved institusjonen virker ofte for harde. Det virker f.eks. for hardt å sende folk som ikke vil vaske gulvet eller følge andre regler hjem, men samtidig er det å holde en streng struktur nødvendig, hvis ikke sklir alt ut. Dette er et dilemma som det er vanskelig å finne balansen i. Alle blir dermed så opptatt av å se på hverandre, passe på hverandre, at alle blir behandlet likt. Alle er opptatt av at man ikke blir behandlet urettferdig.

Fra institusjonens side blir det imidlertid bemerket at ingen noensinne har blitt utskrevet fordi de ikke ville vaske gulvet, så her kan klienten ha misforstått noe.

Uansett hva grunnen måtte være til at noen avbryter behandlingen er det anledning til å søke seg tilbake. Hvem som får komme tilbake i behandling, og hvor lang tid det går før dette skjer, finnes det ikke noen faste regler for. Dette opplevde noen av klientene som urettferdig og tilfeldig. Fra institusjonen får vi opplyst at i slike tilfeller drøfter institusjonen med sosialkontoret hva som er fornuftig og kommer frem til en faglig avgjørelse. Utfallet av den enkelte sak varierer nødvendigvis uten at det kan opplyses om hvilke vurderinger som ligger til grunn for avgjørelsen.

### *Kommentarer fra forskerne*

Riisby/Engen legger vekt på å gi klientene hjelp utfra den enkeltes behov. Dette har sin styrke i at klientene føler seg trygge og blir møtt med omsorg og varme. På den annen side medfører individuell behandling nødvendigvis at alle ikke blir behandlet likt alltid; noe som kan oppleves som urettferdig.

Terapidelen kunne med fordel ha vært styrket, noe institusjonen i flere år har bedt om midler til.

Hva som skiller en behandlingsinstitusjon fra en verneinstitusjon er ikke helt klart for alle klientene. Å tilby klientene hyppigere felles undervisningsopplegg, slik en av klientene foreslår, kunne trolig også ha styrket behandlingen og fått frem målsetningen med oppholdet tydeligere. Her må det legges til at avdeling Engen ble åpnet første kvartal 1996. Alle klienter var da nye. Det samme gjaldt halvparten av personalet. Det tar selvsagt tid før nye behandlingsrutiner har gått seg til.

## **8.5 Blå Kors**

Blå Kors er den institusjonen vi fikk minst informasjon om gjennom intervjuene. Denne institusjonen var videre inne i en omstillingsprosess mens undersøkelsen pågikk, og har i dag et helt annet behandlingsopplegg. Institusjonen vil derfor ikke bli så nøye beskrevet her.

Blant Blå Kors klientene var det noen av de vi snakket med som hadde deltatt i Columbus-prosjektet og hadde god erfaring med dette.

Dette var den eneste av våre institusjoner som behandlet klienter midt i byen. Det vil si med kort avstand både til vinmonopol og gamle svirebrødre. En av dem vi snakket med syntes at dette var en stor fordel fordi han da kunne tilpasse seg bylivet som edru og slippe å være redd for å komme tilbake etter behandling. Han fortalte at til å begynne med var det vanskelig å gå ut og bli tilbudt alkohol fra gamle venner. Etter en stund ble de vant til at han ikke drakk lenger og han forteller at han nå ble tilbudt kaffe i stedet for øl. Å behandle folk der de skal fortsette å bo etter behandling har sine fordeler og kan trolig gjøre problemene med tilbakeføring og ettervern mindre.

## 8.6 De viktigste elementene i behandlingen

Alle vi intervjuet ble spurt om hva de syntes var det mest positive med institusjonsoppholdet og hva de hadde fått størst utbytte av under behandlingen. Noen hadde ikke noen spesiell mening om dette. Andre ga mer generelle svar som: “Veiviseren gir meg mulighet til å få et meningsfullt liv uten rusmidler”, eller andre utsagn som man kan lese i brosjyremateriell om målsetningen ved institusjonene. Vi var imidlertid ikke så interessert i å få de “riktige svarene”, men å finne ut på hvilke måter klientene syntes at de ble hjulpet til et bedre liv.

### 8.6.1 Positive forhold

Klientene fortalte om en rekke ulike forhold som de mente hadde gitt dem positivt utbytte under behandlingen. I tabellen 8.1 har vi laget en oversikt over de hyppigst nevnte positive effekter av institusjonsopphold:

Tabell 8.1 Positive effekter av institusjonsopphold

<b>Positive effekter:</b>	<b>Antall ganger nevnt</b>
Trygghet, medmenneskelig kontakt - noen som bryr seg	13
Fysisk fostring dvs trening, riktig kosthold, nok søvn	10
Jobb/syssetting arbeidsstue, noe å gjøre på/arbeidstrening	8
Gode opplevelser, rekreasjon, hvile	7
Styrket selvillit og respekt	10
Praktisk hjelp til å takle livet utenfor	10
Terapi	8

I noen tilfeller ble flere positive forhold nevnt av samme person. Tallene til høyre i tabellen antyder hvor mange ganger de ulike forholdene ble nevnt.

En ting som er nokså påfallende når vi studerer tabellen over er at klientene ofte nevnte positive forhold ved selve opplevelsen av å være ved institusjonen, og ikke forhold som direkte bidro til å gjøre dem bedre i stand til å mestre livet utenfor institusjonen. Årsaken til dette kan selvsagt være den måten vi stilte dem spørsmålet på, og at noen oppfattet spørsmålet som en oppfordring til å fortelle om det de syntes var det beste ved å være ved institusjonen. På den annen side kan dette også være et reelt uttrykk for at flere av klientene faktisk ikke er så opptatt av hva de skulle *oppnå* med behandlingen, men at det å *være* i behandling har en verdi i seg selv.

Flere klienter forteller at “de likte seg” ved institusjonen og at personalet var greie. En nevnte også at det var bra beliggenhet, i naturskjønne omgivelser og at de fikk enerom. For andre var arbeidsstua, fritidsaktiviteter og det å ha noe å fylle dagene med det viktigste.

En klient fortalte at han hadde valgt å bli alkoholiker framfor psykiatrisk klient, fordi han likte bedre å være ved en behandlingsinstitusjon for rusmiddelbrukere enn på psykiatrisk sykehus.

***Trygghet, medmenneskelig kontakt - “noen som bryr seg”***

Mange hadde levd et liv som er temmelig fattig på omsorg og oppmerksomhet fra andre. Dette gjaldt både narkomane og alkoholikere. Det å få nye venner blant de andre klientene, ble også pekt på som positivt. En kvinne mente at den rehabiliterende effekten som klientene kan ha på hverandre er undervurdert.

Ved Veiviseren var det flere som fant seg kjæreste og synes at dette var det beste som skjedde dem under behandlingen. Andre mener at det å ha hatt en rusfri periode i livet var en verdifull opplevelse i seg selv. Følgende utsagn kan illustrere dette:

- Fint å få oppleve nyktre.
- Tiden på Origo er den beste jeg har hatt.
- Traff kjæreste der og levde som nyktre i 2,5 år.

Flere klienter nevnte en *person*, ikke en bestemt institusjon eller terapiform når de skulle fortelle om noe som har hjulpet dem. En kvinne fortalte f.eks. at hun hadde fått spesielt god kontakt med en av personalet:

- Vedkommende var egentlig ikke terapeut, men inntakskonsulent. Kjemien stemte.

### ***Fysisk fostring***

Fysisk fostring vil si mat, trening og nok søvn. Dette var det mange som framholdt som det mest positive ved å være i behandling. For noen innebar et opphold i institusjon først og fremst en pause fra livet på gata, ikke det å bli varig edru. Noen var ganske medtatte når de ble innlagt:

- Jeg så ikke ut. Var full av sår og utslett. De kalte det asfaltekssem.

Inntrykket er likevel at det ikke er så mange som kynisk benytter behandling som rekreasjonsopphold for å få krefter til å fortsette å ruse seg, men det finnes kanskje noen som gjør det. To av våre klienter fortalte f.eks. at de planla dato for første sprekk den dagen de ble innlagt.

### ***Styrket selvtillit og respekt***

Noen mente at det mest positive med å være i behandling var at man ble behandlet med respekt:

- Her blir jeg ikke tatt som et null, blir ikke behandlet som en tulling.

Klienter ved Veiviseren nevnte ofte den måten de driver arbeidstrening på som positiv. Noen mente at de hadde fått høyere selvtillit gjennom å utføre arbeidsoppgaver de ikke trodde de skulle klare på forhånd.

### ***Praktisk hjelp til å takle livet utenfor***

Noen har fått hjelp til å skaffe seg bolig gjennom behandlingsinstitusjonen. I noen tilfeller har behandlingsinstitusjonen også bidratt til å skaffe klienter jobb eller skoleplass.

Hjelp til å takle barnevern, sosialkontor og til å ordne opp i det økonomiske blir også fremholdt som positive effekter av institusjonsoppholdet.



En klient fikk jobb i firmaet til en av de andre klientene ved samme behandlingsinstitusjon, så også på dette området kan klienter hjelpe hverandre.

### **Terapi**

Noen syntes at det var terapien som var det viktigste i behandlingen. En sa det slik:

- Jeg har fått tid til å bearbeide skilsmisse, sorgreaksjoner og ro til å finne meg selv.

Andre ønsker ikke terapi etter at de har blitt offer for “kvasiterapi” fra andre, lite seriøse behandlingstilbud. En klient som hadde blitt seksuelt misbrukt av eldre kamerater fortalte at han i et tidligere terapiforsøk<sup>9</sup> var blitt spurt om “hvordan det var å få en pikk i ræva”: - Etter dette lukket jeg meg helt inne og snakket ikke om hendelsen på flere år.

### **8.6.2 Negative forhold**

Noen klienter hadde meninger om forhold de ikke var så fornøyde med. Av negative forhold var det imidlertid flere forhold som ble nevnt av bare en person. Oversikten nedenfor viser forhold som flere pekte på som negative.

Tabell 8.2 Negative forhold

<b>Negative forhold</b>	<b>Antall ganger nevnt</b>
Manglende ettervern	6
Terapi, dårlig eller manglende tilbud	6
For få aktiviteter	3
For lite kontroll	3
Klientenes økonomiske forhold	2
Forventninger som ikke ble innfridd	2

---

<sup>9</sup> Dette var ikke ved noen av de 4 institusjonene som inngår i denne undersøkelsen.

### ***Ettervern***

Det som flest pekte på som negativt var at ettervernet var for utilstrekkelig:

- Overgangen etter utskrivning ble for krass. Det var et sjokk.

Andre pekte på mangelfull koordinering av de ulike hjelpetiltakene:

- Behandlingen må strekke seg fra “A til Å”. Det nytter ikke med en behandling som er “stykkevis og delt”.

Flere av de vi intervjuet var redde for å reise tilbake til byen. Noen fortalte at de får tvangstanker om byen og tør f.eks. ikke nærme seg Oslo S. En uttrykte det ganske sterkt på følgende måte:

- Veien til byen er veien til døden.

### ***Terapi***

Noen var ikke fornøyde med den terapien institusjonen kunne tilby. En kritiserte innhold og terapiform, to mente at personalet ikke hadde kompetanse nok, men det de fleste hadde å bemerke med hensyn til terapi var at det var for lite av det.

### ***Mer kontroll***

Noen syntes at det var alt for lett å ruse seg når man er i behandling og ønsket bedre kontroll på dette området.

### ***Økonomiske forhold***

Klientenes økonomiske forhold opptok også noen. En kvinne fortalte følgende:

- Under behandling har mange 1070 kroner i lommepenger. Folk lærer ikke å ta ansvar for seg selv når de passer på pengene for deg på den måten. Det er ikke mulig å spare noe til man skal ut heller. Økonomien er veldig trang, særlig for de som røyker. Det er folk som spleiser på en pakke bind.

## **8.7 Ønsket om et “vanlig liv”**

Flere av klientene har sagt at de ønsker *et vanlig liv* i stedet for rusmiddelbruk. Et aktuelt spørsmål er i hvilken grad institusjonene lærer klientene å takle en vanlig livssituasjon og i hvilken grad rehabiliteringsopphold bidrar til å tilbakeføre klientene til et normalt liv.

En kvinne sa selv at hun hadde blitt et “institusjonsmenneske” etter å ha vært i en behandlingsinstitusjon der hun fikk alt ferdig. Etter dette oppholdet hadde hun helt sluttet å lage middag. Fra institusjonens side var hensikten at klienten skulle få ro til å konsentrere seg om behandlingen.

I noen av behandlingsinstitusjonene for narkomane legges det vekt på aktiviteter ut fra en forståelse av at stoffmisbrukere ofte er personer som søker spenning og aktiviteter, et behov som må erstattes med noe annet enn rusmiddelbruk.

Her en liste over noen av de fritidsaktivitetene som tilbys stoffmisbrukere i behandling.

Tabell 8.3 Fritidsaktiviteter som tilbys i institusjonene

Dykking Rafting Fjellturer Hundespann	Badeturer midt på dagen Danmarksferie med besøk i fritidsparker Lavotelt Kano Opera	Fotball Terapi Privatsjåfører Travløp Villsvin Teppe i hønehuset NY-maraton	Barnevakter Barnehage Helsestudio
--	---	---	---

Tilbudet over er neppe representativt for de samlede aktiviteter en vanlig familie beskjeftiger seg med i fritiden. Fra behandlingsinstitusjonenes side har imidlertid de fleste av disse aktivitetene en plass i et større behandlingsopplegg hvor de helt klart kan ha sin berettigelse. Det kan likevel være grunn til å vurdere om det samlede aktivitetstilbudet også kan ha sine negative konsekvenser ved at klientene ikke lærer å leve et "normalt liv", men tilegner seg vaner som passer bedre for en helt annen økonomi enn det de må leve med etter behandling. En åpenbar fare her er at klientene ikke får den minste peiling på hva et "vanlig liv" for en normal familie egentlig innebærer. Behandlingsinstitusjonene står dermed i fare for å bli små miniatyr "drivhus" der man dyrker eksotiske planter som har liten mulighet for å tåle klimaet utenfor.

## 9 Oppfølging etter utskrivning

Et viktig ledd i selve tiltakskjeden er oppfølging av klienter etter utskrivning. En stor andel klienter er enten rusfrie eller har redusert sitt forbruk av rusmidler etter oppholdet på institusjon. Det er viktig å utnytte dette resultatet i klientenes tilpasning etter utskrivningen. Institusjonene selv har forholdsvis liten kontroll over utviklingen etter utskrivningen, det er derfor viktig at andre instanser, først og fremst sosialtjenesten, tar et ansvar for organiseringen av dette arbeidet, der hvor det ansees nødvendig. I dette kapitlet drøfter vi hvordan oppfølgingen kan differensieres i forhold til fire typiske klientgrupper.

### 9.1 Oppfølging av dropouts

Vi har tidligere vært inne på at klienter som forlater institusjonen utenom plan, såkalte dropouts, er særlig sårbare etter oppholdet. Samtidig er dette en gruppe som kanskje i liten grad får oppfølging, nettopp fordi de har brutt 'kontrakten' og droppet ut av behandlingsopplegget. Holdningen synes å være at 'dropouts' nærmest fortjener straff fordi de ikke fullfører institusjonsoppholdet. Det at klienter skriver seg ut før planen kan imidlertid gjenspeile styrke. De føler seg sterke nok til å leve et 'normalt' liv. I en slik situasjon vil det ofte være vanskelig å være på institusjon hvor en i stor grad styres og kontrolleres av andre.

Vi skal først se hva som er de vanligste årsakene til at man avbrøt behandlingen. Følgende årsaker ble hyppigst nevnt:

- Kjærlighet, har en kjæreste som ruser seg
- Frihetstrang (f.eks. rømme fra tvangsinnleggelse)
- Stoffsug ( f.eks. rømme for å ruse seg)
- Utskrevet som straff etter sprekk
- Livet på institusjon kjedelig og meningsløst
- Følte seg ferdigbehandlet.

'Sug' etter stoff er ikke alltid årsaken til at klienter avbryter oppholdet før planlagt utskrivning. Noen klienter avbryter oppholdet fordi de opplever at institusjonen ikke har mer å gi dem. Flere hadde i utgangspunktet et ønske og en plan for hvordan de skulle 'klare seg'. De opplevde imidlertid at de verken fikk støtte fra institusjonen eller det kommunale apparat:

Knut er en såkalt dropout, men var fullt motivert til å jobbe og klare seg selv da han forlot behandlingsinstitusjonen noen måneder før tiden. Han følte seg ferdigbehandlet. Knut ordnet seg en leilighet på egenhånd, men trengte hjelp til leien inntil han skaffet seg en jobb. Sosialkontoret nektet å betale husleien på kr 3500 per måned. Han fikk i stedet tilbud om rom på et pensjonat. Husleien er her kr 8500 og innbefatter ett brødmåltid i døgnet. Dette blir servert mellom kl. 19 og 20. og er nå det eneste faste måltidet han får i seg om dagene. Knut oppdaget snart at det er vanskelig å få seg en jobb når man bor på pensjonat. Det som er lett å få tak i et slikt sted er dop. Selv sier

han at hans største problem ikke er å holde seg rusfri, men at han er stemplet som narkoman. Knut holdt seg rusfri en stund, men så ble motgangen for stor.

Nærmest alle 'dropouts' fra Veiviseren og Origo havnet på hospits i Oslo. Til tross for at flere av dem hadde de beste intensjoner om å klare seg, klarte de ikke å skaffe seg egen bolig eller arbeid. I noen tilfeller virket det som om aktuell behandlingsinstitusjon gikk inn for å straffe de som har droppet ut av behandlingen. Mentaliteten lot i disse tilfellene til å være: 'Nå kan du se. Vi hadde rett. Du klarer deg ikke uten oss.' Heller ikke Oslo kommune følger opp dropouts. De hjelper ikke til med å skaffe klientene hybel eller leilighet, selv om klientene har "leilighet på hånden" men ikke midler til å betale leien. Det eneste de får er plass på hospits som Oslo kommune betaler. Månedlig leie for et lite rom med kun det minimale av fasiliteter er vanligvis i størrelsesorden 8000-9000 kr. Månedlig leie for en hybel, leilighet eller et helt hus ligger langt under denne prisen. Det er her relevant at klientene vanligvis er innstilt på å bo utenfor Oslo.

Forholdene på hospitsene hvor klientene blir plassert er slik at det nærmest blir umulig for dem å holde seg borte fra rusmidler.

## 9.2 Oppfølging og udekkede hjelpebehov hos andre

Blant de utskrevne klientene følte noen seg mislykket, mens andre hadde oppnådd en relativt vellykket rehabilitering. Hva som er vellykket utfra en overordnet faglig vurdering og hva som er vellykket i klientens egne øyner, er ikke alltid sammenfallende. Dette vil vi vise gjennom en inndeling av materialet i fire hovedtyper klienter, eller 'idealtypiske' eksempler hvor behovene for oppfølging varierer.

Tabell 9.4 Typer klienter

		<i>Faglig vurdering</i>	
		Mislykket	Vellykket
<i>Egen oppfatning</i>	Mislykket	<b>De elendige</b>	<b>De ensomme</b>
	Vellykket	<b>De kriminelle</b>	<b>De konforme</b>

### 9.2.1 De elendige

De elendige mislykkes både i egne øyner og i behandlingssammenheng. Denne klientgruppen oppleves å være rimelig resistent mot behandling. De har i liten grad tilegnet seg sunnere rusvaner eller livsmønster til tross for diverse behandlingsopplegg. Mange av dem lever på gata eller hospits - noe de har gjort i årevis. De ruser seg regelmessig, ser seg ikke råd til å spise skikkelig, er ganske medtatt både mentalt og fysisk, er lite nøye med eget utseende og uttrykker en monoton tristhet og håpløshet.

De forteller gjerne om gjentatte institusjonsbehandlinger som aldri har ført frem, og om en trist oppvekst.

Et særtrekk ved denne gruppen er at de er fattige på personlige relasjoner. Dette gjelder både innenfor narkotikamiljøet og blant alminnelige folk. De nyter ingen særlig respekt innenfor narkotikamiljøet fordi de aldri har vært blant de mest betrodde og beste pusjerne. Deres nærmeste kontakt med omverden er i mange tilfeller sosialkuratoren.

Disse menneskene er blant de svakeste narkomane. De er taperne blant taperne. For disse dreier rusingen seg i praksis ofte om ren selvmedisinering. De har sjelden tilgang eller råd til store doser med stoff. En av dem traff vi på et Hospits i Oslo.

Sigrid bodde på et rom sammen med kjæresten sin.

Hun forteller at hun holdt ikke ut mer enn tre-fire uker på Veiviseren. Noe skyldes rustrang, men mest at hun ikke trivdes. Hun sier: "Jeg har bodd på institusjon et helt liv, barnehjem, fosterhjem, ungdomshjem –. Orket ikke det der mer. Vil bo i fred, ha et hjem, ha det rolig..."

Til tross for at livet på gata var tøft, ønsket ikke Sigrid seg tilbake til Veiviseren. Når vi oppsøkte henne lå hun til sengs. Lakenene var blodige og flekkete etter alle stikkmerkene fra sprøytene. Hun hadde problemer med å sprøyte seg. Årene i begge armene var tette. Den ene foten var opphovnet, så nå var det kun halsen og lysken hun brukte å stikke seg i.

Sigrid uttrykte klar glede når vi kom. Hun var mye alene. Kjæresten var ute nesten hele dagen og natten for å skaffe stoff, og kom bare innom for å gi henne 'dagsrasjonen'. Hun bruker 1 gram heroin om dagen og noen Valium, verken mer eller mindre. Det har hun gjort i mange år. Da vi spurte hva hun brukte dagene til fortalte hun at hun pratet med duene i trærne og prøvde å finne trøst hos Jesus. Hun tenkte også på mammaen sin. Hun ønsket seg en Bibel, som hun kunne lese i.

Når vi spurte hvordan hun ønsket å ha det, svarte hun: "Jeg trenger noen som er glad i meg –, noen som kan holde rundt meg." Aller helst ville hun bodd hos en familie.

### ***Omsorg og varig vern***

Det mest sannsynlige er at de "elendige" ikke vil få seg noen utdanning, en vanlig jobb og bolig. De er gjerne så skadet, både som følge av oppvekstvilkår og år med misbruk, at det er lite sannsynlig at de noen gang vil kunne leve et tilnærmet normalt liv. I behandlingssammenheng later man likevel ofte som om det er dette som er målet. De elendige blir dermed tapere på enda en arena. Særlig attraktive for behandlings-

institusjonene er de elendige neppe, om antall vellykkede rehabiliteringer skal være det som måler institusjonenes suksessrate. Det er i dag uklart hvem som har ansvar for denne gruppen før de har vært gjennom så mange mislykkede behandlingsforsøk at de kvalifiserer for metadon-behandling.

Spørsmålet er om slike som Sigrid på et tidligere tidspunkt i livet kunne fått tilbud om et fast holdepunkt i tilværelsen. Et hjem der hun kunne fått tilbringe resten av livet.

### **9.2.2 De ensomme**

Ut fra en faglig vurdering fremstår denne gruppen som rimelig vellykkede. De ruser seg ikke lenger og de har fått en fast bopel. Behandlingsopplegget har vært vellykket i den forstand at de har redusert eller kuttet ut rusingen, men de er ensomme og har et svakt sosialt nettverk rundt seg. Grunnen til dette kan være at etter mange års rusing har det sosiale nettverket skrumpet inn til kun å omfatte svirebrødre og folk man ruser seg med. I det man slutter å ruse seg står det ikke en familie og et vennenettverk klar til å ta i mot en. De eneste vennene man har igjen er de som tilhører rusmiljøet:

Bille er en eldre dame som har et mangeårig alkoholmisbruk bak seg. Hun hadde vært to ganger til behandling på Riisby, og trivdes meget godt der. Hun kan fortelle om omsorgsfulle pleiere og at hennes behov ble ivaretatt på institusjonen. Bille har holdt seg edru det siste året og bodde, da vi besøkte henne, i en liten velstelt leilighet. Egentlig ga hun inntrykk av å være fornøyd med livssituasjonen, men i samtalen kom det frem at hun har dårlig økonomi. Faktisk må hun prioritere mellom å kjøpe presang til barnebarnet eller å kunne spise middag resten av uken. I tillegg skjønner vi at hun er meget ensom. Hun er skilt for mange år siden, og har diverse brutte samboerforhold bak seg. Sin gamle familie har hun liten eller ingen kontakt med. Hennes eneste sønn er død, men hun har beholdt kontakten med svigerdatteren og barnebarna. Hennes gamle venner gjennom flere år vil hun ikke ha kontakt med, fordi hun ikke vil drikke mer. Bille er rehabilitert. Hun ruser seg ikke, men hun er ensom. Ensomheten er blitt en del av kostnaden med å holde seg edru.

#### ***Sosialt nettverk***

For slike som Bille er styrking av det sosiale nettverket en forutsetning for at den "vellykkede" rehabiliteringen skal vare. Ved behandlingsinstitusjonene ble det i varierende grad lagt vekt på nettverksarbeid under og etter behandlingen. Det ser likevel ut til at dette er et område noen trenger mer oppfølging på for at behandlingsresultatet skal kunne opprettholdes.

Støttekontakter for tidligere rusmiddelbrukere kan være en mulighet. Det er imidlertid ikke sikkert at det er nødvendig å gå så drastisk til verks. Dårlig økonomi kan for denne gruppen være en viktig årsak til isolasjonen. Økonomisk støtte til å delta på porselensmalingskurs eller gammeldans kunne kanskje vært kimen til et nytt sosialt nettverk. Klippekort i helsestudio eller penger til bussen hadde kanskje gjort samme nytte.

### 9.2.3 De kriminelle

Denne gruppen er ofte mislykkede i behandlingssammenheng. De er relativt unge og er bare halvhjertet interessert i å slutte å ruse seg. De avbryter behandlingen når de er uthvilt. De gjør det gjerne godt som pusjere, eller har høye inntekter på andre kriminelle handlinger. I sitt eget miljø er de høyt respekterte.

Vi har gjennom tidligere studier (Smith-Solbakken & Tunglund, 1997) sett at det å konvertere fra å være en vellykket markedsaktør i den svarte økonomien til å bli en utilpasset og marginalisert aktør i den hvite økonomien innebærer et formidabelt tap på det økonomiske, sosiale og personlige plan. Dilemmaet kan illustreres i en slik svart-hvit tankegang som figuren under viser:

Tabell 9.5 Årsaker til at klienter ikke er behandlingsmotiverte

	<b>Svart økonomi</b> "Talent"	<b>Hvit økonomi</b> "Klient"
<b>Arbeid</b>	Pusjer /arbeidsgiver	Arbeidsløs
<b>Økonomi</b>	20-30.000,- per mnd i fortjeneste	Ca. 3000 kr per mnd. i trygd, og masse gjeld.
<b>Markedsposisjon og karrieremuligheter</b>	Lang ansiennitet, høy kompetanse, etterspurt	Ikke fullført folkeskole, uønsket
<b>Vandel/rykte</b>	"En som er til å stole på"	"En kriminell ramp"
<b>Sosialt nettverk</b>	"En av gutta"	Outsider og eksnarkoman
<b>Språk og uttrykksform</b>	Velartikulert og forståelig	Støtende uforståelig
<b>Forbruksmønster</b>	"En som ikke er kjiip"	Ødslende og uansvarlig
<b>Kredittmuligheter</b>	God	Svartelistet

Blant klientene vi intervjuet i denne undersøkelsen fant vi flere eksempler på klienter som hadde en relativt "vellykket" karriere som kriminelle bak seg. Bob var en av disse. Han ble intervjuet da han var under behandling, men skal ha droppet ut kort tid etter.

Han tjente gode penger som heroinpusjer før han ble innlagt:

- Det var mye stress. Jeg hadde avtaler overalt, hjemme hos folk, på bussen, trikken, på gata. De ringte til meg døgnet rundt. Jeg laget avtaler med dem som skulle ha mer enn en brukerdose. Ingenting ble skrevet ned, avtalene var kun i hodet mitt.

På dette tidspunktet brukte han ca. 5 g heroin i døgnet og solgte ca. 10-15 g i døgnet. Bob forteller at han er kjent for å ha godt stoff og at han alltid fikk inn pengene.

- Jeg krita ikke bort. Så kundene an. Det er snakk om erfaring.

I tillegg til å pusje stoff hadde Bob også andre inntektskilder gjennom innbrudd og hallikvirksomhet. Bob hevder at til sammen tjente ca. 20.000 kroner per dag. Hvis dette stemmer hadde han en inntekt på rundt 600.000 kroner i måneden. Selv om en betydelig



del av dette beløpet gikk til eget forbruk av heroin har Bob fortsatt en høy markedsposisjon og et inntekspotensiale i den svarte økonomien.

Årsaken til at han søkte om behandlingsplass at han var sliten. Han har liten tro på psykiatri:

- Psykiatri er noe søppel. Jeg liker å greie meg selv. Har greid meg selv i 16 år på gata.

Bob hadde en hvit gjeld på ca. 200.000 kroner og en sort gjeld på ca. 36.000 kroner. Han er sliten og vil gjerne endre livsstil men hans økonomiske situasjon gjør dette vanskelig. Den sorte gjelden må betales, hvis ikke kan han risikere å bli tatt. 36.000 er et stort beløp å betale tilbake med penger opptjent gjennom et ærlig arbeid. I tillegg til den sorte gjelden har Bob også en hvit gjeld som andre kreditorer vil kreve innbetalt dersom han velger en hederlig livsstil med jobb og regelmessig lønnslipp.

Årsaken til at Bob avbryter behandlingen kan være at de han skylder sorte penger nå har funnet ut hvor han oppholder seg og krever at han fortsetter arbeidet sitt der han slapp til gjelden er betalt. Det er kanskje dette Bob nå er ute og ordner opp i. Inntrykket av Bob er at han er en som ordner opp. Eller som han selv poengterer flere ganger under samtalen:

- Jeg kan klare meg selv.

Problemet er at Bob ikke klarer å endre livet sitt på den måten han ønsker uten hjelp. Å ta imot hjelp er ikke alltid like enkelt, særlig ikke for en som vil klare seg selv.

### ***Praktisk hjelp og informasjon***

Klienter som Bob trenger først og fremst praktisk hjelp. Han trenger hjelp til å ordne opp i økonomien. Han trenger en kartlegging av hvilke muligheter han har på det hvite markedet og en målsetning om hva som må gjennomføres av utdanning o.l. for å komme hit. Han trenger veiledning i hvilke muligheter han har på boligmarkedet, hvordan han skal gå frem for å skrive søknader til jobb og utdanning osv. Uten et realistisk mål å jobbe frem mot vil behandlingsmotivasjonen neppe kunne mobiliseres maksimalt.

Etterhvert vil han kanskje også ha behov for terapi og andre former for støtte. På den annen side er det ikke sikkert at dette er nødvendig. Kanskje har man i behandlingssammenheng en tendens til å undervurdere klienter som Bob sin evne og vilje til å klare seg selv?

### **9.2.4 De konforme, skikkelige, ordentlige**

Dette er de som har oppnådd en vellykket rehabilitering. De har jobb, bolig og et sosialt nettverk. Både i behandlingssammenheng og i egne øyner er de vellykkede. Tore var en av disse:

Han begynte å ruse seg i 13-årsalderen på heroin og hasj, men skjønte ikke at han hadde et problem før han var 18 år. Han finansierte egen bruk gjennom ulike kriminelle aktiviteter.

- Jeg stjal, solgte, banka og rana alt unntatt gamle damer.

En betydelig del av ungdommen har han sittet i fengsel og har også et tidligere langvarig institusjonsopphold bak seg i en annen behandlingsinstitusjon for stoffmisbrukere. Den gangen gikk det galt 2 år etterpå fordi oppfølgingen var for dårlig.

Tore forteller at han etter dette var langt nede. Døde nesten av overdoser og følte at han nå hadde brukt opp sin sjanse til å bli rusfri. Da han endelig kommer i behandling igjen er han svært motivert. Han er heldig og klarer å skaffe seg jobb mens han er ved institusjonen.

3 år etter er han ferdig behandlet. Han har holdt seg helt rusfri under hele behandlingen. Vi besøker ham i nyinnkjøpt hus med gardiner og yrkesaktiv kone som er gravid. Tore forteller at de "lever økonomisk", røyker ikke, drikker ikke Cola og spiser ikke godteri. Han er takknemlig for ting som andre tar som en selvfølge. Han nyter å se på sportsrevyen og på at kona baker.

Det eneste Tore frykter er at folk fra hans tidligere miljø skal innhente ham og true ham tilbake til sin tidligere virksomhet.

### ***Oppfølging***

De vellykkede har ingen umiddelbare behov for oppfølging, men lykken til Tore og hans gravide kone kan være nokså skjør. Vil forholdet overleve nattevåk og bleieskift? Vil de fortsette å synes at det er greit "å leve økonomisk" uten penger til godteri og Cola. Vil Tore avslå et eventuelt tilbud om å tjene raske penger hvis alternativet er å få trusler mot familien?

Her blir utfordringen å finne hvilken oppfølging og støtte som trengs for at de positive forandringene skal vare. Det viktigste her er trolig at de vellykkede har kontakter som de kan stole på og henvende seg til for å få råd og veiledning når det oppstår problemer. Det kan diskuteres om dette er et ansvar for 1.linjetjenesten eller et oppfølgingsansvar som institusjonene burde ha.

## 10 Drøfting av resultater

Å finne relevante, rettferdige og oversiktlige evalueringsmål er problematisk i en sammensatt evaluering som denne. Evalueringen er gjennomført med sikte på å besvare spørsmål som Oslo kommune har stilt, jf. kapittel 1. Videre har vi tatt utgangspunkt i de målene for tjenestene som kan dokumenteres fra bestiller (jf. Bystyremelding nr. 1–1997, Oslo kommune) og behandlingsmål fra de utøvende institusjoner. På det grunnlag har vi formulert ett sett kriterier til hjelp i evalueringen. Ved evaluering av behandlingsresultater vil vi legge vekt på om klientene har oppnådd:

- et rusfritt liv eller uavhengighet av rus
- ordnet liv og økt livskvalitet.

Kriterier på økt livskvalitet og et ordnet liv kan være:

- fast bopel
- sysselsatt i jobb eller utdanning
- sosialt nettverk, utenom rusmiljø.

I tillegg til dette må klientenes egne mål med behandlingen tas med i vurderingen.

I evalueringen blir det også viktig å vurdere selve organiseringen av tjenestene; i hvilken utstrekning det eksisterer et overordnet perspektiv for hvordan hjelpeapparatet fungerer, om det er klarhet i ansvar for oppfølging av klientene.

Oppdraget fra Oslo kommune var å foreta en evaluering med utgangspunkt i alle klienter som var til behandling i institusjonene 3. kvartal 1996. Undersøkelsen skulle gjennomføres ca. ett år senere, dvs sommer/høst 1997. Undersøkelsespopulasjonen er alle klienter som oppholdt seg i institusjonen 3. kvartal 1996. Fra denne populasjonen har vi trukket et tilfeldig utvalg på 122 klienter for personlig intervjuing. Vi oppnådde her en svarprosent på nær 50. I tillegg er det innhentet opplysninger fra institusjonene om hele utvalget på 122 klienter og informasjon fra sosialkontorene i Oslos bydeler på ca. 1/3 av utvalget.

Med dette metodiske opplegget blir resultatene av behandlingsoppholdet vurdert på grunnlag av en periode på ca. ett år. I løpet av dette året vil en del klienter ha avsluttet sitt opphold etter planen, noen vil av ulike grunner ha avbrutt oppholdet før planlagt utskrivning og noen vil fortsatt oppholde seg i institusjonen.

I evalueringen må vi ta hensyn til at klientene i ulik grad har fått anledning til å utprøve erfaringene fra institusjonsoppholdet. For de som fortsatt var i institusjonene da undersøkelsen fant sted, vil evalueringskriteriene på flere punkter gi liten mening. Skal vi måle resultater av oppholdet på institusjon, er dette mest aktuelt for den gruppen som har avsluttet behandlingen. Vi vet at tidsdimensjonen er et viktig element når man skal vurdere effekter av behandling og intervensjoner.

Det er alltid en sjanse for at effektene endres over tid. For noen vil positive konsekvenser av oppholdet kanskje reduseres, mens de for andre vedlikeholdes eller bedres. For å få oversikt over varigheten av behandlingseffekter, burde klientene følges opp over lengre tid, men dette har ikke vært mulig innenfor rammen av prosjektet.

De utskrevne klientene er intervjuet i en bestemt periode, uansett hvor lenge de har vært utenfor institusjon. Klientene kan være eksponert for ulike typer av påvirkninger etter utskrivning som kan ha hatt betydning for status på intervjutidspunktet.

Som nevnt i kapittel 5 hadde ca. halvparten av hele utvalget avsluttet behandlingen uplanlagt på tidspunktet for undersøkelsen, ¼-del var utskrevet etter plan, ¼-del var fortsatt i behandling og 5 var døde.

Til sammen var det 85 klienter som ikke lenger var i behandling på tidspunktet for undersøkelsen. Gjennom spørreskjema som ble sendt til institusjonene har vi noe informasjon om hvordan det hadde gått med disse etter utskrivning. Det ble også foretatt personlige intervju med 31 utskrevne klienter, der ca. 1/3 fullførte oppholdet etter plan mens de andre avbrøt oppholdet uplanlagt. Av de som ble intervjuet var det altså bare 11 klienter som hadde gjennomført hele behandlingsopplegget planmessig på tidspunktet for undersøkelsen. Dette er tallmessig et forholdsvis lite grunnlag for vurdering av resultatene, men de ulike datakildene gir samlet et godt grunnlag for evalueringen.

## 10.1 Klarer institusjonene å hjelpe klientene?

Informasjon fra **institusjonene** viser at av de utskrevne klientene (planlagt og uplanlagt utskrivning) hadde 46 prosent fast bopel mens 18 prosent var i arbeid/utdanning. Hele 70 prosent var rusfrie eller hadde redusert forbruk av rusmidler.

Det er imidlertid svært få (6 prosent av klientene) som har lyktes på alle områdene **samtidig** (både med bolig, arbeid/utdanning og mestring av rusproblemer). Sett på bakgrunn av evalueringskriteriene, er dette et heller dårlig resultat. Å lykkes på alle kriterier, er imidlertid et for strengt vilkår for vurderingen. Det må trekke i positiv retning om klientene skårer bra på enkelte av kriteriene. At nær 70 prosent av klientene er rusfrie eller har redusert forbruk kort tid etter behandling, må vurderes som et godt resultat, isolert sett. For denne gruppen har det i så fall skjedd en betydelig endring, siden alle hadde et rusproblem i utgangspunktet. (Opplysningene fra bydelen viser en lavere andel rusfrie/reduert forbruk. Sammenholder vi opplysningene fra de ulike kildene kan det tyde på en viss usikkerhet mht omfang av rusbruk etter oppholdet).

Det er likevel ikke tvil om at oppholdet på institusjonene har hatt positive virkninger for klientenes rusmisbruk, målt på tidspunktet for undersøkelsen. Klienter som har avsluttet oppholdet utenom planen (dropouts) bruker i klart større grad rus til daglig enn andre klienter. Dette viser at det i relasjon til rusbruk ikke er gunstig å droppe ut av behandlingen. Data både fra institusjonene og fra klienten selv viser likevel at en betydelig andel av klientene som dropper ut klarer å redusere sitt forbruk.

Intervjuene av klientene viser at andel med fast bolig var omtrent like stor før som etter opphold, det samme gjelder andel uten fast bopel. Oppholdet har altså hatt ubetydelige konsekvenser for boligsituasjonen.

De samme intervjuene viser at andel som hadde noe eller ofte kontakt med familien etter oppholdet var endret lite i forhold til status før oppholdet, selv om andel som oppgir 'ofte' økte noe. Andelen som oppgir 'aldri' kontakt var den samme før og etter oppholdet.

Bortsett fra endring i rusbruk, er det skjedd svært små endringer målt etter kriterier på økt livskvalitet. De endringene som er skjedd er kanskje ikke større enn at man kunne forvente et slikt resultat uten institusjonsopphold. Men opplysningene er noe varierende, fra bydelene er det f.eks. tegn på at situasjonen bedres en del når det gjelder lønnet arbeid – for den gruppen bydelene har opplysninger om.

Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at institusjonene har relativt liten kontroll over klientenes tilværelse etter utskrivning. Det er først og fremst sosialtjenestens oppgave å følge opp klientene etter oppholdet på institusjon. Så lenge det er svikt i dette leddet av behandlingsskjeden, vil bruk av ressurser på institusjonsopphold være for lite effektiv.

Undersøkelsen har imidlertid vist at kriteriene for evalueringen ikke fanger opp alle positive resultater av behandlingsopphold.

- I kapittel 7 (informasjon fra bydelene) så vi at klienter som både var uten fast bopel og oppfølging etter utskrivning, likevel hadde oppnådd en relativt vellykket rehabilitering, der de selv var tilfredse med det livet de nå levde.
- Vi har også sett at klienter som dropper ut av behandling kan ha oppnådd positive resultater. Noen er faktisk rusfrie i lengre perioder etter at de har droppet ut. En moderat oppfølging utenfor institusjonen, med bl.a. andre botilbud enn hospits, kan være det som skal til for at de positive resultatene fra behandlingen blir opprettholdt.
- Mange innleggelse trenger ikke i seg selv å være noe negativt. I kapittel 6 så vi at gjentatte rehabiliteringsopphold bidro til å holde noen klientene rusfrie i lengre perioder.
- I intervju fremhever klienter gjerne det positive de opplever under behandling, som trygghet, fysisk fostring og opplevelser. Selv om behandlingsmålene ikke nås kan selve oppholdet i seg selv ha sin verdi for klientene.

Selv om de overordnede behandlingsmålene ikke nås kan altså *selve oppholdet* ha sin verdi for klientene. Klienter som ikke har skåret høyt på kriterier på en vellykket rehabilitering kan likevel selv oppleve at de har fått det mye bedre etter behandling enn det de hadde på forhånd. Opphold på institusjon kan altså ha positive konsekvenser som ikke er fanget opp av de valgte kriteriene for evalueringen.

Et annet spørsmål er i hvilken grad det gir noen mening å bruke bolig og arbeid som et mål på behandlingsresultat. Hvor vidt klientene oppnår dette, avhenger minst like mye av forhold utenfor institusjonene og hvordan samarbeidet mellom institusjonene og 1.linjetjenesten fungerer. Institusjonenes primære mål er jo å gjøre klientene rusfrie, eller gjøre dem i stand til å leve et meningsfylt liv uten avhengighet til rusmidler. Det at så pass mange faktisk er rusfrie, eller har redusert bruk etter oppholdet, tyder på at institusjonene langt på vei klarer denne delene av jobben. En forutsetning for å dra nytte av de positive resultatene er at klientene blir fulgt systematisk opp etter utskrivning. Hvordan oppfølgingen skal organiseres må kommunen, og dermed sosialtjenesten, ta hovedansvaret for (jf. St.mld. nr 69, (1991–1992) og Lov om sosiale tjenester 1991).

## **10.2 Elementer i oppfølgingen etter utskrivning som bidrar til å opprettholde positive behandlingsresultater**

### **10.2.1 Sosialt nettverk og økonomisk støtte**

Et godt sosialt nettverk er en forutsetning for å opprettholde positive behandlingsresultater. Noen blir fortsatt 'rehabiliteret' til ensomhet, selv om det ved behandlings-institusjonene i varierende grad ble lagt vekt på nettverksarbeid under og etter behandlingen.

Dårlig økonomi etter utskrivning kan være en betydelig årsak til at 'ferdigbehandlede' isoleres. Her kan økonomisk støtte til fritidsaktiviteter bidra til at de positive forandringene fra behandlingen blir bevart. En beskjedne økonomisk støtte til transport eller klippekort i helsestudio o.l. kunne kanskje vært kimen til et nytt sosialt nettverk for klientene.

### **10.2.2 Et alternativ til hospits**

Fra flere hold ble det pekt på at det brukes mye penger på behandling og lite på oppfølging. Undersøkelsen fra bydelene gir oss også grunn til å stille spørsmål ved de enkelte bydelers evne til å følge opp klienter, og om tilgjengeligheten er god nok.

Intervjuene av dropouts viste at dette nødvendigvis ikke er de som gir opp. Tvert i mot kan det å avslutte behandlingen før tiden gjenspeile styrke. Disse klientene har imidlertid vanskelig for å få noen annen hjelp enn en plass på hospits, og deres egne initiativ får liten oppmerksomhet og støtte fra 1.linjetjenesten. Forholdene på hospitsene hvor klientene blir plassert er slik at det nærmest blir umulig for dem å holde seg borte fra rusmidler.

Så lenge det ikke finnes noe alternativ til hospits blir behandlingsinstitusjonene det eneste stedet der det er mulig å holde seg edru. Klienter som vil klare seg selv, og som har behov for et sted å bo, søker dermed om nye behandlingsopphold. Etterhvert blir det så som så

med motivasjonen for selve behandlingen. Bedre botilbud overfor denne gruppen kunne også ha redusert behovet for behandlingsplasser betydelig.

### **10.2.3 Korte regelmessige behandlingsopphold**

Et aktuelt spørsmål er om det bør settes en grense for hvor mange institusjonsopphold en enkelt klient bør få. Som vi har sett ville en bedre utbygging av andre deler av hjelpeapparatet kunne redusere antall gjengangere ved behandling sinstitusjonene betydelig. Dette ville gjøre en eventuell regel om antall mulige behandlinger overflødig.

Mange innleggelse trenger ikke utelukkende å være noe negativt. I kapittel 6 så vi at noen klienter har utbytte av å gå ut og inn av institusjonen, og at det å vente på å få komme inn igjen i behandling etter en "sprekk" i seg selv er forebyggende. Dette gjelder hovedsakelig alkoholikere som trenger en viss oppfølging og som holder seg rusfrie i lengre perioder når de venter på å komme i behandling. Det må satses mer på målrettede, kortere og mer regelmessige behandlingsopphold overfor denne gruppen. Dette kan trolig være vel så effektivt som lange opphold der målet er at man skal 'ferdigbehandles' til rusfrihet.

## **10.3 Klienter som institusjonene ikke klarer å hjelpe**

I kapittel 5 så vi at 9 personer hadde mer enn 10 tidligere institusjonsopphold. Til sammen hadde disse vært innlagt 140 ganger. Våre data sier ikke noe om hvilket tidsrom dette har foregått over eller hvilken type behandling klientene fikk. Mye tyder likevel på at en liten del av klientene utgjør en betydelig del av det totale antall innleggelse.

Et aktuelt spørsmål er om det har noen hensikt å forsøke å behandle alle typer rusmiddelbrukere med tanke på rusfrihet og normal sosial fungering. En del av klientene er det neppe mulig å rehabilitere fullt ut. I behandlingssammenheng later man likevel som om det er nettopp dette som er målet. Når behandlingen mislykkes, blir de tapere på enda en arena. Mangel på alternativ driver klienten til stadig å søke om nye behandlingsopphold, som ender i nye nederlag. Det må etableres andre botilbud enn hospits og snuskete hotell for de som vil klare seg selv. Det samme gjelder for de svakeste klientene (jf. 'de elendige', kapittel 8), de har mer behov for et hjem av typen vernet botilbud, der de kan bo i lange perioder, kanskje resten av livet.

## 10.4 Kan institusjonsopphold være skadelige?

Trygghet og medmenneskelig kontakt, trening og riktig kosthold, arbeidstrening rekreasjon og hvile var de elementene i behandlingen som klientene oftest nevnte som de mest positive. Mange av klientene la altså vekt på å fortelle om aktiviteter som gjorde det givende å være på institusjonen.

Selv om noen klienter syntes at de hadde for lite å gjøre, var aktivitetstilbudet ved institusjonene omfattende, særlig ved behandlingsinstitusjonene for stoffmisbrukere. Her er tilbudet av aktiviteter på et nivå som klientene neppe vil ha økonomi til å følge opp etter behandling. Selv om aktivitetstilbudet inngår som en velbegrunnet del av behandlingen kan det stilles spørsmål ved om det samlede aktivitetstilbudet bidrar til å lære klientene å mestre et "vanlig liv".

Som vi har sett var også noen av klientene redde for å reise på permisjon og redde for å bli utskrevet. Fra psykiatrien vet vi at dette er en vanlig reaksjon på lengre opphold i institusjon (Goffmann, 1961 og Løchen, 1984.) Det å lære å mestre livet på en institusjon er noe helt annet enn å lære å mestre livet utenfor. Å lære klienten å takle livet i det miljøet vedkommende skal bo etter utskrivning må komme sterkere inn i opplegget for behandlingen. Fra Blå Kors har vi eksempel på at klienter kan bli rusfrie selv om de behandles midt i Oslo sentrum.

Uplanlagte utskrivinger er lite populært, selv om klientene selv kan oppleve at de ikke kan utnytte oppholdet over lengre tid. Behandlingen forutsetter at klienten innretter seg etter institusjonens regler og fullfører opplegget etter planene. Lydighet og disiplin er viktig. Spørsmålet er om det er dette klienter trenger å lære for å klare seg utenfor institusjonen. Det er selvfølgelig nødvendig at klientene lærer å strukturere hverdagen, men å mestre livet på egenhånd innebærer først og fremst at man lærer å tenke selv og ikke blindt følger ordrer som kommer fra overordnede. Tidligere studier har vist at det å være lydige og lojale mot de som man har over seg er en type atferd som også forventes av deltakere i et kriminelt miljø (Smith-Solbakken & Tunngland, 1997). Paradoksalt nok kan altså institusjonsopphold som er basert på kompromissløs lydighet fra klientens side, bidra til å forsterke normer og atferd som er typiske for det miljøet klientene skal rehabiliteres ut av.

I tiltakskjeden må man ha et mer nyansert forhold til klienter som dropper ut av behandlingen av ulike grunner. At klientene dropper ut, kan være indikasjon på at det valgte tiltak ikke er tilpasset klientens behov.

## 10.5 Mangel på helhetlig perspektiv

Hjelpeapparatet sin virksomhet inndeles ofte i ulike faser som forvern, behandling og ettervern. Sammenhengen mellom disse fasene er dårlig, og de ulike tjenesteyterne er i stor grad opptatt av å skyldte på hverandre, når sammenhengen i tiltakskjeden ikke fungerer. Behandlingsinstitusjonene isolerer sin virksomhet i altfor stor grad i forhold til andre deler av hjelpeapparat. Slik forholdene er nå, fungerer hjelpeapparatet i altfor liten grad på en helhetlig måte.



Ved å fokusere på de ulike delene av hjelpeapparatets virksomhet blir også klientens perspektiv underordnet. Fra klientens ståsted er det den samlede innsatsen fra hjelpeapparatet som er avgjørende for resultatet.

Mangler på et helhetlig perspektiv går utover klientene. Kommunen, som etter sosialtjenesteloven har ansvaret for klientene, sender dem til behandlingsinstitusjonene uten noen klar bestilling om målet for oppholdet. Dette gjelder særlig klienter som ikke har noen jobb, bolig eller et sosialt nettverk å komme tilbake til. I prinsippet burde ikke kommunen sende noen klienter i behandling uten en plan for hvordan de skulle følges opp etter utskrivning. Dette skjer nå i altfor liten grad. Resultatet blir et fragmentert, lite målrettet og samordnet system av tjenester.

Fra institusjonenes perspektiv er 'behandling' noe som foregår i et bestemt avgrenset tidsrom, som institusjonene selv har bestemt. I dette tidsrommet skal klienten 'helbredes' og komme ut av systemet ferdig rehabilitert. Denne medisinske tankemodellen på rehabilitering er utilstrekkelig i forhold til de behov klienten har. Kommunen har et hovedansvar for å koordinere og samordne ulike deler av tiltakskjeden og å se rehabiliteringen i et helhetlig perspektiv. Dette ansvaret følges ikke opp, og institusjonenes begrensede medisinske behandlingsmodell blir enerådende, men utilstrekkelig.

Det er ingen tvil om at institusjonene klarer å holde klienter rimelig rusfrie og gi dem økt livskvalitet, opplevelser og trygghet under selve oppholdet. Hva som skjer med klientene under behandling blir gjort til et spørsmål om faglig vurdering. Det å lære klientene å mestre hverdagen på egenhånd er en forutsetning for en vellykket behandling. De utfordringer som ligger i dette får altfor liten oppmerksomhet i behandlingsopplegget. Man kan trene seg på mange situasjoner, men så lenge dette bare skjer i en beskyttet institusjonsverden som man siden skal forlate, har denne treningen svært liten overføringsverdi til klientens liv utenfor institusjon. Den viktigste delen av rehabiliteringen starter i så måte når pasienten blir utskrevet. Selv om noen institusjoner følger opp klientene etter utskrivning, er dette hovedsakelig 1.linjetjenestens ansvar. Erfaringer med kontakter med 1.linjetjenesten viser at tilgjengeligheten til tjenesten er dårlig og at informasjon om klientene er mangelfull. Grunnet et godt 'ettervern' og dermed en mer effektiv ressursutnyttelse, er i liten grad tilstede.

Uten mer konkrete spesifikasjoner fra kommunen om hva klientene skal rehabiliteres til, blir det i stor grad overlatt til institusjonen å bestemme hva behandlingen skal bestå i og eventuelt hva behandlingsmålene skal være. Institusjonens svar på dette er å utvikle program eller behandlingsopplegg som gjerne er sammensatt av ulike faser som i noen grad tilpasses den enkelte. Institusjonene begrenser seg til å plassere klientene i de behandlingalternativ de tror passer best. Klientens egne vurderinger og valg blir i liten grad fulgt opp og støttet, hvis det bryter med behandlingsinstitusjonens regime. Å avbryte oppholdet frivillig, kan være et rasjonelt valg, sett fra klientens synspunkt. Men, dropouts blir i stor grad avvist av førstelinjetjenesten og 'straffet' for å ha brutt 'behandlingsavtalen'. Vår oppfatning er at dropouts, i prinsippet, bør få samme sjanse til oppfølging som andre klienter.

## 10.6 Differensierte behandlingstiltak

Institusjonene må i sterkere grad planlegges og inngå som et supplement til andre hjelpetilbud. Om institusjonsbehandling skal ha noen effekt, må hjelpeapparatet rundt institusjonene fungere langt bedre enn tilfellet er nå.

Det kan se ut som om en del klienter blir sendt i behandling i mangel på andre alternativ. Kommunen blir kvitt et problem en stund, men problemet blir ikke løst. Tjenestene, slik de nå er organisert, har et visst rituelt preg. Man iverksetter en del tiltak som gir inntrykk av at forholdene er under kontroll og at man yter en effektiv innsats.

En del av klientene som i dag er i behandling ville trolig hatt større utbytte av andre tilbud. Dette gjelder klienter som er i behandling fordi de betrakter dette som bedre enn alternativet; det å bo på hospits. Noen av disse kunne trolig ha fått orden på livet sitt hvis de fikk en egnet bolig og poliklinisk oppfølging. Andre har behov for varig omsorg eller vernet botilbud som de slipper å bli utskrevet fra. For noen klienter kan det synes som om gjentatte behandlingsopphold er regelrett destruktive, en ond sirkel med stadig nye nederlag. Hvis noen av disse gjengangere hadde fått andre tilbud ville man kunne frigjøre ressurser ved behandlingsinstitusjonene.

For en annen gruppe ser det imidlertid ut som om gjentatte opphold kan ha en positiv effekt. Dette gjelder særlig alkoholikere som klarer å holde seg edru i lengre perioder når de vet at de skal inn til behandling igjen. Relativt korte og hyppige institusjonsopphold kan være gunstige for denne gruppen.

Det denne undersøkelsen klart viser er at institusjonsopphold bidrar til å redusere klientenes rusmiddelbruk. Dette gjelder både de som avslutter behandlingen planlagt og de som dropper ut. Utfordringen her blir å finne en effektiv oppfølging overfor ulike klientgrupper, slik at de positive resultatene blir varige, og at klientene på en bedre måte får muligheter for en tilpasning til samfunnet som er mer realistiske ut fra de forutsetninger og ressurser den enkelte klient rår over.

## 11 Referanser

Angell, Olav (1996): "Ennå er det håp? Ei evaluering av Pinsevennes Evangeliesenter." Diakonhjemmets høgskolesenter Forskningsrapport 4/96.

Arner, Oddvar, Grethe Lauritsen, Helge Waal, og Arvid Amundsen (1995): "Forstudie til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling". SIFA-rapport nr 3/95

Berg, John E. (1996): "Ressursorientert (re)habilitering av rusmiddelbrukere". Universitetsforlaget 1996.

Bystyremelding nr. 1-1997 "Tiltak mot alkohol- og narkotikamisbruk i Oslo". Oslo kommune.

Goffman, Erving (1961): "Asylums", Doubleday, New York 1961.

Lov om sosiale tjenester 1991 nr 81.

Løchen, Yngvar (1984): "Idealiser og realiteter i et psykiatrisk sykehus". Universitetsforlaget 1984.

Sagvåg, Hildegunn (1998): "Knuter, når kampen for sjølrespekten blir ein innviklingsprosess". Hovedoppgave i Spesial pedagogikk, Universitetet i Trondheim 1998.

Smith-Solbakken, Marie og Else M. Tunglund (1997): "Narkotikamiljøet", ad Notam, Cappelen, Oslo 1997.

Solberg, Christian (1996): "Dropout- undersøkelsen ved Origo og Studio-4", Notat fra Rusmiddeletatens seminar på Lillehammer, oktober 1996.

St.mld. nr. 69 (1991–1992) 'Tiltak mot rusmiddelbrukere'.

## 12 Vedlegg

Vedlegg 1 Spørreskjema til institusjonene

Vedlegg 2 Brev fra institusjonen til mulige informanter

Vedlegg 3 Intervjuguide

Vedlegg 4 Spørreskjema til bydelene

Vedlegg 5 Tilleggstabeller til kapittel 5

Vedlegg 6 Tilleggstabeller til kapittel 6

**Vedlegg 1 Spørreskjema til institusjonene**

**Vedlegg 2 Brev fra institusjonen til mulige informanter**

**Vedlegg 3 Intervjuguide**

**Vedlegg 4 Spørreskjema til bydelene**

**Vedlegg 5 Tilleggstabeller til kapittel 5**

**Vedlegg 6 Tilleggstabeller til kapittel 6**