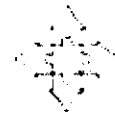




International Research Institute of Stavanger



PROGRAM FOR STORBYRETTET FORSKNING



www.irisresearch.no

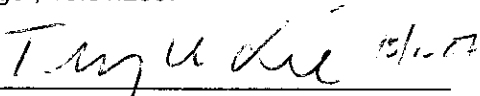
Terje Lie

Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune

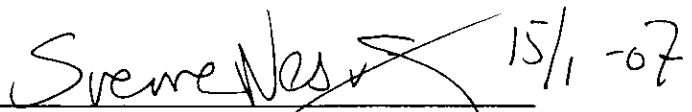
Rapport IRIS - 2006/228

Prosjektnummer: 7102009
Prosjektets tittel: Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune
Oppdragsgiver(e): Rusmiddeletaten, Oslo kommune
Forskningsprogram:
ISBN: 978-82-490-0503-1
Gradering: Åpen


Stavanger, 15.01.2007



Terje Lie 15.01.07
Prosjektleder



Sverre Nesvåg 15/1 -07
Kvalitetssikrer 15.01.07



Gotfried Heinzerling 15/1 - 07
Senterleder 15.01.07
(Samfunns- og næringsutvikling)

Forord

Byråd for velferd og sosiale tjenester i Oslo kommune, ga høsten 2005 Rusmiddeletaten i oppdrag å sørge for at det ble gjennomført en evaluering av konsekvenser av den statlige rusreformen for brukere fra Oslo kommune. På bakgrunn av dette søkte Rusmiddeletaten økonomisk støtte fra KS/Program for storbyrettet forskning, og fikk innvilget kr. 400.000,- til et evalueringsprosjekt med dette formål. Etter en forhandlet konkurranse fikk deretter IRIS i desember 2005, oppdraget med å gjennomføre evalueringen.

Evalueringen bygger på en rekke datakilder med personlige intervjuer, bruk av spørreskjema, ulike databaser og offentlig statistikk. Evalueringen avdekker ganske stor variasjon i synspunkter på reformen, både positive og negative, og noen har ikke registrert tydelige endringer.

Evalueringen var planlagt avsluttet i juni 2006. Det viste seg at sentrale klientdata i evalueringen som var forventet fra Helse Øst RHF, ikke lot seg skaffe. I forbindelse med den nasjonale evalueringen av rusreformen planla IRIS en datainnsamling fra rustiltakene høsten 2006. Dette var data som delvis kunne erstattet opplysningene fra Helse Øst RHF. Rusmiddeletaten ønsket å bruket IRIS sine data, men dette har forsinket ferdigstillingen av rapporten med et halvt år.

I løpet av evalueringen har vi møtt mange personer innen rusfeltet, brukere, representanter for brukerorganisasjoner, ansatte i sosialtjenesten i bydelene, i bydekkende tjenester i Oslo og i spesialisthelsetjenesten. Vi vil takke alle for deltakelsen og den interesse de har vist for evalueringen.

Stavanger, 24. januar 2007

Terje Lie, prosjektleder

Innhold

1	INNLEDNING	13
1.1	Bestilling fra Rusmiddeletaten i Oslo	13
1.2	Arbeidsmåter	15
2	VENTE- OG OPPHOLDSTIDER.....	17
2.1	Vente- og oppholdstider registrert i RMEs database før reformen	17
2.1.1	Vente- og oppholdstider i 2003, fra RMEs database	17
2.2	Vente- og oppholdstider 2003 og 2004, IRIS/SINTEF undersøkelsen av rustiltak	21
2.2.1	Datagrunnlag	21
2.2.2	Lenger ventetider etter reformen - sammenligning mellom 2003 og 2006.....	22
2.2.3	Ventetider, offentlige og private tiltak	25
2.2.4	Ventetider på tiltaks-/institusjonsnivå.....	26
2.2.5	Ventetider, tall for hele landet.....	27
2.3	Ingen nedkorting i oppholdstider i institusjon.....	27
2.3.1	Tilbud med korttids døgnbehandling	29
2.3.2	Døgnbehandling langtid	29
2.3.3	Omsorgstiltak	29
2.3.4	Konklusjon om tid i behandling i institusjonsundersøkelsen.....	29
2.3.5	Andre institusjonsopplysninger.....	30
3	BRUKERE I KOMMUNALE TILTAK FØR OG ETTER REFORMEN.....	35
3.1	Datagrunnlaget	35
3.2	Resultater fra klientkartleggingen 2003 og 2005	36
3.2.1	Kjønn og alder	36
3.2.2	Yrkesstatus og kilde til livsopphold.....	36
3.2.3	Boligforhold siste fire uker	38
3.2.4	Helseplager.....	38
3.2.5	Mest brukte rusmiddel.....	40
3.2.6	Konklusjon klienter	41
4	INTERVJU AV BRUKERE OG BRUKERORGANISASJONER	42
4.1	Brukererfaringer	42
4.2	Brukerorganisasjoner	47

5	SAMHANDLING MELLOM SOSIALTJENESTEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN	49
5.1	Varierte erfaringer fra saksbehandlere	49
5.1.1	Samhandling, generelt	50
5.1.2	Samhandling med psykiatrien	51
5.1.3	Tilbudene etter reformen	52
5.1.3.1	Oppholdstider	53
5.1.3.2	Ventetider	53
5.2	Resultater fra spørreskjemaundersøkelse til sosialtjenesten i bydelene.....	54
5.2.1	Ressurser	54
5.2.2	Henvvisninger av klienter	56
5.2.3	Samhandling med spesialisthelsetjenesten.....	58
5.2.4	Valg av institusjon og tiltak i ventetiden.....	59
5.2.5	Dekning av etterspørsel etter tilbud til rusmiddelmissbrukere	60
5.2.6	Pasientrettigheter	61
5.2.7	Henvisning fra leger	62
5.2.8	Spesialisthelsetjenestens ”Sørge for” ansvar.....	63
6	OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER	64
6.1	Konklusjoner og sammendrag.....	75
7	LITTERATUR.....	78

Tabeller

Tabell 1.	Ventetider på plass i institusjon i 2003. Gjennomsnitt og spredning.....	18
Tabell 2.	Tid i institusjon i 2003. Gjennomsnitt og spredning. Dager	19
Tabell 3.	Gjennomsnittlige vente- og oppholdstider i behandlingstiltak. 2003*. Dager	19
Tabell 4.	Gjennomsnittlige vente- og oppholdstider i dager for menn og kvinner på behandlingstiltak i 2003. Dager	20
Tabell 5.	Brukere fra Oslo kommunes tiltak fordelt på kjønn. 2003. Prosent.....	20
Tabell 6.	Andel menn og kvinner i institusjonene. 2003. Prosent.....	20
Tabell 7.	Alder ved inntak i institusjon. 2003. Gjennomsnitt.....	21
Tabell 8	Klienter i behandlingstiltak i 2003 og 2006 etter ventetid på inntak i institusjon til klienten fikk tilbud. Gjennomsnitt og median. Uker.....	24
Tabell 9.	Klienter i tiltak i 2003 og 2006 etter ventetid på inntak til behandling etter typer tiltak. Tiltak i Oslo som ble overført til Helse Øst RHF i 2004 sammenlignet med andre behandlingstiltak i landet. Gjennomsnitt. Uker.....	24

Tabell 10. Klienter etter ventetid fra søknad ble mottatt til klienten fikk plass på rustiltak i årene 2003 og 2006. Gjennomsnitt. Uker.....	25
Tabell 11. Klienter etter ventetid i gruppert etter uker fra søknad ble mottatt til klienten fikk plass på rustiltak i 2003. Offentlige og private tiltak. Prosent.....	26
Tabell 12. Klienter etter ventetid i uker fra søknad ble mottatt til klienten fikk plass på rustiltak i 2006. Offentlige og private tiltak. Prosent	26
Tabell 13. Endringer i oppholdstider fra 2003 til 2005 i tiltak overført fra Oslo til Helse Øsst RHF og andre tiltak. Tilbakemelding fra institusjonsledere. Prosent	30
Tabell 14. Endringer i oppholdstider i kommunale rehabiliterings- og omsorgstiltak fra 2003 til 2005. Tilbakemelding fra institusjonsledere.. Prosent	30
Tabell 15. Endring i tallet på plasser etter reformen. Sum og gjennomsnitt	31
Tabell 16. Endring i tallet på årsverk ved heldøgns rustiltak etter reformen. Sum og gjennomsnitt	32
Tabell 17. Endring i tallet på årsverk ved polikliniske tiltak etter reformen. Sum og gjennomsnitt	32
Tabell 18 Endringer i stillingskategorier etter reformen. I alte tall og gjennomsnitt. Årsverk	34
Tabell 19. Klienter etter kjønn i 2003 og 2005. Prosent.....	36
Tabell 20. Klienter etter alder i 2003 og 2005. Prosent.....	36
Tabell 21. Klienter etter yrkesstatus i 2003 2005. Prosent.....	37
Tabell 22. Klienter etter viktigste inntekt siste 4 uker i 2003 og 2005. Prosent.....	37
Tabell 23. Klienter etter boligforhold siste 4 uker i 2003 og 2005. Prosent	38
Tabell 24. Klienter etter opplysning om helseplager i 2003 og 2005. Prosentandel med helseplager siste fire uker	39
Tabell 25. Klienter etter om de har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer i 2003 og i 2005. Prosent	39
Tabell 26. Klienter etter tidligere behandlingstiltak for rusmiddelbruk. Prosent.....	40
Tabell 27. Klienter etter <i>mest brukte rusmiddel</i> i 2003 og 2005. Prosent	41
Tabell 28. Er det betydelige endringer i de økonomiske midler sosialtjenesten har til rådighet for tiltak til rusmiddelmisbrukere i 2005 sammenlignet med situasjonen før reformen. Totale tall.....	54
Tabell 29. Endringer i kjøp av plasser i spesialisttiltak før og etter reformen. Totale tall	55
Tabell 30. Vurdering av endringer i budsjettet mellom 2005 og 2002. Totale tall	55

Tabell 31. Er tallet på henvisninger av rusmiddelmissbrukere fra sosialtjenesten til utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten endret etter reformen? Totale tall	56
Tabell 32. Er det skjedd endringer i tidsbruken i forbindelse med henvisninger av rusmiddelmissbrukere til utredning/behandling i rustiltak etter rusreformen. Totale tall	57
Tabell 33. Er det skjedd endringer i sosialtjenestens innsikt i eller kunnskap om enkeltsaker etter reformen eller er situasjonen den samme som før reformen? Totale tall	57
Tabell 34. Er det skjedd endringer i sosialtjenestens i faktiske utøvelse av ansvar for å dekke behovet for kommunale tjenester for rusmiddelmissbrukere etter reformen. Totale tall	58
Tabell 35. Hvordan vil sosialtjenesten vurdere samhandlingen med rustiltakene i dag sammenlignet med situasjonen før reformen.. Totale tall	58
Tabell 36. Har brukernes mulighet for valg av institusjon blitt bedre eller dårligere etter reformen eller er det ingen endring. Totale tall	59
Tabell 37. Settes det inn spesielle tiltak i ventetiden på plass i spesialisthelsetjenesten til rusmiddelmissbrukere? Kommunale tiltak og ikke-kommunale tiltak. Totale tall..	60
Tabell 38. Ut fra en samlet vurdering, har sosialtjenesten registrert endringer i dekningsgraden av etterspørselen etter tilbud til rusmisbrukere etter reformen? Kommunale tilbud og tilbud i spesialisthelsetjenesten. Totale tall	60
Tabell 39. Ut fra en samlet vurdering, har sosialtjenesten registrert endringer i dekningsgraden av etterspørselen etter tilbud til rusmisbrukere med omfattende <i>psykiske problemer etter reformen</i> ? Kommunale tilbud og tilbud i spesialisthelsetjenesten.	61
Tabell 40. Pasientrettigheter og individuell plan. Totale tall	62
Tabell 41 Klienter i behandlingstiltak i 2003 etter ventetid på inntak i institusjon*) (**). Gjennomsnitt. Uker	80
Tabell 42. Klienter i behandlingsinstitusjon i 2006 etter ventetid på inntak i institusjon. Gjennomsnitt. Uker	80
Tabell 43. Klienter i tiltak i 2003 etter ventetid på inntak til behandling. Tiltak i Oslo som ble overført til Helse Øst RHF i 2004. Gjennomsnitt. Uker	80
Tabell 44. Klienter i tiltak i 2006 etter ventetid på inntak til behandling. Tiltak som ble overført fra Oslo til Helse Øst RHF i 2004. Gjennomsnitt. Uker	81
Tabell 45 Klienter etter ventetider på behandling i 2003. Hele landet. Hele landet. Gjennomsnitt. Uker	81
Tabell 46 Klienter etter ventetider i 2006 på behandling. Hele landet. Gjennomsnitt. Uker	81

Sammendrag

Utgangspunktet for evalueringsprosjektet er iverksettingen av rusreformen fra 1. januar 2004, da staten ved de regionale helseforetakene tok over eierskapet til behandlingstiltak i rusfeltet. Rusmiddeletaten (RME) i Oslo kommune hadde før reformen bygget ut en sammenhengende tiltaks- og behandlingsskjede fra lavterskel- og omsorgstiltak til tiltak med kort- og langtidsdøgnbehandling samt polikliniske tjenester.

Byråd for velferd og sosiale tjenester i Oslo kommune, ga høsten 2005 Rusmiddeletaten i oppdrag å sørge for at det ble gjennomført en evaluering av konsekvenser av den statlige rusreformen for brukere fra Oslo kommune. På bakgrunn av dette søkte Rusmiddeletaten økonomisk støtte fra KS/Program for storbyrettet forskning, og fikk innvilget kr. 400.000,- til et evalueringsprosjekt med dette formål.

Reformen kunne tenkes å ha negative konsekvenser for rusmiddelbrukere i Oslo. En innarbeidet kommunal tiltaksskjede ble nå erstattet av et nytt system, men nye eiere, ny organisering og vurderinger av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette skapte en usikker situasjon, og Rusmiddeletaten tok derfor initiativet til en evaluering av reformen for brukere i Oslo kommune.

Målet for prosjektet er å undersøke om rusreformen har hatt noen konsekvenser for brukene i Oslo når det gjelder: 1) tid i behandling, 2) ventetid til inntak i behandlingsinstitusjon og 3) samarbeid og samhandling mellom sosialtjenesten i Oslo og spesialisthelsetjenesten. Generelt for evalueringen gjelder at den omfatter involverte aktører, som brukere, brukerorganisasjoner, pårørende organisasjoner, ansatte innen administrasjonen i sosialtjenesten i Oslo, innen administrasjonen i Helse Øst og ansatte ved de aktuelle institusjonene. I tillegg ønsket Rusmiddeletaten en beskrivelse av klienter i kommunale omsorgsinstitusjoner på grunnlag databaser fra 2003 og 2005.

Evalueringen er gjennomført med mange og ulike datakilder, både bruk av kvalitative data og kvantitative data fra 2003, 2005 og 2006.

Bruk av data muliggjør sammenligning av situasjonen for rusmiddelmissbrukere før og etter rusreformen i 2004.

Tid i behandling

Blant de institusjonene som før reformen tilhørte Oslo og som ble overført til Helse Øst RHF etter reformen, har ingen foretatt nedkorting i tid i behandling. Rustiltakene har ikke mottatt press fra det regionale foretaket på å nedkorte oppholdstider og det er ikke vedtatt regler eller forskrifter for en slik nedkorting.

Som del av sitt oppfølgingsansvar kjøper Rusmiddeletaten i Oslo rehabiliterings- og omsorgsplasser ved Tyrili etter at pasientene har avsluttet behandlingen ved institusjonen. Dette innebærer ikke at Oslo-brukere får kortere tid i behandling enn

pasienter fra andre kommuner. Oslo kommune ved Rusmiddeletaten gir gode tilbud til de pasientene som trenger det.

På grunnlag av tilbakemeldinger fra ledere i behandling sinstitusjonene, kan vi konkludere med at det ikke er skjedd endringer i oppholdstider for brukere i Oslo kommune, som skulle skyldes rusreformen.

Informasjon fra Helse Øst RHF, viser at tilbudsprofilen for tverrfaglig spesialisert behandling kan bli endret i løpet av 2008, i forbindelse med nye anbudsforhandlinger med de private rustiltakene. Fra Helse Øst RHF sin side vil man i framtiden satse sterkere på å utvikle et mer fleksibelt og variert behandlingsopplegg for pasientene. Dette vil kunne resultere i en viss reduksjon i liggetider ved langtidsplasser. Reduserte liggetider skal etter intensjonene kompenseres ved en tettere oppfølging i kommune/bydel for eksempel ved mer bruk av polikliniske tilbud. Dette vil kunne sikre pasientene behandlingskontakt over lang tid, uten at det nødvendigvis foregår lange sammenhengende opphold på en institusjon. Helse Øst RHF vil samtidig gå inn for å styrke kommunikasjon og samhandling mellom innsøkende instans og behandlingstiltaket om pasienter, for på den måten å kunne vurdere behovet for behandling fortløpende.

En del brukere har avbrutte opphold som skyldes at de skriver seg ut av behandling etter eget ønske eller at de må avbryte behandlingen av andre grunner. Rusbruk under behandlingsopphold aksepteres vanligvis ikke, men flere institusjoner oppgir at rusbruk under behandlingen alene ikke er grunn til å avslutte et behandlingsopphold. Institusjonene kan ha skjermede avdelinger i tilfeller av regelbrudd, de kan sette i verk andre tiltak under behandlingen eller skrive ut pasienten for en kortere periode, men med tilbud om å vende tilbake og å fortsette behandlingen innen et kortere tidsrom.

Økning i ventetider til inntak i behandling

Ved de tiltakene som ble overført fra Oslo til Helse Øst RHF er ventetiden i gjennomsnitt økt fra om lag syv uker i 2003 til 10 uker i 2005, mest for de private tiltakene. Halvparten av brukerne ventet inntil to uker til inntak i behandling i 2003 mot seks uker i 2006. Økningen i ventetider vil følgelig merkes tydelig for mange av søkerne. Økningen i ventetider skyldes ikke redusert kapasitet i spesialisthelsetjenesten, men en sterk økning i antall henvisninger.

Ut fra en faglig vurdering kan økte og/eller lange ventetider være ugunstig, avhengig av hvilken situasjon brukeren befinner seg i. Spesielt kan det ha negative konsekvenser hvis lange ventetider rammer yngre rusmiddelmissbrukere, hvor misbruket ikke er så sterkt etablert.

Ventetiden har også økt på landsbasis, mest for polikliniske tiltak og korttidstiltak og i mindre grad for langtidsiltak. Oslo-tilbudene har i 2006 noe lengre ventetider enn landet ellers for poliklinikker og døgntilbud. For dagtilbudene er ventetiden noe kortere for Oslo-institusjonene i 2006 sammenlignet med landet ellers.

Økningen i ventetider har slått mer negativt ut for søkere fra Oslo til døgntilbud og polikliniske tilbud enn for søkere i landet ellers.

Det er store variasjoner i lengden på ventetider mellom søkerne, og et fåtall søkere er i statistikken registrert med ventetider på over et år. På grunnlag av informasjon fra rustiltakene kan de lange ventetidene skyldes at søkeren har bestemt seg for et spesielt tiltak og ikke vil ta i mot andre tilbud. Samtidig har aktuelle tiltak fullt belegg og må foreta prioriteringer, når det er inngått driftsavtaler med flere regionale helseforetak. Vi har ikke kunnet etterspore dokumentasjon på at prioriteringer i rustiltakene, når det gjelder ventetider, har rammet søkere fra Oslo sterkere enn andre.

Tilpasningen mellom den enkelte brukers behov og type behandlingstiltak er viktigere for brukeren. Brukerintervju viser at denne tilpasningen kan være problematisk og årsak til at brukere skriver seg ut av tiltaket. Sosialtjenesten i bydelene i Oslo mener at valgmulighetene når det gjelder valg av institusjon, er blitt svekket etter reformen.

Utfordringer med tilpasning mellom behov og tilbud gjelder ikke bare for Oslo-brukere. Det er en tendens som gjør seg gjeldende for hele landet. Utfordringene knyttet til slike tilpasninger kan ha blitt forsterket av kravene i spesialisthelsetjenesten til å overholde tidsfrister og ensidig oppmerksomhet om behandlingsnivå. Slike hensyn kan gå på bekostning av muligheter for å skape en god tilpasning mellom behov og tilbud. Men problemstillingen med ”matching” mellom behov og tilbud, skyldes ikke bare rusreformen. Det er et problem som er internasjonalt kjent, og forsøk med ”matching” blant alkoholavhengige, har vist liten effekt (Project MATCH Research Group, 1997).

Varierte erfaringer med samhandling og samarbeid mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten etter reformen

Samhandling mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten gir et sammensatt bilde. En reaksjon, både fra sosialtjenesten og fra institusjonene/rustiltakene er at samhandlingen i mange tilfeller er personavhengig og at der hvor samhandlingen var god før reformen, er den også god etter reformen. I surveyen fra sosialtjenesten i bydelene i Oslo er det en tendens i svarene til at det ikke er skjedd store endringer i samhandlingen etter reformen. Men det er variasjoner, alt etter i hvilke situasjoner samhandlingen finner sted. De områder det her gjelder er samhandling i forbindelse med henvisninger og utredninger, i forbindelse med klientens opphold på institusjon og under oppfølging i kommunen. Andre forhold knyttet til samhandling er brukernes valg av behandlingstiltak og informasjon om henvisninger fra leger.

- På spørsmålet om samhandling i forbindelse med *henvisninger og utredning til behandling* har sosialtjenesten ulike erfaringer: fem av tolv kontor melder om ingen endring i samhandlingen, fire kontor mener at samhandlingen er blitt dårligere mens tre kontor erfarer at den er blitt bedre.
- Når det gjelder samhandling *under klientens opphold på institusjon* melder syv av tolv kontor om ”ingen endring” i samhandlingen mens fem kontor har erfart at samhandlingen er blitt dårligere.

- På spørsmålet om samhandling med rustiltaket *under oppfølging av klienten i bydelene* svarer flertallet av kontorene at det ikke er skjedd noen endring mens et par kontor melder om dårligere samhandling.
- Surveyen viser at brukernes mulighet for valg av behandlingstiltak er blitt dårligere etter reformen.
- Sosialkontorene er lite informert om henvisninger av klienter fra leger og har dårlige muligheter for å følge opp denne klientgruppen i bydelene etter utskrivning fra behandlingstiltak
- Bydelene i Oslo kommer dårligere ut enn landet ellers når det gjelder oversikt over henvisninger fra leger.
- Spesialisthelsetjenesten oppleves som fjernere enn den kontakten sosialtjenesten hadde med Rusmiddelstaten før reformen.
- Før reformen var det en bedre kvalitetssikring av kontinuiteten og sammenhengen i tiltakene, særlig i forbindelse med utskrivning fra institusjon til kommunen.

Dekning av tjenester

Etter sosialtjenestens oppfatning er *dekningen av tilbud i spesialisthelsetjenesten* til brukerne blitt dårligere etter reformen. Et flertall av sosialkontorene i bydelene i Oslo mener at det regionale helseforetaket ivaretar sitt "sørge for" ansvaret dårligere enn Rusmiddelstaten gjorde før reformen. Konsekvensene av rusreformen, når det gjelder "sørge for" ansvaret slår negativt ut for brukere i Oslo sammenlignet med landet ellers. Den nasjonale evalueringen har imidlertid ikke kunnet dokumentere redusert behandlingsskapasitet i Helse Øst, RHF.

Endringene kan oppleves mer negativt i Oslo enn i landet ellers, fordi Oslo før reformen hadde etablert en sammenhengende tiltakskjede fra lavterskelnivå til spesialistnivå under en og samme forvaltningsenhet.

Ut fra en samlet vurdering mener flertallet av sosialkontorene at tilbudene til rusmiddelmissbrukere generelt i spesialisthelsetjenesten er blitt dårligere etter reformen og at det regionale helseforetaket ivaretar "sørge for" ansvaret dårligere enn Rusmiddelstaten gjorde før reformen.

Klienter i kommunale omsorgsinstitusjoner

Som del av oppdraget for Rusmiddelstaten er det foretatt en beskrivelse av klientpopulasjonen i kommunale rustiltak i 2003 og 2005.

Når det gjelder kilde til livsopphold er det skjedd en viss endring fra økonomisk sosialhjelp til rettighetsbaserte trygdeytelser som uføretrygd og rehabiliteringspenger. En økning i bruken av rehabiliteringspenger kan sees som et uttrykk for at man ved de kommunale tiltakene arbeider aktivt med en større andel av brukerne.

Ser vi på alle trygdeytelser samlet, var andelen i 2003 40 prosent mot 50 prosent i 2005, tilsvarende nedgangen i sosialhjelpstønad.

Boligforholdene tyder på at forholdene er blitt noe dårligere i 2005. Dette tyder på at brukere i de kommunale tiltakene er blitt en mer marginal gruppe rusmiddelmissbrukere. Sett på bakgrunn av satsingen i Oslo kommune på boligtiltak, kan det se ut som om tiltakene ikke har nådd denne brukergruppen. Rusmiddelstaten kan dokumentere at hospits brukes mindre nå enn før reformen.

Helseplager har også økt i brukergruppen, noe som forsterker inntrykket av at brukerne er blitt en mer marginalisert gruppe.

Helseplagene viser en prosentvis økning fra 2003 til 2005 og andelen med minst en helseplage **siste fire uker** er steget med 13 prosentenheter i perioden.

Marginaliseringen av denne brukergruppen kommer også til syne ved at en stor andel er gått over på LAR etter reformen.

Heroin var det mest brukte rusmiddelet begge år, men tallene viser en klar nedgang fra 2003 til 2005. Andelen på heroin var 59 prosent i 2003 mot 45 prosent i 2005. Denne nedgangen fanges opp, og mer enn det, av LAR-tiltak som i 2005 til sammen utgjorde 23 prosent av klientene.

Hovedkonklusjoner

Ingen reduksjon i tid i behandling

Det er i ikke skjedd endringer i tid i behandling ved spesialistinstitusjoner etter rusreformen. Situasjonen er ventet å endre seg i forbindelse med inngåelse av nye driftsavtaler med de private rustiltakene i løpet av 2008. Det vil kunne skje en viss nedkorting av liggetider på langtidsplasser.

Økning i ventetid til inntak i behandlingstiltak

Ventetid til inntak i behandlingstiltak er økt etter reformen fra syv uker til nær ti uker i 2006 (gjennomsnitt for alle typer tiltak). Halvparten av brukerne hadde en ventetid på to uker i 2003 mens det tilsvarende tallet for 2006 var seks uker. Situasjonen er dårligere for søkere fra Oslo enn landet ellers når det gjelder ventetider til poliklinikk og døgntiltak. Økningen i ventetidene skyldes ikke redusert kapasitet i spesialisthelsetjenesten men en sterk økning i antall henvisninger.

Det er store forskjeller i ventetider og gjennomsnittet påvirkes av at et lite antall brukere er registrert med svært lange ventetider, over et år¹.

Økningen i ventetider er størst for private institusjoner med driftsavtale med Helse Øst RHF og er større for polikliniske tiltak enn for døgntiltakene.

¹ Så lange ventetider skyldes antakelig spesielle forhold som f. eks. at brukeren kun vil akseptere helt bestemte behandlingstiltak. Brukeren kan ha andre tilbud fra kommune/bydel eller spesialisthelsetjenesten i ventetiden.

Samhandling mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten vanskeligere etter reformen

Hovedtendensen i evalueringen trekker i retning av at det ikke er skjedd store endringer eller at samhandlingen er blitt dårligere etter reformen. Bydelene i Oslo skårer dårligere på erfaringer med samhandlingen enn kommuner i landet ellers.

Andre konsekvenser for brukere i Oslo

Etter sosialtjenestens syn har rusreformen flere negative konsekvenser for brukere i Oslo. Erfaringer så langt viser at

- at det er flere ”feilhenvvisninger” nå enn før reformen fra vurderingsenhetene og at det er blitt dårligere tilpasning mellom klientens behov og type behandlingstilbud
- at det er mangler i kompetansen ved vurderinger av henvisninger til spesialisthelsetjenesten,
- at mulighetene for valg av institusjon for søkerne er blitt dårligere etter reformen,
- at tilbudene til brukere med alvorlige psykiske lidelser er etter kontorenes skjønn ikke endret eller er blitt dårligere
- at det er flere problemer med tvangsplasseringer nå enn før reformen

Videre undersøkelser

Vi vil peke på et par forhold for brukerne som er uavklart under evalueringen og hvor vi mener det er behov for forskningsinnsats. Det ene gjelder konsekvenser og håndtering av ulike former for brudd i behandlingsforløpet og under oppfølgingen i bydelene. Det andre forholdet dreier seg om utfordringer i tilpasningen mellom brukers behov og type behandlingstiltak.

1 Innledning

Utgangspunktet for evalueringsprosjektet er iverksetting av rusreformen fra 1. januar 2004. Overordnet målsetning med rusreformen fra Stortinget er at rusmiddelmisbrukere skal få et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, og at behandlingsresultatene skal bli bedre (Helsedepartementet 2004). Rusreformen representerer den siste av en rekke vesentlige endringer i hjelpetilbudet til rusmiddelmisbrukere. En evaluering av hvilke virkninger rusreformen har hatt, må isoleres fra de virkninger som skyldes andre forhold. På noen vesentlige områder er det formulert målsettinger med rusreformen som har blitt mindre vektlagt i hjelpetilbudet til rusmiddelmisbrukere tidligere:

Mange var engstelig for at rusfeltet ville tape i en prioriteringskamp med de somatiske- og psykiatriske, mens andre så rusreformen som en viktig forutsetning for å kunne synliggjøre store udekkede hjelpebehov.

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

I forbindelse med reformen overtok staten rustiltak med i alt 200 plasser som var eiet og drevet av Oslo. Tiltakene ble organisert i Helse Øst RHF.

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

For hjelpetilbudene i Oslo, og ikke minst for Oslo kommune, har rusreformen representert store endringer i ansvarsforhold, organisering og styring av tjenestetilbudet. I kommunen var man redd for at den sammenhengende tiltakskjeden som var bygget opp skulle fungere dårligere etter reformen.

1.1 Bestilling fra Rusmiddeletaten i Oslo

I kravspesifikasjonen skriver Rusmiddeletaten at evalueringen skal foretas med sikte på tre parametre:

- Tid i behandling
- Ventetid til inntak på behandlingsinstitusjon

- Samarbeid mellom Oslo kommune og spesialisthelsetjenesten.

I tillegg ønsket Rusmiddeletaten en sammenligning av klientkartlegginger i omsorgstiltak i Oslo i årene 2003 og 2005.

I bestillingen til evalueringen omtaler RME de fire hovedpunktene:

Tid i behandling

Populasjonen er klienter fra Oslo kommune som ble utskrevet fra Helse Øst RHF i tidsperioden 01.11.05 til 31.03.2006. Denne populasjonen skulle sammenlignes med RME sine egne data om tid i behandling fra 2003.

I løpet av evalueringen viste det seg at data fra Helse Øst ikke var tilgjengelige fra den aktuelle undersøkelsesperioden eller fra andre tidsrom etter reformen. I forbindelse med den nasjonale evalueringen av rusreformen planla IRIS en egen datainnsamling om oppholds- og ventetider ved rustiltak i spesialisthelsetjenesten som delvis kunne erstatte de manglende data fra Helse Øst RHF. RME og IRIS ble enige om å inkludere disse opplysningene i denne evalueringen. Grunnet frafall i datainnsamlingen har vi fullstendige data fra 13 av 22 institusjonene fra Oslo som ble overført til Helse Øst RHF. I ettertid er det innhentet informasjon om tid i behandling fra de ni tiltakene som ikke svarte på undersøkelsen i første omgang.

Ventetid på inntak til behandling

I bestillingen fra RME heter det at ventetiden fra det formelle vedtaket er fattet, til klienten fysisk kommer til institusjonen skal sammenlignes før og etter reformen. Studien skulle omfatte samtlige 22 tiltak som ble overført til helseforetakene fra Oslo kommune.

Rusmiddeletaten har egne data som viser ventetider for inntak i institusjon fra perioden før reformen i 2004. For å sammenligne med situasjonen etter reformen, var det planen å bruke nyere data fra Helse Øst RHF. Som kommentert ovenfor var ikke disse dataene tilgjengelige. Dette er imidlertid data som inngår i IRIS sin egen undersøkelse i forbindelse med den nasjonale evalueringen.

Samarbeid mellom bydelene og spesialisthelsetjenesten

Målgruppen for denne delen av oppdraget er sosialtjenesten i bydelene i Oslo. I bestillingen fra RME foreslås det at man intervjuer et utvalg ansatte ved sosialtjenesten i bydelene.

Denne delen av oppdraget ble løst ved intervju av ansatte innen rusfeltet på et utvalg sosialkontor i bydelene og en egen undersøkelse med spørreskjema til sosialtjenesten i samtlige bydeler i kommunen. Vi fikk svar fra 12 av 15 sosialkontor.

Klientopplysninger

Innen rusfeltet innhentes årlig klientopplysninger fra behandlingsinstitusjonene på et eget skjema: "Klientkartleggings skjema til bruk innen rusfeltet"². Avtalen med RME var å presentere utvalgte klientopplysninger som alder, kjønn, inntekts- og boligforhold rusbruk og helseopplysninger over klienter i omsorgsinstitusjoner i Oslo fra årene 2003 og 2005.

Undersøkelsesperiode

Undersøkelsesperioden for evalueringen var i utgangspunktet satt fra 01.11.05 til 31.03.05. Prosjektperioden ble i første omgang forlenget til juni 2006, fordi oppstarten av prosjektet ble utsatt. Siden ble leveringsfristen ytterligere utsatt for å kunne inkludere data innsamlet ved IRIS høsten 2006.

I forbindelse med den nasjonale evalueringen av rusreformen planla IRIS, høsten 2006, å samle inn data fra et utvalg rustiltak som også deltok i en kartlegging før reformen (T. Gundersen et al. 2004). IRIS tilbød RME å erstatte manglende data fra Helse Øst RHF med egne data. Det ble på denne bakgrunn avtalt en senere dato for ferdigstillelse av rapporten til Rusmiddeletaten. Dette førte til en forsinkelse på ca. et halvt år for avtalt leveringstid av endelig rapport.

1.2 Arbeidsmåter

Det er gjort bruk av ulike metoder i undersøkelsen. Målet for undersøkelsen er å kartlegge eventuelle forskjeller i tjenestene til rusmiddelmissbrukere etter rusreformen på bakgrunn av tre parametre: ventetider på plass i rustiltak, oppholdstider i rustiltak og samarbeid mellom sosialtjenesten i Oslo og spesialisthelsetjenesten. I tillegg foretas en beskrivelse av opplysninger av klienter i omsorgsinstitusjoner i Oslo i 2003 og 2005.

Rusmiddeletaten har stilt to datasett til disposisjon: et datasett fra med opplysninger om klienter utskrevet fra rustiltak i 2003 og to datasett fra databasen "Klientkartleggingsdata til bruk for tiltak i rusfeltet" for årene 2003 og 2005. Ved å selektere ut de tiltakene som ikke ble overført til spesialisthelsetjenesten i 2004, kunne vi sammenligne data for de samme omsorgstiltakene i 2003 og 2005.

Fra kartleggingsundersøkelsen gjennomført av IRIS i 2003 og 2005 har det vært mulig å trekke ut data fra de aktuelle institusjonene som ble overført fra Oslo til Helse Øst RHF i forbindelse med reformen.

Mange datakilder inngår i dette prosjektet, og vi gir derfor en samlet oversikt over de ulike kildene i oversikten nedenfor.

2 Registreringen administreres av Bergensklinikkene, Sosial- og helsedirektoratet og SIRUS.

Oversikt over datakilder:

Datakilde	Årstall	Opplysninger	Vurdering av data
Klientdata fra Rusmiddeletaten	2003	Data om ventetider på plass i institusjon fra søknad er sendt. Oppholdstid i institusjon Ventetid på plass i institusjon Kjønn, alder	Kvantitative data Stort frafall av opplysninger om <i>ventetider</i> (nær 50%), ellers lite frafall.
”Klientkartleggingsdata til bruk for tiltak i rusfeltet”. RME/Sosial- og helledirektoratet	2003 og 2005	Klientdata om kjønn, alder, boligforhold, helse, rusmidler med mer.	Kvantitative data Store andeler med ubesvarte opplysninger.
Personlige intervju med ansatte i sosialtjenesten i bydeler i Oslo. IRIS	2006	Samhandling med spesialisthelsetjenesten før og etter rusreformen. Vurdering av tilbud.	Kvalitative data.
Spørreskjema til sosialtjenesten i bydeler i Oslo. IRIS.	2006	Ressursbruk. Tjenestetilbud Samhandling med spesialisthelsetjenesten. Pasientrettigheter.	Bra kvalitet på besvarte skjema. Mangler svar fra tre av 15 sosialkontor.
Database om pasientopplysninger fra rustiltak. 2003: SINTEF/RF 2006: IRIS	2003 2006	Pasientopplysninger: ventetider på plass i institusjon. Kjønn, alder, institusjonstype.	Kvantitative data. Noe frafall fra institusjoner. Tilfredsstillende datakvalitet.
Database om institusjonsopplysninger fra rustiltak. (2003: SINTEF/RF) 2006: IRIS	2003 2006	Institusjonsopplysninger: Endringer i oppholdstider og endringer i årsverk. Oppgaver fra institusjonsledere. Oppgaver fra institusjonsledere/behandlere.	Kvantitative data. Noe frafall. Tilfredsstillende datakvalitet.
Intervju med ansatte i tiltak og administrasjon i Helse Øst RHF. IRIS	2006	Intervjuer om rusreformen. Strukturelle forhold og konsekvenser for brukere.	Kvalitative data
Intervju med brukere og brukerorganisasjoner	2006	Personlige intervju om brukererfaringer. Brukerorganisasjonenes syn på rusreformen.	Kvalitative data
KOSTRA Statistisk sentralbyrå, RME	2003 2005	Ressursbruk i sosialtjenesten innen rusfeltet	Regnskapsdata. Feil i data fra Oslo kommune i 2003.

Samlet sett er de valgte data tilstrekkelige for å belyse oppdraget for Oslo kommune. Flere opplysninger kan verifiseres ved at vi får informasjon fra ulike kilder.

2 Vente- og oppholdstider

2.1 Vente- og oppholdstider registrert i RMEs database før reformen

Data til denne delen av undersøkelsen er basert på RMEs egen database om klienter fra 2003. Databasen inneholder opplysninger om i alt 221 klienter. I tabellene nedenfor gis opplysning om gjennomsnitt og variasjon i antall dager ventetid og oppholdstid. Det er et stort frafall (50 prosent) av opplysninger når det gjelder ventetid på plass i institusjon. Vi viser også tallet på dager fordelt på ulike kjennetegn som kjønn og institusjon. En tabell viser aldersfordeling på klientene ved inntak til institusjon. Det foreligger ikke tilsvarende tall fra Helse Øst RHF etter reformen, se innledningen. SINTEF/RF/IRIS har innhentet opplysninger om ventetider i 2003 og i 2006. Disse dataene blir presentert i avsnitt 2.3.

IRIS har i 2006 spurt institusjonene om eventuelle endringer i oppholdstider i forbindelse med reformen. Opplysninger om dette gis i avsnitt 2.4.

2.1.1 Vente- og oppholdstider i 2003, fra RMEs database

Klientene har ventet i gjennomsnitt drøyt halvannen måned på inntak i institusjon før reformen

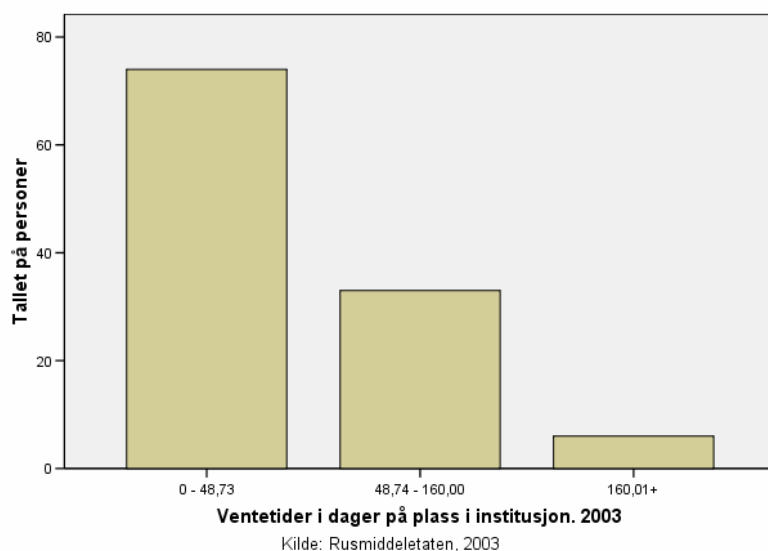
I gjennomsnitt ventet klientene i 49 dager på plass i institusjon fra vedtak ble fattet til klienten fysisk møtte på institusjonen. Det er en god del variasjon rundt gjennomsnittet. Uttrykt ved standardavviket er variasjonen i ventetider 56 dager i gjennomsnitt for klientene. Halvparten av klientene (median) har ventet 37 dager eller mindre mens den første fjerdedelen har ventet 7 dager eller mindre, se tabell 1.

Gjennomsnittlig ventetid på inntak i institusjoner er syv uker. Halvparten har ventet i drøyt fem uker mens 75 prosent har ventet i 8,5 uker eller mindre. Den fjerdedelen av klientene som har ventet lengst har ventet 8,6 uker eller mer. Denne fjerdedelen gjelder kun seks klienter, og gjennomsnittlig ventetid for denne gruppen en 30 uker. Dette illustrerer skjevheten i fordelingen av ventetider, se også Figur 1.

Tabell 1. Ventetider på plass i institusjon i 2003. Gjennomsnitt og spredning

	Tallet på dager
<i>Gjennomsnitt</i>	49
<i>Median</i>	37
<i>Standardavvik</i>	56
<i>Minimum</i>	1
<i>Maksimum</i>	267
<i>Persentiler</i> 25	7
50	37
75	60
<i>Antall klienter</i> 113	
<i>Ingen opplysning</i> 108	

Kilde: Rusmideletaten, Oslo kommune



Figur 1. Ventetid på plass i institusjon i 2003. Dager

Oppholdstid i institusjon er noe under 9 måneder i gjennomsnitt

Varighet av tid i institusjon var i gjennomsnitt på 261 dager, med store variasjoner mellom pasientene (standardavviket på 278 dager). Halvparten av klientene (medianen) hadde en oppholdstid på 161 dager, se Tabell 2.

Omregnet til uker/år blir tallene:

Gjennomsnittlige antall uker tid i institusjon: 37,3 uker.

Halvparten av klientene har oppholdt seg på institusjonen i opp til 24 uker.

Tabell 2. Tid i institusjon i 2003. Gjennomsnitt og spredning. Dager

	Tallet på dager
<i>Gjennomsnitt</i>	261
<i>Median(dager)</i>	161
<i>Standardavvik</i>	278
<i>Minimum</i>	1
<i>Maksimum</i>	1805
<i>Persentiler</i> 25	54
50	161
75	378
<i>Antall klienter</i> 221	

Kilde: Rusmiddeletaten, Oslo kommune

Vente- og oppholdstider ved de ulike institusjonene

Tabellen viser at Tyrili og Veiviseren hadde lengst ventetider med henholdsvis 89 og 85 dager i gjennomsnitt per klient. Kortest ventetid hadde Kimerud, Langørjan og Veksthuset.

Det er ikke store forskjeller mellom menn og kvinner.

Tabell 3. Gjennomsnittlige vente- og oppholdstider i behandlingstiltak. 2003*. Dager

Institusjon	<i>Antall dager opphold i institusjon Gjennomsnitt antall dager</i>	<i>Ventetider på plass i institusjon Gjennomsnitt antall dager</i>
AFS	239	79
Arken	119	73
Kimerud	279	9
Langørjan Gård	327	11
Mørk gård	225	55
Origo	212	36
Tyrili	536	89
Ullvin	72	54
Veiviseren	269	85
Veksthuset	200	11
Veslelien	300	54
<i>I alt</i>	261	49

Kilde: Rusmiddeletaten, Oslo kommune

Tabell 4. Gjennomsnittlige vente- og oppholdstider i dager for menn og kvinner på behandlingstiltak i 2003. Dager

Kjønn	<i>Antall dager opphold i institusjon Gjennomsnitt</i>	<i>Ventetider på plass i institusjon Gjennomsnitt</i>
<i>Mann</i>	258	50
<i>Kvinne</i>	266	47
<i>I alt</i>	261	49

Kilde: Rusmildeletaten, Oslo kommune

Tabell 5. Brukere fra Oslo kommunes tiltak fordelt på kjønn. 2003. Prosent

Institusjon	<i>Kjønn</i>		<i>I alt</i>
	<i>Mann</i>	<i>Kvinne</i>	
<i>AFS</i>	9	8	9
<i>Arken</i>	0	23	8
<i>Kimerud</i>	7	1	5
<i>Langørjan Gård</i>	12	8	10
<i>Mørk gård</i>	9		6
<i>Origo</i>	3	1	3
<i>Tyrili</i>	13	11	12
<i>Ullvin</i>	12	16	13
<i>Veiviseren</i>	7	8	7
<i>Veksthuset</i>	15	5	12
<i>Veslelien</i>	14	19	15
<i>I alt</i>	100	100	100

Kilde: Rusmildeletaten, Oslo kommune

Tabell 6. Andel menn og kvinner i institusjonene. 2003. Prosent

Institusjon	<i>Kjønn</i>		<i>I alt</i>
	<i>Mann</i>	<i>Kvinne</i>	
<i>AFS</i>	68	32	100
<i>Arken</i>	0	100	100
<i>Kimerud</i>	91	9	100
<i>Langørjan Gård</i>	74	26	100
<i>Mørk gård</i>	100	0	100
<i>Origo</i>	83	17	100
<i>Tyrili</i>	74	30	100
<i>Ullvin</i>	59	4	100
<i>Veiviseren</i>	63	38	100
<i>Veksthuset</i>	85	15	100
<i>Veslelien</i>	59	41	100
<i>I alt</i>	67	34	100

Kilde: Rusmildeletaten, Oslo kommune

Alder ved inntak til institusjon

I gjennomsnitt for alle klienter var gjennomsnittalderen 33 år ved inntak til institusjon. Det var i gjennomsnitt åtte år i forskjell mellom klientene. En andel på 25 prosent var over 40 år.

Tabell 7. Alder ved inntak i institusjon. 2003. Gjennomsnitt

Institusjon	<i>Alder inn i inst Gjennomsnitt antall år</i>
AFS	29
Arken	32
Kimerud	35
Langørjan Gård	31
Mørk gård	33
Origo	31
Tyrili	33
Ullvin	38
Veviseren	40
Veksthuset	26
Veslelien	35
<i>I alt</i>	33

Kilde: Rusmiddeletaten, Oslo kommune

Det er en systematisk sammenheng mellom alder og ventetid på inntak til institusjon. Dess eldre klientene er, dess lenger er ventetiden (korrelasjonen $r = 0,30$). Det ingen systematisk sammenheng mellom oppholdstider og alder.

Årsaken til at eldre venter noe lengre enn yngre misbrukere på inntak til institusjon kan skyldes at yngre brukere ble prioritert høyere av sosialtjenesten (før reformen). Alder har ingen effekt på oppholdstider. Dette kan ha sin bakgrunn i at behovene for behandling er jevnt fordelt over aldersgruppene og det samme med avbrudd i behandlingen.

2.2 Vente- og oppholdstider 2003 og 2004, IRIS/SINTEF undersøkelsen av rustiltak

For å sammenligne vente- og oppholdstider på rustiltakene fra før 2004 med situasjonen etter reformen, var planen å sammenligne med database fra Helse Øst RHF. Til erstatning for klientdata fra Helse Øst RHF, bruker vi her data som IRIS/SINTEF har samlet inn.

2.2.1 Datagrunnlag

Datamaterialet fra IRIS/SINTEF undersøkelsene er gjennomført første gang i 2003 av IRIS/SINTEF og siste gang i 2006 av IRIS. På grunnlag av dataene kan man foreta en analyse av vente- og oppholdstider før- og etter reformen.

Det er et mindre frafall av institusjoner/tiltak. Når det gjelder opplysninger på institusjonsnivå av tiltak som ble overført fra Oslo til Helse Øst RHF, har vi i 2006 ikke fått svar fra én akuttinstitusjon, to langtidsinstitusjoner, ett (poliklinisk) LAR-tiltak og tre poliklinikker.

Når det gjelder individuelle pasientopplysninger mangler vi svar fra én akuttinstitusjon, tre polikliniske tiltak og ett langtidstiltak.

Databasene inneholder to typer opplysninger. Det ene datasettet inneholder opplysninger om den enkelte klient gitt av behandlere ved de ulike institusjonene begge år.

Det andre datasettet inneholder data om vente- og oppholdstider mv. for de enkelte tiltakene, men har ingen individuelle klientopplysninger. Svar er gitt av leder for institusjonen.

Svarene gir en meget god dekning av tiltak som ble overført fra Oslo til Helse Øst RHF i forbindelse med reformen.

I klientdatabasen mangler det opplysning på enkelte av spørsmålene. På spørsmål om ventetider mangler det opplysning for 14 prosent av klientene. Vi har ingen indikasjoner på at frafallet er systematisk. Vi mener at opplysningene er representative for den aktuelle populasjonen.

I institusjonsdatabasen er alle spørsmål besvart når det gjelder oppholdstider og årsverk. Statistikken gir derfor er representativt av situasjonen ved tiltak overført fra Oslo til Helse Øst RHF.

2.2.2 Lenger ventetider etter reformen - sammenligning mellom 2003 og 2006

Ventetider³ i 2003 ved tiltak i Oslo som ble overført til Helse Øst RHF i 2004 var 6,2 uker⁴. Tall fra 2006 for de samme institusjonene, nå overtatt av Helse Øst RHF, viser en ventetid på nær 10 uker, se Tabell 8. Økning i ventetider, i gjennomsnitt for alle institusjonene, er da økt fra 6,2 uker i 2003 til 9,9 uker i 2006.

³ De oppgitte ventetidene gjelder klienter som var innlagt på tiltakene på undersøkelsestidspunktet.

⁴ Tall fra RMEs egen database viser en ventetid på syv uker i gjennomsnitt for behandlingstiltakene som i 2003 tilhørte/hadde avtale med Oslo kommune, jfr. Tabell 1.

Målt med median (50 prosent av fordelingen) hadde en ventetid på 2 uker i 2003 mens det tilsvarende tallet i 2006 var 6 uker. Spredningen i ventetider er større i 2006 og en liten andel brukere har ventet over ett år.

Som vist ovenfor er det i 2006 større spredning i ventetider mellom klientene enn i 2003. Et fåtall brukere har fått lengre ventetider i 2006 sammenlignet med 2003. Standardavviket (et standardisert mål på variasjonen i materialet) var 8 uker i 2003 mot 12,5 uker i 2006. Et stort flertall av brukerne (75 prosent) har i 2006 ventet i maksimum 12 uker

Blant de 25 prosent av brukerne som har ventet lenger enn 12 uker i 2006 er det et fåtall som har ventet over et år. Et antall på seks brukere på "Oslo-institusjoner" eller drøyt en prosent, er oppgitt å ha ventet over ett år på behandlingsplass i 2006. Vi har ikke informasjon om de enkelttilfellene dette gjelder. Generelt vil vi si at slike lange ventetider kan ha sin bakgrunn i at søker/henvisende instans ønsker et bestemt tiltak, selv om vedkommende får andre tilbud. Ett av tiltakene med søkere som i statistikken har oppgitt ventetider på over ett år, bekrefter at det i verste fall ekstremt lange ventetider kan forekomme og at dette skyldes flere faktorer. Et viktig forhold er de avtaler tiltaket har med de regionale helseforetakene når det gjelder antall plasser og prioriteringer mellom henvisninger fra foretakene, men også andre forhold kan spille inn. Det finnes imidlertid ingen dokumentasjon på om prioriteringer rammer søkere fra Oslo sterkere enn søkere fra andre kommuner i helseregion Øst eller fra andre helseregioner som tiltaket har driftsavtale med.

De ekstremt lange ventetidene påvirker den gjennomsnittlige ventetiden, men er ikke uttrykk for en generell kapasitetsmangel, heller knapphet på spesielt etterspurte plasser. Tilsvarende lange ventetider forekom også før reformen.

Ventetider på plass i institusjoner "Oslo-institusjoner" er økt med 3,7 uker etter reformen (gjennomsnitt for alle typer tiltak). På andre behandlingsinstitusjoner er økningen nesten den samme. "Oslo-institusjonene" kommer altså ikke dårligere ut enn andre behandlingsinstitusjoner i landet når det gjelder ventetider til behandling.

Tabell 8 Klienter i behandlingstiltak i 2003 og 2006 etter ventetid på inntak i institusjon til klienten fikk tilbud. Gjennomsnitt og median. Uker

Tiltak:	År			
	2003		2006	
	Gjennomsnitt Uker	Median Uker	Gjennomsnitt Uker	Median Uker
<i>Fra Oslo til Helse Øst 2004</i>	6,2	2	9,9	6
<i>Omsorgsinst. i Oslo 2003 og 2006</i>	4,7	2	3,4	1
<i>Andre tiltak, ikke fra Oslo</i>	8,6	5	9,5	5
Alle	6,3 (n=3093)	3 (n=3093)	8,7 (n=1806)	4 (n=1806)

Kilde: SINTEF/RF 2003, IRIS 2006.

Når vi bryter ventetider ned på type tiltak, viser det seg at det er ventetider på de polikliniske tiltakene som øker mest og som er årsak til størstedelen av økningen.

I 2003 var ventetiden på poliklinikker 2,3 uker mot 5,6 uker i 2006.

Ventetider på dagtilbud har endret seg lite og gikk ned fra 8,5 uker i 2003 til 7,9 uker i 2006.

Ventetider på døgntilbudene økte fra 9,4 uker i 2003 til 10,6 uker i 2006.

Ventetiden har gått mest opp for de polikliniske tilbudene og økte med 3,3 uker. Ventetider for dagtilbudene har bare økt med 0,6 uker, mens ventetiden på døgntilbudene er økt med 1,2 uker, se Tabell 9.

Tabell 9. Klienter i tiltak i 2003 og 2006 etter ventetid på inntak til behandling etter typer tiltak. Tiltak i Oslo som ble overført til Helse Øst RHF i 2004 sammenlignet med andre behandlingstilbud i landet. Gjennomsnitt. Uker

Behandlingsnivå	Ventetid uker. Gjennomsnitt			
	Oslo-institusjoner overført til Helse Øst RHF 2004		Landet ellers	
	2003	2006	2003	2006
<i>Poliklinisk</i>	2,3	5,6	4,7	7,0
<i>Dagtilbud</i>	8,5	7,9	8,6	10,1
<i>Døgntilbud</i>	9,4	10,6	7,2	9,4
<i>I alt</i>	6,3	10,0	6,1	8,8

Kilde: IRIS 2006.

2.2.3 Ventetider, offentlige og private tiltak

Innen rusfeltet er det en stor andel private tiltak. Staten har overtatt de offentlige tiltak mens de private ikke har endret eierskap. De har endret avtalepartner fra fylkeskommunen til de regionale foretakene.

Vi vil her vise forskjeller i ventetider før og etter reformen for offentlige og private rustiltak, se Tabell 10.

For offentlige tiltak innen helseregion Øst er det bare små forskjeller i ventetider før og etter reformen; under en uke i gjennomsnitt. Det er store forskjeller mellom tiltakene og de er økt etter reformen. Det er en økning i ventetider over 13 uker fra 2003 til 2006, se tabellene 11 og 12.

For de privat eide tiltakene innen helseregion Øst er ventetiden økt med nær fire uker etter reformen, men forskjellene er stor, men forholdsvis stabil mellom institusjonene, Tabell 10. Også her er det ventetider over 13 uker som særlig har økt, Tabell 11 og Tabell 12.

Ventetiden i offentlige tiltak utenfor helseregion Øst har økt med tre uker og de private tiltakene med to uker.

Ventetider har økt mest for private tiltak innen helseregion Øst. I dette er inkludert private institusjoner som brukere fra Oslo blir henvist til. Ventetiden innen de offentlige tiltakene i helseregion Øst er bare økt i liten grad.

Tabell 10. Klienter etter ventetid fra søknad ble mottatt til klienten fikk plass på rustiltak i årene 2003 og 2006. Gjennomsnitt. Uker

	2003		2006	
	Gjennomsnitt	Standard-avvik	Gjennomsnitt	Standard-avvik
Offentlige tiltak i helseregion Øst	5,7	7,5	6,5	10,3
Private tiltak i helseregion Øst	6,3	11,1	10,0	12,1
Offentlige tiltak utenfor helseregion Øst	7,4	10,9	9,6	11,7
Private tiltak utenfor helseregion Øst	6,4	8,0	10,1	12,1
Alle tiltak	6,4	9,5	8,7	11,5

Kilde: IRIS 2006. N =1795 personer, 2003 N=3093 personer.

Tabell 11. Klienter etter ventetid i gruppert etter uker fra søknad ble mottatt til klienten fikk plass på rustiltak i 2003. Offentlige og private tiltak. Prosent

	Offentlige og private tiltak 2003				Total
	Offentlige tiltak i Helse Øst	Private tiltak i Helse Øst	Offentlige tiltak utenfor Helse Øst	Private tiltak utenfor Helse Øst	
<= 0 uker	12	18	13	12	14
1 – 12 uker	76	68	71	71	72
13 – 24 uker	9	7	8	13	9
25+ uker	3	6	8	3	5
I alt	100	100	100	100	100

Kilde: IRIS 2006. N =1795 personer, 2003 N=3093 personer.

Tabell 12. Klienter etter ventetid i uker fra søknad ble mottatt til klienten fikk plass på rustiltak i 2006. Offentlige og private tiltak. Prosent

	Offentlige og private tiltak 2006				Total
	Offentlige tiltak i Helse Øst	Private tiltak i Helse Øst	Offentlige tiltak utenfor Helse Øst	Private tiltak utenfor Helse Øst	
<= 0 uker	21	6	9	5	12
1 – 12 uker	64	71	67	67	67
13 – 24 uker	10	13	15	20	14
25+ uker	4	10	10	8	8
I alt	100	100	100	100	100

Kilde: IRIS 2006. N =1795 personer, 2003 N=3093 personer.

2.2.4 Ventetider på tiltaks-/institusjonsnivå

De gjennomsnittlige ventetidene for **hver institusjon eller hvert tiltak** er en annen måte å vurdere ventetidene på.

I 2006 er den maksimale ventetiden i gjennomsnitt for de registrerte klientene på "Oslo institusjonene" 17,45 uker og variasjonen (målt ved standardavviket) mellom tiltakene er 5,6 uker, altså ikke en veldig stor forskjell. Uttrykt på en annen måte: den gjennomsnittlige variasjonen i ventetider mellom tiltakene er på 5,6 uker.

Tiltak med mellom 14 og 18 ukers ventetid i 2006 er: Tyrilistiftelsen, Veslelien, Mørk Gård (og Stiftelsen Risby behandlingssenter?).

Fra og med 10 til og med 13 ukers ventetid har: Origosenteret og Ullvin.

Fra og med fem uker til og med ni ukers ventetid har: Stiftelsen Rus-Net, Trasoppklinikken, Veksthuset i Oslo, A-Senteret og Kollektivet Arken.

Over en uke, men under fem ukers ventetid: Incognito klinikk.

Under en ukes ventetid: Akuttinstitusjonen Montebello.

Sammenligning mellom tiltakene i 2003 og i 2006 viser en økning i ventetidene på institusjonsnivå fra fem uker i 2003 til 7,5 uker i 2006. Standardavviket i 2003 var 5,9 mot som vist ovenfor 5,6 i 2006. På institusjonsnivå er altså forskjellene mellom institusjonene svært like i 2003 og 2006, men forskjellene mellom klientene har endret seg betydelig mer.

2.2.5 Ventetider, tall for hele landet

Tallene for hele landet for **ventetider på klientnivå** avviker noe fra de tidligere Oslo-institusjonene, men ikke mye. I 2006 var ventetiden 8,8 uker på landsbasis mot 10 uker for Oslo-institusjonene (alle behandlingsnivå). Ventetiden på døgntilbudene i 2006 var 9,4 uker på landsbasis mot 10,6 uker ved de tidligere Oslo-institusjonene.

Ventetiden i Oslo-tilbudene har økt litt mellom 2003 og 2006, bortsett fra poliklinikker som har en større økning. Oslo-tilbudene har i 2006 noe lengre ventetider enn landet ellers for poliklinikker og døgntilbud. For dagtilbudene er ventetiden noe kortere for Oslo-institusjonene i 2006 sammenlignet med landet ellers.

2.3 Ingen nedkorting i oppholdstider i institusjon

Opplysninger fra RME sin database for klienter i 2003 viser en gjennomsnittlig oppholdstid på 37,3 uker i behandling sin institusjon, i dette inkludert klienter som har avbrutt oppholdet før planlagt oppholdstid, av ulike grunner. Vi har ikke tilsvarende tall etter reformen, dvs. tall på grunnlag av registreringer for enkeltpasienter. IRIS har imidlertid foretatt en institusjonsundersøkelse med spørsmål om institusjonene/rustiltakene har foretatt endringer i oppholdstider etter. Opplysningene bygger på meldinger fra institusjonsledere og er innhentet høsten 2006. Opplysningene sier kun om det har vært foretatt endringer i oppholdstider eller ikke, etter reformen, se Tabell 13 og Tabell 14.

I alt 95 tiltak er med i undersøkelsen fra hele landet. I alt er 22 tiltak overført fra Oslo etter reformen og fremdeles i drift, hvorav 13 av tiltakene har svart skriftlig på denne undersøkelsen. Av de 95 tiltakene er det 17 omsorgstiltak fra Oslo (i 2006).

Av de ni tiltakene vi ikke har fått skriftlig svar fra, er fire akutt-tiltak og ett LAR-tiltak. Ved akutt-tiltakene er det ikke skjedd noen endringer i oppholdstidene. For LAR-tiltaket (MARIO) er oppholdstider ikke aktuelt. Det står da igjen fire tiltak med døgnopphold som ikke har gitt skriftlig svar. Etter telefonkontakt med disse tiltakene, har vi fått bekreftet at det ikke er foretatt noen endringer i oppholdstidene etter reformen. Vi har dermed fått inn opplysninger om tid i behandling for alle aktuelle institusjoner som ble overført fra Oslo etter reformen.

Hovedkonklusjon på spørsmål om endringer i tid i behandling er at ingen av tiltakene overført fra Oslo til Helse Øst RHF etter reformen har foretatt nedkorting av behandlingstider.

Informasjon fra Helse Øst RHF, viser at tilbudsprofilen for tverrfaglig spesialisert behandling kan bli endret i løpet av 2008, i forbindelse med nye anbudsforhandlinger med de private rustiltakene. Fra Helse Øst RHF sin side vil man i framtiden satse sterkere på å utvikle et mer fleksibelt og variert behandlingsopplegg for pasientene. Dette vil kunne resultere i en viss reduksjon i liggetider ved langtidsplasser. Reduserte liggetider skal etter intensjonene kompenseres ved en tettere oppfølging i kommune/bydel for eksempel ved mer bruk av polikliniske tilbud. Dette vil kunne sikre pasientene behandlingskontakt over lang tid, uten at det nødvendigvis foregår lange sammenhengende opphold på en institusjon. Helse Øst RHF vil samtidig gå inn for å styrke kommunikasjon og samhandling mellom innsøkende instans og behandlingstiltaket om pasienter, for på den måten å kunne vurdere behovet for behandling fortløpende.

Ved andre tiltak i spesialisthelsetjenesten i Helse, som har svart Øst (n=8), rapporterer 6 av tiltakene om ingen endring i oppholdstider.

Av tiltak som tilhørte Oslo i 2003 (n=17) og som forble kommunale omsorgstiltak etter reformen, oppgir 13 tiltak ingen endring i oppholdstider mens tre svarer lengre oppholdstid. Ett tiltak oppgir kortere oppholdstid.

Av alle institusjonene i utvalget (n=95) oppgir en andel på 77 prosent ingen endring i oppholdstider fra 2003 (før reformen) til 2006 (etter reformen). En andel på 11 prosent rapporterer lengre oppholdstid mens 13 prosent har registrert kortere oppholdstid.

Institusjoner som har avtale med Helse Øst RHF og som har klienter fra Oslo, kommenterer at det ikke er et uttalt press fra Helse Øst RHF om nedkorting av oppholdstider. Det merkes likevel at spørsmålet om nedkorting er et tema innen fagfeltet. En institusjonsleder uttaler at man hittil ikke har foretatt seg noe i retning av nedkorting av oppholdstider, men han ser ikke bort fra det kan bli aktuelt på et senere tidspunkt.

I presentasjonen av de statistiske resultatene nedenfor, gis bare opplysninger fra de institusjonene som har svart skriftlig på undersøkelsen. Tallet på type tiltak tilsvare ikke tilsvare tallet på institusjoner som har svart, fordi en institusjon kan ha flere tiltakstyper som f. eks. akutt-tiltak, korttids- eller langtidstiltak⁵.

⁵ Institusjonene er gruppert etter behandlingskategori: Poliklinisk tilbud, korttids-, langtids- og omsorgstiltak. Endringer i oppholdstider gis ikke for de polikliniske tilbudene.

2.3.1 Tilbud med korttids døgntilbud

I alt er 24 tiltak med korttids døgntilbud inkludert i undersøkelsen. Andeler som svarte kortere eller lengre oppholdstider er 17 prosent. Blant de andre tiltakene er det ingen endring.

Av tiltak i Oslo som ble overført til Helse Øst RHF rapporterer 67 prosent om ingen endring i oppholdstider.

Andre tiltak i Helseregion Øst har en andel med ingen endring på 17 prosent.

2.3.2 Døgntilbud langtid

I alt er det 21 tiltak med langtidstilbud med i undersøkelsen. Av disse er 9 tiltak overført fra Oslo til Helse Øst RHF og ingen av tiltakene melder om endring i oppholdstider. Tallet på landsbasis er 19 prosent.

(Det ene av tiltakene som melder om kortere oppholdstider, opplyser om at institusjonen har lenger oppfølgingsperiode for brukere etter avtale med Oslo kommune. Kommunen kjøper omsorgsplasser ved institusjonen og finansierer på den måten tiltak som kommunen har ansvaret for.

2.3.3 Omsorgstiltak

I alt er 22 omsorgstiltak med i undersøkelsen, og 15 av disse tilhører Oslo. Av Oslo- tiltakene melder 10 om endring i oppholdstider.

2.3.4 Konklusjon om tid i behandling i institusjonsundersøkelsen

I alt er 95 tiltak med i undersøkelsen med opplysninger både fra 2003 og 2006⁶.

Det er ikke rapportert endringer i oppholdstider etter rusreformen for store flertallet av tiltak på landsbasis. Rapportene er gitt fra institusjonsledere.

Tiltak med langtids døgntilbud har en mindre andel med endring i oppholdstider enn tiltak med korttids døgntilbud. Kun ett av åtte tiltak med langtids døgntilbud som er overført fra Oslo kommune til Helse Øst RHF svarer at oppholdstider er forkortet, etter rusreformen. For tiltak med korttidsopphold svarer ett av seks tiltak at oppholdstidene er blitt kortere mens ett tiltak svarer at de er blitt lengre.

På grunnlag av tilbakemeldinger fra ledere i behandlingsinstitusjonene, må vi konkludere med at det ikke kan dokumenteres nedkorting i tid i behandling for brukere, som skulle skyldes rusreformen. Ved ett av tiltakene har det skjedd en forskyvning fra tid i behandling til tid i oppfølging.

⁶ En institusjon kan ha flere tilbud f. eks. både kort- og langtids døgntilbud. Tallet på tilbud er derfor større enn 100 prosent.

Det kan være oppklarende å skille mellom normerte oppholdstider og de faktisk gjennomførte oppholdstidene for pasientene. En del brukere har avbrutte opphold som kan skyldes at de skriver seg ut av behandling etter eget ønske eller at de må forlate tiltaket av andre grunner. I denne evalueringen har vi ikke data som kan dokumentere om eller i hvilken grad rustiltakene er mer tilbøyelig til å skrive ut pasienter i forbindelse med regelbrudd etter reformen sammenlignet med praksis før reformen. Uttalelser fra institusjonene viser at spørsmålet om nedkorting av oppholdstider er et tema i fagfeltet, og enkelte ser ikke bort fra at de kan skje endringer i forbindelse med tid i behandling.

Tabeller

Nedenfor vises tabeller om oppholdstider for de enkelte tiltakstypene: korttids-, langtids- og omsorgstiltak.

Tabell 13. Endringer i oppholdstider fra 2003 til 2005 i tiltak overført fra Oslo til Helse Øst RHF og andre tiltak. Tilbakemelding fra institusjonsledere. Prosent

	Tiltak*				I alt
	Omsorgstiltak i Oslo kommune i 2003 og 2005	Oslo-tiltak før 2004, Helse Øst RHF etter 2004	Andre tiltak i Helseregion Øst	Tiltak i andre regioner	
Kortere oppholdstid	6	0	13	15	13
Ingen endring	76	92	88	73	77
Lengre oppholdstid	18	8	-	12	11
I alt	100 (n=17)	100 (n=13)	100 (n=8)	100 (n=26)	100 (n=64)

*) Korttids-, langtids- og omsorgstiltak. Polikliniske tilbud er ikke med i denne oversikten. Kilde: IRIS 2006.

Tabell 14. Endringer i oppholdstider i *kommunale rehabiliterings- og omsorgstiltak* fra 2003 til 2005. Tilbakemelding fra institusjonsledere.. Prosent

	Tiltak		I altt
	Oslo kommune omsorgstiltak i 2003 og 2005	Omsorgstiltak i regioner utenfor Helse Øst	
Kortere oppholdstid	6,7	14,3	9,1
Ingen endring	80,0	85,7	81,8
Lengre oppholdstid	13,3	0	9,1
I alt	100,0 (n=15)	100,0 (n=7)	100,0 (n=22)

Kilde: IRIS 2006.

2.3.5 Andre institusjonsopplysninger

Institusjonsundersøkelsen inneholder andre opplysninger i tillegg till informasjon om endringer i oppholdstider.

Opplysningene er:

- Endring i tallet på behandlingsplasser i spesialisttiltak
- Endringer i tallet på årsverk
- Endringer i stillingskategorier

Nedenfor gjengir vi resultatene fra undersøkelsen. Det gis bl. a. informasjon om institusjonene som ble overført fra Oslo til Helse Øst RHF etter reformen. Alle opplysningene er innhentet i 2006.

Det er et visst frafall av institusjoner i institusjonsundersøkelsen. Dette betyr at tallet på årsverk sannsynligvis er noe lavere enn det ville ha blitt, hvis alle institusjonene hadde deltatt.

En mindre økning i tallet på plasser i tiltak i spesialisthelsetjenesten

Av de 17 omsorgstiltakene i Oslo meldes det til sammen om en reduksjon på tre plasser. Tiltak som er overført fra Oslo til Helse Øst RHF har en økning på ni plasser fordelt på 15 tiltak (0,6 i gjennomsnitt).

Andre tiltak i Helseregion Øst har en økning på 33 plasser fordelt på 18 tiltak (1,8 i gjennomsnitt) mens tiltak i landet ellers har en økning på 43 plasser, hvilket tilsvarer et gjennomsnitt på nærmere en plass per institusjon.

Tabell 15. Endring i tallet på plasser etter reformen. Sum og gjennomsnitt

	Tallet på tiltak	Sum	Gjennomsnitt
Oslo kommune omsorgstiltak i 2005	17	-3	-,18
Oslo tiltak før reformen, overført til Helse Øst	15	9	,61
Andre tiltak i Helse Øst	18	33	1,83
Tiltak regioner utenfor Helse Øst	45	43	,96
I alt	95	82	,87

Økt antall årsverk

Det meldes om en økning i tallet på årsverk for alle grupper av tiltak. Ved de kommunale omsorgstiltakene i Oslo kommune er det registrert en økning på åtte årsverk, hvilket gir 0,5 årsverk per institusjon.

Veksten i årsverk er noe større i spesialisthelsetjenesten. Tiltak overført fra Oslo til Helse Øst RHF har en vekst på nær 36 årsverk med et gjennomsnitt på 2,6 årsverk.

Ved de andre institusjonene i helseregion Øst er veksten på 1,8 årsverk, mens resten av landet har en vekst på 1,9 årsverk.

På landsbasis er veksten i alt på 164,6 årsverk med et gjennomsnitt på 1,8 per tiltak.

Tabell 16. Endring i tallet på årsverk ved heldøgns rustiltak etter reformen. Sum og gjennomsnitt

Behandlingstiltak	<i>N</i>	<i>Sum</i>	<i>Gjennomsnitt</i>
<i>Oslo kommune omsorgstiltak i 2005</i>	17	8,5	,5
<i>Oslo tiltak før reformen, overført til Helse Øst</i>	14	35,8	2,6
<i>Andre tiltak i Helse Øst</i>	18	32,7	1,8
<i>Tiltak regioner utenfor Helse Øst</i>	45	87,6	1,9
<i>I alt</i>	94	164,6	1,8

Tabell 17. Endring i tallet på årsverk ved polikliniske tiltak etter reformen. Sum og gjennomsnitt

Behandlingstiltak	<i>Tallet på tiltak</i>	<i>Sum</i>	<i>Gjennomsnitt</i>
<i>Oslo kommune omsorgstiltak i 2005</i>	17	1	,1
<i>Oslo tiltak før reformen, overført til Helse Øst</i>	15	3	,2
<i>Andre tiltak i Helse Øst</i>	18	9	,5
<i>Tiltak regioner utenfor Helse Øst</i>	45	27	,6
<i>I alt</i>	95	39	,4

Stillingskategorier

I omsorgstiltakene i Oslo kommune er det mest økning i antall årsverk for sosionomer, men også en økning på fire årsverk samlet sett for vernepleier, barnevernspedagog og sykepleier. Det er reduksjon i årsverk på psykolog og administrasjonspersonale, i alt fire årsverk.

For tiltak overført fra Oslo til Helse Øst RHF er det en økning i alle stillingskategorier, i alt 30 årsverk fordelt på 15 tiltak. Her er det særlig sykepleier, psykolog og lege som er styrket med i alt 18 årsverk. Sosionom, barnevernspedagog og vernepleier er økt med i alt seks årsverk.

Eksempler fra institusjoner med driftsavtale med Helse Øst RHF viser at institusjonene som følge av reformen er i ferd med å styrke den faglige bemanningen. Krav om å ansette flere fagfolk kommer fra Helse Øst RHF. En institusjonsleder mener at reformen har ført til at institusjonene må skjerpe seg faglig og at dette er en positiv utvikling.

I helseregion Øst ellers er det en økning på 50 årsverk, mens landet ellers melder om en økning på i alt 137 årsverk.

Målt på landsbasis er økningen størst i for psykologer, sykepleiere, sosionomer og leger i nevnte rekkefølge.

Vi ser her en tydelig tendens til at veksten er størst blant helsepersonale med i alt 138 årsverk fordelt på psykologer, sykepleiere, leger og vernepleiere. De sosialpedagogiske yrkesgruppene har hatt en vekst på i alt 35 årsverk, fordelt på sosionomer og barnevernspedagoger. I alt sett er det en vekst i alle stillingskategorier.

Konsekvenser for klientene

Tallet på årsverk er styrket i spesialistinstitutionene for hele landet og for Oslo-tiltakene. Tendensen er at de helsefaglige yrkene styrkes mest, men også de sosialpedagogiske yrkene har også blitt styrket. Styrkingen i Oslo ligger på landsgjennomsnittet, men noe under gjennomsnittet for helseregion Øst.

For klientene betyr styringen en bedring av helsetilbudet når det gjelder utredninger og behandling på helseområdet. Det var ett av målene med reformen, at klientene skulle bli sikret et bedre somatisk helsetilbud og bedre hjelp for psykiske lidelser og plager. Opplysninger fra institusjonene tyder på at denne bedringen av tjenestene er i ferd med å skje. Det må imidlertid tilføyes at Helsetilsynet i sine revisjoner har funnet avvik når det gjelder dekning av medisinsk kompetanse. Selv om situasjonen er bedret siden før reformen, står det ennå mye igjen til den helsefaglige kompetansen tilfredsstillende kravene fra Helsetilsynet.

En styrking av behandlingsprofesjonene i rusinstitusjonene vil kunne gi grunnlag for en større grad av tverrfaglighet i behandlingen, noe som også er et mål i reformen.

Det står imidlertid igjen å påvise at flere klienter mestrer sitt rusmiddelmissbruk på en bedre måte nå enn før reformen. Tilbudet av metadon/subutex vil bedre situasjonen for en gruppe klienter som ellers ville vært misbrukere av heroin. Dette tilbudet vil kanskje også redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Våre brukerintervjuer viser likevel at brukere på metadon også kan ha et sidebruk av f. eks. av legemidler, se også rapporten "Betydningen av ulike psykososiale tiltak i rehabiliteringen av opioid-avhengige i substitusjonsbehandling – en kunnskapsoppsummering" (Lie og Nesvåg 2006) som viser at sidebruk ikke er uvanlig. Klienter i substitusjonsbehandling vil også kunne etterspørre/bli henvist til døgnbehandling eller poliklinisk behandling i spesialistinstitutioner.

Tabell 18 Endringer i stillingskategorier etter reformen. I alte tall og gjennomsnitt. Årsverk

Behandlingstiltak		<i>Adm. personale</i>	<i>Lege</i>	<i>Psykolog</i>	<i>Sykepleier</i>	<i>Barneverns- pedagog</i>	<i>Sosionom</i>	<i>Vernepleier</i>	
<i>Oslo kommune omsorgstiltak i 2003 og 2006</i>	<i>Tallet på institusjoner</i>	17	17	17	17	17	17	17	0
	Sum stillinger	-2	0	-2	1	1	5	2	5
	<i>Gjennomsnitt</i>	-,1	,00	-,1	,06	,06	,29	,12	0,2
<i>Oslo tiltak før reformen, overført til Helse Øst RHF 2004</i>	<i>Tallet på institusjoner</i>	15	15	15	15	15	15	15	
	Sum stillinger	3	4	5	9	3	2	1	27
	<i>Gjennomsnitt</i>	,2	,27	,34	,61	,20	,13	,03	1,8
<i>Andre tiltak i Helseregion Øst 2006</i>	<i>Tallet på institusjoner</i>	18	18	18	18	18	18	18	
	Sum stillinger	1	5	10	16	-1	7	2	40
	<i>Gjennomsnitt</i>	,1	,30	,56	,86	-,06	,38	,11	2,2
<i>Tiltak i regioner utenfor Helse Øst 2006</i>	<i>Tallet på institusjoner</i>	45	45	45	45	45	45	45	
	Sum stillinger	8	11	26	37	9	9	10	110
	<i>Gjennomsnitt</i>	,2	,23	,59	,83	,19	,19	,22	2,4
<i>I alt</i>	<i>Tallet på institusjoner</i>	95	95	95	95	95	95	95	1,9
	Sum stillinger	10	20	40	63	12	23	15	183
	<i>Gjennomsnitt</i>	,1	,21	,42	,66	,12	,24	,15	

Kilde: IRIS, institusjonsundersøkelser, 2006.

3 Brukere i kommunale tiltak før og etter reformen

Som en del av evalueringsoppdraget ønsket RME å sammenligne opplysninger om brukere av kommunale tiltak før og etter reformen. I forbindelse med reformen ble flere kommunale tiltak og tiltak som kommunen hadde avtale med, overført til spesialisthelsetjenesten. Omsorgs- og rehabiliteringstiltak fortsatte som et kommunalt tilbud. I dette kapitlet presenterer vi opplysninger om brukere i de kommunale tiltakene før og etter reformen.

3.1 Datagrunnlaget

Brukere i rustiltak har siden 2001 blitt kartlagt på et eget skjema kalt "Klientkartleggingsskjema til bruk for tiltak i rusfeltet. Skjemaet administreres fra Sosial- og helsedirektoratet, SIRUS og Bergensklinikkene og inneholder en rekke personopplysninger om brukere ved tidspunkt for søknad om behandling. I denne oversikten har vi foretatt et utvalg opplysninger om klientene ved behandlingsstart eller start på institusjonsoppholdet og sammenlignet data fra 2003 med 2005. Følgende kjennetegn blir sammenlignet:

- Kjønn
- Alder
- Viktigste inntekt siste fire uker
- Sivilstatus
- Boligsituasjon
- Helserelaterte opplysninger
- Mest brukte rusmiddel, inntaksmåte, alder brukt første gang
- Oppfølging

Opplysningene gjelder kun tiltak som var knyttet til Rusmildeletaten i Oslo begge år. Spesialistinstitusjoner omfattes altså ikke av dette materialet. Dataene fra 2005 omfatter 23 tiltak. Det er ikke registrert opplysninger fra åtte av disse tiltakene i 2003. De andre 15 tiltakene som inngår i materialet nedenfor, har opplysninger både fra 2005 og fra 2003. I 2003 var 1135 klienter registrert "møtt til behandling" i de aktuelle tiltakene. I 2005 var det tilsvarende tallet 1348 klienter.

Et generelt problem ved tolking av data i klientkartleggingen er det relativt store frafallet av opplysninger. Det mangler opplysninger for mellom 20 og 30 prosent av klientene på enkelte spørsmål. Dette skaper usikre konklusjoner om endringer fra 2003 til 2005.

Spørsmål kodet med ukjent opplysning og blanke svar er holdt utenfor prosentgrunnlaget.

3.2 Resultater fra klientkartleggingen 2003 og 2005

3.2.1 Kjønn og alder

Fordelingen av kvinner og menn er endret ganske mye. I 2003 var det 58 prosent menn mot 69 prosent i 2005.

Alderssammensetningen har økt litt. Gjennomsnittsalderen i 2003 var 38 år mot 40 år i 2005.

Tabell 19. Klienter etter kjønn i 2003 og 2005. Prosent

	År	
	2003 Prosent	2005 Prosent
Kvinne	42	31
Mann	58	69
I alt	100,0 (n=1135)	100,0 (n=1148)

Tabell 20. Klienter etter alder i 2003 og 2005. Prosent

	År	
	2003 Prosent	2005 Prosent
Tallet på klienter	1130	1339
Ingen opplysning	5	9
Gjennomsnitt	38	40
Median	37	39
Standardavvik	11	10
Persentiler		
	25	31
	50	37
	75	43
		45

3.2.2 Yrkesstatus og kilde til livsopphold

Prosentandelen uten noen tilknytning til yrkes- eller utdanningsaktivitet var 96 prosent begge år.

Andel som mottar sosialhjelp er den hyppigst oppgitte i begge år, men andelen har gått klart ned fra 2003 til 2005. I 2003 var andelen med sosialhjelp på 59 prosent mot 49 prosent i 2005. Andelen med uførtrygd er gått noe opp, fra 27 prosent i 2003 til 33 prosent i 2005. Yrkesmessig attføring og rehabiliteringspenger er økt, og var i 2003 ni prosent mot 12 prosent i 2005.

Ser vi på alle trygdeytelser samlet, var andelen i 2003 40 prosent mot 50 prosent i 2005, tilsvarende nedgangen i sosialhjelpstønad. Tallene viser en dreining mot korttidsytelser som yrkesmessig attføring og rehabiliteringspenger fra 2003 til 2005. Dette kan tyde på at man ved tiltakene arbeider aktivt med en del brukere.

Tabell 21. Klienter etter yrkesstatus i 2003 2005. Prosent

	År	
	2003 Prosent	2005 Prosent
Uten beskjeftigelse	96	96
Heltidsjobb	2	1,8
Deltidsjobb	1	0
Under utdanning	1	1
Deltidsjobb og under utdanning	0	0
I alt	100,0	100,0

Tabell 22. Klienter etter viktigste inntekt siste 4 uker i 2003 og 2005. Prosent

	År	
	2003 Prosent	2005 Prosent
Forsørget av andre	0	0
Arbeidsinntekt	2	0
Studielån		0
Dagpenger, arbeidssøker	1	3
Sykepenger	1	1
Yrkesmessig attføring	2	3
Rehabiliteringspenger	6	9
Uførepensjon	27	33
Alderspensjon	3	1
Stønad til enslig forsørger	0	0
Sosialhjelp	57	49
I alt	100,0	100,0

3.2.3 Boligforhold siste fire uker

Opplysninger om boligforholdene tyder på at forholdene er blitt noe dårligere i 2005, men forskjellene viser ikke en tydelig forverring av boligforholdene. På spørsmålet om boligforhold siste fire uker var en andel på 19 prosent registrert med ”Ingen bolig” i 2003 mot 22 prosent i 2005. Andelen på hospits er gått noe ned, fra 35 prosent i 2003 til 28 prosent i 2005.

Samlet var 54 prosent registrert med ingen bolig eller hospits i 2003 mot 51 prosent i 2005.

Andel med egen bolig (eiet eller leid) var ni prosent i 2003 mot syv prosent i 2005.

Tatt i betraktning boligsatsingen i Oslo den senere tid, kunne man forvente en høyere andel med egen bolig.

Tabell 23. Klienter etter boligforhold siste 4 uker i 2003 og 2005. Prosent

	År	
	2003 Prosent	2005 Prosent
Ingen bolig	19	22
Hospits/hybelhus/hotell	35	29
Institusjon (vernehjem, rehabiliteringssenter, behandlingsinstitusjon, fengsel)	28	32
Hos foreldre	2	2
Hos andre	8	10
Egen privat bolig (eiet eller leid)	9	7
I alt prosent	100	100
Ingen opplysning	329	303
Klienter i alt	1135	1348

3.2.4 Helseplager

Høy andel med helseplager

Flere av helseplagene viser en prosentvis økning fra 2003 til 2005 og andelen med minst en av de nevnte helseplagene **siste fire uker** er steget med 13 prosentenheter i perioden.

Andelen med tanker om å ta livet er seg er gått ned fra 21 til 16 prosent. Depresjoner, angst og spenninger ligger siste fire uker mellom 37 og 42 prosent. Klienter med vrangforestillinger ligger noe lavere og er på 14 prosent i 2005.

Andelen som har hatt tilsvarende plager **i løpet av hele livet** er langt høyere. I 2003 ligger nivået på 60 – 70 prosent for depresjoner, angst og spenninger og drøyt 40 prosent

for vrangforestillinger. En andel på nær 60 prosent har hatt tanker om å ta livet sitt i 2003.

Når det gjelder plager i løpet av livet i 2005, er omfanget nær samme nivå som i 2003 eller litt lavere.

Tabell 24. Klienter etter opplysning om helseplager i 2003 og 2005. Prosentandel med helseplager siste fire uker

Helseplage	Prosentandel med helseplager siste fire uker	
	År	
	2003	2005
Alvorlige depresjoner	35	37
Alvorlig angst	36	38
Alvorlige spenninger/smerte i kroppen	38	42
Vrangforestillinger/hallusinasjoner	12	14
Alvorlige tanker om å ta livet av seg	21	16
Hatt minst en plage siste fire uker	27	40
Tallet på klienter	1135	1348

Tabell 25. Klienter etter om de har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer i 2003 og i 2005. Prosent

	År	
	2003	2005
Nei	42	49
Ja	58	51
I alt prosent	100,0	100,0
Ingen opplysning I alt	516	437
Tallet på klienter	1135	1348

Tabell 26. Klienter etter tidligere behandlingstiltak for rusmiddelbruk. Prosent

Behandlingstiltak	År	
	2003	2005
Nei, aldri i behandling	16	16
Poliklinisk	6	7
Institusjon	51	53
Poliklinisk og institusjon	27	24
I alt prosent	100	100
Ingen opplysning	446	392
Tallet på klienter	1135	1348

3.2.5 Mest brukte rusmiddel

Registreringen av rusmidler er litt endret i 2005. Det året er det innført registreringer av LAR tiltak. I 2003 var det ingen slike registreringer.

Heroin var det mest brukte rusmiddelet begge år, men tallene viser en klar nedgang fra 2003 til 2005. Andelen på heroin var 59 prosent i 2003 mot 45 prosent i 2005. Denne nedgangen fanges opp, og mer enn det, av LAR tiltak som i 2005 til sammen utgjorde 23 prosent av klientene.

Nest mest brukte rusmiddel er alkohol som har holdt nær konstant i perioden.

Tabell 27. Klienter etter *mest brukte rusmiddel* i 2003 og 2005. Prosent

Rusmiddel	År	
	2003	2005
Ingen rusmiddel	1	1
Alkohol	23	24
Cannabis	2	7
Heroin - andre opiater	59	45
Metadon mv. foreskrevet i LAR program	0	9
Metadon mv. foreskrevet utenfor LAR program	0	14
Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege	0	0
Vanedannende medikamenter	6	0
Sentralstimulerende midler	9	0
Amfetamin	0	0
Løsemidler	0	0
Rødsprit	1	0
Annet	0	0
I alt prosent	100	100
Ingen opplysning	263	326
Tallet på klienter	1135	1348

3.2.6 Konklusjon klienter

Utviklingen av brukersammensetningen i de kommunale tiltakene etter reformen tyder på at brukerne nå i større grad en tidligere er LAR-klienter og noe mer marginaliserte brukere i forhold til helse, sysselsetting, kilde til livsopphold og bolig.

4 Intervju av brukere og brukerorganisasjoner

Tallet på intervjuer er lite, og vi må derfor presentere materialet på en slik måte at ingen blir gjenkjent, verken bruker eller andre som er intervjuet. På grunnlag av intervjuene presenterer vi korte historier som belyser situasjonen for brukerne. Opplysninger som kan bidra til at bruker blir gjenkjent er omskrevet eller utelatt, men uten at de har vesentlig betydning for beskrivelse av situasjonen for brukeren. Brukerne er intervjuet i litt ulike faser av behandlingsforløpet: 1) i forbindelse med opphold på institusjon, 2) etter at de er utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, men med aktiv kommunal oppfølging eller 3) med ettervern fra spesialisthelsetjenesten.

4.1 Brukererfaringer

Det er i alt gjennomført seks brukerintervju. Alle brukerne hadde erfaring med hjelpeapparatet før og etter rusreformen. Brukerne er rekruttert fra sosialkontor i bydeler i Oslo eller etter henvendelse fra RME til behandlingstiltak. De aktuelle instansene, sosialkontorene eller behandlingstiltakene, fikk tilsendt orienteringsbrev til bruker og samtykkeerklæring til intervju med forskningsinstitusjonen. IRIS fikk oppgitt navn og adresse på bruker som hadde samtykket og som siden så ble kontaktet for intervju.

Brukerne har i noen tilfeller gitt tillatelse til at saksbehandler i sosialtjenesten i bydelene, hovedbehandler ved behandlende institusjon eller at pårørende blir også intervjuet.

Felles for brukerne er historier om omfattende rusmiddelmissbruk og langvarig avhengighet av rusmidler. Mange typer rusmidler brukes, men langvarig misbruk forklares ofte med bruk av amfetamin eller heroin. De fleste brukerne har vært innom mange behandlingstiltak. Brukerne har ofte hatt behandlingsavbrudd på grunn av regelbrudd eller rusmisbruk under oppholdet. Andre har gjennomført mange opphold, men fått tilbakefall eller "sprekk", som det kalles blant brukerne, i oppfølgingsperioder etter avsluttet behandling. Enkelte brukere med fengselsopphold har hatt kontakt med prosjektet "Stifinneren" i fengselsvesenet. I følge brukerne har prosjektet hjulpet brukerne ut av fengselsoppholdet og inn i behandlingstiltak. Brukerne omtaler prosjektet meget positivt.

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

Når det gjelder vurderingen av ventetider må vi skille mellom den subjektive vurderingen av den enkelte bruker og de objektive konsekvensene av ventetider. Subjektivt opplever ikke brukeren ventetider som et problem, men objektivt sett kan ventetider på opphold i institusjon være uheldig for gjennomføringen av behandlingen.

Brukerne opplever heller ikke press på avkorting av oppholdstid ved institusjonen som kan ha sammenheng med reformen. Enkelte hadde gjennomført lange opphold, over 1 ½ år, mens andre har flere og avbrutte opphold. Behandlingsforløpet kan derfor, for den enkelte bruker, ha mange avbrudd og mange flyttinger mellom tiltak. Dels kan avbruddene skyldes regelbrudd fra bruker og dels at bruker på frivillig grunnlag skriver seg ut fra institusjonen. Noen av brukerne skriver seg selv ut fra institusjonen fordi de mener at opplegg og behandling ikke passer. Intervjuene viser i noen tilfeller at en god tilpasning mellom problem/behov hos bruker og type tiltak har vært viktig for den enkelte. En dårlig ”matching” kan resultere i et lite tilfredsstillende tilbud for bruker⁷. Et eksempel er forskjeller mellom menn og kvinner. Kvinner har reagert negativt på mannsdominerte miljø på enkelte tiltak, men gir god tilbakemelding på tiltak som bare er for kvinner, som Arken.

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

En av brukerne mente at det nå, etter reformen, var lettere å kaste folk ut av institusjonen ved regelbrudd og rusmisbruk, og at dette hadde bakgrunn i driftsavtalen med det regionale helseforetaket. Brukeren sier at før reformen ga ikke institusjonen brukeren så lett opp, men nå, med faste avtaler med de regionale helseforetakene, er det lettere å skrive brukere ut og ta nye pasienter inn. Det er nå ingen økonomisk risiko ved å avbryte klienters opphold, fordi driftsavtalene sikrer økonomien og det er alltid kø av brukere som ønsker opphold. (De forannevnte utsagn og antagelser fra bruker har vi ikke kunnet verifisere gjennom kontakt med den aktuelle institusjonen eller andre institusjoner).

Brukeren foretrekker likevel det nye systemet. Før reformen var det mer trøbbel med garantier for opphold fra den henvisende kommunen. Det slipper man nå, hevder vedkommende.

Ikke alle de intervjuede brukerne har individuell plan, men de fleste som har opprettet en slik plan er tilfredse og mener at planen gir trygghet og gjør behandlingsskjeden mer oversiktlig og forutsigbar. Andre har ikke fått så mye ut av planen.

En bruker klager på informasjon fra sosialkontoret om behandlingstiltak. Det er lite informasjon å få om tilbud, ”Hadde jeg fulgt sosialkontorets opplegg, hadde jeg havnet på hospits”, sa vedkommende. Ellers er det flere av brukerne som viser til blandede erfaringer med sosialkontoret. Klager på sosialkontoret gjelder saker som økonomi,

7 En omfattende studie av ”matching” blant storforbrukere av alkohol har imidlertid vist liten effekt (Project MATC Research group, 1997).

boligforhold, personlig oppfølging og informasjon. I noen tilfeller har det imidlertid vist seg at sosialtjenesten har bidratt mer til å skaffe kommunal oppfølging, enn det bruker har sett. Noen brukere er tilfredse med sine saksbehandlere i sosialtjenesten og mener de har god kontakt og får god oppfølging.

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

Person A, 36 år

Bruker ble skrevet ut fra institusjonen pga. regelbrudd (rusmisbruk). Vedkommende mener at det er vanlig med "sprekk" under opphold på institusjon og at klientene lett kommer inn i en dårlig sirkel med regelbrudd og utskrivninger. Så må man stadig begynne på nytt. For heroinbrukere er dette forbundet med høy risiko. Etter avbrudd fra behandling, tåler ikke brukerne heroin i samme doser som før og det er lett å dø etter utskrivning hvis man tar heroindoser.

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

Vedkommende er lite tilfreds med kontakten med sosialkontoret og mener at kontoret ikke ga noen rådgivning. Brukeren mener at boligtilbudet fra sosialkontoret var ubrukelig. "Blir bare losa inn i et strøk med rusa folk", sier vedkommende, og vil satse på å skaffe egen bolig. Sosialkontoret gir økonomisk stønad, men gjør lite ellers, etter brukerens syn.

Vår kontakt med sosialkontoret viste et noe annet bilde, og kontoret kunne dokumentere at de hadde sørget for et godt oppfølgingstilbud i kommunen. Men kontorets arbeid foregår litt i kulissene, og er ikke nødvendigvis så synlig for bruker. Sosialkontorets syn var at denne brukeren ville ha hatt problemer med oppfølgingstiltak, uten innsatsen fra kontoret. Brukerens utskrivningsrapport fra institusjonen var lite positiv, og kunne ha skapt hindringer for videre oppfølging/behandling.

I løpet av den kommunale oppfølgingen har brukeren hatt et par sprekk på amfetamin og alkohol, men er nå i gang igjen i oppfølgingsinstitusjonen. Brukeren er også i gang med videre utdanning og har yrkesretta attføring. Brukeren har søkt om ruspoliklinisk behandling.

Person B, 29 år

Personen har brukt rusmidler siden ten-årene, og det ble vanskelig hjemme. Til slutt stakk vedkommende av hjemmefra til Oslo. I mange år levde brukeren med mye rusing, kriminalitet, inn og ut av fengsel, og livet var bare rot og kaos. Det gikk på amfetamin, alkohol, piller og kokain, aldri heroin. Kontakten med sosialtjenesten i rusperioden opplevde vedkommende som ganske frustrerende og til liten hjelp i perioden med rusmisbruk. Vedkommende mottok økonomisk sosialhjelp, men ingen oppdaget eller

spurte om andre behov, sier vedkommende. ”Det verste var at jeg fløy fra sosialkontor til sosialkontor, fikk penger, men ingen spurte meg hva jeg trengte”, sier brukeren.

Brukeren ble innsøkt til behandling i spesialisthelsetjenesten fra fengselsvesenet. I forbindelse med henvisningen før reformen fikk brukeren beskjed om at det ble lang ventetid for å komme inn på institusjonen, som vedkommende selv ønsket. I praksis gikk det ganske fort, fordi det ble ledig plass på den aktuelle institusjonen. I forbindelse med henvisningen til behandling, hadde brukeren kontakt med et sosialkontor i Oslo. Brukeren opplevde at kontakten med kontoret var dårlig. Det var stadig skifte av saksbehandlere, det drog ut med garanti for behandling fra bydelen og bruker mener det var mye motstand fra sosialkontoret omkring hans sak. Da Helse Øst tok over, gikk saken raskt.

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

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

Person C, 35 år

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

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

Person D, 33 år

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

Brukeren har store økonomiske problemer, og mener at sosialkontoret gir lite hjelp, ”Sosialkontoret er en ekstra belastning i økonomisaken” mener brukeren. Brukeren er redd for å bli tvunget til å selge stoff for å få bedre økonomi, men vet at det da er kort

vei til fortsatt misbruk. Brukeren har nå kontakt med a-etat og går på kurs. Til høsten ønsker vedkommende å starte på videre utdanning. (Kontaktperson på behandlingsinstitusjonen bekrefter et par måneder senere at brukeren har startet på videreutdanningen og er rusfri).

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

Person E, 30 år

Brukeren har en lang forhistorie med rusmisbruk, inn og ut av behandling og har bodd på gata og på hospits. Brukeren har hatt ulike lavterskeltilbud i kommunen. For 3-4 år siden fikk vedkommende metadon, mista det to ganger pga. "sidemisbruk", men er nå på metadon igjen. Metadon har bivirkninger og fører til mye vann i kroppen og gir et avstumpet følelsesliv. "Blir følelsemessig helt flat" sier brukeren. Vedkommende har nå trappet noe ned på doseringen, etter råd fra lege.

Denne brukeren bodde på en institusjon, da intervjuet fant sted. Vedkommende har bodd der det siste halve året. Brukeren har hatt et tidligere opphold på samme institusjon, men ble kasta ut pga. rusmisbruk. Etter det levde brukeren et kaotisk liv i Oslo og havnet til slutt på sykehus etter en akutt innleggelse. Kontaktpersonen på institusjonen sier at brukerens helsetilstand på det tidspunktet var meget dårlig. En ny innleggelse på institusjonen synes å ha vært livreddende. Personen føler seg nå godt ivaretatt på institusjonen, "Jeg kan ikke takke stedet nok" sier brukeren, men har nye advarsler om utkastelse hengende over seg.

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

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

Person F, 28 år

Brukeren har vært innom flere tiltak over flere år. Flere av tiltakene har vært bra, mens andre har passet dårlig, etter brukerens oppfatning. Brukeren har aldri levd et normalt rusfritt liv. Et liv med rus og prostitusjon er det kjente og trygge livet, sier brukeren og er usikker på valg i fremtiden; det trygge eller det ukjente rusfrie livet. "Jeg klarer ikke å være rusfri, men klarer heller ikke å være rusa", sier brukeren. Vedkommende har hatt selvmordstanker, men prøver å se løsninger og ta ansvar for egne handlinger. Brukeren vil ikke gi opp med å klare seg uten rus, og mener hjelpen fra behandlingsinstitusjonene har vært god for det meste. "Den som vil ha hjelp, får hjelp" sier vedkommende. "Behandlingen gir meg et bedre selvbilde. Jeg er blitt kvitt mye skam og får mer tro på

meg selv”, understreker brukeren. Vedkommende får likevel ofte problemer med rusing i ettervernsperioder.

Oppholdet seg på det siste behandlingsstedet varte i ca. et år, og vedkommende fikk oppfølging i kommunen etter utskrivning, med ettervern fra institusjonen. Etter en tid i ettervern begynte brukeren med heroin og hadde på intervju tidspunktet ikke kontakt med kommunalt oppfølgingstiltak.. Sosialkontoret har kontakt med brukeren og har gitt tilbud om nytt institusjonsopphold med en ventetid på et par måneder på inntak.

Brukeren har god kontakt med saksbehandler i sosialtjenesten. Saksbehandler sier at brukeren er en av de tyngste de har, men at personen får gode skoleresultater når vedkommende får konsentrert seg om utdanning. Saksbehandleren er innstilt på å søke om LAR for vedkommende, men brukeren synes dette er en for enkel løsning. Brukeren har aldri reagert på lange ventetider, verken før eller etter rusreformen, men har heller ikke lagt spesielt merke til reformen.

Brukeren har midlertidig trygdeytelse, har kommunal bolig og bostøtte. Individuell plan ble opprettet i ettervernet i kommunen i 2006.

4.2 Brukerorganisasjoner

I tillegg til brukere har vi hatt kontakt med brukerorganisasjoner. Vi gjengir her intervjuene, men tar ikke stilling til om påstander som kommer fram i intervjuene lar seg dokumentere.

Representanten for en brukerorganisasjon hevder at brukere i Oslo har tapt veldig mye på rusreformen. Kommunen mangler i stor grad passende aktivitetstilbud til brukere og har dårlige oppfølgingstilbud. Brukerorganisasjonen etterlyser bedre aktivitets- og oppfølgingstilbud i kommunen. Kommunen kan ikke bare satse på omsorgstiltak, men må satse mer på aktiv rehabilitering. Brukerne klarer seg ofte bra på institusjonene, der lever de et beskyttet liv. Ved utskrivning må brukerne klare seg alene og dette er en sårbar fase i behandlingsopplegget. Her må kommunen komme sterkere inn, i samarbeid med behandling sinstitusjonene.

Et problem er at sosialtjenesten ikke har kapasitet til oppfølging. Det er for mange klienter per saksbehandler på sosialkontorene til at de kan gi en forsvarlig oppfølging.

Reformen har også ført til at samhandlingsgrunnlaget mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten er svekket.

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

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

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

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

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

Organisasjonen ser ingen nedgang i antall rusmisbrukere eller nedgang i omfanget av sprøytemisbruk. Om reformen skulle vært effektiv burde omfanget av misbruk vist nedgang.

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

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

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

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

5 Samhandling mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten

Denne delen av rapporten handler om kommunale tjenester til rusmiddelmissbrukere før og etter reformen og om samhandlingen mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Datagrunnlaget er personlige intervju med saksbehandlere og ruskonsulenter med utvalgte sosialkontor og resultater fra en spørreskjemaundersøkelse til sosialtjenesten i bydelene i Oslo.

Bydelene er valgt ut i samarbeid med RME. De intervjuede personene er alle ansatte i sosialtjenesten og har forskjellige stillinger. I teksten nedenfor blir det ikke foretatt noe skille i stillingsbetegnelsene, men alle blir kalt saksbehandlere, bl. a. for å sikre anonymiteten til de intervjuede.

De åpne intervjuene tar opp spørsmål om samhandling med spesialisthelsetjenesten og endringer i forbindelse med reformen.

For å få et bedre inntrykk av eventuelle variasjoner mellom sosialkontorene, har vi foretatt en undersøkelse i bydelene med spørreskjema. Samtlige 15 bydeler fikk tilsendt skjema. Av disse har 12 bydeler besvart skjemaene. I denne undersøkelsen er det større bredde i valg av tema enn i de åpne intervjuene.

Spørreskjemaundersøkelsen dekker spørsmål om endringer på følgende områder:

- Endringer i budsjett
- Kommunale kjøp av plasser
- Stillingsgrupper
- Henvisninger av klienter
- Sosialtjenestens innsikt i enkeltsaker
- Sosialtjenestens ansvar for klienter
- Samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Dekning av tilbud til klienter
- Pasientrettigheter

5.1 Varierte erfaringer fra saksbehandlere

Både de åpne intervjuene med saksbehandlere fra sosialkontorene og opplysninger fra spørreskjema til kontorene viser at erfaringene med samhandling med spesialisthelsetjenesten og med tjenestene tilbrukerne etter rusreformen varierer mellom sosialkontorene. Erfaringene kan også variere mellom saksbehandlere på samme kontor.

På spørsmål om det er skjedd endringer i samhandlingen med behandlingstilbudene etter reformen svarer flertallet av kontorene i spørreskjemaundersøkelsen at det ikke er registrert noen endringer i samhandlingen mens klienten oppholder seg på institusjon eller under oppfølging av klienten i bydelen/kommunen. En mindre andel mener at

samhandlingen er blitt dårligere på de nevnte områdene, men ingen synes den er blitt bedre.

Et lite flertall av kontorene mener at samhandlingen i forbindelse med henvisninger er blitt dårligere etter reformen, noen synes samhandlingen er blitt bedre og andre har ikke registrert noen endring.

Ut fra en samlet vurdering mener flertallet av kontorene at tilbudene generelt i spesialisthelsetjenesten til rusmiddelmisbrukere er blitt dårligere etter reformen. Tilbudene til brukere med psykiske lidelser er etter kontorenes skjønn ikke endret eller er blitt dårligere.

Gjennom de personlige intervjuene med saksbehandlere kommer det fram flere nyanser i samhandlingsmønsteret før og etter reformen.

5.1.1 Samhandling, generelt

Sosialkontorene hadde gode erfaringer med samarbeid og veiledning fra Rusmiddelstaten før reformen. Det har tatt noe tid for Helse Øst å få samarbeid, råd og veiledning på plass etter reformen, mener en saksbehandler, men sier at samarbeidspartnere i regionen er blitt flinkere etter hvert.

For bydelene er det viktig å få informasjon om utskrivinger for å kunne følge opp klientene i kommuner. Sosialkontor viser til eksempler der pasienter er blitt skrevet ut pga. rusmisbruk, uten drøfting med bydelen/kommunen. Dette er ikke tilfredsstillende samarbeidsform, sett fra kommunens side. Behandlingsinstitusjonene er blitt veldig kjappe til å skrive ut pasienter sammenlignet med situasjonen før reformen, hevdes det fra ett sosialkontor.

Det er skjedd endringer i henvisningspraksis som har konsekvenser for brukerne. Før reformen vurderte bydelen søknader om innleggelse veldig nøye, fordi bydelene selv betalte en egenandel for oppholdet. Nå foretar ikke bydelene like grundigere vurderinger. Nå er det vurderingsinstansene i spesialisthelsetjenesten som tar beslutninger om rett til helsehjelp. Flytting av vurderingsansvaret fra bydel til spesialisthelsetjenesten har ført til endringer i pasientstrømmer fra bydelene og en mindre god kvalitetssikring av behandlingsskjeden, etter enkeltes oppfatning. Før reformen var det bedre sikring av kontinuiteten i tjenestene i forbindelse med utskriving av pasienter fra institusjon til bydel. Dette skjer ikke etter reformen, og sosialtjenesten kjenner mindre til klientene, hevdes det fra sosialkontorene. Det hender også at sosialtjenesten får klienter henvist fra lege og som man ikke kjenner til i sosialtjenesten. I slike tilfeller kan det være vanskelig å få til et en oppfølging av klienten i bydelen/kommunen.

Kommentarer fra en behandlingsinstitusjon som har mange klienter fra Oslo tyder på at samarbeidet med sosialtjenesten i byen dels oppleves som personavhengig, noen er mer aktive enn andre. En allmenn tendens er likevel at sosialkontorene i mindre grad stiller opp i forbindelse med utskrivinger. Sosialtjenesten stiller i mindre grad opp i ansvarsgrupper enn før reformen. ”Det virker som om de ikke skjønner hvorfor de skal være med etter reformen” sier en ansatt ved behandlingsinstitusjonen. Før reformen, da

bydelene selv betalte en andel av kostnadene ved oppholdet møtte de mer opp i ansvarsgrupper og stilte krav til behandlingen.

Lignende synspunkt kommer fra sosialtjenesten. Flere sosialkontor har erfart, som en konsekvens av rusreformen, at sosialtjenesten har mindre å gjøre med rusmiddelmissbrukere etter reformen. Bydelen henviser klienten til spesialisthelsetjenesten og så er saken ute av sosialtjenestens hender, sies det. Man arbeidet mer med sakene før reformen, var mer engasjert i behandlingsopplegget og tenkte mer behandlingsskjede for brukerne. Engasjementet i sakene var sterkere før reformen, noe som hadde en klar sammenheng med den bydelsbetalingen. Etter reformen henvises brukeren til en vurderingsenhet, og henvisningen fra sosialtjenesten blir som et skudd i mørket, hevder en saksbehandler. Man får liten innflytelse over hvilke tiltak brukeren blir henvist til. Det skjer mange og flere av det som kalles feilhenvisinger nå enn før reformen, hevdes det. Vurderingsinstansen kjenner verken brukeren eller behandlingsinstitusjonene så godt som sosialtjenesten og man kan derfor risikere en mindre god tilpasning mellom brukers behov og behandlingstilbudet. Dette er lite tilfredsstillende, sies det fra sosialtjenesten. ”Nå bare pøses det på med henvisninger, uten skikkelig kvalitetssikring”, er en kommentar. Vurderingsenhetene henviser klientene til tiltak som ikke passer for den enkelte henvisningene skjer på tvers av sosialtjenestens ønsker.

Kontakten med vurderingsenhetene i det nye systemet er vanskelig, hevdes det. Sosialtjenesten får dårlig informasjon fra enhetene og ingen varsel om eventuelle endringer i praksis. Sosialtjenesten har mistet innflytelse over vurdering av rett til helsehjelp, og må avfinne seg med at spesialisthelsetjenesten ikke alltid er enig med innstillingen fra sosialtjenesten i bydelene.

Når det gjelder samarbeid med institusjonene, er det ennå for tidlig å konkludere med konsekvenser av reformen, hevder noen av saksbehandlerne i sosialtjenesten. Det direkte samarbeidet med institusjonene går stort sett som før reformen, og kontakten med behandlingstiltak er ikke mye endret etter reformen, er et synspunkt. Andre gir uttrykk for at kontakten med behandlingssinstitusjonene var bedre før reformen. Synspunktene er forskjellige. Der man hadde god kontakt før, har man også god kontakt nå, blir det hevdet. Det reageres på at reformen har skapt mer byråkrati, og at det regionale helseforetaket er blitt mindre tilgjengelig enn Rusmiddeletaten var før reformen, for eksempel når det gjelder informasjon, råd og veiledning.

5.1.2 Samhandling med psykiatrien

Et mål i rusreformen var at situasjonen for brukere med psykiske lidelser skulle bedres. Erfaringer fra før reformen var at brukere både med store rusproblemer og psykiske lidelser, fikk utilfredsstillende tjenester i helsevesenet. Problemstillingen var hvor pasienten egentlig skulle behandles; i psykiatrien eller i rustiltak.

Samhandling med psykiatrien varierer også. Noen av erfaringene er at avdelinger for rus og psykiatri er meget samarbeidsvillige etter reformen. Tiltak i Helseregion Øst har en åpen holdning til samarbeid, og er lette å samarbeide med, hevdes det. Det polikliniske tilbudet og tilbudet fra DPSet er blitt mye bedre når det gjelder rus og psykiatri, er en

oppfatning. Andre erfaringer viser at det fremdeles er vanskelig med tilbud til brukere med tunge og alvorlige psykiske lidelser. Det blir alltid spørsmål fra psykiatrien om primærdiagnosen er rus eller psykiatri. Det var dette man skulle unngå i og med reformen, hevdes det.

Ved ett kontor har man samarbeidet godt med tiltak som Dikemark og Ullevål. Det er blitt større forståelse for rus/psykiatri etter reformen. Det er imidlertid blitt flere brukere med psykiske plager, og tilbudene er etter sosialtjenestens oppfatning, ikke god nok.

For brukere med lettere psykiske plager er tilbudene blitt bedre etter reformen, har man erfart ved ett kontor.

Ved andre kontor har man ikke merket noe til forbedringen for rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser. Det vises her til et eksempel hvor kontoret nylig har opplevd en situasjon hvor en bruker har blitt kastet ut fra et behandlingsopplegg innen rus og psykiatri. Det var dette man skulle unngå med reformen, hevdes det på kontoret. Oppfatningen i sosialtjenesten er at spesialisthelsetjenesten løper fra sitt "sørge for" ansvar for ruspasienter med alvorlige psykiske lidelser. Når pasienten først er innskrevet i spesialisthelsetjenesten, er det opp til dem å finne det beste tilbudet. Man kan ikke, som dette tilfellet viser, bare kaste ut pasienten, hevdes det fra sosialtjenesten.

På en behandlingsinstitusjon som brukes av Oslo, er erfaringen at det er blitt bedre forståelse for psykiske lidelser etter reformen, men dette gjelder lettere lidelser. Institusjonene er blitt tydeligere på å rekruttere folk med kompetanse på psykiatri. Ved institusjonen mener man også at den tverrfaglige sammensatte behandlingen er blitt bedre ved at det ansettes flere leger og sykepleiere. Institusjonen opplever en økende etterspørsel etter medisinsk behandling. Med en styrket medisinsk kompetanse, blir institusjonen bedre faglig rustet til å foreta vurderinger og behandle brukere som går på medisiner.

5.1.3 Tilbudene etter reformen

Saksbehandlere ved sosialtjenesten i bydeler i Oslo mener at det er blitt bedre tilbud innen avrusning og behandling etter reformen. Det er imidlertid betydelig konkurranse om plasser for akutt innleggelse og avrusning, "men slik var det før reformen også", er en kommentar.

Ved sosialkontoret har man ikke registrert endringer når det gjelder tvangsplasseringer. Det kan oppstå problemer med tvangsplasseringer nå, men før reformen fikk man alltid plass, hevdes det fra ett sosialkontor. Sosialkontoret viser til et eksempel hvor man fikk beskjed fra helseforetaket om at det ikke var plass til tvangsplassering av en person, selv om man fattet vedtak. Dette ville aldri ha skjedd før reformen, hevedes det.

Andre kontor har opplevd dårlige erfaringer fra før reformen. Tall fra RME dokumenter imidlertid at det var lite problemer med tvangsplasseringer før reformen.

Når det gjelder avrusning er tilbudet dramatisk forverret etter stengningen av institusjonen M3 i Oslo. Problemet med kapasiteten for avrusning har sammenheng med at det er blitt flere søkere til dette tilbudet, slik det vurderes fra dette kontoret.

Ved sosialkontorene har man registrert en betydelig økning i bruken av LAR (legemiddelassistert behandling). Metadon/subutex behandling tilbys brukere som har prøvd mye annen behandling uten å lykkes med kontroll av rusmiddelmissbruket. LAR blir sett på som ”redningsplanke” for mange brukere, mener en saksbehandler. Kontorets erfaring er at mange LAR-klienter også har behov for institusjonsbehandling. Det er derfor et økende behov for omsorgstiltak av typen Fredheim (hvor Oslo kommune kjøper plasser). LAR skaper likevel en bedre situasjon for brukere; det blir mindre ”gatekjør” og brukeren får bedre økonomi.

Hvis ikke LAR-tilbudet var blitt utvidet, ville flere brukere blitt søkt til behandlingsinstitusjonene. En av de intervjuede mener at tilbudet totalt sett er blitt dårligere for de tyngste brukerne. De risikerer nå å i større grad å bli utestengt fra behandling.

5.1.3.1 Oppholdstider

Ved sosialtjenesten pågår det diskusjoner om reformen har ført til kortere oppholdstider i behandlingsinstitusjonene.

Oppfatningen på ett av sosialkontorene er at det i enkelte tilfeller kan forsvares at oppholdstider på behandlingsinstitusjonene kortes noe ned, spesielt på tiltak med svært lange oppholdstider. Man har erfart at klienter er kortere i behandling og at det er mer fokus fra helseforetakene på kortere behandlingstid. Dette har også sammenheng med at det nå brukes et større spekter av tilbudene, bla. a. gjelder dette tilbud om korttidsbehandling.

Fra en institusjon med mange klienter fra Oslo er erfaringen at Helse Øst RHF stiller krav til kortere oppholdstider. Kravene er skriftlig formulert og kommer fra vurderingsenhetene. Det stilles tydelige krav om at oppholdstiden skal ned, og det er blitt vanskeligere å få godkjent lengre opphold. Det er et press fra Helse Øst RHF om sterkere progresjon i behandlingen. Dette kan være bra for noen klienter, men mindre bra for andre, er en reaksjon fra institusjonen.

5.1.3.2 Ventetider

Intervjuene av saksbehandlere i sosialtjenesten viser en del usikkerhet når det gjelder vurderingen av endringer i ventetider på plass i institusjoner. Ventetider blir ikke registrert systematisk ved sosialtjenesten etter reformen. Enkelte av de intervjuede mener det ikke skjedd forkorting i ventetider på behandling, kanskje tvert om. (Dette samsvarer med statistiske opplysninger i avsnitt 2.2.2). Lengre ventetider kan skyldes økt søkning til behandling fra bydeler/kommuner, i tillegg til at fastleger har fått rett til henvisninger. Det hevdes at kommuner rundt Oslo brukte lite penger på behandling før reformen, men at det nå henvises langt flere klienter. Som vist ovenfor, kommer det frem at det også i Oslo er lettere å henvise brukere til behandling.

5.2 Resultater fra spørreskjemaundersøkelse til sosialtjenesten i bydelene

Sosialkontorene har fått spørsmål om endringer i budsjettet før og etter reformen områdene:

- Ressursinnsats
- Permanente botiltak
- Andre botiltak
- Kommunale tiltaksprosjekt ellers

5.2.1 Ressurser

På spørsmålet om endringer i økonomiske midler til rådighet for rusmiddelmissbrukere, svarer sosialtjenesten i 6 av 12 tilfeller at det ikke er skjedd noen endring etter reformen mens fire kontor har merket en betydelig nedgang i midler, Tabell 28. To kontor melder om betydelig mer midler til rådighet.

Tabell 28. Er det betydelige endringer i de økonomiske midler sosialtjenesten har til rådighet for tiltak til rusmiddelmissbrukere i 2005 sammenlignet med situasjonen før reformen. Totale tall

	Tallet på sosialkontor
Betydelig mindre midler til rådighet	4
Ingen betydelig endring	6
Betydelig mer midler til rådighet	2
I alt	12

På spørsmål om endringer i budsjett for kjøp av plasser fra private tiltak som ikke har avtale med det offentlige, svarer ni kontor at det ikke er skjedd noen endring i forbindelse med reformen. To kontor mener budsjettet er blitt mindre etter reformen.

Det andre spørsmålet gjelder kommunale kjøp av omsorgsplasser fra tiltak med avtale. Også her melder flertallet, ni kontor, om ingen endring, men det er et par tilfeller av mindre budsjett.

Etter reformen har bydelen ingen betaling for plasser i spesialisthelsetjenesten, men sosialtjenesten i bydelene betaler en andel til Rusmiddeletaten for kjøp av kommunale rehabiliterings- og omsorgsplasser.

Tabell 29. Endringer i kjøp av plasser i spesialisttiltak før og etter reformen. Totale tall

	Kjøp av opphold/plasser fra private uten avtale	Kjøp av opphold/plasser fra private med avtale*
	Tallet på kontor	Tallet på kontor
Mindre budsjett i 2005	2	2
Ingen endring	9	9
Ingen opplysning	1	1
I alt	12	12

*Gjelder plasser i behandlingssituasjon som ikke inngår i avtale med det regionale helseforetaket.

Personellutgifter og utgifter til tiltak

Tre kontor melder om reduksjon i personellbudsjett etter reformen mens to kontor oppgir at budsjettet er blitt større. Blant de kontor som har stillinger i de aktuelle stillingsgruppene; ruskonsulent, saksbehandlere eller på rusfeltet og tiltakskonsulenter, er hovedtendensen ingen endring etter reformen.

Når det gjelder andre tiltak som botiltak eller kommunale prosjekt ellers, er det skjedd relativt små endringer. Et fåtall kontor melder om større budsjett til botiltak og andre kommunale prosjekt.

Tabell 30. Vurdering av endringer i budsjettet mellom 2005 og 2002. Totale tall

	Personell-utgifter i sosialtjenesten	Permanente botiltak	Andre botiltak	Kommunale tiltak/prosjekt ellers
	Tallet på kontor	Tallet på kontor	Antall	Tallet på kontor
Mindre budsjett i 2005	3	0	1	1
Ingen endring	7	10	7	6
Større budsjett i 2005	2	1	2	3
Ingen opplysning	0	1	2	2
I alt	12	12	12	12

5.2.2 Henvisninger av klienter

I forbindelse med rusreformen kunne det tenkes at sosialtjenesten i bydelen ville få mindre arbeid med henvisninger til spesialisthelsetjenesten fordi 2. linjen nå tar vurderingene i forbindelse med rett til helsehjelp. De åpne intervjuene med saksbehandlere tyder på at det nå legges mindre arbeid ned i arbeid med henvisninger. Et forhold som trekker i motsatt retning, er at det etter reformen foretas flere henvisninger.

Ved rusreformen fikk fastleger rett til å henvise klienter i tillegg til sosialkontorene. Endringer i vurdering av rett til helsehjelp kan tenkes å ha innvirkning på antall henvendelser fra sosialkontorene.

Fem av kontorene svarer at tallet på henvisninger etter reformen omtrent er det samme som før reformen. Fem kontor melder om litt eller sterk økning etter reformen. Kun to kontor melder om redusert antall henvisninger etter reformen.

På spørsmål om tidsbruken i forbindelse med henvisninger varierer svarene en god del, fra mindre tidsbruk til betydelig mer tidsbruk. Seks kontor svarer at de bruker litt eller betydelig mer tid på henvisninger, mens to kontor bruker mindre tid og to for kontor er tidsbruken den samme som før reformen.

Tabell 31. Er tallet på henvisninger av rusmiddelmissbrukere fra sosialtjenesten til utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten endret etter reformen? Totale tall

	Tallet på kontor
... litt redusert etter reformen	2
... omtrent på samme nivå som før reformen	5
...økt litt etter reformen	4
...økt sterkt etter reformen	1
I alt	12

Tabell 32. Er det skjedd endringer i tidsbruken i forbindelse med henvisninger av rusmiddelmissbrukere til utredning/behandling i rustiltak etter rusreformen. Totale tall

	Tallet på kontor
...litt mindre tidsbruk etter reformen	2
...ingen endring i tidsbruk	4
...litt mer tidsbruk etter reformen	4
...betydelig mer tidsbruk etter reformen	2
I alt	12

Sosialkontorenes behandling av henvisninger

De åpne intervjuene med saksbehandlere tyder på at kontorene får mindre innsikt i saker om rusmiddelmissbrukere etter reformen fordi mye av vurderingsarbeidet overlates til spesialisthelsetjenesten.

Svar fra sosialkontorene viser at syv av kontorene ikke har registrert noen endring i kunnskap eller innsikt i klientsaker. Fire av de kontorene svarer at de har mindre innsikt i sakene mens ett kontor svarer mer innsikt.

Hovedtendensen er at det ikke er skjedd noen endring, men en tredjedel har mindre kunnskap og innsikt i sakene.

Dette reiser spørsmål om det er skjedd endringer i sosialtjenestens sitt ansvar for å dekke behovene for rusmiddelmissbrukerne etter reformen.

Seks av tolv kontor svarer at ansvaret på noen områder er blitt større etter reformen, mens 5 av kontorene mener det ikke er skjedd noen endring. Bare ett kontor svarer at det på noen områder er mindre ansvar enn før reformen.

Tabell 33. Er det skjedd endringer i sosialtjenestens innsikt i eller kunnskap om enkeltsaker etter reformen eller er situasjonen den samme som før reformen? Totale tall

	Tallet på kontor
Sosialtjenesten har stort sett mindre kunnskap om enkeltsaker	4
Ingen endring	7
Sosialtjenesten har stort sett mer kunnskap om enkeltsaker e	1
I alt	12

Tabell 34. Er det skjedd endringer i sosialtjenestens i faktiske utøvelse av ansvar for å dekke behovet for kommunale tjenester for rusmiddelmissbrukere etter reformen.

Totale tall

	Tallet på kontor
På noen områder er ansvaret mindre etter reformen.	1
Ingen endring	5
På noen områder er ansvaret større etter reformen.	6
I alt	12

5.2.3 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Sosialtjenesten fikk spørsmål om hvordan den vil vurdere samhandlingen med spesialisthelsetjenesten etter reformen sammenlignet med forholdene før reformen.

Hovedtendensen i svarene fra sosialtjenesten er at samhandlingen enten er dårligere etter reformen eller at det ikke er skjedd noen endring.

Kun tre kontor melder om bedre samhandling når det gjelder henvisninger i forbindelse med utredning eller behandling. Når det gjelder samhandling under klientens opphold på institusjon og underoppfølging av klienten i bydelen/kommunen, er hovedtendensen at det ikke er skjedd noen endring, meldt av flertallet av kontor, eller at samhandlingen er blitt dårligere.

På grunnlag av svarene fra sosialtjenesten i bydelen i Oslo, har kan man ikke hevde at reformen ført til forbedringer i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. I flere tilfeller har reformen ført til dårligere samhandling.

En større andel av bydelene i Oslo om dårligere samhandling enn kommuner ellers i landet.

Tabell 35. Hvordan vil sosialtjenesten vurdere samhandlingen med rustiltakene i dag sammenlignet med situasjonen før reformen.. Totale tall

	1) i forbindelse med henvisninger til utredning/behandling	2) under klientens opphold på døgninstitusjon	3) med behandling/institusjon under oppfølging av klient i bydel/kommune
Dårligere etter reformen	4	5	2
Ingen endring	5	7	9
Bedre etter reformen	3		
Ingen opplysning	-	-	1
I alt	12	12	12

5.2.4 Valg av institusjon og tiltak i ventetiden

Før reformen var behandlingstilbudene organisert i fylkeskommunen som eier av sykehusene eller gjennom avtaler med private tiltak. Praksis for valg av behandlingstilbud var fleksibel. Brukere fra ett fylke kunne få plass i et annet fylke ved en utstrakt bruk av gjesteplass finansiering. Etter reformen er dette blitt vanskeligere. De regionale foretakene har inngått avtaler med private tiltak for et bestemt antall plasser. Brukere fra egen region blir prioritert ved valg av plasser. Det samme prinsippet gjelder for helseforetakenes egne sykehusavdelinger. I det nye systemet vil det være stor grad av fleksibilitet innen regioner, men ikke i like stor grad mellom regioner. Meldinger fra helseforetakene viser imidlertid at det skjer en utbredt kjøp av plasser på tvers av helseregioner, spesielt fra andre regioner til helseregion Øst (Lie og Nesvåg 2006). Opplysninger fra private tiltak i helseregion Øst, viser at institusjoner har større kapasitet enn det avtalen med Helse Øst RHF omfatter og at slike plasser blir solgt som gjesteplasser til andre regioner.

Slik sosialtjenesten i Oslo vurderer situasjonen er hovedtendensen at valgmulighetene er blitt dårligere etter reformen. *Åtte av 12 sosialkontor vurderer valgmulighetene som dårligere etter reformen*, to kontor mener det ikke er skjedd noen endring mens to kontor svarer at situasjonen er blitt bedre.

Personlige intervjuer tyder på at sosialtjenesten og brukere har noe mindre kontroll over valg av institusjon nå enn før reformen. DPSene som foretar vurdering av søknader har mindre kunnskap om behandlingstilbudene, har saksbehandlere i sosialtjenesten erfart. Dette kan innebære at valg av institusjon skjer på et dårligere kunnskapsgrunnlag enn før og at tilpasningen mellom klientens behov og valg av institusjon ikke er det optimale. Sosialtjenestens henvisninger legger også føringer på valg av institusjon, avhengig av hvor tydelige sosialtjenesten er i saksdokumentene. I brukerintervjuene kommer det frem at det i noen tilfeller har forekommet dårlig tilpasning eller ”matching” mellom klientens behov og tilbudet på behandlingstilbudet. Konsekvensen av dette kan være at klienten ikke får utbytte av oppholdet eller avbryter oppholdet, og dermed blir stående uten noe tilbud.

Sett fra sosialtjenestens ståsted er mulighetene for valg av institusjon for klientene blitt klart dårligere etter reformen, dette kommer fram både i surveyen og i personlige intervjuer med saksbehandlere på utvalgte kontor.

Tabell 36. Har brukernes mulighet for valg av institusjon blitt bedre eller dårligere etter reformen eller er det ingen endring. Totale tall

Brukerens mulighet for valg av institusjon etter reformen er blitt	Tallet på kontor
Dårligere	8
Ingen endring	2
Bedre	2
I alt	12

Tiltak i ventetiden

I ventetiden kan bydelen sette inn spesielle tiltak. I Oslo kommune svarer ni av elleve sosialkontor at de setter inn kommunale tiltak overfor brukerne. Det er mindre vanlig med tiltak som ikke er kommunale, men noen bydeler har slike tilbud.

Tabell 37. Settes det inn spesielle tiltak i ventetiden på plass i spesialisthelsetjenesten til rusmiddelmissbrukere? Kommunale tiltak og ikke-kommunale tiltak. Totale tall

	Kommunale tiltak. Tallet på kontor	Ikke-kommunale tiltak. Tallet på kontor
Nei	2	6
Ja	10	3
Ingen opplysning		3
I alt	12	12

5.2.5 Dekning av etterspørsel etter tilbud til rusmiddelmissbrukere

Sosialkontorene fikk spørsmål om det ut fra en samlet vurdering var skjedd endringer i dekning av tilbudene til rusmiddelmissbrukere etter reformen, både kommunale tilbud og tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder kommunale tilbud svarer syv av tolv kontor at det ikke er skjedd noen endring etter reformen. Fire kontor har registrert en bedring av kommunale tilbud mens ett kontor mener dekningen er blitt dårligere etter reformen.

Situasjonen vurderes langt dårligere for spesialisthelsetjenesten. Ni av kontorene mener dekning av tilbud til rusmiddelmissbrukerne er blitt dårligere, et kontor har ikke registrert noen endring mens to kontor svarer bedre dekning. Her må vi ta i betraktning at etterspørselen etter tjenester kan ha økt etter reformen.

Tabell 38. Ut fra en samlet vurdering, har sosialtjenesten registrert endringer i dekningen av etterspørselen etter tilbud til rusmisbrukere etter reformen? Kommunale tilbud og tilbud i spesialisthelsetjenesten. Totale tall

	Kommunale tilbud. Tallet på kontor	Tilbud i spesialisthelsetjenesten. Tallet på kontor
Bedre dekning	4	2
Ingen endring	7	1
Dårligere dekning	1	9
I alt	12	12

Tilbud til rusmisbrukere med omfattende psykiske lidelser

Vil stilte også spørsmålet om endringer i dekning av tilbud til rusmisbrukere med psykiske lidelser. Tilbud til rusmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser er spesielt nevnt i rusreformen, og det presiserer at tilbudene til denne gruppen må bedres.

Hovedtendensen i svarene er at det ikke er noen endring i de kommunale tilbudene til denne brukergruppen; Syv av kontorene svarer ingen endring, tre svarer bedring mens to svarer dårligere dekning.

Siden dette er en brukergruppe med klare behov for tilbud i spesialisthelsetjenesten, blir endringer på dette nivået spesielt viktige. Sett fra sosialtjenestens ståsted har det ikke skjedd noen betydelig forbedring på området. Syv av de tolv kontorene mener det ikke er skjedd noen endring i tilbudsdekningen mens fire av kontorene mener tilbudsdekninger er blitt dårligere enn før reformen.

Tabell 39. Ut fra en samlet vurdering, har sosialtjenesten registrert endringer i dekningen av etterspørselen etter tilbud til rusmisbrukere med omfattende *psykiske problemer etter reformen?* Kommunale tilbud og tilbud i spesialisthelsetjenesten.

	Kommunale tilbud. Tallet på kontor	Tilbud i spesialisthelsetjenesten. Tallet på kontor
Bedre dekning	3	1
Ingen endring	7	7
Dårligere dekning	2	4
I alt	12	12

5.2.6 Pasientrettigheter

Rusreformen innebærer at rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten får rettigheter etter pasientrettighetsloven, som andre pasienter.

I overgang til den nye pasientstatusen er informasjon om rettigheter viktig. Et annet forhold det er lagt stor vekt på i forbindelse med reformen, er bruken av individuell plan for brukere med behov for spesialiserte sammensatte tjenester.

Et spørsmål er i hvilken grad rusmisbrukere etterspør informasjon om rettigheter. Svarene fra bydelene i Oslo tyder på at brukere ikke aktivt etterspør informasjon. Ved ti av kontorene svares det at brukere i liten grad etterspør informasjon mens to kontor svarer ”til en viss grad”.

Interessen for individuell plan er til stede blant brukere. Ved ni kontor er svaret at brukere til en viss grad tar i mot tilbud om å opprette individuell plan.

Vi spør om sosialkontoret selv tar initiativ til å opprette individuell plan. Kontorene er ikke spesielt aktive på dette området. Åtte kontor svarer ”til en viss grad” mens ett kontor svarer i ”liten grad” og 2 kontor svarer i ”i stor grad”.

Tabell 40. Pasientrettigheter og individuell plan. Totale tall

	Etterspør rusmiddelmissbrukere informasjon om pasientrettigheter?	I hvilken utstrekning tar aktuelle brukere i mot tilbud om å opprette individuell plan?	Tar sosialtjenesten i denne bydel/kommune initiativ til å opprette individuell plan?
I stor grad	0	1	2
Til en viss grad	2	9	8
I liten grad	10	2	1
Ingen opplysning			1
I alt	12	12	12

5.2.7 Henvisning fra leger

I forbindelse med reformen fikk leger rett til å henvise rusmiddelmissbrukere til spesialisthelsetjenesten i tillegg til sosialtjenesten, som tidligere hadde denne rettigheten.

Sosialtjenesten har uansett hvem som henviser et ansvar for følge opp brukeren etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Det kan da være en styrke at sosialtjenesten har oversikt over antall henvisninger fra leger og at sosialtjenesten får informasjon om behov for oppfølging av pasienter som er henvist fra leger.

Ti av tolv kontor svarer at *de i liten grad* har oversikt over henvisninger fra leger. Seks av tolv kontor svarer at de til en viss grad får informasjon om behov for oppfølging av pasienter henvist fra lege mens seks kontor svarer ”i liten grad”.

Bydelen i Oslo kommer dårligere ut enn landet ellers når det gjelder oversikt over henvisninger fra leger.

Svarene tyder på at sosialtjenesten ikke er særlig godt informert om henvisninger fra leger eller om behovet for oppfølging av pasienter som henvises av leger. En konsekvens av dette er at det blir vanskelig å etablere opplegg for kommunal oppfølging av brukerne, fordi sosialtjenesten ikke har vært med i henvisningsprosessen og ikke kjenner klientens behov, bakgrunn osv. Intervju med behandlingsinstitusjoner viser at det er meget vanskelig å få sosialkontorene på banen for klienter som er henvist fra leger.

Opplysninger fra den nasjonale evalueringen av rusreformen (Lie og Nesvåg 2006) viser at legehenvvisninger står for det meste av veksten i henvisninger etter reformen, og at leger i stor grad henviser pasienter med psykiske lidelser. Dette er en gruppe som i høy grad har behov for oppfølging i de kommunale tjenestene. På dette området er det et klart behov for å innføre bedre rutiner for samhandling mellom fastleger og sosialtjenesten.

En kommentar fra ett sosialkontor er at det er blitt større forståelse blant fastleger for rusmiddelmissbrukere, og at de fleste fastleger er villige til å stille i ansvarsgrupper.

5.2.8 Spesialisthelsetjenestens "Sørge for" ansvar

Sosialkontorene fikk til slutt spørsmål om hvordan de synes at det regionale helseforetaket ivaretar "sørge for" ansvaret for rusmiddelbrukere etter reformen sammenlignet med Rusmildeletaten i Oslo før reformen.

Åtte av tolv kontor mener at det regionale helseforetaket ivaretar "sørge for" ansvaret dårligere enn Rusmildeletaten gjorde før reformen. Fire kontor mener at det ikke er skjedd noen endring. På landsbasis er vurderingene fra sosialtjenesten mer positiv, da noe over en fjerdedel av kontorene mener "sørge for" ansvaret er dårligere ivaretatt. Det kan derfor se ut til at konsekvensene av rusreformen for brukere i Oslo slår negativt ut sammenlignet med landet ellers. Vi har grunn til å tro at endringene oppleves sterkere i Oslo enn i landet ellers, fordi Oslo før reformen hadde etablert en sammenhengende tiltakskjede fra lavterskelnivå til spesialistnivå under en og samme forvaltningsenhet.

De regionale foretakenes "sørge for" ansvar innebærer at foretakene skal ha oversikt over befolkningens behov for helsetjenester og sørge for at behovene for tjenestene dekkes.

Situasjonen, slik sosialtjenesten gir uttrykk for, er at behovsdekningen var bedre før reformen, da fylkekommunen/RME hadde "sørge for" ansvaret. Spørreskjemaundersøkelsen går ikke detaljert inn på manglene i "sørge for" ansvaret, men uttalelser fra sosialtjenesten tyder på økning i ventetider, mangel på kompetanse ved vurderinger i spesialisthelsetjenesten, dårligere tilpasning mellom klientens behov og type behandlingstilbud, problemer med kapasitet for tvangsplasseringen og at spesialisthelsetjenesten oppleves som fjernere fra sosialtjenesten enn det Rusmildeletaten gjorde før reformen.

6 Oppsummering og konklusjoner

Utgangspunktet for evalueringsprosjektet er iverksettingen av rusreformen fra 1. januar 2004, da staten ved de regionale helseforetakene tok over eierskapet til behandlingstiltak i rusfeltet. Rusmiddeletaten (RME) i Oslo kommune hadde før reformen bygget ut en sammenhengende tiltaks- og behandlingsskjede fra lavterskel- og omsorgstiltak til tiltak med akutt-, kort- og langtidsdøgnbehandling samt polikliniske tjenester.

Reformen kunne tenkes å ha negative konsekvenser for rusmiddelbrukere i Oslo. En innarbeidet kommunal tiltaksskjede ble nå erstattet av et nytt system, men nye eiere, ny organisering og vurderinger av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette skapte en usikker situasjon, og Rusmiddeletaten tok derfor initiativet til en evaluering av reformen for brukere i Oslo kommune.

Målet for prosjektet er å undersøke om rusreformen har hatt noen konsekvenser for brukene i Oslo når det gjelder: 1) tid i behandling, 2) ventetid til inntak i behandlingsinstitusjon og 3) samarbeid og samhandling mellom sosialtjenesten i Oslo og spesialisthelsetjenesten. Generelt for evalueringen gjelder at den omfatter involverte aktører, som brukere, brukerorganisasjoner, pårørende organisasjoner, ansatte innen administrasjonen i sosialtjenesten i Oslo, innen administrasjonen i Helse Øst og ansatte ved de aktuelle institusjonene. I tillegg ønsket Rusmiddeletaten en beskrivelse av klienter i kommunale omsorgsinstitusjoner på grunnlag av databaser fra 2003 og 2005.

I evalueringen er det brukt en rekke datakilder. For å belyse endringer i vente- og oppholdstider, er det analysert data fra RME sine egne registreringer av brukere for året 2003. Etter planen skulle disse registreringene sammenlignes med data fra Helse Øst RHF etter 2004. Opplysninger fra Helse Øst RHF om pasienter fra perioden etter rusreformen var ikke tilgjengelig. IRIS har foretatt en egen datainnsamling på to tidspunkt, en registrering i 2003 og en registrering i 2006. Dette gjelder opplysninger om ventetider for et utvalg pasienter, opplysninger om oppholdstider i institusjon og om fagstillinger og årsverk i institusjonene.

For å belyse samarbeid og samhandling mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten er det foretatt intervjuer med saksbehandlere og ruskonsulenter ved et utvalg sosialkontor i bydelene i Oslo. Det er gjennomført en undersøkelse med spørreskjema til sosialkontorene i bydelene i kommunen om endringer i forbindelse med reformen.

Brukernes syn på tjenestene er innhentet gjennom personlige intervjuer mellom forskere fra IRIS og den enkelte bruker. Det er foretatt intervju med brukerorganisasjoner og med organisasjon for pårørende.

Ingen endring i tid i behandling som følge av rusreformen

Et sentralt spørsmål fra Rusmiddeletaten er om tid i behandling i spesialisthelsetjenesten er endret etter reformen.

Ingen av de institusjonene som før reformen tilhørte Oslo og som ble overført til Helse Øst RHF etter reformen, har foretatt nedkorting av oppholdstider ved institusjonen etter reformen.

Informasjon fra Helse Øst RHF, viser at tilbudsprofilen for tverrfaglig spesialisert behandling kan bli endret i løpet av 2008, i forbindelse med nye anbudsforhandlinger med de private rustiltakene. Fra Helse Øst RHF sin side vil man i framtiden satse sterkere på å utvikle et mer fleksibelt og variert behandlingsopplegg for pasientene. Dette vil kunne resultere i en viss reduksjon i liggetider ved langtidsplasser. Reduserte liggetider skal etter intensjonene kompenseres ved en tettere oppfølging i kommune/bydel for eksempel ved mer bruk av polikliniske tilbud. Dette vil kunne sikre pasientene behandlingskontakt over lang tid, uten at det nødvendigvis foregår lange sammenhengende opphold på en institusjon. Helse Øst RHF vil samtidig gå inn for å styrke kommunikasjon og samhandling mellom innsøkende instans og behandlingstiltaket om pasienter, for på den måten å kunne vurdere behovet for behandling fortløpende.

Intervju med brukere viser at perioden etter utskrivelser fra behandlingstiltak er en sårbar periode når det gjelder tilbakefall til rusmiddelmisbruk. Nedkorting av liggetider kunne tenkes å forsterke denne sårbarheten. Slik intensjonen er fra Helse Øst RHF, skal man ved hjelp av tettere oppfølging etter utskriving kunne gjeninnlegge pasientene i døgntiltak, hvis det er et behov for det og uten brudd i behandlingen.

Oslo er en av kommunene som kjøper rehabiliterings- og omsorgsplasser ved behandlingstiltak, for å få dekt opp det kommunale ansvaret for oppfølging av klienter. For den enkelte bruker kan derfor den samlede oppholdstiden i behandlingstiltaket bli lenger enn den oppholdstiden som Helse Øst RHF betaler for. Sammenlignet med andre kommuner tar Rusmiddeletaten i større grad ansvar for denne type oppfølging.

Opplysninger fra RME sin database, basert på data for den enkelte bruker fra 2003, viser en gjennomsnittlig oppholdstid på 37,7 uker. Tilsvarende data er ikke tilgjengelige for perioden etter reformen.

Økning i ventetider på inntak til behandlingstiltak

Registreringene viser en gjennomsnittlig økning av ventetider etter reformen på mellom tre og fire uker. Median ventetid i 2003 var to uker mot seks uker i 2006. Dette betyr at søkere fra Oslo får en merkbart lenger ventetid etter reformen.

Bryter man ventetidene ned på institusjons-/tiltakstype, viser resultatene at økningen i ventetider er størst for de polikliniske tilbudene med 3,3 uker mens ventetiden til døgntilbudene har økt med drøyt en uke.

RMEs egne data over klienter med institusjonsopphold fra 2003 viser en gjennomsnittlig ventetid⁸ på inntak i institusjon på syv uker i gjennomsnitt ved de tiltakene som ble overført fra Oslo til Helse Øst RHF mens data fra IRIS/SINTEF undersøkelsen i 2003 viser en gjennomsnittlig ventetid på drøyt seks uker.

IRIS gjentok undersøkelsen av ventetider i 2006, og resultatene derfra viser en gjennomsnittlig ventetid på snaut ti uker for de institusjonene som ble overført fra Oslo til Helse Øst RHF.

Ventetider økte i størst grad ved private institusjoner og lang mindre ved de offentlige. For de private tiltakene i helseregion Øst økte ventetiden med snaut fire uker etter reformen mens de offentlige tiltakene hadde en økning på under en uke.

Spesialisthelsetjenesten har generelt som mål å redusere ventetider for pasienter med rett til helsehjelp. For de somatiske helsetjenestene har utviklingen gått i retning av kortere ventetider. Rusfeltet ser ut til å ta en annen utvikling, med økte ventetider. På det somatiske området har det vært satt i verk en rekke tiltak for å redusere ventetidene, som for eksempel rydding i ventelistene, økning i pasientbehandlingen og kjøp av tjenester fra trygdeetaten (Hovik og Lie 2005). På rusfeltet har man ikke sett en tilsvarende innsats. Rusfeltet har en annen eierstruktur enn somatiske tjenester, bl. a. ved at rusfeltet har mange tiltak drevet av private eiere med driftsavtaler med de regionale helseforetakene. Driftsavtalene omfatter et bestemt antall plasser, men kapasiteten til de private institusjonene er i flere tilfeller større enn det driftsavtalene omfatter. Dette er plasser som institusjonene kan selge på det åpne markedet. Den nasjonale evalueringen (Lie og Nesvåg 2006) viser at det kjøpes et stort omfang av gjesteplasser i helseregion Øst fra andre regionale foretak. Kjøp av plasser utenom driftsavtaler vil kunne påvirke lengden av ventetider. På samme måte som andre regionale foretak, vil Helse Øst RHF kunne redusere ventetiden ved kjøp av "spotplasser" i egen region eller i andre regioner, med tanke på god tilpasning mellom klientens behov og type tilbud.

Økning i tallet på henvisninger

I den nasjonale evalueringen av rusreformen vises det at de regionale helseforetakene har økt kapasiteten i rustiltakene og styrket den faglige bemanningen. Det skjedde en meget sterk økning i antall henvisninger like etter reformen på landsbasis, for så å flate noe ut. Det meste av økningen i antall henvisninger synes å skyldes et høyere antall henvisninger fra fastleger og fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Økningen i henvisninger kan ha ført til lengre ventetider, ikke minst for Oslo-brukere.

Innformasjon fra sosialtjenesten i bydelene i Oslo er ikke entydig når det gjelder endringer i antall søknader om plass i behandlingstilbud. Et flertall av kontorene

⁸ Med ventetider refereres her til faktiske ventetider for hver enkelt pasient, ikke forventede ventetider som institusjonene oppgir i sine oversikter over ventetider til Norsk pasientregister. De faktiske ventetidene er som regel kortere enn de forventede tider fra Norsk pasientregister.

mener tallet på søknader er omtrent det samme som før reformen, mens en mindre andel mener tallet er økt. Et par kontor mener å ha registrert en nedgang i antall søknader. Et moment er at fastleger etter reformen har henvisningsrett og som vist ovenfor, har dette ført til en økning i antall søknader som i liten grad er kjent for sosialtjenesten.

Varierte erfaringer med samhandling. Hovedtendens: ingen endring eller dårligere samhandling mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten

Denne delen av undersøkelsen bygger på personlige intervju med ansatte i sosialtjenesten, i spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjoner. Opplysninger kommer også fra spørreskjema til sosialtjenesten i bydelene.

Samhandling mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig for brukernes kontakt med hjelpeapparatet i alle faser av behandlingen, i forbindelse med henvisning, under institusjonsoppholdet og ved oppfølging i sosialtjenesten i bydelene.

På spørsmålet om samhandling i forbindelse med *henvisninger og utredning til behandling* har sosialtjenesten ulike erfaringer: fem av tolv kontor melder om ingen endring i samhandlingen, fire kontor mener at samhandlingen er blitt dårligere mens tre kontor erfarer at den er blitt bedre.

Når det gjelder samhandling *under klientens opphold på institusjon* melder syv at tolv kontor om "ingen endring" i samhandlingen mens fem kontor har erfart at samhandlingen er blitt dårligere.

På spørsmålet om samhandling med rustiltaket *under oppfølging av klienten i bydelene* svarer flertallet av kontorene at det ikke er skjedd noen endring mens et par kontor melder om dårligere samhandling.

Ut fra en samlet vurdering mener flertallet av kontorene at tilbudene generelt i spesialisthelsetjenesten til rusmiddelmissbrukere er blitt dårligere etter reformen. Mulighetene for fritt valg av type tiltak for søkerne er blitt dårligere. Sosialkontorene har i liten grad oversikt over henvisninger fra fastleger og oppfølgingen av brukere henvist fra fastleger er mindre god.

Tilbudene til personer med alvorlige psykiske lidelser er ikke bedret, etter sosialkontorenes erfaring. Derimot er tilbudet blitt bedre for pasienter med mindre alvorlige plager.

Sosialkontorene mer på sidelinjen?

Generelt arbeider sosialkontorene mindre med sakene til brukerne etter reformen fordi det nå er vurderingsenhetene i Helse Øst RHF som skal ta stilling til om brukeren har rett til helsehjelp og hvilken institusjon brukeren skal søkes inn på. Sosialkontorene blir derfor noe mindre sentrale i de enkelte sakene enn før. Før reformen betalte bydelene en egen andel for institusjonsopphold i behandlingstiltak, noe som innebar en ekstra kvalitetssikring av søknaden. Dette skjer i mindre grad nå, hevdes det, fordi det er spesialisthelsetjenesten som avgjør retten til helsehjelp. Som kommentert ovenfor, mener likevel flertallet av sosialkontorene at det ikke er skjedd store endringer i samhandlingen med behandlingstilbudene under oppfølging av klienten i kommunen.

Andre gir uttrykk for at kontakten med behandlingstilbudene var bedre før reformen. Synspunktene er forskjellige. Der man hadde god kontakt før, har man også god kontakt nå, mener noen. Reformen har imidlertid skapt mer byråkrati, og spesialisthelsetjenesten oppleves mindre tilgjengelig enn før reformen.

Gode og dårlige erfaringer innen rus/psykiatri

Kvaliteten i samhandling med psykiatrien varier. Noen erfaringer er at avdelinger for rus og psykiatri er meget samarbeidsvillige etter reformen. Tiltak i helseregion Øst har en åpen holdning til samarbeid og er lette å samarbeide med, hevdes det. Det polikliniske tilbudet og tilbudet fra DPS har blitt mye bedre, når det gjelder rus og psykiatri, er en oppfatning. Andre erfaringer viser at det fremdeles er vanskelig med tilbud til brukere med tunge og alvorlige psykiske lidelser. Det blir alltid spørsmål fra psykiatrien om primærdiagnosen er rus eller psykiatri, sies det. Det var dette man skulle unngå i og med reformen, påpekes det fra sosialtjenesten.

Bydelene opprettholder sin innsats på rusfeltet

Forhold som gjelder den kommunale innsatsen på rusfeltet har endret seg lite, etter sosialkontorenes rapportering. Siden kostnader ved institusjonsbehandling og mer av saksbehandlingen av søknader er overtatt av helseforetakene, kunne man forvente mindre innsats fra bydelene. Bydelene rapporterer at de i stor grad opprettholder sin innsats etter reformen.

Bydelen har ikke redusert kostnader ved kjøp av plasser med det regionale helseforetaket, i følge sosialtjenesten. Selv om staten betaler for behandlingsplasser for rettighetspasienter, kjøper kommunen egne plasser fra private tiltak for sine brukere. Dette gjelder plasser til rehabiliterings- og omsorgsopphold, som er et kommunalt ansvar.

Sosialtjenesten gir ulike vurderinger av antall henvisninger til spesialistbehandling etter reformen. Noen bydeler mener tallet på henvisninger er økt, men tendensen i spørreskjemaundersøkelsen tyder på at det fleste ikke har registrert store endringer. På landsbasis er tallet på henvisninger økt, men økningen skyldes i stor grad henvisninger fra fastleger (Lie og Nesvåg 2006).

Man skulle forvente at sosialtjenesten ville bruke mindre tid på saksbehandling etter reformen, siden vurderingsenheter i spesialisthelsetjenesten skal ta stilling til rett til helsehjelp og finne plass på institusjon. Svarene fra sosialtjenesten tyder på at flertallet av kontor bruker mer tid på saksbehandlingen etter reformen.

Etter sosialtjenestens oppfatning er dekningen av tilbud i spesialisthelsetjenesten til brukerne blitt dårligere etter reformen. Et flertall av sosialkontorene i Oslo mener at det regionale helseforetaket ivaretar sitt "sørge for" ansvaret dårligere enn Rusmiddeletaten gjorde før reformen. Sosialtjenesten merker at reformen har ført til en økning i ventetider, at det mangler kompetanse ved vurderinger av pasienter i spesialisthelsetjenesten, at det er blitt dårligere tilpasning mellom klientens behov og type behandlingstilbud og at spesialisthelsetjenesten oppleves som fjernere fra sosialtjenesten enn det Rusmiddeletaten gjorde før reformen.

Bemanning og ressurser

Siden bydelene ikke lenger har utgifter til opphold på behandlingsinstitusjon kombinert med en mulig forenkling av saksbehandlingen, er mulige konsekvenser at ressursene i bydelen til rusfeltet ble redusert.

Når det gjelder bemanning i aktuelle stillingsgrupper er det bare ett av ti kontor som melder om reduksjon i bemanningen. Flertallet av kontor melder om ingen endring i bemanning eller om en viss økning. Flertallet av kontor melder også om uendret budsjett når det gjelder personellutgifter og utgifter til bo-tiltak og andre kommunale tiltak.

Før reformen foretok RME kjøp av institusjonsplasser fra private tiltak med driftsavtale. Etter reformen er det staten som betaler for behandlingsopphold for pasienter med pasientrettigheter. Undersøkelsen ved sosialkontorene i Oslo viser at nesten alle kontor har utgifter i forbindelse med kjøp av rehabiliterings- og omsorgsplasser.

En tabelloversikt viser hovedtendensen svarene fra sosialtjenesten:

Forhold:	Hovedtendens (hyppigste svaralternativ)
Økonomiske midler til rådighet for tiltak til rusmisbrukere	Ingen endring
Budsjett til personellutgifter i sosialtjenesten	Ingen endring
Midler til permanente botiltak	Ingen endring
Kommunale tiltak ellers	Ingen endring
Kjøp av opphold/plasser fra private tiltak	Ingen endring
Ansatte ved sosialkontorene på rusfeltet	Ingen endring
Tallet på henvisninger fra av rusmiddelmissbrukere fra sosialtjenesten	Omtrent som før reformen
Tidsbruk i forbindelse med henvisninger	Mer tidsbruk
Sosialtjenestens innsikt i enkeltsaker	Ingen endring
Sosialtjenestens ansvar for å dekke behovet for kommunale tjenester for rusmiddelmissbrukere	Ingen endring eller større
Samhandling med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med:	
- henvisninger av klienter	Ingen endring eller dårligere
- under klientens opphold på institusjon	Ingen endring
- under oppfølging i kommunen	Ingen endring
Brukernes mulighet for valg av behandling sin institusjon	Dårligere
Dekning av etterspørsel etter tilbud til rusmiddelmissbrukere:	
- kommunale tilbud	Ingen endring
- tilbud i spesialisthelsetjenesten	Dårligere dekning
Dekning av tilbud til brukere med omfattende psykiske lidelser:	
- Kommunale tilbud	Ingen endring
- Tilbud i spesialisthelsetjenesten	Ingen endring
Helseforetakets "Sørge for" ansvar	Dårligere

Brukererfaringer

Opplysninger om brukererfaringer bygger på personlig intervju med et mindre antall brukere. Intervjupersonene er valgt ut ved enkelte sosialtjenester i bydelene og ved enkelte behandlingstiltak. Utvalget brukere er ikke en statistisk representativt. Brukerne er med ett unntak i en prosess hvor de søker behandling for å komme ut av rusavhengigheten. Kun en av brukerne fikk metadonbehandling.

Intervjuene kan si noe om de erfaringer brukerne har i forbindelse med reformen og med kontakten med hjelpeapparatet. Det har ikke vært et mål med intervjuene å vurdere virkninger av institusjonsopphold, men å samle noen brukererfaringer med rustiltakene, med tanke på konsekvenser av rusreformen.

Felles for brukerne er historier om langvarig avhengighet av rusmidler. Rusmidlene er i hovedsak amfetamin eller heroin, men også piller og alkohol brukes. De fleste brukerne har vært innom mange behandlingstiltak. Et gjennomgående trekk ved brukernes historie er ”sprekk” under og etter opphold i rustiltak og i oppfølgingsperioder⁹ i bydelene.

Dels kan avbruddene skyldes regelbrudd fra bruker og dels at bruker på frivillig grunnlag skriver seg ut fra institusjonen. Behandlingsforløpet kan derfor, for den enkelte bruker, inneholde mange avbrudd og kontakt med en rekke forskjellige tiltak.

Sett fra et behandlings- og tiltaksperspektiv mener vi at slike brukerkarrierer med stadige sprekk og avbrudd i behandling og oppfølging, er en utfordring på veien til egen kontroll over rusavhengighet. Sprekk; at pasienten begynner å ruse seg i løpet av behandlingen, er et symptom på selve lidelsen rusavhengighet og aksepteres vanligvis ikke av rustiltakene. Rusing under behandling er i seg selv ikke grunnlag for å ta klienten ut av behandlingen, opplyser flere institusjoner. Behandlingsinstitusjonene har ulike tiltak for å håndtere rusing under behandlingen. Det er eksempler på at pasienter som har brutt regler om rusing blir overført til skjermede avdelinger (f. eks. Langørjan Gård) eller at klienten får andre endringer i behandlingsopplegget. Pasientene kan også bli skrevet ut av tiltaket med tilbud om å komme tilbake etter en kortere periode.

Den første tiden etter utskrivning fra institusjon er for noen er særlig sårbar periode både med hensyn til rusing og på andre måter. Livet i institusjoner oppleves beskyttet og trygt, mens overgangen til et liv utenfor institusjon byr på utfordringer som brukeren ikke alltid mestrer (Tungland 1998). Det kan være problemer med å skaffe seg en passende bolig, holde avstand fra rusmiljø, økonomi, vansker med å komme i yrkesaktivitet eller i utdanning. De fleste brukerne vi har snakket med har hatt kontakt med behandlingsinstitusjonen i form av oppfølging og samtidig hatt oppfølging fra bydelene/kommunens egne tiltak, spesielt Stensløkka resurssenter, i vårt utvalg av brukere.

De fleste har hatt en kontaktperson i sosialtjenesten. Sosialtjenesten har i intervjuene måttet tåle en del kritikk. Dette går særlig på saker som økonomi og bolig, men det klages også på for lite sosial støtte og oppmerksomhet om egen situasjon. Intervjuene gir også eksempler på brukere som mener de har fått god oppfølging fra sosialtjenesten, selv om deres situasjon er vanskelig. Samtlige brukere var avhengig av økonomisk støtte til livsopphold på intervjutidspunktet, enten ved økonomisk sosialhjelp, rehabiliteringspenger fra trygden eller uføretrygd (noen med tidsavgrenset uføretrygd).

Brukerintervjuene gir eksempler på ulike tilpasninger. Noen har mestret utfordringene, slik det så ut ved intervjutidspunktet. De har fått en god begynnelse på et nytt liv, ikke

⁹ Med oppfølgingsperiode refereres her til den perioden brukeren har oppfølging av sosialtjenesten i kommunen og/eller har oppfølgingstiltak fra behandlingstiltak. For det sistnevnte tilfellet er også betegnelsen ”ettervern” i bruk.

dominert av rus, og har etablert seg med bolig, utdanning og familie. Andre har opplevd ny "sprekk" og er tilbake til et dominerende rusmiddelmissbruk.

Brukerne har vært lite opptatt av ventetider og oppholdstider i behandlingstiltakene. Ingen av brukerne oppfatter ventetiden som urimelig lang, verken før eller etter rusreformen. I ventetid på å få plass i institusjon er brukerne opptatt med sine rusrelaterte gjøremål og har nok med det, ser det ut til. Her må vi skille mellom den subjektive opplevelsen og objektive konsekvenser av ventetider. Selv om brukerne subjektivt ikke er særlig opptatt av ventetid eller opplever den som noe problem, har ventetiden objektivt sett betydning, fordi brukerne i ventetiden opprettholder en rusavhengighet de skal behandles ut av, de kan ha ulike og alvorlige helseproblemer eller eksponeres for andre risikofaktorer.

I flere tilfeller er den oppgitte ventetiden til brukeren kortere enn den faktiske. Årsaken til dette kan være at institusjonen har fått ledig plass, fordi pasienter av ulike grunner har avsluttet oppholdet tidligere enn planlagt. Våre tall viser at gjennomsnittlig ventetid i 2006 er omkring 10 uker for døgntiltak, altså ca. 2 ½ måned. Som vist i rapporten, er ventetiden økt etter reformen. I 2003 ventet halvparten av brukerne under to uker på inntak til rustiltak mot seks uker i 2006. Økningen er størst for private tiltak.

Brukerne opplever ikke at det er press på avkorting av oppholdstider ved institusjonen som kan ha sammenheng med reformen. Enkelte av brukerne har gjennomført lange opphold, over 1 ½ år, mens andre har flere og avbrutte opphold eller korttidsopphold. Noen av brukerne skriver seg selv ut fra institusjonen fordi de mener at opplegg og behandling ikke passer. Her synes det å være forskjeller mellom menn og kvinner.

Kvinner har reagert negativt på mannsdominerte miljø på enkelte tiltak, men gir god tilbakemelding på tiltak som bare er for kvinner. Brukerne har både gode og dårlige erfaringer med institusjonsopphold, men samtlige brukere kan vise til eksempler på opphold som har gitt dem mye kunnskap og har bidratt til å endre deres livssituasjon. Å komme ut av rusavhengigheten og negative konsekvenser av det, er en lang prosess. Tilbakefall til rusmisbruk etter behandling inngår i alle historiene fra brukerne, og brukerne går flere runder i behandlingstiltakene.

Eksempler viser imidlertid at brukere selv etter mange behandlinger og mange tilbakefall har klart å re-orientere seg og å endre den rusdominerte atferden. Andre står i en mer usikker livssituasjon når det gjelder framtidig tilpasning til et liv mindre dominert av rusmisbruk. Flere av brukerne mener at nettopp lange opphold har vært helt avgjørende for en rusfri tilpasning til samfunnet.

Ut fra brukernes erfaringer synes det som om det er behov for en variasjon i oppholdstider fra kortere til svært lange opphold. Tilgjengelighet til avrusing og akutt-tjenester er klart til stede, men brukerintervjuene har ikke indikert endringer i disse tilbudene i forbindelse med reformen.

Brukerne, med få unntak, er lite oppmerksomme på rusreformen og ser ikke på reformen som noe viktig skille i tjenestetilbudet. Opplysninger fra sosialkontorene tyder likevel på at brukerne etter hvert blir mer oppmerksomme på de rettigheter de har, spesielt rett til helsehjelp.

Brukerorganisasjonene

Brukerorganisasjonene er langt mer kritiske til reformen enn det som kommer til uttrykk gjennom intervju med utvalget av brukere. Kommunen mangler i stor grad passende aktivitetstilbud til brukere og har dårlige oppfølgingstilbud, hevdes det. Brukerorganisasjonen etterlyser bedre aktivitets- og oppfølgingstilbud i kommunen. Kommunen kan ikke bare satse på omsorgstiltak, men må satse mer på aktiv rehabilitering.

Brukernes egne organisasjoner stiller seg kritisk til oppfølging i kommunen etter behandlingsopphold og mener at Rusmiddeletaten har for få virkemidler til å støtte opp om overgangen til et "normalt" liv for brukerne. Rehabilitering til en akseptabel tilværelse i samfunnet er en av de største utfordringene for hjelpetjenesten, mener en brukerorganisasjon.

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

Brukerorganisasjonenes syn må sees på bakgrunn av at de har som viktigste oppgave å opprettholde et stort press på tjenestene og deres reaksjoner kan også tolkes som uttrykk for forventninger til reformen som ikke er blitt innfridd.

Kjennetegn ved brukere i kommunale tiltak

På grunnlag av data fra klientkartleggingsskjemaene (Sosial- og helsedirektoratet, SIRUS og Bergensklinikkene) har vi sammenlignet utvalgte kjennetegn ved brukerne i kommunale omsorgsinstitusjoner i Oslo før og etter reformen. Dataene har ganske store andeler med ubesvarte spørsmål, noe som gjør at funnene må betraktes som usikre. De prosenttall vi oppgir her, bygger på spørsmål som er besvart, dvs. at ubesvarte spørsmål er holdt utenfor prosentberegningen.

LAR behandling har trolig ført til at færre brukere er registrert med opiater som mest brukte rusmiddel

Den registrerte bruken av opiater er gått ned i perioden 200 – 2005 fra 59 til 45 prosent. Nedgangen oppveies trolig av en andel brukere med foreskrevet metadon. Dette ble ikke registrert i 2003. Opiater er likevel det mest brukte rusmiddelet både i 2003 og 2006. Statistikken tyder på at det er en nedgang i bruken av vanedannende medikamenter og sentralstimulerende stoffer i denne gruppen brukere.

Ellers er det bare mindre endringer i bruksmønsteret.

Mer trygd, mindre sosialhjelp

Opplysninger om inntektskilder siste fire uker tyder på at ulike trygdeordninger er blitt mer vanlig og at den kommunale sosialhjelpen er gått ned. Nedgangen i økonomisk

sosialhjelp er på nær 10 prosentpoeng. Andelen med trygdeytelser er steget med 10 prosentpoeng. Dette omfatter både alle ytelser fra trygden, hvorav uførepensjon utgjør den største andelen med 33 prosent i 2005. En mindre økning i bruken av attføring og rehabiliteringspenger kan tyde på at flere brukere er forsøkt inkludert i yrkeslivet eller til et høyere funksjonsnivå. Vi vet fra forskningslitteraturen at attføring i mange tilfeller blir sett på som en legitimering av overgang til uføretrygd (Midré, 1985). Undersøkelser av attføring viser at bare små prosentandeler personer med rusproblemer lykkes med attføringen. Økt andel med uførepensjon tyder på at rusmiddelmissbrukere er inngår i en utstøtingsprosess fra yrkesaktivitet til uføretrygd.

Lite endring i boligforholdene, målt ved siste fire uker før registrering

Boligforholdene er noe forverret i perioden. Prosentandel som har oppgitt ”ingen bolig” viser en liten økning 2003 til 2005. Andel som bor på hospits var 35 prosent i 2003 mot 28 prosent i 2005. Andel med egen/privat bolig er redusert fra 9 prosent i 2003 til 7 prosent i 2005.

Bosted i institusjon eller hospits er altså den vanligste boform med bortimot to tredjedeler av brukerne, og en femtedel er registrert med ”ingen bolig”. En kan hevde at dette er noe overraskende sett på bakgrunn av boligsatstingen i Oslo.

Helseforhold, bedre helsehjelp?

Flere av helseplagene viser en prosentvis økning fra 2003 til 2005 og andelen med minst en av de nevnte helseplagene i registreringsskjemaet er steget med 13 prosentenheter i perioden. Det er en mindre økning i psykiske helseplager, og mellom 35 og 40 prosent har slike plager.

Andelen med tanker om å ta livet er seg er gått ned fra 21 til 16 prosent.

Andelen som svarer ”Ja” på spørsmålet om profesjonell hjelp til psykiske problemer er økt fra 41 prosent i 2003 til 49 prosent i 2005. Tallene kan være et uttrykk for at tilbudet om hjelp for psykiske problemer er blitt noe bedre i perioden.

Oversikt over endringer i stillinger etter reformen viser at andelen helsepersonell er økt mest (psykologer, leger og sykepleiere). Samlet sett skulle vi derfor kunne forventet at dette gir seg utslag i et bedret helsetilbud til brukerne.

Marginalisering av brukerne

Ser en de ulike klientopplyningen under ett, tyder utviklingen på at gruppen brukere i kommunale tiltak er overført til LAR og i sterkere grad er blitt en marginalisert gruppe etter reformen.

6.1 Konklusjoner og sammendrag

Hovedkonklusjoner

Tid i behandling

Det er i ikke skjedd endringer i oppholdstider i behandling ved spesialistinstusjoner som skulle skyldes rusreformen.

Informasjon fra Helse Øst RHF, viser at tilbudsprofilen for tverrfaglig spesialisert behandling kan bli endret i løpet av 2008, i forbindelse med nye anbudsforhandlinger med de private rustiltakene. Fra Helse Øst RHF sin side vil man i framtiden satse sterkere på å utvikle et mer fleksibelt og variert behandlingsopplegg for pasientene. Dette vil kunne resultere i en viss reduksjon i liggetider ved langtidsplasser. Reduserte liggetider skal etter intensjonene kompenseres ved en tettere oppfølging i kommune/bydel for eksempel ved mer bruk av polikliniske tilbud. Dette vil kunne sikre pasientene behandlingskontakt over lang tid, uten at det nødvendigvis foregår lange sammenhengende opphold på en institusjon. Helse Øst RHF vil samtidig gå inn for å styrke kommunikasjon og samhandling mellom innsøkende instans og behandlingstiltaket om pasienter, for på den måten å kunne vurdere behovet for behandling fortløpende.

Ventetid til inntak i behandlingstiltak

Ventetid til inntak i behandlingstiltak er økt etter reformen fra syv uker til nær ti uker i 2006 (gjennomsnitt for alle typer tiltak). Det er store forskjeller i ventetider og gjennomsnittet påvirkes av at et lite antall brukere er registrert med svært lange ventetider, over et år¹⁰. Halvparten av brukerne hadde en ventetid på to uker i 2003 mens det tilsvarende tallet for 2006 var seks uker.

Økningen i ventetider er størst for private institusjoner med driftsavtale med Helse Øst RHF og er større for polikliniske tiltak enn for døgntiltakene.

¹⁰ Så lange ventetider skyldes antakelig spesielle forhold som f. eks. at brukeren kun vil akseptere helt bestemte behandlingstiltak. Brukeren kan ha andre tilbud fra kommune/bydel eller spesialisthelsetjenesten i ventetiden.

Varierte erfaringer med samhandling mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten

Hovedtendensen i evalueringen trekker i retning av at det ikke er skjedd store endringer eller at samhandlingen er blitt dårligere etter reformen. Bydelene i Oslo skårer dårligere på erfaringer med samhandling enn kommuner i landet ellers.

Andre konsekvenser for brukere i Oslo

Etter sosialtjenestens syn har rusreformen flere negative konsekvenser for brukere i Oslo. Erfaringer så langt viser at

- at det er flere ”feilhenvisninger” nå enn før reformen fra vurderingsenhetene og at det er blitt dårligere tilpasning mellom klientens behov og type behandlingstilbud
- at det er mangler i kompetansen ved vurderinger av henvisninger til spesialisthelsetjenesten,
- at valg av institusjon for søkerne blitt dårligere etter reformen,
- at tilbudene til brukere med alvorlige psykiske lidelser er etter kontorenes skjønn ikke endret eller er blitt dårligere
- at det er flere problemer med tvangsplasseringer nå enn før reformen

Konklusjoner fra den nasjonale evalueringen av rusreformen

Hovedkonklusjonene fra den nasjonale evalueringen av rusreformen vil være av interesse for Oslo, siden kommunen har en stor andel av rusmiddelmissbrukere og bruker mye kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Den nasjonale evalueringen tar imidlertid opp langt flere problemstillinger enn Oslo-evalueringen.

Det vil framgå av konklusjonene at situasjonen for Oslo avviker fra resultatene på landsbasis og Oslo-brukere komme noe dårligere ut på noen områder enn gjennomsnittet for hele landet. Dette gjelder spesielt forhold som ventetider på behandling, samhandling mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten samt erfaringer med det regionale foretakets ”sørge for” ansvar.

Konklusjonene som gjengis her er hentet fra den nasjonale evalueringsrapporten (Lie og Nesvåg, 2006), sitat:

”Ut fra presentasjonen av resultatene og drøftingen av disse, kan vi trekke følgende konklusjoner fra evalueringen:

- De regionale helseforetakene har fått på plass den nye forvaltningen av de tverrfaglige spesialiserte tjenestene til rusmiddelmissbrukere. Dette innebærer også at pasientrettighetene blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte.
- Utover de 1,4 mrd som RHFene fikk overført i forbindelse med reformen, har foretakene økt ressursbruken til tverrfaglig spesialisert behandling med 40 prosent i årene 2004, 2005 og 2006.

- Den prosentvise økningen i ressursbruk til tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere har vært større enn veksten i somatikk og psykiatri.
- Ressursøkningen er brukt til økt helsefaglig bemanning og styrking av døgnbehandlingsskapiteten. Det er skapt en bedre balanse mellom ulike typer tilbud som f. eks. forholdet mellom avrusning og behandling. Tilbudet i forhold til tvangsbehandling er noe styrket. Det er ikke skjedd en endring i retning av mindre døgnbehandling og mer poliklinisk behandling. Det forholder seg snarere motsatt.
- De reelle ventetidene til behandling (tid fra vurdering til inntak i behandling, 2006 sammenlignet med 2003) har økt fra seks til åtte uker for poliklinisk behandling og fra seks til tolv uker for korttids døgnbehandling. For langtids døgnbehandling er gjennomsnitt ventetid redusert fra 13 til 12 uker. Frafall av pasienter før og under behandling er forholdsvis stort og er med på å forklare at ventetiden ikke er blitt lenger.
- Tallet på henvisninger økte sterkt like etter reformen, for så å flate ut. Det meste av økningen i tallet på henvisninger skyldes økt antall henvisninger fra fastlege og andre deler av spesialisthelsetjenesten.
- Det er ikke utviklet gode rutiner i de regionale helseforetakene for å kartlegge behandlingsbehov.
- Det er store regionale og lokale forskjeller i hvor stor andel av pasientene som gis rett til nødvendig helsehjelp. Dett er i strid med helsepolitiske målsettinger om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted.
- Kommunene har opprettholdt og til dels økt sin ressursinnsats overfor rusmiddelmissbrukere etter reformen. Kommunene har ikke skjøvet en større del av ansvaret overfor rusmiddelmissbrukere over på spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeidet mellom den kommunale sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten har økt etter reformen. Omfanget av samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten er langt mindre. Her er det behov for et bedre samarbeid.
- Samarbeidet mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten om rusmiddelmissbrukere er bedret etter reformen. Rusmiddelmissbrukere har fått bedre tilgang til somatiske og psykiatriske helsetjenester.
- På grunn av omfattende bruk av gjestepasientplasseringer (plasseringer utenfor egen region) blir oppfølging fra kommunene vanskeligere å gjennomføre.
- Det er en klar økning i bruk av individuell plan i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid først når pasienten kommer inn i behandling i spesialisthelsetjenesten at det tas initiativ til å etablere individuell plan.
- De private aktørene som tidligere hadde avtale med fylkeskommunene er blitt en viktig del av de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere. De nye avtalene gir imidlertid lite rom for at de private aktørene kan bidra i utviklingen av tjenestene.

- Kommunene har like store ressurser til kjøp av plasser hos private aktører uten avtale. Men disse private aktørene gis nå en avgrenset rolle knyttet til skjerming og omsorg. De blir derfor brukt mindre enn tidligere av kommunene.
- Organiseringen av behandlingsskjeden klarer ikke å hindre et stort antall brudd i behandlingsforløpet for den enkelte pasient. Ansvar for pasienten overføres fra en instans til en annen (henvisning, vurdering, utredning, behandling og oppfølging), uten at en klarer å sikre sammenhengen i tjenestene. Dette er den største trusselen mot kvaliteten i behandlingstilbudet.
- Brukerne opplever at det ikke er god nok sammenheng i tjenestetilbudet.
- Det er ikke godt nok tilbud innen tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere i forhold til tidlig intervensjon og oppfølging av pasienter med langvarige lidelser.
- Systemet med behandlingsnivå ivaretar ikke behovet for god tilpasning mellom ulike pasientgruppers behov (kvinner, familier med barn og andre) og kravene til institusjonsmiljø og behandlingstilbud”.

Vi vil peke på et par forhold som er uavklart under evalueringen og hvor vi mener det er behov for forskningsinnsats. Det ene gjelder konsekvenser av ulike former for brudd under pasientens behandling. Det andre forholdet dreier seg om utfordringer i tilpasningen mellom brukers behov og type behandlingstiltak.

7 Litteratur

Arbeids- og sosialdepartementet (2006): Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008.

Alver, Ø., Bretteville-Jensen, A. & Kaarbøe, O. (2004): Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering. SIRUS rapport nr. 2/2004

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten: Årsrapport. Juli 2006

Bretteville-Jensen, Anne Line og Ellen J. Amundsen (2005). Omfang av sprøytemisbruk i Norge. SIRUS-rapport nr 5.

Den norske lægeforening (2006): På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet.

Gundersen, T. m.fl. (2004): Rusklienter og tjenester før rusreformen. En tverrsnittundersøkelse. Sintef rapportnr. STF78 A044513.

Helsedepartementet 2004: Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Strateginotat.

Helsedepartementet/Sosialdepartementet 2004: Rusreformen. Nyhetsbrev til sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten, fastlegene og helseforetakene.

- Helsetilsynet 2005: Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv.
- Hovik, Sissel og Terje Lie i Opedal og Stigen (red.) (2005): Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen. Fagbokforlaget.
- Lie, T., Nesvåg, S. & Allred, K. (2006): Evaluering av den statlige rusreformen. Oppsummering og foreløpige konklusjoner på grunnlag av delrapport. IRIS-rapport 2006/035.
- Lie, Terje og Sverre Nesvåg (2006a). Betydningen av ulike psykososiale tiltak i rehabiliteringen av opioidavhengige i substitusjonsbehandling – en kunnskapsoppsummering. Rapport IRIS – 2006/161.
- Lie, Terje og Sverre Nesvåg (2006b). Evaluering av rusreformen. Rapport IRIS 2006/1227.
- Mindr , Georg (1985). Fra tilbud om arbeid til systemlegitimering. Tidsskrift for samfunnsforskning nr. 1, 2.
- Nesv gutvalget (1999): Tre rapporter
- Nesvåg, S. (2001): Rusvernet i Rogaland – vurdering av behandlingstilbud og samarbeidsforhold. RF 2001/221
- Nesvåg, S. & Stevenson, B. (2006): BrukerPlan. Utvikling og utprøving av et planleggingsverktøy for rusfeltet. IRIS – Rapport 2006/202
- Norsk Pasientregister (2006): Ventelistedata spesialisert rusbehandling per 31.08.06. <http://www.npr.no/ven.asp>
- NOU 2003:4: Forskning på rusfeltet. En oppsummering av effekt av tiltak.
- Opedal, S. & Stigen, I.M. (2005): Helse-Norge i støpeskjeen – fokus på sykehusreformen. Sluttrapport fra evalueringsprosjektet ”Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten”. NIBR, RF og NF.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 58, 7-29.
- Ruud, T. & Reas, D. (2003): Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere. Sintef Unimed.
- Sosial- og helsedirektoratet 2004: Nasjonal kvalitetsstrategi for rusfeltet.
- St meld nr 25 (1996–97).  penhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tungland, Else (1998). Behandling, hjelper det? Evaluering av 4 behandlingstilbud. Rogalandsforskning RF-1998/136.

Vedlegg 1

Vedleggstabeller til kapittel 2.

Ventetider

Tabell 41 Klienter i behandlingstiltak i 2003 etter ventetid på inntak i institusjon*)
**). Gjennomsnitt. Uker

Institusjon	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>St. avvik</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>N</i>
<i>Andre inst</i>	6,4	8,8	3,0	0	80	2460
<i>Fra Oslo til Helse Øst 2004</i>	6,2	11,8	2,0	0	85	633
<i>I alt</i>	6,4	9,5	3,0	0	85	3093

* Ventetid fra søknad ble mottatt til klienten ble innlagt/fikk tilbud. **) Data fra SINTEF/IRIS 2003

Tabell 42. Klienter i behandlingsinstitusjon i 2006 etter ventetid på inntak i institusjon.
Gjennomsnitt. Uker

Institusjon	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>St. avvik</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>N</i>
<i>Tiltak, ikke fra Oslo</i>	9,5	11,6	0	90	1132
<i>Fra Oslo til Helse Øst 2004</i>	9,9	12,5	0	88	423
<i>Omsorgsinst. i Oslo 2006</i>	3,4	7,1	0	90	251
<i>I alt</i>	8,7	11,5	0	90	1806

* Ventetid fra søknad ble mottatt til klienten ble innlagt/fikk tilbud. **) Data fra IRIS 2006

Tabell 43. Klienter i tiltak i 2003 etter ventetid på inntak til behandling. Tiltak i Oslo som ble overført til Helse Øst RHF i 2004. Gjennomsnitt. Uker

Tiltak	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>St. avvik</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>N</i>
<i>Poliklinisk</i>	2,3	3,2	2,00	0	36	269
<i>Dagtilbud</i>	8,5	12,3	4,00	1	52	16
<i>Døgntilbud</i>	9,4	15,0	3,00	0	85	333
<i>I alt</i>	6,3	11,9	2,00	0	85	618

Tabell 44. Klienter i tiltak i 2006 etter ventetid på inntak til behandling. Tiltak som ble overført fra Oslo til Helse Øst RHF i 2004. Gjennomsnitt. Uker

Tiltak	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>St. avvik</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>N</i>
<i>Poliklinisk</i>	5,6	4,7	3,00	0	16	44
<i>Dagtilbud</i>	7,9	12,4	5,00	0	45	23
<i>Døgntilbud</i>	10,6	13,1	6,00	0	88	354
<i>I alt</i>	10,0	12,5	6,00	0	88	421

Ventetider på landsbasis

Tabell 45 Klienter etter ventetider på behandling i 2003. Hele landet. Hele landet. Gjennomsnitt. Uker

Tiltak	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>Standard-avvik</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
<i>Poliklinisk</i>	4,7	5,7	3,0	,0	52,0
<i>Dagtilbud</i>	8,6	10,4	5,0	,0	52,0
<i>Døgntilbud</i>	7,2	10,9	3,0	,0	85,0
<i>I alt</i>	6,1	8,9	3,0	,0	85,0

Tabell 46 Klienter etter ventetider i 2006 på behandling. Hele landet. Gjennomsnitt. Uker

Tiltak	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>Standard-avvik</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
<i>Poliklinisk</i>	7,0	10,2	4,0	,0	83,0
<i>Dagtilbud</i>	10,1	14,6	5,0	,0	62,0
<i>Døgntilbud</i>	9,4	11,9	5,0	,0	90,0
<i>I alt</i>	8,8	11,5	4,0	,0	90,0

Vedlegg 2

Klientkartleggingsskjema til bruk for tiltak i rusfeltet 2003 og 2005.

I oversiktene nedenfor vises tiltaksnummer og navn på de tiltakene som er inkludert i statistikken i kapittel 3, side 35, Klienter i kommunale omsorgsinstitusjoner.

Tiltak i 2003. Navn og tiltaksnummer (RME) på institusjonen/tiltaket

	Tallet på klienter	Prosent
231 SRS	12	1,1
294 Bjørnerud	35	3,1
615 Sjøstrand	36	3,2
616 Syningom	41	3,6
617 Vestli	38	3,3
634 Marcus Trane	143	12,6
635 Bygdøy	9	,8
640 Ila	68	6,0
641 Lassonløk-Grønnegt rehb	19	1,7
643 Kvinnetiltak-Thereses hus	330	29,1
647 Haugenstua	32	2,8
648 Liakollen	46	4,1
673 Karslborg	17	1,5
680 Dalsbergstien	309	27,2
I alt	1135	100,0

Tiltak i 2005. Navn og tiltaksnummer (RME) på institusjonen/tiltaket

	Tallet på klienter	Prosent
231 SRS	22	1,6
294 Bjørnerud	41	3,0
500 Kvinnetiltakene	9	,7
615 Sjøstrand	41	3,0
616 Syningom	47	3,5
617 Vestli	51	3,8
632 Bryn-kvinnetiltakene	26	1,9
634 Marcus Trane	227	16,8
635 Bygdøy	23	1,7
637 Kvinnetiltakene	14	1,0
640 Ila	339	25,1
641 Lassonløk-Grønnegt rehb	15	1,1
643 Kvinnetiltak-Thereses hus	218	16,2
647 Haugenstua	46	3,4
648 Liakollen	44	3,3
673 Karlsborg	29	2,2
680 Dalsbergstien	156	11,6
I alt	1348	100,0

Vedlegg 2

Vedlegg 3 Registrerings- og spørreskjema

Spørreskjema til sosialtjenesten

Til postmottak i kommunen

Dette er en forespørsel til kommunen om å delta i en evaluering av den statlige rusreformen.

Vi ber postmottak om å videresende denne e-posten til øverste leder for sosialtjenesten i kommunen.

I kommuner hvor sosialtjenesten er organisert i ulike bydeler eller distrikter (f. eks. Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger) må e-posten sendes til øverste leder for sosialtjenesten i bydelen eller distriktet.

Til øverste leder av sosialtjenesten i kommunen, bydel eller distrikt

Evaluering av den statlige rusreformen

Kommunens erfaringer med tjenester til rusmiddelmissbrukere etter rusreformen i 2004

IRIS gjennomfører en evaluering av rusreformen på oppdrag Sosial- og helsedirektoratet. Evalueringen skal belyse situasjonen i kommunene i forbindelse med reformen.

Opplysningene blir bearbeidet av forskere ved IRIS, og alle som kommer i kontakt med undersøkelsen har taushetsplikt. Opplysningene vil bli offentliggjort og presentert i form av statistiske oversikter og ingen person vil kunne bli gjenkjent.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Det er av stor verdi for evalueringen og for den videre utviklingen av rusfeltet, at så mange som mulig deltar. Vi oppfordrer derfor ansvarlig for sosialtjenesten om å svare på spørsmålene nedenfor eller å delegere arbeidet til en ansatt med innsikt i rusfeltet (seksjonsleder for rusvern eller tilsvarende) i kommunen eller bydelen. På de fleste spørsmålene må sosialtjenesten legge skjønnsmessig vurdering til grunn for svarene.

Når det gjelder regnskapstall vil vi bruke tall fra KOSTRA for netto driftsutgifter og årsverk i forbindelse med rusmiddelmissbrukere. Vi spør derfor ikke her om disse tallene.

Fremgangsmåte ved den elektroniske undersøkelsen

Postmottak i kommunen mottar denne henvendelsen og sender den videre til øverste leder for sosialtjenesten i kommunen eller bydelene.

Vi ber lederen i kommune eller bydel om å følge instruksjonene på vedlagte LENKE.

I noen større kommuner er sosialtjenesten organisert i bydeler eller distrikter med sine geografiske dekningsområder. Vi ber om at hver bydel/sosialdistrikt får delta i undersøkelsen slik dette gir et samlet bilde av hele kommunen.

Lederen sender tilbake e-post adressen til den som skal svare på undersøkelsen, enten øverste leder selv eller den person lederen delegerer ansvaret til (f. eks. ruskonsulent/leder for rusvern).

IRIS sender i neste omgang et elektronisk spørreskjema til den eller de oppgitte e-postadressen(ene).

(Den elektroniske varianten av spørreskjemaet fungerte ikke tilfredsstillende. Flere sosialkontor hadde problemer med å hente skjemaet fra internet. Løsningen ble derfor å sende skjema per post til samtlige sosialkontor i landet.)

Spørreskjema til sosialtjenesten 2006

Spørsmål om bruk av ressurser

I forbindelse med innføringen av rusreformen i 2004 ble statlige overføringer til kommunene redusert tilsvarende de utgiftene kommunene tidligere hadde til plassering av rusmiddelmissbrukere i behandling sinstitusjoner.

Er det betydelige endringer i de økonomiske midler sosialtjenesten har til rådighet for tiltak til rusmiddelmissbrukere i 2005 sammenlignet med situasjonen i 2002 eller er det ingen endring?

Betydelig mindre midler til rådighet

Ingen betydelig endring

Betydelig mer midler til rådighet

Foreta en skjønnsmessig vurdering av eventuelle endringer i budsjett på følgende områder (sammenlign år 2005 med 2002).

Område	Vurdering av endring i budsjett til rustjenester i kommunen i 2005 sammenlignet med 2002		
	Mindre budsjett i 2005	Ingen endring	Større budsjett i 2005
<i>Tjenester til rusmiddelmissbrukere:</i>			
Personellutgifter i sosialtjenesten			
Permanente botiltak			
Andre botiltak			
Kommunale tiltak/prosjekt ellers			
Kjøp av tjenester fra ikke-kommunale leverandører:			
Kjøp av opphold/plasser fra private institusjoner uten avtale med regionalt foretak			
Kjøp av opphold/plasser fra private institusjoner med avtale med regionalt foretak			

Bemanning i sosialtjenesten av ansatte med rus som hovedarbeidsfelt. Foreta en skjønnsmessig vurdering av situasjonen i 2005 sammenlignet med 2002.

<i>Stillingsgrupper:</i>	Reduksjon etter reformen	Ingen endring	Øking etter reformen
Ruskonsulenter	<input type="checkbox"/>		
Saksbehandlere ellers på rusfeltet			
Tiltakskonsulenter			
Miljøarbeidere			
Andre			

Her kommer noen spørsmål om henvisninger av rusmiddelmisbrukere

Er tallet på henvisninger av rusmiddelmisbrukere fra sosialtjenesten til utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten endret etter reformen sammenlignet med tidligere henvisninger til institusjonsbehandling fra sosialtjenesten?

Sosialtjenestens generell inntrykk er at:

Tallet på henvisninger fra sosialtjenesten er sterkt redusert etter reformen

Tallet på henvisninger fra sosialtjenesten er litt redusert etter reformen

Tallet på henvisninger fra sosialtjenesten er på samme nivå etter som før reformen

Tallet på henvisninger fra sosialtjenesten er økt sterkt etter reformen

Tallet på henvisninger fra sosialtjenesten er økt litt etter reformen

Er det skjedd endringer i saksbehandlingstid i forbindelse med henvisninger av rusmiddelmisbrukere til utredning/behandling i rusinstitusjoner etter rusreform?

Sosialtjenestens generell inntrykk er:

Betydelig mindre tidsbruk etter reformen

Litt mindre tidsbruk etter reformen

Ingen endring i tidsbruk

Betydelig mer tidsbruk etter reformen

Litt mer tidsbruk etter reformen

Vurdering av saker som henvises til utredning/behandling i rusinstitusjoner: Er det skjedd endringer i sosialtjenestens innsikt i eller kunnskap om enkeltsaker etter reformen eller er situasjonen den samme som før reformen?

Sosialtjenesten har stort sett mindre kunnskap om enkeltsaker etter reformen

Ingen endring

Sosialtjenesten har stort sett mer kunnskap om enkeltsaker etter reformen

Er behovet for kvalitetssikring i forbindelse med henvisninger til spesialisthelsetjenesten endret seg etter reformen eller er det ingen endring?

Behovet er stort sett mindre etter rusreformen

Ingen endring

Behovet er stort sett større etter reformen

Er det skjedd endringer i sosialtjenestens i faktiske utøvelse av ansvar for å dekke behovet for kommunale tjenester for rusmiddelmisbrukere etter rusreformen eller er det ingen endringer?

På noen områder er ansvaret mindre etter reformen. Hvilke områder gjelder dette?

(Skriv på baksiden om nødvendig)

Ingen endring

På noen områder er ansvaret større etter reformen. Hvilke områder gjelder dette?

(Skriv på baksiden om nødvendig)

Informasjon og samhandling med spesialisthelsetjenesten

Hvordan vil sosialtjenesten vurdere samhandlingen med rustiltakene i dag sammenlignet med situasjonen før reformen?

Samhandling	Sammenligning av samhandling før og etter reformen		
	Dårligere etter reformen	Ingen endring	Bedre etter reformen
..i forbindelse med henvisninger av klienter til utredning/behandling i institusjon			
..under klientens opphold på døgninstitusjon			
..med behandlingsinstitusjon under oppfølging av klient i kommunen			

Andre spørsmål

I hvilken utstrekning er det mulig, etter sosialtjenestens vurdering, å etterkomme brukernes eventuelle ønsker for valg av institusjon i spesialisthelsetjenesten sammenlignet med situasjonen før reformen?

Mulighetene er:

Dårligere

Ingen endring

Bedre

Settes det inn spesielle tiltak i kommunen i ventetiden på plass i spesialisthelsetjenesten for rusmiddelmissbrukere

Kommunale tiltak Nei Ja, Hvilke? _____

Ikke-kommunale tiltak Nei Ja, Hvilke? _____

Ut fra en samlet vurdering, har sosialtjenesten kunnet registrere endringer i dekning av etterspørsel etter tilbud til rusmiddelmissbrukere etter reformen eller er situasjonen den samme som før reformen?

Kommunale tilbud: Bedre dekning Ingen endring Dårligere dekning

Tilbud i spesialisthelsetjenesten: Bedre dekning Ingen endring Dårligere dekning

Ut fra en samlet vurdering, har sosialtjenesten registrert endringer i dekning i etterspørsel etter tilbud til rusmiddelmissbrukere med omfattende psykiske lidelser etter reformen eller er situasjonene den samme som før reformen?

Kommunale tilbud: Bedre Ingen endring Dårligere

Tilbud i spesialisthelsetjenesten: Bedre Ingen endring Dårligere

I hvilken grad har sosialtjenesten oversikt over brukere som er henvist til spesialisthelsetjenesten fra leger?

I stor grad	Til en viss grad	I liten grad		
-------------	------------------	--------------	--	--

Får sosialtjenesten informasjon om behov for oppfølging etter opphold i spesialisthelsetjenesten for pasienter henvist fra lege?

I høy grad	I noen grad	I liten grad		
------------	-------------	--------------	--	--

Pasientrettigheter**Etterspør rusmiddelmisbrukere informasjon om pasientrettigheter?**

I stor grad	I noen grad	I liten grad Mindretall		
-------------	-------------	----------------------------	--	--

I hvilken utstrekning tar aktuelle brukerne imot tilbud om å opprette individuell plan?

I stor grad	I noen grad	I liten grad		
-------------	-------------	--------------	--	--

Tar sosialtjenesten i denne kommunen initiativ til å opprette individuell plan?

I stor grad	I noen grad	I liten grad		
-------------	-------------	--------------	--	--

Er det utarbeidet gjeldende kommunal plan for tiltak rettet spesielt mot rusmiddelmisbrukere?

Kommunen har vedtatt plan Kommunen har ikke vedtatt plan Plan er under forberedelse

Ut fra en samlet vurdering, hvordan synes kommunen at Helseregionen ivaretar ”sørge for” ansvaret for rusmiddelavhengige?

Bedre enn kommunene og fylker før reformen?

Ingen endring

Dårligere

Sosialtjenestens dekningsområde. Svar er avgitt for

Hele kommunen

Bydel/sosialdistrikt

Kommunestørrelse etter tallet på innbyggere

	Tallet på innbyggere
<input type="checkbox"/>	Under 2000
	2000 opp til 40000
	4000 opp til 6000
	6000 opp til 10 000
	10 000 opp til 20 000
	20 000 opp til 40 000
	40 000 opp til 60 000

Hvis sosialtjenesten representerer en bydel eller sosialdistrikt, vennligst oppgi folketallet bydelen/sosialdistriktet

	Tallet på innbyggere
<input type="checkbox"/>	Under 2000
	2000 opp til 40000
	4000 opp til 6000
	6000 opp til 10000
	10000 opp til 20000
	20000 opp til 40000
	40000 eller over

Hvilken helseregion tilhører kommunen?

Helse Øst

Helse Sør

Helse Vest

Helse Midt-Norge

Helse Nord

Takk for hjelpen

Institusjonsundersøkelsen fra IRIS 2006

Tverrsnittsundersøkelse pasienter/klienter og tilbud

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte Sintef Helse og Rogalandforskning (nå IRIS) i 2003 en tverrsnittsundersøkelse om ”rusklienter og tjenester før rusreformen”. Dette ga et solid materiale om situasjonen i rusfeltet før rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004.

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører IRIS en landsdekkende evaluering av rusreformen. Som et ledd i dette gjennomfører vi nå en tilsvarende tverrsnittsundersøkelse som den i 2003. Dette vil gi oss en unik mulighet til å sammenligne situasjonen i dag, med den vi hadde i rusfeltet før reformen trådte i kraft.

Vi håper derfor dere vil bistå oss i gjennomføringen av denne tverrsnittsundersøkelsen.

Undersøkelsen er lagt opp slik at det skal fylles ut ett (tre-siders) skjema for hver av de pasientene/klientene som dere har innlagt eller som møter til poliklinisk samtale en bestemt dag; **onsdag den 14.juni**. Dersom dette er en dag som passer svært dårlig, kan dere velge en annen dag samme uke.

Skjemaene skal fylles ut av de fagpersonene som har det primære ansvaret for pasientene/klientene, og skal deretter sendes samlet i vedlagte svarkonvolutt til oss i IRIS, senest innen 30.juni. Vi ber også om at en representant for ledelsen svarer på de spørsmålene dere finner på dette brevets bakside og legger de i samme svarkonvolutt.

På forhånd, mange takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

International Research Institute of Stavanger AS

Sverre M. Nesvåg

Forskningsleder

Direkte innvalg: (+47) 51 87 54 14

E-post: Sverre.Nesvaag@irisresearch.no

Vedlegg: skjema og svarkonvolutt

SPØRSMÅL OM ENDRINGER I TILBUD OG BEMANNING

ETTER 1. JANUAR 2004, VED: (Navn på tiltaket): _____

Endringer i behandlingstilbudets faglige innhold:

Endringer i målgrupper:

Endringer i lengden på behandlingstilbudet:

Endringer i aktivitet/tiltak for intern kompetanseheving:

Antall institusjonsplasser: _____ Endring etter 01.01.2004: _____

Antall ansatte årsverk institusjon: _____ Endring etter 01.01.2004: _____

Antall ansatte årsverk poliklinikk: _____ Endringer etter 01.01.2004: _____

Utdanningsbakgrunn	Antall årsverk pr. i dag	Endring etter 01.01.2004
Administrativt personale:		
Leger:		
Psykologer:		
Sykepleiere:		
Barnevernspedagoger:		
Sosionomer:		
Vernepleiere:		
Pedagoger:		
Miljøpersonale uten høgskoleutdanning		
Personale med egen brukererfaring:		

Klientundersøkelsen i rustiltak fra IRIS 2006

Prosjekt	7201991
Skjemanummer	4227

Pasienter/klienter innlagt i rusinstitusjon, og pasienter møtt til samtale i ruspoliklinikk 14. juni 2006.

Det skal fylles ut ett skjema for hver pasient/klient.

Utfylte skjema sendes samlet, sammen med institusjonsskjemaet, i vedlagte svarkonvolutt innen 30. juni 2006.

OPPLYSNINGER OM INSTITUSJONEN/TILTAKET

<p>1 På hvilket omsorgsnivå har klienten tilbud fra institusjonen?</p> <p>Poliklinisk <input type="checkbox"/> Dagtilbud <input type="checkbox"/> Døgntilbud <input type="checkbox"/></p>	<p>3 Om klienten har poliklinisk- eller dagtilbud ved institusjonen, hva er i så fall omfang av dette?</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Poliklinisk tilbud</td> <td>Dagtilbud</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		Poliklinisk tilbud	Dagtilbud			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	Poliklinisk tilbud	Dagtilbud																							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>2 Omfang av tidligere tilbud for denne klienten innen rusinstitusjoner/poliklinikk</p> <p>Ikke fått noen tilbud <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fått noe tilbud tidligere <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Fått en god del tilbud tidligere <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Fått gjentatte og omfattende tilbud <input type="checkbox"/> 4</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Flere ganger i uka</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>En gang i uka</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Annen hver uke</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Hver måned</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sjeldnere</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5</td> </tr> </table>		1	2		Flere ganger i uka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	En gang i uka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	Annen hver uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	Hver måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	Sjeldnere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
	1	2																							
Flere ganger i uka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1																						
En gang i uka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2																						
Annen hver uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3																						
Hver måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4																						
Sjeldnere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5																						

BAKGRUNNSOPPLYSNINGER OM KLIENNTEN

<p>4 Kjønn</p> <p>Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/></p>	<p>9 Utdanning (kryss av bare ett alternativ)</p> <p>Fullført eksamen fra universitet og høyskole <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Videregående skole/yrkesrettet utdanning <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Grunnskole (7-10-årig) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ikke fullført grunnskole <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>5 Sivilstatus per 14. juni 2006</p> <p>Ugift <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Gift <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Samboende <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Enke/enkemann <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Separert/skilt <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>10 Hva slags permanent bolig har klienten?</p> <p>Egen bolig <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Omsorgsbolig <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Kommunalt sykehjem/servicesenter <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Døgningstitusjon i psykisk helsevern <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ikke egen bolig (bostedsløs) <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>6 Når født (årstall)</p> <p>_____</p>	<p>11 Hovedinntektskilde (sett ett kryss)</p> <p>Inntekt av eget arbeid <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Forsørget <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Sykemelding <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Attføring <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Uførepensjon <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Alderspensjon <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Sosial stønad <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Annet <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ukjent <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>7 Når er klienten innskrevet? (ddmmåå for nåværende opphold/behandlingsperiode)</p> <p>_____</p>	
<p>8 Suicidalproblemer/selvskadetendens i forbindelse med nåværende opphold/kontakt?</p> <p>Nei <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Selvskadetendens <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Selvskadetrusler <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Selvskadeforsøk <input type="checkbox"/> 4</p>	

201991 001

20©06 IRIS

ART AV RUSMIDDEL- OG HELSEPROBLEMER

12 Har klienten alvorlige helseproblemer som trenger tiltak?

	Ja	Nei	Vet ikke	
Alvorlige somatiske helseproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Alvorlige psykiske helseproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

13 Hvis ja - angi helst også diagnose (ICD-10). Angi bokstav, to siffer, 1-2 desimaler

Hoveddiagnose	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
Bidiagnose	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2

14 Hvor alvorlig er rusmiddelmisbruket? og hvor lenge har det vart?

	Omfang:				Varighet
	Vet ikke	Lite	Mid-dels	Stort	
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år 1
Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år 2
Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år 3

15 Bruker klienten heroin/opiater

	Ja	Nei	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NÅVÆRENDE OG ØNSKELIG TILBUD

16 Hvem samarbeides det med om denne klienten?

- Pårørende 01,
 Arbeidssted 02,
 Utdanningssted 03,
 Aetat 04,
 Bedriftshelsetjeneste 05,
 Trygdekontor 06,
 Politi/fengsel/rettsvesen 07,
 A-A/A-N 08,
Kommunale tjenester...
 Fastlege 09,
 Sosialtjeneste 10,
 Pleie/omsorgstjeneste i kommunen 11,
 Psykisk helsevern i kommunen 12,
Spesialisthelsetjenester...
 Somatisk sykehus 13,
 Psykisk helsevern 14,
 Annen rusomsorg/rusinstusjon 15.

17 Ventetid fra søknad ble mottatt til klienten ble innlagt/fikk tilbud (antall uker)

 1

18 Koordinering av samarbeidet

	Ja	Nei	Vet ikke
Er det én koordinator for de samlede tilbud til denne klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er det etablert en ansvarsgruppe i kommunen for denne klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar institusjonen i ansvarsgruppa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er det utarbeidet en individuell plan for denne klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har institusjonen deltatt i utarbeidningen av denne planen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 Målsetningen for denne klienten i forhold til rus

- Rehabilitering med sikte på rusfrihet 1
 Legemiddelassistert rehabilitering 2
 Skadereduksjon/stabilisering 3
 Annet 4

+									+
20	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)								
		Ja	Nei	Vet ikke					
	<i>Er LAR vurdert for klienten?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1				
	<i>Er LAR igangsatt?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2				
	<i>På venteliste for LAR?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3				
	<i>Har LAR vært forsøkt tidligere?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4				
21	Faktisk og ønskelig botilbud på registreringstidspunktet								
		Faktisk	Ønskelig						
	<i>Rusinstitusjon</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1					
	<i>Institusjon i psykisk helsevern</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2					
	<i>Kommunalt sykehjem/servicesenter</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3					
	<i>Omsorgsbolig med døgnbemanning</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4					
	<i>Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5					
	<i>Omsorgsbolig uten tilsyn</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6					
	<i>Egen bolig med tilsyn</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7					
	<i>Egen bolig uten tilsyn</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8					
	<i>Uten fast bopel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9					
22	Hvis tilbudet ved institusjonen/tiltaket ikke anses å være tilstrekkelig, hva skyldes dette i så fall:								
	<i>Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud</i>	<input type="checkbox"/>		1.					
	<i>Vi mangler aktuell kompetanse her</i>	<input type="checkbox"/>		2.					
	<i>Vi har kompetanse, for liten kapasitet</i>	<input type="checkbox"/>		3.					
	<i>Mangelfullt samarbeid om samlet tilbud</i>	<input type="checkbox"/>		4.					
23	Klientens behov og faktiske tilbud på registreringstidspunktet (sett ett kryss på hver linje)								
		Ikke aktuelt	Udekket behov	Mottar tilbudet					
	Kommunale tiltak								
	<i>Regelmessig kontakt med fastlege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1				
	<i>Pleie og omsorgstilbud i kommunen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2				
	<i>Lavterskel tilbud i kommunen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3				
	<i>Hjelp med bolig</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4				
	<i>Hjelp med økonomi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5				
	<i>Regelmessig kontakt sosialkontor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6				
	<i>Hjemmetjenester, praktisk hjelp</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7				
	<i>Støttekontakt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8				
	<i>Ansvarsgruppe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9				
	<i>Individuell plan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10				
	<i>Barnevernstiltak</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11				
	Tiltak innen økonomi/arbeid								
	<i>Tiltak i regi av Aetat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12				
	<i>Aktivering/dagtilbud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13				
	<i>Trygdeytelse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14				
	<i>Skole/kurs/voksenoppl.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15				
	Tilbud/tiltak i rusomsorg								
	<i>Poliklinisk tilbud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16				
	<i>Dagtilbud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17				
	<i>Avrusing</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18				
	<i>Døgntilbud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19				
	<i>Legemiddelassistert rehabilitering</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20				
	Tilbud i somatisk sykehus								
	<i>Utredning</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21				
	<i>Behandling</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22				
	Tilbud i psykisk helsevern								
	<i>Psykiatrisk ungdomsteam</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23				
	<i>Dobbeltdiagnoseteam</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24				
	<i>Annet rusteam</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25				
	<i>Dagtilbud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26				
	<i>Døgntilbud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27				