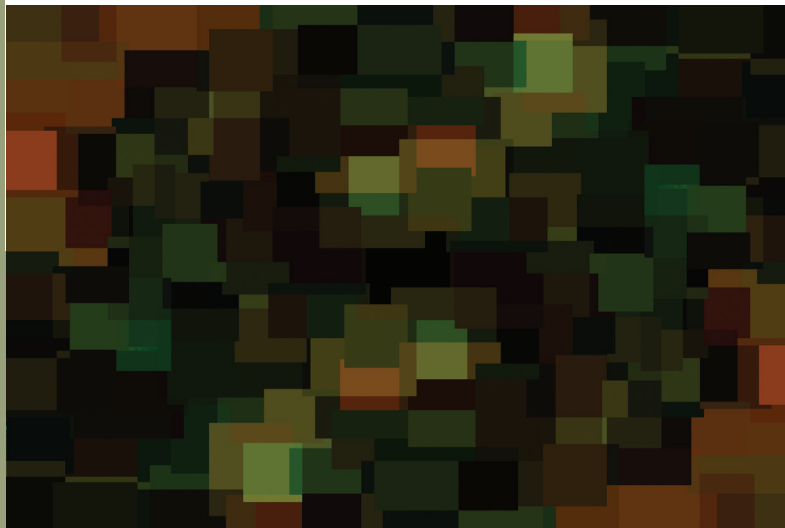


Inger Lise Skog Hansen, Maja Tofteng,  
Vegard Salte Flatval, Sara Andersson,  
Linn Sørensen Holst og Ketil Bråthen

---

# **Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet**

Første statusrapport,  
nullpunktsanalyse 2016





Inger Lise Skog Hansen, Maja Tofteng, Vegard Salte Flatval,  
Sara Andersson, Linn Sørensen Holst og Ketil Bråthen

## **Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet**

Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016

Fafo-rapport 2018:08

© Fafo 2018

ISBN 978-82-324-0430-8

ISSN 2387-6859

# Innhold

---

<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>Summary</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>11</b>
Bakgrunn .....	11
Om opptrappingsplanen for rusfeltet .....	12
Problemstillinger .....	14
Gangen i rapporten .....	15
<b>2. Evalueringstilnærming og metode</b> .....	<b>17</b>
Elementer fra ulike evalueringsperspektiver .....	17
Metode og datakilder .....	20
<b>3. Indikatorer</b> .....	<b>37</b>
Indikatorer for overordnet innsats .....	37
Indikatorer for overordnet effektmål .....	39
Indikatorer for hovedmål 1 .....	41
Indikatorer for hovedmål 2 .....	44
Indikatorer for hovedmål 3 .....	45
Indikatorer for hovedmål 4 .....	48
Indikatorer for hovedmål 5 .....	50
<b>4. Nullpunktsmåling</b> .....	<b>51</b>
Nullpunktsmåling overordnet innsats .....	51
Nullpunktsmåling overordnet effektmål .....	53
Nullpunktsmåling hovedmål 1 .....	54
Nullpunktsmåling hovedmål 2 .....	55
Nullpunktsmåling hovedmål 3 .....	56
Nullpunktsmåling hovedmål 4 .....	58
Nullpunktsmåling hovedmål 5 .....	59
<b>5. Arbeidet med planen</b> .....	<b>61</b>
Organisering i Helsedirektoratet .....	61
Helsedirektoratets samarbeid med andre aktører .....	63
<b>6. Direktoratenes mandat og arbeid</b> .....	<b>65</b>
Felles oppdrag .....	65
Direktoratenes oppdrag i tildelingsbrev .....	66
Direktoratenes arbeid med planen .....	69
Oppsummering .....	73
<b>7. Den regionale innsatsen</b> .....	<b>75</b>
Fylkesmannsembetenes oppfølging av opptrappingsplanen .....	75
Kompetansesentrenes rolle .....	81
Spesialisthelsetjenesten .....	86
Oppsummering .....	87

<b>8. Kommunenes perspektiver .....</b>	<b>89</b>
Kommunenes forventninger .....	90
Kommunale erfaringer .....	90
<b>9. Avslutning og vurdering .....</b>	<b>95</b>
<b>Litteratur .....</b>	<b>98</b>

# Forord

---

Dette er første rapport fra følgeevalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Fafo gjennomfører evalueringen i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) og Ipsos, og på oppdrag fra Helsedirektoratet. Evalueringsprosjektet startet opp i oktober 2017 og skal gå fram til mai 2021. I evalueringsforløpet vil det presenteres årlige statusrapporter. Den endelige resultatevalueringen vil foreligge i mai 2021.

Denne første rapporten er en grunnlagsrapport for evalueringen. Den inneholder en nullpunktsanalyse på et gitt sett av indikatorer for evaluering. Nullpunktet er definert til 2016, da opptrappingsplanen startet opp. I tillegg presenteres resultatene fra en organisasjonsstudie av arbeidet med opptrappingsplanen. I denne første delen av evalueringen har vi hatt stor oppmerksomhet på å utvikle indikatorsettet som vi legger til grunn for evalueringen. Vi har i arbeidet med å utvikle indikatorene og i gjennomføring av organisasjonsstudien hatt kontakt med og intervjuet en rekke personer innenfor ulike kompetansemiljøer, i brukerorganisasjoner, direktorater, fylkesmannsembeter og kommuner, og vi vil gjerne takke hver især for at de har delt sin kunnskap, sine erfaringer og vurderinger med oss. En takk rettes også til alle rådgiverne i fylkesmannsembetene, som har besvart et omfattende spørreskjema om embetenes arbeid med oppfølging av planen. En særlig takk rettes til Sverre Nesvåg ved Regionalt Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, for verdifulle innspill til hvordan BrukerPlandata kan anvendes i evalueringsprosjektet.

Fafo leder arbeidet med evalueringen. Evalueringsteamet består av Inger Lise Skog Hansen og Ketil Bråthen fra Fafo, Maja Tofteng og Vegard Salte Flatval fra SØA, Linn Sørensen Holst og Sara Andersson fra Ipsos. Vegar Salte Flatval og Maja Tofteng ved SØA har hatt hovedansvaret for arbeidet med å utvikle indikatorsettet og gjennomføringen av nullpunktsmålingen. Linn Sørensen Holst og Sara Andersson i Ipsos har gjennomført spørreundersøkelsen til fylkesmannsembetene. Fafo har hatt hovedansvaret for organisasjonsstudien, hvor også Ipsos har bidratt i gjennomføringen av kvalitative intervjuer. Hele evalueringsteamet har bidratt med tekst til denne rapporten, men den er i hovedsak skrevet av Inger Lise Skog Hansen fra Fafo og Maja Tofteng fra SØA.

Vi har hatt stor nytte av god dialog med Helsedirektoratet i arbeidet med denne første grunnlagsrapporten. En særlig takk til Thor Hallgeir Johansen og Jannicke Berg Leknes, som har vært våre primære kontaktpersoner i direktoratet.

En stor takk til Tone Fløtten ved Fafo som har vært kvalitetssikrer for rapporten og kommet med en rekke nyttige kommentarer og innspill. Og sist, men ikke minst, takk til Språkkonsulentene for korrekturlesing og Fafos publikasjonsavdeling for ferdigstilling av rapporten.

Mars, 2018

Inger Lise Skog Hansen (prosjektleder)

# Sammendrag

---

Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) ble lagt fram for Stortinget i november 2015 (Prop. 15 S (2015–2016)) og vedtatt i april 2016. Fafo er i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos tildelt oppdraget med å gjennomføre en evaluering av opptappingsplanen. Evalueringen startet opp i oktober 2017 og vil avsluttes våren 2021. Dette er første statusrapport og nullpunktsanalyse for evalueringen. Hensikten med denne første statusrapporten er å legge et grunnlag for det videre evalueringsforløpet.

Opptappingsplanen har tre innsatsområder:

- Tidlig innsats. Flere skal få hjelp før de utvikler rusproblemer.
- Behandling. Styrke kapasitet og kvalitet i behandlingstilbudet.
- Ettervern/oppfølgingstjenester. Prioritere bolig, arbeid og aktivitet.

Hovedinnsatsen i opptappingsplanen er rettet mot kommunesektoren.

Det er utarbeidet fem hovedmål for opptappingsplanen:

1. Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
2. Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig.
3. Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
4. Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.
5. Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.

I tillegg er det definert 77 konkrete punkter som regjeringen har definert at de vil gjennomføre i løpet av planperioden (heretter kalt «regjeringen vil»-punkter).

Det er to overordnede problemstillinger for dette evalueringsoppdraget:

*Har opptappingsplanen for rusfeltet ført til at personer som er i ferd med eller har utviklet rusmiddelproblemer, og deres pårørende har fått et bedre tilbud?*

*Er organisering av arbeidet og oppfølgingen av opptappingsplanen med iverksatte tiltak hensiktsmessig for å nå opptappingsplanens mål og delmål?*

Målet med evalueringsprosjektet er å undersøke utviklingen innenfor de ulike innsatsområdene, om de fem hovedmålene nås, og på et aggregert nivå om tilbudet til personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende blir bedre som følge av opptappingsplanen. Hovedinnretningen i evalueringen er en *resultatevaluering*. Bli målsettingene som er satt for opptappingsperioden, nådd? I tillegg gjennomføres en *prosessevaluering* hvor organisering og arbeid med planen, ulike aktørers tiltak og innsats studeres. En viktig målsetting i dette evalueringsarbeidet er å følge arbeidet



med planen og gi tilbakemeldinger underveis om hvorvidt organisering, oppfølging og tiltak er hensiktsmessige for å nå målene i planen.

### **Indikatorsett**

Som grunnlag for vurdering av måloppnåelse for opptrappingsplanen er det utviklet et indikatorsett. Indikatorsettet er strukturert med utgangspunkt i de fem hovedmålene i planen. De fem hovedmålene rommer også de tre innsatsområdene. Indikatorsettet vil vise utviklingen på i alt 94 indikatorer.

I denne grunnlagsrapporten presenterer vi en nullpunktsmåling for evaluering av opptrappingsplanen. Nullpunktsmålingen gir et statusbilde for 2016 (opptrappingsplanens start) basert på indikatorsettet. Indikatorsettet vil oppdateres årlig fram mot den endelige resultatevalueringen i 2021. I de årlige statusrapportene vil vi vurdere foreløpig måloppnåelse før en endelig sluttvurdering leveres i 2021. Den første rapporten med måling av utvikling innenfor de fem hovedmålene kommer i desember i år (statusrapport 2, 2018). Selv om indikatorsettet er omfattende, er det ikke ment å være uttømmende for alt som skjer på rusfeltet, eller alle aspekter ved opptrappingsplanen. Indikatorsettet er ikke utarbeidet eller egnet for å belyse resultater og effektene av enkelttiltak. Konkrete tiltak må evalueres særskilt. Indikatorsettet er en av flere informasjonskilder som legger grunnlaget for evalueringen av opptrappingsplanen.

### **Organisasjonsstudie**

Denne første rapporten inneholder også en organisasjonsstudie. I rapporten viser vi hvordan arbeidet med opptrappingsplanen er organisert på statlig og regionalt nivå. Opptrappingsplanen for rusfeltet er avgitt fra Helse- og omsorgsdepartementet på vegne av regjeringen, og Helsedirektoratet er gitt et sentralt ansvar for å koordinere den statlige innsatsen. Fem øvrige direktorat er gitt et selvstendig ansvar for å bidra til gjennomføring av opptrappingsplanen for rusfeltet: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken, Kriminalomsorgsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Alle involverte direktorater bortsett fra Utdanningsdirektoratet har fått et eksplisitt oppdrag i tildelingsbrevet om å bidra i gjennomføringen av opptrappingsplanen. Det felles oppdraget til direktoratene er lite tydelig. Mye av aktiviteten i Helsedirektoratet og samarbeidet med de andre direktoratene slik det har vært praktisert fram til nå, bærer preg av å orientere om pågående aktiviteter og tiltak mer enn å bruke dette som utgangspunkt for å initiere målrettet aktivitet som kan understøtte målene i opptrappingsplanen.

I den statlige oppfølgingen av opptrappingsplanen på rusfeltet er det flere aktive aktører på regionalt nivå. Fylkesmannsembetene med deres rådgivere spiller en viktig rolle. Det samme gjør de regionale kompetansesentrene på rusfeltet. De regionale helseforetakene er en tredje sentral aktør.

Alle de regionale aktørene har et mandat og eksplisitte styringssignaler om å følge opp arbeidet med Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). De regionale aktørene, og særlig fylkesmannen, er tett på kommunene og spiller en viktig rolle i utviklingen av tjenestene i kommunene. I evalueringsforløpet videre vil vi følge det regionale arbeidet tett gjennom casestudier i kommunene og erfaringssamlinger i regionene. Både KoRus-ene og rådgiverne hos fylkesmannsembetene etterlyser tydeligere oppdrag eller forventninger fra Helsedirektoratet til hvordan de skal følge opp opptrappingsplanen.

### **En plan av i hovedsak pågående innsats**

Opptappingsplanen består i stor grad av allerede pågående tiltak, satsinger og initiativer. Svært mange av tiltakene eller «regjeringen vil»-punktene i planen er forankret i andre strategier og planer på velferdsfeltet. Det er en styrking av innsats og nye initiativer på noen områder, men det er få tiltak som er eksplisitt lansert som en del av opptappingsplanen. For evalueringens del innebærer en slik strukturering av planen at det ikke er mulig å gjøre en effektevaluering av innsatsen. I løpet av evalueringsperioden vil vi vurdere i hvilken grad vi beveger oss i retning av de uttalte målene med planen. Utviklingen på de mange indikatorene som er med i indikatorsettet og organisasjonsstudien, vil likevel gi mye informasjon om oppfølgingen av planen både i det kommunale rusarbeidet og i spesialisthelsetjenesten.

### **Kommunalt perspektiv**

Kommunenes perspektiver er viktige i evalueringsoppdraget. Det er i kommunene personer med rusproblemer bor, og det er innsatsen her som i hovedsak vil avgjøre om personer med rusproblemer og deres pårørende mottar bedre og mer effektive tjenester. Gjennom indikatorsettet vil vi i løpet av evalueringsforløpet få informasjon om utviklingen i kommunene på en rekke områder, men for å supplere disse dataene skal det gjennomføres casestudier i seks kommuner fra i år (2018) og hvert år fram til og med 2020. I rapporten har vi redegjort for betydningen av å ha et kommunalt perspektiv på opptappingsplanen og viktige forhold som vil inkluderes i casestudien.

# Summary

---

## **Escalation plan for the field of drugs and addiction.**

### **Evaluation and status 2016**

The escalation plan for the field of drugs and addiction (2016–2020) was presented to the Storting in November 2015 (Prop. 15 S (2015-2016) and adopted in April 2016. Fafo, in collaboration with Economics Norway and Ipsos, has been commissioned to undertake an evaluation of the escalation plan. The evaluation began in October 2017 and will be completed in spring 2021. This is the first status report and baseline analysis for this evaluation, the purpose of which is to provide a basis for the further course of the evaluation.

The escalation plan has three priority areas:

- Early intervention. More people should receive help before they develop substance abuse problems.
- Treatment. Strengthen the capacity and quality of the treatment service.
- Aftercare/follow-up services. Prioritise housing, work and activity.

The main work in the escalation plan is targeted towards the municipal sector.

Five primary goals have been drawn up for the escalation plan:

1. Ensure genuine user involvement through a free choice of where they wish to be treated, more user-driven solutions and greater participation in the design of the services.
2. Ensure that persons at risk of developing a substance abuse problem are identified and helped at an early stage.
3. Everyone should be met with available, varied and coherent services.
4. Everyone should have an active and meaningful life.
5. Develop and increase the use of alternative penal sanctions and ways of executing sentences.

In addition, the government has defined 77 specific points that they will implement during the planning period (hereafter referred to as 'The government will' points).

There are two overall issues to be addressed in this evaluation:

*Has the escalation plan for the field of drugs and addiction resulted in a better service for persons who are developing, or have developed, substance abuse problems, and for their next of kin?*

*Are the organisation of the work and follow-up of the escalation plan and the interventions that are initiated appropriate for achieving the escalation plan's goals and objectives?*

The purpose of the evaluation project is to investigate developments within the different priority areas, whether the five main goals are being achieved, and at an aggregate level whether the service offered to persons with substance abuse problems and their next of kin is improving as a result of the escalation plan. The main approach in the evaluation is an *outcomes evaluation*. Are the objectives defined for the escalation period being achieved? A *process evaluation* is also being undertaken, whereby the organisation and work in relation to the plan, and the interventions and efforts by various actors are studied. An important objective in this evaluation is to monitor the work on the plan and provide ongoing feedback on whether the organisation, follow-up and interventions are appropriate in order to achieve the plan's goals.

# 1. Innledning

---

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) ble lagt fram for Stortinget i november 2015 (Prop. 15 S (2015-2016) og behandlet i april 2016. Planen omtales heretter som opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) eller kun opptrappingsplanen. Stortinget ga sin tilslutning til hovedlinjene i opptrappingsplanen og fem definerte hovedmål. Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å forberede og koordinere gjennomføringen av opptrappingsplanen for rusfeltet, og som del av dette også å etablere et evaluerings- og følge-med-opplegg (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Fafo ble i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos i september 2017 tildelt oppdraget med å gjennomføre en evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Dette er første statusrapport og nullpunktsanalyse for denne evalueringen. I rapporten presenterer vi et indikatorsett for å følge utviklingen innenfor de fem hovedmålene i opptrappingsplanen fram til og med 2020. I tillegg er det gjort en organisasjonsstudie for å undersøke organiseringen av arbeidet med opptrappingsplanen, hvilke aktører som er involvert, og innsatsen for å følge opp planen så langt. Notatet danner et grunnlag for det videre evalueringsarbeidet. Den første rapporten med måling av utvikling innenfor de fem hovedmålene kommer i desember i år (statusrapport 2, 2018).

## Bakgrunn

Problemene innenfor rusfeltet er godt dokumentert. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) gir en omfattende beskrivelse av dagens situasjon og utfordringer på en rekke områder, som for eksempel knyttet til tidlig innsats, alkoholkonsum blant enkelte grupper, overdosetall, samhandling, tilgjengelighet til tjenester og behandling, kvaliteten i tilbudene, bosituasjonen til personer med rusmiddelproblemer og tilgangen til arbeid og tilrettelagte aktiviteter. Nylig har både Helsetilsynet og Riksrevisjonen pekt på utfordringene knyttet til samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Rus- og psykisk helsearbeid er et sammensatt område, og Helsedirektoratets egen veileder *Sammen om mestring* er tydelig på utfordringene på området (Helsedirektoratet 2014). Det er blant annet store boligproblemer blant personer med rusmiddelproblemer (Dyb & Lid 2017; Hansen 2017). Riksrevisjonen har pekt på at tilbudet i kommunene ikke er styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen 2016: Dokument 3:5 (2015-2016)). Helsetilsynet har iverksatt landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018 etter en risikovurdering av tjenestene til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsetilsynet 2016). Risikovurderingen pekte på tre områder som særlig risikoutsatt: 1) manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), 2) bruker/pasient får ikke tilpasset bolig (inkludert ikke tilpasset innhold i tjenestene), 3) mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering (både somatisk og psykisk helse samt rusavhengighet) (ibid.). Disse undersøkelsene viser et bilde av at det er behov for både kapasitets- og kompetansebygging i kommunene. Bo-oppfølging og spesifikke tjenester til «flertjenestebrukere» er en del av dette

(Hansen mfl. 2014:14–15). Brukerne har ofte sammensatte behov, og det er nødvendig med nye løsninger som går på tvers av strukturene i offentlig sektor (Ulfrstad 2007; Hansen mfl. 2013:21–22). Samtidig er det viktig å framheve at det skjer mye utviklingsarbeid i kommunene og i behandlingstilbudet til målgruppen. Evalueringen av ACT-team<sup>1</sup> viste for eksempel at oppfølgingen ga gode resultater (N-ROP. Sykehuset Innlandet HF 2014). Flere kommuner bygger nå ut ambulante team, og det er stor oppmerksomhet om et bedre tilbud i kommunene.

I utarbeidelsen av opptrappingsplanen var det et omfattende arbeid med involvering av mange ulike grupper og aktører innenfor rusfeltet. Det ble blant annet arrangert flere «rådslag» med kommuner, brukerorganisasjoner og andre aktører i rusfeltet for å få informasjon om hva som ble vurdert som utfordringer på området, og hvor det var behov for styrking eller opptrapping. Dette har resultert i at opptrappingsplanen vurderes i stor grad å gjenspeile behov og trender i rusfeltet. Samtidig har den breie involveringen i prosessen trolig medført at mange miljøer innenfor rusfeltet har opparbeidet store forventninger til opptrappingsplanens innhold.

## Om opptrappingsplanen for rusfeltet

Opptrappingsplanen for rusfeltet startet opp i 2016 og skal avsluttes i 2020. Opptrappingsplanen er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle eller allerede har etablert et rusproblem. Opptrappingsplanen har tre innsatsområder:

- Tidlig innsats. Flere skal få hjelp før de utvikler rusproblemer.
- Behandling. Styrke kapasitet og kvalitet i behandlingstilbudet.
- Ettervern/oppfølgingstjenester. Prioritere bolig, arbeid og aktivitet.

Hovedinnsatsen i opptrappingsplanen er rettet mot kommunesektoren, hvor det i opptrappingsplanen slås fast at det vurderes at utfordringene er størst. Likevel avhenger måloppnåelsen av innsats fra en rekke aktører som spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg, frivillige organisasjoner og andre. Innsatsen har også et uttalt mål om å bedre tilgangen til behandling, noe som helt spesifikt involverer spesialisthelsetjenesten og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Opptrappingsplanen for rusfeltet er følgelig en tverrsektoriell satsing. Helsedirektoratet har et sentralt ansvar for implementering og koordinering av innsatsen, men Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir), Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI), Utdanningsdirektoratet (Udir), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og Husbanken har selvstendig ansvar for å bidra til at målene i planen nås. Et viktig mål med opptrappingsplanen er å bidra til «en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende» (Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020):6).

Det er utarbeidet fem hovedmål for opptrappingsplanen:

1. Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
2. Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig.
3. Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.

---

<sup>1</sup> Assertive Community Treatment team

4. Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.
5. Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.

I tillegg er det definert 77 konkrete punkter som regjeringen har definert at de vil gjennomføre i løpet av planperioden (heretter kalt «regjeringen vil»-punkter). I utgangspunktet lå det 74 punkter i Opptrappingsplanen for rusfeltet, men i Stortingets behandling ble det lagt til ytterligere tre punkter (Anmodningsvedtak fra Stortinget). Disse tre punktene omhandler tilgang til prevensjon for kvinner med alvorlig rusmiddelavhengighet og informasjon til kvinner i reproduktiv alder om LAR-behandling og graviditet.

De 77 «regjeringen vil»-punktene har svært ulik form. Et eksempel er under området brukerinnflytelse, hvor regjeringen vil «styrke brukermedvirkning på systemnivå ved økt bruk av personer med erfaringskompetanse og systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner», eller under kompetanse hvor en skal «iverksette og gjennomføre et nytt kompetanseløft for kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor kompetansetiltak rettet mot rus og psykisk helse inngår». Under tidlig innsats er et annet punkt å «videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten» samt «vektlegge fysisk aktivitet i det forebyggende arbeidet». Under behandling er det et mål å «åpne mottakssentre i de største byene» og «øke kapasiteten og redusere ventetiden til rusbehandling, blant annet til et voksende antall eldre med rusproblemer». Et konkret eksempel under hovedmål 5 er å «utvide og gjøre Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) permanent». Noen av «regjeringen vil»-punktene er direkte tiltak som det er mulig å knytte konkrete kvantifiserbare mål til, mens andre har mer karakter av å være intensjoner om praksis på ulike områder eller initiativer til utredninger, vurdering av tilskuddsordninger og lignende. Et annet forhold som er viktig å ta i betraktning, er at svært mange av tiltakene og målformuleringene er knyttet til allerede iverksatte prosesser eller pågående satsinger. Flere av tiltakene er for eksempel del av andre strategier eller opptrappingsplaner fra regjeringen. I oppdragsbrevet til Helsedirektoratet (HOD 2016) vises det til 0–24 samarbeidet, Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse, strategi mot barnefattigdom og den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd.

I opptrappingsplanen skisserer regjeringen at følgende tiltak/målsettinger skal prioriteres i løpet av planperioden:

- bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo (500 mill. kroner)
- øke antall tiltaksplasser for de med nedsatt arbeidsevne med 500 plasser (75,5 mill. kroner)
- utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer (93 mill. kroner)
- åpne mottakssentre i de største byene og sørge for økt utbygging av oppsøkende behandlingsteam etter modell av ACT-team, lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO og lavterskeltilbud etter modell av Gatehospitalet (100 mill. kroner)
- øke kompetansen om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer (100 mill. kroner)

Helsedirektoratet, i samarbeid med de øvrige fem ansvarlige direktoratene, har definert indikatorer for måloppnåelse for opptrappingsplanens fem hovedmål samt systematisert «regjeringen vil»-punkter som skal gjennomføres under hvert av de fem hovedmålene og med tiltak, ansvarlig direktorat/avdeling og milepæler (Direktoratets plan for oppfølging av opptrappingsplanen for rusfeltet 2017). I det videre evalueringsforløpet vil vi bruke direktoratenes rapportering på de 77 punktene som utgangspunkt for å vurdere måloppnåelse i arbeidet med opptrappingsplanen på de områdene og punktene hvor det ikke er mulig å utvikle konkrete kvantifiserbare indikatorer knyttet til dette.

Oppfølging av opptrappingsplanen er organisert som et prosjekt i Helsedirektoratet, hvor avdeling psykisk helse og rus i primærhelsetjenestedivisjonen er prosjektleder. Det er opprettet en egen styringsgruppe med avdelingsdirektører som har ansvar for direktoratets oppfølging, samt en prosjektgruppe med ansvar for den operative oppfølgingen. Som vi vil komme tilbake til, har det i løpet av første fase i opptrappingsplanen vært gjennomført en betydelig omorganiseringsprosess i Helsedirektoratet som også får betydning for arbeidet med opptrappingsplanen.

For samarbeidet mellom direktoratene er det etablert en tverrdirektoral gruppe som skal sikre samordnet og koordinert innsats fra alle de berørte direktoratene.

På regionalt nivå har fylkesmannen et definert ansvar for oppfølging av planen overfor kommunene i samarbeid med nasjonale og regionale kompetansesentre. I kapittel 5 redegjør vi nærmere for organiseringen av arbeidet med oppfølging av opptrappingsplanen.

## Økonomi

Regjeringen har varslet en økning i bevilgningene til rusfeltet med 2,4 milliarder kroner i planperioden 2016–2020. Opptrappingsplanen for rusfeltet er basert på at gjennomføring av mål og tiltak rettet mot kommunene som hovedregel skal finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. Opptrappingen skal skje ved en økning i overføringen av frie inntekter til kommunene begrunnet med opptrappingsplanen. I 2016 ble 400 millioner kroner av veksten i frie inntekter til kommunene begrunnet med økt satsing på rusfeltet. I tillegg er det flere statlige tilskuddordninger som støtter opp under prioriterte områder i planen. Finansieringen av spesialisthelsetjenesten skjer gjennom det økonomiske opplegget for helseforetakene og en videreføring av «den gylne regel», som tilsier at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk på regionnivå.

## Problemstillinger

Vi har definert to overordnede problemstillinger for dette evalueringsoppdraget:

*Har opptrappingsplanen for rusfeltet ført til at personer som er i ferd med eller har utviklet rusmiddelproblemer, og deres pårørende har fått et bedre tilbud?*

*Er organisering av arbeidet og oppfølgingen av opptrappingsplanen med iverksatte tiltak hensiktsmessig for å nå opptrappingsplanens mål?*



## Gangen i rapporten

Rapporten er delt i ni kapitler. I kapittel 2 presenterer vi evalueringstilnærmingen for oppdraget, intervensjonslogikk og metodene som blir brukt i evalueringen. Her presenterer vi metoden knyttet til utvikling av et indikatorsett for følgeevalueringen og anvendte datakilder. I kapittel 3 presenterer vi utvelgelse av indikatorer for evaluering av overordnet måloppnåelse og indikatorer for å følge utviklingen innenfor de fem hovedmålene i opptrappingsplanen. I kapittel 4 presenteres nullpunktsanalysen for 2016 basert på dette indikatorsettet. I kapittel 5, 6 og 7 ser vi nærmere på de involverte aktørene i implementeringen av mål og intensjoner i opptrappingsplanen for rusfeltet. Intensjonen er å tydeliggjøre roller, ansvar og iverksatt aktivitet i arbeidet med opptrappingsplanen og foreta analyse av hvorvidt den valgte innrettingen av organisering fra statlig side er hensiktsmessig for å støtte opp under mål og intensjoner ved opptrappingsplanen. I kapittel 8 ser vi nærmere på kommunale perspektiver på opptrappingsplanen. En viktig hensikt med dette er å legge grunnlaget for videre casestudier i evalueringsperioden. I kapittel 9 gjøres en samlet vurdering basert på denne første statusrapporten.



## 2. Evalueringstilnærming og metode

---

Opptappingsplanen for rusfeltet forventes å gi resultater på mange ulike områder og nivåer. Vi har innledningsvis skissert de tre innsatsområdene i opptappingsplanen og de fem hovedmålene for planen. Målet med evalueringsprosjektet er å undersøke utviklingen innenfor de ulike innsatsområdene, om de fem hovedmålene nås, og på et aggregert nivå om tilbudet til personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende blir bedre som følge av opptappingsplanen. Hovedinnretningen i evalueringen er en *resultatevaluering*. Blir målsettingene som er satt for opptappingsperioden, nådd? I tillegg gjennomføres en *prosessevaluering* hvor organisering og arbeid med planen, ulike aktørers tiltak og innsats studeres. En viktig målsetting i dette evalueringsarbeidet er å følge arbeidet med planen og gi tilbakemeldinger underveis om hvorvidt organisering, oppfølging og tiltak er hensiktsmessige for å nå målene i planen. I dette kapitlet redegjør vi nærmere for evalueringstilnærming og metodene som anvendes i evalueringsoppdraget.

### Elementer fra ulike evalueringperspektiver

Evalueringen vil ha elementer fra fire ulike retninger innenfor evalueringsarbeid (Sverdrup 2002). Vi vil anvende et beslutningsorientert perspektiv, et prosessorientert perspektiv og et brukerorientert perspektiv. I tillegg vil vi benytte elementer fra den såkalte målfrie evalueringsformen. Der de andre tilnærmingene måler definerte mål på ulikt vis, er den siste tilnærmingen åpen for å se etter resultater som oppdragsgiver og forsker ikke på forhånd har kunnskap om.

Den *beslutningsorienterte tilnærmingen* ligger tettest opp til det klassiske evalueringssidealet. Her legges det stor vekt på ledelses- og oppdragsgiverdefinerte mål og tiltakets grad av måloppnåelse, gjerne relatert til bruken av bestemte virkemidler. Det er tiltakets effektivitet og nytte ut fra definerte mål som gjøres til gjenstand for evalueringen, altså formålseffektiviteten. Opptappingsplanen skal bidra til en «forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende» (Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020):6). Hensikten med opptappingsplanen er formulert i de fem definerte hovedmålene i planen (jf. kapittel 1).

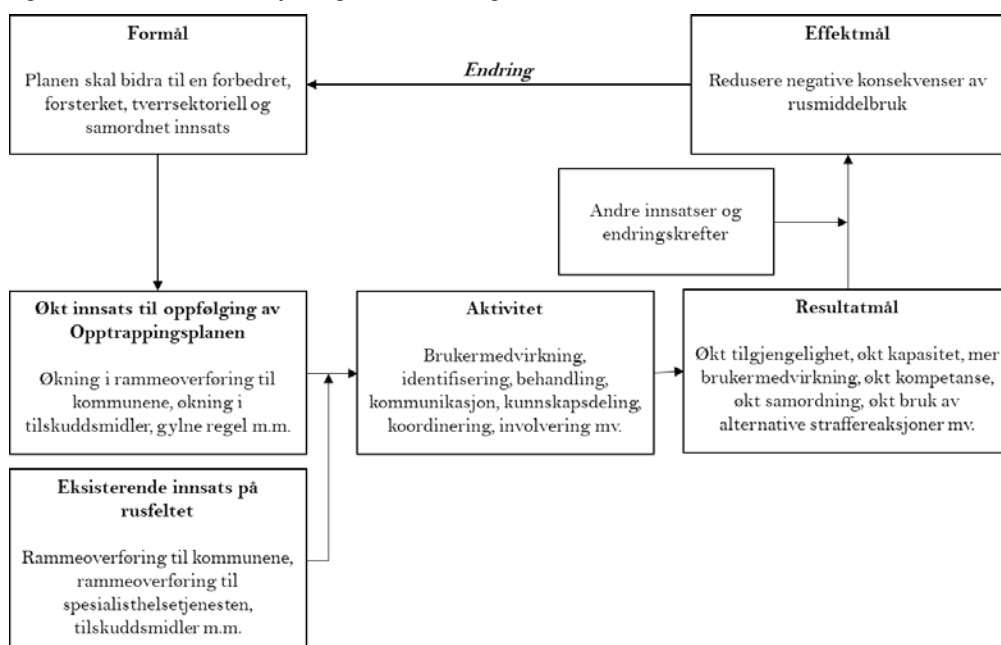
Som grunnlag for evalueringssopplegget har vi utviklet en intervensjonslogikk for opptappingsplanen. Intervensjonslogikken kan sees på som et praktisk redskap for å synliggjøre og konkretisere antakelsene om hvordan en offentlig intervensjon fungerer. Antakelsene vil deretter undersøkes gjennom evalueringen. Intervensjonslogikken som presenteres i figur 2.1.<sup>2</sup>, illustrerer vår forståelse av hva myndighetene ønsker å oppnå med opptappingsplanen. Intervensjonslogikken illustrerer den tenkte

---

<sup>2</sup> Andre begreper som brukes om denne sammenhengen, er resultatkjede og forandringsteori.

sammenhengen mellom innsats og ønskede endringer. Med *innsats* menes den offentlige intervensjonen eller inngripenen. Opptrappingsplanen består av en rekke eksisterende innsatser, men også av ytterligere og forsterket innsats på noen områder. Når det gjelder endringer, kan vi skille mellom endringer i form av aktiviteter, resultater og effekter. Innsatsen på området skal bidra til å utløse konkrete aktiviteter i tjenesteapparatet, som (ideelt sett) vil føre til en endring for brukerne og for samfunnet. Vi bruker begrepet *resultater* om umiddelbare endringer eller utfall i form av bedre tjenester, mens *effekter* brukes om samfunnsmessige og langsiktige endringer. Målene for opptrappingsplanen handler om forbedringer i tjenestetilbudet som ansees som resultater, jmfør figur 2.1. I evalueringen vil vi vurdere i hvilken grad en når de definerte resultatmålene. Vi antar at det er en ambisjon at planen over tid skal bidra til langsiktige effekter og det overordnede målet for rusmiddelpolitikken, jmfør rusmeldingen Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg! – alkohol – narkotika – doping* som sier at «målet med rusmiddelpolitikken er å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet og bidra til flere friske leveår for befolkningen.»

Figur 2.1 Overordnet intervensjonslogikk for evalueringen



Det er viktig å presisere at begrepet effekter i denne sammenhengen viser til langsiktige resultater og måloppnåelsen i den overordnede ruspolitikken. Denne evalueringen er ikke en effektevaluering slik begrepet brukes innen evalueringfaget<sup>3</sup>. En effektevaluering stiller store krav til data og bruk av en kontrollgruppe for å dokumentere effekter og kausalitet. Opptrappingsplanen for rusfeltet er av en slik karakter at det er svært vanskelig å dokumentere og isolere effekter fra de ulike innsatsene i opptrappingsplanen fra andre pågående satsinger og strategier innenfor helse- og

<sup>3</sup> Se for eksempel David J. Storey (1998) «Six Steps to Heaven: Evaluating the Impact of Public Policies to Support Small Businesses in Developed Economies». Storey kategoriserer metoder for effektmålinger ut fra seks trinn som dekker forskjellige evidens-nivåer, hvor trinn 1 har laveste evidensnivå og trinn 6 det høyeste. Omvendt er trinn 6 det vanskeligste og mest ressurskrevende å gjennomføre fordi det stiller store krav til data og bruk av kontrollgrupper.

omsorgsfeltet. Parallelt med opptrappingsplanen er det for eksempel et omfattende folkehelsearbeid for å forebygge rusmiddelproblemer som ikke er en del av opptrappingsplanen for rusfeltet. I figur 2.1 vises det at andre endringskrefter og intervensjoner vil påvirke effektmålet slik det er definert i denne sammenhengen. Hovedinnsatsen i opptrappingsplanen rettes mot kommunene. Det er heller ikke mulig å peke ut en gruppe av kommuner som ikke er gjenstand for den forsterkede innsatsen i opptrappingsplanen, og som slik kan fungere som en kontrollgruppe i evalueringen. Denne evalueringen vil med andre ord ikke være en stringent effektevaluering.

Som grunnlag for vurdering av måloppnåelse for opptrappingsplanen har vi laget et indikatorsett. Indikatorsettet vil gi informasjon om endring på et sett av indikatorer som er definert som relevante for å vurdere bevegelse i retning av måloppnåelse for det overordnede effektmålet og hvert av de fem hovedmålene. Indikatorsettet gir mulighet for å følge utvikling innenfor definerte målområder i opptrappingsplanen. Det er viktig å presisere at den fulle sannheten om opptrappingsplanen ikke entydig kan leses ut av et slikt indikatorsett, men indikatorsettet skal gi så mye informasjon om resultater og effekter som det er mulig å hente ut fra tilgjengelige kvantitative størrelser. Under metode presenterer vi nærmere framgangsmåten for utvikling av indikatorer.

I denne grunnlagsrapporten presenterer vi en nullpunktsmåling for evaluering av opptrappingsplanen. Nullpunktsmålingen gir et statusbilde for 2016 (opptrappingsplanens start) basert på indikatorsettet.<sup>4</sup> Nye målinger vil gjennomføres årlig inntil evalueringen avsluttes i 2021. I de årlige statusrapportene vil vi vurdere foreløpig måloppnåelse før en endelig sluttvurdering leveres i 2021.

Beslutningsorienterte evalueringer er ofte skjematisk og eksplisitte i sin metodebruk. Virkningene av opptrappingsplanen vil i stor grad bestemmes av hvordan kommunene utvikler sin innsats på rusfeltet. Den kommunale konteksten vil være svært forskjellig. For å vurdere måloppnåelse må en se sammenheng mellom kommunens handlingsvalg, indre og ytre interessegrupper som påvirker kommunen, og lokale forhold som kan ha betydning både for handlingsvalg og resultater. Det samme gjelder for utvikling i tjenestene på andre områder, for eksempel behandlingsskapitet i spesialisthelsetjenesten. I evalueringen er vi opptatt av hvordan sentrale aktører på statlig og regionalt nivå arbeider for å styrke måloppnåelsen i planen, og hvordan kommunene følger opp føringene i planen, og for å vurdere dette lener vi oss til *den prosessorienterte evalueringsformen*. Denne evalueringsformen er orientert mot innsikt, forståelse og læring. «Den er opptatt av hvordan man kan forbedre en innsats underveis. [...] Selve prosessen og iverksettingen av den er i søkelyset, og den prosessorienterte retningen kjennetegnes også ved at organiseringen av tiltak blir studert, analysert og vurdert.» (Sverdrup 2002:32)

I arbeidet med denne statusrapporten har vi gjort dokumentstudier for å få oversikt over organisering av arbeidet med planen både på statlig og regionalt (fylkes-) nivå, undersøkt sentrale styringssignaler i tildelingsbrev og oppdrag til ulike involverte direktorat, til Fylkesmennene, kompetansesentrene for rus og de regionale helseforetakene samt gjennomført flere kvalitative intervjuer med nøkkelinformanter på statlig, regionalt og kommunalt nivå. Vi har hatt en rekke møter med aktører som er involvert i arbeidet med planen, inkludert Helsedirektoratets brukerråd for psykisk helse og rus. Møter med ulike involverte aktører i gjennomføringen av opptrappingsplanen vil være viktig i hele evalueringsperioden. Gjennom dialog med aktørene på

---

<sup>4</sup> For enkelte indikatorer finnes ikke data for 2016. Presentasjonen av nullpunktsmålingen angir når hver enkelt indikator ble målt.

feltet vil evalueringsteamet få bedre forståelse av innsatsen knyttet til gjennomføringen av opptrappingsplanen og kunne følge med på arbeidet fra disse aktørene. Denne dialogen gir også aktørene tilgang til forskernes vurdering av innsatsen som skjer, de får en tilbakemelding om utvikling og aktiviteter, som kan gi viktig styringsinformasjon i arbeidet med opptrappingsplanen. Sentrale myndighetsaktører kan få kunnskap om hvor det eventuelt er behov for forsterket innsats eller tilpasning av aktiviteter og arbeidsformer.

I evalueringsoppdraget er vi opptatt av å inkludere perspektiver fra *brukerorienterte evalueringer*. Brukerorienterte evalueringer har brukernes interesser i fokus og søker derfor å ha et nedenfra-og-opp-perspektiv. I denne evalueringen er sluttbrukerne både personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende (inkludert barn).

I forbindelse med statusrapporten har vi som referert over også hatt møte med Helsedirektoratets nasjonale brukerråd for rus- og psykisk helsefeltet. I møtet la vi fram evalueringsopplegget og hadde en åpen dialog om deres vurderinger av opptrappingsplanen, forventninger til evalueringen og viktige forhold de mener burde vurderes for å styrke brukerperspektivet i evalueringen. Som del av casestudiene som skal gjennomføres, vil vi etterstrebe å intervju brukerorganisasjoner, og vi vil ta kontakt med ulike brukerorganisasjoner for å få innspill til hvem som er aktuelle informanter i kommunene.

I arbeidet med indikatorene er data fra en nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse, gjennomført i regi av St. Olavs hospital HF, Kompetansesenter rus Midt-Norge, en av kildene.

## Metode og datakilder

For å kunne belyse evalueringens problemstillinger har vi utarbeidet en undersøkelse i fire deler: a) dokumentundersøkelser, gjennomgang av rapporteringer og statistikk, b) kvalitative intervjuer med nøkkelinformanter på statlig og regionalt nivå, c) case-studier i et utvalg kommuner samt e) dialog- eller erfaringssamlinger.

Undersøkelsesopplegget er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) som er personvernombud for Fafo.

For denne første statusrapporten, hvor hensikten er å etablere statusbildet for 2016 og en nullpunktsanalyse for opptrappingsplanen, har det vært en sterk vektlegging av og en omfattende aktivitet for å utarbeide gode indikatorer for evalueringen. Indikatorene presenteres nærmere under. Vi redegjør først for gjennomførte møter med ulike grupper og instanser i oppstart av evalueringen og som del av utarbeidelse av indikatorene. Deretter redegjør vi for gjennomførte nøkkelintervjuer i forbindelse med denne første statusrapporten, en egen spørreundersøkelse til fylkesmannsembetene og telefonintervjuer med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet. Sist redegjør vi nærmere for selve metodikken i utarbeidelse av indikatorene og de ulike datakildene som anvendes knyttet til disse. I 2018 vil det for den videre evalueringen bli gjennomført omfattende casestudier og erfaringssamlinger i kommunene for å få mer informasjon om hvordan planen virker inn i praksisfeltet.

## Gjennomførte møter

- Møte med Helsedirektoratets nasjonale brukerråd for psykisk helse og rusfeltet. Vi la fram evalueringsprosjektet og innledet til dialog om arbeidet med evalueringen. I møtet ble det gitt en rekke tilbakemeldinger fra deltagerne på viktige områder å være oppmerksom på i det videre arbeidet, temaer som er viktige å følge opp i møte med kommunene.
- Møte med intern prosjektgruppe i Helsedirektoratet. Vi presenterte evalueringsopplegget, intervensjonslogikker, foreløpige forslag til indikatorer og fikk innspill på disse.
- Møte med arbeidsutvalget for opptrappingsplanen. Vi presenterte evalueringsopplegget, intervensjonslogikker og foreløpige forslag til indikatorer. På møtet ble det prioritert at arbeidsutvalget skulle få gi innspill på foreslåtte indikatorer og eventuelle andre relevante indikatorer.
- Møte med den tverrdirektorale arbeidsgruppen. Vi presenterte evalueringsopplegget, intervensjonslogikker, forslag til indikatorer. Dialog om mulige indikatorer på de ulike direktoratenes områder, og avtaler om å ha videre dialog om relevante data hos dem.
- Møte med Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) om mulighetene i bruk av data fra BrukerPlan og innspill på relevante indikatorer for evalueringen.

## Intervjuer med nøkkelinformanter på statlig nivå

Det er gjennomført kvalitative intervjuer med nøkkelinformanter i alle de seks direktoratene:

ett intervju i Utdanningsdirektoratet (Udir)

to intervjuer i Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir)

ett intervju i Husbanken

to intervjuer Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

to intervjuer i Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI)

to intervjuer i Helsedirektoratet

ett intervju i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

ett intervju med en representant for de regionale helseforetakene

Alle informanter har fått utsendt informasjonsbrev og forespørsel om intervju på forhånd. I alle direktoratene ble det forespurt om intervjuer både på ledernivå og med ansatt som er direkte involvert i arbeidet med opptrappingsplanen. Intervjuene har fulgt en utarbeidet intervjuguide. Intervjuene er transkribert eller oppsummert i skriftlige notater.

I intervjuer med alle nøkkelinformanter har vi bedt om innspill til relevante indikatorer for evalueringen og mulige datakilder.

## Nøkkelintervjuer kommunalt perspektiv

Som en forberedelse til casestudier i det videre evalueringsopplegget er det gjennomført kvalitative ve intervjuer med representanter for to kommuner og KS. Det er gjennomført:

gruppeintervju i Bydel Gamle Oslo med to ansatte på ledernivå

gruppeintervju i Velferdsetaten i Oslo kommune med tre ansatte på ledernivå

et telefonintervju med Oslo kommune, representant for byrådsavdelingen for eldre, helse og arbeid

telefonintervjuer med to ansatte på ledernivå i Østre Toten kommune

intervju med rådgiver i KS

Alle aktørene fikk på forhånd utsendt informasjonsbrev og forespørsel om intervju. Hensikten med disse intervjuene har vært å få vurderinger av hvordan opptrappingsplanen vurderes fra et kommunalt perspektiv og en forberedelse til gjennomføringer av seks casestudier i 2018 og de kommende årene i evalueringsperioden. Intervjuene har fulgt en utarbeidet intervjuguide. Intervjuene er oppsummert i skriftlige notater.

## Spørreundersøkelse til fylkesmannsembetene

Vi har gjennomført en egen spørreundersøkelse til alle fylkesmannsembetene. Denne ble gjennomført i november–desember 2017 som en nettbasert spørreundersøkelse. Mottakerne av spørreundersøkelsen var rusrådgivere ved de ulike fylkesmannsembetene. Undersøkelsen dreide seg om fylkesmennenes rolle og innsats i oppfølgingen av opptrappingsplanen. Spørreskjemaet bestod av en kombinasjon av spørsmål med predefinerte svaralternativer og spørsmål hvor respondentene kunne skrive inn svarene med egne ord.

Vi mottok en liste fra Helsedirektoratet med navn og e-postadresse til rusrådgiverne ved fylkesmannsembetene. Før undersøkelsen ble sendt ut, hadde Helsedirektoratet sendt ut et eget brev til embetene og informert om at denne undersøkelsen ville bli gjennomført.

E-post med invitasjon til å delta i undersøkelsen og lenke til undersøkelsen ble sendt ut til 19 rusrådgivere ved fylkesmannsembetene med kopi til postmottakene<sup>5</sup>. Det ble sendt ut flere påminnelser per e-post, og det var også kontakt med noen av embetene per telefon. Vi mottok svar fra 16 av 19 rusrådgivere. Alle fylkesmannsembetene utenom to er representert i undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen er gjennomført av Ipsos.

## Telefonintervjuer med kompetansesentre for rusfeltet

Det er gjennomført telefonintervjuer med en ansatt hos alle de syv regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus) samt med en representant for Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Det ble sendt et informasjonsbrev med forespørsel om å delta i intervju til leder for kompetansesentrene. Kompetansesentrene valgte selv hvem hos dem som skulle delta i intervjuet. Noen av KoRus-ene valgte at en rådgiver med særlig ansvar for opptrappingsplanen deltok i intervjuet, mens noen ledere valgte å gjennomføre intervjuet selv. Telefonintervjuene har fulgt en egen intervjuguide. Det er skrevet notater fra alle intervjuene.

---

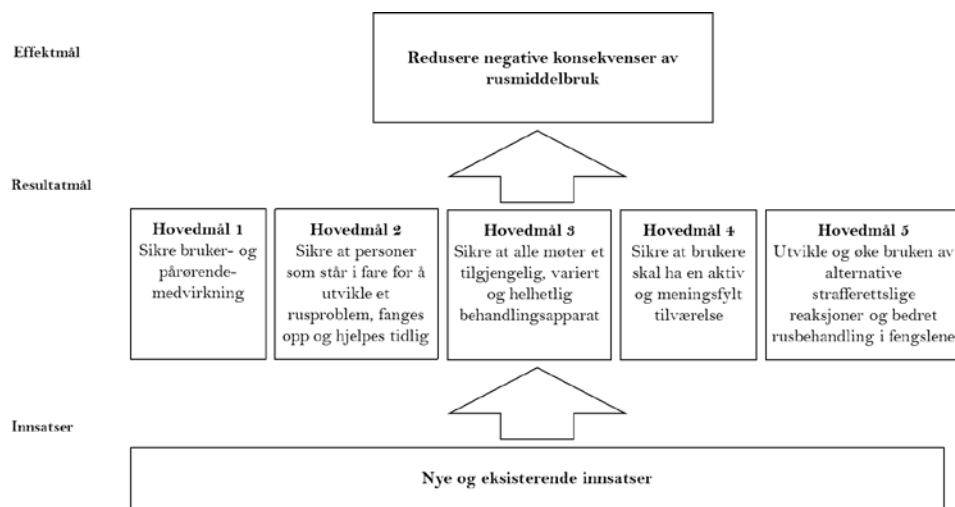
<sup>5</sup> Ved enkelte av fylkesmannsembetene er det flere rusrådgivere som har ansvar for hvert sitt geografiske område.



## Utarbeidelse av indikatorsett

Indikatorsettet er utarbeidet gjennom en interaktiv prosess. Vi har studert beskrivelsen av opptrappingsplanen og gjort en tolkning og avgrensning av de sentrale målene i planen. Indikatorsettet er strukturert med utgangspunkt i de fem hovedmålene i planen. De fem hovedmålene rommer også de tre innsatsområdene.<sup>6</sup> Vi antar at hvert av de fem hovedmålene vil bidra til å nå målene med planen og med det også målet for ruspolitikken. Gjennom årlige målinger vil vi fange opp positive og negative endringer i de ulike indikatorene. Positiv måloppnåelse har vi dersom vi ser en positiv utvikling i tråd med minimum ett av hovedmålene (med mindre noen av de andre forverres), jmfør målhierarki figur 2.2.

Figur 2.1 Målhierarki for opptrappingsplanen



Vi har utviklet et sett av indikatorer knyttet til hvert av hovedmålene i opptrappingsplanen. For å finne fram til relevante indikatorer har vi dekomponert hovedmålene og tydeliggjort de elementene som er spesifikke for hvert enkelt hovedmål. En annen fordel med å tydeliggjøre og avgrense de fem hovedmålene er å kunne vurdere måloppnåelse for de fem hovedmålene hver for seg. Vi har identifisert og vurdert mange mulige indikatorer for innsats, aktiviteter, resultater og effekter som kan være relevante for å undersøke endringer underveis i evalueringsperioden. Vi har inkludert de indikatorene som vi mener aller best belyser de resultatene og effektene en ønsker å oppnå. Innsatsindikatorer og aktivitetsindikatorer er inkludert der det i liten grad finnes gode indikatorer på resultater og effekter, eller for å belyse innsatser og aktivitet som er særlig vektlagt i opptrappingsplanen (eksempelvis fordi de er en del av «regjeringen-vil»-punktene i opptrappingsplanen). Poenget er ikke å ha så mange indikatorer som mulig, men å ha et sett med gode indikatorer som sier noe om måloppnåelse for opptrappingsplanens hovedmål. I valg av indikatorer har vi vært opptatt av å bruke de indikatorer som aller best tilfredsstillende kravene til målbarhet, relevans, objektivitet, reliabilitet og validitet:

<sup>6</sup> «Tidlig innsats» dekkes i stor grad av hovedmål 2, mens «behandling» i stor grad dekkes av hovedmål 3, og «ettervern/oppfølging» dekkes av hovedmål 4.

**Målbarhet** oppnås ved at dataene er kvantifiserbare og tilgjengelige, og ved at datainnhenting vil gjennomføres flere ganger i løpet av evalueringsperioden.

**Relevans** betyr at indikatorene måler de riktige tingene, det vil si det som er relevant for effektmål og hovedmål.

**Objektivitet** oppnås ved at datainnhenting gir liten mulighet for manipulasjon eller strategisk tilpasning.

**Reliabilitet** betyr at datainnhenting er pålitelig og vil gi det samme resultatet dersom den blir gjentatt flere ganger.

**Validitet** angir datainnhendingens gyldighet, det vil si at dataene faktisk måler det de er ment å måle.

Det er sjelden mulig å finne en perfekt indikator. Det har vært en omfattende prosess med involvering av en rekke eksterne miljøer for å identifisere de indikatorene som er best egnet for å vurdere opptrappingsplanens måloppnåelse. I mange tilfeller har vi endt opp med indikatorer som treffer det vi ønsker å måle, relativt godt, men hvor datainnhenting er basert på datainnhenningsmetoder som ikke fullt ut tilfredstiller kravene til reliabilitet og objektivitet. Resultatet av dette er at indikatorene enkeltvis må tolkes med varsomhet. Vurdering av validitet og reliabilitet av de mest sentrale datakildene omtales i neste avsnitt.

Denne rapporten inneholder en nullpunktsmåling (jf. kapittel 4). Nullpunktsmålingen er basert på data fra 2016. For noen indikatorer foreligger ikke data fra 2016, men den nærmeste relevante målingen er fra 2015 eller 2017. Presentasjonen av nullpunktsmålingen angir år for måling. De neste statusrapportene vil vise utviklingen over tid på det samme indikatorsettet. Mindre justeringer av indikatorsettet kan imidlertid skje dersom ny kunnskap eller tilgang på nye data tilsier det.

Vi vil presisere at selv om indikatorsettet er omfattende, er det ikke ment å være uttømmende for alt som skjer på rusfeltet, eller alle aspekter ved opptrappingsplanen. Indikatorsettet er ikke utarbeidet eller egnet for å belyse resultater og effektene av enkelttiltak. Konkrete tiltak må evalueres særskilt. Indikatorsettet er en av flere informasjonskilder som legger grunnlaget for evalueringen av opptrappingsplanen.

### ***Bygger på interne og eksterne innspill***

Utviklingen av indikatorsettet bygger på interne og eksterne innspill. Foreløpige versjoner av indikatorsettet er diskutert med oppdragsgiver (Helsedirektoratet) og den tverrdirektorale arbeidsgruppen. Deltagerne har kommet med konstruktive tilbakemeldinger om valg av foreslåtte indikatorer og med innspill til alternative indikatorer. Alle direktoratene som deltar i den tverrdirektorale arbeidsgruppen, er forespurt om mulige indikatorer på sine områder og tilgjengelige datakilder. Konkrete indikatorer og datainnhenningsmetoder er også drøftet med de som har ansvar for de sentrale datakildene som er brukt i indikatorsettet. Videre er indikatorsettet drøftet internt med alle deltagerne i evalueringsteamet. De interne diskusjonene har gjort at valg av indikatorer også hviler på informasjon framkommet gjennom nøkkelintervjuer med ulike aktører.

### ***Intervensjonslogikker for hovedmål***

For hvert av hovedmålene i opptrappingsplanen har vi illustrert vår forståelse av intervensjonslogikken<sup>7</sup> for å tydeliggjøre hvordan ulike innsatser (etter vår forståelse)

---

<sup>7</sup> Intervensjonslogikken viser sammenhengen mellom innsats, aktiviteter, resultater og effekter. Andre begreper som brukes om denne sammenhengen, er resultatkjede og forandringsteori.

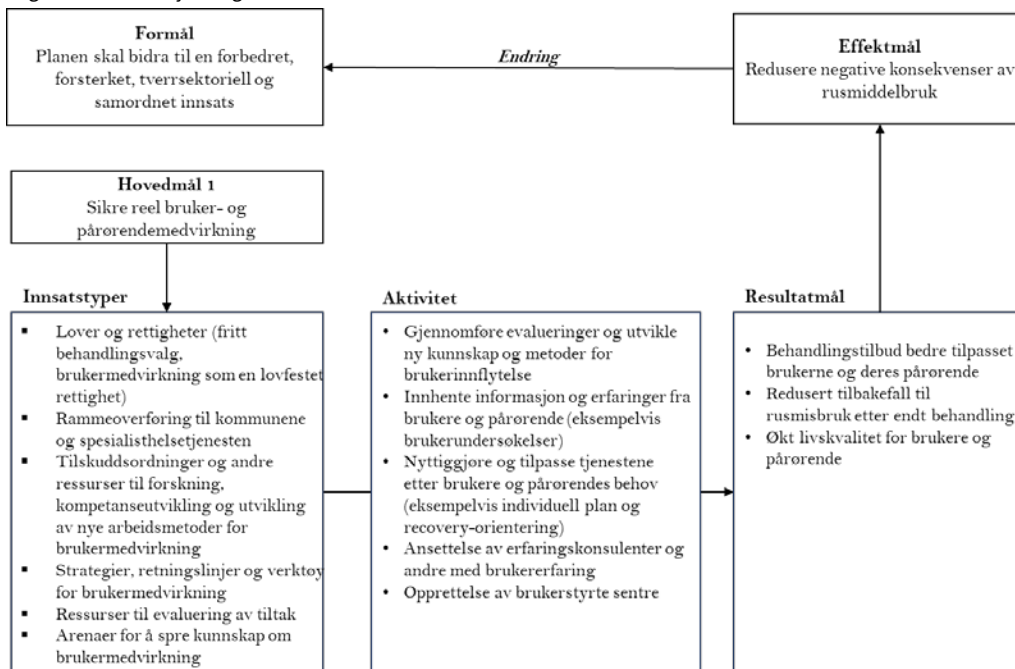
er tenkt å bidra til å nå målene med planen. Intervensjonslogikkene tydeliggjør hvilke former for innsats og aktiviteter som er inkludert innenfor de ulike hovedmålene. Intervensjonslogikkene har vært et viktig verktøy for identifisering av relevante indikatorer.

**Hovedmål 1** i opptrappingsplanen er å «sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.» Opptrappingsplanen vektlegger ikke bare brukere, men også de pårørende. Vi har derfor omformulert målet til å dekke medvirkning av både brukere og de pårørende.

Figur 2.3 illustrerer vår forståelse av intervensjonslogikken for hovedmål 1 «Sikre bruker- og pårørendemedvirkning». Sentrale *innsatstyper* for brukermåling inkluderer blant annet rammeoverføringer til kommunene, tilskuddsordninger og andre ressurser som legger til rette for kompetanseheving og metoder for å sikre brukermåling, mens *aktiviteter* omfatter arbeid med å innhente og bruke erfaring fra bruker- og pårørendemedvirkning i praksis.

Etter vår forståelse skal brukermåling først og fremst lede til mer brukertilpassede tjenester, men også til økt livskvalitet og mindre tilbakefall, jamfør Helsedirektoratets veileder *Sammen om mestring*<sup>8</sup>. Økt livskvalitet innebærer i denne sammenhengen både bedret funksjonsevne og brukernes tro på at det er mulig å få et liv uten rusproblemer. Funksjonsevne kan også forstås som muligheten til å takle egen hverdag, herunder å ha et sted å bo, en jobb å gå til eller på andre måter ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Slike forhold dekkes imidlertid av hovedmål 3 og er derfor ikke inkludert i intervensjonslogikken for hovedmål 1.

Figur 2.2 Intervensjonslogikk hovedmål 1

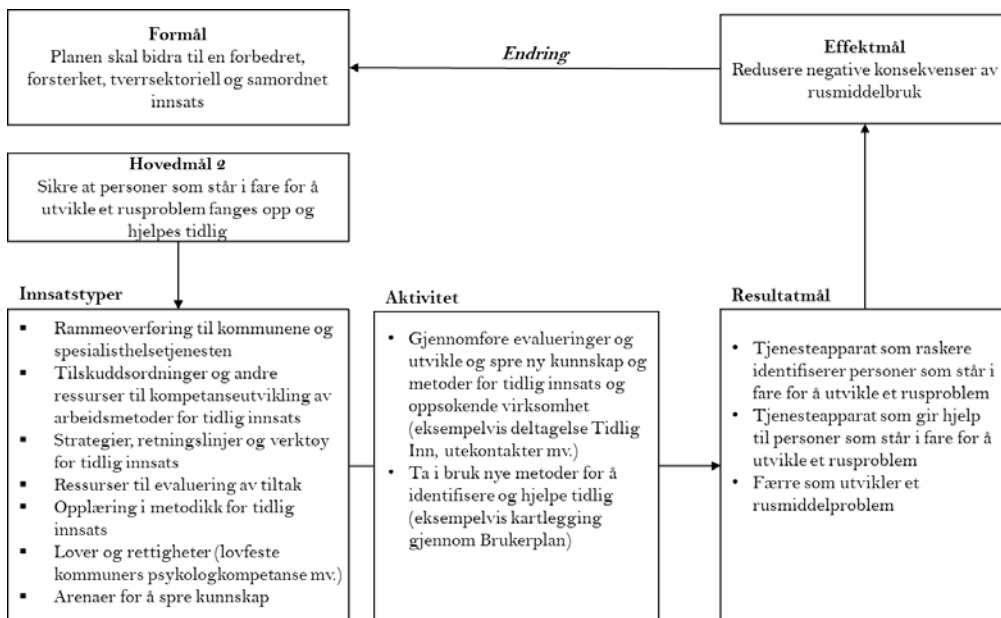


<sup>8</sup> Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring*, Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Veileder IS-2076.

**Hovedmål 2** er å «sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig». Tidlig innsats har tradisjonelt vært knyttet til innsats rettet mot barn og unge, men i opptrappingsplanen gjelder tidlig innsats alle personer som står i fare for eller allerede har utviklet et rusmiddelproblem – altså å identifisere og håndtere et problem på et tidlig tidspunkt. Målet dekker derfor også gravide, voksne og eldre mv. Figur 2.4 illustrerer vår forståelse av intervensjonslogikken for dette hovedmålet.

Sentrale innsatser omfatter blant annet rammeoverføringer til kommunene, tilskuddsordninger og andre ressurser som legger til rette for kompetanseheving, men også strategier<sup>9</sup>, veiledere<sup>10</sup> og nettjenester<sup>11</sup> for tidlig innsats. Aktiviteter omfatter det praktiske arbeidet som gjøres for å identifisere og hjelpe tidlig. Etter vår forståelse er målet for innsatsen et tjenesteapparat som raskere og mer effektivt identifiserer og hjelper personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, og med det forhindre begynnende rusproblemer og negative konsekvenser av rusmiddelbruk på sikt.

Figur 2.3 Intervensjonslogikk hovedmål 2



<sup>9</sup> For eksempel *Kompetansestrategi for framtidens barnehage* (2014)

<sup>10</sup> For eksempel *Fra bekymring til handling – en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet* (2009)

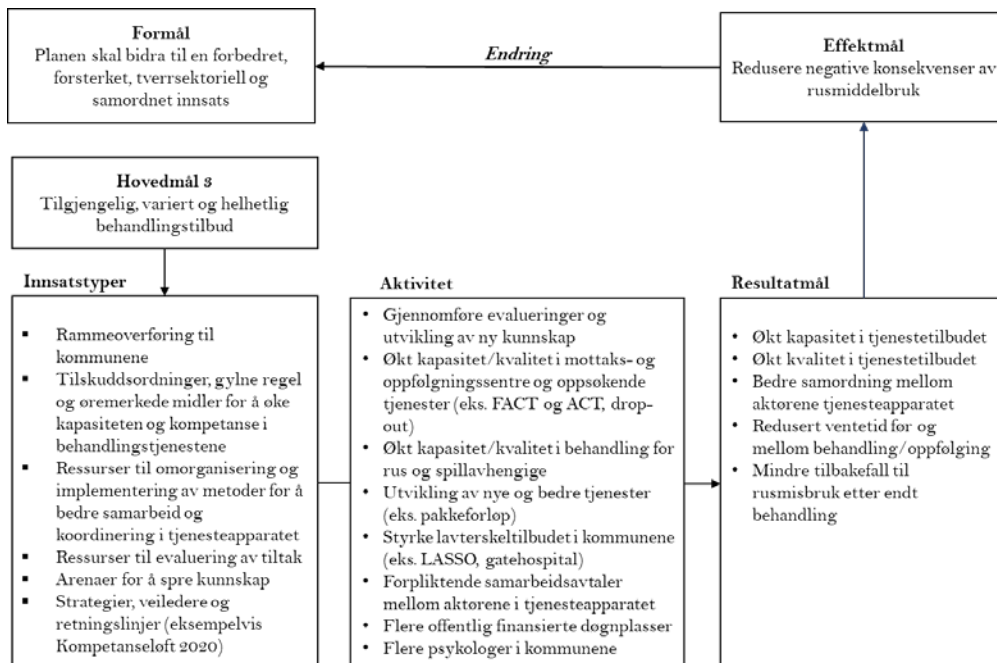
<sup>11</sup> [www.tidliginnsats.no](http://www.tidliginnsats.no)

**Hovedmål 3** lyder slik: «*Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud*». Målformuleringen er bred og kan forstås som at den omfatter alle tjenester på rusfeltet, herunder de som dekkes av andre hovedmål. For evalueringshensyn har vi avgrenset hovedmålet til å gjelde *rusbehandlingstjenester*. Tjenester for tidlig innsats dekkes av hovedmål 2 og ikke-direkte behandlingsrelaterte tjenester eller ulike tjenester knyttet til arbeid, aktivitet og bolig i kommunene dekkes av hovedmål 4. Her vil det ikke være mulig å etablere stringente avgrensninger av hva som er behandlingsrettede og ikke direkte behandlingsrettede tjenester. Mye behandlingsrettet oppfølging vil inkludere oppfølging knyttet til bolig, økonomi, arbeid. På samme måte vil det være for eksempel være boligsosial oppfølging som inngår i en mer helhetlig behandling.

Figur 2.5 illustrerer vår forståelse av intervensjonslogikken for hovedmål 3. Hovedmålet rommer en lang rekke innsatser og aktiviteter i tjenesteapparatet, herunder behandlingstjenester i spesialisthelsetjenesten, av fastlege og av private og frivillige rusbehandlingsinstitusjoner. Et av de prioriterte tiltakene i opptrappingsplanen er at det skal opprettes mottakssentre i de største byene, at utbyggingen av ambulante behandlingsteam skal økes, og det skal være flere lavterskeltilbud i kommunene.

Vi antar at målet om et *tilgjengelig* tjenestetilbud betyr at tjenestetilbudet finnes når og der brukere har behov for det. *Variert* tolker vi som at tjenestetilbudet skal være mangfoldig nok til å være tilpasset ulike brukeres ulike behov. Vi anser imidlertid mangfold som et virkemiddel for å nå målene om et helhetlig og tilgjengelig tjenestetilbud, og ikke et selvstendig mål. *Helhetlig* tolkes som at det er tilstrekkelig tverrfaglighet og koordinering mellom de ulike aktørene i tjenestene og behandlingssystemet under og etter behandling. Kort fortalt tolker vi hovedmålet dithen at det viktigste er å sikre et behandlingstilbud som er tilgjengelig, og som har tilstrekkelig kapasitet og kvalitet, og at det er god samordning mellom de ulike aktørene. Målet er at dette på sikt vil bidra til å redusere de negative konsekvenser av rusmiddelbruk.

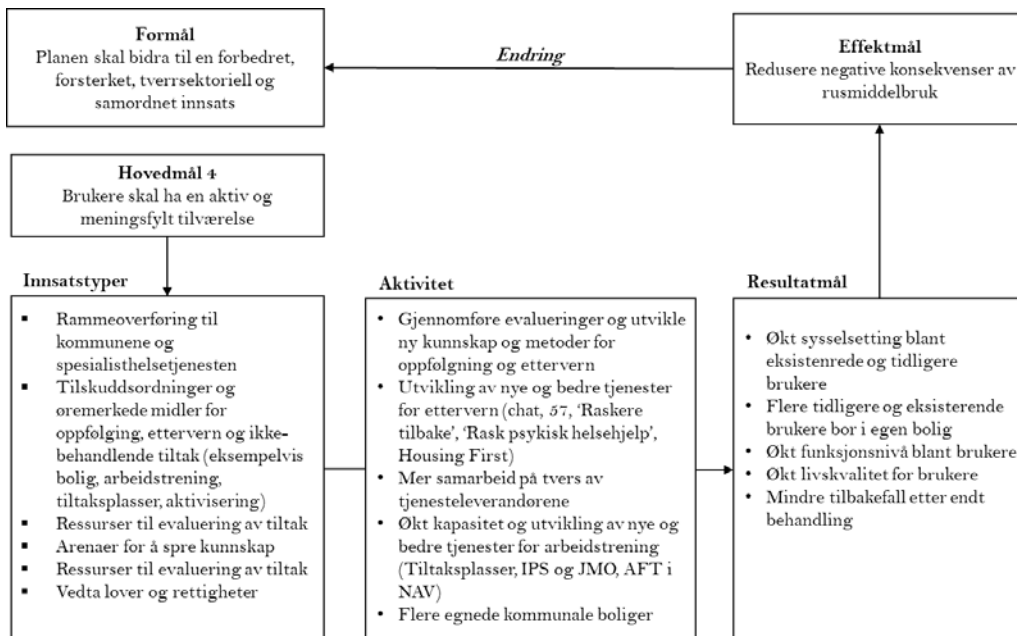
Figur 2.4 Intervensjonslogikk hovedmål 3



**Hovedmål 4** er at «alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse». Figur 2.6 illustrerer vår forståelse av intervensjonslogikken for dette hovedmålet. Figuren viser hvordan et bredt spekter av innsatser skal hjelpe personer med rusproblemer til en mer aktiv og meningsfylt tilværelse for eksempel gjennom å ha et sted å bo og gjennom deltagelse i sysselsettings- og aktivitetstiltak. I opptrappingsplanen er innsatser for å skaffe flere personer med rusmiddelproblemer et sted å bo og øke antall tiltaksplasser for å gi flere arbeid to av tiltakene som er særlig prioritert. Det er konkrete målformuleringer om å vurdere bruken av individuell jobbstøtte IPS og jobbmestrende oppfølging overfor personer med rusproblemer og styrke attføringstilbudet for personer med sammensatte problemer. Det er også en generell målsetting om å bedre botilbudet for personer med rusmiddelproblemer. Det blir vektlagt at regjeringen gjennom tilskuddsordninger vil bidra til at flere kommuner kan opprette bo- og tjenestetilbud basert på modellen Housing First, og at regjeringen ved å styrke tilskudd til utleieboliger vil stimulere til flere boliger til personer med rusproblemer.

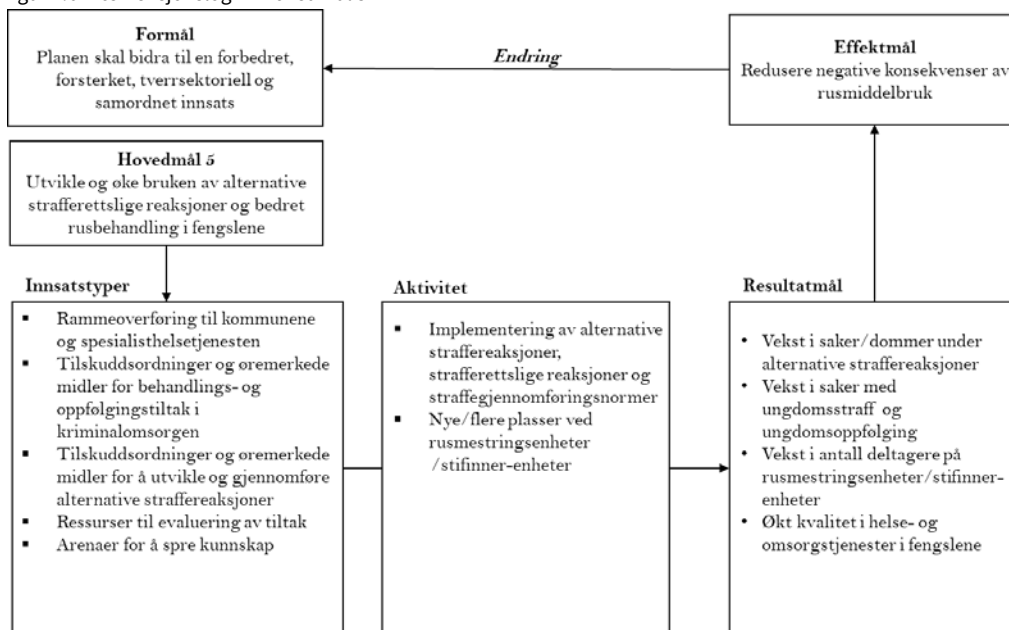
Etter vår forståelse skal innsatsen som omfattes av dette hovedmålet, redusere tilbakefall og øke deltagelse i samfunnet som kommer brukeren og samfunnet til gode. Det er også nærliggende å forvente at en aktiv og meningsfylt tilværelse bidrar til økt livskvalitet uavhengig av om rusmisbruket opphører eller ikke. Både hovedmål 3 og hovedmål 4 omfatter oppfølging og tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Vi har avgrenset hovedmål 4 til å omfatte ikke-eksplisitt behandlingsrettede tiltak, herunder arbeidsmarkedstiltak, sysselsettings- og aktivitetstiltak og boligtiltak, mens hovedmål 3 rommer andre former for oppfølging via for eksempel fastlege, spesialisthelsetjenesten mv. Vi skiller mellom disse to typene av tiltak for å forhindre overlapp mellom hovedmålene og med det overlapp mellom indikatorene.

Figur 2.5 Intervensjonslogikk hovedmål 4



Det siste hovedmålet, **hovedmål 5**, i opptrappingsplanen er å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer. Vi har avgrenset målet til å dekke de alternative strafferettslige reaksjoner som er omtalt i opptrappingsplanen og ikke alle alternative straffereaksjoner. Opptrappingsplanen tar opp behovet for rusbehandling og helsetjenester i fengslene. Vi har avgrenset hovedmålene slik at rusbehandlingstjenester generelt er dekket av hovedmål 3, men at rusbehandling og helsetjenester i fengslene er dekket av hovedmål 5. For å anskueliggjøre denne avgrensingen har vi omformulert målet til «utvikle og øke bruken av alternative strafferettslige reaksjoner og bedret rusbehandling i fengslene.» Dette vil bidra til bedre samlet oversikt i evalueringen over innsats knyttet straffegjennomføring. Figur 2.7 illustrerer vår forståelse av intervensjonslogikken for hovedmål 5.

Figur 2.6 Intervensjonslogikk hovedmål 5



I opptrappingsplanen er det særlig lagt vekt på at Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) skal utvides og gjøres permanent. Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) er en alternativ straffereaksjon til ubetinget fengselsstraff for personer med rusmiddelproblemer som dømmes for kriminalitet knyttet til sin rusmiddelavhengighet. I tillegg legger opptrappingsplanen opp til at det skal stimuleres til økt bruk av § 12-soning i opptrappingsperioden. Paragraf 12-straffegjennomføring er en alternativ straffereaksjon som innebærer at straffedømte gjennomfører straff i en behandling sinstitusjon framfor i fengsel. Forutsetningen er normalt at kriminalomsorgen selv ikke har et tilbud som imøtekommer domfeltes særlige behov, for eksempel programvirksomhet, overføring til overgangsbolig eller lignende.

Opptrappingsplanen omtaler også to strafferettslige reaksjoner overfor unge lov- brytere mellom 15 og 18 år - ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Ungdomsstraff er ment som et alternativ til ubetinget fengsel og lengre samfunnsstraffer ved alvorlig kriminalitet, mens ungdomsoppfølging er ment til bruk ved mindre alvorlig krimina- litet (for eksempel ved mindre alvorlige narkotikalovbrudd). Reaksjonene trådte i kraft 1. juli 2014 og ansvaret for gjennomføringen av de to reaksjonene er lagt til konfliktrådene.

Som nevnt omtaler også opptrappingsplanen rusbehandling i fengslene. Rusmestringsenhetene er forsterkede egne enheter innenfor et fengsel som gir rehabilitering og behandling til innsatte med rusproblemer. Rusmestringsenhetene skal sørge for god samhandling mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i fengsel og legge til rette for samhandling mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene etter endt soning. I tillegg til rusmestringsenhetene har det i mange år vært egne Stifinner-avdelinger i Oslo fengsel og ved Bredtveit fengsel. Stifinner-avdelingene er også et tilbud til innsatte som ønsker å bruke soningstiden til å starte en endringsprosess. Gjennomføringen skjer i samarbeid med Tyrilistiftelsen. I opptrappingsplanen er det et mål å vurdere nye tilbud om tverrfaglig spesialisert behandling i fengsel etter Stifinnermodellen. I tillegg finnes det en egen målformulering om å vurdere et eget pilotprosjekt med avrusning i fengsel.

Etter vår forståelse skal tiltakene knyttet til hovedmål 5 bidra til å styrke rehabiliteringen av personer med rusmiddelproblemer som har begått kriminalitet.

### **Datakilder**

I arbeidet med indikatorsettet har vi gått igjennom mange statistikkbanker og spørreundersøkelser for å vurdere om de gir tilgang til de indikatorene vi har valgt. Følgende datakilder er inkludert i indikatorsystemet med en eller flere indikatorer:

IS-24/8

BrukerPlan

Den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen (BU)

SSB (flere tabeller)

Statsbudsjettet

SAMDATA

NIFU FoU-statistikk

FHI (tidl. SIRUS) («Rusmidler i Norge»)

FHI, dødsårsaksregisteret

FHI, pasienterfaringer TSB

Rapportering til fylkesmannen på tilskuddsordningen «Voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester og barn og unge med sammensatte hjelpebehov»

KORFORs brukerutstyrsundersøkelse

KDI (årsrapport og egen rapportering på Narkotikaprogram med domstolskontroll)

Ungdata

Konfliktrådet (årsrapport)

Helsedirektoratet (årsrapport for fengselshelsetjenesten)

I tillegg har vi vurdert en rekke datakilder og potensielle indikatorer, som Arbeidstilsynet (arbeidsskadedødsfall), Actis (rusmiddelbruk, herunder kartlegging av bruk av ungdomskontrakter i landets politidistrikter), Helsetilsynet (for eksempel tilbakekalling av helseautorisasjoner på grunn av rusmiddelmisbruk), KOSTRA (kommunebudsjetter til ulike tjenesteområder), Tollvesenet (beslag av rusmidler) og Seraf (omfang av LAR-pasienter). Dessuten er flere enkeltstudier som kartleggingen av brukerverkning i TSB<sup>12</sup> (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling) i spesialisthelsetjenesten

---

<sup>12</sup> TSB omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling samt ambulante tjenester. TSB har også ansvar på områder som avrusning og øyeblikkelig hjelp.



vurdert.<sup>15</sup> Siden vi følger utvikling over tid, er undersøkelser og studier som ikke oppdateres jevnlig, ikke inkludert (med unntak av studier av omfang av problematisk rusmiddelbruk).

Tre datakilder står særlig sentralt, og disse kommenteres derfor særskilt.

### **BrukerPlan**

BrukerPlan er en kartlegging av tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. BrukerPlan er særlig relevant som grunnlag for indikatorer på levekårsutfordringer.

I kartleggingen vurderer fagansvarlige i kommunene brukeres daglige fungering på åtte levekårsområder: bolig, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og sosialt nettverk. For hvert levekårsområde blir brukerne rangert etter en fargeskala: grønn, gul, rød og (i noen tilfeller) blålys.

I årsrapportene til og med 2016 sammenstilles de ulike levekårsområdene til en felles levekårsindeks. De åtte levekårsområdene vektet ulikt i beregningen av indeksen. Vi vil være særlig oppmerksomme på eventuelle endringer i vektningen framover.

I tillegg til kartleggingen av levekårsområdene samles det inn bakgrunnsinformasjon om den enkelte bruker, som kjønn, alder, omsorg for barn mv. Det registreres også hvilke tjenester brukeren mottar, og eventuelt hvilke tjenester brukeren skal og bør få. Dette gjelder både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

### **Utarbeidet i og med kommunene**

BrukerPlan-undersøkelsen gjennomføres av Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus-ene) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Den første kartleggingen ble gjennomført i 2006. BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og grad av risikofyllt rusmiddelbruk blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester.

KORFOR har utviklet BrukerPlan i samarbeid med kommunene, både når det gjelder hvilke levekårsområder som kartlegges, spørsmålsformuleringer og hjelpetekster for å definere kodene (svarene) på det enkelte spørsmål (Årsrapport BrukerPlan 2015). Bistand til og oppfølging av rapportering er et samarbeid mellom KORFOR, KoRus-ene, NAPHA og i økende grad fylkesmennene. Det gjennomføres også årlige regionale fagdager, kommunale rapporter utarbeides, og KoRus-ene og NAPHA og KORFOR tilbyr analysehjelp. Kartleggingen tar utgangspunkt i de samme levekårsområdene hvert år, noe som gjør at vi kan bruke undersøkelsen til å følge utviklingen over tid.

### **Fagpersoners vurdering av brukernes fungering (ikke brukernes egen)**

Kartleggingen blir foretatt i den enkelte kommune av ansatte innen helse- og velferdstjenestene. Fagpersonene rapporterer opplysninger om den enkelte bruker i en elektronisk portal. Brukerne selv hverken ser eller får anledning til å kommentere kartleggingen. Det kan være en risiko for at brukerne selv opplever at deres situasjon er annerledes enn det de kommunalt ansatte mener.

Siden undersøkelsen gjennomføres av enkeltpersoner, vil den også være sårbar for deres personlige vurderinger. KORFOR har i samarbeid med kommunene etablert retningslinjer for utfylling som skal bidra til konsistens i vurderingene. Vi har fått innsyn i KORFORs egne statistiske vurderinger av reliabilitet i BrukerPlan gjennom en

<sup>15</sup> Torjussen mfl. (2014) *Brukermedvirkning i TSB – en myte?*

såkalt Chronbach's test. Ifølge denne testen er det en akseptabel score på korrelasjon mellom resultater over tid, det vil si testens evne til å produsere de samme resultatene hadde den blitt gjennomført flere ganger.

### **Bred deltagelse**

Kommuner står fritt til å delta i BrukerPlan-kartleggingen. Lav deltagelse kunne derfor vært en utfordring. Imidlertid er det i kommunens egeninteresse å bruke systemene og de dataene og mulighetene dette gir. Gjennom deltagelse får kommunene en oversikt for egen del. Kommunen kan sammenligne sitt utfordringsbilde med andre kommuner og tilpasse tjenestetilbudet slik at det treffer målgruppen på en best mulig måte. Årsrapporten for 2016 omfatter 264 kommuner med i alt 20 535 tjenestetottakere. De kartlagte kommunene dekker 80 prosent av landets befolkning i aldersgruppen 18–96 år. Oslo kommune har vært med i BrukerPlan siden 2015, men kun med noen av bydelene. Fra målingen i 2017 er alle bydelene i Oslo med i kartleggingen. Dette øker dekningsgraden ytterligere. Dekningsgrad på rundt 80 prosent vurderes til å være god, og omfanget av vurderte brukere er stort.

### **Dekker brukere med særlige utfordringer, men i liten grad unge**

I BrukerPlan kartlegges personer som mottar kommunale helse-/omsorgs-/velferdstjenester, og som fagpersonene vurderer til å ha et rusproblem og/eller psykiske helseproblemer. «Rusproblem» defineres som bruk av rusmidler på en måte som i alvorlig grad går ut over den daglige fungering eller relasjoner til andre. For å inkluderes i kartleggingen må personen ha mottatt minst én av tjenestene de siste tolv måneder, uavhengig av om tilbudene er begrunnet i brukerens rusproblem / psykiske helseproblem eller ikke. Med andre ord vil mennesker som ikke mottar slike tjenester, ikke bli vurdert (selv om de har et rusproblem).

Basert på intervju med KORFOR er det grunn til å tro at alle med moderat og alvorlig rusmiddelbruk er dekket av undersøkelsen. KORFORs interne undersøkelser av målgruppen viser at alle brukere med ROP-lidelser er omfattet av BrukerPlan. Samtidig er drøyt 6000 av 7000 LAR-brukere med (LAR-brukere gjennomgår legemiddelassistert rehabilitering av opiatavhengighet). Om lag halvparten av brukere med illegal bruk av LAR-midler er med, mens dekningsgraden blant de som kun har et alkoholproblem, vurderes til å være på rundt 20 prosent. Undersøkelsen dekker ikke de som ikke har kontakt med tjenesteapparatet. Dette gjelder særlig unge (barnevernet deltar ikke i kartleggingen) og personer med noe lettere eller «ikke uttalte» rusmiddelproblemer (eksempelvis brukere som fortsatt står i arbeid).

Siden kun brukere som har mottatt tjenester i løpet av det siste året, er med, vil porteføljen av brukere endres over tid. Utvikling for eksempel i andel brukere som mottar en viss score på levekårsindikatorer, vil kun indikere hvorvidt vi beveger oss i ønsket eller ikke ønsket retning, men ikke si noe om kausaliteten eller effekt av tjenestene.

I tillegg til de årlige kartleggingene av brukere er det imidlertid opprettet et panel med rundt 8500 brukere som følges over tid. Panelet er målt for de to siste årgangene, 2015 og 2016. Paneldatasett av denne typen gir unike analysemuligheter og er noe evalueringsteamet vil benytte i løpet av denne fireårige følgeevalueringen.

### **Sluttkommentar**

BrukerPlan gir detaljert informasjon om fungering på sentrale levekårsområder blant en sentral del av opptrappingsplanens målgruppe. Undersøkelsen dekker et stort antall brukere med store utfordringer. Undersøkelsen dekker imidlertid ikke unge og

heller ikke brukere som ikke er i kontakt med kommunale tjenester. I undersøkelsen er det fagansvarlige som vurderer brukerne, og til tross for retningslinjer og rutiner vil undersøkelsen være sårbar for misoppfatninger eller unøyaktigheter i de fagansvarliges vurderinger.

### **Helsedirektoratets skjema IS-24/8**

Den årlige rapporten *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* utgis av SINTEF og er et resultat av et forskningsprosjekt de utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. SINTEF har innhentet årsverkstall innen psykisk helsearbeid fra alle landets kommuner siden 2007. Fra og med 2015 ble to rapporteringer (IS-8 og IS-24) slått sammen til det som i dag er kjent som IS-24/8, som nå er grunnlaget for årsrapportene. Selve rapporten utarbeides av SINTEF i samarbeid med KORFOR. Undersøkelsen er relevant for å belyse flere av hovedmålene.

### **Oppfordres til å fylle ut i samarbeid**

Fagansvarlige for psykisk helse- og rusarbeid er ansvarlige for å fylle ut skjemaet, men kommunene oppfordres til å gjennomføre et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid med mål om å fylle ut så mye som mulig av skjemaet i fellesskap. Dette vurderes til å være et godt tiltak for å sikre kvalitet i rapporteringen samt redusere frafall. At informasjons-e-posten sendes ut i god tid før kartleggingen starter, gjør også at kommunene får tid til å finne riktige fagpersoner og eventuelt arrangere felles fagmøter i forbindelse med utfylling av skjemaet. Rapporteringen fra SINTEF viser at mange kommuner fyller ut skjemaet i fellesskap, men at det er fortsatt en del kommuner der én enkelt fagperson fyller ut skjemaet alene.

### **Bred deltagelse**

Kommunene har stort behov for informasjon om egen ressursbruk. Det finnes ikke enhetlig statistikk over tjenestene for rus og psykisk helse i KOSTRA, noe som gir kommunene insentiver å delta i undersøkelsen. At Helsedirektoratet er ansvarlig for datainnsamlingen, og at de benytter dette som styringsinformasjon, trekkes også fram av SINTEF selv som en årsak til at kommunene velger å rapportere. I 2016 manglet kun én kommune i kartleggingen, og for 2017-kartleggingen gjennomførte alle kommuner rapporteringen.

### **Kvalitetssikring**

Vi må forvente at det er krevende å vurdere samlet ressursbruk og innhold i et bredt spekter av kommunale tjenester. SINTEF legger derfor ressurser i å kvalitetssikre og analysere datagrunnlaget. SINTEF undersøker store positive eller negative endringer i årsverk fra ett år til det neste. Der kommuner åpenbart har besvart feil, har SINTEF bedt kommunen revidere anslaget. I andre tilfeller viser det seg at ekstremverdiene er korrekte. Dette gjelder særlig i mindre kommuner der enkelte brukere med stort hjelpebehov kan utløse mange årsverk og resultere i store endringer fra år til år. Tilnærmingen skal sikre at unøyaktigheter fanges opp, og det gis insentiver for fagpersonene i kommunene til å gjøre en grundig jobb i rapporteringen. Selv med et godt system for datainnsamling og god kvalitetssikring er det ikke til å komme bort fra at datagrunnlaget ikke blir bedre enn informasjonen som legges inn. Datagrunnlaget er basert på anslag for ressursbruk og skjønnsmessige vurderinger av kvalitet i tjenestene.

### **Kommunens vurderinger av egen ressursbruk, kompetanse og innhold i tjenestene**

Rapporteringskjemaet inneholder til sammen 300 kvantitative og kvalitative variabler formulert som hoved- og delspørsmål. Særlig viktig og etterspurt er informasjonen om årsverk. Gjennom skjemaet samles opplysninger om ressursbruk til rus og psykisk helse på kommunalt nivå. At det samles inn informasjon om årsverk for disse to områdene samlet, må det tas høyde for i tolkningen av datagrunnlaget. Samtidig er utfordringene disse to brukergruppene står overfor, tett sammenkoblet, og det er mye samtidige lidelser, slik at indikatorene basert på disse spørsmålene like fullt vurderes som relevante. Både underveis i utfyllingen og i etterkant gis som nevnt fagsvarlige veiledning og tidligere rapportering slik at vurderingene av ressursbruk skal bli så pålitelige som mulig.

Skjemaet omfatter også mange spørsmål om brukermedvirkning, kvalitet og innhold i tjenestene. Det er flere utfordringer knyttet til denne typen spørsmål. For det første vil svarene være basert på subjektive vurderinger hos den/de som svarer. Ulike mennesker kan forstå spørsmålene på ulikt vis og vurdere grad av brukermedvirkning, kvalitet og innhold ulikt. Kartleggingen dekker et stort spekter av tjenester samtidig, og kanskje er en flink på for eksempel brukermedvirkningen i noen deler av tjenestetilbudet enn andre. Selv om vi antar at fagpersonene (kommunene) svarer i god tro og basert på tilgjengelig kunnskap, kan det ikke utelukkes fullstendig at undersøkelsen også brukes strategisk dersom deltagerne forventer at en over- eller underrapportering får betydning for eksempel for bevilgninger.

Undersøkelsen er relativt fleksibel. Nye spørsmål er tatt inn og andre spørsmål er tatt ut de senere årene. En fleksibel undersøkelse gir gode muligheter for tilpasninger til endringer som kommunesektoren står ovenfor. For eksempel er det i undersøkelsen for 2016 og 2017 inkludert spørsmål omkring forventninger til opptrappingsplanen. Siden porteføljen av spørsmål og spørsmålsformuleringene endres over tid, er det imidlertid mange spørsmål som ikke kan følges over tid. Vi har ikke kunnskap om hvilke spørsmål som vil være med i undersøkelsen framover.

### **Sluttkommentar**

Undersøkelsen dekker kommunens egne vurderinger av ressursbruk, innhold og kvalitet i tjenester rettet mot målgruppen med rusproblemer og/eller psykiske problemer. For mange av spørsmålene er det ikke mulig å isolere rusproblemer og/eller psykiske problemer. Så å si alle landets kommuner deltar i undersøkelsen, og med god kvalitetssikring er det grunn til å tro at anslagene på ressursbruk er pålitelige. Spørsmålene knyttet til brukermedvirkning, innhold og kvalitet vil reflektere subjektive vurderinger og må tolkes med varsomhet.

### **Den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen**

Som en del av evalueringsprogrammet for å følge effektene av opptrappingsplanen for rusfeltet er det i 2017 gjennomført en nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse blant brukere av ulike kommunale rustjenester. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Kompetansesenter Rus Midt-Norge og tilhørende FoU-avdeling ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital, planlagt og koordinert datainnsamlingen, gjennomført analyser og utformet rapport. Funnene fra brukertilfredshetsundersøkelsen vil oppdateres dersom den gjentas. Helsedirektoratet har opsjon på at undersøkelsen kan gjentas ytterligere to ganger i løpet av opptrappingsplanperioden. Brukertilfredshetsundersøkelsen er relevant for å belyse flere av hovedmålene som

handler om brukernes erfaringer og tilfredshet med de kommunale tjenestene innenfor rusfeltet.

### ***Brukernes vurderinger av egen livssituasjon og tjenestene***

Målgruppen for undersøkelsen er personer som er 18 år eller eldre, som har en nåværende eller tidligere rusproblematikk/-avhengighet, og er mottaker av én eller flere kommunale tjenester. KoRus Midt-Norge og St. Olavs hospital har samarbeidet med Folkehelseinstituttet om utforming av spørreskjemaet. Spørreskjemaet er også pilotert i relevante målgrupper. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvilke tjenester brukeren har hatt kontakt med, og hyppigheten, opplevelse av om tjenestetilbudet bidrar til bedring på sentrale levekårsområder, opplevelse av brukervedvirkning, involvering av pårørende og samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen og mellom kommunen og andrelinjetjenesten. I tillegg inneholder skjemaet spørsmål om demografiske bakgrunnsvariabler. Det varierer i hvor stor grad kommunene har dekket hele spekteret av tilgjengelige tjenester. For å forsøke å veie opp for dette har brukerne blitt bedt om å svare for samtlige tjenester de har mottatt, ved å krysse av for ulike tjenestetyper i skjemaet.

I brukertilfredshetsundersøkelsen er det i utgangspunktet lagt opp til at brukerne selv skal fylle ut undersøkelsen uten bistand fra andre. Dette er en styrke med tanke på å sikre at resultatene reflekterer brukernes faktiske holdninger.

### ***Utvalgsundersøkelse***

Til forskjell fra IS-24/8 og BrukerPlan er den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen ikke en fulltelling, men en utvalgsundersøkelse. De deltagende kommunene ble valgt ut til å delta i undersøkelsen via randomisering, der det ble tatt høyde for regioninndeling (KoRus-enes nedslagsfelt – syv regioner), innbyggertall (under 5000, 5000–19 999 og 20 000+) og KOSTRA-grupper (SSBs inndelinger basert på kommunens folkemengde og økonomiske rammebetingelser). Brukertilfredshetsundersøkelsen er gjennomført i 20 kommuner. Av disse er syv små, fire mellomstore og ni store. 491 personer har svart på undersøkelsen. KoRus-ene i de ulike regionene har bidratt med rekruttering av kommuner. Kommunene har valgt ut hvilke tjenestetilbydere som skulle delta i undersøkelsen, og organisert datainnsamlingen i egen kommune. Alle i målgruppen som var i kontakt med utvalgte kommunale enheter i undersøkelsesperioden, skulle inviteres til å delta i undersøkelsen. Disse fikk informasjon om undersøkelsen samt en svarkonvolutt med informasjonsbrev og spørreskjema. Det var også mulig å besvare undersøkelsen elektronisk. I utgangspunktet skulle personene i målgruppen fylle ut skjemaet selv, men det ble åpnet for at de kunne få hjelp til utfylling fra ansatte i tjenesten ved behov. Kommunene sendte inn utfylte skjemaer til analyseinstituttet Sentio, som har levert oppsett for spørreskjemaer, bearbeidet de innkomne skjemaene og laget datafil.

Når en gjennomfører en utvalgsundersøkelse, er det viktig å gjøre en vurdering av utvalgets representativitet. I denne undersøkelsen er det benyttet et utvalgsdesign med stratifisering for å legge til rette for at kommunene som inngår i undersøkelsen, i størst mulig grad representerer populasjonen av kommuner på utvalgte variabler (strata). Antall personer som ble invitert til å delta i undersøkelsen i de ulike kommunene, og kjennetegn ved populasjonen, er ukjent, noe som gjør det utfordrende å beregne svarprosent og vurdere representativitet på respondentnivå. Forskerne som har gjennomført undersøkelsen, benyttet imidlertid funn fra BrukerPlan 2016 til å estimere antall mottakere av rustjenester i de aktuelle kommunene samt til å sammenligne utvalgenes fordeling på ulike bakgrunnsvariabler for å gi en indikasjon på

representativitet. Dette virker fornuftig siden BrukerPlan-undersøkelsen dekker en høy andel av befolkningen og et stort antall brukere. De 491 personene som besvarte brukertilfredshetsundersøkelsen, utgjør 9 prosent av det estimerte antallet mottakere av rustjenester i de aktuelle kommunene. Sammenlignet med tall fra BrukerPlan 2016 er det ganske god overensstemmelse på utvalgte demografiske bakgrunnsvariabler. For kjønn og alder er fordelingene omtrent identiske. Det er noe lavere andel bostedsløse og noe færre som har fullført videregående skole i brukertilfredshetsundersøkelsen, samt noe høyere andel som mottar uføretrygd, og som har omsorg for egne barn. I tillegg er flere store kommuner og færre små og mellomstore kommuner representert i brukertilfredshetsundersøkelsen enn i BrukerPlan 2016.

### **Sluttkommentar**

Alt i alt er vår vurdering at brukertilfredshetsundersøkelsen er en nyttig kilde for å få fram brukernes egne opplevelser av de kommunale rustjenestene. Det er som nevnt noe usikkerhet knyttet til undersøkelsens validitet, da denne er vanskelig å måle. Det at respondentenes fordeling på demografiske variabler ligner på utvalget i BrukerPlan 2016, styrker tilliten til utvalgets representativitet. En svakhet med både brukertilfredshetsundersøkelsen og BrukerPlan er at de ikke fanger opp brukere som er under 18 år, samt at de bare dekker de som har mottatt kommunale tjenester.

## 3. Indikatorer

---

I dette kapitlet redegjør vi for utvelgelse av indikatorer som inngår i indikatorsettet. Vi redegjør først for indikatorer på overordnet innsats som ikke kan plasseres innenfor ett av de fem hovedmålene. Dette etterfølges av effektindikatorer som gjelder for alle hovedmålene. Dernest presenterer vi indikatorer på innsats, aktivitet og resultat for de fem hovedmålene løpende.

Den første målingen (nullpunktsmåling) på indikatorene presenteres i kapittel 4.

### Indikatorer for overordnet innsats

Regjeringen har i opptrappingsplanen foreslått å øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 milliarder kroner i perioden 2016–2020. De økte bevilgningene kommer både i form av en økning i rammeoverføringer til kommunene og gjennom øremerkede økninger i tilskuddsordninger og spesifikke tiltak. I indikatorsettet har vi inkludert to indikatorer som viser den økte innsatsen på feltet. Den første indikatoren viser økningen i rammeoverføringer til kommunene som regjeringen i statsbudsjettet og kommuneproposisjonen har knyttet til opptrappingsplanen. Videre er det en indikator som viser tverrdepartemental satsing utover veksten i rammeoverføring til kommunene som regjeringen har knyttet til oppfølgingen av opptrappingsplanen, herunder økninger i eksisterende tilskuddsordninger eller friske midler til nye tiltak.<sup>14</sup> Disse to indikatorene vil sammen vise i hvilken grad bevilgningene øker i takt med ambisjonen i opptrappingsplanen.

Tilskuddsordninger<sup>15</sup> er viktige finansieringskilder for kommunene, frivillige organisasjoner og andre tjenesteleverandører på feltet. Vi har per i dag ikke inkludert de enkelte tilskuddsordningene i indikatorsettet. En generell utfordring når det gjelder tilskuddsordninger, er at rammene kan endres over tid ved at en eller flere tilskuddsordninger legges sammen, at midler flyttes til andre tilskuddsordninger og/eller budsjettposter, eller at ubenyttede midler overføres fra ett år til ett annet. Tilskuddsordninger er gjerne også finansiert av flere departementer for å nå flere tilgrensede mål. En økning eller nedgang i rammer for enkelte tilskuddsordninger kan dermed gi et uriktig inntrykk av ressursbruken på feltet. Det eksisterer rapporteringer på tilskuddsordninger som tilskudd til «Voksne med langvarige og sammensatte tjenestebehov», som knytter tilskuddene til konkrete prosjekter og tiltak. I tillegg gjennomføres det vinteren/våren 2018 en undersøkelse blant kommunene med tilskudd til kommunalt rusarbeid. Rapporteringen er obligatorisk og belyser blant annet bru-

---

<sup>14</sup> Satsingen er tverrdepartemental, men er omtalt under Kapittel 765 i statsbudsjettet for Helse og omsorgsdepartementet. Se kapittel 4 for nærmere presisering av hvilke tiltak som dekkes av indikator nummer 2 i 2016.

<sup>15</sup> For eksempel tilskuddsordningene «Tilbud til mennesker med langvarige og/eller sammensatte tjenestebehov», «Kommunalt rusarbeid», «Arbeidsrehabilitering etter modell av Individuell jobbstøtte og/eller Jobbmestrende oppfølging», «Ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud rettet mot personer med rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring», «Kompetansetiltak innen psykisk helse- og rusarbeid» og «Frivillig rusmiddelforebyggende innsats».

kermedvirkning og tiltak mot barn og unge finansiert helt eller delvis gjennom ordningen. Vi vil fram mot neste måling vurdere om det er relevant å inkludere slike rapporteringer i indikatorsettet.

Framfor å inkludere de enkelte tilskuddsordningene har vi inkludert den samlede bevilgningen til rus- og psykisk helsearbeid i kommunene (kapittel 765 i statsbudsjettet for Helse- og omsorgsdepartementet) som en indikator på den samlede innsatsen til rus- og psykisk helsearbeid i kommunene. Kapittel 765 omfatter de ovennevnte økningene, tilskuddsordningene og en rekke andre tiltak knyttet til rus- og psykisk helsearbeid i kommunene. Totale årsverk til rus- og psykisk helsearbeid<sup>16</sup> i kommunene er også med som indikator på den samlede kommunale innsatsen på feltet

Tabell 3.1. Indikatorer overordnet innsats

#	Indikator	Kilde
1	Vekst i rammeoverføringer til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen). Millioner 2016-kroner.	Kommuneproposisjonen
2	Ytterligere tverrdepartemental satsing utover veksten i rammeoverføring til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen). Millioner 2016-kroner.	Statsbudsjettet HOD kap. 765
3	Samlede bevilgninger over kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid. Millioner 2016-kroner. Saldert.	Statsbudsjettet HOD kap. 765
4	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse og rusarbeid	IS-24/8
5	Kostnader til TSB, ekskl. pensjon, kapital og legemidler. Millioner 2016-kroner.	SAMDATA
6	Vekst i kostnader til TSB som andel av vekst i kostnader til somatikk. Gylne regel. Totalt.	NPR
7	Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for økte midler til kompetanseheving på rusområdet	IS-24/8
8	Samlede driftskostnader til FoU (rusmiddelforskning) i kroner i helseforetak. Millioner 2016-kroner.	NIFU

Begrepet den «gylne regel» viser her til at rus og psykisk helse hver for seg skal ha en høyere vekst enn somatikken i helseforetakene, altså en prioritering av innsats knyttet til rus og psykisk helse i spesialisthelsetjenesten. Prinsippet ble første gang lansert under helseminister Gabrielsen i 2006, gjeninnført av regjeringen i 2014 og videreført som en del av opptrappingsplanen for rusfeltet. Vekst i samlede kostnader til rus- og psykisk helsearbeid sammenlignet med vekst i samlede kostnader til somatikk for alle helseforetakene er inkludert som indikator på at rus og psykisk helse prioriteres i tråd med ambisjonene i opptrappingsplanen. Dersom samlede driftsutgifter til rus og psykisk helse vokser raskere enn samlede driftsutgifter til somatikk, vil målingen av indikatoren gi en verdi på over én. Samlede driftsutgifter til TSB er også en indikator på innsatsen i spesialisthelsetjenesten. En positiv vekst i samlede driftsutgifter til TSB (målt i 2016-kroner) vil indikere en opptrapping av innsatsen knyttet til rus i spesialisthelsetjenesten, mens indikatoren «gylne regel» indikerer økt prioritering av rus og psykisk helse i spesialisthelsetjenesten.

Økt kompetanse i tjenesteapparatet er også et viktig mål med opptrappingsplanen og gjelder for alle deler av tjenesteapparatet og for alle de fem hovedmålene. Vi har inkludert to indikatorer for innsats som har til formål å øke rusfaglig kompetanse.

<sup>16</sup> Vi har under overordnet innsats inkludert samlede årsverk til rus og psykisk helse i kommunene som en indikator på kommunene samlede innsats på feltet. Årsverk fordelt på hovedforløp (alvorlighetsgrad) er inkludert som indikatorer på hovedmål 2 og 3.



Driftsutgifter til rusfaglig forskning ved helseforetakene er en indikator for innsats knyttet til utvikling av ny kunnskap på rusfeltet. Forskningen på fagfeltet vil frambringe ny kunnskap om brukergruppen, om behov for behandling, om effekter av behandling m.m. Samlede driftsutgifter til forskning ved helseforetakene omfatter all ressursbruk, inkludert lønnskostnader, andre driftskostnader, avskrivning mv. I tillegg til basisbevilgninger og øremerkede forskningsbevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet omfatter indikatoren eksterne finansieringskilder for forskning i helseforetakene, det vil si tildelinger fra blant annet Norges forskningsråd. Målingen av forskningsaktiviteten i helseforetakene dekker også forskningen som skjer i regi av KoRus-ene, som er organisert som deler av helseforetakene. Målingen dekker imidlertid ikke forskning eller kunnskapsgenerering som skjer ved andre institusjoner (for eksempel Folkehelseinstituttet) eller i kommunene. Andel kommuner som opplever at opptrappingsplanen fører til økte midler til kompetanseheving, er en annen indikator for oppbygging av rusfaglig kompetanse i kommunene.

## Indikatorer for overordnet effektmål

For å undersøke utviklingen mot det overordnede effektmålet om å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet og bidra til bedre levekår for befolkningen har vi inkludert indikatorer på skadevirkninger ved rusmiddelbruk, indikatorer på livskvalitet hos personer med rusmiddelproblemer og indikatorer på omfang av problematisk rusmiddelbruk i samfunnet.

Det finnes ikke én indikator som favner alle skadevirkninger ved rusmiddelbruk. Vi har derfor inkludert flere indikatorer som vi mener rommer sentrale negative skadevirkninger ved rusmiddelbruk for den enkelte, for tredjepersoner og for samfunnet for øvrig.

Rusmiddelbruk fører til en rekke negative skadevirkninger for den enkelte. Antall dødsfall som følge av overdose er en indikator på en alvorlig og negativ skadevirkning. Selv om mange av tiltakene i opptrappingsplanen ikke først og fremst er innrettet for å redusere overdosedødsfall og det finnes egne strategier med dette for øye, antar vi at det er en overordnet ambisjon for alt rusarbeid at antallet overdosedødsfall går ned.

En annen sentral skadevirkning både for den enkelte (og for samfunnet) er knyttet til kriminalitet. Mye kriminalitet blir begått i ruspåvirket tilstand, og særlig er det en sterk sammenheng mellom voldskriminalitet og alkohol- og narkotikabruk. Det gjøres ikke kontinuerlige målinger av omfang av kriminalitet som skjer i ruspåvirket tilstand, men vi har inkludert tre indikatorer for narkotikarelaterte lovbrudd.

Det er godt kjent at bruk av rusmidler kan knyttes til en rekke helseproblemer (jf. opptrappingsplanen). Samlede driftsutgifter til TSB er en indikator for de kostnadene rusmiddelbruk påfører samfunnet i form av behov for helsetjenester. Samlede driftsutgifter til TSB er imidlertid også en indikator for innsatsen på feltet og er inkludert under overordnet innsats.

Omfattende bruk av rusmidler vil være en stor påkjenning for pårørende til den som har et problematisk rusmiddelbruk, særlig for barn, og vi har inkludert to indikatorer som indikerer omsorgsutfordringer knyttet til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Antall bekymringsmeldinger til barnevernet om foreldres rusmisbruk er en indikator på omfanget av barn som er i en vanskelig omsorgssituasjon som følge av foreldrenes rusmiddelbruk. Vi mener det er relevant å følge denne indikatoren da en eventuell økning i antall bekymringsmeldinger kan skyldes at det er flere barn og/eller mer alvorlige tilfeller av denne formen for omsorgssvikt. En eventuell økning

kan imidlertid også skyldes bedre rutiner og økt oppmerksomhet knyttet til det å melde fra til barnevernet. Antall rusmiddelbrukere som har alarmerende dårlig levekår, og som samtidig har omsorg for barn, indikerer også omfanget av barn som er i en vanskelig omsorgssituasjon, og supplerer antall bekymringsmeldinger til barnevernet.<sup>17</sup> Data til indikatoren hentes fra BrukerPlan.<sup>18</sup>

Videre har vi ønsket å undersøke livskvalitet for brukere. Begrepet livskvalitet rommer mange ulike dimensjoner, men etter vår vurdering er levekårsindeksen fra BrukerPlan en relevant indikator på livskvalitet. Vi ønsker derfor å følge utviklingen i andel brukere<sup>19</sup> som oppnår grønn score på levekårsindeksen. I tillegg har vi en indikator som viser andel brukere som scorer dårlig, det vil si rød eller blålys. (Score på øvrige levekårsområder dekkes under hovedmål 4.)

Vi har ansett det som relevant å inkludere indikatorer som sier noe om omfanget av rusmiddelbruk i Norge. Særlig interessant er det å følge omfanget av det vi kan kalle problematisk rusmiddelbruk. Antakelsen er at jo mer problematisk rusmiddelbruk, jo flere negative konsekvenser. FHI (tidl. SIRUS)<sup>20</sup> har beregnet at 17 prosent av befolkningen har et risikofyllt alkoholforbruk. Denne beregningen er fra 2015,<sup>21</sup> og den er basert på en undersøkelse gjennomført i 2012–2013. FHI har også laget et anslag på antall mennesker med høyrisikobruk av opioider målt ved antall mennesker i alderen 15–64 år som injiserer narkotika. Anslaget for 2013 er 8100 personer, men usikkerheten er stor og spenner seg over intervallet fra 6900 til 9800 personer (FHI, Rusmidler i Norge). Begge datakildene er basert på målinger fra 2013, og det er usikkert om dataene vil oppdateres i løpet av evalueringsperioden.

Flere undersøkelser måler befolkningens bruk av rusmidler. Hyppig bruk av alkohol og cannabis i befolkningen er inkludert som indikatorer på omfang av rusmiddelbruk. Data til indikatorene er hentet fra Rusmiddelundersøkelsen til FHI (tidl. SIRUS) og gjelder aldersgruppen 16–75 år. Siden opptrappingsplanen særlig vektlegger rusmiddelbruk blant unge og eldre, har vi inkludert hyppig bruk av alkohol for aldersgruppen 16–24 og 67–75 år og bruk av cannabis for elever på ungdomsskole og videregående skole. Sistnevnte er hentet fra Ungdata. Andel brukere kartlagt i BrukerPlan med særlig stort rusmiddelforbruk (det vil si rød eller blålys) er også inkludert som en indikator på omfang av rusmiddelbruk.

Opptrappingsplanen omtaler også rusmiddelbruk blant den samiske befolkningen, blant gravide og blant funksjonshemmede. Vi har ikke funnet egnede indikatorer for å følge omfang av rusmiddelbruk for disse spesifikke målgruppene.

Utvalget av indikatorer er ikke uttømmende for alle tenkelige negative konsekvenser av rusmiddelbruk. Vi har vurdert mange andre datakilder, eksempelvis beslag av alkohol fra tollvesen, omsetning av alkohol og antall skjenkebevillinger, men vurdert

---

<sup>17</sup> BrukerPlan kartlegger omfanget av tjenestemottakere med rusproblemer og/eller samtidige psykiske helseproblemer, jf. kapittel 2. BrukerPlan beskriver mottakernes daglige fungering på åtte levekårsområder (bolig, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og sosialt nettverk). Områdene graderes med fargene grønn, gul og rød. De åtte levekårsområdene sammenfattes i en levekårsindeks med en tilleggsgradering kalt «blålys» for de med alarmerende dårlig levekår.

<sup>18</sup> Indikatoren omfatter tjenestemottakere som har dårlig (rød) score på ett eller alle (blålys) på de ulike levekårsområdene, for eksempel «brukere som har lite eller ingen kontakt med sosiale nettverk av alle slag», «er bostedsløs», «stor uorden i økonomien» og «svært omfattende bruk av rusmidler».

<sup>19</sup> Siden antall kommuner som deltar i BrukerPlan, kan endres fra år til år, kan antall som oppnår denne scoren, endres tilsvarende. Det er derfor mer relevant å bruke andel framfor antall.

<sup>20</sup> [www.sirus.no/nye-tall-om-risikofyllt-alkoholkonsum](http://www.sirus.no/nye-tall-om-risikofyllt-alkoholkonsum)

<sup>21</sup> Instituttet inviterte 4000 nordmenn til å svare på alkoholtesten AUDIT utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO).

dem som mindre relevante for en evaluering av opptrappingsplanen. Alle indikatorene under det overordnede målet er å anse som effektindikatorer. For hvert av hovedmålene kommer vi inn på indikatorer for innsats, aktiviteter og resultater.

Tabell 3.2. Indikatorer for overordnet effektmål

#	Indikator	Kilde
9	Antall narkotikautløste dødsfall iht. EMCDDA	FHI
10	Antall dødsfall som skyldes alkoholbruk	FHI
11	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter legemiddeloven	SSB
12	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter straffeloven	SSB
13	Antall straffereaksjoner for ruspåvirket kjøring	SSB
14	Antall meldinger til barnevern om barn eller foreldres rusmisbruk	SSB
15	Andel brukere med tilfredsstillende levekårsindeks (grønn score)	BrukerPlan
16	Andel brukere med utilfredsstillende levekårsindeks (rød eller blålys)	BrukerPlan
17	Antall personer definert med et risikofylt alkoholforbruk	FHI (tidl. SIRUS)
18	Antall personer definert med høyrisiko bruk av opioider	FHI (tidl. SIRUS)
19	Andel av respondenter som svarer at de i løpet av de siste 12 md. har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, alkohol (16–24 år)	FHI (tidl. SIRUS)
20	Andel av respondenter som svarer at de i løpet av de siste 12 md. har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, alkohol (65–79 år)	FHI (tidl. SIRUS)
21	Andel av respondentene som svarer at de i løpet av siste 12 md. har brukt cannabis (16–64 år)	FHI (tidl. SIRUS)
22	Andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj minst én gang siste 12 md.	Ungdata
23	Andel elever på videregående skole som har brukt hasj minst én gang siste 12 md.	Ungdata

## Indikatorer for hovedmål 1

Hovedmål 1 er å «sikre bruker- og pårørendemedvirkning i tjenesteapparatet». Etter vår forståelse skal brukermedvirkning først og fremst lede til mer brukertilpassede tjenester, men også til økt livskvalitet og mindre tilbakefall.

Indikatorsettet inkluderer i alt syv resultatindikatorer som sammen og alene skal indikere bevegelse i retning av økt brukermedvirkning i tjenestene. Andel kommuner som vurderer at de på en god måte håndterer voksne og barn, og andel kommuner som vurderer tjenestetilbudet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som recovery-orientert, indikerer at tjenestene er tilpasset brukernes behov.<sup>22</sup> Indikatorene er basert på kommunenes vurderinger av brukermedvirkning i tjenestene og hentet fra spørsmål i IS 24/8-undersøkelsene. Andel brukere som selv mener at de har hatt innflytelse på tjenestene, og som i stor eller svært stor grad opplever at tjenestene de mottar, har vært tilpasset deres behov, indikerer også brukermedvirkning i kommunale tjenester. Indikatorene er basert på brukernes vurderinger og er hentet fra Den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen. Sammen vil de seks indikatorene indikere grad av brukermedvirkning i kommunale tjenester. I tillegg har vi inkludert andelen brukere i TSB som vurderer at de i stor eller ganske stor grad har hatt innflytelse på behandlingen som en indikator på brukermedvirkning i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten.

<sup>22</sup> Med recovery-orientert menes at tjenesten vektlegger bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus.

Vi har ikke funnet egnede indikatorer for økt livskvalitet og redusert tilbakefall som følge av innsatsen på dette hovedmålet. Indikatorer for funksjonsevne for brukere er inkludert under hovedmål 4.

Selv om resultatindikatorerne etter vår vurdering dekker de ønskede resultater for hovedmålet, har vi også inkludert enkelte indikatorer for innsats og aktivitet knyttet til sentrale innsatser og aktiviteter i opptrappingsplanen og «regjeringen vil»-punkter.

Vi har ikke funnet målinger av omfang av innsats knyttet til brukermedvirkning for samtlige tjenesteleverandører, men i IS-24/8-undersøkelsen bes kommunene om å tallfeste beløp som brukes på brukermedvirkning i organisert form. Informasjonen om beløp brukes som indikatorer for innsatsen knyttet til brukermedvirkning i kommunene. I siste rapportering for 2017 bes kommunene og bydelene også om å oppgi om de har ansatte årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid for voksne og for barn og unge med brukererfaring. Andel kommuner som har ansatte med brukererfaring innen psykisk helse- og rusarbeid for henholdsvis barn og voksne, er inkludert som indikatorer på innsats knyttet til brukermedvirkning i tjenestetilbudet.

Andel kommuner som aktivt henter inn brukererfaringer, inkluderes som en indikator for brukermedvirkning i praksis. Indikatoren er basert på et spørsmål i IS-24/8-undersøkelsen. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester rett til å få utarbeidet individuell plan.<sup>23</sup> Individuelle planer har til hensikt å involvere brukerne i eget behandlingsopplegg.<sup>24</sup> I BrukerPlan rapporteres andelen brukere som har en form for plan eller koordinering knyttet til sitt tjenestetilbud, som en individuell plan, kriseplan, ansvarsgruppe eller lignende. Andelen av brukere som har individuell plan og/eller andre former for planer, ansees som en relevant aktivitetsindikator. Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin individuelle plan og ansvarsgruppe med utgangspunkt i den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen, indikerer også brukermedvirkning i praksis. Data til indikatorerne er hentet fra BrukerPlan.

Vi har vurdert en lang rekke andre indikatorer for medvirkning, herunder bruk av fritt behandlingsvalg, eller involvering av andre med brukererfaring i kommunene og i Helsedirektoratet, brukerrepresentasjon i rådgivende fora og samarbeidsfora og antall nye tjenester og aktiviteter for å sikre brukermedvirkning. Vi har imidlertid ikke funnet tilgjengelige kvantifiserbare data som følger utviklingen over tid.

---

<sup>23</sup> Jf. pasient- og brukerrettighetsloven, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator og Helsedirektoratet (2017): *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*

<sup>24</sup> Individuelle planer er imidlertid også et virkemiddel for å sikre brukerne et helhetlig og tilpasset behandlingstilbud (hovedmål 3), men er først og fremst ansett som et verktøy for å sikre brukermedvirkning og derfor inkludert som en indikator under hovedmål 2.

Tabell 3.3. Indikatorer hovedmål 1.

#	Type	Indikator	Kilde
24	Innsats	Bevilgninger (kroner) til brukermedvirkning i organisert form. Tusen 2016-kroner	IS-24/8
25		Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene innen psykisk helse- og rusarbeid for voksne har brukererfaring	IS-24/8
26		Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene innen psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge har brukererfaring	IS-24/8
27	Aktivitet	Andel kommuner som har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 md. som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.)	IS-24/8
28		Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin individuelle plan (gitt at de har en)	BU
29		Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin ansvarsgruppe (gitt at de har en)	BU
30		Andel brukere med planer og/eller ansvarsgrupper (omfatter individuell plan, kriseplan, nettverksmøter, tiltak / andre planer og ansvarsgruppe)	BrukerPlan
31	Resultat	Andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusfeltet som recovery-orientert	IS-24/8
32		Andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet	IS-24/8
33		Andel kommuner som svarer at de ivaretar voksne som pårørende på en god eller svært god måte	IS-24/8
34		Andel kommuner som svarer at de ivaretar barn som pårørende på en god eller svært god måte	IS-24/8
35		Andel brukere som i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet	BU
36		Andel brukere som i stor eller svært stor grad opplever at tjenesten(e) de mottar, har vært tilpasset deres behov	BU
37		Andel brukere i TSB som rapporterer at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på behandlingen	Pasienterfaringsundersøkelsen TSB
38		Andel pasienter i TSB som i stor eller svært stor grad opplever et godt samarbeid mellom personalet i TSB og pårørende	Pasienterfaringsundersøkelsen TSB

## Indikatorer for hovedmål 2

Hovedmål 2 er å «sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig». Etter vår forståelse er målet for innsatsen et tjenesteapparat som raskere og mer effektivt identifiserer og hjelper personer som står i fare for å utvikle et rusproblem.

Indikatorsettet inkluderer i alt tre resultatindikatorer som sammen og alene skal indikere bevegelse i retning av bedre tjenester for tidlig innsats.

I IS-undersøkelsen kartlegges kommunal ressursinnsats i form av årsverk og kvalitet i tjenestetilbudet ut fra tre definerte hovedforløp (jf. veilederen *Sammen om mestrings*). Her skiller det mellom brukere med 1) milde og kortvarige problemer, 2) kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser og 3) alvorlige langvarige problemer. Førstnevnte kategori av brukere kan knyttes til tidlig innsats, mens de to øvrige kategoriene av brukere kan knyttes til behandling (hovedmål 3). Andel kommuner som vurderer at tjenestene til barn og voksne med 1) milde og kortvarige problemer er gode eller svært gode, er inkludert som indikatorer for resultater av tidlig innsats. Videre har vi inkludert antall bekymringsmeldinger til barnevernet om barnets rusmiddelbruk som en resultatindikator. En eventuell økning i antall bekymringsmeldinger kan skyldes en økning i antall unge med rusproblemer, men også at det er blitt bedre rutiner for å identifisere unge med rusproblemer eller økt bevissthet om ansvar for å varsle til barnevernet.

Resultatindikatorene er etter vår vurdering ikke fullt ut dekkende til å vurdere ønskede resultater for hovedmålet. For å kunne understøtte vurdering av en bevegelse i retning av måloppnåelse og samtidig belyse sentrale innsatser og aktiviteter i opptrappingsplanen har vi inkludert indikatorer for innsats og aktiviteter.

Antall kommunale årsverk innen rus- og psykisk helsearbeid som brukes på barn og voksne med milde og kortvarige problemer, er inkludert som innsatsindikatorer for hovedmål 2. Skolehelsetjenesten ansees som et særlig viktig kontaktpunkt for barn og unge som opplever utfordringer, og i opptrappingsplanen vises det til en styrking av kommunens frie inntekter med bakgrunn i behovet for å videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Driftsutgifter til helsestasjons- og skolehelsetjenesten er av den grunn også inkludert som en innsatsindikator for tidlig innsats.

IS-24/8-undersøkelsen kartlegger kommuner som har oppsøkende team rettet mot barn og unge. Andelen kommuner som har slike team, ansees som en relevant aktivitetsindikator på tidlig innsats. I IS-24/8-undersøkelsen stilles det i tillegg spørsmål om «kommunen har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk». Hva som menes med «system», defineres ikke i undersøkelsen, men spørsmålet anskueliggjør like fullt kommunenes egen vurdering av aktiviteten på området. Vi har også inkludert dette spørsmålet som en relevant aktivitetsindikator.

Vinteren 2018 gjennomføres det en spørreundersøkelse blant kommuner og bydelser som mottar midler gjennom tilskuddsordningen Kommunalt rusarbeid (kap. 765.62) i regi av Helsedirektoratet. Kartleggingen vil gjøre det mulig å undersøke i hvilken grad kommunene/bydelene vurderer at støttede prosjekter eller tiltak retter seg mot tidlig innsats. Kartleggingen er ikke tilgjengelig per februar 2018. Hvorvidt kartleggingen vil indikere tidlig innsats, vurderes fram mot neste måling.

Det er vurdert flere andre indikatorer. Blant annet har vi vurdert å inkludere antall kommuner som deltar i «Tidlig inn». «Tidlig inn» er et opplæringsprogram utviklet i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Formålet er at ansatte i kommunene skal bli tryggere i tidlig identifikasjon og inngripen ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner. 135

kommuner har så langt deltatt i opplæringsprogrammet. Siden mange kommuner allerede har deltatt, vil en indikator basert på antall kommuner akkumulert eller hvert år være en lite treffende indikator. Antall kommunalt ansatte som jobber med barn og unge, og som har deltatt på «Tidlig inn», har vi ikke funnet målinger for. Under tidlig innsats er det også et spesifikt tiltak i opptrappingsplanen at regjeringen vil styrke tilskuddsordningen Støtte til oppfølgings- og losfunksjon for ungdom for å øke antall kommuner som har tiltak for å hindre at ungdom dropper ut av videregående skole. Denne ordningen er forvaltet av Bufdir. På samme måte som for programmet «Tidlig inn» er det vanskelig å identifisere gode indikatorer på bakgrunn av denne typen innsatser. Det samme gjelder punktet i opptrappingsplanen om at det er et mål å revidere veileder om tidlig innsats på rusområdet kalt *Fra bekymring til handling*. På bakgrunn av dette mener vi at indikatorene fra IS 24/8 er de mest dekkende for hvorvidt kommunene har systemer for tidlig innsats per nå.

Vi har ikke funnet indikatorer som sier noe om innsats, aktiviteter og resultater rettet mot spesifikke brukergrupper som eldre eller gravide med rusmiddelproblemer. Dette er to grupper som særskilt omtales i opptrappingsplanen.

Tabell 3.4. Indikatorer hovedmål 2

#	Type	Indikator	Kilde
39	Innsats	Brutto driftsutgifter per innbygger 0–5 år, helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2016-kroner	SSB
40		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til voksne med milde og kortvarige problemer	IS-24/8
41		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til barn med milde og kortvarige problemer	IS-24/8
42	Aktivitet	Andel kommuner som vurderer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk	IS-24/8
43		Andel kommuner som driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam)	IS-24/8
44	Resultat	Antall meldinger til barnevern om barns rusmiddelbruk	SSB
45		Andel kommuner som svarer at de gir et svært godt eller godt tilbud til voksne med milde og kortvarige problemer	IS-24/8
46		Andel kommuner som svarer at de gir et svært godt eller godt tilbud til barn med milde og kortvarige problemer	IS-24/8

### Indikatorer for hovedmål 3

Hovedmål 3 er at «alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud». Som redegjort for tidligere har vi operasjonalisert hovedmål 3 til at rusbehandlingstilbudet skal ha tilstrekkelig kapasitet og kvalitet, og at det er god samordning mellom de ulike tjenesteleverandørene. Hovedmålet omfatter alle rusbehandlingstjenester, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Vi har inkludert i alt 15 resultatindikatorer som alene og sammen indikerer grad av kapasitet, kvalitet og samordning i rusbehandlingstjenestene.

Gjennomsnittlig ventetid for TSB-behandling indikerer kapasitet i spesialisthelsetjenesten ved at økt kapasitet reduserer ventetiden. Andel brukere som vurderer tjenestene som tilgjengelige, indikerer kapasitet i kommunale tjenester. Dataene er hentet fra Den nasjonale brukerundersøkelsen.

Andel kommuner som vurderer at de gir et godt eller svært godt tilbud til barn og voksne med 2) kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser samt 3) alvorlige langvarige problemer (jf. tre definerte hovedforløp i veilederen *Sammen om mestring*), er inkludert som indikatorer på kvalitet i de kommunale tjenestene. Disse er basert på kommunens egne vurderinger og hentet fra IS 24/8-undersøkelsen. Videre har vi med to indikatorer basert på Den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen: andel brukere som vurderer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere eller mestre sitt rusmiddelproblem, og andel som vurderer tjenestene som tilfredsstillende. De to indikatorene indikerer også kvalitet i kommunale tjenester og supplerer indikatorene basert på IS-24/8-undersøkelsen.

Pasienterfaringsundersøkelsen for TSB kartlegger tidligere pasienters erfaringer. Andel pasienter som rapporterer at de har fått stort eller svært stort utbytte av behandlingen, andel pasienter som opplever at behandlerne har forberedt dem godt på tiden etter utskrivning, og andel pasienter som opplever at hjelpen og behandlingen de har fått, har gitt dem tro på at de vil få et bedre liv etter utskrivning, er inkludert som indikatorer på kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Sistnevnte er relevant fordi troen på et bedre liv ansees som viktig for å lykkes i å bli rusfri.

Videre har vi med tre indikatorer som indikerer grad av samordning i tjenestene. Andel kommuner som vurderer at samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak fungerer godt for barn med rusmiddelproblemer og tilsvarende for voksne med rusmiddelproblemer, er med som indikatorer på samordning. Andel kommuner som vurderer at de i stor grad eller svært stor grad har sammenhengende og koordinerte tjenester, ansees også som en relevant indikator for samordning. Data til indikatorene er hentet fra IS-24/8-undersøkelsen. Andelen utskrivninger som etterfølges av poliklinisk kontakt med spesialisthelsetjenesten, er en relevant indikator. Data er per nå ikke tilgjengelig, men vil beregnes av Helsedirektoratet vinteren 2018. Indikatoren vil vurderes fram mot neste måling.

Selv om resultatindikatorene etter vår vurdering dekker de ønskede resultater under hovedmål 3, har vi også inkludert enkelte indikatorer for innsats og aktivitet knyttet til sentrale innsatser og aktiviteter i opptrappingsplanen og «regjeringen vil»-punkter.

Antall polikliniske årsverk i TSB og antall kommunale årsverk knyttet til rus- og psykisk helsearbeid for barn og voksne med 2) kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser og 3) med alvorlige langvarige problemer ansees som relevante innsatsindikatorer for behandlingsrettede tjenester i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Som omtalt i kapittel 3 er det et mål i opptrappingsplanen å senke terskelen for behandling og å bedre samordningen av tjenestene til brukerne ved å opprette mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre) i alle de store byene. Det foreligger ikke fulltelling på antall MO-sentre nå, men vi har inkludert antall sentre som mottar støtte gjennom tilskudsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte problemer og barn og unge med sammensatte hjelpebehov» som indikator for antall aktive sentre. Andre sentrale mål i opptrappingsplanen er å øke antall oppsøkende behandlingsteam og lavterskeltiltak og skadereduserende tiltak. Andel kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk, andel kommuner som har ulike typer oppsøkende team (ACT, FACT og andre oppsøkende team), og andel kommuner som har delt ut brukerutstyr, indikerer oppsøkende aktiviteter og lavterskelaktiviteter i kommunene. De tre indikatorene er basert på data fra IS-24/8-undersøkelsen.



Tabell 3.5. Indikatorer hovedmål 3.

#	Type	Indikator	Kilde
47		Antall polikliniske årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	SAMDATA
48	Innsats	Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8
49		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til barn med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8
50		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8
51		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8
52		Antall mottaks- og oppfølgingssentre (MO-sentre) som mottok støtte gjennom tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte problemer og barn og unge med sammensatte hjelpebehov»	Fylkesmannen
53	Aktivitet	Andel kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og /eller rusmiddelproblematikk	IS-24/8
54		Andel kommuner som rapporterer at de har ulike typer oppsøkende flerfaglige team (ACT, FACT, andre mot voksne og andre mot barn)	IS-24/8
55		Andel kommuner som har delt ut brukerstyr for skadereduksjon (utstyr for injisering eller røyking av rusmidler, nalokson neseppray, kondomer/glidemiddel eller engangs tannbørster)	KORFOR
56	Resultat	Gjennomsnittlig ventetid (antall dager) i TSB, døgnbehandling per 3. tertial. Tertialvis ventelistestatistikk (endelige tall)	SAMDATA
57		Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestenes tilgjengelighet som tilfredsstillende	BU
58		Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8
59		Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8
60		Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8
61		Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8
62		Andel brukere som rapporterer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere/mestre rusmiddelproblemer	BU
63		Andel brukere som vurderer tjenestene som tilfredsstillende	BU
64		Andel pasienter i TSB som rapporterer at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen	Pasienterfaringsundersøkelsen TSB
65		Andel pasienter i TSB som opplever at behandlerne/personalet har forberedt dem på tiden etter utskrivning i stor eller svært stor grad	Pasienterfaringsundersøkelsen TSB
66		Andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetaket fungerer svært godt eller godt for voksne med rusmiddelproblemer	IS-24/8
67		Andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetaket fungerer svært godt eller godt for unge med rusmiddelproblemer	IS-24/8
68	Andel kommuner som mener at kommunen/bydelen i stor grad eller svært stor grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer	IS-24/8	

## Indikatorer for hovedmål 4

Hovedmål 4 er å «sikre at tidligere og eksisterende brukere skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse». Et av innsatsområdene i planen er bedre ettervern og oppfølgingstjenester, og planen legger særlig vekt på bolig, arbeid og aktivitet. Hensikten med hovedmålet er at personer som har eller har hatt rusmiddelproblemer, skal få hjelp til å delta i samfunnet på samme måte som andre.

Vi anser kartlagte brukeres score på de åtte levekårsområdene i BrukerPlan som relevante resultatindikatorer. I hovedsak følges utviklingen i andelen av brukere som scorer grønt på de ulike levekårsområdene. Andel av de kartlagte brukerne som er i arbeid på kartleggingstidspunktet, ansees også som en relevant resultatindikator. Videre har vi med tre indikatorer basert på data fra IS 24/8. Andelen kommuner som mener at boligsituasjonen for målgruppen er blitt bedre siste år, og andelen som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvenser for botilbudet i kommunen, ansees også som relevante indikatorer og supplerer øvrige indikatorer.

Selv om resultatindikatorerne etter vår vurdering dekker de ønskede resultater under hovedmålet 4, har vi også inkludert enkelte indikatorer for innsats og aktivitet knyttet til sentrale innsatser i opptrappingsplanen og «regjeringen vil»-punkter.

Et bredt spekter av aktører og innsatser har til hensikt å hjelpe tidligere og eksisterende brukere på disse områdene. Andel kommuner som har etablert formalisert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering, er den eneste relevante innsatsindikatoren vi har identifisert. Indikatoren er basert på data fra IS-24/8-undersøkelsen.

Et sentralt mål med opptrappingsplanen er å øke deltagelse i arbeidslivet for personer med rusmiddelproblemer og antall tiltaksplasser. Vi har ikke funnet målinger av samlede antall tiltaksplasser eller andel sysselsettingstiltak. Andelen kommuner som rapporterer at de har individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) innenfor rusarbeid, ansees som den mest relevante indikatoren på omfanget av denne typen tiltak. Data til indikatoren er hentet fra i IS-24/8. Andel brukere som har fått praktisk hjelp til å komme i arbeid, er også å anse som en aktivitetsindikator. Data til indikatoren er hentet fra Den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen og supplerer indikatoren fra IS-24/8-undersøkelsen.

Bolig er et prioritert innsatsområde. Andel brukere som har fått hjelp til å skaffe bolig, og andel kommuner som mener de i stor eller svært stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig, indikerer også aktiviteten kommunen har på området. Data er hentet fra henholdsvis Den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen og IS-24/8.

Andel brukere som har fått praktisk hjelp til å komme i gang med meningsfulle aktiviteter, og andel brukere som har fått praktisk hjelp til å mestre økonomien, ansees også som relevante aktivitetsindikatorer, og andel brukere som mener de har fått tilfredsstillende oppfølging i kommunen etter siste utskrivning, ansees også som relevante indikatorer for kommunale aktiviteter på området.

Tabell 3.6. Indikatorer hovedmål 4.

#	Type	Indikator	Kilde
69	Innsats	Andel kommuner som har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet	IS-24/8
70	Aktivitet	Andel kommuner med individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) innen rusarbeid	IS-24/8
71		Andel brukere som rapporterer at de har fått praktisk hjelp til å komme i arbeid	BU
72		Andel brukere som rapporterer at de har fått praktisk hjelp til å mestre økonomien	BU
73		Andel brukere som rapporterer at de har fått praktisk hjelp til å skaffe bolig	BU
74		Andel brukere som rapporterer at de har fått praktisk hjelp til å komme i gang med meningsfulle aktiviteter	BU
75		Andel brukere som mener de har fått tilfredsstillende oppfølging i kommunen etter siste utskrivning	BU
76		Andel kommuner som mener de i stor eller svært stor grad mener de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig	IS-24/8
77		Resultat	Andel brukere med tilfredsstillende bosituasjon (grønn)
78	Andel brukere med tilfredsstillende fysisk helse (grønn)		BrukerPlan
79	Andel brukere med tilfredsstillende psykisk helse (grønn)		BrukerPlan
80	Andel brukere med tilfredsstillende økonomi (grønn)		BrukerPlan
81	Andel brukere med tilfredsstillende meningsfylt aktivitet (grønn)		BrukerPlan
82	Andel brukere med tilfredsstillende rusmiddelbruk (grønn)		BrukerPlan
83	Andel brukere med tilfredsstillende sosialt nettverk (grønn)		BrukerPlan
84	Andel brukere som deltar i arbeidslivet		BrukerPlan
85	Andel kommuner som mener at boligsituasjonen for målgruppen for kommunalt rusarbeid har bedret seg (bedring eller stor bedring) de siste årene		IS-24/8
86	Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer		IS-24/8

## Indikatorer for hovedmål 5

Hovedmål 5 er å «Utvikle og øke bruken av alternative strafferettslige reaksjoner og bedre rusbehandling i fengslene». Vi har inkludert syv resultatindikatorer. For å vurdere måloppnåelse knyttet til hovedmål 5 benyttes årsrapporter fra kriminalomsorgen, helsedirektoratet og konfliktrådet. Antall personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12 (soning i institusjon), antall dømte i Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) som er i poliklinisk behandling, og antall dømte i ND som er i døgnbehandling, samt antall betingede dommer i ND er indikatorer for bruken av slike alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsnormer. Videre vil antall saker med ungdomsstraff og ungdomsoppfølging dokumentere bruken av de nye strafferettslige reaksjoner for ungdom mellom 15 og 18 år. Resultatindikatorerne dekker etter vår vurdering de ønskede resultater i form av faktisk anvendelse av alternative straffereaksjoner, strafferettslige reaksjoner og straffegjennomføringsnormer vektlagt i opptrappingsplanen.

Opptrappingsplanen tar opp behovet for bedre helse- og omsorgstjenester i fengslene. I følge planen vil regjeringen styrke det polikliniske psykiatriske tilbudet og primærhelsetjenestetilbudet i norske fengsler. Andel fengselskommuner som er helt enig i at fengselshelsetilbudet i deres kommune er forsvarlig<sup>25</sup> er inkludert som en resultatindikator på kvaliteten på helsetjenestene i fengslene. Data til indikatoren er hentet fra Helsedirektoratets årsrapport «Helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel» som oppsummerer kommunenes egenrapportering om ressursbruk, samarbeid og kvalitet i fengselshelsetjenesten (IS-2494).

Antall plasser i rusmestringsenheter og antall plasser i tilbud om tverrfaglig spesialisert rusbehandling i fengsel etter Stifinner-modellen er inkludert i indikatorsettet, men å anse som aktivitetsindikatorer (ettersom vi ikke vet hvor mange som faktisk har deltatt).

Tabell 3.7. Indikatorer hovedmål 5.

#	Type	Indikator	Kilde
87	Aktivitet	Antall rusmestringsenheter og Stifinner-enheter (antall plasser)	KDI
88	Resultat	Antall personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12 (soning i behandlingsinstitusjon)	KDI
89		Antall dømte i ND i poliklinisk behandling	KDI
90		Antall dømte i ND i døgnbehandling	KDI
91		Antall iverksatte betingede dommer i Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)	KDI
92		Antall saker med ungdomsstraff	Konfliktrådet
93		Antall saker med ungdomsoppfølging	Konfliktrådet
94		Andel kommuner som har besvart IS-2494 som oppgir at de er helt enig i at helsetilbudet i fengslene er forsvarlig	Helsedirektoratet

<sup>25</sup> I IS-2494 blir kommuner med fengsel (i alt 49) bedt om å vurdere forhold ved fengselshelsetjenesten i sin kommune på en skala fra 4 - 1 hvor 4 er helt enig.

## 4. Nullpunktsmåling

---

Dette kapitlet presenterer den første målingen på indikatorsettet. Nullpunktsmålingen er basert på data fra 2016. For noen indikatorer foreligger ikke data fra 2016, men den nærmeste relevante målingen er fra 2015 eller 2017. Presentasjonen av nullpunktsmålingen angir året for måling. De samme indikatorene skal måles årlig i evalueringsperioden (så fremt data er tilgjengelig).

### Nullpunktsmåling overordnet innsats

Opptappingsplanen for rusfeltet skisserer økte bevilgninger med 2,4 milliarder kroner i perioden 2016–2020. Indikatorene på ressuroverføringer er ment å følge om målet om økte bevilgninger nås i planperioden. I 2016 ble 541 millioner kroner øremerket til oppfølging av Opptappingsplanen. 400 millioner ble bevilget som en økning i rammeoverføringer til kommunene (indikator #1), mens 141 millioner ble gitt som ytterligere bevilgninger (indikator #2).<sup>26</sup> I tillegg er det et uttalt mål om økt innsats knyttet til rus og psykisk helse i spesialisthelsetjenesten. Tabell 4.1. presenterer nullpunktsmålingen for indikatorer knyttet til overordnet innsats på feltet som gjelder for alle de fem hovedmålene.

---

<sup>26</sup> For 2016 omfatter bevilgningen 30 mill. kroner til permanent etablering og utvidelse av narkotikaprogram med domstolskontroll, 20 mill. kroner til styrking av tilskudd til arbeidstrening og aktivisering i regi av frivillige organisasjoner og sosialt entreprenørskap, 30 mill. kroner til opprettelse av flere MO-sentre, ACT-team og Lasso-liknende tiltak, 15 mill. kroner til styrking av tilskuddsordningen til oppfølging av barn av psykisk syke og barn av personer med rusproblemer, basert på erfaringene fra modellkommuneforsøket, samt 46 mill. kroner til navngitte ideelle organisasjoner på rusfeltet.

Tabell 4.1. Nullpunktsmåling overordnet innsats og bevilgninger opptrappingsplanen.

#	Indikator	Kilde	Nullpunkt	Måletidspunkt
1	Vekst i rammeoverføringer til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen). Millioner 2016-kroner.	Kommuneproposisjonen	400	2016
2	Ytterligere tverrdepartemental satsing utover veksten i rammeoverføring til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen). Millioner 2016-kroner.	Statsbudsjettet HOD kap. 765	141	2016
3	Samlede bevilgninger over kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid. Millioner 2016-kroner. Saldert.	Statsbudsjettet HOD kap. 765	1 959	2016
4	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid.	IS-24/8	13 936	2016
5	Kostnader til TSB, ekskl. pensjon, kapital og legemidler. Millioner 2016-kroner. <sup>27</sup>	SAMDATA	4 525	2016
6	Vekst i kostnader til TSB som andel av vekst i kostnader til somatikk. Gylne regel.	NPR	2.03	2016
7	Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for økte midler til kompetanseheving på rusområdet.	IS-24/8	21 %	2016
8	Samlede driftskostnader til FoU (rusmiddelforskning) i kroner i helseforetak. Millioner 2016-kroner.	NIFU	57	2016

Rapporteringen fra IS-24/8-undersøkelsen fra 2017 inkluderer et batteri med spørsmål knyttet direkte til opptrappingsplanen for rusfeltet. Dette er ikke spørsmål som er egnet for utvikling av indikatorer, men de gir informasjon om kommunenes kjennskap til opptrappingsplanen som er relevant for denne nullpunktsmålingen. Det er kun 16 kommuner (4 prosent) som svarer «Nei» på spørsmålet om de er kjent med Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Kommunene som ikke er kjent med opptrappingsplanen, er i all hovedsak kommuner med 5000 eller færre innbyggere.

I samme undersøkelse stilles det også spørsmål om hvorvidt kommunene er kjent med at det fører økte midler med opptrappingsplanen innenfor rammen frie inntekter til kommunene. I alt 49 kommuner (12 prosent) svarer «Nei» på dette spørsmålet. Også her er det de mindre kommunene som i størst grad ikke er kjent med den økte ressuroverføringen.

<sup>27</sup> Se side 38-39 for beskrivelse av gylne regel.

## Nullpunktsmåling overordnet effektmål

Tabell 4.2. presenterer nullpunktsmålingen for indikatorer på skadevirkninger ved rusmiddelbruk, indikatorer på livskvalitet hos personer med rusmiddelproblemer og indikatorer på omfang av rusmiddelbruk i samfunnet. Se kapittel 2 og 3 for en nærmere beskrivelse av effektmålet og valg av indikatorer.

Tabell 4.2. Nullpunktsmåling for overordnet effektmål

#	Indikator	Kilde	Nullpunkt	Måletidspunkt
9	Antall narkotikautløste dødsfall iht. EMCDDA	FHI	282	2016
10	Antall dødsfall som skyldes alkoholbruk	FHI	336	2016
11	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter legemiddeloven	SSB	7 796	2015
12	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter straffeloven	SSB	8 168	2015
13	Antall straffereaksjoner for ruspåvirket kjøring	SSB	4 674	2015
14	Antall meldinger til barnevern om barn eller foreldres rusmisbruk	SSB	10 486	2015
15	Andel brukere med tilfredsstillende levekårsindeks (grønn)	BrukerPlan	5%	2016
16	Andel brukere med utilfredsstillende levekårsindeks (rød + blålys)	BrukerPlan	59 %	2016
17	Andel av befolkningen definert med et risikofylt alkoholbruk	FHI (tidl. SIRUS)	17 %	2013
18	Antall personer definert med høyrisiko bruk av opioider	FHI (tidl. SIRUS)	8 100	2013
19	Andel av respondenter som svarer at de i løpet av de siste 12 md. har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, alkohol (16–24 år)	FHI (tidl. SIRUS)	6 %	2016
20	Andel av respondenter som svarer at de i løpet av de siste 12 md. har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, alkohol (65–79 år)	FHI (tidl. SIRUS)	0 %	2016
21	Andel av respondentene som svarer at de i løpet av siste 12 md. har brukt cannabis (16–64 år)	FHI (tidl. SIRUS)	3,9 %	2016
22	Andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj minst én gang siste 12 md.	Ungdata	3 %	2016
23	Andel elever på videregående skole som har brukt hasj minst én gang siste 12 md.	Ungdata	11 %	2016

## Nullpunktsmåling hovedmål 1

Hovedmål 1 er å «sikre bruker- og pårørendemedvirkning i tjenesteapparatet». Tabell 4.3. inkluderer nullpunktsmålingen for indikatorer for innsats, aktivitet og resultater av tjenester tilknyttet dette hovedmålet. Se kapittel 2 og 3 for en nærmere beskrivelse av målet og valg av indikatorer.

Tabell 4.3. Nullpunktsmåling hovedmål 1.

#	Type	Indikator	Kilde	Nullpunkt	Måletidspunkt
24		Bevilgninger til brukermedvirkning i organisert form. Tusen 2016-kroner	IS-24/8	58 908	2016
25	Innsats	Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene innen psykisk helse- og rusarbeid for voksne har brukererfaring	IS-24/8	23 %	2017
26		Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene innen psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge har brukererfaring	IS-24/8	3 %	2017
27		Andel kommuner som har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 md. som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.)	IS-24/8	42 %	2016
28	Aktivitet	Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin individuelle plan (gitt at de har en)	BU	43 %	2017
29		Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin ansvarsgruppe (gitt at de har en)	BU	52 %	2017
30		Andel brukere med planer og/eller ansvarsgrupper (omfatter individuell plan, kriseplan, nettverksmøter, tiltaksplan / andre planer og ansvarsgruppe)	BrukerPlan	66 %	2016
31	Resultat	Andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestetilbudet i kommunalt psykisk helse- og rusfeltet som recovery-orientert	IS-24/8	67 %	2017
32		Andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet	IS-24/8	73 %	2017
33		Andel kommuner som svarer at de ivaretar voksne som pårørende på en god eller svært god måte	IS-24/8	39 %	2017
34		Andel kommuner som svarer at de ivaretar barn som pårørende på en god eller svært god måte	IS-24/8	43 %	2017
35		Andel brukere som i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet	BU	36 %	2017
36		Andel brukere som i stor eller svært stor grad opplever at tjenestene de mottar, har vært tilpasset deres behov	BU	42 %	2017
37		Andel brukere i TSB som rapporterer at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på behandlingen	Pasienterfaringer TSB	88 %	2017
38		Andel pasienter i TSB som i stor eller svært stor grad opplever et godt samarbeid mellom personalet i TSB og pårørende	Pasienterfaringer TSB	31 %	2017



## Nullpunktsmåling hovedmål 2

Hovedmål 2 er å «sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig». Tabell 4.4. inkluderer nullpunktsmålingen for indikatorer på brukermedvirkning i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Se kapittel 2 og 3 for en nærmere beskrivelse av målet og valg av indikatorer.

Tabell 4.4. Nullpunktsmåling hovedmål 2.

#	Type	Indikator	Kilde	Nullpunkt	Måletidspunkt
39	Innsats	Brutto driftsutgifter per innbygger 0-5 år, helsestasjons- og skolehelsetjeneste. 2016-kroner	SSB	8 540	2016
40		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til voksne med milde og kortvarige problemer	IS-24/8	1 144	2016
41		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til barn med milde og kortvarige problemer	IS-24/8	1 133	2016
42	Aktivitet	Andel kommuner som vurderer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk	IS-24/8	44 %	2017
43		Andel kommuner som driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam)	IS-24/8	25 %	2016
44	Resultat	Antall meldinger til barnevern om barns rusmiddelbruk, alle typer meldere (barnet selv, familie, venner, lag og organisasjoner mv.).	SSB	1 252	2016
45		Andel kommuner som svarer at de gir et svært godt eller godt tilbud til voksne med milde og kortvarige rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser	IS-24/8	57 %	2016
46		Andel kommuner som svarer at de gir et svært godt eller godt tilbud til barn med milde og kortvarige rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser	IS-24/8	81 %	2016

## Nullpunktsmåling hovedmål 3

Hovedmål 3 er at «alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat». Tabell 4.5. inkluderer nullpunktsmålingen for indikatorer på kapasitet, kvalitet og samordning i rusbehandlingsrettede tjenester i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Se kapittel 2 og 3 for en nærmere beskrivelse av målet og valg av indikatorer.

Tabell 4.5. Nullpunktsmåling hovedmål 3.

#	Type	Indikator	Kilde	Nullpunkt	Måletidspunkt
47	Innsats	Antall polikliniske årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	SAMDATA	1 048	2016
48		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8	2 814	2016
49		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til barn med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8	796	2016
50		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8	6 241	2016
51		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8	475	2016
52	Aktiviteter	Antall mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre) som mottok støtte gjennom tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte problemer og barn og unge med sammensatte hjelpebehov»	Fylkesmannen	4	2016
53		Andel kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk	IS-24/8	70 %	2017
54		Andel kommuner som rapporterer at de har ulike typer oppsøkende flerfaglige team (ACT, FACT, andre mot voksne og andre mot barn)	IS-24/8	26 %	2017
55		Andel kommuner som har delt ut brukerutstyr for skadereduksjon (utstyr for injisering eller røyking av rusmidler, nalokson nesepress, kondomer/glidemiddel eller engangs tannbørster)	KORFOR	26 %	2016
56	Resultat	Gjennomsnittlig ventetid (antall dager) i TSB døgnbehandling per 3. tertial. Tertialvis venteliste-statistikk (endelige tall)	SAMDATA	77	2016
57		Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestenes tilgjengelighet som tilfredsstillende	BU	49 %	2017
58		Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8	77 %	2016
59		Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med kortvarige, alvorlige problemer/lidelser og langvarige, mildere problemer/lidelser	IS-24/8	67 %	2016

60	Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8	60 %	2016
61	Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8	43 %	2016
62	Andel brukere som rapporterer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere/mestre rusmiddelproblemer	BU	41 %	2017
63	Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestene som tilfredsstillende	BU	54 %	2017
64	Andel pasienter i TSB som rapporterer at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen	Pasienterfaringer TSB	60 %	2017
65	Andel pasienter i TSB som opplever at behandlerne/personalet har forberedt dem på tiden etter utskrivning i stor eller svært stor grad	Pasienterfaringer TSB	31 %	2017
66	Andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetaket fungerer svært godt eller godt for voksne med rusmiddelproblemer	IS-24/8	47 %	2016
67	Andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetaket fungerer svært godt eller godt for unge med rusmiddelproblemer	IS-24/8	36 %	2016
68	Andel kommuner som mener at kommunen/bydelen i stor grad eller svært stor grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer	IS-24/8	45 %	2016

## Nullpunktsmåling hovedmål 4

Hovedmål 4 er at «alle brukere skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse». Tabell 4.6. inkluderer nullpunktsmålingen for indikatorer for innsats, aktivitet og resultater av tjenester tilknyttet dette hovedmålet. Se kapittel 2 og 3 for en nærmere beskrivelse av målet og valg av indikatorer.

Tabell. 4.6. Nullpunktsmåling hovedmål 4.

#	Type	Indikator	Kilde	Nullpunkt	Måletidspunkt
69	Innsats	Andel kommuner som har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet	IS-24/8	58 %	2017
70	Aktivitet	Andel kommuner med individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) innen rusarbeid	IS-24/8	17 %	2017
71		Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å komme i arbeid	BU	23 %	2017
72		Andel brukere som rapporterer at de har fått praktisk hjelp til å mestre økonomien	BU	27 %	2017
73		Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å skaffe bolig	BU	43 %	2017
74		Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å komme i gang med meningsfulle aktiviteter	BU	24 %	2017
75		Andel brukere som mener de har fått tilfredsstillende oppfølging i kommunen etter siste utskrivning	BU	28 %	2017
76		Andel kommuner som mener de i stor eller svært stor grad mener de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig	IS-24/8	58 %	2017
77		Resultat	Andel brukere med tilfredsstillende bosituasjon (grønn)	BrukerPlan	71 %
78	Andel brukere med tilfredsstillende fysisk helse (grønn)		BrukerPlan	50 %	2016
79	Andel brukere med tilfredsstillende psykisk helse (grønn)		BrukerPlan	24 %	2016
80	Andel brukere med tilfredsstillende økonomi (grønn)		BrukerPlan	48 %	2016
81	Andel brukere med tilfredsstillende meningsfylt aktivitet (grønn)		BrukerPlan	28 %	2016
82	Andel brukere med tilfredsstillende rusmiddelbruk (grønn)		BrukerPlan	50 %	2016
83	Andel brukere med tilfredsstillende sosialt nettverk (grønn)		BrukerPlan	29 %	2016
84	Andel brukere som deltar i arbeidslivet		BrukerPlan	11 %	2016
85	Andel kommuner som mener at boligsituasjonen for målgruppen for kommunalt rusarbeid har bedret seg (bedring eller stor bedring) de siste årene		IS-24/8	28 %	2016
86	Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer		IS-24/8	10 %	2016

## Nullpunktsmåling hovedmål 5

Hovedmål 5 er å «utvikle og øke bruken av alternative strafferettslige reaksjoner og bedret rusbehandling i fengslene». Tabell 4.7. inkluderer nullpunktsmålingen for indikatorer på innsats, aktivitet og resultater av tjenester tilknyttet dette hovedmålet. Se kapittel 2 og 3 for en nærmere beskrivelse av målet og valg av indikatorer.

Tabell 4.7. Nullpunktsmåling hovedmål 5.

#	Type	Indikator	Kilde	Nullpunkt	Måletidspunkt
87	Aktivitet	Antall rusmestringsenheter og/eller Stifinnerenheter (antall plasser)	KDI	134	2016
88	Resultat	Antall personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12 (soning i behandlingsinstitusjon)	KDI	675	2016
89		Antall dømte i ND i poliklinisk behandling	KDI	144	2016
90		Antall dømte i ND i døgnbehandling	KDI	69	2016
91		Antall iverksatte betingede dommer i Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)	KDI	131	2016
92		Antall saker med ungdomsstraff	Konfliktrådet	28	2016
93		Antall saker med ungdomsoppfølging	Konfliktrådet	280	2016
94		Andel kommuner som har besvart IS-2494 som er helt enig i at helsetilbudet i fengslene er forsvarlig	Helsedirektoratet	53 %	2016



## 5. Arbeidet med planen

---

En av problemstillingene i evalueringen dreier seg om hvorvidt organiseringen av arbeidet og oppfølgingen av opptrappingsplanen er hensiktsmessig innrettet for å nå opptrappingsplanens mål og hovedmål. For å belyse dette gjennomfører vi en prosessevaluering hvor organisering og arbeid med planen, ulike aktørers tiltak og innsats studeres. På nasjonalt nivå har Helsedirektoratet og fem øvrige direktorater ansvar for å følge opp opptrappingsplanen. På regionalt nivå er det en rekke involverte aktører som på ulike måter kan bidra til at utviklingen i kommunene og tjenestene til personer med rusproblemer og deres pårørende utvikles i tråd med føringene i opptrappingsplanen.

Gjennomføring av opptrappingsplanen bygger i stor grad på det vi kan betegne som governance-styring (Røiseland & Vabo 2012). Økt informasjon, kunnskap og oppmerksomhet om gode og kunnskapsbaserte løsninger skal bidra til at kommunene og andre aktører bedrer tilbudet til målgruppen. Opptrappingen av tjenestene og tilbudene i kommunene forventes hovedsakelig å skje som følge av økning av de frie inntektene i rammeoverføringen til kommunene. Følgelig er det viktig å se nærmere på hvorvidt styringssignalene fra sentrale myndigheter til underliggende etater bidrar til oppfølging av oppfølgingsplanen, og at disse igjen fører til økt innsats, kompetanse og kapasitetsutbygging i kommunene. Senere vil vi i de kommende casestudiene se nærmere på kommunenes oppmerksomhet rundt utvikling på rusfeltet i tråd med disse sentrale styringssignalene.

I dette kapitlet vil vi gi en kort oversikt over organiseringen av arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet. I kapittel 6 går vi nærmere inn på direktoratenes arbeid med planen, i kapittel 7 ser vi nærmere på arbeidet med planen på regionalt nivå, og i kapittel 8 ser vi på arbeidet med planen i et kommunalt perspektiv.

### Organisering i Helsedirektoratet

Oppfølgingen av opptrappingsplanen er organisert som et prosjekt i Helsedirektoratet. Fram til nå har avdeling psykisk helse og rus i primærhelsetjenestedivisjonen vært prosjekteier, det vil si har hatt hovedansvaret for prosjektet i Helsedirektoratet. Et viktig forhold som må tas med i vurderingen av arbeidet med opptrappingsplanen i Helsedirektoratet så langt, er at de har gjennomført en omfattende omorganisering og nedbemanning. Dette har selvsagt også preget arbeidet med opptrappingsplanen. Det vi skisserer under, er organiseringen av arbeidet så langt. Fra 1. mars 2018 vil det være en ny organisering i Helsedirektoratet, og det er varslet at dette også vil påvirke organiseringen av arbeidet med opptrappingsplanen.

### Prosjektleder

Det har vært én ansatt som har hatt funksjonen som prosjektleder for opptrappingsplanen. I denne funksjonen har det vært en del utskiftninger hittil i prosjektperioden. Fram til september 2016 var det en person som fulgte arbeidet som også hadde vært aktivt involvert i Helsedirektoratets bidrag i utviklingen av opptrappingsplanen. Da

denne personen sluttet, var det en midlertidig løsning i direktoratet før det ble ansatt en person som fikk ansvaret som prosjektleder fra begynnelsen av 2017. Denne personen har også hatt andre arbeidsoppgaver i tillegg til prosjektlederrollen. En sentral oppgave for prosjektlederen er å ivareta Helsedirektoratets koordineringsrolle. Dette innebærer å tilrettelegge for samarbeidet med de øvrige direktoratene og samarbeid med Fylkesmannen og øvrige aktører på regionalt nivå. Fra sommeren 2017 ble det koblet på en person til for å lede arbeidet med opptrappingsplanen fra Helsedirektoratet. Denne personen fikk ansvaret for å lede arbeidsutvalget (se under). I forbindelse med omorganiseringen er det besluttet at denne personen vil være prosjektleder for arbeidet med opptrappingsplanen videre.

### **Prosjektgruppe**

Prosjektgruppen for opptrappingsplanen i Helsedirektoratet består av representanter fra ulike avdelinger og ansatte som er involvert på ulike tiltaksområder i opptrappingsplanen. Prosjektet har vært forankret i primærhelsedivisjonen i avdeling psykisk helse og rus. Det vil si at det er flere med i gruppen fra avdeling psykisk helse og rus med ansvar for ulike tiltak i planen. Det er ansatte med ansvar for henholdsvis spesialisthelsetjenestekontakt, for bruker- og pårørendearbeid, for bolig og kommunalt rusarbeid samt for overdoser. Fra primærhelsedivisjonen er i tillegg avdeling for minoritetshelse og rehabilitering med i gruppen. Folkehelsedivisjonen deltar i gruppen med avdeling for barne- og ungdomshelse. Sist er også divisjon for kompetanse og personell med i gruppen med avdeling for utdanning og personellplanlegging, her deltar en person som jobber med kompetanseløft 2020. Medlemmene i prosjektgruppen er kontaktpersoner til sine avdelinger og arbeidsfelt.

Prosjektgruppen beskrives mer som et orienteringsforum enn en operativ prosjektgruppe. Gruppen illustrerer noe av utfordringen med opptrappingsplanen, nemlig at den er svært omfattende og bred. Bare i Helsedirektoratet er det flere divisjoner og avdelinger representert i arbeidet. Noen av de som møter i prosjektgruppen, har kun et lite tiltak i planen, andre har hoveddelen av sin portefølje av tiltak i planen. Engasjementet for oppfølgingen varierer følgelig på grunn av dette. Gruppen er et bidrag til at alle som har et ansvar innenfor planen, vet hva som foregår, mindre en gruppe for å komme med forslag til hvordan direktoratet gjennom sine tilgjengelige tiltak og forvaltning av disse kan fremme målene i opptrappingsplanen på en mest mulig effektiv måte.

### **Styringsgruppe**

En gruppe med avdelingsdirektører utgjør styringsgruppen for arbeidet med opptrappingsplanen i Helsedirektoratet. Dette er avdelingsdirektører i avdelinger som har tiltak i opptrappingsplanen innenfor sin portefølje. Gruppen ledes av avdelingsleder for avdeling psykisk helse og rus. Det viser seg at denne gruppen har hatt svært få møter hittil. Ut fra intervjuer framgår det at det kun var ett møte i denne styringsgruppen i 2017.

### **Helsedirektoratets råd for psykisk helse og rus**

Brukerorganisasjonene har ingen formell representasjon i noen arbeidsgrupper eller forum knyttet til opptrappingsplanen for rusfeltet på nasjonalt nivå. Brukerrådet for rus og psykisk helse i Helsedirektoratet er et høringsorgan i arbeidet med planen. Evalueringsoppdraget er for eksempel lagt fram for rådet for innspill til videre prosess.



## **Helsedirektoratets samarbeid med andre aktører**

Det felles samarbeidet om opptrappingsplanen for rusfeltet startet med en samling for alle involverte aktører i september 2016. På denne samlingen var alle de involverte direktoratene og departementene invitert samt brukerorganisasjoner, kompetansesentrene og rådgiverne hos fylkesmannsembetene.

### **Tverrdirektoral arbeidsgruppe**

Helsedirektoratet leder en arbeidsgruppe hvor alle de fem øvrige direktoratene som har ansvar for tiltakene i opptrappingsplanen, er invitert med. Gruppen startet opp i september 2016. Det første halve året deltok alle direktoratene, men Utdanningsdirektoratet har ikke deltatt i gruppen i 2017.

Direktoratene har laget en felles tiltaksoversikt for direktoratenes gjennomføring av opptrappingsplanen. Oversikten er organisert under hvert av de fem hovedmålene i planen, og det er utviklet indikatorer for måloppnåelse på hvert område. Oversikten viser pågående tiltak og status knyttet til alle de 77 «regjeringen vil»-punktene under opptrappingsplanen. Gruppen møtes om lag seks ganger i året.

### **Arbeidsutvalg**

I 2017 ble det opprettet et arbeidsutvalg (AU) for opptrappingsplanen. Fem fylkesmannsembeter er representert i utvalget i tillegg til to kompetansesentre for rus, et regionalt kompetansesenter for barn og unge samt et regionalt kompetansesenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. I tillegg er det en representant fra de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet leder gruppen. I mandatet står det at AU skal bistå og være et bindeledd mellom Helsedirektoratet, fylkesmannsembetene og de regionale kompetansesentrene innen rus, psykisk helse og vold – og traumefeltet i arbeidet med å gjennomføre opptrappingsplanen for rusfeltet på regionalt nivå. Mandater presiserer flere punkter hvor AU skal bidra. Et av punktene er at AU skal utarbeide en rådgivende strategiplan for det regionale arbeidet med opptrappingsplanen. I planen skal det blant annet gis råd om og anbefalinger om hvilke innsatsområder fylkesmannsembetene og kompetansesentrene bør prioritere det enkelte år i gjennomføringen av opptrappingsplanen på regionalt nivå. Dette arbeidet startet opp i mai 2017, og planen vil foreligge i første del av 2018.

### **Rådgivende utvalg**

Opprinnelig var det tenkt opprettet et rådgivende utvalg for opptrappingsplanen på rusfeltet, på nasjonalt nivå og med brei representasjon (referert i konkurransegrunnlaget for evalueringsoppdraget). Dette er ikke effektivt. I stedet blir det fra Helsedirektoratet argumentert med at saker knyttet til opptrappingsplanen kan legges fram for et nyopprettet forum for psykisk helse, rusarbeid, vold og traumer. Her vil det være representasjon fra brukerorganisasjoner, fylkesmannsembeter, kompetansesentre og Folkehelseinstituttet, KS, kommuner samt spesialisthelsetjenesten. Opptrappingsplanen har foreløpig ikke vært et tema i dette forumet.



## 6. Direktoratenes mandat og arbeid

---

Det er seks departementer som er ansvarlige for opptrappingsplanen for rusfeltet, og seks direktorater som har ansvar for å iverksette opptrappingsplanen på statlig nivå. Opptrappingsplanen for rusfeltet er avgitt fra Helse- og omsorgsdepartementet på vegne av regjeringen, og Helsedirektoratet er gitt et sentralt ansvar for å koordinere den statlige innsatsen. De fem øvrige direktoratene som er gitt et selvstendig ansvar for å bidra til gjennomføring av opptrappingsplanen for rusfeltet, er: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken, Kriminalomsorgsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet (jf. HOD 2016, brev til berørte direktorater).

I dette kapitlet ser vi på hvilket oppdrag direktoratene er gitt i tildelingsbrevene fra sine departementer, og deres vurderinger av eget ansvar og felles arbeid med opptrappingsplanen til nå.

### Felles oppdrag

Direktoratenes felles oppdrag om å bidra til gjennomføring av opptrappingsplanen for rusfeltet kom i et brev til Helsedirektoratet fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 6.6.2016. I brevet vises det til at det er seks departementer som er ansvarlige for opptrappingsplanen, og seks direktorater som skal iverksette opptrappingsplanen på statlig nivå. Brevet ble sendt fra Helse- og omsorgsdepartementet med kopi til alle berørte direktorater på vegne av alle berørte departementer. I brevet presiseres det at hovedinnsatsen i planen skal rettes mot kommunesektoren, og at planen i hovedsak er rettet mot personer som har et rusproblem eller står i fare for å utvikle rusproblemer.

I brevet gis det videre en nærmere beskrivelse av oppdraget hvor det første punktet er at

«Helsedirektoratet gis i oppdrag å forberede og koordinere gjennomføringen av opptrappingsplanen på rusfeltet (2016–2020), herunder etablere et evaluerings- og følge med opplegg. Helsedirektoratet skal følge opp helsemyndighetenes tiltak i planen, tilsvarende skal de andre direktoratene følge opp sine sektordepartementers tiltak».

Videre presiseres behovet for å ha en bred tilnærming til alle sektorene som inngår i planen, og se ulike andre oppgaver, satsinger og tilskuddsordninger knyttet til dette i sammenheng med planen. Om Helsedirektoratets koordineringsansvar for direktoratenes arbeid står dette:

«Dette koordineringsansvaret innebærer å ha oversikt over arbeidet og legge til rette for den nødvendige framdriften. Flere av tiltakene er forankret i andre arbeider, som 0–24 samarbeidet, Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse, strategi mot barnefattigdom og Bolig for velferd. For å unngå dobbelt-

rapportering koordineres oppfølging og iverksetting av tiltak innen nevnte arbeider av de ansvarlige departement».

Helsedirektoratet gis i oppdrag å utvikle et system for å følge innsatsen gjennom opptrappingsplanperioden. Dette inkluderer å utarbeide en plan for oppfølging av opptrappingsplanen samt å hente innspill fra de øvrige direktoratene til felles dokumenter som statusrapporter eller lignende. Helsedirektoratet skal også levere forslag til tiltak som skal gjennomføres i løpet av planperioden som del av det ordinære arbeidet med statsbudsjettet.

Brevet kan ikke beskrives som en tydelig bestilling til de involverte direktoratene av hva som skal være deres rolle i arbeidet. Et det for eksempel slik at oppdraget innebærer at de følger opp de tiltakene som er nevnt i planen for sine områder, og sender en status på dette til Helsedirektoratet, eller innebærer det noe mer utover dette? Brevet refererer tydelig til en rekke andre pågående satsinger og strategier som noen av tiltakene er forankret i, og legger inn en forventning om at det må unngås dobbelrapportering. I brevet er det ikke tydelig formulert hvordan hensynet til å unngå dobbelrapportering er tenkt håndtert, og hvilken rolle de ansvarlige departementene er tenkt å ta for dette. For å få et tydeligere bilde av hvilke styringssignaler de involverte direktoratene har fått knyttet til sitt ansvar i oppfølging av opptrappingsplanen, har vi sett nærmere på de enkelte direktoratenes tildelingsbrev.

## Direktoratenes oppdrag i tildelingsbrev

### Helsedirektoratets oppdrag

Helsedirektoratet har vært involvert i utviklingen av opptrappingsplanen for rusfeltet. Oppfølging av regjeringens politikk på rus- og psykisk helsefeltet er en viktig del av direktoratets samfunnsoppdrag, og følgelig er det naturlig at de har bistått departementet i arbeidet med planen. I 2014 fikk Helsedirektoratet et spesifisert oppdrag (HOD 2014) om å bidra med innspill på en rekke nevnte områder til departementets arbeid med opptrappingsplanen. I tillegg til å bidra med innspill, status og vurderinger på ulike områder ble Helsedirektoratet bedt om å planlegge og arrangere tre rådslag/folkemøter eller dialogkonferanser knyttet til arbeidet med opptrappingsplanen. Vi har innledningsvis kommentert hvordan prosessen med utvikling av opptrappingsplanen, med blant annet disse tre rådslagene, har ført til at opptrappingsplanen vurderes i stor grad å gjenspeile behov og trender i rusfeltet. Samtidig har den breie involveringen i prosessen trolig medført at mange miljøer innenfor rusfeltet har opparbeidet store forventninger til opptrappingsplanens innhold.

I tildelingsbrevet for 2016 (Helse- og omsorgsdepartementet 2015; Helsedirektoratet, tildelingsbrev 2016) vises det til opptrappingsplanen for rusfeltet i forbindelse med en prioritering av tilskuddsmidler til etablering av mottaks- og oppfølgingsentre, samt etablering og drift av oppsøkende behandlingsteam innenfor tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester og barn og unge med sammensatte hjelpebehov» (ibid.: Kap. 765, post 60). Under posten 2.3.3.4 Spesielle oppdrag gis Helsedirektoratet følgende oppdrag:

«Helsedirektoratet gis i oppdrag å forberede og koordinere gjennomføringen av opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), herunder etablere et evaluerings- og følge med opplegg».

Helsedirektoratet får også under samme post et spesifikt oppdrag knyttet til å videreutvikle modellene for oppsøkende behandlingsteam, noe som må sees som tett relatert til mål og tiltak i opptrappingsplanen for rusfeltet. I dette tildelingsbrevet gis det også spesifikke oppdrag knyttet til samarbeid med brukerorganisasjoner, regionale helseforetak / relevante fagmiljøer og KS om å iverksette et utviklingsarbeid om pakkeforløp både på psykisk helse- og rusområdet.

I tildelingsbrevet for 2017 er Helsedirektoratets oppdrag mer spesifisert:

«Helsedirektoratet skal bidra til å gjennomføre Opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015-2016) som en helhetlig og tversektoriell plan, herunder rapportere fortløpende på status, framdrift og avvik i de faste samarbeidsmøtene med departementet. Helsedirektoratet skal koordinere direktoratenes arbeid. Innen 15. januar 2018 skal Helsedirektoratet utarbeide årsrapport for 2016 for Opptrappingsplanen for rusfeltet, som oppsummerer og analyserer effekter og resultater av planen sett i sammenheng med statistikk og forskning om utviklingen i sektoren. Det vises i tillegg til tversektorielt oppdrag på Bolig for velferd under punkt 2.3.1.4». (HOD: Tildelingsbrev Helsedirektoratet 2017, 2.3.3.4).

Helsedirektoratet er et av seks direktorater som er ansvarlige for gjennomføring av den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd (2014–2020). Husbanken har koordineringsansvaret for denne strategien hvor også bolig for personer med rusproblemer er tema. Oppdraget om å utarbeide årsrapport for 2016 Opptrappingsplanen for rusfeltet innen 15. januar 2018 er senere frafalt av hensyn til at ordinær rapportering skal komme i juni 2018.

### **Husbanken**

Bolig er sterkt vektlagt i opptrappingsplanen og spesifikt tatt opp som en prioritet innenfor satsingsområdet ettervern og oppfølgingstjenester. I tildelingsbrevet for 2016 (KMD: Husbanken, tildelingsbrev 2016:5) står det under 3.2 Hovedmål 2: Vanskeligstilte skal kunne skaffe seg og beholde egnet bolig:

«Helsedirektoratet har høsten 2015 fått i oppdrag å forberede og koordinere gjennomføringen av opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Husbankens rolle er å bistå i gjennomføringen av planen, og særlig synliggjøre hvordan ordningene bidrar til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo».

Husbanken gis følgelig et ansvar for å bidra i gjennomføringen av planen med særlig vektlegging av hvordan de boligsosiale ordningene bidrar til at flere rusavhengige kan få et sted å bo. Husbanken har parallelt med dette koordineringsansvaret for den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd (2014–2020). I Husbankens tildelingsbrev for 2017 blir det slått fast at målene i Bolig for velferd har tydelige grenseflater til andre nasjonale satsinger, og Husbanken gis følgende oppdrag:

«Husbanken skal følge opp tiltakene som sorterer under KMDs ansvarsområde i Opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015–2016)). Helsedirektoratet koordinerer arbeidet på direktoratsnivå. Status og framdrift på de ulike tiltakene skal rapporteres årlig og være del av en årlig oppsummering om måloppnåelse».

### **Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir)**

Arbeids- og sosialdepartementets tildelingsbrev 2016 for Arbeids- og velferdsdirektoratet viser at det dette året ikke var noen direkte referanse til AVdir rolle i arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet. Det er én referanse til planen knyttet til at tilskudd til frivillig arbeid (post 70) økes som et ledd i opptrappingsplanen for rusfeltet. Dette dreier seg blant annet om tilskudd til aktiviseringer og arbeidstrening i regi av frivillige organisasjoner (tildelingsbrev 2016:12).

I tildelingsbrevet for 2017 er Arbeids- og velferdsdirektoratets oppdrag tydeligere: Under punkt 3.3 Levekår for de vanskeligst stilte, 3.3.1 Tilrettelegge for god kompetanse og kvalitet i de sosiale tjenestene i NAV-kontoret er det laget en liste over ulike tverrsektorielle strategier og satsinger som direktoratet skal delta i samarbeidet om. Her står det følgende om direktoratets involvering i opptrappingsplanen for rusfeltet:

«Arbeids- og velferdsdirektoratet skal følge opp Arbeids- og sosialdepartementets tiltak i planen. Helsedirektoratet skal koordinere direktoratenes arbeid. Arbeids- og velferdsdirektoratet må være forberedt på å bidra i dette arbeidet i 2017. Status og framdrift på de ulike tiltakene skal rapporteres årlig, og rapporteringen skal gi grunnlag for en årlig oppsummering som viser måloppnåelse og framdrift for tiltakene» (Tildelingsbrev 2017:11).

### **Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)**

Barne- og likestillingsdepartementets tildelingsbrev til Bufdir for 2016 har ingen referanser til opptrappingsplanen eller Bufdirs rolle relatert til denne planen. Den eneste referansen til rus overhodet i dette tildelingsbrevet finner vi under kapittel 846 Familie og oppveksttiltak hvor det under post 62 Utvikling i kommunene står at det er satt av 23,5 millioner kroner til tilskuddsordningen Barn av psykisk syke og barn av rusmisbrukere. I tillegg står det her hvor mye penger som er satt av til tilskuddsordningen Støtte til oppfølgings- og losfunksjoner for ungdom, som er en ordning som omtales under tidlig innsats i opptrappingsplanen. Det samme gjelder programmet Nurse Family Partnership, som det i tildelingsbrevet henvises til som del av tiltaksplanen mot vold og overgrep, En god barndom varer livet ut. Det er ingen henvisning til opptrappingsplanen for rusfeltet knyttet til disse oppdragene.

I tildelingsbrevet for 2017 er oppdraget til Bufdir knyttet til opptrappingsplanen kommet inn under mål 4: Gode oppvekst- og levekår for barn og ungdom hvor det under 4.1.2 står:

«Bufdir skal følge opp BLDs tiltak og innsatsområder i Opptrappingsplanen for rusfeltet. Helsedirektoratet skal koordinere direktoratenes arbeid. Bufdir må være forberedt på å bidra i dette arbeidet i 2017».

### **Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI)**

I Justis- og beredskapsdepartementets tildelingsbrev til KDI for 2016 er det ingen spesifikk referanse til opptrappingsplanen, men et av de prioriterte tiltakene i opptrappingsplanen, Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), er med. Her står det:

«Regjeringen styrker innsatsen mot mennesker med rusproblemer som har begått kriminalitet ved at straffereaksjonen betinget dom med Narkotikaprogram med domstolskontroll gjøres landsdekkende. Det vises til omtale under punkt 3.2.1.» (Tildelingsbrev 2016, side 3).

I tildelingsbrevet for 2017 er KDIs oppdrag tydeliggjort, og det står:

«Kriminalomsorgen skal prioritere gjennomføring av Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). I 2017 er det bevilget 12 mill. kroner til å etablere behandlingstilbud for rusavhengighet ved 3 nye stifinnerenheter for rusbehandling. Fengselshelsetjenestens tilbud er styrket med 10 mill. kroner. Dette skal bidra til å bedre det polikliniske tilbudet innen psykisk helsevern og primærhelsetjenestetilbudet i fengslene».

Under spesifiserte oppdrag presiseres det at KDI skal følge opp departementets tiltak i planen. Det vises til at Helsedirektoratet skal koordinere direktoratenes arbeid, og at KDI må være forberedt på å bidra i dette arbeidet.

### **Utdanningsdirektoratet**

Forebygging, tidlig innsats og referanser til skolens rolle innenfor dette er en del av opptrappingsplanen for rusfeltet. En gjennomgang av Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev til Utdanningsdirektoratet for både 2016 og 2017 viser at det ikke er gitt noen spesifikke oppdrag eller referanser til opptrappingsplanen for rusfeltet i disse tildelingsbrevene.

### **Direktoratenes arbeid med planen**

Gjennomgangen av tildelingsbrevene viser at direktoratene i svært ulik grad har fått et spesifikt oppdrag knyttet til opptrappingsplanen for rusfeltet. Det må bemerkes at det er noe ulik praksis mellom departementene om hvordan denne type oppdrag gis og omtales i tildelingsbrev.

Helsedirektoratet er på mange måter eier av opptrappingsplanen for rusfeltet, og direktoratet er ansvarlig for eller involvert i en rekke av tiltakene i planen. Direktoratet er også gitt i oppdrag å koordinere den felles innsatsen for implementering av planen. Det felles oppdraget fra HOD til direktoratene er lite spesifisert. Oppdragsbrevet er stilet til Helsedirektoratet med kopi til de øvrige direktoratene og ansvarlige departementene. Ser vi på de enkelte tildelingsbrevene, er det hovedsakelig gitt oppdrag om at de enkelte direktoratene skal følge opp eget departements tiltak i planen og bistå Helsedirektoratet i gjennomføringen. Hvordan direktoratene skal bistå Helsedirektoratet i gjennomføringen, er ikke definert utover rapportering av status på egne tiltak. Hvordan direktoratene eventuelt skal bidra til en mer samordnet innsats på rusfeltet, er ikke nevnt. Generelt er det en norm om at departementene ikke skal detaljstyre fagdirektoratene, og dette kan være et uttrykk for at departementene forventer at direktoratene selv finner egnet samarbeidsform og hvordan de vil følge opp planen sammen.

Husbanken er det eneste direktoratet bortsett fra Helsedirektoratet hvor det i tildelingsbrevet for 2016 ble varslet at de skulle følge opp KMDs tiltak i opptrappingsplanen og bistå Helsedirektoratet i gjennomføring.

For 2017 har alle bortsett fra Utdanningsdirektoratet fått spesifisert i tildelingsbrevet at de skal bistå Helsedirektoratet i oppfølgingen av opptrappingsplanen for rusfeltet og følge opp eget departements tiltak.

Det mest eksplisitte oppdraget for oppfølging av opptrappingsplanen er for KDI. Direktoratet har også ansvar for helt sentrale nye tiltak i opptrappingsplanen for rusfeltet. I 2016 er ikke selve opptrappingsplanen nevnt i tildelingsbrevet, men direkto-

ratet får oppdraget knyttet til at Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) utvides og gjøres permanent, et viktig tiltak innenfor hovedmål 5 i opptrappingsplanen. I 2017 presiseres det at direktoratet skal prioritere oppfølging av opptrappingsplanen. Husbanken har spesifikke referanser i tildelingsbrevet knyttet til boliger for personer med rusmiddelproblemer, tydelig definert som en del av deres pågående arbeid med strategien Bolig for velferd. Det er kun KDI, i tillegg til Helsedirektoratet, som har flere sentrale tiltak i opptrappingsplanen for rusfeltet spesifisert i tildelingsbrevet og et definert ansvar for å følge opp disse.

### **Direktoratgruppens arbeid**

Alle direktoratene bortsett fra Utdanningsdirektoratet deltar i en felles direktoratgruppe for oppfølging av opptrappingsplanen. Representasjon i gruppen fra de ulike direktoratene er på saksbehandlernivå. Intervjuer i direktoratene viser at i mange av direktoratene har det vært en intern runde for å finne fram til hvem som skulle representere dem i gruppen. For flere av direktoratene kunne flere avdelinger eller enheter være aktuelle som deltagere i arbeidet med planen, men direktoratet har foretatt en pragmatisk beslutning om hvem som deltar. Representantene vil da koordinere rapporteringen fra de ulike tiltakene fra deres direktorat inn til det felles arbeidet. I Bufdir er det en ansatt fra voldsseksjonen i avdeling for oppvekst som deltar i gruppen. Denne personen er ansvarlig for å koordinere rapporteringen til direktoratgruppen fra Bufdir. Flere av tiltakene eller satsingene som er nevnt i planen, er forankret i andre seksjoner og avdelinger. Representanten må da ta kontakt med ansvarlige i andre deler av Bufdir når det skal rapporteres status. I AVdir ble det besluttet at en person fra kontoret for statlige tjenester, tiltaksarbeidet, skulle delta i arbeidsgruppen. Representanten som gikk inn i gruppen, var sterkt involvert i arbeidet med individuell jobbstøtte (IPS). Internt i AVdir har det etter hvert vist seg et behov for mer aktiv involvering, også av den kommunale delen når de skulle rapportere på AVdirs tiltak i planen. Dette gjelder især det boligsosiale arbeidet. AVdir møter nå med to representanter i arbeidsgruppen, en fra den statlige delen og en fra den kommunale delen av direktoratet.

For Husbanken er arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet sterkt sammenfallende med arbeidet med strategien Bolig for velferd. Deltageren i arbeidsgruppen kommer fra regionkontoret til Husbanken øst, som har et nasjonalt fagansvar for det boligsosiale arbeidet, men representerer også Husbankens strategikontor i denne sammenhengen. Husbanken har et omfattende arbeid ut mot kommunene innenfor det boligsosiale området, og bolig for personer med rusmiddelproblemer er en del av dette.

For KDI deltar en rådgiver som er hovedansvarlig for rusfeltet i direktoratet. For KDI representerer opptrappingsplanen for rusfeltet flere betydelige satsinger på deres område. Dette har følgelig stor oppmerksomhet i direktoratet, og oppdraget knyttet til oppfølging av opptrappingsplanen er tydelig forankret i eget departement.

### **Mange pågående tiltak**

Intervjuene i direktoratene viser at arbeidet med opptrappingsplanen i liten grad er forankret på ledelsesnivå i de involverte direktoratene, bortsett fra i KDI. Nærmeste leder til deltager i direktoratgruppen eller ansvarlig kontor er orientert om opptrappingsplanen for rusfeltet, men arbeidet med planen er ikke et tema på ledernivå. Dette må sees i sammenheng med at for flere av direktoratene er tiltakene som er inkludert i opptrappingsplanen, pågående arbeid som i utgangspunktet ikke ble initiert som del av opptrappingsplanen. I et av direktoratene peker informanten på en



rekke ulike strategier og planer som hun har liggende på pulten sin. Dette er planer som direktoratet har ansvar for å følge opp. Noen av planene har direktoratet koordineringsansvar for. I mange av dem har de et omfattende ansvar. Alle tiltakene som ligger i opptrappingsplanen for rusfeltet, er pågående tiltak i én eller flere av disse strategiene og planene.

### ***Stor oppmerksomhet om rapportering***

Direktoratene har utarbeidet en felles oversikt over alle tiltak fra de ulike direktoratene innenfor alle hovedområdene i opptrappingsplanen. I intervjuene med direktoratene har vi vært opptatt av hvordan den felles direktoratgruppen fungerer. Aktiviteten i arbeidsgruppen har i stor grad dreid seg om å rapportere inn pågående tiltak fra de enkelte direktoratene til denne felles oversikten. For noen av direktoratene har det vært en stor jobb bare å lage en oversikt over de tiltakene som er med i planen fra deres direktorat. Mange er kritiske til formen på det tverrdirektorale arbeidet. Det gis mye ros til Helsedirektoratet for deres innsats i arbeidet med å skape en felles oversikt over direktoratenes arbeid, men samtidig etterspørres mer oppmerksomhet om felles tiltak eller samarbeid for å understøtte målene i opptrappingsplanen. Det er mye samarbeid mellom ulike direktorater i gruppen på enkeltsatsinger, men den felles arbeidsgruppen har ikke så langt bidratt til noen styrking eller initiering av samarbeid på områder hvor det ikke er aktivitet allerede.

En av informantene nevner et oppdrag om å se ulike tilskuddsordninger i sammenheng for å kunne styrke prioriteringen i kommunene av ønskede mål i opptrappingsplanen. Dette har ikke vært fulgt opp som del av dette arbeidet. Det refereres til at det har vært diskusjon om muligheten for å utvikle felles satsingstiltak på området (innspill til arbeidet med statsbudsjettet), men dette har ikke blitt fulgt opp videre. Flere mener at en må komme over i en ny fase av arbeidet med opptrappingsplanen på direktoratsnivå hvor en blir mer opptatt av hva en kan jobbe sammen om. En av informantene beskriver at det inntil nå har vært slik at en har samlet alt som pågår, uten at det har blitt noe mer ut av det.

### ***Potensielt større oppmerksomhet om rusproblematikk***

Til tross for en del kritiske røster knyttet til denne oppmerksomheten om rapportering kan det tenkes at kravet til å rapportere inn pågående tiltak på rusfeltet faktisk kan styrke oppmerksomhet i de enkelte involverte direktoratene om dette feltet. Det vil si at selv om ikke det tverrdirektorale arbeidet bidrar til en mer koordinert og samordnet innsats på rusfeltet per se, så bidrar arbeidet kanskje til mer bevissthet om rusfeltet i hvert enkelt direktorat. Det er interessant å følge videre. Fører opptrappingsplanen til mer oppmerksomhet om rusrelaterte spørsmål i de involverte direktoratene, og bidrar de slik til måloppnåelse på opptrappingsplanens områder? Et eksempel kan være AVdir, som har mye oppmerksomhet rettet mot bruken av metodikk som IPS og jobbmestrende oppfølging også for personer med rusproblemer. På samme måte arbeides det med å styrke oppmerksomhet om å ha jobbspesialister også i rusteamene ved NAV-kontorene. Direktoratet anvender opptrappingsplanen for rusfeltet til å underbygge valgte prioriteringer overfor kontorene ute, for eksempel i videre satsing på IPS.

### ***Hva er merverdien av felles rapportering?***

I betraktning av direktoratenes felles arbeid med opptrappingsplanen for rusfeltet fram til nå er merverdien av å skulle jobbe sammen på statlig nivå utydelig og lite definert.

Flere etterlyser «hva det spesifikke med opptrappingsplanen er», og «hva det nye er». For flere av direktoratene er det lite nytt i planen. En av informantene i et av direktoratene sier at da de ble invitert inn i arbeidet med opptrappingsplanen fra Helsedirektoratet, gikk de igjennom planen, og deres vurdering var at «det var ingenting som lå der, som vi ikke gjorde allerede». De signalene som ligger i opptrappingsplanen om samordning av innsats, se ting i sammenheng (jf. målet om å bidra til «en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusproblemer, og for personer med alvorlig rusavhengighet samt deres pårørende» (Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020):6)), er så langt lite vektlagt i direktoratenes arbeid utover de tiltakene som er pågående.

### **Utdanningsdirektoratet som illustrasjon på utfordringene ved valgt form**

Gjennomgangen av direktoratenes oppdrag i tildelingsbrev over viser at Utdanningsdirektoratet i motsetning til de øvrige direktoratene (som i stor grad har fått likelydende oppdrag i tildelingsbrevet for 2017) ikke har noe i sine tildelingsbrev hverken i 2016 eller 2017 om deres rolle i opptrappingsplanen for rusfeltet. Utdanningsdirektoratet er det direktoratet som har færrest eksplisitte tiltak i opptrappingsplanen. Vi velger å gå litt nærmere inn på Utdanningsdirektoratets situasjon i og med at de har valgt å trekke seg ut av den tverrdirektorale arbeidsgruppen.

I opptrappingsplanen refereres det til 0–24-samarbeidet hvor Utdanningsdirektoratet har koordineringsansvaret. Flere tiltak som inngår i 0–24-samarbeidet, er relevante for å støtte opp under opptrappingsplanen, men majoriteten av disse er det andre direktorat enn Utdanningsdirektoratet som har ansvaret for. Dette gjelder blant annet målet om at regjeringen vil videreutvikle helsestasjons- og skolehelse-tjenesten (Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020):42), som er Helsedirektoratets ansvarsområde, eller referansen til oppfølging og losfunksjon for ungdom for å hindre at utsatt ungdom faller ut av videregående skole (Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020):36), som er en tilskuddsordning som Bufdir forvalter. I planen er det også en referanse til Kunnskapsdepartementets arbeid med et prosjekt for flere yrkesgrupper inn i skolen, kalt Et lag rundt eleven (Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020):33), men her er Kunnskapsdepartementet prosjekteier. Relevansen for Utdanningsdirektoratets ansvarsområder er klar på flere områder i planen uten at direktoratet har en direkte rolle i oppfølging av de nevnte tiltakene. Under tidlig innsats står det blant annet: «Regjeringen vil bidra til å etablere et tettere samarbeid mellom barnevern, helsestasjoner, barnehage, skole, politi og NAV for å unngå at barn blir kasteballer mellom offentlige etater» (Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020):33). Et av tiltakene knyttet til dette er å revidere veilederen *Fra bekymring til handling*. Dette skal skje i et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Politidirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Dette tiltaket er det eneste i opptrappingsplanen hvor Utdanningsdirektoratet har et selvstendig ansvar for å bidra.

I Utdanningsdirektoratet ble ansvaret for å følge opp opptrappingsplanen lagt til en avdeling som arbeider med læreplanverket. Andre avdelinger, som en avdeling for læringsmiljø, vurderes å kunne være mer relevant, men de hadde ikke kapasitet. Koblet til referansene over kunne det være naturlig å knytte oppfølgingen til direktoratets arbeid med 0–24-samarbeid. Uansett valgte direktoratet etter et halvt år trekke seg ut av arbeidsgruppen. Fra Helsedirektoratet og andre informanter blir det vektlagt at det er viktig at Utdanningsdirektoratet deltar i dette arbeidet. Likevel er Utdanningsdirektoratets posisjon lett å forstå ut fra hvordan arbeidet med planen har

vært organisert til nå. De har ingen eksplisitte tiltak fra den aktuelle avdelingen å bidra med inn i tiltaksoversikten eller rapportere på. De kunne koblet på 0–24-samarbeidet, men majoriteten av relevante tiltak er allerede representert gjennom andre direktorater. Mange tiltak i planen dreier seg om helsesiden og utviklingen av rusfeltet i kommunene. Den mer generelle forebyggende aktiviteten er mindre prioritert i planen. Skal en se det fra Utdanningsdirektoratets ståsted, vil et tverrdirektoralt samarbeid som dreier seg om å orientere om ulike tiltak og utviklingen på disse, framstå som muligens lite interessant. Utviklingsarbeid knyttet til deres spesifikke tiltak, revidering av planen Fra bekymring til handling, vil foregå i andre fora og ikke avhenge av deltagelse i den tverrdirektorale arbeidsgruppen.

### **Rammer for innsats**

Tilgjengelige ressurser og tid er selvsagt viktig for hva Helsedirektoratet har kunnet bidra med i oppfølging av det tverrdirektorale arbeidet. Direktoratet har vært i en omorganiseringsprosess som har tatt mye ressurser. Det var lenge kun én person knyttet til direkte oppfølging av dette arbeidet, og personen hadde flere andre arbeidsoppgaver. Intervjuene i direktoratene viser at med unntak av KDI og Helsedirektoratet har eget departement i svært begrenset grad fulgt opp prioritering av opptrappingsplanen i styringsdialogen. Formen på planen med stor grad av sammensetting av allerede pågående prosesser og tiltak kan være en forklaring på dette.

Å tilrettelegge eller fremme felles utviklingsarbeid mellom de involverte direktoratene vil kreve ressurser og god forberedelse fra Helsedirektoratet. Det vil også kreve lederforankring av direktoratenes felles arbeid. De som møter i arbeidsgruppen, er på rådgivernivå og har følgelig begrenset myndighet til å initiere utviklingsprosesser og vurdere hvor direktoratene bør legge inn en ekstra felles innsats blant alle de ulike tiltak og strategier som foreligger. Dette tilsier at det kanskje bør vurderes sterkere lederforankring av dette arbeidet framover.

### **Oppsummering**

Dette kapitlet viser at alle involverte direktorater bortsett fra Utdanningsdirektoratet har fått et eksplisitt oppdrag i tildelingsbrevet for 2017 om å bidra i gjennomføringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Bortsett fra Helsedirektoratet er det KDI som har fått det tydeligste mandatet til å prioritere dette arbeidet.

Det felles oppdraget til direktoratene er lite tydelig. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å koordinere innsatsen, men hva de øvrige direktoratene skal bidra med utover å rapportere på egne tiltak, er ikke spesifisert. Det er behov for en tydeligere definering av hva en ønsker med det tverrdirektorale arbeidet utover ren rapportering på pågående arbeid. Er det for eksempel en forventning om at direktoratene skal bidra til å fremme en mer samordnet innsats på rusfeltet? I det felles oppdragsbrevet vises det til flere andre pågående satsinger og strategier som noen av tiltakene er en del av, og det står at det skal unngås dobbeltrapping. Slik direktoratenes felles arbeid med opptrappingsplanen for rusfeltet har vært organisert fram til nå, innebærer det stor risiko for nettopp dobbeltrapping og merarbeid for direktoratene.



## 7. Den regionale innsatsen

---

I den statlige oppfølgingen av opptrappingsplanen på rusfeltet er det flere aktive aktører på regionalt nivå. Fylkesmannsembetene med deres rådgivere spiller en viktig rolle. Det samme gjør de regionale kompetansesentrene på rusfeltet. De regionale helseforetakene er en tredje sentral aktør. I dette kapitlet går vi nærmere inn på disse tre aktørenes rolle og status knyttet til arbeidet med opptrappingsplanen. Hvilke styringssignaler har de ulike aktørene fått? Hvilken rolle vurderer de selv at de skal ha i arbeidet med opptrappingsplanen? Hvilke aktiviteter og planer har de i dag?

### **Fylkesmannsembetenes oppfølging av opptrappingsplanen**

Som en del av organisasjonsstudien er det viktig å få oversikt over hvordan fylkesmannsembetene prioriterer og følger opp opptrappingsplanen. For å klargjøre fylkesmannsembetenes mandat for oppfølging av opptrappingsplanen har vi gått gjennom tildelingsbrev og andre dokumenter som inngår i styringsdialogen med embetene. For å få et bilde av fylkesmannsembetenes arbeid på området og hvordan de vurderer sitt ansvar, har vi gjennomført en egen spørreundersøkelse til alle embetene samt gjennomgått embetenes rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke planer de har for å følge opp arbeidet med planen. Spørreundersøkelsen er besvart av rusrådgiverne ved fylkesmannsembetene. I presentasjonen under ser vi først på hvilket mandat som er gitt fylkesmannsembetene for oppfølging av planen, hvilke styringssignaler de har fått, og hvordan de vurderer sitt oppdrag. Videre ser vi på hvordan fylkesmannsembetene vurderer utfordringene i kommunene på rusfeltet, og hvilke behov for oppfølging de har. Til slutt ser vi nærmere på hvilke planer og aktiviteter fylkesmannsembetene har for oppfølging av opptrappingsplanen.

### **Fylkesmennenes rolle i oppfølging av opptrappingsplanen**

Fylkesmennene har en sentral rolle i arbeidet med rus- og psykisk helsearbeid overfor kommunene. I tildelingsbrevet for 2016 knyttes fylkesmannens ansvar på området til oppfølging av Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Dette framkommer under punkt 3.1.3.2 i tildelingsbrevet «Økt kapasitet og kompetanse om psykisk helse og rus, med satsing på bedre forebygging og sammenhengende tjenester» hvor det er knyttet styringsparametere og resultatmål til kommunenes bruk av BrukerPlan eller lignende kartleggingsverktøy, kommunenes deltagelse i (tverrsektorielle) kompetansehevingstiltak på rusfeltet i regi av fylkesmannen og kompetansesentrene samt dokumentasjon av kapasitetsvekst innen kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid (IS-24/8). Etter disse resultatkravene gis det også et konkret oppdrag for oppfølging av opptrappingsplanen:

«Fylkesmannen skal bidra til å gjøre ny opptrappingsplan for rusfeltet kjent i sitt fylke og følge opp arbeidet med planen. Helsedirektoratet i samarbeid med fylkesmannen vil få i oppdrag å etablere et opplegg som sikrer erfaringsutveksling og spredning av gode eksempler». (Tildelingsbrev til fylkesmannsembetene for 2016: 3.1.3.2 Økt kapasitet og kompetanse om psykisk helse og rus, med satsing på bedre forebygging og sammenhengende tjenester)

At fylkesmannen er tiltenkt en viktig rolle i oppfølgingen av opptrappingsplanen, framgår også av brev til fylkesmannsembetene fra helseminister Bent Høie datert 7.06.2016. I dette brevet vises det til at det i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) og den forrige Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007–2012) ble opprettet egne rådgivere for rusmiddelspørsmål og psykisk helse ved fylkesmannsembetene. Disse rådgiverne bidro til å formidle og samordne nasjonal politikk og var sentrale i oppfølgingen av de nevnte opptrappingsplanene. Rådgiverne deltok i arbeidet med den nye opptrappingsplanen for rusfeltet gjennom møter og samlinger med Helse- og omsorgsdepartementet. Fylkesmannen blir også gitt en viktig rolle i oppfølgingen av den nye Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020):

«Fylkesmannen har hatt og har en sentral pådriverrolle overfor regionale og lokale aktører innenfor psykisk helse- og rusfeltet, og er tiltenkt en sentral rolle i gjennomføringen av den nye opptrappingsplanen for rusfeltet. [...] Jeg vurderer at embetene er helt sentrale i arbeidet med å iverksette og gjennomføre opptrappingsplanen». (Brev fra helseminister Bent Høie til fylkesmannsembetene 7. juni 2016)

I tildelingsbrevet til fylkesmennene for 2017 er fylkesmannens ansvar for oppfølging av opptrappingsplanen ytterligere spesifisert. I innledningen av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vises det til at fylkesmannen sammen med kommunene skal jobbe for økt kapasitet og tilgjengelighet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises videre til flere statlige satsingsområder hvor det forventes at fylkesmannen bidrar, deriblant rus og psykisk helse jamfør Opptrappingsplanen for rusfeltet (Tildelingsbrev 2017 Fylkesmannsembetene:2.4).

I tildelingsbrevet pålegges fylkesmannsembetene å utarbeide planer og lokale målsettinger for arbeidet med opptrappingsplanen og rapportere dette til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. mars samme år:

«Fylkesmannen skal bidra til at kommunene utvikler sitt rusarbeid i tråd med Opptrappingsplan for rusfeltet. Fylkesmannen skal bidra til at kommunene integrerer rusfeltet i sitt ordinære planverk. Arbeidet sees i sammenheng med fylkesmannens innsats på det psykiske helsefeltet og andre tilstøtende områder. Fylkesmannen skal legge en plan og utarbeide lokale målsettinger for dette arbeidet innen 1. mars 2017, kopi oversendes HOD. Fylkesmannen skal ha fokus på kommuner som har særlige utfordringer». (Tildelingsbrev 2017 Fylkesmannsembetene:3.1.3.2 Forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats jf. Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020)

Tildelingsbrevet har et konkret styringsparameter knyttet til «Utvikling av kapasitet og kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene til personer med rus- og psykisk helseproblematikk og deres pårørende» og følgende konkrete resultatkrav:

- 90 prosent av kommunene har kartlagt rusmiddelsituasjonen i kommunen ved BrukerPlan eller annen kartlegging.
- 70 prosent av kommunene har et sektorovergripende system for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk.
- Flere kommuner har etablert aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for mennesker med rus- og psykisk helseproblematikk enn i 2016 (Tildelingsbrev 2017:3.1.3.2).

Fylkesmannen forvalter to av de sentrale tilskuddsordningene på rusfeltet: tilskuddsmidlene til kommunalt rusarbeid og tilskuddsmidler til «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester og barn og unge med sammensatte hjelpebehov». Begge forvaltes på oppdrag av Helsedirektoratet. I kapittel 7 om rapporteringer presiseres det under Helse- og omsorgsdepartementet (7.3.3) at fylkesmannen når det gjelder opptrappingsplanen for rusfeltet, skal rapportere på resultatoppnåelse for disse to tilskuddsordningene og rapportere en samlet vurdering av hvorvidt det kommunale rusarbeidet i fylket utvikles i henhold til retning og målsettinger i opptrappingsplanen.

Denne gjennomgangen viser at tildelingsbrevene både for 2016 og 2017 gir fylkesmannsembetene en omfattende rolle i oppfølgingen av opptrappingsplanen. Under vil vi se nærmere på hvordan embetene selv vurderer styringssignalene knyttet til dette oppdraget og deres konkrete aktivitet og oppfølging på området basert på spørreundersøkelsen til embetene.

### **Styringssignaler til fylkesmennene for oppfølging av opptrappingsplanen**

Spørreundersøkelsen viser at flertallet av embetene (10 av 16) er helt eller delvis enige i at styringssignalene for fylkesmannsembetenes oppgaver knyttet til Opptrappingsplanen for rusfeltet er tydelige. Vi merker oss for øvrig at det er langt flere som har svart «delvis enig» enn «helt enig». Majoriteten av embetene (12 av 16) er også helt eller delvis enige i at de har tilstrekkelig handlingsrom til å utføre sine oppgaver i tilknytning til oppfølging av opptrappingsplanen.

Flere av fylkesmennene ønsker at det i styringssignalene framover gis en bedre forventningsavklaring, en tydeligere definisjon og en konkretisering av hvilke oppgaver de har ansvar for i oppfølgingen av opptrappingsplanen. Et forhold som enkelte trekker fram, er at det er utfordrende med styringsparametere og resultatmål som gjelder områder hvor fylkesmannen ikke har mulighet til å styre (embetene kan kun påvirke resultatet indirekte), men hvor kommunene selv velger egen innsats. Dette kan for eksempel gjelde et konkret resultatkrav om at 70 prosent av kommunene skal ha et sektorovergripende system for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. Dette kan fylkesmennene bidra og stimulere til ved ulike aktiviteter, men fylkesmennene har ingen direkte myndighet til å pålegge kommunene i fylket å jobbe på nye måter.

### **Ønsker til videre arbeid med opptrappingsplanen**

Fylkesmennene ble også spurt om hvilke ønsker eller forslag de har til Helsedirektoratet og de øvrige direktoratenes arbeid med oppfølging av opptrappingsplanen. De forslagene som nevnes av flest, er: flere rådgiversamlinger for å koordinere fylkesmennenes arbeid og stimulere til samarbeid med andre aktører (for eksempel kompetansesentrene), en tettere oppfølging fra og dialog med direktoratet samt bedre koordinering på direktoratsnivå. Det er også noen tilbakemeldinger som dreier seg

om finansiering av aktivitet i kommunene. Noen av respondentene etterlyser tydeligere føringer for kommunenes bruk av økningen i rammeoverføringen til kommunene som følge av opptrappingsplanen. Enkelte ønsker en sterkere prioritering av tilskudd og/eller økning i øremerkede midler for å styrke innsatsen i kommunene.

Helsedirektoratet har bedt SINTEF om å utarbeide årlige statistikkpakker basert på IS-24/8 og annen relevant dokumentasjon tilgjengelig på kommunenivå for å støtte fylkesmennenes oppfølging av arbeidet med opptrappingsplanen. 15 av 16 fylkesmenn svarer i spørreundersøkelsen at de har brukt de årlige statistikkpakkene. Et flertall på ti av 15 opplever disse statistikkpakkene som meget eller ganske nyttige. På spørsmål om hvilken informasjon som savnes, skriver flere at de opplever at opplysningene som rapporteres for kommunene, ikke er nøyaktige nok til at de kan følge med på utviklingen i kommunene som et resultat av opptrappingsplanen. For eksempel er tallene for enkelte kommuner som framkommer i rapporteringen for IS-24/8, ikke i tråd med fylkesmannens kjennskap til disse kommunene. Dette kan være uttrykk for sårbarhet knyttet til hvem som svarer på undersøkelsen IS-24/8 på vegne av kommunene. Andre forhold som tas opp, er at det kunne legges inn sammenligning av resultater med tidligere år og mål for vekst i forebyggende tjenester, og at det skilles mellom ressurser brukt på rusfeltet og ressurser brukt på psykisk helse.

### **Fylkesmennenes vurdering av kommunenes utfordringer og behov for støtte**

Fylkesmennene trekker fram flere utfordringer knyttet til at kommunene utvikler sitt arbeid i tråd med målene i opptrappingsplanen. En av utfordringene som flest nevner, er økonomi. Primært dreier dette seg om utfordringer med å få kommunene til å opprettholde tiltak som er finansiert via tilskuddsmidler etter at tilskuddene fra staten tar slutt.

Et forhold som tas opp, er behov for finansieringsløsninger som legger til rette for større forutsigbarhet i kommunenes prioriteringer. Utover utfordringene knyttet til finansiering av langsiktig opptrapping av rusfeltet i kommunene er utfordringsbildet som skisseres av respondentene i fylkesmannsembetene, sterkt sammenfallende med utfordringsbildet i opptrappingsplanen. De følgende forholdene er tatt opp av flere: behov for bedre samordnet innsats i kommunene, som blant annet innebærer å se flere fagområder i sammenheng, behov for tettere samarbeid mellom ulike aktører, både internt i kommunene og på tvers av nivåer (for eksempel spesialisthelsetjenesten), samt behov for mer kunnskap og kompetanse på rusfeltet i kommunene, både på tjeneste- og ledernivå.

13 av 16 fylkesmenn oppgir at de har foretatt tilsyn eller gjort en vurdering av situasjonen innenfor rusfeltet i fylket i løpet av de siste tolv månedene. På spørsmål om det er kommuner med særlige utfordringer på rusfeltet i deres fylke, har tolv av 16 fylkesmenn spesifisert kommuner i fylket med særlige utfordringer, mens fire har svart «vet ikke». Det blir beskrevet mindre kommuner og distriktskommuner som har utfordringer med både kapasitet og kompetanse på rusfeltet. En dimensjon er at kommunene har utfordringer med å rekruttere kvalifiserte personer. I den andre enden av skalaen er storbyer som beskrives å ha utfordringer knyttet til et høyt antall personer med omfattende utfordringer. Halvparten av embetene som har oppgitt at de har kommuner med særlige utfordringer i sitt fylke, har også utviklet planer for ekstra oppfølging av disse kommunene. Hovedinnholdet i disse planene er råd og veiledning, målrettede tilsyn og bruk av tilskuddsmidler for å styrke tjenestene i kommunen.

Fylkesmennene ble bedt om å vurdere behovet for innsats på ulike områder for at kommunene i fylket skal styrke innsatsen i tråd med målene i opptrappingsplanen.



På bakgrunn av svarene ser vi at der fylkesmennene mener det er størst behov for innsats, er *tilbud om arbeid og aktivitet til målgruppen* og *flere egnede boliger til målgruppen*. Respondentene i embetene vurderer også generelt at det er stort behov for kompetanseheving på flere områder, som økt brukerorientering og -medvirkning i tjenestene, innsats for å styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten samt systemer for rask tilgang til behandling for personer med rusmiddelproblemer.

### **Fylkesmennenes innsats for oppfølging av opptrappingsplanen**

Alle fylkesmannsembetene har i 2017 rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet om planer og lokale målsettinger for hvordan de skal følge opp at kommunenes utvikling av rusfeltet skjer i tråd med opptrappingsplanen. Vi fikk tilgang til disse rapporteringene via Helsedirektoratet og har gjort en gjennomgang av disse.

Planene dreier seg blant annet om hvordan embetene vil skaffe oversikt over situasjonen på rusfeltet i fylket, for eksempel gjennom tilsyn, bruk av resultater fra BrukerPlan og IS-24/8 og gjennomgang av kommunenes budsjetter og handlingsplaner. Mange av de planlagte aktivitetene er å arrangere kurs, konferanser, nettverks-samlinger og andre møter for å informere om innholdet i opptrappingsplanen, bidra til økt erfaringsutveksling på rusfeltet og styrke kompetansen i kommunene på sentrale områder. Fylkesmannsembetene samarbeider med mange aktører om disse aktivitetene, for eksempel andre fylkesmannsembeter, nasjonale og regionale kompetansesentre, Husbanken, NAV, spesialisthelsetjenesten, bruker- og pårørendeorganisasjoner, KS, Politiet og IMDi. Fylkesmannsembetene planlegger også aktiviteter knyttet til forvaltning av tilskuddsordningene på området. De kan for eksempel oppfordre kommuner til å søke ulike tilskuddsordninger, initiere tiltak og i dialog med kommunene ta opp hva som vil vektlegges i prioritering av tiltak som mottar støtte. Via tilskuddsordningene kan fylkesmannsembetene for eksempel bidra til å øke bruk av BrukerPlan i kommunene ved å sette dette som forutsetning for å motta tilskudd på rusfeltet, bidra til økt oppmerksomhet om hvordan en kan få flere psykologer i kommunene, oppfordre til å etablere ACT/FACT-team, økt brukermedvirkning og ansettelse av erfaringskonsulenter. Mange fylkesmannsembeter er engasjert i å stimulere til økt bruk av BrukerPlan, for eksempel gjennom å arrangere informasjons-/opplæringsmøter sammen med KoRus-ene. Flere viser også til at de planlegger å følge opp kommunene med utgangspunkt i BrukerPlan-kartleggingene.

Det varierer hvor spesifiserte embetenes planer er i rapporteringene til HOD. Som en følge av dette valgte vi å inkludere spørsmål om innsats og planer for oppfølging av opptrappingsplanen også i spørreundersøkelsen som ble sendt til fylkesmennene i 2017.

### **Samarbeid**

Alle fylkesmannsembetene samarbeider med andre aktører i oppfølgingen av opptrappingsplanen. Samtlige samarbeider med KoRus, og alle utenom én oppgir at de samarbeider med Husbanken. 13 av 16 samarbeider også med NAV, Regionalt ressurscenter om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) samt med bruker- og pårørendeorganisasjoner. Elleve av 16 samarbeider med spesialisthelsetjenesten og nasjonale kompetansesentre. Samarbeidet med alle disse aktørene vurderes stort sett som meget eller ganske godt.

## **Innsats fylkesmennene har hatt det siste året eller planlegger for kommunene**

I spørreundersøkelsen til fylkesmannsembetene ble det spurt om embetenes aktiviteter og planer for at kommunene i fylket skal utvikle sine tjenester i tråd med føringene i opptrappingsplanen. Alle har hatt eller planlegger innsats innenfor kompetanseheving i tjenestene for oppfølging av personer med rusmiddelproblemer. Nesten alle (14 av 16) nevner innsats innen brukerorientering i tjenestene innenfor rus og psykisk helse samt brukervedvirkning for personer med rusmiddelproblemer. De fleste (13 av 16) nevner også tilbud om arbeid og aktiviteter til målgruppen, aktiviteter knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten om ambulant oppfølging av personer med rusmiddelproblemer samt aktiviteter knyttet til kompetanse om tidlig innsats overfor barn berørt av rusmiddelproblematikk (foreldre eller families rusmiddelbruk).

Alle fylkesmannsembetene som har deltatt i spørreundersøkelsen, har vært med på å arrangere konferanser eller samlinger for kommunene med temaet rus- og psykisk helsearbeid det siste året. 14 av 16 fylkesmannsembeter har samarbeidet med brukerorganisasjoner om å arrangere slike konferanser eller samlinger. Det varierer hvor mange kommuner som har deltatt på disse samlingene, men gjennomsnittlig har cirka 20 kommuner deltatt. Fylkesmennene vurderer at disse konferansene eller samlingene har vært nyttige for kommunene som deltok. Et eksempel på en slik samling er en årlig tilskuddskonferanse der fylkesmennene informerer ledere og rådgivere i kommunene om opptrappingsplanen.

14 av 16 fylkesmannsembeter oppgir i spørreundersøkelsen at det er etablert nettverk for erfaringsutveksling mellom kommuner i fylket og/eller andre aktører på området om arbeidet innenfor rusfeltet. Disse nettverkene vurderes til å fungere meget eller ganske godt. Et eksempel på et slikt nettverk er regionale nettverk for utvikling av FACT-team i kommunene i fylket.

Andre tiltak eller prosesser som nevnes, er utforming av «kommunebilder» som beskriver status i kommunene på utvalgte områder, oppfølging via kommunebesøk/tilsyn og aktiv bruk av tilskuddsmidler for å fremme tjenesteutvikling på områder hvor kommunen har et utviklingspotensial. Enkelte fylkesmannsembeter viser også til aktiviteter sammen med andre aktører på tilgrensende områder som Omsorg 2020, Bolig for velferd mv.

## **Oppsummering**

De viktigste punktene fra denne gjennomgangen av fylkesmannens rolle og innsats for oppfølging av opptrappingsplanen er følgende:

- Fylkesmannsembetene har og tar et omfattende ansvar for oppfølging av opptrappingsplanen.
- Mange etterspør tydeligere definerte oppgaver og aktiviteter for hvordan opptrappingsplanen skal følges opp av fylkesmannen.
- Flere ønsker en rådgiversamling for alle embeter for erfaringsutveksling om hvordan embetene kan følge opp opptrappingsplanen.
- De fleste fylkesmannsembetene har brukt de årlige statistikkpakkene fra SINTEF/Helsedirektoratet som støtte i arbeidet med opptrappingsplanen. Majoriteten opplever disse statistikkpakkene som nyttige.
- Det er relativt stor variasjon mellom fylkesmannsembetene i hvordan de arbeider

med dette feltet, og hvor mye aktivitet de har. Flere har omfattende innsats. Blant annet har alle fylkesmannsembetene vært med på å arrangere samlinger for kommunene med temaer relatert til opptrappingsplanen.

- Der det er størst behov for innsats, ifølge fylkesmannsembetene, er i arbeidet med å skaffe flere egnede boliger og gi tilbud om arbeid og aktivitet til personer med rusproblemer.
- Tilskuddsforvaltningen gir fylkesmannsembetene en viktig posisjon for dialog med kommunene om utvikling på rusfeltet.
- Flere mener det er en utfordring at opptrappingen kommer i form av økning i rammen til kommunene og følgelig liten mulighet for å kontrollere at midlene anvendes på rusfeltet og prioriterte områder.

## Kompetansesentrenes rolle

Det er etablert flere statlige kompetansesentre, riktignok med noe ulike mandater. Disse er:

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
- KoRus (Regionale kompetansesentre for rusfeltet)
- RBUP/RKBU (Regionale kunnskapsentre for barn og unges psykiske helse og barnevern)
- RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
- ROP-tjeneste (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)

Alle kompetansesentrene er relevante for oppfølging av arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet, men noen med et mer eksplisitt ansvar og oppgaver enn andre. I denne første nullpunktsanalysen for evalueringen har vi gjennomført intervjuer med representanter for alle KoRus, samt NAPHA. De ulike KoRus-ene er viktige aktører for den regionale oppfølgingen av opptrappingsplanen overfor kommunene. NAPHA har et nasjonalt ansvar på sitt område. Det vil være aktuelt å involvere flere andre kompetansesentre videre i evalueringsforløpet. I casestudiene i kommunene vil vi blant annet ta opp hvilke kompetansesentre de eventuelt har kontakt med, og nytten av denne kontakten. I arbeidsutvalget for Helsedirektoratets oppfølging av opptrappingsplanen er flere kompetansesentre representert (sammen med representanter fra fem fylkesmannsembeter): Kompetansesenter Rus er representert med KoRus Midt-Norge og KoRus Oslo. Regionalt kompetansesenter for barn og unge, RKBU Vest, samt Regionalt ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging og RVTS Nord er også representert.

## KoRus

Det er syv regionale kompetansesentre på rusfeltet (KoRus) i Norge. Disse er:

- KoRus - Nord, eier er Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
- KoRus - Midt-Norge, eier er St. Olavs Hospital HF
- KoRus - Vest Bergen, eier er Stiftelsen Bergensklinikkene
- KoRus - Vest Stavanger, eier er Rogaland A-senter
- KoRus - Sør, eier er Borgestadklinikken Blå Kors
- KoRus - Oslo, eier er Oslo kommune, velferdsetaten
- KoRus - Øst, eier er Sykehuset Innlandet HF

Sentrene retter seg både mot kommunale og statlige tjenester, men har et særlig ansvar overfor kommunene. Kompetansesentrenes samfunnsoppdrag består i å styrke kompetansen og kvaliteten i relevante tjenester. Mer spesifikt innebærer dette at sentrene skal være en tjeneste både for de avhengighetsrelaterte tjenestene og for den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten samt det statlige barnevernet. På sine felles nettsider<sup>28</sup> skriver KoRus at de gjennom kompetanseoppbygging skal bidra til arbeid på tvers av sektorer og til at praksisfeltet tar i bruk kunnskapsbaserte tiltak og metoder. Videre kan vi lese at sentrene skal legge til rette for kvalitetsutvikling og systematisk brukermidvirkning og bidra til å synliggjøre erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap. I tillegg skal de gjennomføre tiltak for å styrke kompetansen innen avhengighetsrelatert arbeid med folkehelse og tidlig intervensjon samt innen arbeid rettet mot personer med problemer knyttet til avhengighetsproblematikk. I tildelingsbrevet kan vi lese at sentrenes innsats skal være konsentrert rundt følgende tre kjerneoppdrag:

- rusmiddelforebygging som en del av folkehelsearbeidet
- tidlig intervensjon  
rusbehandling (på alle nivåer)

I Opptappingsplanen for rusfeltet vises det til at kompetansesentrene skal bidra til å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse (Prop. 15 S (2016–2020):29). I tildelingsbrevet til KoRus for 2016 står det under overskriften «Mål og hovedsatsningsområder for 2016» blant annet at «Det må påregnes oppgaver knyttet til Regjeringens Opptappingsplan for rusfeltet». Som en viktig oppgave knyttet til opptappingsplanen framgår det av tildelingsbrevet at KoRus skal

«gjøre planen kjent for kommuner og andre aktører i regionen, gjennom egne, og i fora felles med Fylkesmannen og andre kompetansesentre mv. Delta og bidra i HelseDirektoratets samlinger og understøtte direktoratets arbeid med å forberede og koordinere gjennomføringen av opptappingsplanen».

Det bør likevel understrekes at KoRus allerede før lanseringen av opptappingsplanen hadde flere oppgaver innenfor de prioriterte områdene i planen. Arbeid knyttet til tidlig innsats, tilgang til behandling og ettervern er eksempler på dette. I tilskuddsbrevet for 2017 ble KoRus' rolle i arbeidet med opptappingsplanen ytterligere spesi-

---

<sup>28</sup> <http://kompetansesenterrus.no/>

fisert. Her står det blant annet at sentrene skal inngå i et samarbeid med fylkesmennenes rus- og psykisk helse-rådgivere om oppfølgingen av opptrappingsplanen for rusfeltet, samt delta i regionale samlinger med kommunene og bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Når det gjelder KoRus' forhold til og arbeid med Kommune-Norge, finnes det noen tilgjengelige oversiktstall. I rapporten *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016* viser Ose og Kaspersen (2016) at 86 prosent av kommunene oppgir å ha vært i kontakt med KoRus i løpet av det siste året. 13 prosent av kommunene har hørt om KoRus, men har ikke vært i kontakt med dem, mens kun 1 prosent oppgir ikke å ha hørt om KoRus. Videre finner forfatterne at det er 54 prosent av kommunene som svarer at de har deltatt på kurs i regi av KoRus, mens rett under halvparten (49 prosent) har besøkt nettsiden. 44 prosent av kommunene har hatt konkret samarbeid med KoRus, mens henholdsvis 39 og 38 prosent har deltatt på kompetansehevende program/tiltak og lest fagartikler fra KoRus. Om lag én tredel av norske kommuner (34 prosent) har hatt kontakt med KoRus per telefon (Ose & Kaspersen 2016:155). Sett under ett tyder disse tallene på at KoRus er godt kjent blant norske kommuner, og at mange har deltatt på arrangementer i regi av eller lest informasjon tilgjengeliggjort av KoRus.

## **NAPHA**

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) arbeider for å styrke psykisk helsearbeid rettet mot voksne i kommunene. NAPHA har 24 ansatte og tilsvarende omtrent størrelsen til ett av de syv KoRus-ene. NAPHA driver innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid som skal bidra til kunnskapsbaserte tjenester innen psykisk helsearbeid i kommunene. I tilskuddsbrevet går det fram at sentret «skal samarbeide med relevante fag- og kompetansemiljøer, og vurdere behov for kompetansehevende tiltak i kommunene». Videre kan vi lese at NAPHA skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helsefeltet og rusfeltet. Opptrappingsplanen for rusfeltet er nevnt eksplisitt i NAPHAs tilskuddsbrev for 2017. Der heter det at sentret skal «bidra inn i arbeidet som initieres av fylkesmennene om oppfølging av tiltakene i Opptrappingsplanen for rusfeltet».

## **Erfaringer fra KoRus**

I intervjuene med representanter fra de syv ulike KoRus-ene ønsket vi å finne ut mer av hvordan kompetansesentrene vurderte egen rolle i arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet. Samtlige informanter mente at det var et godt samsvar mellom eget tildelingsbrev og opptrappingsplanen. Det var med andre ord en god del som gikk igjen i de to dokumentene. Dette ble vurdert som positivt av dem vi snakket med. En informant forklarte det slik:

Vi får et tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet én gang i året. I det brevet er det konkretiserte områder vi skal jobbe med. [...] Dersom vi ser på opptrappingsplanen, så tenker jeg den matcher veldig det som er skissert i tilskuddsbrevet. Det er en god harmoni mellom det vi gjør, og forventningene i opptrappingsplanen.

Til tross for godt samsvar mellom de to dokumentene mente våre informanter at opptrappingsplanen var lite tydelig på hva som skulle gjøres, og hva dette faktisk innebar for KoRus. I den forbindelse ble det hevdet av flere at opptrappingsplanen var skrevet i for generelle termer. Ifølge informantene ble det derfor opp til de ulike KoRus-ene selv å operasjonalisere hvordan opptrappingsplanen skal iverksettes. KoRus pekte på

at opptrappingsplanen kunne hatt større kraft dersom den la opp til å arbeide mer på tvers av kompetansesentrene, og dersom det var enklere å få øye på relevante prosjekter og muligheter for samarbeid. Én av informantene fra KoRus beskrev den manglende klarheten som et paradoks og uttalte følgende:

Det er litt rart at når det kommer en opptrappingsplan, at det ikke er klarere målsettinger. At man ikke er klarere på hva man forventer. Vi er jo et av statens virkemidler for å få ut politikken. Det er derfor litt rart at vi må tenke ut selv hvordan vi skal bidra og bistå. Ingen klare oppdrag eller styringssignaler.

En annen informant var inne på noe tilsvarende og sa det slik:

Vi har jo ventet litt på om det kommer noen konkrete oppgaver til oss som vi kan dekke. Det har ikke vært så tydelig.

Flere av informantene var dessuten opptatt av å fortelle at det ikke forelå noe særlig nytt for dem i opptrappingsplanen, men at de likevel anså planen som nyttig fordi «den bekrefter på mange måter at vi gjør det vi skal», som en informant forklarte det.

### **Samarbeid med andre aktører på nasjonalt nivå**

På spørsmål om hvilke nasjonale aktører kompetansesentrene samarbeider med, fikk vi en del forskjellige svar. En gruppe aktører som går igjen i svarene, er ulike nasjonale kompetansemiljøer som NAHPA, Statped og Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Men også direktoratene som inngår i opptrappingsplanen, ble nevnt av våre informanter. Blant direktoratene var det særlig Husbanken og i noen grad Arbeids- og velferdsdirektoratet og Bufdir som ble nevnt. Noen av informantene framhevet dessuten spesifikt at opptrappingsplanen inneholder klare forventninger om samarbeid mellom ulike kompetansemiljøer. Dette ble framholdt som nyttig og som en fornuftig forventning til de ulike miljøene på feltet.

### **Samarbeid med andre aktører regionalt**

Når det gjelder samarbeid med andre regionale aktører, er det særlig fylkesmanns-embetet som nevnes. Alle vi intervjuet, har et utstrakt samarbeid med fylkesmanns-embetene. Kontakten med fylkesmanns-embetet knytter seg først og fremst til arrangering av kurs og konferanser rettet mot kommunene, men også til å etablere kompetansenettverk av ulikt slag. Et par KoRus nevner fylkesmanns-embetet som en nyttig «sparringpartner» i arbeidet med å operasjonalisere målene i opptrappingsplanen. KoRus utnytter dessuten allerede etablerte fora og møteplasser med fylkesmanns-embetene til å se oppgaver og styringssignaler i sammenheng og finne samarbeidsprosjekter og muligheter for å rette søkelyset mot opptrappingsplanen. Denne måten å jobbe på sees på som hensiktsmessig for å realisere forventningene og målene i opptrappingsplanen av våre informanter.

Flere KoRus har i løpet av 2017 arrangert seminarer eller konferanser der opptrappingsplanen enten direkte eller indirekte har vært utgangspunkt for det faglige innholdet. Et KoRus har i samarbeid med fylkesmanns-embetet i regionen laget en kursrekke med utgangspunkt i opptrappingsplanen og involvert kommuner, brukerorganisasjoner, Husbanken og NAV i koordinering og planlegging. Kurset, som gikk over to dager, hadde de tre innsatsområdene for opptrappingsplanen (tidlig innsats/fore-

bygging, rusbehandling og oppfølging/ettervern) som tema. Informanten fra kompetansesentret forteller at deltagelsen og interessen fra kommunene i regionen var svært god. Etter å ha konsentrert seg om hele opptrappingsplanen i 2017 vil kompetansesentret og samarbeidspartnerne velge et mer avgrenset tema fra opptrappingsplanen i 2018. Rus og vold nevnes som et mulig tema, ettersom kommunene i regionen har etterspurt økt kompetanse på dette feltet. Generelt viser intervjuene at KoRus forsøker å bygge bro mellom kommunenes behov, opptrappingsplanen (og andre sentrale styringsdokumenter) og egen kompetanse og øvrige oppgaver ved sentret.

### **Vurdert aktivitet innenfor området som omfattes av opptrappingsplanen**

Alle informantene mente KoRus i lengre tid hadde gjennomført aktiviteter som var i samsvar med Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Slik sett er det ikke per i dag lett å få øye på noe som er særlig annerledes fra KoRus som følge av opptrappingsplanen, ifølge våre informanter. Flere av dem hevdet likevel at en omfattende opptrappingsplan kan medføre at ulike aktører i samme felt lettere ser helheten, og slik sett kan planen virke bevisstgjørende for viktigheten av samarbeid. Heller enn at opptrappingsplanen ble sett på som noe helt nytt, var det slik at informantene fra KoRus så på planen som en bekreftelse på at de var på rett spor og jobbet med de viktige og riktige temaene.

### **Vurdering utfordringsbilde i egen regionen**

På spørsmål om utfordringsbildet i regionen samt kommunens innsats på rusfeltet i regionen fikk vi ganske varierte svar fra våre informanter. Kompetansesentrene mente det er et lite entydig bilde og vanskelig å peke på hvilke innsatsområder eller mål i opptrappingsplanen som utgjør de største utfordringene i kommunene. Det er behov for at KoRus differensierer innsatsen mot kommunene etter behov (så langt det lar seg gjøre). Et par informanter nevnte at det er varierende hvilken kontakt de har med kommunene, og hva kommunene ønsker bistand til. Noen kommuner trenger særlig hjelp i prioriteringsarbeid, mens andre har mye av tjenestetilbudet og tiltakene innenfor rusfeltet på plass og trenger i større grad støtte i utviklingsarbeid. Noen kommuner har derimot liten kontakt med kompetansesentrene, og KoRus har derfor liten oversikt over innsats og resultater.

I intervjuene ble det pekt på at det nå er etablert flere undersøkelser og kartlegginger som har medført at kommunene i dag har bedre oversikt over sine utfordringer enn tidligere, for eksempel BrukerPlan-kartleggingene og IS 24/8-kartleggingen av kommunalt rus- og psykisk helsearbeid. En informant mente at utviklingen på rusfeltet nå hadde dreid seg fra «å mene til å vite». En av informantene pekte særlig på at de gjennom Ungdata og andre undersøkelser har fått sikker kunnskap om at det er en del ungdommer i gruppen over 16 år som ofte «går under radaren» til hjelpeapparatet. Manglende koordinering mellom NAV og barnevernstjenesten ble i den sammenhengen også nevnt.

Samtidig som kommunene har tilgang til undersøkelser og kartlegginger som gir en oversikt over utfordringsbildet på rusfeltet, mente flere KoRus at det kan være krevende for kommunene å sette alle tilgjengelige kilder sammen til et helhetlig bilde og bruke dette til å styre og gjøre prioriteringer. Et par nevnte at måten opptrappingsplanen er innrettet på, i betydningen at den samler mange tiltak og innsatser i én felles plan, sammen med en rekke andre nasjonale retningslinjer, opptrappingsplaner og strategier, gjør det krevende for kommunene å prioritere og få oversikt. Andre vektlegger at en opptrappingsplan kan bidra til å gjøre kommunene oppmerksomme

på ulike kunnskapsbaserte arbeidsmetoder og tjenestemodeller, myndiggjøre dem til å etterspørre dette i sin kommune, og slik sett få til en varig styrking av tjenestetilbudet.

Manglende koordineringsevne og samhandling både innad i og mellom forvaltningsnivåer var dessuten noe som kom opp som et grunnleggende problem i flere av intervjuene. Dette ble framholdt som et problem for å kunne yte adekvate tjenester overfor målgruppen i opptrappingsplanen. Et par av våre informanter var dessuten opptatt av at storbyene i Norge har noen særskilte utfordringer som stiller særlige krav til hjelpeapparatet. Dette er en type utfordringer det ble hevdet små kommuner i liten grad møter.

## Spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og andre deler av spesialisthelsetjenesten vil være viktige aktører i arbeidet med å følge opp opptrappingsplanen for rusfeltet ute i regionene og i kommunene. I forbindelse med denne første statusrapporten har vi gjennomført et nøkkelintervju med en representant for de regionale helseforetakene. I den videre evalueringen vil spesialisthelsetjenesten involveres i forbindelse med casestudier i kommunene hvor vi vil intervjuere deler av spesialisthelsetjenesten som disse kommunene samarbeider med på rusfeltet.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet vises det til at de regionale helseforetakene skal gjøre seg kjent med Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020.

Et annet spesifikt oppdrag for 2016 var å styrke desentraliserte behandlingstilbud (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern og rus.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene både for 2016 og 2017 er ett av tre prioriterte styringsmål for virksomheten at de skal prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (jf. tidligere omtalte «gylne regel», som innebærer at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk på regionnivå). I 2017 er det ingen referanser til Opptrappingsplanen for rusfeltet i dette dokumentet. Dette kan selvsagt komme i andre deler av styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

Opptrappingsplanen for rusfeltet medfører i liten grad nye eksplisitte satsinger i spesialisthelsetjenesten. «Den gylne regel» var gjeninnført i opptrappingsplanen og videreført som en del av denne. Ordningen med fritt behandlingsvalg ble innført høsten 2015. Pålegget om å styrke den ambulante oppfølgingen hadde også allerede vært en del oppdragsbrevet til de regionale helseforetakene. Et annet forhold som nevnes, er at de regionale helseforetakene har vært opptatt av å følge opp den nye behandlingsretningslinjen, Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, som ble lansert i mars 2016. Også her er det store sammenfall med prioriteringer og vektlegginger i opptrappingsplanen.

Det har vært liten systematisk oppfølging av opptrappingsplanen fra spesialisthelsetjenesten. Noe av dette dreier seg om at opptrappingsplanen vektlegger satsing på kommunene. Mye av det som ligger av føringer for spesialisthelsetjenesten, vurderes å være i tråd med pågående prosesser og initiativer. Likevel er det en rekke punkter i opptrappingsplanen som involverer spesialisthelsetjenesten, som flere føringer knyttet til samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og bedre tilgang til behandling for brukerne.



Innenfor rus- og psykisk helse-feltet møtes alle de regionale helseforetakene, Helse- direktoratet og Helse- og omsorgsdepartementet to ganger i året. Vår informant i spesialisthelsetjenesten er del av denne gruppen. I 2017 har gruppen tatt mer systematisk fatt i opptrappingsplanen og hva denne innebærer for de regionale helseforetakene. De har startet et arbeid hvor de har laget en systematisk oversikt over de «regjeringen vil»-punktene som dreier seg om spesialisthelsetjenesten. Alle de fire regionale helseforetakene skal innen februar 2018 føre inn status for sin region på hvert av punktene, og så vil dette være tema på neste møte i gruppen i april 2018. I evalueringen videre vil det være interessant å følge dette arbeidet.

Et annet punkt som er interessant å følge knyttet til spesialisthelsetjenesten, er implementeringen av pakkeforløpene innen rusbehandling og psykisk helsevern. Ifølge opptrappingsplanen skal dette implementeres innen 2020. Forslag til pakkeforløp for rusbehandling i TSB var på høring i 2017. Flere andre pakkeforløp innen rus og psykisk helse er fortsatt på høring, blant annet for gravide og rusmidler.

Intervjuer med KoRus, fylkesmannsembetene og spesialisthelsetjenesten viser at det er svært varierende hvordan de regionale helseforetakene samarbeider med kompetansesentrene og fylkesmannen. Noen fylker og regioner har mye samarbeid. Dette vil følges opp i det videre evalueringsforløpet i forbindelse med erfaringsamlinger og casestudier i kommunene.

## Oppsummering

Dette kapitlet viser at alle de regionale aktørene har et mandat og eksplisitte styringssignaler om å følge opp arbeidet med Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). De regionale aktørene, og særlig fylkesmannen, er tett på kommunene og spiller en viktig rolle i utviklingen av tjenestene i kommunene. I evalueringsforløpet videre vil vi følge det regionale arbeidet tett gjennom casestudier i kommunene og erfaringsamlinger i regionene.

Forvaltningen av tilskuddsmidler på området gir fylkesmannen en viktig posisjon på rusfeltet overfor kommunene. Selv om det er store variasjoner i fylkesmannens aktiviteter og planer knyttet til direkte oppfølging av opptrappingsplanen på rusfeltet, så har alle noe aktivitet.

Av kompetansesentrene er det særlig KoRus-ene som har en del direkte kontakt med kommunene. Mange kommuner deltar på deres kurstilbud eller samarbeider med dem på ulike områder.

Både KoRus-ene og rådgiverne hos fylkesmannsembetene etterlyser tydeligere oppdrag eller forventninger fra Helsedirektoratet til hvordan de skal følge opp opptrappingsplanen.

Også for de regionale helseforetakene er det nå konkret aktivitet for en mer systematisk oppfølging av Opptrappingsplanen for rusfeltet.

Som vist i kapittel 5 utvikler arbeidsutvalget for opptrappingsplanen på rusfeltet en strategi for den regionale innsatsen. Det er interessant å følge videre hvorvidt denne svarer på de ulike aktørenes behov for tydeligere signaler om videre oppfølging av planen.



## 8. Kommunenes perspektiver

---

Kommunenes perspektiver er viktige i dette evalueringsoppdraget. Hovedinnsatsen i opptrappingsplanen rettes mot kommunene, og det er her det vurderes at utfordringene på rusfeltet er størst. Det er i kommunene personer med rusproblemer bor, og det er innsatsen her som avgjør om personer med rusproblemer og deres pårørende mottar bedre og mer effektive tjenester.

Gjennom indikatorsettet vil vi i løpet av evalueringsforløpet få informasjon om utviklingen i kommunene på en rekke områder. For å supplere disse dataene vil vi også gjennomføre casestudier i seks kommuner fra i år (2018) og hvert år fram til og med 2020. Dette vil gi oss omfattende informasjon om hvordan føringene i opptrappingsplanen følges opp ute i kommunene og innenfor ulike kommunale kontekster. I opplegget for evalueringen er vi opptatt av å kunne følge målene for opptrappingsplanen fra det strategiske nivået i kommunen og til det operative nivået ute i tjenestene. I casekommunene vil vi der det er mulig, intervju lokale bruker- og pårørendeorganisasjoner samt forespørre spesialisthelsetjeneste (som tverrfaglig spesialisert rusbehandling) og andre relevante samarbeidspartnere på andre forvaltningsnivåer om å bli intervjuet. Temaene for intervjusamtalene vil være deres vurderinger av den statlige innsatsen knyttet til Opptrappingsplanen for rusfeltet, kommunens tjenestetilbud, utvikling av tilbud, rammebetingelser, samhandling og samarbeid innad i kommunen og med spesialisthelsetjeneste og andre, for eksempel frivillig sektor. Vi vil være opptatt av de ulike innsatsområdene i opptrappingsplanen som tidlig innsats, forebygging, tilgang til behandling, ettervern og oppfølgingstjenester med bolig, arbeid og aktivitet samt brukerinnflytelse.

Resultatene fra kommunestudiene vil sammen med indikatorsettet gi viktig styringsinformasjon i evalueringsperioden til det statlige arbeidet med gjennomføring av Opptrappingsplanen for rusfeltet. Spørsmål vi vil besvare, er for eksempel: Hvor er det behov for styrket innsats? På hvilke områder er det en positiv utvikling? Hvor vurderer kommunene at det fortsatt er store utfordringer? Hvor er det behov for mer eller annen type oppfølging fra staten?

I forbindelse med denne nullpunktsanalysen i evalueringen har vi gjennomført nøkkelintervjuer med to kommuner og KS. Hensikten har vært å få innspill til viktige forhold å ta opp videre i casestudiene i kommunene og kommunale perspektiver på opptrappingsplanen. Innrettingen av casestudien var også et tema i møte med Helsedirektoratets brukerråd for psykisk helse og rus. I dette kapitlet viser vi først kommunenes forventninger til opptrappingsplanen slik de kommer til uttrykk i rapporteringen på kommunalt rus- og psykisk helsearbeid i 2016 (Ose & Kaspersen 2016). Deretter går vi inn på ulike kommunale perspektiver på opptrappingsplanen fra intervjuer i forbindelse med nullpunktsanalysen.

## Kommunenes forventninger

I rapporteringen om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for 2016 ble kommunene bedt om å rapportere forventninger til opptrappingsplanen (Ose & Kaspersen 2016). 84 prosent av kommunene rapporterte på dette, og tilbakemeldingene viste at mange av kommunene hadde store forventninger til opptrappingsplanen på flere områder. Ett av momentene som ble nevnt som utfordrende, er at planen kun dreier seg om rusområdet, mens mange kommuner har en felles tjeneste rundt rus og psykisk helse. Det fleste kommuner nevner eksplisitt, er at det er behov for øremerking av midler, og at de forventer dette som en del av opptrappingsplanen. Hos de som ikke oppgir særlige forventninger til opptrappingsplanen, er nettopp manglende øremerking av midler en av årsakene til dette. Flere har også forventninger om mer ressurser til flere faste stillinger og kapasitetsøkning, mange er opptatt av styrking av det forebyggende arbeidet, flere nevner at de forventer at boligtilbudet bedres, og at det blir et bedre og mer koordinert tilbud til brukerne, og mange forventer dessuten at samarbeidet med spesialisthelsetjenestene skal bli bedre (Ose & Kaspersen 2016:16).

## Kommunale erfaringer

I denne innledende delen av evalueringen har vi gjennomført intervjuer med ansatte på ulike nivåer i Oslo kommune. Vi har intervjuet representanter for Bydel Gamle Oslo, en sentrumsbydel i Oslo med en omfattende innsats og problemtrykk innenfor området psykisk helse og rus. Vi har også intervjuet representanter for kommunens velferdsetat samt byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid. Oslo er en storby med omfattende utfordringer på rusfeltet, men også med en omfattende innsats på området. En helt annen kommunal kontekst finner vi i vårt andre case, Østre Toten kommune. Antallet rusavhengige her er mindre, men de har også færre typer tiltak og tjenester på området. Kommunen er en distriktskommune og med mindre geografisk nærhet til spesialisthelsetjenesten enn tilfellet er i Oslo. I tillegg har vi intervjuet KS for å få et mer overordnet perspektiv på kommunenes utfordringer og innsats på rusfeltet. Følgende vurderinger vil bli tatt med i det videre arbeidet med kommuneperspektiv i evalueringen.

Oslo og Østre Toten illustrerer betydningen av å være oppmerksom på at det er svært ulike kommunale kontekster på rusfeltet. Oslo er en storby som har et betydelig tilbud og tjenester på ulike nivåer innenfor rusfeltet allerede. Flere av tilbudene er vist til i opptrappingsplanen, som Gatehospitalet og lavterskeltilbudet LASSO. Samtidig er utfordringene store. Oslo har et omfattende institusjonstilbud i regi av kommunens velferdsetat. Det er bydelene som har det primære ansvaret for bo- og tjenestetilbud til brukerne. I tilfeller hvor bydelene ikke klarer å etablere bo- og tjenestetilbud til brukerne, kjøper de blant annet plasser i velferdsetatens tilbud. Det er stor variasjon mellom bydelene i hvor mange plasser de kjøper, og hvor utviklet tilbud de har i egen bydel. Gamle Oslo er en bydel som både har utviklet mange tilbud i egen bydel, og som i tillegg kjøper svært mange plasser i velferdsetatens institusjoner. Bydelen har utviklingsprosesser på flere av områdene som er vektlagt i opptrappingsplanen, men også et dokumentert stort problemtrykk (jf. BrukerPlan). Gamle Oslo har blant annet hatt FACT-team i flere år. I Oslo er det varslet at byrådet legger fram en ny rusmelding våren 2018. Oslo kommune er kritisert fordi økningen i frie inntekter begrunnet med Opptrappingsplanen for rusfeltet ikke har blitt kanalisert direkte til styrking av rusfeltet i kommunene. Noen av informantene i denne forstudien peker på at kommunen har omfattende innsats på området allerede, at det kommer en rus-

melding, og at det også kan vurderes slik at det er behov for en endring av innretningen av tjenestene i Oslo. Kommunen har brukt mye midler på sentrale institusjonstilbud, mens det er behov for (og dette har vært prioritert over noen år gjennom ekstra midler til boligsosialt arbeid, rus i bydelene) å bygge ut tilbud, tjenester og kompetanse i bydelene. Dette gjør Oslo til et interessant case. Også andre storbyer vil ha et utgangspunkt hvor de har svært mange tjenester på rusfeltet allerede, og hvor utviklingsbehovet vil være annerledes enn i mindre kommuner hvor det ikke er så mange tilbud i utgangspunktet.

Østre Toten er en distriktskommune som i større grad enn Oslo kan vise til en eksplisitt opptrapping av tjenester og tilbud på rusfeltet i kommunen de siste årene. I 2015 var det et prosjektsamarbeid mellom rus- og psykiatrienheten, NAV og tildeleingsenheten om et lavterskeltilbud til personer med rus- og psykiske helseplager, et mestringssteam. Dette mestringssteamet gikk over i ordinær drift fra 2017. Kommunen vedtok i desember 2017 en ny ruspolitisk handlingsplan. De har hatt aktivt samarbeid med KoRus Øst i dette arbeidet. Kommunen har sammen med andre kommuner i regionen i 2017 fått etablert en samarbeidsavtale med DPS på et overordnet nivå. Denne samarbeidsavtalen innebærer også en arena for mer klinisk samarbeid og mulighet for å drøfte brukersaker.

Nøkkelintervjuene viser at fylkesmannen er en viktig samarbeidsaktør for kommunene. Dette dreier seg i stor grad om at fylkesmannen forvalter tilskuddsmidler på rusfeltet. Oslo kommune ved velferdsetaten og bydelene mottar betydelige midler fra staten i form av tilskuddsmidler til ulike prosjekter og initiativer på rusfeltet. Også Østre Toten har finansiert utviklingsarbeid på området ved hjelp av tilskuddsmidler. Det er uro i kommunene knyttet til varslet nedbygging av tilskuddsordninger på området, og dette er viktig å følge i casestudiene videre.

Fylkesmannen er sammen med KoRus også viktige for kompetanseheving i kommunene. Fylkesmannen i Oppland har sammen med Fylkesmannen i Hedmark og Sør-Trøndelag, Kompetansesenter Rus Midt-Norge (KoRus), Husbanken og Rusmiddelbrukernes interesseorganisasjon (RIO) over flere år arrangert en egen konferanse (Røroskonferansen) om rus, psykisk helsearbeid og boligsosialt arbeid. Ansatte i Østre Toten har deltatt på disse samlingene.

I begge kommunene vektlegges det at staten gjennom tilskuddsmidlene bidrar til styring av innsats i kommunene.

Å følge opptrappingen på rusfeltet knyttet til økonomi fra et kommunalt perspektiv er viktig i casestudiene. Opptrappingen på rusfeltet kommer i hovedsak som økning i de frie inntektene til kommunene. Hvordan dette blir anvendt og vurdert i kommunene, vil være et tema. I sammenheng med dette må en også se på tilskuddsmidlene fra staten på dette området. Omlegging av tilskuddsmidler med for eksempel økte krav til egenandel og nedtrapping av noen ordninger vil ha betydning for de samlede overføringene til kommunene på området. Vil økningen i frie inntekter kun kompensere for eventuelle reduksjoner i statlige overføringer gjennom tilskuddsmidlene, eller vil det representere en reell opptrapping?

KS er opptatt av at den primære overføringen av midler til kommunene bør skje gjennom frie inntekter i «ramma» (rammetilskuddet i statens overføring til kommunene). Det er mye diskusjon om tilskuddsmidler, manglende forutsigbarhet og byråkrati. Samtidig er mange ansatte i praksisfeltet og tjenestene opptatt av at denne typen ordninger sikrer midler til utviklingsarbeid på området. I casestudien er det viktig å vurdere om omlegging av tilskuddsmidler på området fører til bedre forankring og større forutsigbarhet i satsinger på rusfeltet.

Begge kommunene som er intervjuet i denne forstudien, tar opp utvikling i kommunen knyttet til økt brukerorientering. Dette vil følges opp i casestudiene. I Oslo fikk velferdsetaten eksplisitt i oppdrag å involvere bruker- og pårørendeorganisasjoner og flere miljøer i utvikling av kunnskapsgrunnlaget for arbeid med rusmeldingen for kommunen. Helsedirektoratets brukerråd for psykisk helse og rus har vektlagt betydningen av å ha kontakt med brukerorganisasjonene i planleggingen av casebesøk og be om innspill fra dem om viktige informanter i kommunene. Dette vil følges opp i casestudien.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er et sentralt tema i casestudiene. Oslo og Østre Toten illustrerer at det er stor kommunal og regional variasjon på dette området. Igjen ser vi betydningen av å ha flere case og ulike regioner representert for å fange opp variasjon i kommunal kontekst. Knyttet til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten tar flere nøkkelinformanter opp behovet for å følge implementeringen av nye pakkeforløp på rusfeltet og hvordan dette vurderes fra kommuneperspektiv. Noen av informantene har ytret seg svært kritisk til manglende inkludering av kommunene i det skisserte pakkeforløpet. Deres perspektiv er at mesteparten av forløpet knyttet til behandling av rusmiddelproblemer foregår i kommunen i forkant og ikke minst etterkant av opphold i spesialisthelsetjenesten. Døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten utgjør en liten del. Det er i kommunen personen lever sitt liv, og størstedelen av behandlingen og rehabiliteringsforløpet er i kommunen.

I begge kommunene vises det til kartlegging ved hjelp av BrukerPlan som viktig styringsinformasjon for kommunen og bydelene. Betydningen av BrukerPlan for utviklingsarbeid i kommunene vil være et tema i casestudiene.

KS har ikke hatt en eksplisitt rolle hverken i utvikling eller oppfølging av opptrappingsplanen. Vurderingen fra KS er at føringerne i opptrappingsplanen i hovedsak er i tråd med det som kommunene jobber med eller ønsker å bli bedre på. Opptrappingsplanen støtter opp under generelle trender innenfor rusfeltet i kommunene. Et eksempel på dette er at KS selv driver læringsnettverk for kommunene innen rus og psykisk helse. Det nasjonale læringsnettverket er basert på recovery-tenkning innen rusfeltet. Det er sterke føringer om at kommunene som deltar i nettverket, har ansatte med brukererfaring. Alle kommuner må sette sammen forbedringsteam og velge ut sine områder som de skal jobbe systematisk med utvikling innenfor. I tillegg er KS deltager i et nettverk i Rogaland innenfor samme tema. Dette er et samarbeid med kompetansesenter rus og Fylkesmannen. Dette nettverket vurderes som særlig interessant fordi det er nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten i arbeidet.

I utvelgelse av casekommuner vil vi ha kontakt med KS for å inkludere en eller flere av kommunene som deltar i denne typen nettverk. Tidligere i denne grunnlagsrapporten har vi pekt på at opptrappingsplanen i stor grad består av allerede iverksatte tiltak og pågående satsinger, det er lite som er spesifikt nytt. KS' vurdering av at opptrappingsplanen samsvarer med det kommunene jobber med og ønsker å bli bedre på, er i tråd med inntrykket fra intervjuer i kommunene også. Det betyr at opptrappingsplanen i seg selv i liten grad er et tema ute i kommunene bortsett fra som en form for kunnskapsgrunnlag på området.

### **Utvelgelse av casekommuner**

I utvelgelse av casekommuner for 2018 vil vi inkludere både Oslo og Østre Toten i tillegg til fire øvrige casekommuner. I utvelgelse av de øvrige kommunene vil følgende forhold vektlegges:

- representasjon fra alle de fire helseforetaksregionene
- variasjon i kommunestørrelse og geografisk nærhet til spesialisthelsetjeneste
- at temaer og innsatsområder som er vektlagt i opptrappingsplanen for rusfeltet, dekkes
- at det er representert noen kommuner hvor det er aktive bruker- og pårørende-organisasjoner

For fire av kommunene som er case i 2018, vil det være en ambisjon å gjennomføre nye casestudier i 2020 for å kunne se utvikling over tid.

I denne innledende fasen av evalueringen har vi etterspurt informasjon om regionale samlinger og nettverk hvor det vil være aktuelt å arrangere erfaringsamlinger for arbeidet med opptrappingsplanen. Målet er å kunne etablere et samarbeid med noen av de regionale aktørene for å ha en erfaringsutveksling med flere kommuner om oppfølging av opptrappingsplanen høsten 2018.





## 9. Avslutning og vurdering

---

Dette er første statusrapport fra evalueringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Hensikten med denne første statusrapporten er å legge et grunnlag for det videre evalueringsforløpet. En viktig del av rapporten er redegjørelsen for arbeidet med å utvikle et indikatorsett som grunnlag for å vurdere måloppnåelsen for opptrappingsplanen. I rapporten har vi presentert arbeidet med å identifisere indikatorer som vil følges gjennom hele evalueringsforløpet. Indikatorene vil gi informasjon om utviklingen på det overordnede målet om å bedre situasjonen for personer med rusproblemer og deres pårørende og arbeidet med å nå de fem definerte hovedmålene for planen. I rapporten presenteres en nullpunktsmåling på det samlede indikatorsettet. Indikatorsettet vil oppdateres årlig fram mot den endelige resultatevalueringen i 2021 og vil vise utviklingen på i alt 94 indikatorer. Indikatorsettet vil gi betydelig informasjon om rusarbeidet i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Indikatorsettet vil for eksempel indikere om brukerne i større grad opplever å bli involvert i egen behandling, om tilgjengeligheten og kapasiteten i rusbehandlingstilbudet øker, eller om brukere får praktisk hjelp til å finne arbeid og bolig. Underveis i evalueringsperioden vil de årlige statusrapportene gi styringsinformasjon som involverte aktører kan bruke for å vurdere behovet for ytterligere innsats eller annen innretting av arbeidet med planen.

Opptrappingsplanen består i stor grad av allerede pågående tiltak, satsinger og initiativer. Svært mange av tiltakene eller «regjeringen vil»-punktene i planen er forankret i andre strategier og planer på velferdsfeltet. Det er en styrking av innsats og nye initiativer på noen områder, men det er få tiltak som er eksplisitt lansert som en del av opptrappingsplanen. Det medfører at mange etterlyser hva opptrappingsplanen i seg selv egentlig består i. For evalueringens del innebærer en slik strukturering av planen at det ikke er mulig å gjøre en effektevaluering av innsatsen. I løpet av evalueringsperioden vil vi vurdere i hvilken grad vi beveger oss i retning av de uttalte målene med planen. Utviklingen på de mange indikatorene som er med i indikatorsettet og organisasjonsstudien, vil likevel gi mye informasjon om oppfølgingen av planen både i det kommunale rusarbeidet og i spesialisthelsetjenesten. I hvilken grad utviklingen skyldes innsats knyttet til opptrappingsplanen eller andre innsatser og endringskrefter som drar i samme (eller motsatt) retning, er imidlertid ikke mulig å entydig konkludere om.

I rapporten har vi også presentert resultatene fra organisasjonsstudien. Organisasjonsstudien tar for seg arbeidet med opptrappingsplanen, hvilke aktører som er involvert, og innsatsen for å følge opp planen så langt. Det sentrale spørsmålet er om organiseringen er hensiktsmessig for å nå målene med planen. Her viser vi hvordan arbeidet med opptrappingsplanen er organisert fra Helsedirektoratet og samarbeidet med de fem øvrige direktoratene som er ansvarlige for å følge opp tiltakene i planen. Studien viser at alle involverte direktorater bortsett fra Utdanningsdirektoratet har fått et eksplisitt oppdrag i tildelingsbrevet for 2017 om å bidra i gjennomføringen av opptrappingsplanen for rusfeltet. Bortsett fra Helsedirektoratet er det Kriminalomsorgsdirektoratet som har fått det tydeligste mandatet til å prioritere dette arbeidet.

Samtidig ser vi at det felles oppdraget som er gitt direktoratene fra Helse- og omsorgsdepartementet på vegne av de ansvarlige departementene, er lite tydelig. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å koordinere innsatsen, men hva de øvrige direktoratene skal bidra med utover å rapportere på egne tiltak, er ikke spesifisert. Det er behov for en tydeligere definering av hva en eventuelt ønsker med det tverrdirektorale arbeidet utover ren rapportering på pågående arbeid.

Fylkesmannen og kompetansesentrene for rus (KoRus) har en sentral rolle overfor kommunene og kan ha stor betydning for at kommunene utvikler sine tjenester og tilbud i tråd med opptrappingsplanen. I rapporten har vi derfor hatt en særlig gjennomgang av den regionale innsatsen for oppfølging av planen. Gjennomgangen viser at særlig fylkesmannsembetene og de regionale kompetansesentrene på rus, men også de regionale helseforetakene, har et mandat til og eksplisitte styringssignaler om å bidra til gjennomføring av Opptrappingsplanen for rusfeltet. Til tross for et gitt oppdrag om å følge opp arbeidet med opptrappingsplanen etterlyser både fylkesmannsembetene og kompetansesentrene tydeligere styringssignaler om egen rolle og forventninger til innsats. Arbeidsutvalget for opptrappingsplanen har arbeidet med å utarbeide en strategi for det regionale arbeidet med opptrappingsplanen. Strategien skal være klar samtidig med at denne første statusrapporten ferdigstilles. I evalueringsforløpet videre vil vi følge den regionale innsatsen og blant annet undersøke hvorvidt den framlagte strategien følges opp i regionene. I evalueringsforløpet videre vil vi følge det regionale arbeidet tett gjennom casestudier i kommunene og erfaringsamlinger ute i regionene.

Kommunenes perspektiver er viktige i evalueringsoppdraget. Det er i kommunene personer med rusproblemer bor, og det er innsatsen her som i hovedsak vil avgjøre om personer med rusproblemer og deres pårørende mottar bedre og mer effektive tjenester. Gjennom indikatorsettet vil vi i løpet av evalueringsforløpet få informasjon om utviklingen i kommunene på en rekke områder, men for å supplere disse dataene skal det gjennomføres casestudier i seks kommuner fra i år (2018) og hvert år fram til og med 2020. I rapporten har vi redegjort for betydningen av å ha et kommunalt perspektiv på opptrappingsplanen og viktige forhold som vil inkluderes i casestudien.

En av informantene i evalueringen påpekte at «opptrappingsplanen – det er det vi driver med – det er bra – det er riktig retning». Det skal bemerkes at det er stor tilslutning blant nær alle informanter om at det presenterte utfordringsbildet og hovedlinjene som skisseres i opptrappingsplanen, stemmer. Opptrappingsplanen kan være et nyttig kunnskaps- og grunnlagsdokument for kommunene og spesialisthelsetjenesten for utvikling av tjenester og tilbud framover. Betydningen av å samle alle tiltak og satsinger i en felles opptrappingsplan for rusfeltet kan gi økt oppmerksomhet om rusavhengige hos aktører som er involvert i oppfølging, og bidra til mer kunnskapsbasert utvikling i tjenestene. Dette vil vi se nærmere på i evalueringen videre.

I denne første rapporten har vi pekt på at Helsedirektoratet bør gjøre en vurdering av hvorvidt organiseringen av arbeidet med opptrappingsplanen er hensiktsmessig innrettet for å bidra til måloppnåelse i planen. Det er særlig merverdien av det organiserte samarbeidet mellom direktoratene med en arbeidsgruppe som i hovedsak har konsentrert seg om å rapportere på de enkelte direktoratenes tiltak og aktiviteter, som det stilles spørsmålstegn ved. Også internt i Helsedirektoratet bør det gjøres en vurdering av hvorvidt en kan tilrettelegge for en mer aktiv rolle i å fremme satsinger og felles tiltak for å understøtte målene i opptrappingsplanen. Mye av aktiviteten i Helsedirektoratet og samarbeidet med de andre direktoratene slik det har vært praktisert fram til nå, bærer preg av å orientere om pågående aktiviteter og tiltak mer enn å bruke dette som utgangspunkt for å initiere målrettet aktivitet som kan understøtte

målene i opptrappingsplanen. Flere av de involverte direktoratene vektlegger at de framover bør ha mer oppmerksomhet om felles initiativer eller tiltak som kan bidra til å styrke måloppnåelsen i planen.

I desember 2018 kommer den første underveisrapporten fra evalueringen, hvor vi presenterer utviklingen for indikatorsettet så langt og et kommunalt perspektiv på arbeidet med opptrappingsplanen så langt. Indikatorsettet som foreligger i denne rapporten, er utviklet basert på tilgjengelige data per nå. Vi tar høyde for at det i evalueringsperioden vil kunne identifiseres data som gjør at vi bør inkludere nye indikatorer. Motsatt kan det også være at data på noen av indikatorene ikke vil være tilgjengelig framover. På samme måte skjer det utvikling i rusfeltet på politisk nivå som vil kunne ha konsekvenser for evalueringen. Evalueringsdesignet er utarbeidet på en slik måte at vi kan ta høyde for dette underveis. Et eksempel på potensielt vesentlige endringer i rusfeltet er en mulig rusreform etter at et flertall i Stortinget i desember 2017 vedtok at bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk skal overføres fra justissektoren til helsesektoren. Helseministeren har varslet at det vil nedsettes et offentlig utvalg for å vurdere dette. Evalueringen vil vurdere og inkludere mulige konsekvenser av utvikling av rusfeltet underveis og redegjøre for dette i de kommende underveisrapportene.

# Litteratur

---

- Dyb, E. & Lid, S. (2017). *Bostedsløse i Norge 2016. En kartlegging*. NIBR-rapport 2017:13.
- Hansen, I. L. S. (2017). *Fra bostedsløs til varig bolig. Evaluering av forsøk med Housing first i Bergen og Sandnes*. Fafo-rapport 2017:06.
- Hansen, I. L. S., Grødem, A. S. & Bakkeli, V. (2013). *Boligsosiale utfordringer og sosial innovasjon*. Fafo-rapport 2013:49.
- Hansen, I. L. S., Nordvik, V. & Grønningsæter, A. B. (2014). *Boligsosialt arbeid og kompetanseutvikling. Evaluering av videreutdanning i boligsosialt arbeid. Delrapport*. Fafo-rapport 2014:06.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. IS-2076.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Opptrappingsplanen for rusfeltet Hdir- Oppdrag til Helsedirektoratet*. Ref. 13/4434. Brev datert 26.6.2014.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Statsbudsjettet 2016 – Tillegg til tildelingsbrev nr. 15*. Ref. 16/832. Brev til Helsedirektoratet med kopi øvrige departement og direktorat med ansvar for tiltak i opptrappingsplanen. Datert 6.6.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Brev fra helseminister Bent Høie til fylkesmannsembetene*. Ref. 16/406-. Datert 7.6.2016.
- N- ROP Sykehuset Innlandet HF (2014). *Evaluering av ACT team. Sluttrapport. «Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?»* Nasjonalt kompetansesenter for rusmisbruk og psykiske lidelser, Sykehuset Innlandet HF.
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2016). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Trondheim: SINTEF.
- Prop. 15 S. *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*.
- Riksrevisjonen (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse om ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. (Dokument 3:5 (2015-2016)).
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Fagbokforlaget.
- Storey, D. J. (1998). *Six Steps to Heaven: Evaluating the Impact of Public Policies to Support Small Businesses in Developed Economies*. Centre for Small and Medium Sized Enterprises. University of Warwick.
- Sverdrup, S. (2002). *Evaluering: faser, design og gjennomføring*. Fagbokforlaget.
- Ulfrstad, L. M. (2011). *Velferd og bolig: om boligsosialt (sam-)arbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Årsrapport BrukerPlan 2015.



# Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet

Fafo er i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos tildelt oppdraget med å gjennomføre en evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Evalueringen startet opp i oktober 2017 og vil avsluttes våren 2021. Dette er første statusrapport og nullpunktsanalyse for denne evalueringen. I evalueringsperioden vil det utarbeides årlige statusrapporter. Hensikten med denne første statusrapporten er å legge et grunnlag for det videre evalueringsforløpet.



Borggata 2B  
Postboks 2947 Tøyen  
N-0608 Oslo  
[www.fafo.no](http://www.fafo.no)

Fafo-rapport 2018:08  
ISBN 978-82-324-0430-8  
ISSN 2387-6859  
Bestillingsnr. 20657