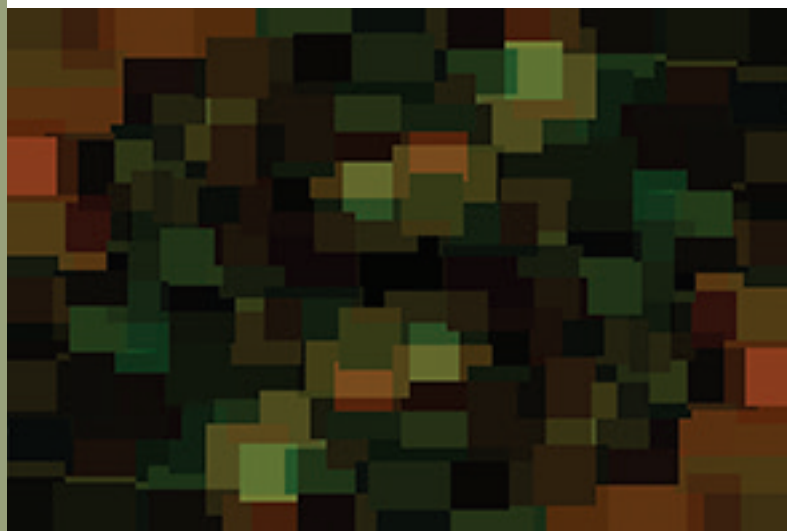


Inger Lise Skog Hansen, Maja Tofteng,  
Linn Sørensen Holst, Vegard Salte Flatval  
og Ketil Bråthen

---

# Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet

Tredje statusrapport





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

# **Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet**

Tredje statusrapport

Fafo-rapport 2019:33

© Fafo 2019

ISBN 978-82-324-0534-3

ISSN 2387-6859

Omslagsbilde: Colourbox.com

# Innhold

---

<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>Summary</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>13</b>
Problemstillinger .....	13
Om opptrappingsplanen for rusfeltet .....	14
Gangen i rapporten .....	15
<b>2 Evalueringstilnærming og metode</b> .....	<b>16</b>
Intervensjonslogikk .....	16
Indikatorsettet .....	17
Datakilder .....	20
Casestudier .....	22
Erfaringssamling .....	24
Organisasjonsstudie .....	25
<b>3 Arbeidet med planen</b> .....	<b>28</b>
Arbeidet på direktorat- og departementsnivå .....	28
Den regionale innsatsen .....	33
Oppsummering .....	36
<b>4 Casestudier</b> .....	<b>37</b>
Oslo kommune .....	37
Bydel Sagene .....	43
Trondheim kommune .....	47
Horten kommune .....	51
Karmøy kommune .....	54
Tromsø kommune .....	56
Oppsummering .....	61
<b>5 Overordnet innsats</b> .....	<b>63</b>
<b>6 Samfunnseffekter</b> .....	<b>73</b>
<b>7 Bruker- og pårørendemedvirkning i tjenesteapparatet</b> .....	<b>77</b>
<b>8 Tidlig innsats</b> .....	<b>86</b>
<b>9 Et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat</b> .....	<b>90</b>
Tilgjengelighet til tjenester .....	93
Tilgjengelighet til behandling i spesialisthelsetjenesten og samarbeid .....	95
<b>10 En aktiv og meningsfylt tilværelse</b> .....	<b>98</b>
<b>11 Alternative strafferettslige reaksjoner og bedret rusbehandling i fengslene</b> .....	<b>102</b>
<b>12 Overordnet vurdering</b> .....	<b>109</b>
Noen utfordringer sett fra kommunene .....	109
Få målbare resultater .....	110
Fortsatt opptrapping av innsats .....	111
Statlig innsats foran siste år med opptrapping .....	113
<b>Litteratur</b> .....	<b>114</b>



# Forord

---

Dette er tredje statusrapport fra følgeevalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet. Evalueringen av opptrappingsplanen ledes av Fafo og gjennomføres i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse AS og Ipsos. Samfunnsøkonomisk analyse har hatt hovedansvaret for å utvikle indikatorene som vi følger gjennom evalueringen, og det årlige ansvaret for å oppdatere disse. Dette arbeidet gjennomføres av Maja Tofteng og Vegard Salte Flatval. Indikatorsettet som er utarbeidet for å følge utviklingen på opptrappingsplanens målområder, baserer seg på tilgjengelige data fra ulike kilder. Årets oppdateringer er basert på dataene som nå er tilgjengelige for 2018.

I tillegg til oppdatering av indikatorsettet er det gjennomført en omfattende kvalitativ datainnsamling. Ipsos deltar i denne delen av evalueringen og har i år gjennomført casestudier i to kommuner, intervjuer i tre direktorater og telefonintervjuer med kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus). Fra Ipsos er Linn Sørensen Holst ansvarlig for deres del av evalueringssoppgaven. I årets datainnsamling har også Trine-Lise Lyng deltatt fra Ipsos. I Fafo leder Inger Lise Skog Hansen arbeidet, i tillegg deltar Ketil Bråthen og Ellen Katrine Kallander i prosjektteamet. Fafo har gjennomført telefonintervjuer med rådgiverne på rusfeltet i fylkesmannsembetene, arrangert en erfaringssamling, deltatt på flere møter med oppdragsgiver, gjennomgått foreliggende rapporteringer, gjort intervjuer i ansvarlig departement og presentert foreløpige resultater på en rådgiversamling for fylkesmannsembetene og kompetansesentrene og for arbeidsutvalget for opptrappingsplanen. Fafo har gjort casestudier i tre kommuner og en bydel.

Vi vil takke alle som har stilt opp til intervju, og alle som har deltatt på ulike samlinger og gitt tilbakemeldinger på presenterte resultater fra årets undersøkelse.

Avslutningsvis vil vi takke Helsedirektoratet, som er oppdragsgiver for denne evalueringen, for godt samarbeid i prosessen. En særlig takk til Jannicke Berg Leknes som er vår kontaktperson i direktoratet.

Takk til Tone Fløtten som har lest og kommentert et første utkast til rapporten.

Oslo, november 2019

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 gjennomfører, i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse AS og Ipsos, en følgeevaluering av opptappingsplanen. Evalueringen av opptappingsplanen er både en resultatevaluering og en prosessevaluering. Det er to overordnede problemstillinger for 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?*

Vi presenterer årlige statusrapporter i planperioden og en endelig resultatevaluering i 2021. Grunnlagsrapporten – den første statusrapporten – ble offentliggjort i april 2018 (Hansen mfl. 2018a), den andre i desember 2018 (Hansen mfl. 2018b). Dette er den tredje statusrapporten fra evalueringen.

Opptappingsplanen for rusfeltet er en tverrdepartemental plan og en tverrsektoriell satsing. Helsedirektoratet har et sentralt ansvar for implementering og koordinering av innsatsen, mens 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.

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.

## Grunnlaget for den tredje statusrapporten

I den første statusrapporten (Hansen mfl. 2018a) ble det presentert et indikatorsett bestående av 94 indikatorer utarbeidet for å kunne vurdere måloppnåelsen for opptappingsplanen. Nullpunktet for majoriteten av indikatorene er 2016, men for noen av indikatorene er første tilgjengelige data fra 2017. De årlige statusrapportene vil alltid referere situasjonen for året før. Årets rapport viser utviklingen på de definerte indikatorene for 2018. I år har vi vurdert hensiktsmessigheten ved de opprinnelige indikatorene og endt med å ta ut åtte indikatorer. Indikatorsettet består nå av 85 indikatorer. De indikatorene vi har tatt ut, er indikatorer hvor det har vist seg at det



ikke vil komme oppdaterte data i perioden, og indikatorer hvor det har vist seg at datakvaliteten ikke er tilstrekkelig.

Denne tredje statusrapporten gir en oppdatering av indikatorsettet tre år etter at opptrappingsplanen ble iverksatt. Der data er tilgjengelige, er indikatorene oppdatert med nye data. I det oppdaterte indikatorsettet angis verdi i 2016, 2017 og 2018 samt endringen i indikatoren i perioden. I år har vi oppdaterte data for 58 av 85 indikatorer.

For å ha et større grunnlag for å tolke utviklingen innenfor opptrappingsplanens målområder gjennomføres det hvert år omfattende kvalitative studier. I 2019 er det gjennomført casestudier i fem kommuner samt en bydel i Oslo. Dette er kommunene Tromsø, Trondheim, Karmøy, Horten og Oslo og Bydel Sagene. I alle casekommunene er det tatt kontakt med nærmeste helseforetak og TSB for egne intervjuer med representanter for spesialisthelsetjenesten.

Det er også gjennomført egne intervjuer med ansvarlige for Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) i Oslo, Rogaland og Trondheim samt innhentet erfaringer med dette i casekommunene.

Som grunnlag for denne statusrapporten er det også gjennomført intervjuer med representanter for involverte direktorater og Helse- og omsorgsdepartementet. Det er gjennomført fokusgruppeintervju med arbeidsutvalget for opptrappingsplanen. Det er foretatt telefonintervjuer med rådgivere for rusområdet i fylkesmannsembetene og representanter for de regionale Kompetansesenter rus (KoRus).

## Resultater

Årets statusrapport viser, i likhet med de to tidligere statusrapportene (Hansen mfl. 2018a, b), at det er mye aktivitet på rusfeltet. Det pågår mye utviklingsarbeid i kommunene, og det er stor oppmerksomhet om enkelte av de prioriterte områdene i opptrappingsplanen. Dette gjelder særlig målet om mer brukerorienterte tjenester, men også tilgjengelighet i tjenestene og det å kunne tilby mer arenafleksible og oppsøkende tjenester. I tillegg viser funn fra casestudiene at det nå er mer oppmerksomhet om arbeid og aktivitet for målgruppen, både i kommunene og i deler av spesialisthelsetjenesten. Det er også noen tydelige utfordringer.

For det første er det å kunne tilby et godt bo- og tjenestetilbud til personer med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) fortsatt en utfordring i mange kommuner. Denne brukergruppen har ofte omfattende levekårsproblemer på mange områder samtidig, og det etablerte tjenestetilbudet klarer i mange tilfeller ikke å tilby tilpassede tjenester.

For det andre viser årets kvalitative studie at ansatte i både kommunene og spesialisthelsetjenestene tar opp mangel på egnede boliger som en begrensning for arbeidet innenfor rusfeltet.

For det tredje viser de kvalitative studiene at det er mye samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, men at aktørene fortsatt strever med å finne gode samarbeidsformer.

En fjerde utfordring som framkommer av det kvalitative datamaterialet, er bekymringen for at en presset kommuneøkonomi kan føre til at etablerte tilbud bygges ned, eller at tilbud utviklet ved hjelp av tilskuddsmidler ikke videreføres i ordinær drift.

## Fortsatt opptrapping av innsatsen, men i mindre skala

Indikatorsettet er presentert i syv ulike tabeller, én med indikatorer for overordnet innsats, én for samfunnseffekter og én for hvert av de fem hovedmålene.

Tabell 5.1. med overordnet innsats viser at det fortsatt har vært en opptrapping av ressursene til rusfeltet, men i mindre skala enn i tidligere år. Overføringene til kommunene, gjennom rammetilskudd begrunnet med opptrappingsplanen og i tilskuddsmidler, trappes fremdeles opp, men i mindre omfang enn tidligere år. Økningen i rammeoverføringen begrunnet med opptrappingsplanen var 300 millioner kroner i 2018 (indikator 1). De samlede bevilgningene til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid har også økt i perioden – fra 2,05 milliarder 2018-kroner i 2016 til 2,15 milliarder kroner i 2018<sup>1</sup>, noe som tilsvarer en vekst på 2,5 prosent per år (indikator 3).

I forrige statusrapport estimerte vi at det var behov for om lag 600–650 millioner kroner i 2020 for å nå målet om en opptrapping på 2,4 milliarder i opptrappingsperioden. Underlaget for dette estimatet er nå endret og omtalt i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag for 2019 (Prop. 1 S (2018-2020)). Revideringen er, som beskrevet i kapittel 5, knyttet til at den boligsosiale innsatsen fra Husbanken overfor personer med rusproblemer vurderes å ha vært høyere i perioden enn tidligere estimert. Ifølge det foreliggende statsbudsjettforslaget vil målet oppfylles med den foreslåtte bevilgningen på 150 millioner i rammeoverføring til kommunene for 2020. I opptrappingsplanen var det lagt inn en opptrapping av midler på rusfeltet, som skulle komme i tillegg til eller utover innsatsen som allerede er på området, altså før 2016. I denne statusrapporten har vi ikke grunnlag for å vurdere hvorvidt det nye underlaget tilfredsstillende dette premisset, og følgelig heller ikke om de foreslåtte 150 millioner i opptrapping i rammeoverføringen i 2020 vil være tilstrekkelig for å innfri målet om 2,4 milliarder.

Det er fortsatt en økning i rapporterte årsverk innenfor psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. I perioden 2016 til 2018 har det vært en vekst i rapporterte årsverk fra 13 936 i 2016 til 15 894 i 2018 (indikator 4). Dette tilsvarer en økning på 6,8 prosent per år. Denne økningen i årsverk underbygges også av KOSTRA-data.

Innsatsen innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har flatet ut (indikator 5), slik vi også viste i forrige statusrapport.

### **Utvikling på målområdene**

Om vi samler hele indikatorsettet, vil vi se at det ikke er mulig å gi et entydig svar på om det er en utvikling i retning god måloppnåelse i perioden 2016 til 2018. Bildet er svært sammensatt. Noen indikatorer antyder en utvikling i retning av større måloppnåelse, andre viser en utvikling i uønsket retning. For de fleste indikatorer hvor vi har oppdaterte data for 2018, er det ikke mulig å identifisere noen signifikant endring. Indikatorene enkeltvis må tolkes med varsomhet. Det samlede indikatorsettet sammen med casestudiene og annen kvalitativ informasjon vil være grunnlaget for å vurdere måloppnåelse for opptrappingsplanen. Vi kommenterer med dette forbehold noen observasjoner.

På et overordnet nivå, knyttet til levekårene for personer med rusproblemer, ser vi i likhet med hva som påpekes i det kvalitative materialet, at andelen brukere med svært omfattende levekårsproblemer ikke reduseres (indikator 15 og 16). 60 prosent av brukerne vurderes å ha en utilfredsstillende samlet levekårssituasjon. I perioden 2016 til 2018 er det stabilt 13 til 14 prosent som vurderes å ha svært omfattende levekårsproblemer.

Innenfor hovedmål 1, bruker- og pårørendemedvirkning, er det flere kommuner i 2018 enn i 2017 som oppgir at de ivaretar voksne som pårørende på en god måte, en økning på 5 prosentpoeng (indikator 33). Vurderingen av ivaretagelsen av barn som

<sup>1</sup> Indikator 3: samlede bevilgninger over kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid

pårørende viser ingen endring (indikator 34). For begge disse indikatorene er det nå henholdsvis 44 og 45 prosent av kommunene, altså litt under halvparten, som vurderer at de ivaretar henholdsvis voksne og barn som pårørende på en god eller svært god måte. Det er for øvrige indikatorer ingen eller marginale endringer.

Innenfor hovedmål 2, tidlig innsats, ser vi indikasjoner på en positiv utvikling i andel kommuner som rapporterer at de har systemer på tvers for tidlig identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk (indikator 42). Halvparten av kommunene oppgir nå at de har denne typen systemer, en endring på 7 prosentpoeng fra 2017 til 2018. Her ser vi også at det er en økning i antall årsverk innenfor helsestasjon og skolehelsetjeneste (indikator 39). For de øvrige indikatorene er det ingen signifikante endringer fra 2017 til 2018.

Innenfor hovedmål 3, et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat, ser vi en betydelig økning i andel kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk (indikator 53, i overkant av 8 av 10 kommuner har ØHD). Det er en indikasjon på at noen flere kommuner mener de har mer sammenhengende og koordinerte tjenester til de med rusrelaterte problemer, men endringen er marginal (indikator 68, litt under halvdel av kommunene mener de har dette).

Innenfor hovedmål 4, en aktiv og meningsfylt tilværelse, er det en større andel kommuner som nå oppgir at de har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/avhengighet. Syv av ti kommuner har det (indikator 69). Det er også en større andel kommuner som oppgir at de har individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE), men fortsatt er det kun to av ti kommuner som oppgir dette (indikator 70). Det er derimot ingen målbar endring når det gjelder andel brukere i arbeid eller med tilfredsstillende aktivitet eller sosialt nettverk. Andelen brukere som er i arbeid, er i likhet med forrige måling kun 13 prosent (indikator 84). I BrukerPlan-kartleggingen er det kun tre av ti brukere som vurderes å ha tilfredsstillende meningsfylt aktivitet (indikator 81) eller tilfredsstillende sosialt nettverk (indikator 83).

Hovedmål 5, i indikatorsettet, operasjonalisert som alternative strafferettslige reaksjoner og bedret rusbehandling i fengslene, er det eneste målområdet hvor det er en positiv utvikling på flere av indikatorene. Det er etablert flere rusmestringsenheter i fengslene i perioden (indikator 87). Narkotikaprogram med domstolskontroll er blitt permanent og implementert i store deler av landet, det er flere iverksatte dommer (indikator 89, 90 og 91), og det er flere saker med ungdomsstraff og oppfølging (92). Men heller ikke her er det et entydig bilde. Det er en betydelig reduksjon i antall personer som soner utenfor fengsel etter straffelovens § 12 – soning i behandlingsinstitusjon (indikator 88).

## **Den statlige innsatsen for å nå målene**

I likhet med tidligere statusrapporter ser vi også i år at det er en begrenset forankring av målbildet i opptrappingsplanen for rusfeltet i de øvrige departementene og direktoratene som i tillegg til HOD og Helsedirektoratet har ansvar for gjennomføring av opptrappingsplanen. Samtidig følger de involverte direktoratene opp sine spesifikke tiltak og prosesser, men ambisjonene for den felles tverrdirektorale aktiviteten er redusert. I Helsedirektoratet fortsetter derimot en aktiv innsats for å styrke måloppnåelsen. I rapporteringen til HOD har direktoratet gitt tydelige anbefalinger om hvor det er behov for styrket innsats for å nå målene i planen, og sammen med de andre

direktoratene har de gitt en særlig rapportering med spesifikke anbefalinger for tre områder: tidlig innsats – barn og unge og deres familier, bolig og tjenester i bolig og arbeidsrettede tiltak.

Den regionale innsatsen har stor betydning for utviklingen i kommunene. Statusrapporten viser at de regionale aktørene nå har et tydelig oppdrag om å bidra til utvikling i kommunene i tråd med målene i opptrappingsplanen for rusfeltet. Både fylkesmannen og KoRus-ene har omfattende aktivitet overfor kommunene, selv om det er noe variasjoner.

Arbeidsutvalget for opptrappingsplanen representerer en bredde i involverte i oppfølgingen av opptrappingsplanen på regionalt nivå. Det er et viktig forum for Helseledelse i den siste perioden av opptrappingen for å følge utviklingen og gi råd om innsats for å styrke måloppnåelsen. I rapporten peker vi på at det i denne kritiske siste perioden kan være hensiktsmessig å involvere representanter for kommunene og brukerne i dette utvalget.

# Summary

---

The escalation plan for the field of drugs and addiction (2016-2020) was submitted to the Storting in November 2015 (Prop.15 S (2015-2016) and adopted in April 2016. In collaboration with Economics Norway and Ipsos, Fafo is undertaking a formative evaluation of the escalation plan. The evaluation of the escalation plan includes a summative evaluation of outcomes as well as processes. The evaluation assignment involves two general research questions:

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 have been initiated appropriate for achieving the escalation plan's goals and objectives?

Through the planning period we will present annual status reports with a final summative evaluation in 2021. The basis report – the first status report – was published in April 2018 (Hansen et al. 2018a), second status report in December 2018 (Hansen et.al. 2018b). This is the third status report from the evaluation.

The first status report (Hansen et al. 2018) presented a set of indicators that had been designed to enable us to assess the goal achievement of the escalation plan. Baseline for most indicators is 2016, although data for some of the indicators are available only from 2017 and then defined as baseline.

This third status report provides measurements for this set of indicators three years after the escalation plan came into effect. The indicators have been updated wherever data were available. For the updated set of indicators, values are provided for 2016, 2017 and 2018, as well as the change in the indicator over these three years.

To obtain a better impression of the trends in the field of drugs and addiction and an impression of any changes in the measurable magnitudes (the set of indicators) we have undertaken case studies in five municipalities, as well as participated at different gatherings with representatives from municipalities and other relevant agencies. The aim has been to collect assessment regarding prevailing trends in the field of drugs and addictions, in light of the escalation plan.

In preparation for this report, we have also undertaken several interviews with representatives of involved directorates, advisors in the field of drugs at the county governors' offices and representatives for the regional drug and alcohol competence centres.



# 1 Innledning

---

Dette er den tredje statusrapporten for evalueringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Grunnlaget for evalueringen ble presentert i den første rapporten, som også inneholdt en nullpunktsmåling på 94 indikatorer som vi hadde etablert for å følge utviklingen på de ulike målområdene i opptrappingsplanen (Hansen mfl. 2018a). I denne grunnlagsrapporten pekte vi på at opptrappingen på rusfeltet foregår samtidig med at det er iverksatt og startet opp nye initiativer på rusfeltet. I forrige statusrapport (Hansen mfl. 2018b) viste vi blant annet til at det var opprettet et eget offentlig utvalg for å vurdere overføring av samfunnets reaksjon mot bruk og besittelse av narkotika fra justissektoren til helsesektoren. Rapporten fra Rusreformutvalget er ventet framlagt om ikke lenge. Fra 1. januar i år startet implementeringen av pakkeforløpene innenfor rus og psykisk helse. Som vi har påpekt i grunnlagsrapporten, er det svært vanskelig å identifisere isolerte effekter av opptrappingsplanen. Dette skyldes at planen i stor grad er en omfattende sammenstilling av en rekke ulike føringer og tiltak og vektlegging av allerede etablerte eller pågående tiltak, prosjekter og initiativer (se nærmere beskrivelse under). Det er få egne nye tiltak, bortsett fra målet om å øke de samlede bevilgningene til rusfeltet med 2,4 milliarder kroner i perioden 2016–2020. I tillegg har det som nevnt gjennom hele opptrappingsperioden blitt initiert nye initiativer og prosesser som selvsagt virker inn på tjenestene og tilbudene på rusfeltet. Vi vil derfor i år igjen presisere at denne evalueringen ikke er en stringent effektevaluering av opptrappingsplanen, men en vurdering av måloppnåelse på de definerte målene i planen.

De årlige statusrapportene vil alltid referere situasjonen for året før. Årets rapport viser utviklingen på de definerte indikatorene for 2018. I år har vi vurdert hensiktsmessigheten ved de opprinnelige indikatorene og endt med å ta ut åtte indikatorer. Dette er indikatorer hvor det har vist seg at det ikke vil komme oppdaterte data i perioden, og indikatorer hvor det har vist seg at datakvaliteten ikke er tilstrekkelig. I forbindelse med sist statusrapport slo vi sammen to indikatorer grunn av endring i rapportering av data (Hansen mfl. 2018b:22). I år har vi fått oppdaterte data for 58 av 85 indikatorer.

## Problemstillinger

Evalueringen av opptrappingsplanen er både en resultatevaluering og en prosessevaluering. Det er to overordnede problemstillinger for dette evalueringssoppgavet:

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?

I denne statusrapporten er det seks forskningsspørsmål som har vært førende for vurderingene:

- a) Hvordan er utviklingen siden forrige rapport på de definerte indikatorene?

- b) Er økningen i ressurser til rusfeltet adekvat for å nå målet om 2,4 milliarder innen utgangen av 2020?
- c) I hvilken grad skjer det en positiv utvikling på definerte områder innenfor de fem hovedmålene i opptrappingsplanen?
- d) Er det mulig å identifisere områder hvor det ikke skjer en positiv utvikling mot å nå målene i planen?
- e) Har departementene og direktoratene som er ansvarlige for opptrappingsplanen, en målrettet innsats for å bidra til å nå målene i opptrappingsplanen?
- f) Hvordan blir opptrappingsplanen fulgt opp av de regionale aktørene, og er det en aktiv regional innsats for å bidra til at det skjer en utvikling i kommunene i tråd med målene i planen?

## Om opptrappingsplanen for rusfeltet

Opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop.15 S (2015-2016) startet opp i 2016 og pågår ut 2020. Opptrappingsplanen er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle eller allerede har et rusproblem. Opptrappingsplanen har tre innsatsområder:

- Tidlig innsats. Flere skal få hjelp før de utvikler rusproblemer.
- Behandling. Styrke kapasitet og kvalitet i behandlingstilbudet.
- Oppfølgingstjenester.<sup>2</sup> 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. I tillegg til behandling i kommunal regi involverer dette helt spesifikt spesialisthelsetjenesten og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Opptrappingsplanen for rusfeltet er en tverrdepartemental plan og 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:

- 6 Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
- 7 Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig.
- 8 Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
- 9 Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.

<sup>2</sup> I opptrappingsplanen står det «Ettervern/oppfølgingstjenester», men Helsedirektoratet har gjort oss oppmerksom på at de etter en faglig vurdering ikke lenger benytter begrepet ettervern, men kun oppfølgingstjenester.



10 Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.

I tillegg har regjeringen definert 77 konkrete punkter som de vil gjennomføre i løpet av planperioden (heretter kalt «regjeringen vil»-punkter). De 77 «regjeringen vil»-punktene har svært ulik form, og dette er redegjort nærmere for i de tidligere rapportene (Hansen mfl. 2018a, b). 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. Som nevnt er også mange av tiltakene og målformuleringene knyttet til allerede iverksatte prosesser eller pågående satsinger.

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 mottakssenter 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 på rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer (100 mill. kroner)

Regjeringen satte et mål for den samlede økningen i bevilgningene til rusfeltet til 2,4 milliarder kroner i planperioden 2016–2020. Det er flere statlige tilskuddsordninger som støtter opp under målene i tiltaksplanen, men hoveddelen av opptrappingen ble varslet at skulle skje ved økning i de frie inntektene til kommunene (rammeoverføringen). Veksten i finansiering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kommer i tillegg til de 2,4 milliardene.

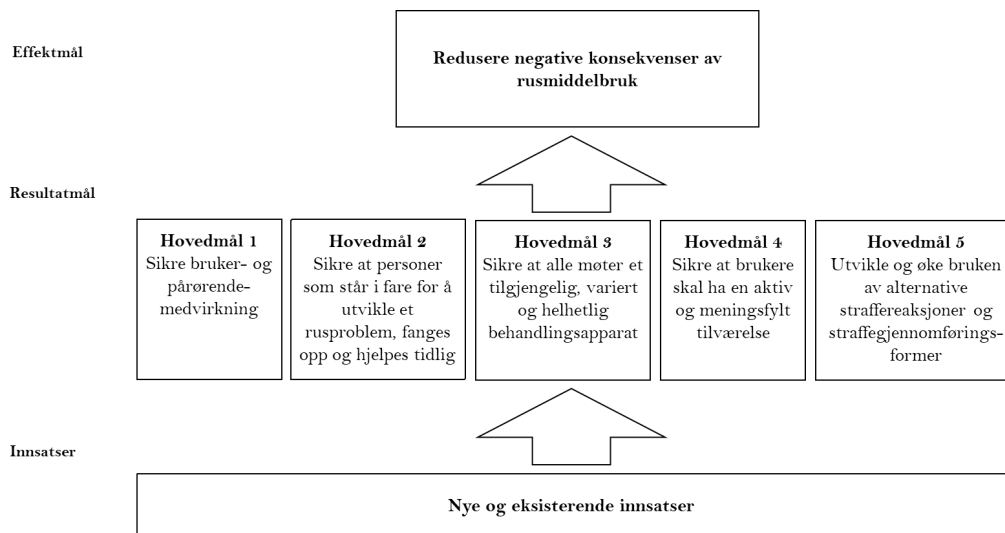
## Gangen i rapporten

I kapittel 2 presenterer vi kort evalueringstilnærmingen og utarbeidelsen av indikatorer for å følge utviklingen på de definerte målene i opptrappingsplanen. Her presenterer vi også opplegget for casestudien og andre aktiviteter som er gjennomført for å få data til å vurdere aktiviteten knyttet til gjennomføring av opptrappingsplanen. I kapittel 3 gir vi en vurdering av arbeidet med å følge opp målene i opptrappingsplanen fra involverte direktorater, fylkesmannsembeter og kompetansesenter. I kapittel 4 presenteres de fem casekommunene. I kapittel 5–11 presenterer vi resultatene på indikatorsettet fordelt på overordnet innsats, samfunnseffekter og de fem hovedmålene i planen. I kapittel 12 foretar vi en overordnet vurdering av utviklingen når det nå gjenstår ett år av opptrappingsperioden.

## 2 Evalueringstilnærming og metode

Evalueringen er designet som en følgeevaluering bestående av en resultatevaluering og en prosessevaluering. Designet er utdypende beskrevet i grunnlagsrapporten (Hansen mfl. 2018a). I evalueringen vurderes måloppnåelse for de fem hovedmålene hver for seg og samlet, jmfør figur 2.1. Positiv måloppnåelse for planen samlet sett har vi dersom vi ser en positiv utvikling i tråd med minimum ett av hovedmålene (med mindre noen av øvrige hovedmål forverres). De fem hovedmålene rommer også de tre spesifiserte innsatsområdene (tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølging)<sup>3</sup>. Evalueringen er prosjektteamets vurdering av de to problemstillingene. Evalueringen er basert på vurdering av utvikling på et sett av målbare indikatorer, case-studier, dokumentstudier og en organisasjonsstudie. Figur 2.1 viser målbildet vi har utviklet som grunnlag for evalueringen.

Figur 2.1 Målhireraki



### Intervensjonslogikk

Opptappingsplanen består av en rekke eksisterende innsatser, men også av ytterligere og forsterket innsats på noen områder. Den samlede innsatsen skal bidra til å utløse konkrete aktiviteter i tjenesteapparatet, som (ideelt sett) vil føre til en endring for brukerne og for samfunnet. Figur 2.2 illustrerer vår forståelse av hva myndighetene ønsker å oppnå med opptappingsplanen. Intervensjonslogikken<sup>4</sup> er et praktisk

<sup>3</sup> For evalueringsformål vurderes «tidlig innsats» som en del av hovedmål 2, mens «behandling» dekkes av hovedmål 3, og «ettervern/oppfølging» dekkes av hovedmål 4.

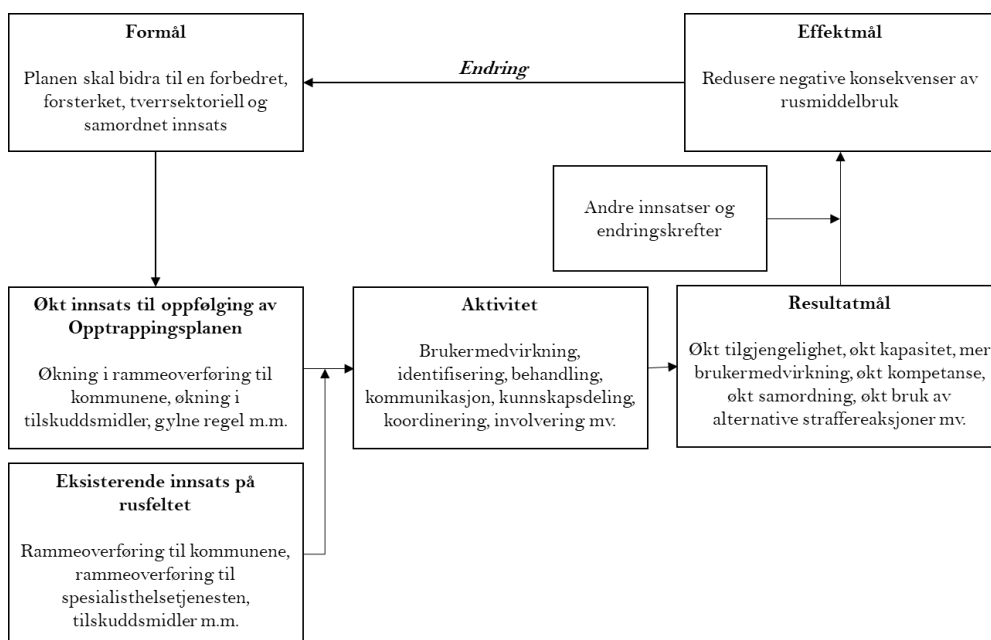
<sup>4</sup> Intervensjonslogikken viser sammenhengen mellom innsats, aktiviteter, resultater og effekter. Andre begreper som brukes om denne sammenhengen, er resultatkjede og forandrings-teori.

redskap for å synliggjøre og konkretisere antakelsene om hvordan en offentlig intervensjon fungerer, det vil si hvilken endring planen skal føre til. Når det gjelder endringer, kan vi skille mellom umiddelbare endringer eller utfall i form av resultater på spesifikke målformuleringer i planen og mer langsiktige og samfunnsmessige endringer som planen er ment å føre til. Dette illustreres i figur 2.2.

Vi understreker at denne evalueringen ikke er en effektevaluering slik begrepet ofte brukes i evalueringsfaget. En effektevaluering brukes om empiriske analyser eller kontrollerte forsøk. Denne evalueringen er vår kvalitative vurdering av opptrappingsplanens bidrag på de fem hovedmålene (mer om dette i Hansen mfl. 2018a, b).

Første rapport i følgeevalueringen (Hansen mfl. 2018a) anga intervensjonslogikker for hvert av de fem hovedmålene. Intervensjonslogikkene tydeliggjorde hvilke former for innsats og aktiviteter som er inkludert innenfor de ulike hovedmålene. Intervensjonslogikkene har også vært viktige verktøy for å identifisere relevante indikatorer for hvert av hovedmålene i opptrappingsplanen. En annen fordel med å tydeliggjøre og avgrense de fem hovedmålene er å kunne vurdere måloppnåelse for de fem hovedmålene hver for seg. Ved å skille hovedmålene fra hverandre kan vi evaluere dem separat. Se første rapport for en nærmere beskrivelse av de fem hovedmålene.

Figur 2.2 Overordnet intervensjonslogikk for evalueringen



Kilde: Hansen mfl. (2018a)

## Indikatorsettet

Som grunnlag for vurdering av måloppnåelse for opptrappingsplanen har evalueringsteamet laget et indikatorsett. Indikatorsettet gir mulighet for å følge utvikling innenfor definerte målområder i opptrappingsplanen. I indikatorsettet skiller vi mellom innsatsindikatorer, aktivitetsindikatorer, resultatindikatorer og indikatorer for effektmål. Indikatorer for effektmål er de indikatorene som best belyser bevegelse i retning av reduserte skadevirkninger for samfunnet, mens resultatindikatorerne er de som best belyser bevegelse i retning av hovedmålene med opptrappingsplanen. 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 «regjeringens vil»-punktene i opptrappingsplanen).

I forbindelse med årets rapportering har vi gjort en vurdering av de 93 indikatorene som utgjorde det samlede indikatorsettet for statusrapport to, og valgt å ta ut åtte av disse. Under redegjør vi nærmere for disse revideringene.

### **Indikatorsett i syv deler:**

Indikatorsettet består i årets måling av 85 indikatorer gruppert i syv deler:

- overordnet innsats, presenteres i kapittel 5
- overordnede samfunnseffekter, presenteres i kapittel 6
- hovedmål 1 om økt bruker- og pårørendemedvirkning, presenteres i kapittel 7
- hovedmål 2 om tidlig innsats, presenteres i kapittel 8
- hovedmål 3 om et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat, presenteres i kapittel 9
- hovedmål 4 om en aktiv og meningsfylt tilværelse, presenteres i kapittel 10
- hovedmål 5 om alternative strafferettslige reaksjoner og bedret rusbehandling i fengslene, presenteres i kapittel 11

### **Revidering av indikatorsett**

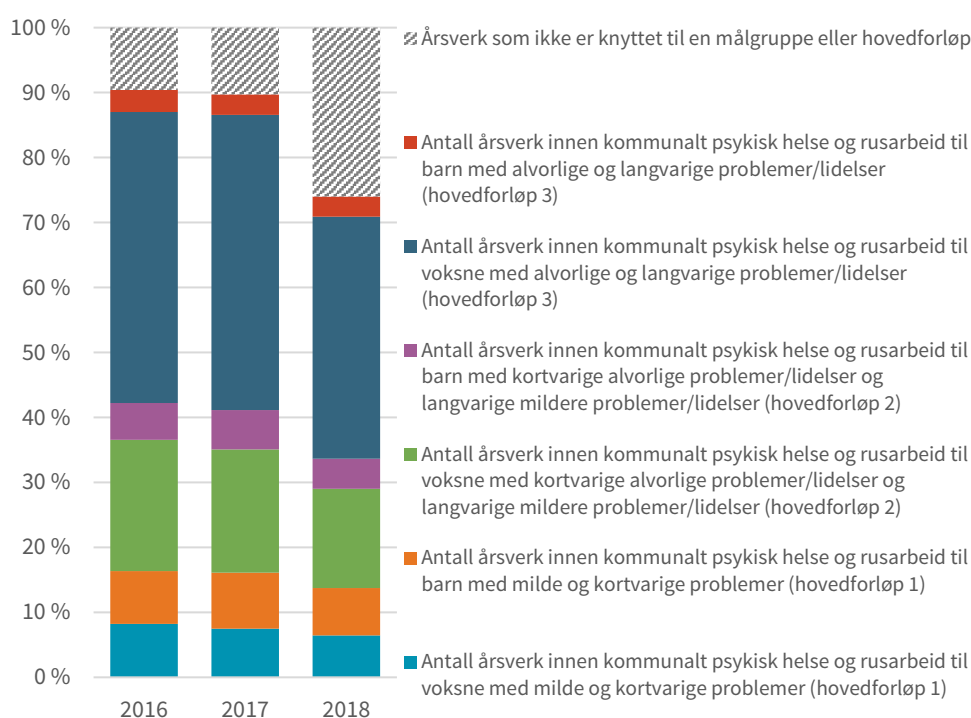
I forbindelse med arbeidet med denne tredje statusrapporten ble etter en vurdering åtte indikatorer tatt ut. To av indikatorene ble fjernet fordi det vurderes at det ikke vil komme oppdatert data i opptrappingsplanperioden. De øvrige seks indikatorene ble tatt ut fordi det er usikkerhet knyttet til datagrunnlaget. I forbindelse med statusrapport ble to indikatorer under hovedmål fem slått sammen på grunn av endringer i rapportering (Hansen mfl. 2018b). Dette medfører at årets indikatorsett består av i alt 85 indikatorer.

Under samfunnseffekter er det tatt ut to indikatorer (indikator 17 og 18 jf. forrige rapport). Indikatorene omhandler andel personer med risikofylt alkoholforbruk og antall personer med høyrisikobruk av opioider. Estimaten er utarbeidet på bakgrunn av forskning utført ved Folkehelseinstituttet (FHI), og vi forventer ikke at nye målinger vil bli gjennomført i løpet av evalueringsperioden.

Under hovedmål 2 (tidlig innsats) er det tatt ut to indikatorer og under hovedmål 3 (tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat) fire indikatorer. Alle disse seks indikatorene omhandler årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til henholdsvis barn og voksne fordelt på hovedforløpene 1) milde og kortvarige problemer/lidelser, 2) kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, 3) alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Indikatorene er omtalt nærmere i Hansen mfl. (2018a:46). De indikerer kommunenes årsverksressurser fordelt på disse tre forløpene til henholdsvis barn og voksne. Dette er data som innhentes gjennom IS-24/8-kartleggingen i kommunene av SINTEF (se Ose mfl. 2018). Disse målingene av fordeling av årsverk på ulike forløp har variert relativt mye fra år til år, og antall årsverk som er knyttet til en målgruppe og hovedforløp, er lavere enn rapporterte årsverk for sektoren. I tidligere år har om lag 10 prosent av årsverkene ikke vært knyttet til en målgruppe eller et hovedforløp, og i siste måling er denne andelen økt til 26 prosent, jamfør figur 2.3. Dataene gir en grov indikasjon på ressursfordelingen og viser blant annet at om lag halvparten av årsverkene brukes på voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser (hovedforløp 3). Aggregering på tvers av målgruppe og hovedforløp indikerer at om lag 80 prosent av ressursene brukes på

voksne, og om lag 50 prosent av ressursene brukes på hovedforløp 3 (målt med utgangspunkt i årsverkene knyttet til målgruppe og årsverk). Siden antall årsverk som ikke er knyttet til en målgruppe eller et hovedforløp, øker og er såpass stort, er dataene uegnet som indikatorer for hvordan kommunene trapper opp (fordelt på hovedmål, målgruppe eller hovedforløp). Dette kan skyldes at den som fyller ut IS-24/8-undersøkelsen, ikke har tilstrekkelig oversikt over fordelingen, eller at det faktisk kan være vanskelig å fordele innsatsen fordi det er mange ansatte som har oppgaver innenfor flere av de ulike forløpene – og dette gjør oppgaven med fordeling av årsverk på spesifikke forløp vanskelig. I år har vi følgelig tatt ut disse seks indikatorene. I datasettet har vi seks andre indikatorer som vi vurderer at gir mer informasjon om tilbudet i kommunen. Dette er indikatorer (45, 46, 58, 59, 60 og 61) som rapporterer kommunenes vurdering av hvorvidt de gir et godt tilbud til henholdsvis barn og voksne innenfor de tre forløpene.

Figur 2.3 Årsverk fordelt på målgruppe og hovedforløp.



Kilde: IS-24/8

### Statusbilde 2018 og endring i perioden





Denne rapporten gir et statusbilde for 2018 for relevante indikatorer samt endringer fra nullpunktet i 2016. Hver for seg og samlet gir indikatorene mye informasjon om innsatsen på rusfeltet og utviklingen i tilbud til og situasjonen for personer med rusproblemer. I alt 58 av 85 indikatorer er oppdatert med nye data sammenlignet med første rapport (Hansen mfl. 2018a). Oppdateringen gjør det mulig å undersøke bevegelse i retning av målet med opptrappingsplanen. Nullpunktet for evalueringen av opptrappingsplanen er 2016. Nullpunktet for majoriteten av indikatorene er følgelig 2016, men for noen av indikatorene er første tilgjengelige data fra 2017, og da er dette følgelig etablert som nullpunkt.

I det oppdaterte indikatorsettet angis verdi i 2016, 2017 og 2018 samt endringen i indikatoren for perioden. Videre har vi gitt endringskolonnen farger etter hvorvidt indikatorene endrer seg i tråd med målene eller ikke. Fargekodingen presenteres i figur 2.4. Grønn farge anslår bevegelse i ønsket retning, det vil si utvikling i tråd med hva en ønsker og forventer med opptrappingsplanen. Der indikatoren beveger seg i uønsket retning, har vi brukt fargen rød. For indikatorer som måles som prosent (f.eks. andel kommuner som mener at de ivaretar voksne som pårørende på en god eller svært god måte), gis de grønn eller rød dersom endringen er større enn 1 prosentpoeng. Indikatorer som måles som reelle tall (f.eks. antall årsverk eller kroner), kategoriseres som grønne eller røde ved endringer på mer enn 2,5 prosent. Indikatorer som ikke endrer seg mer enn dette, kategoriseres som gule og må tolkes som å ikke ha endret seg i vesentlig grad siden nullpunktet. Fargebruken er ment som en hjelp for leserne fordi antall indikatorer er høyt.

Endringene er vist i skjema og også drøftet i tekst. Der måledata ikke er tilgjengelige, er endringskolonnen merket «N/A» og fargekodet i grått.

For enkelte indikatorer er det foretatt mindre endringer i rapportering eller datainnhentingemetodikk sammenlignet med første delrapport. Slike endringer kommenteres løpende.

Figur 2.4 Fargekoding

-  Bevegelse i ønsket retning
-  Bevegelse i uønsket retning
-  Uendret (+/- 1 prosentpoeng eller +/- 2,5 prosent)
-  Ingen tilgjengelige måledata / første år

Det er viktig å presisere at selv om indikatorsettet er omfattende, er det ikke uttømmende for alt som skjer på rusfeltet, eller alle aspekter ved opptrappingsplanen. Indikatorsettet strukturerer og gir overordnet informasjon om innsatsen og situasjonen på rusfeltet og endringer etter lansering av opptrappingsplanen som det er mulig å hente ut fra tilgjengelige kvantitative størrelser, og tolkes underveis basert på informasjon framkommet gjennom andre datakilder. Indikatorsettet er heller ikke utarbeidet eller egnet for å belyse resultater og effekten av enkelttiltak på rusfeltet. For en grundig presentasjon av vår framgangsmåte for indikatorutvikling, se Hansen mfl. (2018a).

## Datakilder

I valg av indikatorer har vi vært opptatt av å bruke de indikatorene som best tilfredsstiller kravene til målbarhet, relevans, objektivitet, reliabilitet og validitet: Krav til indikatorene er nærmere beskrevet i nullpunktsanalysen (Hansen mfl. 2018a).

For å kunne følge utvikling over tid er undersøkelser og studier som ikke oppdateres jevnlig, ikke inkludert (med unntak av studier av omfang av problematisk rusmiddelbruk). 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 datainnhentingemetoder som ikke fullt ut tilfredsstiller kravene til reliabilitet og objektivitet. Resultatet av dette er at indikatorene enkeltvis må tolkes med varsomhet. Indikatorsettet vil sammen med annen kvalitativ informasjon legge grunnlaget for å vurdere måloppnåelse.

Indikatorsettet er basert på data fra en lang rekke datakilder, jamfør Hansen mfl. (2018a) og løpende presentasjon av indikatorene. I tabellene med presentasjon av indikatorene oppgis kilde for hver av indikatorene. Tre datakilder står særlig sentralt og kommenteres derfor kort her.

1. **BrukerPlan** er en kartlegging av omfang av problemer og fungering hos tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. Undersøkelsen er særlig relevant for å følge levekårsutviklingen for brukere. To hovedgrupper av tjenestemottakere kartlegges: 1) tjenestemottakere med rusproblemer, med eller uten psykiske helseproblemer, og 2) tjenestemottakere med kun psykiske helseproblemer. 268 kommuner og 23 762 mottakere ble kartlagt i gruppe 1). Tilsvarende for gruppe 2) var 252 kommuner og 35 463 mottakere. BrukerPlan dekker derfor i 2018 om lag 85 prosent av landets befolkning, opp fra 84 prosent i 2017-kartleggingen. «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 månedene, uavhengig av om tilbudene er begrunnet i brukerens rusproblemer / psykiske helseproblemer eller ikke. Med andre ord vil mennesker som ikke mottar slike tjenester, ikke bli vurdert (selv om de har et rusproblem). Basert på intervjuer med KORFOR er det grunn til å tro at alle med moderat og alvorlig rusmiddelbruk er dekket av undersøkelsen. Siden kun brukere som har mottatt tjenester i løpet av det siste året, er med, vil porteføljen av brukere endres over tid. En svakhet med undersøkelsen fram til nå er at den i svært liten grad dekker unge<sup>5</sup>, og at for eksempel fastlegene i liten grad har deltatt i kartleggingen. I undersøkelsen er det fagansvarlige som vurderer brukerne, og til tross for retningslinjer og rutiner vil det være rom for subjektive vurderinger, misoppfatninger eller unøyaktigheter i de fagansvarliges vurderinger. Fra og med presentasjon av 2018-kartleggingen i BrukerPlan er kategoriene for tjenestemottakere revidert med mål om å bedre kunne sammenligne tjenestemottakere med rusproblemer med mottakere med kun psykiske helseproblemer. For å gjøre dette mest mulig presist er den tidligere vektningen av tjenestemottakere med rusproblemer i levekårsindeksen fjernet. For 2018-kartleggingen beregnes derimot levekårsindeksen både vektet (sammenlignbar med 2017) og uvektet (se nærmere redegjørelse i BrukerPlans årsrapport 2018, Helse Stavanger 2019:32). Vi benytter derfor i år den vektete versjonen for å opprettholde tidsserien. Fra og med neste måling vil den uvektede benyttes, hvor vi da bare får to observasjoner av levekårsindeksen (2018 og 2019). En mer inngående redegjørelse for endringene vektingen medfører, gis i neste delrapport (statusrapport fire).
2. **IS-24/8 Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene.** Målingen og rapporteringen utarbeides av SINTEF på oppdrag fra Helsedirektoratet. Undersøkelsen er særlig relevant for å følge innsats i rus- og psykisk helsearbeid i kommunene og kommunenes vurdering av eget tjenestetilbud. Undersøkelsen dekker kommunens egne vurderinger av ressursbruk, innhold og kvalitet i tjenester rettet mot målgruppen med rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer. For mange av spørsmålene er det ikke mulig å isolere

---

<sup>5</sup> I 2018 inkluderte BrukerPlan 230 mottakere under 18 år med rusproblemer, en økning fra 2017 hvor undersøkelsen omfattet 185 personer under 18 år med rusproblemer.

rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer. 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. Alle kommunene leverte årsverkstall i 2018, som i 2017. Spørsmålene om brukermedvirkning, innhold og kvalitet besvares ikke av alle kommunene og vil reflektere subjektive vurderinger og må derfor tolkes med varsomhet. 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 overfor. For eksempel er det i undersøkelsen fra og med 2016 inkludert spørsmål omkring forventninger til opptrappingsplanen. Siden porteføljen av spørsmål og spørsmålsformuleringene endres over tid, er det mulig at enkelte spørsmål ikke kan følges over tid. I 2018 ble det gjort en endring i svarkategoriene for spørsmålet om hvorvidt kommunene vurderer at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling (indikator 32). Fra å ha svarkategoriene «ja» og «nei» i 2017 ble dette i 2018 erstattet med graderingen «i svært stor grad», «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad» og «i svært liten grad». Dette medfører at det ikke er mulig å sammenligne verdien på indikatoren i 2017 og 2018, og det oppgis derfor kun verdi for 2018 på denne indikatoren.

3. Som en del av evalueringsprogrammet for å følge effektene av opptrappingsplanen var det i 2017 gjennomført **en nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse blant brukere av ulike kommunale rustjenester. Brukertilfredshetsundersøkelsen (BU)** er særlig relevant for å belyse flere av hovedmålene som handler om brukernes erfaringer og tilfredshet med de kommunale tjenestene innenfor rusfeltet. I BU 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. Til forskjell fra IS-24/8 og BrukerPlan er ikke BU en fulltelling, men en utvalgsundersøkelse. De deltakende 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). 491 brukere deltok i den første brukertilfredshetsundersøkelsen. BU er ikke oppdatert siden nullpunktanalysen, første statusrapport (Hansen mfl. 2018a), og dermed er kun nullpunktverdi tilgjengelig for indikatorene som bygger på denne undersøkelsen. Det er gjennomført en ny brukertilfredshetsundersøkelse i andre halvår 2019, med et noe større utvalg enn den forrige undersøkelsen. Data fra denne undersøkelsen vil foreligge til neste statusrapportering i 2020.

## Casestudier

I 2019 er det gjennomført casestudier i fem kommuner samt en bydel i Oslo. Dette er Tromsø, Trondheim, Karmøy, Horten, Oslo kommune og i tillegg Bydel Sagene. Som tidligere er ikke kommunene valgt tilfeldig. På bakgrunn av forrige statusrapport ble det i årets casestudie besluttet å ha særlig oppmerksomhet om følgende temaer: 1) utvikling av kompetanse om rus i ordinære tjenester, for eksempel i hjemmetjenesten for oppfølging av eldre med rusproblemer (dette gjelder også alkohol) eller i tjenester rettet mot barn og unge / familier; 2) brukerorientering i tjenestene og/eller styrket brukermedvirkning; 3) arbeid med sosial inkludering av personer med rusproblemer,



arbeid / aktivitet / sosialt nettverk; 4) samarbeid med spesialisthelsetjenesten, inkludert implementering av pakkeforløp. I telefonintervjuer med ledere innenfor Kompetansesenter rus (KoRus) og rådgivere innenfor området rus i fylkesmannsembetene våren 2019 ble det bedt om tips om kommuner som hadde aktivitet innenfor noen av disse områdene, og som kunne være relevante casekommuner. På bakgrunn av innspill i disse intervjuene og en fordeling etter størrelse og geografi la vi fram et forslag til casekommuner for oppdragsgiver våren 2019. I det opprinnelige utvalget var Stavanger kommune en av casekommunene. Dessverre valgte de av hensyn til ulike ressurskrevende prosesser i kommunen å trekke seg.

Vi har besøkt alle casekommunene og gjennomført semistrukturerte personlige intervjuer med informanter fra kommunal ledelse og tjenesteapparatet i kommunene. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er komplekst og ulikt organisert i kommunene. Innsatsen strekker seg fra forebygging til utredning, behandling, rehabilitering, bolig, oppfølging og skadereduksjon. Etter at kommunene hadde sagt ja til å være casekommune, hadde vi derfor en dialog med dem om hvordan tjenestene er organisert hos dem, og hvilke tjenester og aktører som ville være aktuelle informanter. Vi har gjennomført intervjuer både på strategisk nivå og innenfor operativt nivå. Det vil si at vi har intervjuet representanter for rådmann/kommunalsjef/avdelingsleder, men også ansatte i ulike aktuelle tjenester.

I år har vi spesifikt bedt om å få intervju med ansatte innenfor fengselshelsetjenesten (Tromsø, Trondheim, Horten). Det er også gjennomført egne intervjuer med ansvarlige for Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) i Oslo, Rogaland og Trondheim samt vektlagt å etterspørre erfaringer med dette i alle kommuner. I tillegg er det gjennomført intervjuer med brukerrepresentanter i alle bortsett fra en kommune. I denne kommunen lyktes vi ikke med å få til intervju med en brukerrepresentant under casebesøket, men har tidligere i evalueringsforløpet gjennomført intervjuer med representanter for brukerorganisasjoner i kommunen.

I forbindelse med alle casekommunene er det tatt kontakt med nærmeste Helseforetak og TSB for egne intervjuer med representanter for spesialisthelsetjenesten.

Intervjuene er basert på en felles intervjuguide. Intervjuene er der informantene har samtykket til det, også tatt opp på bånd, og dette har vært grunnlag for grundige referater fra intervjuene. I noen tilfeller er intervjuene gjennomført per telefon. Dette gjelder informanter som det ikke har vært mulig å få avtale med under casebesøket. I disse tilfellene er det tatt grundige notater under telefonintervjuet.

### **Oslo kommune**

Det er gjennomført intervju med en representant for byrådsavdelingen for eldre, helse og arbeid, to intervjuer i helseetaten og et gruppeintervju i velferdsetaten (fire ansatte). Alle intervjuer er på ledernivå eller med ansatte som har særlig ansvar innenfor sine målområder innenfor opptrappingsplanen.

Det er gjennomført to intervjuer i spesialisthelsetjenesten, Oslo universitetssykehus, TSB, et på ledernivå i avdeling rus- og avhengighetsbehandling og et intervju med to personer i seksjon rus- og avhengighetsbehandling ung.

Det er også gjennomført intervjuer med representanter fra to ulike bruker- og pårørendeorganisasjoner samt et telefonintervju med en ansatt ved Oslo ND-senter.

### **Bydel Sagene, Oslo kommune**

Det er gjennomført to casebesøk i bydelen, i august og september 2019. Til sammen er det intervjuet ni informanter i bydelen. Informantene er tilknyttet ulike enheter/nivåer innenfor bydelens avdeling for psykisk helse og rus, NAVs rustjeneste og

representanter fra RusFACT- og FACT-teamene samt et spesifikt prosjekt om eldre og rus (NERO-prosjektet).

#### **Horten kommune**

Det er gjennomført til sammen 14 intervjuer med representanter fra Horten kommune. Dette er leder for enhet for rus og psykisk helse samt ledere og ansatte i rus-teamene og erfaringskonsulenten. I tillegg er det gjennomført intervjuer med to informanter fra TSB ved Sykehuset i Vestfold og en informant fra en brukerorganisasjon.

#### **Karmøy kommune**

I oktober 2019 gjennomførte vi et casebesøk i Karmøy kommune. Ved casebesøket intervjuet vi til sammen 14 informanter i kommunen. Informantene hører til ulike enheter/nivåer innenfor kommunens virksomhet rus- og psykisk helsetjeneste (ROP). I forkant av besøket intervjuet vi lederen for ROP-tjenesten per telefon. I etterkant av besøket har vi gjennomført ytterligere et telefonintervju med en representant fra Karmøy DPS. I tilknytning til casebesøket ble det dessuten gjennomført et telefonintervju med en person som jobber ved Rogaland friomsorgskontor.

#### **Trondheim kommune**

I Trondheim er det gjennomført til sammen ti intervjuer. Dette er ledere på ulike nivåer innen helse- og velferdsområdet som har ansvar for rustjenester, samt en ansatt ved helse- og velferdskontoret. Vi har også intervjuet representanter for fengselshelsetjenesten og friomsorgskontoret i Trondheim.

I tillegg er det gjennomført intervjuer med informanter fra TSB og DPS ved St. Olavs hospital samt en informant fra en brukerorganisasjon.

#### **Tromsø kommune**

I Tromsø er det gjennomført til sammen ni intervjuer. Dette er representanter for avdelingsledernivå innenfor helse og omsorg, ansatte innen enhet for psykisk helse og rus, NAV/IPS(individuell jobbstøtte), koordinerende enhet, boligkontor, hjemmetjenester, barn og unge, enhet for arbeid og aktivitet og fengselshelsetjeneste.

I tillegg er det gjennomført et intervju ved TSB ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

## **Erfaringsamling**

2. oktober 2019 arrangerte vi en bolk med erfaringsutveksling med deltakere på Fylkesmannen i Vestland sin samling for kommunalsjefer, tjenesteledere og fagledere innenfor det kommunale rus- og psykisk helsefeltet. På samlingen deltok representanter fra 32 kommuner i det nye fylket. På samlingen la vi fram foreløpige resultater fra årets statusrapport og inviterte til felles refleksjon og erfaringsutveksling om resultatene innenfor område én til fire i opptrappingsplanen i lys av situasjonen i egen kommune. Som del av opplegget for samlingen anvendte vi mentometerknapper for å gjennomføre statusmålinger i salen om erfaringer og praksis innenfor ulike områder.

Et spørsmål var for eksempel om deltakerne opplevde at opptrappingsplanen for rusfeltet hadde ført til økt oppmerksomhet om rusfeltet i egen kommune (6 av 10 opplevde det), et annet om kommunen har styrket kompetansen på rusfeltet i løpet av de siste tre årene (om lag 6 av 10 mente de hadde det i stor eller ganske stor grad,

3 av 10 mente de ikke hadde det), eller om kommunen har vektlagt økt brukerinvolvering som grunnlag for å øke kvaliteten i tjenestene (majoriteten mente at de hadde det i noen grad, mens veldig få mente de hadde det i stor grad).

Erfaringsamlingen ga viktige innspill til og refleksjoner rundt utviklingen på de ulike målområdene i opptrappingsplanen. I særlig grad ble det dialog om eksempelvis BrukerPlan som styringsverktøy (det er flere kommuner i nye Vestland som fortsatt ikke har tatt dette i bruk), merverdien ved tilbakemeldingssystemer i tjenestene, brukermedvirkning, brukerorientering og bruk av erfaringskompetanse.

Foreløpige resultater fra årets rapport ble også lagt fram på samlingen for rådgivere ved fylkesmannsembetene og regionale kompetansesenter 24. oktober 2019. På denne samlingen var det begrenset tid for tilbakemeldinger fra deltakerne. Det var en forberedt kommentar fra KoRus Øst. Denne kommentaren tok blant annet opp behovet for å ha oppmerksomhet om utvikling av kompetanse og tilbud i mindre kommuner. I kommentaren ble det også tatt opp at de opplevde det som betydningsfullt å fortsette oppfølgingen av BrukerPlan-kartleggingene, og at kartleggingene er et viktig grunnlag for tjenesteutvikling. Et tredje forhold var det å støtte opp under at det tas i bruk kartleggingsverktøy og tilbakemeldingsverktøy (FIT) i tjenestene. I tillegg var det en kommentar fra spesialisthelsetjenesten om observasjonen av utflating av opptrapping innenfor TSB. I denne kommentaren ble særlig behovet for å inkludere at det i perioden før opptrappingsplanen (2014) hadde vært en betydelig opptrapping innenfor TSB, påpekt.

## Organisasjonsstudie

### Fylkesmannsembetene og Kompetansesenter rus (KoRus)

Som grunnlag for denne rapporten er det gjennomført telefonintervjuer med rådgivere i fylkesmannsembetene i begynnelsen av året. Det ble sendt ut henvendelse til alle rådgivere for rusfeltet i fylkesmannsembetene. Totalt var det ti rådgivere som ønsket å stille opp til telefonintervju. Dette dekket representanter for alle de nye embetene, bortsett fra Trøndelag. Henvendelsen om telefonintervjuer kom i en periode hvor det var store endringer i noen av embetene, dette kan ha vært en medvirkende årsak til at det enkelte steder var krevende å lykkes med å få avtaler med alle relevante representanter. I utgangspunktet var vår vurdering at det ville være tilstrekkelig å intervjuer en representant for eksempelvis det nye embetet Vestland, Troms og Finnmark eller Viken. Dette er ikke tilfellet. Det er fortsatt en prosess i embetene om fordeling av ansvar for ulike ansvarsområder. I flere embeter har de arbeidet overfor kommunene på noe ulik måte, og det er en pågående prosess for å komme fram til hva som skal være det nye embetets felles praksis.

Det ble gjennomført telefonintervjuer i mars og april med representanter for seks av syv Kompetansesenter rus (KoRus). KoRus Øst hadde ikke anledning til å delta. I likhet med intervjuene med rådgiverne i fylkesmannsembetene ble det på forhånd sendt ut en forespørsel om å delta i intervju per e-post.

For intervjuene med rådgivere og fylkesmannsembetene var det utarbeidet en felles intervjuguide. En viktig hensikt med intervjuene var å få tips om kommuner som hadde aktivitet innenfor området som det var besluttet å ha særlig oppmerksomhet om i årets casestudie. Dette var 1) utvikling av kompetanse om rus i ordinære tjenester, for eksempel i hjemmetjenesten for oppfølging av eldre med rusproblemer eller i tjenester rettet mot barn og unge; 2) brukerorientering i tjenestene og/eller styrket

brukermedvirkning; 3) sosial inkludering av personer med rusproblemer (arbeid / aktivitet / sosialt nettverk); 4) samarbeid med spesialisthelsetjenesten og implementering av pakkeforløp. I tillegg var det spørsmål om deres vurdering av situasjonen i kommunene, egen aktivitet og innsats knyttet til opptrappingsplanen for rusfeltet. I intervjusamtalene ba vi også om innspill til hvorvidt de hadde samlinger eller konferanser som kunne være aktuelle for å arrangere erfaringsamlinger høsten 2019.

### **Direktoratene**

I forbindelse med den første statusrapporten ble det foretatt intervjuer i alle de involverte direktoratene i opptrappingsplanen. I forbindelse med statusrapport nummer to ble det ikke gjennomført egne intervjuer med hvert av direktoratene, men et fokusgruppeintervju med den tverrdirektorale arbeidsgruppen. Slik det ble påpekt i forrige rapport, var det da tydelig at det fortsatt var svært varierende forankring av opptrappingsplanen i direktoratene. I årets rapport ble det besluttet å forespørre om intervju på relevant ledernivå i hvert av de involverte direktoratene.

I august og september gjennomførte vi intervjuer med representanter for Husbanken, Kriminalomsorgsdirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. To av intervjuene ble gjennomført per telefon og ett personlig. I Arbeids- og velferdsdirektoratet har vi fått beskjed om at det skal tas opp på seksjonsledernivå hvor ansvaret for oppfølgingen av opptrappingsplanen skal ligge, og vi har av den grunn ikke fått gjennomført intervju med dette direktoratet. Utdanningsdirektoratet har, slik det ble redegjort for i første statusrapport, valgt å trekke seg ut av det felles arbeidet med oppfølging av opptrappingsplanen (se Hansen mfl. 2018a:72).

Det er gjennomført tre møter med Helsedirektoratet i perioden, og det har vært kontakt på e-post og telefon knyttet til ulike planer, status og tilgang til dokumenter. I møtene har det blitt gjennomgått status for evalueringen og planer framover samt status og situasjon i Helsedirektoratets arbeid. Fafo har fått tilgang til Helsedirektoratets rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) på arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet.

Som del av organisasjonsstudien har vi gjennomgått Helsedirektoratets rapportering til HOD om opptrappingsplanen. I tillegg har vi sett på oppdragene til fylkesmannsembetene i tildelingsbrev og oppdragene til kompetansesentrene i tilskuddsbrev. Det har også vært foretatt en ny gjennomgang av eventuelle presiseringer av oppdrag knyttet til opptrappingsplanen i tildelingsbrevene til de involverte direktoratene.

### **Arbeidsutvalget (AU)**

I mars ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med representantene i arbeidsutvalget (AU) for opptrappingsplanen for rusfeltet. Dette utvalget ledes av prosjektleder for opptrappingsplanen i Helsedirektoratet og består ellers av representanter for relevante avdelinger i Helsedirektoratet, representanter for regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU), de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og KoRus, en representant for TSB og representanter fra fem fylkesmannsembeter. Fokusgruppen var konsentrert om temaer som utfordringsbildet i kommunene og på hvilke områder deltakerne vurderer at det er behov for styrket innsats framover. Det var egne sekvenser som handlet om kompetansesituasjonen i kommunene, økonomi og tilskuddsfinansiering av utviklingsarbeid og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I tillegg ble arbeidsutvalgets rolle i arbeidet med opptrappingsplanen tatt opp.

30. oktober ble foreløpige resultater fra årets evaluering lagt fram for AU. I dette møtet ble det i all hovedsak tid til dialog om organisasjonsstudien og det overordnede bildet knyttet til ressursinnsatsen og de områdene hvor det er identifisert særlige behov for å være oppmerksom på manglende utvikling i positiv retning.

## 3 Arbeidet med planen

---

I de tidligere to statusrapportene har vi redegjort for organiseringen av arbeidet med opptrappingsplanen (Hansen mfl. 2018a, b). Det er seks departementer som står bak opptrappingsplanen for rusfeltet, men den er avgitt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) på vegne av regjeringen, og Helsedirektoratet er gitt et særlig ansvar for å koordinere den statlige innsatsen. I tillegg til Helsedirektoratet har Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken, Kriminalomsorgsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet selvstendig ansvar for gjennomføring av enkelte tiltak i planen og for å bidra til å nå målene.

I tillegg er flere regionale aktører involvert i arbeidet med opptrappingsplanen. Vi har vist hvordan fylkesmannsembetene og Kompetansesenter rus (KoRus) spiller en betydelig rolle i arbeidet overfor kommunene (Hansen mfl. 2018b:117-121).

I forrige rapport (Hansen mfl. 2018b:114–116) viste vi at flere av aktørene på direktoratnivå etterlyser en sterkere lederforankring av innsatsen, men også et tydeligere oppdrag og styringssignaler om å prioritere dette fra departementene til direktoratene. Det ble likevel påpekt at det var en utvikling i direktoratenes samarbeid på saksbehandlernivå knyttet til å være mer aktiv i å identifisere på hvilke områder det er behov for ekstra innsats for å nå målene i planen. Helsedirektoratet hadde blant annet initiert en annen form for rapportering til HOD, som inkluderte konkrete anbefalinger for den videre oppfølgingen av planen. Forrige rapport viste også at de regionale aktørene hadde tatt en mer aktiv rolle i gjennomføringen av planen, og at fylkesmannsembetene og kompetansesentrene av mange kommuner vurderes som gode støttespillere for faglig utvikling på rusfeltet (ibid.:120).

I dette kapitlet vil vi først presentere utviklingen i arbeidet med opptrappingsplanen hos sentrale aktører i departementer og direktorater. Vi ser på hvorvidt det har skjedd endringer i forankring av arbeidet på ledernivå og spesifikke aktiviteter for å styrke måloppnåelse. Deretter går vi nærmere inn på den regionale aktiviteten, deres oppdrag og aktivitet.

### Arbeidet på direktorat- og departementsnivå

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for regjeringens oppfølging av planen og koordinerer den tverrdepartementale innsatsen. Siden forrige rapport har departementet ansatt en koordinator for rusfeltet, forankret i primærhelsetjenesteavdelingen. Denne koordinatoren skal koordinere den samlede aktiviteten på rusfeltet i HOD, fordelt mellom ulike avdelinger (eksempelvis spesialist, omsorg, folkehelse). Spesifikt knyttet til opptrappingsplanen for rusfeltet skal vedkommende også koordinere den tverrdepartementale innsatsen og innsatsen i eget departement.

HOD har merket seg påpekningen av manglende eierskap til eller forankring av planen i øvrige departementer i forrige statusrapport. Dette framgår av intervju i departementet og er fulgt opp i møte med den tverrdepartementale gruppen for opptrappingsplanen. Gruppen oppgis å ikke ha hatt mange møter, men den har for ek-

sempel møter om spesifikke prosesser og budsjettarbeid. Det har vært et statssekretærmøte knyttet til arbeidet med opptrappingsplanen i 2019. Som vist i tidligere evalueringsrapporter er det ikke alle departementene som møter.

Vi har tidligere påpekt at forankringen av opptrappingsplanen i de involverte direktoratene og departementene varierer. Dette kan skyldes planens karakter, mange av tiltakene og innsatsene er forankret i andre pågående satsinger, planer, prosesser og tiltak. Opplevelsen av eierskapet til målbildet i opptrappingsplanen for rusfeltet er også svært ulik mellom de involverte aktørene på departements- og direktoratnivå. Eierskapet til det samlede målbildet er sterkest i HOD og Helsedirektoratet. Noen departementer og direktorater har sterkt eierskap til enkelte deler av målbildet. Dette gjelder først og fremst Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) og Husbanken (bolig) og Kriminalomsorgsdirektoratet og Justis- og beredskapsdepartementet (tilbudet om oppfølging av rusproblemer i fengsel, alternative straffegjennomføringsformer og overgangen til kommunen etter soning). Den delen av målbildet som gjelder tidlig innsats, er i betydelig mindre grad forankret i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Barne- og familiedepartementet eller i Kunnskapsdepartementet og Utdanningsdirektoratet. Dette betyr ikke at disse aktørene ikke har betydelig innsats som vil påvirke måloppnåelsen på denne delen av målbildet i opptrappingsplanen, men innsatsen ser ut til å være tydeligere befestet i andre pågående satsinger og strategier.

I HOD og Helsedirektoratet er det altså en tydeligere oppmerksomhet om det samlede målbildet i opptrappingsplanen. Begge disse aktørene er oppmerksom på at det er forskjell på det at et tiltak er ukvittert i planen og god måloppnåelse i planen. Det er Helsedirektoratet som har det overordnede ansvaret for å koordinere innsatsen på området. I direktoratet er arbeidet med opptrappingsplanen nå betydelig sterkere forankret på ledernivå enn tidligere. Allerede i forrige rapport påpekte vi en mer proaktiv innsats i Helsedirektoratet for å følge opp målene i opptrappingsplanen for rusfeltet og en ny rapporteringsform til HOD. Dette er fulgt opp også i år.

### **Helsedirektoratets arbeid**

I Helsedirektoratet koordineres arbeidet med planen fra avdeling for psykisk helse og rus. Prosjektorganiseringen av planen ble oppløst i 2018, og den tidligere rollen som prosjektleder er nå erstattet av en koordinator. Denne koordinatoren har det samlede ansvaret for oppfølging av arbeidet, både i eget direktorat og i samarbeidet med de øvrige direktoratene og de regionale aktørene. Det er inkludert flere ressurser i avdelingen til å bidra i arbeidet, og kontaktpersoner i andre avdelinger involveres ved behov. Helsedirektoratet har som beskrevet i forrige rapport vært igjennom en omorganisering hvor avdeling for psykisk helse og rus nå er plassert innenfor divisjon folkehelse og forebygging. Vi har ikke tilstrekkelig grunnlag for å vurdere hvorvidt denne organiseringen er hensiktsmessig for oppfølging av planen.

Det vi kan si, er at det rapporteres om en sterkere forankring av arbeidet med planen på ledernivå. Opptrappingsplanen for rusfeltet er på agendaen, og det er en pågående prosess knyttet til hvilke områder direktoratet skal prioritere i siste del av opptrappingsperioden. Det er til vurdering forslag om å prioritere områdene eldre og rus, barn og unge og gruppen med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP).

Praksisen med en mer måloppnåelsesorientert rapportering til HOD, som både analyserer utfordringsbildet innfor de ulike målområdene og kommer med konkrete anbefalinger til det videre arbeidet, er opprettholdt også i 2019 (Opptrappingsplanen for rusfeltet, statusrapportering for sentrale tiltak juni 2018–april 2019). I denne rapporteringen gis en beskrivelse av status innenfor de fem hovedmålene i planen, og

det gis videre anbefalinger innenfor hvert av disse målområdene. I tillegg har direktoratene i siste del av rapporten utviklet en samlet status og anbefalinger på tre utvalgte innsatsområder: tidlig innsats – barn og unge og deres familier, bolig og tjenester i bolig og arbeidsrettede tiltak. Dette er områder hvor det gis konkrete anbefalinger om behovet for ytterligere innsats for å nå målene i planen. For det første området er det Bufdir og Helsedirektoratet som er ansvarlige direktorater. For bolig og tjenester er det Husbanken og Helsedirektoratet, og for arbeidsrettede tiltak er det AVdir og Helsedirektoratet.

I siste del av rapporten har Helsedirektoratet utarbeidet en oversikt over andre nasjonale satsinger som understøtter opptrappingsplanen for rusfeltet. Dette illustrerer noe av utfordringen med opptrappingsplanen, den interagerer med, sammenfaller med og baserer seg på innsats forankret i flere andre planer. Disse er blant andre Trygge foreldre – trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018–2021); Program for folkehelse i kommunene 2017–2027; Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Meld. St. 15 (2017-2018); Opptrappingsplanen mot vold og overgrep (2017–2021); «Mestre hele livet» – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022); Kompetanseløft 2020; 0–24-samarbeidet om utsatte barn og unge; Redusert tilbakefall til ny kriminalitet. Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021; Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Det presiseres at listen ikke er uttømmende – en strategi som ikke er inkludert her, sannsynligvis fordi den eksplisitt er inkludert i rapporteringen tidligere i dokumentet, er den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd (2014–2020). De involverte direktoratene vil ha sterke aksjer og ansvar for enkelte av disse strategiene og planene, mens de er mindre involvert i andre. Noen vil erfare at deres tiltak eller ansvar for opptrappingsplanen vil bli fulgt opp innenfor en av disse andre planene eller satsingene, mer enn i regi av å ha et spesifikt samarbeid med direktoratene som er ansvarlige for opptrappingsplanen.

Helsedirektoratet har observert og tatt konsekvensene av at noen av de involverte direktoratene erfarer at de har lite mandat til å gå inn i en mer aktiv samordningsprosess med mål om sammen å utvikle tiltak og komme fram til innsats som kan bidra til bedre måloppnåelse for opptrappingsplanen for rusfeltet.

Ambisjonene for koordinering av den tverrdirektorale innsatsen er rettet mot den aktiviteten som eksplisitt handler om konkrete tiltak og prosesser som henger direkte sammen med opptrappingsplanen for rusfeltet. Ambisjonen om å bidra til et felles tverrdirektoralt *utviklingsarbeid* og å identifisere nye tiltak eller prosesser som kan styrke måloppnåelsen i planen, er redusert. Til gjengjeld har Helsedirektoratet inn tatt en mer aktiv rolle i eget direktorat for å fremme en mer offensiv og samlet innsats for å bedre måloppnåelse i opptrappingsplanen. Møteaktiviteten i den tverrdirektorale gruppen er følgelig redusert, og det er enighet mellom direktoratene om å møtes eksempelvis når statsbudsjettet kommer, eller senere ved felles prosesser hvor dette er hensiktsmessig. Samtidig vil det være mye samarbeid mellom Helsedirektoratet og de involverte direktoratene på andre områder som også er knyttet til enkelttiltak eller prosesser som er inkludert i opptrappingsplanen for rusfeltet. Det er aktiviteten i en egen tverrdirektoral gruppe på saksbehandlernivå som er redusert.

Helsedirektoratet har opprettholdt arbeidet med å bidra til den regionale innsatsen for å nå målene i planen, både gjennom møter i arbeidsutvalget for opptrappingsplanen for rusfeltet (AU) og gjennom at det også i 2019 er arrangert en egen rådgiver-samling for fylkesmannsembetene og fagansatte ved alle de regionale kompetanse-sentrene innen rus, psykisk helse, vold- og traumefeltet. I tillegg var også de Regionale Helseforetakene innen TSB invitert til å delta med en representant.



## De øvrige direktoratene

I første statusrapport viste vi at alle de seks direktoratene som skal iverksette opptrappingsplanen på statlig nivå, bortsett fra Utdanningsdirektoratet, hadde et oppdrag knyttet til opptrappingsplanen i tildelingsbrevet fra eget departement. De skulle alle bidra til gjennomføringen ved å følge opp eget departements tiltak i opptrappingsplanen. Direktoratenes felles oppdrag utover dette ble erfart som svært utydelig. Som påpekt flere ganger er de fleste av de inkluderte tiltakene i opptrappingsplanen forankret i pågående arbeid som i utgangspunktet ikke ble initiert som del av opptrappingsplanen, eller som er forankret i andre planer og strategier. En gjennomgang av tildelingsbrevene for 2018 til de involverte direktoratene viste at det ikke hadde kommet noen tydeligere presisering av oppdraget om å bidra til gjennomføring av opptrappingsplanen. En gjennomgang av tildelingsbrevene for 2019 viser at dette heller ikke er tilfelle nå.

I Bufdirs tildelingsbrev for 2019 fra Barne- og likestillingsdepartementet er det ikke noen direkte referanse til rus eller opptrappingsplanen for rusfeltet. Det er imidlertid beskrevet et omfattende ansvar knyttet til opptrappingsplanen mot vold og overgrep. Tildelingsbrevet nevner andre enkelttiltak med relevans, som at direktoratet skal koordinere og følge opp regjeringens nasjonale strategi for foreldrestøtte, Trygge foreldre – trygge barn (2018–2021).

I Husbankens tildelingsbrev for 2019 fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet nevnes det, som i fjor, at de har et omfattende ansvar for oppfølgingen av den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd, hvor også bolig for personer med rusproblemer er et tema. I årets tildelingsbrev vises det til at minimum 50 millioner kroner av tilsagnsrammen til utleieboliger skal øremerkes til boliger til rusmiddelavhengige, og da med en referanse til opptrappingsplanen for rusfeltet.

I KDIs tildelingsbrev for 2019 fra Justis- og beredskapsdepartementet blir heller ikke opptrappingsplanen for rusfeltet nevnt. Det er imidlertid flere andre oppdrag som er svært relevante for målene i opptrappingsplanen, som et spesifikt oppdrag om å følge opp og iverksette tiltak i rapporten *Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*. Her er det spesifisert at KDI skal samarbeide med Helse- og omsorgsdepartementet om dette. KDI skal også følge opp Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021, som i tillegg har konkrete tiltak som er svært relevante for opptrappingsplanen for rusfeltet. Det er også referanse til at KDI sammen med Helse Vest har ansvar for etablering av en avrusningsenhet i Bjørgvin fengsel.

I tildelingsbrevet til AVdir for 2019 fra Arbeids- og sosialdepartementet er det som i fjor en eksplisitt referanse til opptrappingsplanen, ved at de skal følge opp Arbeids- og sosialdepartementets tiltak i Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Det er også referanse til andre relevante oppgaver. Blant annet skal Arbeids- og velferdsstaten samarbeide med helse- og utdanningsmyndighetene i gjennomføringen av inkluderingsdugnaden, for eksempel om innsats som kombinerer helse- og arbeidsrettet oppfølging, særlig for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer. Det står også i tildelingsbrevet at flere jobbspesialister i Arbeids- og velferdsetaten skal gi flere med psykiske helse- og/eller rusproblemer tilbud om individuell jobbstøtte.

I tildelingsbrevet til Utdanningsdirektoratet fra Kunnskapsdepartementet er det heller ikke for 2019 noen referanse til eller oppdrag som nevner opptrappingsplanen for rusfeltet. Direktoratet har spesifikke oppdrag som gjelder å samarbeide med de andre velferdsdirektoratene om bedre koordinerte tjenester til utsatte barn og unge som del av 0–24-samarbeidet, men dette knyttes ikke til opptrappingsplanen rus.

## Status

Våre intervjuer viser at direktoratenes erfaring med hvor sterke styringssignaler de har om opptrappingsplanen for rusfeltet, varierer. Ingen erfarer at det felles oppdraget er styrket i perioden. Helsedirektoratets vurdering av at det mangler et mandat for et mer aktivt felles utviklingsarbeid eller samordning av aktivitet for å styrke måloppnåelsen utover allerede inkluderte tiltak, deles langt på vei. Noe av det som erfares å gjøre det krevende å innta en aktiv samordnet innsats spesifikt i regi av opptrappingsplanen for rusfeltet, er at flere av tiltakene i opptrappingsplanen også inngår i andre strategier og planer. Det erfares ikke å være nødvendig for å følge opp tiltakene å ha ytterligere samarbeid som del av opptrappingsplanen for å nå målene. Tiltaket følges allerede opp i en annen plan eller i et etablert samarbeid mellom to eller flere direktorater knyttet til dette. Eksempelvis følges den boligsosiale delen av opptrappingsplanen for rusfeltet i stor grad opp innenfor de tverrdirektorale rammene av Bolig for velferd. Det kan oppstå en utfordring med ressursituasjonen når mange parallelle prosesser legger beslag på de samme ressursene. Direktoratene velger å prioritere de tiltakene eller oppdragene hvor de erfarer at de har sterkest ansvar.

Alle direktoratene gir uttrykk for at de opplever at det har vært en økt innsats innenfor de tiltakene som de har ansvar for.

Flere av informantene mener at det er mest hensiktsmessig å fokusere på de tiltakene som ligger inne i planen, og har ikke et ønske om at det skal startes prosesser på tvers av direktoratene for å initiere flere tiltak eller innsats for å styrke måloppnåelsen. I denne sammenhengen blir det heller ikke tatt opp ønsker om å ha aktivitet for å samordne den statlige innsatsen. Dette kan skyldes at aktørene kanskje vurderer at dette ivaretas innenfor andre satsinger og strategier enn opptrappingsplanen for rusfeltet. Dette gjelder for eksempel aktivitet i regi av den boligsosiale strategien Bolig for velferd og det statlige 0–24-samarbeidet. Det er en av informantene som tar opp et ønske om at det gjøres en sterkere prioritering av noen områder i direktoratenes arbeid med opptrappingsplanen. Som tidligere vist er dette allerede foretatt i rapporteringen til HOD og i Helsedirektoratets egne prioriteringer framover.

Betydningen av lederforankring av denne typen samarbeid og satsinger blir også tatt opp i intervjuene. Som tidligere vist har samarbeidet vært svært mangelfullt i perioder. Samarbeidet var lenge begrenset til saksbehandlernivå. Et annet forhold som tas opp, er at en i større grad bør benytte eksisterende møtepunkter eller samarbeidsfora på ledernivå til å forankre samarbeidet om opptrappingsplanen enda bedre. Det er mye samarbeid mellom direktoratene, og det hviler et sterkt ansvar på Helsedirektoratet som koordinator for opptrappingsplanen for å bringe det felles ansvaret for planen inn i disse foraene der det er relevant.

En sterkere lederforankring vurderes som viktig for å styrke måloppnåelsen framover. Samtidig er det stor oppmerksomhet om den betydning de regionale aktørene kan ha i dette oppdraget, særlig fylkesmannsembetene, men også de regionale kompetansesentrene.

Også på direktoratnivå er det uro knyttet til manglende kommunal prioritering av eksempelvis tidlig innsats, innsats på rusfeltet generelt og innsats for de mest sårbare gruppene med rus- og psykiske helseproblemer. Flere opplever at kommuneøkonomi er en viktig faktor for videre satsing på prioriterte områder.

## **Arbeidsutvalget for opptrappingsplanen for rusfeltet**

Arbeidsutvalget (AU) for opptrappingsplanen er et møtested for Helsedirektoratet og representanter for de regionale aktørene. AU ledes av prosjektleder for opptrappingsplanen i Helsedirektoratet og består ellers av representanter for relevante avdelinger i Helsedirektoratet, representanter for de regionale kunnskapssentrene for barn og unge (RKBU/RBUP), de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Kompetansesentrene rus (KoRus), en representant for de regionale helseforetakene (RHF) innen TSB og representanter fra fem fylkesmannsembeter. Dette utvalget erfares å gi Helsedirektoratet viktig informasjon om status ute og arbeidet på sentrale områder i planen. Dette er viktig for Helsedirektoratets grunnlag for å kunne identifisere behov for innsats fra sentral stat. Samtidig har denne gruppen jobbet med å tydeliggjøre hva oppdraget knyttet til opptrappingsplanen innebærer for de regionale aktørene, og å utvikle en egen rådgivende strategiplan. Det framstår også som at dette forumet, sammen med rådgiversamlingene, har betydning for faglig dialog mellom sentrale aktører i arbeidet, oppmerksomhet om planen, deling av god praksis og måter å jobbe på for å fremme utviklingen i kommunene.

Fokusgruppeintervju med AU våren 2019 og diskusjon under framleggelsen av foreløpig rapport i oktober i år viser at denne gruppen sammen forvalter en bred innsikt i utviklingen av rusfeltet. Det eneste en kunne etterspørre, var om en i tillegg til å ha aktører som samarbeider med kommunene i forumet, skulle hatt representanter for kommunene til stede. Det samme gjelder selvsagt brukerrepresentasjon. Dette kan være viktig for å ha et felles høringspunkt for Helsedirektoratet som inkluderer alle involverte parter det siste året av planperioden.

## **Den regionale innsatsen**

Den regionale delen av opptrappingsplanen er mer konkret og tydelig operasjonalisert i oppdragsbrev enn innenfor sentral stat. Intervjuer med de regionale aktørene og deltakelse på flere møtearenaer viser en betydelig innsats for å bidra til utvikling i kommunene i tråd med målene i opptrappingsplanen.

En gjennomgang av tildelings- og tilskuddsbrev til fylkesmannsembetene og KoRus-ene viser at begge har svært tydelige og konkrete oppdrag knyttet til oppfølging av opptrappingsplanen og til samarbeid med hverandre om å følge opp utviklingen i kommunene.

## **Fylkesmannsembetene**

Telefonintervjuene med rådgivere i fylkesmannsembetene viser at opptrappingsplanen er på agendaen i alle embetene. Samtidig er det som tidligere noe variasjon mellom embetene i hvordan oppdragene følges opp. Alle embetene følger opp målene i opptrappingsplanen gjennom tilskuddsforvaltning og samarbeid med kommunene. Utover dette varierer det hvor aktive de ulike embetene er når det gjelder samlinger, initiering eller bidrag til nettverk på enkelte områder eller initiering av utvikling. Som påpekt i kapittel 2 er det også varierende praksis mellom tidligere embeter som nå er samlet i ett embete – og det er fortsatt prosesser rundt det å komme fram til en felles ny praksis.

Tildelingsbrevene (TB) til fylkesmannsembetene viser at de har et omfattende oppdrag og mandat til å drive oppfølging av utvikling av tjenestetilbudet i kommu-

nene. Dette dreier seg både om kapasitet, kompetanse og tjenesteinnhold og innretting innenfor rus- og psykisk helsefeltet. De har også klare samordningsoppdrag knyttet til den statlige innsatsen på flere områder.

Tildelingsbrevet spesifiserer at fylkesmannen skal samarbeide med de regionale kompetansesentrene om tverrsektorielle kompetanse- og kvalitetsutviklingstiltak innen rus, psykisk helse og vold, selvmordsforebyggende arbeid og oppfølging av pårørende, herunder også flerfaglige lokale og regionale fora og nettverk. Det spesifiseres at bruker- og pårørendeorganisasjoner bør inngå i samarbeidet.

Som en del av arbeidet med å bidra til å styrke og følge opp det kommunale rus- og psykisk helsearbeidet skal fylkesmannen også identifisere kommuner, tjenester og områder med risiko for mangelfull måloppnåelse. En viktig del av dette kan knyttes til fylkesmannens ansvar for å bidra til at alle kommuner tar i bruk BrukerPlan eller andre kartleggingsverktøy for å få større oversikt over rus- og psykisk helsefeltet. Mange embeter påpeker i intervjuer at dette gir viktig styringsdata for kommunene. Dette er i likhet med andre data, som Ungdata, og rapporteringene i IS-24/8 på kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

I 2019 har embetene blant annet spesifikke oppdrag om å bidra til forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet (TB: 3.1.3.2) og bidra til at kommunene utvikler sitt rusarbeid i tråd med Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) (TB: 3.1.3.2.4).

Fylkesmannen skal rapportere på bosituasjonen for målgruppen. De skal følge opp at alle kommuner skal ha etablert et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjonstiltak ved rusrelatert problematikk.

Intervjuene viser at fylkesmannsembetene, med noe variasjon, er svært aktive på rus- og psykisk helsefeltet. Med ulike virkemidler jobber de aktivt med utvikling av kompetanse i kommunene. I intervjuer med kommunene blir fylkesmannsembetene også framhevet som en viktig samarbeidspartner for utvikling, da ofte knyttet til tilskuddsforvaltning. Bidraget til faglig utvikling i kommunene ivaretas også gjennom konferanser og samlinger samt noen nettverk. I oktober deltok vi på en samling i regi av Fylkesmannen i Vestland. Denne samlingen var et tilbud for kommunalsjefer og ledere innenfor rus- og psykisk helsefeltet og hadde et tilbud om faglig påfyll og erfaringsdeling om temaer som lavterskeltilbud og livskvalitet, utdeling av brukerutstyr, brukerinvolvering, recovery, hepatitt C-kampanje, Narkotikaprogram med domstolskontroll og innlegg om vold i nære relasjoner. Som del av dette opplegget hadde vi en egen bolk om opptappingsplanen for rusfeltet og felles refleksjon om utviklingen på utvalgte områder i planen (se kapittel 2, erfaringsamlinger).

Denne typen samlinger blir i tidligere statusrapporter (Hansen mfl. 2018a, b), av deltakere i denne samlingen i vest og av informanter i kommunene vurdert som viktige lavterskeltilbud om faglig oppdatering og deling av erfaringer. På denne måten bidrar de til utvikling av rusfeltet i kommunene og øker oppmerksomheten om prioriterte områder.

Intervjuene med fylkesmannsembetene og fokusgruppeintervju med AU viser at det er særlig bekymring for at utviklingen i tråd med målene i opptappingsplanen henger sammen med kommunenes økonomi. Flere mener det er en utfordring at midlene er gitt som frie midler og ikke øremerkede. Det å søke tilskuddsmidler gir bevissthet og bidrar til stillinger, men det er også en erkjennelse at det bidrar til uforutsigbarhet. Rådgiverne har observert at noen av kommunene greier å videreføre og opprettholde stillingene over tid, men at flere ikke gjør det.

Av områder hvor informantene tar opp behov for videre utvikling, er blant annet det å sikre rusavhengige bolig. Økt bruk av BrukerPlan tas opp av noen. Noen ønsker

å vektlegge bruk av BrukerPlan også for yngre brukere. Noen er opptatt av tidlig identifisering av barn og unge i risikosonen. Noen tar opp at KoRus-ene har satset på programmet Tidlig inn, men at det ikke alltid er lett for kommunene å innarbeide dette programmet. Som påpekt flere ganger tidligere i evalueringen observerer rådgiverne i fylkesmannsembetene at det, særlig for små kommuner, kan være krevende å rekruttere psykologer.

### **KoRus-ene**

Også Kompetansesenter rus (KoRus) har tydelige oppdrag knyttet til målene i opptrappingsplanen, til oppfølging av kommunene og samarbeid med fylkesmennene og de andre kompetansesentrene for gjennomføring av opptrappingsplanen. Som vist over har fylkesmannen fått et ansvar for å sørge for samarbeid, men det presiseres at også kompetansesentrene har et ansvar for å ta initiativ til samarbeid ved behov.

Kompetansesentrene har flere oppdrag som henger direkte sammen med opptrappingsplanen. KoRus Midt har ansvaret for å gjennomføre brukertilfredshetsundersøkelsen som et ledd i evalueringen av opptrappingsplanen, men de øvrige KoRus-ene skal bidra i arbeidet. Utover dette har KoRus-ene blant annet et omfattende ansvar innenfor området tidlig innsats og gjennomføring av BrukerPlan knyttet til pakkeforløp og overdosestrategien. De skal også samarbeide med kompetansesentrene NAPHA og NKROP om å understøtte tjenestene i etablering og i implementering av tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam etter ACT- og FACT-modellene og som del av dette samarbeide med fylkesmannen og RVTS om etablering av regionale nettverk for slike samhandlingsteam.

Det er også presisert at KoRus skal bistå Helsedirektoratet i arbeidet med den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd 2014–2020, og som del av det ha kjennskap til strategiens handlingsplan for de to siste årene av strategiperioden (jf. som tidligere nevnt at barnefamilier og ROP er prioritert for resten av strategiperioden).

Intervjuene med KoRus-ene viser at det er stor aktivitet for å nå målene i opptrappingsplanen. Det mange som arrangerer seminarer, kurs og konferanser og legger til rette for nettverksvirksomhet. Det er stort søkelys på kompetanseheving i kommunene. Noen av KoRus-ene har valgt å legge ekstra vekt på spesielle områder som brukervedvirkning, bedre tverrfaglig innsats (BTI) eller oppsøkende tjenester.

Flere av KoRus-ene opplever at det er krevende å prioritere hva de skal ha i fokus i sitt arbeid med å bidra til at utviklingen i kommunene er i tråd med målene i opptrappingsplanen. Dette henger blant annet sammen med hvilke ressurser og midler KoRus-ene har tilgang til. Et forhold knyttet til dette er at det kan være andre tiltak og områder kommunene ønsker å prioritere, enn det KoRus-ene ønsker å ha oppmerksomhet om.

Flere KoRus-er mener det er behov for økt oppmerksomhet om å bidra til bedre samhandling og koordinering mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste under og etter behandlingsopphold eller som del av arbeidet med tidlig identifisering og oppfølging av utsatte barn og unge. Noen tar opp at oppdraget med å bistå i implementeringen av pakkeforløpet for rus er krevende. Et KoRus tar opp at det er ulike oppfatninger i kommunene av hvordan pakkeforløpet skal følges opp. En av informantene ønsker tydeligere presisering fra Helsedirektoratet av egen rolle i dette implementeringsarbeidet.

I intervjuene tar KoRus-ene opp flere områder hvor de mener det kan være behov for økt innsats for å økt måloppnåelse. Noen av temaene som nevnes, er brukermedvirkning, økt kompetanse i kommunene om oppfølging av unge med rusproblemer og bistand til kommunene for å nyttiggjøre seg de mange anbefalingene og veilederne som finnes på rusområdet. En av KoRus-ene jobber med tekniske løsninger på hjemmesiden for å gjøre disse mer brukervennlige slik at kommunene lett kan få fram relevante veiledere og retningslinjer. Det å bidra til gode nettverk for samhandling i kommunene er også et tiltak som tas opp.

I likhet med flere andre regionale aktører er det informanter hos KoRus-ene som er opptatt av at det kunne være hensiktsmessig å be kommunene redegjøre for hvordan de anvender økte midler i ramme begrunnet med rusfeltet. Dette kan være hensiktsmessig for store kommuner, men ha mindre betydning i små kommuner hvor dette utgjør svært begrensede midler.

## Oppsummering

I likhet med tidligere statusrapporter viser denne gjennomgangen at det er begrenset forankring av målbildet i opptrappingsplanen for rusfeltet i de øvrige departementene og direktoratene som i tillegg til HOD og Helsedirektoratet har ansvar for gjennomføring av opptrappingsplanen. Samtidig følger de involverte direktoratene opp sine spesifikke tiltak og prosesser, men ambisjonene for den felles tverrdirektorale aktiviteten er redusert. I Helsedirektoratet fortsetter derimot en aktiv innsats for å styrke måloppnåelsen. I rapporteringen til HOD har direktoratet gitt tydelige anbefalinger om hvor det er behov for styrket innsats for å nå målene i planen, og sammen med de andre direktoratene har de gitt en særlig rapportering med spesifikke anbefalinger for tre områder: tidlig innsats – barn og unge og deres familier, bolig og tjenester i bolig og arbeidsrettede tiltak. I Helsedirektoratet vurderer de å prioritere særlig tre områder framover: eldre og rus, barn og unge og gruppen med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP).

Direktoratene peker på behovet for sterkere lederforankring av oppfølgingen av planen og anbefaler at Helsedirektoratet anvender etablerte fora og møteplasser på ledernivå mellom direktoratene til å løfte inn arbeidet med opptrappingsplanen og hvordan en kan styrke måloppnåelsen.

Den regionale innsatsen har stor betydning for utviklingen i kommunene. Gjennomgangen viser at selv om den sentrale statlige innsatsen strever med noe uklarhet når det gjelder felles oppdrag, er oppdraget til de regionale aktørene mer tydelig og med et sterkt mandat til å samarbeide om å bidra til utvikling i kommunene i tråd med målene i opptrappingsplanen for rusfeltet. Både fylkesmannen og KoRus-ene har omfattende aktivitet overfor kommunene, selv om det er noe variasjoner.

Arbeidsutvalget for opptrappingsplanen representerer en bredde i involverte i oppfølgingen av opptrappingsplanen på regionalt nivå. Det er et viktig forum for Helsedirektoratet i den siste perioden av opptrappingen for å følge utviklingen og gi råd om innsats for å styrke måloppnåelsen. Det bør vurderes om det i denne kritiske siste perioden kan være hensiktsmessig å involvere representanter for kommunene i dette utvalget og eventuelt også representanter for brukerne.

## 4 Casestudier

---

Casestudiene i kommunene gir verdifull innsikt i situasjonen på rusfeltet sett ute fra tjenestene og der brukerne faktisk bor. Dette gir en viktig bakgrunn for videre tolkning av utviklingen slik den framstår i det etablerte indikatorsettet. I årets casestudier har vi vært særlig konsentrert om noen spesifikke temaer. Vi har tatt opp den generelle kompetansen om rus innenfor relevante tjenester i kommunen, brukerorientering i tjenesten, sosial inkludering med særlig vekt på arbeid og aktivitet samt samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Et viktig tema i intervjuene har likevel vært den generelle vurderingen av situasjonen på rusfeltet og tilgangen til tjenester for brukerne. Under hver kommunepresentasjon har vi derfor et avsnitt som er kalt «statusbilde». Her har vi valgt å skrive om forhold knyttet til tjenester, bosetting og økonomi som ble trukket fram av informanter i de ulike casene som særlig vesentlige eller utfordrende. Framstillingen vil derfor følgelig være noe ulik i casebeskrivelsene.

I dette kapitlet gir vi en presentasjon av de fem casekommunene (fire kommuner og en bydel). Denne presentasjonen er relativt omfattende, men vil være en viktig bakgrunn for analyse av utvikling innenfor de ulike målområdene i planen i rapporten for øvrig. Vi vil understreke at vi ikke har foretatt evalueringer av tilbudet i de ulike kommunene, men presenterer deres vurdering av tilbud og situasjonen og bruker dette som illustrasjon på situasjonen på rusfeltet i noen utvalgte kommuner.

### Oslo kommune

Oslo kommune har nær 686 000 innbyggere. Landets hovedstad har en parlamentarisk styringsmodell, med et byråd som står ansvarlig overfor bystyret. Byrådet har åtte byrådsavdelinger. Etter siste kommunevalg er det foretatt endringer som har implikasjoner for rusfeltet. Under datainnsamlingen var det en byrådsavdeling som var særlig relevant for rusfeltet, byrådsavdelingen for eldre, helse og arbeid. Her lå ansvaret for helsetjenester, rusomsorg, sosiale tjenester og arbeid. Byrådsavdelingen hadde to underliggende fagetater, velferdsetaten (VEL) og helseetaten (HEL). Velferdsetaten har ansvaret for tiltak innenfor rusomsorg, sosiale tjenester og bolig for grupper med særlige behov. Helseetaten har ansvaret for helsetjenestene, inkludert et ansvar for psykisk helse og avhengighet. Denne byrådsavdelingen er nå (fra oktober 2019) delt i to: en byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester og en byrådsavdeling for arbeid, sosiale tjenester og mangfold. Helseetaten ligger under den første, og velferdsetaten under byrådsavdeling for arbeid, sosiale tjenester og mangfold.

Alle byrådsavdelinger er relevante med et bredt perspektiv på rusfeltet, men særlig to andre avdelinger bør nevnes. Byrådsavdeling for næring og eierskap har ansvaret for det kommunale foretaket Boligbygg som forvalter Oslos kommunale boliger, og er også den byrådsavdelingen som har ansvaret for skjenkepolitikken. Byrådsavdeling for oppvekst og kunnskap er ansvarlig for flere tjenester som er relevante innenfor opptrappingsplanens hovedmål 2 om tidlig innsats. I tillegg til barnehage og skole ligger helsestasjonene, skolehelsetjenesten og barnevern her. I denne casestudien

har vi ikke gjort intervjuer i disse to avdelingene, det vil vi derimot gjøre i arbeidet med neste statusrapport.

Oslo er delt inn i 15 bydeler, med 15 bydelsadministrasjoner. Bydelene har et stort ansvar for tjenester til innbyggerne. Bydelen har betydelig frihet i hvordan de vil organisere sine tjenester og foreta egne prioriteringer. Dette medfører at det er relativt store ulikheter mellom bydelene. Velferdsetaten og helseetaten har en rekke støttefunksjoner for de 15 bydelene og faglig oppfølging, men driver i tillegg en rekke byomfattende tjenester. Videre presenterer vi nærmere kommunen sentralt sine strategier og tilbud.

### **Overordnede strategier**

Oslo kommune er inne i en omstrukturingsperiode på rusfeltet. Sentrumsinnsats og byomfattende tiltak skal reduseres til fordel for en styrket desentralisert innsats og tilbud i bydelene. Velferdsetatens omfattende institusjonstilbud<sup>6</sup> skal reduseres, og bo- og tjenestetilbudet for personer med rusproblemer i bydelene skal styrkes. I forrige statusrapport presenterte vi kommunens nylig vedtatte strategiske plan for rusfeltet (2018/ Byrådssak 158/18) med vekt på en human ruspolitikk, tidlig innsats og bedre livskvalitet for brukerne (se Hansen mfl. 2018b:36–37). I juni 2019 la byrådet fram en strategiplan for psykisk helse, «En psykt bra by» (Byrådssak 194/19). Begge planene gir strategiske føringer for videre utvikling av tjenestene og kompetansen i kommunen. Det grunnleggende er at det skal gis gode bo- og tjenestetilbud i bydelene, i lokalsamfunnene. Det andre er en sterk vektlegging av det å tilrettelegge for at brukerne kan oppleve bedre mestring og livskvalitet. Begge strategiene legger vekt på den enkeltes medbestemmelse i møte med tjenestene, at endrings- og mestringsarbeid skal være basert på den enkeltes behov og mål for eget liv. Viktige områder er bolig, oppfølging, aktivitet og arbeid. Begge planene er opptatt av tidlig innsats – primærforebygging, tidlig identifisering og tidlig intervensjon.

Omstruktureringen i Oslo får mye oppmerksomhet. Selv om det er bred politisk enighet om nedbygging av institusjonene og å vri innsats fra sentrum til bydelene, er det utfordrende å legge ned eller justere ned tilbud. Ofte dreier argumentene seg om at det ikke er bygget opp tilsvarende tilbud i bydelene ennå, eller at det spesifikke tilbudet er viktig for målgruppene. Representanter for VEL forteller i intervjuer at de eksempelvis gjennom forvaltning av tilskuddsmidlene til frivillige organisasjoner forsøker å vri innsats fra sentrum til bydelene. Det er bred tilslutning til strategiene for utvikling av et mer desentralisert tilbud i Oslo, det viser både høringene i bydelene og våre intervjuer med sentrale aktører i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Også brukerorganisasjonene som er intervjuet, støtter hovedlinjene i dette. Samtidig presiserer mange at omstruktureringen vil ta tid, og at det er nødvendig å sikre tilstrekkelige tilbud gjennom prosessen.

## **Organisering og innhold av rusfeltet i Oslo kommune**

### **Velferdsetaten**

Velferdsetaten disponerer et stort antall institusjonsplasser for personer med rusproblemer. Institusjonstilbudene inkluderer både akutt-plasser, korttidsplasser og behandlingsplasser og tilbud både for personer som ikke ruser seg, og for personer i

---

<sup>6</sup> I forrige rapport viste vi til at Oslo kommune har et omfattende institusjonstilbud innenfor rusfeltet. VEL har disponert nær 700 institusjonsplasser for personer med rusproblemer. Som del av den nye strategien er det innført økte kostnader for bydelenes bruk av disse tilbudene.



aktiv rus. I intervjuer med representanter fra VEL er informantene opptatt av at i disse institusjonene jobber det mange med spesifikk kompetanse om rusproblematikk og oppfølging av målgruppen. En målsetting når dette tilbudet skal reduseres, er å beholde denne kompetansen innenfor andre tilbud til målgruppen og ytterligere styrke kompetansen i bydelene. I forrige rapport (Hansen mfl. 2018b:37) viste vi til at bydelene i høringene til russtrategien var opptatt av behov for byomfattende tilbud særlig for gruppen med omfattende rus- og psykiske helseproblemer og atferdsutfordringer. I 2019 åpnet et nytt særtilbud i regi av velferdsetaten for denne gruppen, Ljabruveien boliger. Dette er ti spesialtilpassede boliger for rusavhengige menn med alvorlige psykiske lidelser og atferdsutfordringer. Det er en døgnbemannet personalbolig knyttet til boligene. Noen av informantene i etatene påpeker at disse plassene er blitt dyre å bruke for bydelene, og at det derfor ikke har vært like mange innsøkninger som forventet. Dette illustrerer at det tidligere systemet med at bydelene har kunnet benytte rimelige plasser i VELs institusjoner, kan ha hemmet utviklingen av bo- og tjenestetilbud i bydelene. Samtidig sier informanter i etatene at det har skjedd en holdningsendring i bydelene om det å ta et større ansvar for denne målgruppen.

Ved Prindsen mottakssenter er det akuttovernatting, brukerrrom (tidligere sprøyterom), feltpleie, tannpleie og hepatitt C-behandling. Her er det også flere andre oppfølgingstilbud. Medikamentassistert rehabilitering (MAR) tilbys fire steder i kommunen: ved tre Villa MAR-tilbud og ved Oslo kommunale ruspoliklinikk. Ved Dalsbergstien hus, som er et av de midlertidige botilbudene for personer i aktiv rus, finner vi LASSO, et skadereduserende lavterskeltilbud med substitusjonsbehandling. VEL har også ansvar for uteseksjonen som følger opp unge i utsatte miljøer i sentrum.

VEL har også samarbeid med de ideelle og frivillige organisasjonene som har tilbud i byen. Det er flere lavterskeltilbud i sentrum. Gatehospitalet, som drives av Frelsesarmeen, er et heldøgns helse- og omsorgstilbud, dette tilbudet er spesifikt nevnt i Opptappingsplanen for rusfeltet. De gir tilrettelagt sykehusbehandling, medisinsk døgnpleie og palliativ behandling til personer med store og sammensatte somatiske helseproblemer i tillegg til rusproblemer. 24sju i regi av Kirkens Bymisjon er et døgn-åpent helse- og velferdstilbud for de mest utsatte med rusproblemer.

I noen av intervjuene sentralt i kommunen og spesialisthelsetjenesten stilles det spørsmål om det er tilstrekkelig sammenheng i tilbudene som gis, og om det er for stor vektlegging av lavterskeltilbud som ikke har oppmerksomhet om endrings- og mestringsarbeid. En av informantene sier at selv om tilbudene hver for seg kan være gode, bør en reflektere om innrettingen av tilbudene nå er slik at en bidrar til å opprettholde en situasjon med dårlige levekår for noen brukere med omfattende rus- og psykiske helseproblemer.

Intervjuene i VEL viser dessuten at etaten er involvert i en rekke utviklingsprosjekter i bydelene, herunder utviklingen av RusFACT i flere bydeler.

### **Helseetaten**

Helseetaten (HEL) er fagetat på helseområdet, med blant annet ansvaret for legevakten og sosial og ambulant akuttjeneste (SAA). Helseetaten har en egen seksjon for psykisk helse og avhengighet i avdeling psykososiale tjenester. I intervju med helseetaten blir avgrensingen til VEL gjort ved at de har hatt oppmerksomhet om gruppen med langvarige og sammensatte rus- og psykiske helseproblemer. Etaten har et betydelig arbeid overfor bydelene med kurs og kompetanse på dette området. En satsing som særlig nevnes i intervjuer i etaten, er at etaten over flere år har hatt et prosjekt rundt det å utvikle samarbeid med brukere som kan være truende og voldelige, med

utgangspunkt i det å jobbe på brukerens arena. Det er gitt tilbud om kurs i risiko-håndtering og kompetanseutvikling på dette området og et eget nettverk med deltakere fra alle bydeler.

Helseetaten har også vært sentrale i utviklingen av en egen erfaringskole for brukere innenfor psykisk helse- og rusfeltet. Vi går nærmere inn på dette i kapittel 7. Det første kullet hadde gjennomført opplegget før jul i 2018, og det andre kullet er snart ferdige. Informanter i etaten oppgir at en stor andel av de som har gjennomført Erfaringskolen, har erfaring med rusproblematikk.

Helseetaten har ansvaret for legevakten. Ved legevakten i Oslo sentrum er det en allmennlegevakt som er kommunal, og en skadeavdeling som er under spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det en psykososial akuttjeneste (sosial og ambulans akuttjeneste, SAA). I intervjuer i HEL blir det påpekt at rus er en faktor innenfor alle delene. En informant påpeker at en stor andel av henvendelsene ved skadelegevakten eksempelvis er knyttet til rus.

Oslo legevakt tar imot om lag 3000 pasienter med rusmiddelforgiftning årlig. En del av disse er unge, og henvendelsene gjelder ofte alkohol. Med utgangspunkt i dette har etaten de siste årene utviklet tilbudet Ungdom og rus ved legevakten. Ungdom og rus<sup>7</sup> på legevakten i Oslo er en integrert del av SAA. Tjenesten er døgnbemannet og tilbyr akutt samtale og oppfølging til alle barn og unge under 24 år som oppsøker legevakt på grunn av rus. Alle som har hatt kontakt, blir ringt opp i etterkant, og der det vurderes at det er behov for mer oppfølging, blir det innkalt til samtale og videre oppfølging. I intervju med etaten vises det til at tilbudet har vært et prosjekt med statlige tilskuddsmidler. Rammene for tilbudet er påvirket av at tilskuddsmidlene har opphørt, men de har klart å innarbeide tilbudet i tjenesten.

SSA har mange muligheter for akuttbistand. De kan innvilge økonomisk sosialhjelp etter lov om sosiale tjenester i NAV, når NAV har stengt. De kan innvilge opphold akutt i VEL sine institusjoner. Erfaringen er at det er stort trykk på disse boligene, at det er mange med rusproblemer som trenger et sted å bo. SSA kan innvilge penger til hotell, men de aktuelle personene vil ikke nødvendigvis få et hotellrom.

Helseetaten viser også til den kommunale akutte døgnenheten (KAD) på Aker sykehus. Her er det noen plasser som er øremerket rus. Disse plassene er kanskje ikke veldig godt kjent og brukt for denne målgruppen.

## Statusbilde

Hvert år publiserer velferdsetaten en «Helhetlig russtatistikk» hvor de sammenstiller og analyserer en rekke ulike data om situasjonen på rusfeltet i kommunen. Dette er ikke bare data fra kommunen, men også fra TSB og relevante tiltak i regi av frivillige organisasjoner. Samlet gir dette et betydelig bidrag til styringsinformasjon for rusfeltet. Denne oversikten viser at i 2018 ble 3968 personer med rusproblemer kartlagt ved hjelp av BrukerPlan. Det vi si 7,3 per 1000 innbyggere over 18 år. BrukerPlan-dataene viser både at det er en noe større andel kartlagte med rusproblemer i befolkningen i Oslo enn landsgjennomsnittet, og at det er et stort problemtrykk blant de kartlagte brukerne. 65 prosent av brukerne vurderes å ha omfattende levekårsproblemer på flere områder, landsgjennomsnittet er 50 prosent<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/prosjekter/styrket-oppfolging-ungdom-og-rus/>

<sup>8</sup> Dette er basert på en versjon av levekårsindeksen introdusert i 2018 med endret vektning av rus (se nærmere redegjørelse i kapittel 2).

En boligsosial kartlegging viser at 612 husstander med rus eller rus- og psykiske helseplager står i fare for å miste boligen sin eller har en uegnet bolig, 512 personer er uten egen bolig. Dette utfordringsbildet med høyt problemtrykk og utfordringer med å tilby et tilfredsstillende bo- og tjenestetilbud til målgruppen er tema i intervjuer med de tre sentrale instansene som er intervjuet. Intervjuer med informanter i spesialisthelsetjenestene viser at mangel på egnede boliger til pasientene oppleves som en begrensning i rusbehandlingen. Helseetaten oppgir at stor pågang til SSA av personer uten bolig har ført til at dette vil bli tatt opp i et møte med byrådsavdelingen. I intervjuene med VEL peker de på at russtrategien er en strategi for flere år framover. Det må gjøres vurderinger av behovet for sentrale tiltak, og det må gis støtte til bydelene for å bygge opp tilbud.

Både i intervjuer med sentrale aktører i kommunen og intervjuer i spesialisthelsetjenesten blir det tatt opp at Oslo har et omfattende tjenestetilbud og mye kompetanse og tiltak på rusfeltet, men informantene i kommunen peker også på at Oslo har flere spesifikke storbyutfordringer. En informant viser til at undersøkelser har vist at det er god tilgang til rusmidler i Oslo og lavere priser enn andre steder. Oslo har en stor andel med rusproblemer blant egne innbyggere, men i tillegg stor pågang av personer med rusproblemer fra randkommuner og andre deler av landet. Kommunens russtatistikk viser eksempelvis at fire av ti som fikk oppfølging av uteseksjonen i 2018, var utenbys fra. I 2018 var 330 av 790 konsultasjoner knyttet til tiltaket Ungdom og rus ved legevakten unge med bostedsadresse utenfor Oslo.

Byrådsavdelingen oppgir at bydelene er bedt om å risikovurdere russtrategien i løpet av 2019. Hvor er utfordringene, hvor er de på de ulike målene? En problemstilling som er registrert, er bekymringen for bortfall av statlige tilskudd og muligheten for å opprettholde tilbud som er utviklet med tilskuddsmidler. Andre områder som vurderes å være utfordrende, er som nevnt utviklingen av tilstrekkelige bo- og tjenestetilbud og arbeid og aktivitet. I flere av intervjuene blir det tatt opp at det er behov for utvikling av tilbud til de mest ressurskrevende brukerne med rus- og psykiske helseplager og med behov for tjenester fra flere instanser samtidig. En av informantene sier at det har vært mye utvikling i tilbudene til målgruppene, men at en hele tiden blir stående igjen uten egnede tilbud til de aller sykeste brukerne, de som ikke klarer å nyttiggjøre seg det tilbudet som finnes.

I Oslo står de to etatene, inkludert kompetansesenteret (KoRus), for et omfattende tilbud om kompetanseheving og fagutvikling. Oslo kommune er en kompleks organisasjon, rus- og psykisk helsefeltet er delt i to fagetater, det er en rekke ulike tiltak, et mangfoldig tilbud i regi av frivillige aktører, de har en kompleks sykehusstruktur med to helseforetak og fire lokalsykehus. I alle intervjuene er samarbeid og samhandling et tema. Selv om det vurderes at det samarbeides mer enn tidligere, kan det være parallelle innsatser eller innsatser hvor samarbeid og koordinering kunne styrket arbeidet overfor bydelene og brukerne.

### **Likeverdige tjenester**

At det er stor variasjon mellom bydelene, er en utfordring som tas opp av flere. Byrådet har initiert et arbeid for å utvikle Oslo-standarder på sentrale områder for å bidra til mer likeverdige tjenester mellom ulike bydeler og instanser i kommunen. Dette er en gjennomgang av spesifikke områder med veiledning om god praksis på området. Det er utviklet en egen Oslo-standard for overdosearbeid, det lanseres snart en egen standard for pårørendearbeid, og det er under utvikling en Oslo-standard for bolig og oppfølging. Det er også planlagt en Oslo-standard for oppsøkende arbeid overfor unge.

## **Økonomi**

Bydelene har fått økte overføringer fordelt via kriteriesystemet, som er begrunnet med styring av rusfeltet. Samtidig er mange utviklingstilbud i bydelene finansiert ved tilskuddsmidler. Det er begrensede «øremerkede» midler til rusområdet i bydelene, men i budsjettet for 2019 var det satt av 15 millioner til å bygge opp lokale lavterskeltak, aktiviteter og væresteder. Flere er bekymret for prioritering av rusfeltet i bydelenes budsjetter. For 2019 var det et tilskudd på en halv million til hver bydel for en ruskonsulent for barn og unge. Det er en felles erkjennelse blant alle informanter om at det er en stram kommuneøkonomi, og at det er prioriteringer som gjør at for å styrke tilbudet på noen områder vil andre områder prioriteres ned.

## **Recovery og brukerorientering**

Informantene i Oslo kommune og ved Oslo universitetssykehus (OUS) og brukerrepresentantene viser til at brukermedvirkning på systemnivå er godt utviklet. Det er brukerråd i velferdsetaten, brukerråd ved avdeling rus- og avhengighetsbehandling ved OUS, det er etablert systemer for brukermedvirkning eksempelvis ved Prindsen mottakssenter. Helseetaten har utviklet en egen erfaringskole, hvor brukerrepresentanter har vært brukt aktivt i utviklingen av tilbudet. Det er noe mer variasjon i hvorvidt en vurderer at dette tilbudet er like godt utbygget på bydelsnivå. Begge etatene har fått midler til å ansette erfaringskonsulenter.

Medbestemmelse og myndiggjøring av brukerne er viktige prinsipper i de strategiske dokumentene for rus- og psykisk helsefeltet. Disse planene er nye, og en av informantene sier at det vil ta tid å utvikle dette som gjeldende tilnærming i alle tjenester. Fra byrådsavdelingen er det i tildelingsbrev til underliggende etater gitt oppdrag for å støtte opp under tilnærmingen.

## **Arbeid og aktivitet**

Arbeid og aktivitet er sterkt vektlagt i det strategiske planverket for rus- og psykisk helsefeltet. I byrådsavdelingen sier de at dette er fulgt opp i tildelingsbrevet til VEL hvor det står at opphold i VELs institusjoner skal legge vekt på hverdagslige aktiviteter, arbeid, sosial inklusjon og tilgang til sosial støtte for integrering i nærmiljøet. Alle beboerne skal ha en plan for oppholdet og for overgangen mellom institusjon og bolig og aktivitet/arbeid.

Kommunen satser mye på arbeidstiltaket Nyttig Arbeid som ligger under VEL. Dette er et arbeidstiltak for personer mer rusproblemer og med flere ulike tilbud. Tiltaket drifter eksempelvis velferdsetatens kompetansesenter, hvor deltakere i tiltaket er konferanseverter. Individuell jobbstøtte (IPS) finnes i flere bydeler og er tatt i bruk ved Oslo kommunes ruspoliklinikk og i tilbudet innenfor MAR. Ved avdeling rus- og avhengighetsbehandling ved OUS starter det opp et prosjekt med IPS.

Også uteseksjonen har hatt spesifikk oppmerksomhet om aktivitet eller det at ungdommene i de åpne rusmiljøene selv har gitt uttrykk for behovet for noe å fylle dagene med. Radiusprosjektet var et aktivitetstilbud til unge voksne under 25 år i aktiv rus og ofte med psykiske helseproblemer. Tilbudet er evaluert av KoRus Oslo.<sup>9</sup>

Arbeid og aktivitet er et område som ifølge informantene trenger å styrkes, men som har fått økt oppmerksomhet. BrukerPlan-kartleggingen viser at en svært liten andel av de som kartlegges, er i arbeid og aktivitet.

---

<sup>9</sup> [https://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/KoRus-Evalueringsrapport-av-Radiusprosjektet\\_fargebilder.pdf](https://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/KoRus-Evalueringsrapport-av-Radiusprosjektet_fargebilder.pdf)

En av informantene i helseetaten sier at det skjer innovative prosjekter i enkelte av bydelene knyttet til å tilby meningsfulle aktiviteter og jobb.

### **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten**

Alle informanter i kommunen er opptatt av behovet for et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten for bedre sammenheng i tilbudet til brukerne. Alle er opptatt av de aller sykeste med rus- og psykiske helseplager.

I kommunen er de åpne om at de har vært svært kritiske til pakkeforløpene. For kommunen er det kritikkverdigg at ikke pakkeforløpene er sterkere forankret i kommunen, hvor alle forløp starter og slutter. Noe av denne kritikken har sannsynligvis ført til at kommunens arbeid med dette er kommet relativt kort.

Utover dette er det mye samarbeid mellom OUS, som er de vi har intervjuet i forbindelse med denne rapporten, og kommunen. De har ansvaret for 12 av 15 bydeler. De øvrige tre bydelene (Groruddalen) ligger under ansvarsområdet til Ahus. Det er systemer for samarbeid på sentralt nivå og omfattende samarbeid eksempelvis i FACT, og nå i utviklingen av RusFACT i flere bydeler. Seksjon ung ved avdeling rus- og avhengighetsbehandling i OUS har utviklet et eget uteteam som jobber arenafleksibelt og vurderes av flere som å ha etablert et godt samarbeid med flere aktører i kommunen.

Ytterligere data om dette samarbeidet tas opp under utviklingen under hovedmål 3.

### **Bydel Sagene**

Bydel Sagene er en av sentrumsbydelene i Oslo kommune. Bydelen har om lag 43 000 innbyggere.

Bydelene i Oslo har et omfattende ansvar for tjenester til innbyggerne. Hver bydel har en bydelsdirektør. Det er avdelingsdirektører innenfor de tre tjenesteområdene velferd, oppvekst og familie, folkehelse, kultur og barnevern og helse og mestring. Enhet psykisk helse og rus ligger under avdelingen for helse og mestring, mens NAV ligger som en enhet under avdelingen for velferd, oppvekst og familie. Ansvaret for personer med rusproblemer i bydelen er følgelig fordelt på flere avdelinger og enheter i bydelen. Bydelen har i tillegg til egne tjenester samarbeid med spesialisthelsetjenesten om FACT-team og RusFACT-team. Som vist under Oslo kommune finnes det også en rekke byomfattende tilbud i regi av velferdsetaten, helseetaten og frivillige/ideelle organisasjoner.

### **Organisering og innhold i tjenestene på rusfeltet**

#### **NAV**

NAV sosialtjenesten er underlagt avdelingen for velferd, oppvekst og familie. Under NAV sosialtjenesten ligger NAV rusteam med ni ansatte som primært har sosialfaglig kompetanse. Teamet består av både saksbehandlere og ruskonsulenter som tar imot henvendelser og følger opp i underkant av 500 brukere. Teamet har ansvar for brukernes økonomi og bolig. Teamet er bydelens kontakt inn mot velferdsetaten og har henvisningsrett til TSB. Personer som følges opp av NAVs rusteam, mottar ikke samtidig oppfølging fra FACT- eller RusFACT-teamene, men kan motta oppfølging fra bydelens psykisk helse- og rustjeneste (disse teamene beskrives under). NAVs rusteam kan jobbe ambulant. Teamet møter brukerne der det passer best, enten det er

mottaket på NAV, i hjemmet eller andre steder der brukeren befinner seg. De fleste av brukerne bor i kommunale boliger, mens andre bor i private boliger eller på ulike institusjoner for eksempel under velferdsetaten.

### **Enhet for psykisk helse og rus**

Under avdelingen for helse og mestring i Bydel Sagene ligger enhet for psykisk helse og rus. Enheten omfatter ulike botilbud, aktivitetshus, FACT-team, RusFACT-team samt ambulante oppfølgingstjenester som følger opp brukere i eget hjem, og et bo-senter for brukere med behov for døgntjenester. Det er om lag 70 medarbeidere, inkludert prosjektstillinger, i enheten. I de følgende avsnittene gjøres det rede for bydelens tilbud til personer med rus samt til personer med samtidig og rusmisbruk og psykisk lidelse.

- Psykisk helse- og rusteam: Teamet består av tolv personer, seks som hører til rusdelen, og seks som hører til psykisk helsedelen. Rusteamet består av seks personer og et psykisk helseteam med seks personer. Teamet er ikke tverrfaglig sammensatt, men består av personer med sosialfaglig høyskoleutdanning – ofte med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rus. Ved behov innhenter teamet kompetanse eller tjenester fra lege, psykolog, fastlege, NAV eller DPS ruspoliklinikk. «Rusdelen» av teamet har ansvar for om lag 100 brukere som primært møter til samtaler på teamets kontorer, men teamet kan også møte brukerne i hjemmet eller andre steder. Rusteamets målgruppe er brukere som mottar oppfølging fra NAV rusteam, men som har behov for tettere oppfølging. Teamets arbeidsoppgaver favner bredt, fra motivasjonssamtaler til å være med brukere når de skal etableres i en bolig, herunder hjelp til innkjøp og montering av møbler etc. Psykisk helse- og rusteamet følger ikke opp personer som får oppfølging fra FACT- eller RusFACT-teamene.
- FACT-teamet ligger under Nydalen DPS og består av fem ansatte: én psykiater, én psykolog, to spesialsykepleiere og én teamleder som er spesialsykepleier. FACT-teamet jobber ambulant og møter brukere mellom klokka 8 og 15.30 på hverdager. Det er 38 pasienter med psykoselidelser som får oppfølging fra FACT, men flere av disse har også utfordringer med rus. Brukerne er mellom 20 og 60 år, men flest er i 40-årene. De fleste brukerne bor i kommunale boliger, andre bor i bemannede boliger eller i privateide og leide leiligheter. FACT-teamet møter brukerne der de er, og noen brukere kommer også til teamets kontorer for samtaler og lignende. Flere brukere får oppfølging gjennom turer, kafébesøk eller andre aktiviteter ut fra egne ønsker og behov. I våre intervjuer påpekes det at den fleksible oppfølgingsmodellen er med på å skape tillit til tjenesten, noe som gir mindre bruk av tvang. Enkelte brukere får oppfølging flere ganger i uken, noen én gang hver uke, men alle skal motta oppfølging minimum hver annen uke. Noen av brukerne er også underlagt tvungen psykisk helsevern.
- RusFACT Sagene er et samarbeidsprosjekt mellom Bydel Sagene, velferdsetaten og avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved OUS. Teamet startet opp for om lag ett år siden. RusFACT er et ambulant og oppsøkende spesialisert oppfølgings-team. Teamet har som mål å gi oppfølging til pasienter som har diagnoser i spekteret F.10–F.19, rus- og avhengighetslidelser. Teamet har et spesielt søkelys på eldre brukere med somatiske tilleggslidelser. Teamet har ti ansatte: prosjektleder, teamleder som er sosionom, én spesialutdannet sosionom, barnevernspedagog, tre sykepleiere, erfaringskonsulent, overlege fra OUS samt én psykolog fra Nydalen

DPS. Teamet har 42 pasienter, og det forventes en økning i pasientmengde framover. Hensikten med RusFACT er å yte behandling og skadereduserende tiltak i ett og samme team til en aldrende befolkning. Den alvorlige somatikken rusproblemer ofte fører med seg, var en viktig bakgrunn for prosjektet. Flere av pasientene er i LAR-program. Gjennomsnittsalderen blant teamets pasienter er 48 år, den yngste er 21, og noen brukere er over 70 år. Inklusjonskriteriet er rusdiagnose. FACT-modellen stiller også krav til at all annen behandling skal være forsøkt, og at pasientene ikke klarer å møte poliklinisk. Mange av pasientene bor i kommunal bolig, og noen bor i velferdsetatens institusjoner. Noen få er uten fast bopel, særlig i sommerhalvåret. Det varierer hvor ofte pasientene mottar oppfølging. Enkelte får oppfølging daglig for å sikre den somatiske oppfølgingen og medisinerer. Det gis også mye dagligdags oppfølging, som praktisk hjelp med innkjøp. Pasientene i RusFACT har ofte vedtak om flere tjenester, men psykisk helsearbeid og NAVs rusteam utgår ved tilbud om RusFACT. Brukerne som har behov for det, får oppfølging av hjemmesykepleien utover teamets åpningstid.

### **Statusbilde**

I 2018 ble det kartlagt 469 personer med rusproblemer eller rus- og psykiske helseproblemer som mottar tjenester i bydelen (BrukerPlan). Bydelen er den av bydelene i Oslo med flest kartlagte personer (12,7) med rusproblemer per 1000 innbyggere. Sagene oppgir i tillegg å være bydelen med høyest andel LAR-pasienter i OUS-systemet. I de neste avsnittene vil noen hovedtrekk ved utfordringsbildet i Bydel Sagene diskuteres.

### **Bosetting og tjenester**

I en del av våre intervjuer framkom det at bydelen har problemer med å bosette personer med rus- og/eller psykiske helseutfordringer. Bydelen har per i dag 2002 kommunale boliger. I intervjuene framkom det at bydelens utfordringer ikke dreier seg om antallet boliger, men heller om å ha et tilstrekkelig antall egnede boliger for målgruppen. Dette gjelder særlig med hensyn til hvilke tjenester som kan tilbys i boligene. Flere informanter påpeker i denne sammenhengen spesielt at ekstra- og helgevakter i bydelens hjemmetjenester ofte ikke har tilstrekkelig kompetanse til å arbeide med brukere som for eksempel tilhører de to FACT-teamene. Dette er likevel det eneste tilbudet en har på kveld, natt og helg for denne gruppen.

Flere av våre informanter påpeker at til tross for at de opplever at bydelen har et godt utbygget og differensiert tjenestetilbud, har en noen utfordringer. Noen viser for eksempel til at en svakhet ved oppfølgingstilbudet i bydelen er at enkelte svært dårlig fungerende personer faller mellom to stoler: De har behov for meget tett oppfølging, men er verken i målgruppen til FACT- eller RusFACT-teamene av ymse årsaker. Dette medfører at de står uten det som oppleves som et adekvat tilbud. Et eksempel på et slikt tilfelle er en person som har psykiske helseutfordringer, og som også har en tidligere voldshistorikk, men som ikke har en psykosed diagnose. Denne personen vil derfor ikke være i målgruppen til verken FACT- eller RusFACT-teamene. Likevel understrekes det gjennomgående at de to FACT-teamene yter meget gode tjenester overfor brukerne, men bydelen opplever at tilbudene er kostnadskrevenne sett fra deres perspektiv. I intervjuene vises det blant annet til at bydelen står ansvarlig for brorparten av lønnsmidlene, men at spesialisthelsetjenesten likevel får en del av refusjonene for arbeidet som utføres.

En av våre informanter mener Bydel Sagene skiller seg fra andre sentrumsbydeler i Oslo ved å ha særlig mange eldre innbyggere med rus- og psykiske helseutfordringer. Samtidig nevner flere informanter at tjenester til eldre er en utfordring og et klart forbedringspunkt for bydelen. Psykisk helse- og rusteam følger i utgangspunktet kun opp personer opptil 67 år. Etter fylte 67 er tanken at hjemmetjenesten skal overta. Dette påpekes som utfordrende fordi hjemmetjenesten ikke har så god og spesialisert kompetanse på rus- og psykiske helseutfordringer.

### **Økonomi**

Som følge av en presset økonomisk situasjon er bydelen i gang med å utvikle en plan for omorganisering og effektivisering av tjenestene. Dette arbeidet er ikke fullført, og det er derfor uklart hvilke endringer som vil følge av dette arbeidet. Flere informanter hevder bydelen stadig får flere krav som gjelder brukere i målgruppen, men at disse kravene ikke følges opp med den nødvendige økningen i midler. Enkelte informanter etterlyser derfor mer øremerkede midler til psykisk helse og rus.

### **Eldre og rus i fokus**

KoRus Oslo fikk i 2018 nasjonalt ansvar for kunnskapsoppbygging knyttet til eldre og rus av Helsedirektoratet og ansvar for koordinering med de ulike KoRus-ene. Våren 2019 ansatte KoRus en prosjektleder for dette arbeidet. Prosjektet har fått navnet NERO, Nettverk eldre og rusbruk i Oslo. Prosjektlederen ble plassert i Bydel Sagene som skal være pilot i arbeidet. Statistikk viser at dagens eldre drikker mer alkohol enn tidligere generasjoner, og i tillegg har de et stort forbruk av legemidler. NERO-prosjektet vil i Bydel Sagene ha hovedvekt på hjemmetjenesten i bydelen. Tanken er at dersom helse- og omsorgstjenestene styrkes i å oppdage personer som er i ferd med å utvikle problemer med alkohol- og legemiddelbruk, vil bydelen kunne målrette innsatsen og dermed redusere risikoen for framtidige helseproblemer. Målgruppen for prosjektet er eldre brukere av helse- og omsorgstjenester (primært hjemmetjenesten) som står i fare for å utvikle et helseskadelig forbruk av alkohol og legemidler.

Prosjektet er lagt opp som en kurspakke rettet mot ansatte i hjemmetjenesten, med åtte kursdager som varer i ca. 2,5 timer per gang. I kursene tas det opp temaer som eldre og alkoholvaner, legemidler og virkning, psykisk helse, samhandling mv. I underkant av 30 deltakere deltar på dette kurset. Senere i 2019 er det planlagt et kortere kurs for hjemmetjenestene i alle Oslos bydeler, som skal bestå av to halvdagssamlinger.

### **Recovery og brukerorientering**

I flere av intervjuene framheves det at brukermedvirkning er viktig for tjenestene i Bydel Sagene. Flere informanter var i intervjuene opptatt av å formidle at brukernes stemme skal høres, og at alle brukere har noe å bidra med. En del oppgir å ha et lite aktivt forhold til selve begrepet recovery, andre og da særlig informanter fra FACT-teamene oppgir at recovery er meget sentralt og ligger til grunn for måten de arbeider på. Bydelen har et brukerråd, og sammen med dette rådet pågår det et arbeid med å utarbeide en brukerundersøkelse som skal gi innspill til hvordan tjenestene bør utvikles for å bli best mulig. Bydelen vurderer også å implementere FIT-verktøy. Videre skal bydelen ha en student fra Erfaringskolen inn i psykisk helse- og rusteamet. Det er dessuten ansatt en erfaringskonsulent i RusFACT-teamet.



## Arbeid og aktivitet

I intervjuene med ledere så vel som med personer med daglig brukerkontakt vises det til at det finnes en rekke aktivitetstilbud og væresteder i Oslo sentrum som drives av kommunale eller ideelle aktører, og at dette er tilbud bydelens brukere benytter seg av. I tillegg har bydelen egne tilbud. Likevel var flere informanter fra bydelen klare på at arbeid og aktivitet er et område en må jobbe mer med framover. Dette er blant annet med grunnlag i den siste BrukerPlan-kartleggingen som viser at en god del brukere står uten meningsfull aktivitet. I intervjuene ble to aktivitetstilbud knyttet til enhet for psykisk helse og rus framhevet.

Værested er et flerbrukshus på Torshov som deles av flere enheter i bydelen på dagtid. Her er fire av bydelens tjenestesteder samlet under ett tak, og hensikten er at tjenestene skal møte brukerne og beboerne der de er. De fire tjenestene er enhet for psykisk helse og rus, bomiljøteam, ungdomsteam og kultur- og nærmiljøenheten. Lokalet blir i hovedsak benyttet som treffsted for beboere med utfordringer innen rus og psykisk helse. Her foregår støttesamtaler og aktivisering, og det er mulighet for å få et godt måltid. Bomiljøteamet tilbyr rådgivning og hjelp til å kontakte lege, skole og andre offentlige instanser. Værestedet ligger i et område med mange kommunale boliger der brukerne har tilgang til personell med helse- og sosialfaglig kompetanse. Her får de mat, de ansatte er bindeledd til NAV og bistår med søknader til Boligbygg, det deles ut brukerstyr, og det er avtale om sårstell gjennom sykepleier på hjul m.m.

Vøyensvingen aktivitetssenter er et tilbud til de som har eller har hatt psykiske problemer. Tilbudet her består av sosialt samvær, aviser, kaffe eller et billig måltid og deltakelse i ulike gruppetilbud, som tur- og kulturgruppe, datakurs, malergruppe, dugnader, sang- og musikkgruppe mv. Tilbudet er lavterskel, og det trenges ikke henvisning for å delta. Senteret er åpent hver ukedag, og for personer med rusutfordringer er det åpent to dager i uken.

## Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og pakkeforløp

Våre informanter viser til at det i hovedsak er et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og bydelen. Gjennom intervjuene framgår det at samarbeidet primært foregår gjennom FACT, RusFACT DPS Nydalen samt via OUS. Det vises blant annet til at det er faste møter mellom ledelsen i DPS og bydelen der særlig utfordrende saker drøftes. Videre vises det til at psykisk helse- og rusteamet har et godt samarbeid med avdeling rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved OUS blant annet gjennom brukere i TSB. Som nevnt over var det likevel noen uavklarte saker mellom bydelen og spesialisthelsetjenesten, særlig knyttet til finansiering av de to FACT-teamene.

Erfaringene med pakkeforløp er varierte i bydelen. Enkelte informanter mener innføringen av pakkeforløp er positiv og har medført at flere frister holdes, mer systematisk og større krav om dokumentasjon. Andre viste til at de i liten grad er kjent med pakkeforløpet, mens andre mener det innebærer mer «byråkrati» med frister og koding som gir ekstraarbeid. Enkelte er også usikre på om en slik standardisering av pasientforløp er en riktig metode overfor brukergruppen det er snakk om her. En informant uttrykte at en med pakkeforløpene sikrer et minimum, men at vedkommende opplevde at det likevel kunne gå på bekostning av kvaliteten på tjenestene som ytes.

## Trondheim kommune

Trondheim kommune har ca. 197 000 innbyggere. Kommunen er organisert etter formannskapsmodellen, med rådmann og seks kommunaldirektører med ansvar for hvert sitt fagområde. Helse- og velferdsområdet har en kommunaldirektør øverst

med tre kommunalsjefer og flere enhetsledere under seg. Det er særlig tre enheter som tilbyr tjenester innenfor rus og psykisk helse: enhet for rustjenester, enhet for psykisk helse og rus og enhet for botiltak og treffsted for psykisk helse. Det er også et helse- og velferdskontor i kommunen som er ansvarlig for å forvalte kommunale helse- og omsorgstjenester og kommunale boliger til personer over 18 år. Dette kontoret tar imot henvendelser og søknader, vurderer hvilke tjenester brukerne trenger, og fatter vedtak om tjenester. Helse- og velferdskontoret fungerer også som koordinerende enhet for voksne. Trondheim har i tillegg to NAV-kontorer som hører hjemme under helse- og velferdsområdet.

## **Organisering og innhold i tjenestene på rusfeltet**

### **Rus- og psykisk helsetjeneste**

Tiltak og oppfølging for de under 18 år ligger på oppvekst- og utdanningsområdet, mens tiltak og oppfølging for de over 18 år i all hovedsak ligger på helse- og velferdsområdet. Det har vært en omorganisering tidligere i år som har bidratt til et klarere skille mellom forløp innenfor henholdsvis rus- og psykisk helsetjeneste.

*Enhet for psykisk helse og rus* har ansvar for lavterskeltilbud som mestringstilbud og MO-senter (se nedenfor). Mestringstilbudet består blant annet av hasjavyvenningskurs og samtaletilbud til de som er bekymret for eget eller andres forbruk av alkohol og/eller andre rusmidler. Alle mestringstilbudene er gratis, men forutsetter aktiv deltagelse fra den enkelte bruker.

*Enhet for rustjenester* gir tjenester til personer med rusavhengighet med eller uten psykiske lidelser. De har nasjonal kompetanse innen overdosearbeid og kvinner og rus. Her ligger ansvaret for et helse- og overdoseteam som driver oppsøkende og skadereduserende tiltak på gateplan for rusmisbrukere i kommunen. Dette teamet tilbyr oppfølging til pårørende etter overdosedødsfall.

- Enhet for rustjenester har dessuten ansvar for ulike bo- og aktivitetstiltak. Det finnes kommunale utleieboliger med oppfølging av et ambulant team og Housing First som følger opp bostedsløse i ordinære kommunale boliger. Det er et eget botiltak med oppfølging av personer som inngår i «Gjengangerteamet». Dette er et kriminal- og sosialfaglig tiltak som inkluderer boliger med oppfølging, aktivitet, arbeid og direktelinje inn til NAV og fengslet, og en samarbeidsavtale mellom fengslet, politiet og kommunen ligger bak. Tjenesten er vedtaksbasert. Kommunen har egne ROP-boliger og botiltak for ungdom og kvinner. Jarleveien er et botilbud med plass til 44 rusavhengige med tjenester i huset knyttet til helseoppfølging og oppfølging av boligen. Kommunen tilbyr også akuttovernatting for rusavhengige og en kriseplass for rusavhengige over 18 år (Utsikten) som er tilrettelagt for avslapning i rolige omgivelser med god omsorg og næringsrik mat.
- De har et aktivitetssenter, «Gryta», som er et sted å være på dagtid for mennesker i rusmiljøet i Trondheim. Dette senteret tilbyr blant annet matsservering, sosialt samvær, samtaler, hjelp til å komme i kontakt med første- og andrelinjetjenesten, aktiviteter og pc/aviser. Her tilbys egne tiltak som MiniMO og SUBrosa, som tilbyr egne tilbud for menn og kvinner i rusmiljøet med vekt på sosialt samvær, relasjonsbygging, samtaler og helsehjelp.
- Enhet for rustjenester har ansvar for et samhandlingstiltak for unge rusmisbrukere i alderen 18–25 år (SAMUR) hvor de tilbyr tett oppfølging med fleksible løsninger. Den enkelte ungdom får være med å bestemme hvem som skal inngå i teamet de

- forholder seg til. Formålet er å styrke ungdommene slik at de selv kan dra nytte av tilbud som skole, arbeid, fritidsaktiviteter, offentlig hjelpeapparat, spesialisthelsetjeneste og andre sosiale arenaer. Ordningen skal samordne tiltak på tvers av etater og forvaltningsnivå og sikre overgang fra barn til voksen i hjelpeapparatet.
- *Enhet for botiltak og treffsted for psykisk helse* tilbyr tjenester til personer med psykiske helseutfordringer gjennom botiltak og boligsosialt arbeid, treffsted, etterbehandling og ungdomstilbud og mestringsteam.

#### **Mottaks- og oppfølgingscenteret (MO-senteret)**

MO-senteret er et tilbud til personer med rusproblemer, med eller uten samtidige psykiske plager. Senteret tilbyr rask systematisk kartlegging, oppfølging og samtaler, samt råd og veiledning om behandlingsapparatet. MO-senteret kan henvise til behandling, og det tilbys råd og veiledning til personer som er berørt av andres rusbruk. Brukerne trenger ikke henvisning eller vedtak for å henvende seg til MO-senteret. MO-senteret består av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning som jobber i et tverrfaglig team.

#### **Statusbilde**

I 2017 ble det kartlagt 737 personer med rusproblemer i Trondheim kommune gjennom BrukerPlan<sup>10</sup>. Dette tilsvarer 4,85 pr 1000 innbyggere over 18 år, dette er lavere enn landsgjennomsnittet. 61,5 prosent opplever å ha omfattende levekårsproblemer på flere områder<sup>11</sup>. BrukerPlan-tallene indikerer at det fra 2015 til 2017 har vært en svak nedgang i denne andelen.

Kommunen oppgir at de har utfordringer med at rusmisbrukere rekrutteres i stadig yngre alder. Informantene ser også med bekymring på at det er nye typer stoffer som brukes, og at disse er lett tilgjengelige via internett. I likhet med andre storbyer har Trondheim utfordringer med overdosedødsfall.

Det er forholdsvis god tilgang på kommunale boliger i kommunen. Tall fra de siste BrukerPlan-kartleggingene indikerer at ventetiden på kommunal bolig i Trondheim har blitt noe kortere de senere årene (fra 2015 til 2017) og at det har blitt lettere å leie privat bolig. Det er også en positiv utvikling med færre i midlertidige boliger. Flere informanter peker likevel på at det er behov for å ha et mer differensiert botilbud til gruppen, for eksempel for personer med aktiv rus som ikke har behov for så mange tjenester. Her vises det til begrenset kapasitet på Housing First. Informanter i kommunen tar også opp utfordringer med å bosette personer med sammensatte behov, for eksempel med samtidig rusavhengighet og psykiske lidelser og eventuell voldsproblematikk eller utfordrende atferd.

Informantene mener at kommunen har et godt lavterskeltilbud, og at tilbudet til unge (se tidligere omtale av SAMUR) har blitt bedre de siste årene. Kommunen vektlegger tidlig innsats sterkere enn tidligere og ser at de nå når ut til flere. Det jobbes også med forebygging og bedre samordning mellom helse/velferd og utdanning/oppvekst om ungdom og unge voksne. Kommunen ønsker å få til et enda tettere samarbeid med de mange frivillige og ideelle organisasjonene i området for å få til best mulig ressursutnyttelse.

Ifølge informantene har Trondheim en presset ressursituasjon. Det vises til at kommunen har etablert mye aktivitet på området via prosjektmidler, og at det kan

<sup>10</sup> Siste BrukerPlan tall vi har fått tilgang til fra Trondheim kommune er fra 2017.

<sup>11</sup> Dette er på nivå med landsgjennomsnittet. Fordelingen er 50,9 prosent rød, 10,6 prosent blålys, jfr. omtale av BrukerPlan kapittel 2.

være krevende å få prosjekter over i ordinær drift uten å måtte redusere andre aktiviteter. Informantene mener det har vært reduksjon og innskrenkning av aktivitetstilbud, og de ser med bekymring på at det pågår en nedtrapping av prosjektmidler fra Fylkesmannen.

### **Recovery og brukerorientering**

Informanter i Trondheim oppgir at kommunen har en lang tradisjon for aktiv brukermedvirkning, både politisk og administrativt. Brukerråd og brukermedvirkning gjennom dialog med enkeltpersoner har vært en bevisst satsing siden omorganiseringen av sektorene rundt år 2000. I intervjuene vises det til at kommunen har oppmerksomhet om utvikling av recoveryorienterte tjenester og har laget et grunnlagsdokument om dette. Trondheim har hentet inspirasjon fra Sandnes, Stavanger, Kontaktsenter for brukermedvirkning og tjenesteutvikling (KBT Midt) og recoverynettverk i utlandet.

Kommunen har en ordning hvor de gjennom KBT rekrutterer erfaringsmedarbeidere, og de har nå tre nye stillinger på prosjektmidler. Disse erfaringskonsulentene får veiledning fra KBT. Informantene mener det er positivt å ha erfaringsmedarbeidere med i tjenestene. Det arrangeres brukermøter ved lavterskeltilbudene, hvor brukere er med på å styre innholdet. Kommunen har tidligere hatt et brukerråd bestående av ulike organisasjoner, men informantene mener at dette ikke fungerte så godt. Kommunen har opprettet brukerpanel sammen med KBT hvor de har rekruttert ungdom med ruserfaring til å komme med sine synspunkter på tjenestene og forslag til forbedringer. Den modellen ønsker kommunen å videreutvikle. Kommunen har også nettverkssamarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner.

På individnivå bruker kommunen i større grad KOR/FIT som en indikator på hvorvidt de treffer, og om hjelpen fungerer på en god måte. De bruker også EuropASI som kartleggingsmetodikk, som gir rom for at brukeren skal fremme sitt syn, sin problematikk og medvirke i det som skal være kontrakten eller arbeidsmålene i samarbeidet.

### **Arbeid og aktivitet**

Det er tydelig signal fra politisk hold i kommunen om at inkludering i meningsfulle aktiviteter er viktig. Det er mange aktivitetstilbud i kommunen. Noen er i kommunal regi, mens mange er i regi av frivillige eller ideelle organisasjoner. Kommunen jobber strategisk med å styrke samarbeidet med frivillige/ideelle organisasjoner og med å omprioritere ressurser for å øke støtten til disse organisasjonene. Dette er innsats for å fremme tilbud knyttet til sosialt nettverk og aktivitet.

Innen arbeid tilbyr kommunen blant annet «Dagsverket» som et lavterskel arbeidstilbud for personer som har eller har hatt rusproblemer. Dagsverket tilbyr arbeid der arbeidsavtalen gjelder for én dag av gangen. Det gis en lønn på 250 kroner dagen. Det er ingen krav om henvisning fra andre instanser. Den enkelte bestemmer selv hvilken dag og hvor mange dager han/hun vil jobbe. Det er stor pågang til dette tilbudet. Stavne Arbeid og kompetanse er et kommunalt foretak som driver med arbeidsrettet rehabilitering. Her hjelpes jobbsøkere ut i arbeid gjennom karriereveiledning, opplæring og arbeidspraksis i samarbeid med næringslivet. Et av tiltakene er «Brygga» som er finansiert med midler fra Helsedirektoratet. Her tilbys arbeidsrettede rehabiliteringstilbud for personer over 18 år som fullfører rusbehandling i døgnenhet eller mottar poliklinisk spesialisert behandling. Brygga skal bistå den enkelte

i å mestre eget liv uten avhengighet og i de ulike overgangene mellom TSB og inkludering i ordinært arbeids- og samfunnsnivå og er gjennom dette en sentral del av kommunens ettervern. Brygga tilbyr tjenester som hjelp med skole og arbeid, IPS, trening, økonomi, samtaler og deltakelse i grupper, kurs og ulike aktiviteter. Dette tilbudet har blitt trappet opp de siste årene og har ca. 50–60 brukere per dag. Personer i målgruppen som er tilknyttet det kommunale mottaks- og oppfølgingssenteret (MO), kan etter avtale benytte Brygga. For å kunne motta et tilbud fra Brygga må en være i tilknytning til eller på vei mot jobb eller skole og ha bostedsadresse i Trondheim kommune. Barn og pårørende kan også benytte Brygga. Tiltaket har to jobbspesialister som jobber med IPS-metodikk og metodeveileder.

### **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og innføring av pakkeforløp**

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten framheves av informantene som å være en av Trondheim kommunens styrker. Kommunen og spesialisthelsetjenesten møtes regelmessig. Regelmessige møter med diskusjon mellom partene på ulike nivåer bidrar til en felles forståelse av hvordan de best kan samarbeide. Samarbeidet er formalisert gjennom samarbeidsavtaler. Kommunen samarbeider med ulike enheter ved St. Olavs hospital, som TSB, Østmarka (psykiatrisk avdeling) og DPS-ene. Både informantene fra kommunen og spesialisthelsetjenesten mener at samarbeidet stort sett fungerer bra, men det kan oppstå faglige uenigheter om hva som er beste tilnærming til brukerne. Informantene forteller at det har vært mye informasjon om pakkeforløpet, og de vurderer at de har fått god innføring i det. Kommunen har også utnevnt en kontakt og koordinator til samhandling med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med oppstart av pakkeforløpet. Trondheim har jobbet med forløpstankegang i mange år. Enkelte av informantene er likevel spente på effektene av pakkeforløpet, fordi det er større individuelle forskjeller innen rus og psykisk helse enn i somatikken.

## **Horten kommune**

Horten kommune har ca. 27 000 innbyggere. Kommunen er administrativt organisert med ordfører, og innenfor helse og velferd har de kommunalsjef, enhetsledere og avdelingsledere. NAV har egen kommunalsjef, som ligger rett under kommunedirektøren. Arbeidet med rus og psykisk helse er organisert i enhet for rus og psykisk helse.

### **Organisering og innhold i tjenestene på rusfeltet**

#### **Rus- og psykisk helsetjeneste**

De ulike tjenestene innen rus og psykisk helse har siden 2014 vært samlet i én enhet, enhet for rus og psykisk helse (EROPH). Enheten består av fire team. Disse teamene oppgis i stor grad å være organisert med utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring». De fire teamene er mestringsteam, mottaksteam, vekstteam og aktivitetsteam. Det er kun mestringsteamet som har en døgnbasert tjeneste.

Det er ca. 54 årsverk i ENROPH. Mesteparten har helse- og sosialfaglig utdanning fra høgskole og videreutdanning. Videre har enheten ansatt personer med annen type utdanning, herunder én psykologspesialist.

I de neste avsnittene vil vi gjøre rede for oppgavene til de fire teamene:

Mottaksteamet har ansvar for det som er oppfattet som moderate og forventet kortvarige rusutfordringer, samt unge. Teamet har også egen ungdomskontakt. Det

er bortimot 200 nye brukere som betjenes av dette teamet hvert år. Dette er et lavterskeltilbud, hvor brukere kan ta kontakt selv. De fleste som kommer til mottaksteamet, vil ikke motta videre oppfølging fra noen av de øvrige teamene. Ungdommen får fram til fylte 25 år hjelp gjennom mottaksteamet. Hvis de fortsatt trenger hjelp etter det, blir de flyttet over til andre team basert på grad av avhengighet eller psykiske utfordringer.

Brukere som betjenes av vekstteamet, vurderes som forholdsvis godt fungerende. Dette kan være brukere som har mer langvarige, men ikke omfattende eller alvorlige utfordringer, eller tyngre problematikk av mer kortvarig karakter. Dette teamet tilbyr oppfølging før, under og etter behandling. I startfasen er oppfølgingen ofte knyttet til praktiske ting, NAV, bolig og å komme seg ut i arbeidslivet, mens det etter hvert blir mer samtale og terapi. Det er en forventning om at brukere hos vekstteamet kan bli rehabilitert.

Mestringsteamet følger opp brukere med svært alvorlige rus- og psykiske helselidelser. For mange i målgruppen er det ikke en målsetting å komme inn i behandling i spesialisthelsetjenesten eller oppnå rusfrihet. Tjenesten har stor oppmerksomhet om å bidra til bedre livskvalitet og et best mulig liv. Teamet har ca. 23 årsverk. Dette er en døgntjeneste. De følger primært opp brukere i hjemmet med alt fra samtaler til praktisk bistand.

Aktivitetsteamet driver forskjellige aktiviteter, dagsenter og støttekontakten. De har også ansvar for HAV (Hortens antatt verste), som er et aktivitetstilbud for personer med rusutfordringer som er over 18 år.

## **Statusbilde**

Kommunens informanter oppgir at de har relativt god oversikt over rusmiljøet og behov i gruppen. I BrukerPlan-kartleggingen fra 2018 er det kartlagt 383 brukere. Boligsituasjonen for målgruppen vurderes som god, men oppleves likevel som krevende. Kommunen har hatt en positiv trend i boligsituasjonen, men i 2017 ble flere boliger skadet i brann. Horten har konkrete planer om å bygge småhus for å kunne tilby bedre boliger.

Ifølge informantene har Horten jobbet systematisk med tjenestetilbudet på rusfeltet siden 2014. De har aktivt søkt tilskuddsmidler for å bygge opp tjenester, og flere av disse stillingene har blitt videreført i ordinær drift. Informantene viser samtidig til kutt på andre områder innenfor rustilbudet. Det ytres også bekymring for videreføring av tjenester og stillinger når opptrappingsplanmidlene forsvinner.

Informantene forteller at Horten har vært opptatt av brukermedvirkning. Det gjennomføres jevnlig brukerundersøkelser, og kommunen har flere brukerråd. Utfordringen som løftes fram av informantene, er problemene med å få tilbakemeldinger fra brukere med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusutfordringer. Det er ofte få av disse som deltar i brukerundersøkelser.

## **God kompetanse og oversikt over rusmiljøet**

Informantene i kommunen mener enheten for rus og psykisk helse har et differensiert tilbud, med stor bredde fra lavterskel til mer omfattende oppfølging over tid for de med behov for det. Flere mener det er en styrke at rus og psykisk helse er organisert sammen i én enhet. Mange brukere vil ha sammensatte problemer, og samorganiseringen gir mulighet for et større fagmiljø og styrket kompetanse til å møte disse prob-

lemene. Erfaringen er at en med denne organiseringen kan legge til rette for en helt-hetlig tilnærming til behandling og oppfølging. Samtidig er flere av informantene bekymret for at ruskompetansen vannes ut.

En utfordring som tas opp, er at de fleste av tjenestene på rusfeltet kun tilbys innenfor ordinær arbeidstid. Det er ett team som har døgntjenester (mestringsteamet), men dette er primært for faste oppdrag som utlevering av medisiner.

### **Recovery og brukerorientering**

Horten kommune har én erfaringskonsulent som er ansatt i rusenheten. Denne konsulenten har jobbet mest på systemnivå. Horten har recovery som satsingsområde innenfor rus- og psykisk helseenheten i år. Kommunen har fulgt opp dette som et ledd i å utvikle tjenestene i tråd med veilederen «Sammen om mestring». Likevel mener informantene at denne enheten har en vei å gå før den kan kalle seg en recoverybasert enhet. Alle teamene har nå fast veiledning med psykologspesialist hvor recoveryperspektivet blir tatt inn. Kommunen har laget en kompetanseplan med vekt på kompetanseheving rundt recovery og blant annet planlagt to fagsamlinger høsten 2019 med eksterne ressurser der recovery er hovedtemaet.

### **Arbeid og aktivitet**

Å kunne tilby arbeid og aktivitetstilbud som gir meningsfulle og tilrettelagte oppgaver i hverdagen er et av hovedmålene i kommunens strategi for helse og velferd (2017-2030)<sup>12</sup>. Det finnes flere slike tilbud i kommunen. HAV (Hortens antatt verste) er et aktivitetstilbud for personer med rusutfordringer som er over 18 år, og som enten vil fylle hverdagen med noe meningsfylt eller ta et steg i retning mot ordinær jobb. Brukerne får ikke lønn, og det oppgis at det er utfordringer med frammøte i dette tilbudet. Dette er et lavterskeltilbud. Horten har også et dagsenter som heter Losen. Dette er et tilbud for de over 18 år som strever med rus eller psykiske utfordringer. Her tilbys sosialt samvær, turer og aktiviteter, og i tillegg deltar brukere i å drifte huset. Tilbudet brukes i større grad av de som har psykiske helseproblemer, og mindre av de med rusutfordringer.

Horten samarbeider med flere frivillige organisasjoner, blant annet Blå Kors som tilbyr gratis måltid og sosialt samvær. Kirkens Bymisjon skal i gang med et tilbud om boligskole. Dette er et tilbud som skal gi veiledning i håndtering av økonomi (gjeld, budsjett) og det å mestre egen bosituasjon, nettverk og sosialisering.

### **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten**

Horten samarbeider blant annet med avdeling for rusbehandling (TSB) ved Sykehuset i Vestfold og DPS Vestfold. Kommunen har ukentlige fordelingsmøter med spesialisthelsetjenesten, hvor enkeltsaker blir gjennomgått og fordelt. Leder for enhet for rus og psykisk helse (EROPH) har sammen med leder for helse- og boligservice, kommuneoverlege og kommunepsykolog i EROPH jevnlig møter (ca. hver tredje måned) med spesialisthelsetjenesten på ledernivå. Tilbakemeldingen fra informantene både i kommunen og spesialisthelsetjenesten er at samarbeidet har blitt bedre. Det er mer definerte roller, det er enklere å drøfte saker under hele behandlingsløpet, og kontaktlinjene er tydeligere.

---

<sup>12</sup> [https://www.horten.kommune.no/\\_f/p1/ifbc4d148-7360-4292-a7cb-c386c03b4fcf/strategiplan-helse-og-velferd-2017-2030-11839362docx.pdf](https://www.horten.kommune.no/_f/p1/ifbc4d148-7360-4292-a7cb-c386c03b4fcf/strategiplan-helse-og-velferd-2017-2030-11839362docx.pdf)

Flere av informantene peker på at det er et forbedringspotensial i samarbeidet, særlig i overgangene fra og til kommunale tjenester. Overgangen fra døgntjeneste til egen bolig framheves som en utfordring både fra spesialisthelsetjenesten og kommunens ståsted. Spesialisthelsetjenesten nevner at det er en utfordring at det er fastlegen som henviser til behandling, og at en da ofte mister ruskompetansen i henvisningen. Ansatte i kommunen ønsker en bedre samarbeidsform om henvisning, der fastlegene primært står for den somatiske statusen mens rusteamet står for henvisningen. Det har også kommet innspill om at spesialisthelsetjenesten oppleves å ha definisjonsmakten når det gjelder når en har oppfylt behandlingsplikten, og at en ofte ender opp med det som oppleves som korte forløp.

Horten kommune har ansatt en forløpskoordinator som skal jobbe med pakkeforløpet.

## **Karmøy kommune**

Karmøy kommune er en øy i Rogaland med om lag 42 000 innbyggere. Kommunen er administrativt organisert med rådmann, og innenfor helse- og omsorgstjenestene har de videre kommunalsjef, helsesjef, virksomhetsledere og NAV Karmøy sosiale tjenester. Kommunen har bestiller-utfører-modell. Spesifikke tjenester for personer med rusmiddelutfordringer og/eller psykiske helseproblemer er plassert i virksomheten rus- og psykisk helsetjeneste (ROP) som er plassert under helsesjefen. I tillegg forvalter NAV Karmøy sosiale tjenester til personer med rusproblemer og psykiske helseutfordringer. Rus- og psykisk helsetjeneste har faste kontaktpersoner ved NAV. Kommunen har etablert faste treffpunkter og samarbeid med DPS og med Helse Fonna HF generelt.

### **Organisering og innhold i tjenestene på rusfeltet**

#### **Rus- og psykisk helsetjeneste**

Fra januar 2015 ble rus- og psykisk helsetjeneste organisert i en virksomhet som har drift hele døgnet syv dager i uken og ivaretar en bred portefølje av tjenester for brukerne, inkludert botilbud, somatisk helse, hjemmetjenester og arbeid og aktivitet.

Virksomheten består av 100 årsverk og om lag 130 ansatte fordelt på følgende fem avdelinger: 1) Avdeling ROP sør og 2) ROP nord yter helsetjenester i hjemmet til personer med rus og/eller psykiske helseproblemer. 3) Mottaks- og oppfølgingscenteret (MO-senteret) er et mottak for rus- og psykisk helsetjeneste i kommunen. Under MO-senteret ligger også Pilehagen bokollektiv for 14 personer med omfattende rus- og psykiske helseutfordringer. 4) Østremtunet er et døgnbemannet bofellesskap bestående av ni leiligheter til personer med psykiske helseutfordringer. Under Østremtunet finner vi også nattpatruljen. Dette er et tverrfaglig team med kompetanse innen rus og psykisk helse. Det er to ansatte på jobb hver natt hele året. Nattpatruljen er et åpent tilbud for alle innbyggere i Karmøy kommune som har utfordringer med rus og/eller psykisk helse. Nattpatruljen er utenom oppdrag primært lokalisert ved Pilehagen bokollektiv. 5) Dag og aktivitet, herunder fire aktivitetssenter og rask psykisk helsehjelp.

Alle avdelingene gir tjenester til rusmiddelavhengige, men hovedvekten av tiltakene ligger i Mottaks- og oppfølgingscenteret.

Kommunen har to psykologstillinger, og de har faste veiledingsdager ved ROP sør og nord samt på MO-senteret.



### **Mottaks- og oppfølgingscenteret (MO-senteret)**

MO-senteret har flere tjenester for mennesker som har utfordringer med rus alene eller med rus og psykiatri kombinert, og fatter selv vedtak på tjenester som ytes i avdelingen. Senteret har både lavterskeltilbud (brukerne kan ta kontakt uten henvisning) og oppfølgingstjenester. MO-senteret har sykepleiere, sosialkonsulenter, booppfølgere og en sosialvaktmester. MO-senteret ivaretar slik en rekke funksjoner. De gir råd og veiledning, de kan henvise til behandling, de gir booppfølging og bistand til reparasjoner. Videre har MO-senteret diverse aktivitetstilbud som hobbygruppe, svømming og varm lunsj fire dager i uken.

Tidligere kunne brukerne møte DPS ved MO-senteret, men dette tilbudet er opphørt som følge av ressursituasjonen ved Karmøy DPS. Senteret hadde tidligere ansvar for utdeling av substitusjonsmedikament for LAR-pasienter, men dette er nå flyttet over til DPS. Ved senteret er det satt av midler til en 50 prosent legestilling som for tiden er vakant.

### **Statusbilde**

BrakerPlan-kartlegginger viser at antall brukere med rusutfordringer i Karmøy har vært relativt stabilt de siste ti årene. Snittalderen er imidlertid økt med syv år. Informantene fra kommunen mener de har relativt god oversikt over situasjonen og behov i gruppen. De erfarer i dag å ha en del eldre personer med rus- og psykiske helseutfordringer og samtidig somatiske plager.

Boligsituasjonen for målgruppen vurderes som god. Kommunen har god tilgang på enkeltstående kommunale boliger av ulik type. Bofellesskapene Østremtunet og Pilehagen der målgruppene er henholdsvis personer med psykiske helseproblemer og rus- og psykiske helseproblemer, framheves av flere som å gi et differensiert tilbud. Likevel blir det i intervjuene tatt opp et behov for å kunne tilpasse boligsituasjonen etter brukernes behov.

I intervjuer med kommunen blir det påpekt at kommunen de siste 15 årene har utviklet tilbudet på rusfeltet betydelig. De har aktivt brukt tilskuddsmidler for å bygge opp blant annet lavterskeltilbud og aktivitetstilbud. Tilbud som er utviklet som følge av prosjektmidler, har en senere valgt å videreføre innenfor ordinær drift. Enkelte informanter uttrykker bekymring for hvordan tjenestetilbudet skal kunne opprettholdes og organiseres i tiden framover, grunnet en presset kommuneøkonomi og varslede innsparinger.

### **Et bredt tilbud og kompetanse**

Flere informanter mener kommunen har et bredt tjenestetilbud og høy kompetanse på rusfeltet. En del informanter knytter dette til hvordan en har valgt å organisere tjenestene. En målsetting med omorganiseringen i 2015 var at en ønsket å heve og spesialisere kommunenes kompetanse om rus og psykiatri ved å samle alt i én virksomhet. Flere vurderer at det har kommunen oppnådd.

En utfordring er likevel at flere erfarer at det er krevende å rekruttere medarbeidere med spesifikke høyere utdanninger, som leger og psykologer.

### **Recovery og brukerorientering**

Kommunen har lenge hatt oppmerksomhet om utvikling av recoveryorienterte tjenester. Et av tiltakene er innføringen av «Recovery college», en undervisningsmodell som vektlegger at fag- og erfaringskompetanse skal inngå i et likeverdig samspill. De vil utvikle kurstilbud for brukere og bidra til at ansatte støtter opp under den enkeltes

bedringsprosess. Fagpersoner og medarbeidere med erfaringskompetanse holder kurs for brukere av rus- og psykisk helsetjenestene. Målet er at brukerne skal ta større eierskap i egne mål om endring og hvilken støtte han eller hun har behov for. Deltakerne får etter kurset tilbud om å delta på månedlige møter gjennom kommunens «Recovery-kafé». Recoveryarbeidet i kommunen har blant annet vært knyttet til et nettverk innenfor FOUSAM, en felles forsknings- og utviklingsenhet eid av Helse Fonna, Høgskolen på Vestlandet og 18 kommuner innenfor Helse Fonna-regionen. Virksomheten har gjennom prosjektmidler ansatt to medarbeidere med brukererfaring i halv stilling. Kommunen har også innført systemer for innhenting av tilbakemeldinger fra brukerne om hvordan tjenestene fungerer (de bruker verktøyet FIT-Outcomes), og deltar i et regionalt nettverk for FIT feedbackorienterte tjenester.

### **Arbeid og aktivitet**

Å kunne tilby arbeid og aktivitetstilbud som gir meningsfulle og tilrettelagte oppgaver i hverdagen er et av hovedmålene i kommunens plan for psykisk helse- og rusarbeid. Kommunen har flere tilbud til målgruppen, som aktivitetssenter og flere tilrettelagte aktiviteter. Under avdelingen «Dag og aktivitet» finnes fire tilbud rettet mot personer i målgruppen: tre aktivitetssenter med ulike aktiviteter lokalisert ulike steder på Karmøy. Her er noen overlappende tilbud, men også mer spesialiserte tilbud. I tillegg har en virksomheten TIO. Det er en produksjonsbedrift som er åpen 08.30–15.00 hver dag, og som produserer ulike utemøbler. MO-senteret har ulike aktivitetstilbud hver dag, for eksempel «50-lappen» som påtar seg ulike småoppdrag, og hvor deltakerne tjener 50 kroner timen for jobben de gjør.

### **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten**

Informanter fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten mener gjennomgående at samarbeidet dem imellom er bra. Flere informanter fra kommunen beskriver i denne sammenhengen samarbeidet med Karmøy DPS som særlig godt og nært. Tidligere hadde Karmøy DPS en ansatt inne på MO-senteret én gang i uken. Den siste tiden har ikke dette tilbudet vært operativt som følge av blant annet sykmeldinger, men tilbudet skal etter planen starte opp igjen. Informanten fra DPS framhever denne tilstedeværelsen som svært nyttig for å kunne bygge en relasjon og «ufarliggjøre» tilbudet overfor potensielle pasienter ved MO-senteret. Dette har erfaringsmessig ført til at flere pasienter faktisk møter til avtalte timer for poliklinisk behandling.

Kommunen har bevisst unngått å bygge opp samhandlingsteam mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, som FACT eller ACT-team. Dette begrunnes i hovedsak med at kommunen selv har et godt utbygget tjenestetilbud, samt med det etablerte tette samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

### **Tromsø kommune**

Tromsø kommune har 76 600 innbyggere. Tromsø er en liten storby, men er Nord-Norges største by og har mange av utfordringene som preger storbyer, som et stramt boligmarked og en omfattende rusproblematikk. Flere beskriver at det er lett tilgang til rusmidler i byen. Kommunen er organisert etter formannskapsmodell. Administrativt er organisasjonen delt inn i fire ledernivå med en kommunedirektør, avdelinger med avdelingsdirektører, seksjoner med seksjonsledere og enheter med enhetsledere. Innenfor avdeling helse og omsorg er det fem seksjoner, hvor tre er særlig relevante for rusfeltet: Innenfor seksjon for oppfølgingstjenester er enhet for psykisk

helse og rus samt enhet for arbeid og aktivitet. Innenfor seksjon for behandling- og rehabilitering ligger helsetjenestene, et nytt eget helsehus (tilbud i overgangen fra behandling i spesialisthelsetjenesten som også kan være aktuelt for personer med rusproblemer), legevakt, fengselshelsetjeneste og Sosialmedisinsk senter. Innenfor seksjon velferd, arbeid og inkludering ligger enhetene NAV og boligkontoret. Relevant for målområdet tidlig innsats er også avdeling for oppvekst og utdanning, med blant annet seksjon barn og familie. Seksjonen omfatter barneverntjenesten, bedre tverrfaglig innsats (BTI), forebyggende helsetjenester m.m. Innenfor denne seksjonen er det flere ulike lavterskeltilbud og tverrfaglige ressurser for tidlig identifisering av utfordringer blant barn og unge og tidlig, koordinert oppfølging.

## **Organisering og innhold i tjenestene på rusfeltet**

### ***Enhet for psykisk helse og rus***

Kommunen har foretatt en omorganisering av psykisk helse- og rustjenestene, og fra 2016 har dette vært en enhet. Det oppgis at enheten har nær 150 årsverk. Omtrent ni av ti ansatte har høyere utdanning, og nær halvparten av disse har videreutdanning. Det er få som har spesifikk videreutdanning relatert til rus og avhengighet. Enheten har en ansatt som sitter på politihuset og har ansvar for koordinering av tilbudet innenfor Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND).

I enheten er det en lavterskelavdeling og to oppfølgingsavdelinger for personer i egne boliger. I tillegg er det tre avdelinger som er døgnkontinuerlige for brukere med alvorlige rus- og/eller psykiske lidelser (ROP) (Grønnegata, Bøya og Ankeret). Om brukerne har rusproblemer og bor i kommunal eller privat bolig, kan de ha oppfølging fra avdelingen Bølgen eller Lanterna. De jobber ambulant. I lavterskeltilbudet er det «drop in»-tilbud. I dette tilbudet jobber det seks terapeuter. De gir samtaler eller henviser til videre behandling og gir oppfølging av gravide.

I kommunens plan for rusfeltet står det at de ville etablere et MO-senter. Dette er ifølge informanter i kommunen ikke realisert. Denne planen ble utformet da rus var samlokalisert med Sosialmedisinsk senter. Etter dette har det ikke vært gjort videre arbeid for å realisere dette. Ifølge informanter bidrar enhet for psykisk helse og rus til at brukere med somatiske plager får kontakt med Sosialmedisinsk senter; de følger dem dit eller etablerer kontakt, men samarbeidet mellom enhetene er ikke like tett som tidligere.

På forespørsel om vurdering av tilbudet i enheten sier en av informantene at det at de har tilbud på ulike omsorgsnivåer, er en styrke, men at det er behov for mer lavterskel ambulant oppfølging. ACT i samarbeid med spesialisthelsetjenesten er forankret i enheten, men det er store forhåpninger til at FACT-teamet som er under etablering, skal kunne følge opp brukere med rus- og psykiske helseplager som vurderes å ikke ha et tilstrekkelig tilbud nå. En av informantene sier at de har en stor gruppe med omfattende levekårsproblemer i kommunen, og blant dem er det mange med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Noen av de som i BrukerPlan-kartleggingen vurderes å ha omfattende levekårsproblemer, har alvorlig ruslidelse, men ikke spesifiserte psykiske lidelser. Disse brukerne inkluderes ikke i målgruppen for verken ACT og FACT. I kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten er de opptatt av å utvide kriteriene for det nye FACT-teamet slik at disse målgruppene også kan inkluderes.

### **Tidlig innsats**

Tromsø kommune har hatt sterk oppmerksomhet om og prioritering av forebyggende arbeid. De har samlet flere enheter som arbeider innenfor feltet barn, ungdom og familie, i en egen seksjon, med hensikt om å heve kvaliteten på disse tjenestene og gi mer helhetlige tilbud. Et av tilbudene som er utviklet, med statlige tilskuddsmidler, er et eget lavterskelteam. Kommunen har innført BTI og har stor oppmerksomhet om å ha lav terskel inn, tverrfaglige vurderinger og helhetlig oppfølging. Noen av informantene i kommunen mener at det innenfor dette området har vært en styrking i opptrappingsperioden.

Innenfor psykisk helse- og rusenheten har hver avdeling en barneansvarlig. De skal følge opp barn som pårørende. Vurderingen fra enheten er at de har jobbet konkret og systematisk med barn som pårørende. De som er barneansvarlige, møtes en gang i halvåret for å snakke om hvorvidt det er spesifikke problemstillinger som bør tas tak i.

### **Statusbilde**

I BrukerPlan ble det i 2018 kartlagt 371 brukere med rusproblemer. Det vil si 6,1 per 1000 innbyggere. Nær 65 prosent av disse vurderes som å ha svært omfattende levekårsproblemer på flere områder samtidig.<sup>13</sup> Dette er betydelig høyere enn landsgjennomsnittet. Utfordringsbildet i kommunen slik det presenteres av flere aktører, er relativt samsvarende. Den største utfordringen vurderes å være mangel på boliger. Det er en entydig vurdering i kommunen at det er store utfordringer når det gjelder bolig for målgruppen. Dette har hatt oppmerksomhet over lang tid. BrukerPlan-dataene underbygger dette bildet. 47 prosent av brukerne vurderes å ha en uegnet bosituasjon. 25 prosent vurderes å ha behov for bolig uten personale, mens 22 prosent vurderes å ha behov for bolig med tilknyttet personale. En av informantene beskriver situasjonen som at det er et ekstremt behov for boliger og et ekstremt behov for tilrettelagte boliger til målgruppen.

Kommunen vurderer i intervjuer på ledernivå at det er behov for å kjøpe og leie flere boliger, men at dette har vært vanskelig innenfor et begrenset boligmarked i kommunen. Det ligger forslag i budsjettet om å styrke boligsektoren. Blant ansatte i rus- og psykisk helsefeltet framheves det at mangelen på egnede boliger medfører en begrensning i arbeidet. Denne vurderingen gjøres av informanter i kommunen og er også et sentralt tema i intervjuer med spesialisthelsetjenesten. For pasienter som har vært i behandling, er det svært vanskelig å få etablert en god boligsituasjon, og generelt er erfaringen at pasientene kommer tilbake til det samme bomiljøet og de samme boligene hvor det er stor eksponering for rus. Det er en felles erkjennelse om at dette begrenser videre rehabilitering. En av informantene viser til et samarbeid med Blå Kors om noen botilbud til denne målgruppen, men sier at det generelt er vanskelig å få egnede boliger til personer som har sluttet å ruse seg.

Kommunen har hatt et prosjekt med utprøving av modellen Housing First for å bidra til at personer i midlertidig bolig kan etablere seg i en ordinær bolig. Metodene er ikke videreført etter at prosjektet ble avsluttet i 2018.

En annen vurdering er at kommunen over lengre tid har hatt et omfattende rusmiljø og lett tilgang til rusmidler. Rekrutteringen kommer også fra andre kommuner i landsdelen. En av informantene tar opp en bekymring for unge i randsonen av rusproblematikk og hvorvidt disse i tilstrekkelig grad følges opp.

<sup>13</sup> 22,9 prosent vurderes som i kategorien «blålys» i levekårsindeksen, 41,8 «rød», jamfør kapittel 2 og omtale av BrukerPlan.

Informanter i kommunen vurderer at det er utviklet et omfangsrikt og bredt tilbud til personer med rus- og psykiske helseproblemer. I intervjuer med spesialisthelsetjenesten blir det gjort vurderinger av at kommunen har utviklet et bredt tilbud og har styrket kompetansen, blant annet ved ansettelse av flere psykologer. Vurderingen fra spesialisthelsetjenesten er at det er kortere vei til hjelp enn tidligere. Samtidig er det informanter i flere enheter som setter spørsmålsteget ved om tjenestene og tilbudene er tilstrekkelig koordinert. Et eksempel er samarbeidet mellom Sosialmedisinsk senter og enhet for psykisk helse og rus. Tidligere var disse samlokalisert, de har tilbud til samme målgruppe, men mindre samarbeid enn tidligere.

I intervjuene kommer det fram at det er planer om omorganiseringer i kommunen, for å skape mer sammenheng, men dette inkluderer enhet for psykisk helse og rus, boligkontoret og NAV. Dette inkluderer ikke helsetjenestene som ligger i Sosialmedisinsk senter.

Det er besluttet at ansvaret for tildeling av tjenester skal flyttes fra et sentralt tildelingskontor til hver enkelt enhet. Noen informanter vil gjerne også ha forløpskoordinator ut av koordinerende enhet og inn i enhet for psykisk helse og rus. Andre argumenterer for at det er hensiktsmessig å ha forløpskoordinator på et mer overordnet nivå i og med at brukerne som eksempelvis kommer ut fra behandling, vil ha behov for flere ulike tjenester og fra flere enheter. Noen av disse pasientene vil ikke ha behov for tjenester fra enhet for psykisk helse og rus.

### **Økonomi**

Kommunen har en krevende økonomisk situasjon. I intervjuene er det flere som tar opp at det er varslet innsparinger. Flere intervjuer tar opp varslede innsparingstiltak og omorganiseringer for å redusere kostnader innenfor helse- og omsorgssektoren. Det var på intervjutidspunktet flere vakante stillinger i enhet for psykisk helse og rus. Enheten fikk nedbemanning i budsjettene i 2019 og varslet nye innsparinger i 2020. På intervjutidspunktet har det nylig vært i mediene at enheten har sendt en bekymringsmelding til kommunen om situasjonen i enheten med bakgrunn i flere dødsfall blant brukere i løpet av sommeren. En kartlegging i enheten viser at noen av disse hadde fått reduserte tjenester. Informanter sentralt i kommunen og enheten presiserer at det er satt ned en gruppe som utreder saken, og at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom reduserte tjenester og dødsfallene. Likevel er det en uro knyttet til om det er kapasitet til å gi tilstrekkelig oppfølging, og en særlig bekymring rundt det at flere av de som tok selvmord, var unge. Reduksjon i antall stillinger vurderes å gi en begrensning i muligheten til å observere problematisk utvikling hos brukerne og til å opprettholde en relasjon og posisjon som kan styrke muligheten for å forutsi eksempelvis selvmordsfare eller fare for overdose.

### **Arbeid og aktivitet**

I kommunen er det en relativt ny enhet for arbeid og aktivitet innenfor avdeling helse og omsorg. Dette er en enhet med en rekke ulike tilbud knyttet til det å ha noe meningsfylt å fylle livet med, arbeid og aktivitet. Kommunen har samlet alle tiltak og tjenester fra ulike områder, og på tvers av diagnoser, for å satse mer målrettet på dette. Dette gir ifølge informanter i kommunen en mulighet for å styrke kompetanse og ha mer samarbeid mellom de ulike tilbudene.

Et av tilbudene i enheten er Værftet Aktivitetssenter. Dette er et lavterskeltilbud til personer med psykisk helse- og rusproblematikk. Tilbudet ved dette senteret spenner fra tilbudet Dagsjobben til tilbud om IPS i samarbeid med NAV (IPS ligger i NAV,

men jobbkonsulenter i IPS deltar fast på møte på Værftet en gang i uken). Værftet Aktivitetssenter var tidligere en del av rus- og psykisk helseenheten. Ved Værftet er det tilbud om samtaler og oppfølging ved aktivitetssenteret, en nettverksarbeider som kan bidra til tilrettelagte tjenester fra ulike instanser, et eget tilbud om ettervern, de driver Kafe 103 som er et tilbud for rusavhengige og de har som nevnt Dagsjobben.

Dagsjobben er et tilbud om arbeid med bonuslønn til personer i aktiv rus. Det er kommunale oppgaver som utføres i regi av dette tilbudet. IPS er i andre enden av dette spekteret. Personer som får oppfølging ved Værftet kan henvises til IPS i NAV. I intervjuer blir det vektlagt at de som jobber ved Værftet har god kjennskap til IPS og når de har nye deltakere vil de ta opp om de er interessert i jobb og vurdere om IPS er en mulighet. Den som har oppfølging av deltakeren ved Værftet vil inngå i rollen som behandler dersom deltakeren skal delta i IPS<sup>14</sup>. I NAV Tromsø har de en egen satsing på IPS i samarbeid med UNN og kommunen. På intervjutidspunktet har de to IPS-jobbspesialister i NAV, og ytterligere to under rekruttering.

I intervjuer med flere enheter blir det vektlagt at arbeid og aktivitet er viktig. Noen kunne ønske seg egne IPS-kontakter også i enhet for psykisk helse og rus for å ha arbeid i fokus og for å ha oppmerksomhet om den enkelte brukers ressurser og potensial for deltakelse i ordinært arbeidsliv. Enheten har hatt kontakt med NAV knyttet til dette.

### **Recovery og brukerorientering**

Tromsø kommune har aktive brukerorganisasjoner på rusfeltet og systemer for brukermedvirkning. Enhet for psykisk helse og rus har et eget brukerråd. I intervjuer med enheten tas det opp at brukerorganisasjoner har vært medvirkende i utvikling av tjenestene.

I opptrappingsperioden er det ansatt flere med erfaringskompetanse i enhet for psykisk helse og rus. Enheten oppgir også at de har jobbet med recovery og recoveryorienterte tjenester gjennom flere år, de har hatt fagdager hvor de har hatt dette som tema. Likevel presiseres det av en av informantene at dette må det være oppmerksomhet om for å opprettholde perspektivene. Det blir referert til at erfaringskonsulentene i enheten har tatt opp et ønske om å ha mer oppmerksomhet om recovery for å opprettholde tilnærmingen.

Enheten bruker tilbakemeldingssystemer i tjenestene og verktøyet FIT i møte med brukerne. En av erfaringene er at bruk av verktøyet kan være litt utfordrende å få til i hjemmebaserte tjenester, det må jobbes med kultur og rutine for å få ansatte til å ta med et ark eller en iPad for å bruke verktøyet.

### **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og pakkeforløp**

Rusavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge dekker hele regionen, men det er et betydelig tilbud innenfor TSB tilgjengelig i Tromsø. Dette inkluderer et omfattende LAR-tilbud, nylig med et etablert utleveringssted i sentrum sammen med Sosialmedisinsk senter. Det er en rusakutt, en poliklinikk og et behandlingstilbud ved rusbehandling ung og ved Restart (avdeling for voksne). Det har vært ACT i Tromsø over flere år, og det er under oppstart et eget FACT-team i samarbeid med kommunen.

---

<sup>14</sup> IPS forutsetter at deltakeren har jobbert oppfølging (jobbkonsulent) og mer terapeutisk/helsemessig oppfølging (behandler) fra kommune eller spesialisthelsetjeneste.

I forbindelse med pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus ble det i 2019 opprettet en egen stilling som forløpskoordinator i kommunen for å ivareta den kommunale forløpskoordineringen. Denne stillingen er lagt til tildelingskontorer og koordinerende enhet. Denne stillingen er involvert i oppgaver knyttet til IP/ansvarsgruppe og forløpskoordinering. Fra noen informanter er det ønske om å ha denne stillingen tettere på enhet for psykisk helse og rus. Andre informanter er opptatt av at forløpskoordinatoren forholder seg til flere ulike tjenester, og for noen vil ikke enhet for psykisk helse og rus ha relevante tjenester for den det gjelder. Å ha en plassering innenfor en koordinerende enhet gir ifølge andre et større overblikk og bidrar til et bredere perspektiv. Vi har ikke mulighet til å vurdere dette.

Det er utviklet strukturer for samarbeid mellom UNN, rusavdelingen og kommunen både på overordnet systemnivå og på klinisk nivå. Etter pakkeforløpene ble innført, har det vært faste møter med døgnenheten ved Åsgård (UNN) hver 14. dag, hvor kommunen møter med representanter for helsehus og saksbehandling og i tillegg samhandlingsavdelingen ved UNN. Dette har dreid seg primært om psykiatri og har ikke inkludert rusavdelingen. På rusfeltet er det møte en gang i måneden på operativt nivå, hvor kommunen i tillegg til koordinerende enhet, forløpskoordinator, møter med enhetsleder for psykisk helse og rus, fagledere innenfor utøvende tjenester og fra spesialisthelsetjenesten og samhandlingsavdelingen og ledelse innenfor rus og psykisk helse for opptaksområdet Tromsø og omegn. Der kan en diskutere spesifikke saker, som behov for tjenester, bolig og det samlede bildet.

Det er foreløpig tidlig å si noe om resultater av pakkeforløpene på rusfeltet for overgangene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Øvrige vurderinger utover dette presenteres i kapittel ni i rapporten.

## Oppsummering

Denne casebeskrivelsen er omfattende, men vi har valgt å vise noe av bredden i de ulike kommunene og har dette som bakgrunn for videre analyse av utviklingen innenfor de ulike målområdene. Som redegjort for tidligere er ikke kommunene valgt tilfeldig, men de er anbefalt av noen av aktørene på rusfeltet fordi de har aktivitet innenfor noen av målområdene i opptrappingsplanen. Dette er kommuner hvor rusfeltet i noen grad har vært prioritert. Likevel viser gjennomgangen stor variasjon i tjenester og tilbud og prioriteringer. Gjennomgangen viser også variasjon i utgangspunkt. Oslo hadde eksempelvis et betydelig institusjons- og tjenestetilbud før opptrappingsplanen startet. Deres hovedutfordring nå er omstrukturering av dette tilbudet for å gi et bedre tilbud i bydelene. Vi ser også at storbyene, Oslo, Trondheim og i nord-norsk sammenheng Tromsø, har noen spesifikke utfordringer. En ting er randsoneproblematikk, men de har også omfattende tilbud, mange tjenester, mange aktører (inkludert frivillige/ideelle) og spesialisthelsetjeneste tett på, noe som skaper behov for stor oppmerksomhet om samordning og koordinering.

Bolig og manglende tilgang til egnede boliger er en utfordring i flere av casekommunene. Her skiller særlig Tromsø seg ut, men også Oslo har betydelige utfordringer med å tilrettelegge for gode bolig- og tjenestetilbud til brukere. Boligsituasjonen til brukerne blir tatt opp i alle casekommunene, men Karmøy erfarer at dette ikke er en utfordring på samme måte som de øvrige casekommunene.

Gjennomgangen viser at det er oppmerksomhet om å bidra til arbeid og aktivitet i alle kommunene, men det er noe variasjon i hvor stor oppmerksomhet en har om å bidra til deltakelse i det ordinære arbeidslivet. Alle kommunene har tilgang til en

form for lavterskel arbeidstiltak. I Tromsø, Trondheim og Oslo er det ulike tilbud eller utviklingsprosesser om IPS i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten.

Også brukerorientering er relativt høyt på agendaen i alle kommuner. Alle casekommunene har inkludert erfaringskompetanse i noen deler av tjenestene. Systemene for oppfølging av brukerorientering og brukermedvirkning varierer. Karmøy og Trondheim har utviklet strukturerte opplegg knyttet til recovery. Trondheim og Oslo har begge utviklet spesifikke opplegg for erfaringskompetanse.

I alle casekommunene er det bekymring for en presset kommuneøkonomi og muligheten for å opprettholde aktiviteten på rusfeltet. Situasjonen er mest akutt i Tromsø hvor det er pålagt innsparinger i sektoren.



## 5 Overordnet innsats

Den samlede offentlige innsatsen på rusfeltet kan ikke leses ut av en enkelt datakilde. Bevilgningene til feltet kommer over ulike departementers budsjetter og via eksempelvis ulike direktorater, de regionale helseforetakene og Forskningsrådet. For å følge ressursutviklingen over tid må vi se til ulike datakilder. Vi følger åtte indikatorer som samlet gir et inntrykk av ressursutviklingen på området.

Tabell 5.1 Overordnet innsats, tredje statusmåling

Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2016–2017	2017–2018	2016–2018
1 Vekst i rammeoverføringer til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen)	Kommuneproposisjonen	419	309	300			
2 Ytterligere tverrdepartemental satsing utover veksten i rammeoverføring til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen)	Statsbudsjettet HOD kap. 765	279	278	185			
3 Samlede bevilgninger over kap. 765 Psykisk helse- og rusarbeid. Millioner 2018-kroner. Saldert.	Statsbudsjettet HOD kap. 765	2053	2141	2152	4,3 %	0,5 %	2,4 %
4 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid	IS-24/8	13 936	14 633	15 894	5,0 %	8,6 %	6,8 %
5 Kostnader til TSB, ekskl. pensjon, kapital og legemidler. Millioner 2018-kroner.	SAMDATA	4726	4626	4700	-2,1 %	1,6 %	-0,3 %
6 Vekst i kostnader til TSB som andel av vekst i kostnader til somatikk. Gylne regel. Totalt. *	NPR	2,0	-3,1	1,0			N/A
7 Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for økte midler til kompetanseheving på rusområdet	IS-24/8	N/A	21 %	27 %	N/A	6,0 %-poeng	N/A
8 Samlede driftskostnader til FoU (rusmiddelforskning) i kroner i helseforetak. 2018-kroner	NIFU	57	74	N/A	29,8 %	N/A	N/A

\*Helsedirektoratet har revidert datagrunnlaget som brukes for å beregne den gylne regel, og følgelig vil forrige års måling på indikator 6 være revidert sammenlignet med forrige rapportering (Hansen mfl. 2018b). Det må bemerkes at den gylne regel skal beregnes på regionalt nivå, og inkluderer i tillegg til kostnader mål på polikliniske konsultasjoner og ventetid.

De fire første indikatorene gir et samlet bilde av rammeoverføringene til kommunene og bevilgningene til spesifikke tilskuddsordninger og prosjekter på rusfeltet. Indikator nummer 5 og 6 gir et bilde av eventuell opptrapping innen TSB, mens de to siste indikatorene angir kunnskapsutvikling. Indikator 1–6 og 8 er objektive indikatorer

basert på offentlig tilgjengelige datakilder, mens indikator 7 er basert på en egen vurdering, jmfør kapittel 2 om datakilder. I tabell 5.1 presenterer vi resultatene for den tredje statusmålingen av overordnet innsats. Det må bemerkes at i denne framstillingen er summene oppgitt i indikator 2 for 2016 og 2017 revidert fra tidligere statusrapporter etter at regjeringen i statsbudsjettet for 2020 viste til at det samlede tilskuddet til bolig for personer med rusproblemer i opptrappingsperioden har vært større enn tidligere estimert. Dette får implikasjoner for våre tidligere estimater knyttet til målet om en opptrapping på 2,4 milliarder i perioden. I siste rapport (Hansen mfl. 2018b:43) estimerte vi at det var behov for en bevilgning på 600–700 millioner i 2020 for å nå dette målet. Legger vi de nye beregningene av den boligsosiale innsatsen til grunn, er målet om 2,4 milliarder innfridd ved en bevilgning på 150 millioner i 2020. Vi redegjør nærmere for dette under.

### **Vekst i kommunalt rusarbeid**

Tilgjengelige data indikerer en opptrapping i ressursene til det kommunale rusarbeidet. Økningen i rammeoverføringen begrunnet med opptrappingsplanen var på 419 millioner 2018-kroner i 2016, 309 millioner 2018-kroner i 2017 og 300 millioner kroner i 2018 (indikator 1). Tillegget i rammeoverføringen til kommunene var lavere de siste to årene enn i 2016, men like fullt positivt sammenlignet med året før opptrappingsplanen. De samlede bevilgningene til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid har også økt i perioden – fra 2,05 milliarder 2018-kroner i 2016 til 2,15 milliarder kroner i 2018<sup>15</sup>, noe som tilsvarer en vekst på 2,5 prosent per år (indikator 3). Denne budsjettposten skal nyttes til en rekke innsatser knyttet til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid. Midlene kommer i tillegg til det som kommunene bruker av frie midler. Som tidligere vist til er verdien på denne indikatoren økt som følge av at Husbanken har beregnet at en større andel av deres boligsosiale tilskuddsmidler (tilskudd til utleieboliger og investeringstilskudd) har gått til flere boliger for personer med rusproblemer. Dette omtales nærmere under. Indikator 3 viser de samlede bevilgningene over kapittel 765 Psykisk helse- og rusarbeid. Dette inkluderer blant annet flere ulike tilskuddsordninger og viser at det er en samlet opprettholdelse av slik innsats innenfor denne posten.

Hvor mye kommunene faktisk bruker på rusrelatert arbeid, kan ikke leses ut av en enkel statistikkbank, men kommunene rapporterer om eget forbruk fordelt på en rekke tjenesteområder i KOSTRA (kommune–stat-rapportering). KOSTRA-data viser at utgifter på tjenesteområdet «243 Tilbud til personer med rusproblemer» er på 2,1 milliarder NOK i 2018 og med en vekst tilsvarende 4,1 prosent per år i perioden 2016–2018 (målt i inflasjonsjusterte priser). Vi kan ikke si hvor mye av denne veksten som kan henføres til veksten i frie midler som følge av opptrappingsplanen eller øremerkede satsinger, men KOSTRA-dataene indikerer like fullt en opptrapping i ressurser til det kommunale rusarbeidet.

Kartleggingene av kommunalt rus- og psykisk helsearbeid viser at veksten i samlede bevilgninger til feltet følges av en vekst i antall årsverk (IS-24/8, se indikator 4). Det har vært en vekst i antall rapporterte årsverk fra 13 936 i 2016 til 15 894 i 2018. Dette tilsvarer en økning på 6,8 prosent per år. Mens vi i forrige rapport pekte på en noe sterkere vekst i bevilgninger til sektoren enn i årsverk, ser vi nå det motsatte. Dette kan skyldes at opptrappingen i bevilgninger til feltet nå er innarbeidet i kommunale budsjetter og faktiske ansettelser.

---

<sup>15</sup> Indikator 3: samlede bevilgninger over kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid

Casestudiene samsvarer med denne framstillingen. Det har skjedd og skjer mye utviklingsarbeid på rusfeltet. Det er i flere kommuner blitt flere årsverk i sektoren, og flere kommuner oppgir at de har høyere kompetanse enn tidligere. Generelt er det vanskelig for informantene i casekommunene å «spore» aktivitet og utviklingsarbeid til økning i rammeoverføringen begrunnet med opptrappingsplanen. Alle casekommunene forteller om utviklingsarbeid finansiert med tilskuddsmidler. Dette gjelder eksempelvis prosjektet hvor de prøvde ut modellen Housing First i Tromsø kommune for bosetting av personer med rus- og psykiske helseproblemer, eller ansettelse av personer med erfaringskompetanse i Karmøy kommune. Andre eksempler er utvikling av RusFACT i Oslo og FACT i Tromsø. At det er mye utviklingsarbeid finansiert med tilskuddsmidler, blir også tatt opp i intervjuer med rådgivere i fylkesmannsembetene og i fokusgruppeintervju med AU for opptrappingsplanen. Det er en bekymring for hvorvidt kommunene vil kunne videreføre aktivitet og tilbud uten tilskudd. I AU ble det uttrykt en særlig bekymring for sårbarheten til mindre kommuner som finansierer utvikling ved hjelp av tilskuddsmidler, og muligheten for å opprettholde disse når tilskuddsmidlene opphører.

Nesten alle casekommunene sier det er vanskelig å redegjøre fullt ut for hvordan økningen i rammeoverføringen begrunnet med opptrappingsplanen for rusfeltet har blitt anvendt. I en av kommunene sier informantene at opptrappingen i rammen har medvirket til at de til nå har klart å innarbeide prosjekter i det ordinære tilbudet etter at prosjektmidlene har opphørt. I Trondheim kommune sier informantene for eksempel at midler som følger av opptrappingsplanen, blant annet er brukt til å opprette Jarleveien, som er et botilbud for 44 rusavhengige hvor det er tjenester tilgjengelig i huset knyttet til helseoppfølging og oppfølging av bosituasjonen.

Oslo kommune har utarbeidet en oversikt over hvordan opptrappingsmidlene i rammen er anvendt. I intervju med en informant i ansvarlig byrådsavdeling fikk vi en grov oversikt over dette. Kommunen har blitt kritisert for at midlene har blitt brukt til primærforebygging heller enn tjenester og tilbud til personer med rusproblemer. Her viser informanten til at av de 250 millionene kommunen har fått så langt, har 15 millioner blitt brukt på forebygging, blant annet til programmet Nye familier og satsingen Barnehjernevernet.<sup>16</sup> Begge disse tilbudene har som mål å identifisere problemer tidlig, også rusproblemer, og å styrke muligheten for tidlig intervensjon. De øvrige midlene anvendes innenfor tjenester og tilbud på rusfeltet, med fordeling til bydelene for utvikling av bo- og tjenestetilbud. Andre spesifikke tiltak som knyttes til dette, er tilskudd til utvikling av lavterskeltilbud om aktivitet og væresteder i bydelene og øremerkede midler til ruskonsulenter for barn og unge. Som vist i kapittel 3 er Oslo kommune inne i en periode med en større dreining av innsatsen på rusfeltet fra et stort byomfattende institusjonstilbud og tilbud i sentrum til et større bolig- og tjenestetilbud i bydelene.

I casekommunene viser mange til at det har foregått en utvikling på rusfeltet over flere år, og mange prosesser startet før opptrappingsplanen kom. Ofte er utviklingsarbeid finansiert av midler fra tilskuddsordninger kommunen har hatt midler fra over flere år. Mange informanter forbinder derfor ikke disse utviklingsprosessene med en økt satsing i forbindelse med opptrappingsplanen. Dette kan være en av årsakene til at kun 27 prosent av kommunene mener at opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvenser for økte midler til kompetanseheving på rusområdet (jf. indikator 7, IS-24/8). For mindre kommuner vil økning i rammeoverføringen utgjøre et lite beløp og kanskje ikke være tilstrekkelig til å dekke en stilling. Likevel skal det tas med at IS-

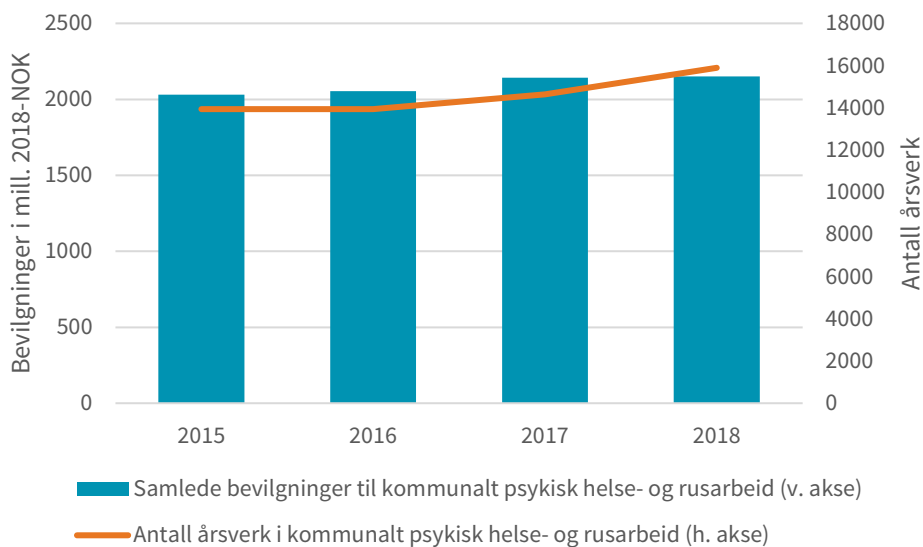
---

<sup>16</sup> <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/folkehelse/barnehjernevernet/>

24/8-kartleggingen viser en økning i andel kommuner som rapporterer at økningen i rammeoverføringen begrunnet med opptrappingsplanen for rusfeltet i svært stor eller stor grad anvendes til formålet. I 2018 var det 46 kommuner som oppga dette (Ose mfl. 2018:94). Andelen som svarer at de økte midlene anvendes til formålet, er høyest i de største kommunene, utenom bydelene i Oslo. I kommuner med mer enn 50 000 innbyggere (ikke inkludert Oslo) er det 73 prosent som oppgir dette (ibid.:95). I de små kommunene er det en betydelig lavere andel.

I en del kommuner har opptrappingen medført flere stillinger i perioden. Kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2018 viste at til sammen 60 prosent av kommunene mente at opptrappingsplanen hadde hatt en eller annen form for direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året. Det fleste oppga, 39 prosent, var at opptrappingsplanen hadde hatt direkte konsekvenser for flere årsverk. Det er også verdt å nevne at 35 prosent rapporterte at planen hadde hatt konsekvenser for økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddelproblemer i kommunene (Ose mfl. 2018:98). Samtidig viser kartleggingen at det er en økning i antall årsverk i kommunene, og denne følger utviklingen i opptrappingen av ressurser på feltet (figur 5.1).

Figur 5.1 Utvikling antall årsverk (h. akse) og samlede bevilgninger kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (v. akse). Saldert budsjett 2015–2018, forslag til bevilgninger 2019. Løpende priser.



Kilde: Årsverk for 2015–2018 er hentet fra IS-24/8. Samlede bevilgninger til psykisk helse- og rusarbeid er basert på bevilgningene over kap. 765 Psykisk helse- og rusarbeid i Prop. 1 S (2016–2017), Prop. 1 S (2017–2018) og Prop. 1 S (2018–2019), Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet.

### Målet om 2,4 milliarder i opptrapping

Regjeringen varslet at opptrappingsplanen skal gi en vekst i samlede bevilgninger til rusfeltet på 2,4 milliarder i perioden 2016–2020 (sammenlignet med 2015). I 2018 ble som nevnt 300 millioner kroner av rammeoverføringen til kommunene begrunnet med opptrappingsplanen for rus (indikator 1). I tillegg ble det bevilget 60 millioner mer til tilskuddsordningen for frivillige og ideelle aktører som yter institusjonsbaserte tjenester innen rusfeltet (indikator 2). I forslaget til statsbudsjett for 2018 ble det foreslått å øke rammen til denne tilskuddsordningen med 100 millioner kroner, men økningen ble i løpet av året redusert med 40 millioner kroner på grunn av få

innkomne søknader. Reduksjonen er omtalt i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag for 2019 (Prop. 1 S (2018–2020)). Som nevnt tidligere er verdiene på indikator 2 endret for hele opptrappingsperioden i denne statusrapporten på grunn av nye beregninger av den boligsosiale innsatsen rettet mot personer med rusproblemer.

I Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag for 2020 framkommer det at en ny gjennomgang viser at det har vært en vekst i innsatsen på det boligsosiale området i Husbanken i perioden 2016–2019, som kan knyttes til opptrappingsplanen, *utover det som har vært oppgitt tidligere*. Dette gjelder de boligsosiale virkemidlene tilskudd til utleieboliger og investeringstilskudd. I opptrappingsplanen er det presisert at det skal prioritertes 500 millioner i planperioden for at flere rusavhengige skal få et egnet sted å bo (se kapittel 1). Dette er fulgt opp i den pågående boligsosiale strategien Bolig for velferd og operasjonalisert ved at det skal framskaffes 500 nye boliger til målgruppen fram til 2020. Husbanken har gjort en ny gjennomgang av bevilgningene på dette området, og denne viser at det i perioden 2016 til våren 2019 er gitt 813 tilskudd fra Husbanken til ulike boligsosiale prosjekter for målgruppen. Andelen tilskudd som har gått til boliger for målgruppen, er høyest i 2016 og 2017. I 2018 ble det gitt tilskudd til 54 nye utleieboliger øremerket målgruppen, og det ble gitt tilskudd til 40 plasser i samlokaliserte boliger eller egne sykehjemsavdelinger for personer med rusmiddelproblemer. Husbanken har laget en oversikt som viser at det totalt gjennom disse to tilskuddsordningene er gitt støtte til mellom 650 og 800 boliger i perioden. En beregning i Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) estimerer at det samlede tilsagnsbeløpet til bolig for målgruppen utgjør mellom 500 og 600 millioner over KMDs budsjetter (se også pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet 7.10.19<sup>17</sup>). I figur 5.2 vises den årlige og akkumulerte veksten som regjeringen knytter til arbeidet med oppfølgingen av opptrappingsplanen inkludert den reviderte innsatsen på det boligsosiale området. I denne har vi lagt til at den boligsosiale innsatsen svarer til 125 millioner kroner for hvert år i perioden 2016–2019 (totalt 500 millioner kroner), markert med skravering i figuren. Indikator 2 omfatter både den boligsosiale innsatsen og andre tverrdepartementale innsatser. I 2018 var samlet tverrdepartemental innsats estimert til 185 millioner<sup>18</sup>. Samlet tverrdepartemental satsing for tidligere år er revidert for å hensynta de nye beregningene for den boligsosiale innsatsen.

Vi har etterspurt vurderinger fra KMD av hvorvidt hele den estimerte summen for boliger til målgruppen skal beregnes som en merbevilgning (eller opptrapping av innsats) i opptrappingsperioden. Husbankens årsrapporter for eksempelvis 2015 viser at det var gitt betydelige boligsosiale tilskuddsmidler til boliger for personer med rusproblemer også før 2016, det vil si før opptrappingsplanen for rusfeltet. KMD oppgir at de har beregnet hvor mye av deres tilskudd som har gått til bolig for målgruppen, men ikke gjort beregning av merbevilgning i relasjon til tidligere år. Tilskuddene til boligsosiale hensyn er uten tvil betydelige i perioden, men siden KMD ikke har beregnet hvor stor andel som utgjør en merbevilgning av disse tilskuddene, har vi ikke grunnlag for å vurdere i hvilken grad hele det estimerte beløpet kan innarbeides som en del av opptrappingen i perioden. Vi velger i denne rapporten å legge regjeringens

---

<sup>17</sup> <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/malet-om-24-milliarder-kroner-til-rusfeltet-er-overoppfylt/id2672208/>

<sup>18</sup> Samlet tverrdepartemental satsing i 2018 er estimert til 185 millioner hvorav 125 millioner til boligsosialt arbeid og 60 millioner mer til tilskuddsordningen for frivillige og ideelle aktører.

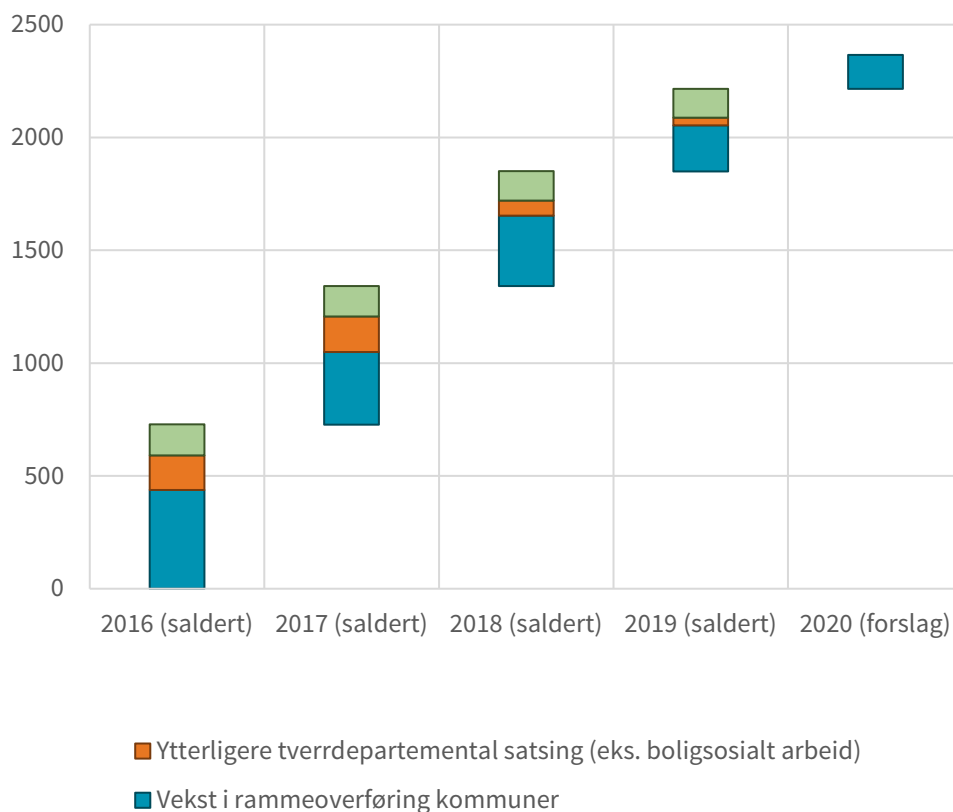
estimerer til grunn, men vil følge opp denne vurderingen i neste statusrapport. Vurdering av at opptrappingsmålet på 2,4 milliarder er nådd, hviler på en forutsetning om at innsatsen er en *mervekt*.

For 2020 er det også foreslått en økning i kommunenes frie inntekter hvorav 150 millioner kan tilskrives opptrappingsplanen. Vi finner at den samlede veksten tilsvarer 2,42 milliarder i 2020-kroner. Beregningene er basert på at vi tar ut tidligere estimat på 150 millioner til boligtilskudd og heller legger inn et konservativt anslag på 500 millioner kroner (med 125 millioner kroner hvert år i perioden 2016–2019) og framtidig prisvekst på 2,2 prosent per år.

I løpet av hele opptrappingsperioden er om lag 60 prosent av veksten kommet som et tillegg i rammeoverføringer til kommunene (indikator 1), mens resterende har kommet som en tverrdepartemental satsing (indikator 2). Sistnevnte omfatter både det boligsosiale arbeidet som er bevilget over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, og andre tverrdepartementale satsinger.

I figur 5.2 viser søylene «friske» midler år for år (sammenlignet med 2015), og den akkumulerte veksten frem til 2020. Søylene illustrer opptrapping til 2,4 milliarder.

Figur 5.2 På vei mot målet om opptrapping på 2,4 milliarder. I 2020-NOK.



Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse AS basert på Prop. 1 S (2018-2019) og Prop. 1 S (2019-2020), begge tilrådinger fra Helse- og omsorgsdepartementet

## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I tillegg til målet om 2,4 milliarder kroner til å styrke innsatsen på rusfeltet har regjeringen satt et eget mål om opptrapping av innsatsen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Mens tilgjengelige data indikerer opptrapping innen kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, tyder ikke tilgjengelige data på en tilsvarende opptrapping innen TSB. Etter en liten nedgang fra 2016–2017 har det vært en liten vekst i 2018 (indikator 5 og 6).

Målt i 2018-kroner er de samlede kostnadene til TSB så å si uendret fra 2016 til 2018. Med opptrappingsplanen ble «den gylne regel» videreført. Denne regelen sier at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk på regionnivå. Den gylne regel skal måles på regionalt nivå, og med tre indikatorer; kostnader, polikliniske konsultasjoner og ventetid. Vi har definert reglen i indikatorsettet med utgangspunkt i nasjonalt nivå og kun knyttet til kostnader. Dette vil kun være en indikasjon på hvorvidt den gylne regel etterfølges. Dersom helseforetakenes samlede driftsutgifter til rus justert for kostnader til pensjon, kapital og legemidler vokser raskere enn tilsvarende utgifter i somatikk, vil målingen av indikator 6 gi en verdi på over én. Veksten innen TSB var sterk i årene før 2016, men «den gylne regel<sup>19</sup>» ble etter denne definisjonen ikke tilfredsstilt i 2017, jamfør forrige rapport. For 2018 har kostnadsveksten innen somatikk vært den samme som innen TSB. Dermed vurderer vi heller ikke for 2018 dette målet som innfridd på nasjonalt plan.

Våre vurderinger er i tråd med helsedirektoratets «Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten» (IS-2851), hvor de skriver at kostnadsutviklingen varierer mellom de regionale helseforetakene, men at ingen av de regionale helseforetakene (RHF) har oppfylt kravene for både psykisk helsevern og TSB. Mangel på måloppnåelse på dette oppdraget har igangsatt særskilt arbeid i RHF-ene for å identifisere årsaker til resultatene, samt tiltak for å oppnå bedre resultater. Utviklingen i kostnadsnivået for TSB og «den gylne regel» er som nevnt innsatsindikatorer og ikke indikatorer på kvaliteten i tilbudet innenfor TSB. Hvis for eksempel produktiviteten øker, kan tilbudet øke selv om kostnadene ikke øker. I statusrapport fire vil vi tilstrebe å hente inn informasjon om de enkelte RHFene sin rapportering på etterfølgelse av den gylne regel.

Fra casestudiene vet vi at det skjer utvikling i tilbudene innenfor TSB, og at det er blitt en bedre tilgjengelighet, særlig til poliklinisk behandling, i perioden. Innsatsindikatorene indikerer like fullt at TSB ikke blir prioritert i tråd med målsettingen i opptrappingsplanen. Ser en på perioden før 2016 og opptrappingsplanen, så skjedde det en betydelig styrking av tilbudet i TSB, blant annet ved innføring av fritt behandlingsvalg og flere tilbud om døgnbehandling i privat og ideell regi. Samtidig er det en tydelig vurdering blant informantene innenfor spesialisthelsetjenesten at det er behov for å utvikle et bredere politisklinisk tilbud, og i særlig grad flere arenaflexible tjenester. Informantene tar ofte opp behovet for å utvikle tjenester for bedre å nå personer med rusproblemer som ikke klarer å nyttiggjøre seg det etablerte tilbudet hvor en kanskje må møte opp på en klinikk.

Intervjuer i spesialisthelsetjenesten viser at de erfarer at det er en presset økonomisk situasjon. Noen presiserer at situasjonen i TSB er annerledes enn innenfor somatikk. Selv om det særlig i årene før 2016 var en betydelig økning av kapasiteten

---

<sup>19</sup> 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.

innenfor TSB, mener informantene at det fortsatt er behov for å utvikle behandlingstilbudet for å nå ulike pasientgrupper på en god måte. Flere utviklingsprosjekter eller nye tilbud finansieres ved ulike former for tilskuddsmidler eller prosjektstøtte, og det er bekymring for hvorvidt det vil være ressurser til å opprettholde tilbud uten denne typen midler.

### **Kompetanse og kunnskap**

Økt kompetanse i tjenesteapparatet er et viktig mål med opptrappingsplanen og gjelder for alle deler av tjenesteapparatet og for alle de fem hovedmålene. Det pågående Kompetanseløftet 2020 inkluderer også psykisk helse- og rusfeltet i kommunene. Midler avsatt til kompetansehevede tiltak er vanskelige å måle, men fra IS-24/8-undersøkelsen framkommer det at 27 prosent av kommunene som deltar i undersøkelsen, mener at opptrappingsplanen har hatt en direkte konsekvens for midler til kompetansehevede tiltak i 2018 (indikator 7).<sup>20</sup> Andelen er noe høyere enn ved forrige måling (21 prosent). Over viste vi at om lag 60 prosent av kommunene i kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid mente at opptrappingsplanen hadde hatt direkte konsekvenser for kommunalt rusarbeid (Ose mfl. 2018:96–98). Det var flest (39 prosent) som mente det hadde konsekvenser for flere stillinger, mens 33 prosent mente at det hadde konsekvenser for økt brukerinvolvering.

I casestudiene har vi sett at dette er et område som har stor oppmerksomhet i kommunene. Noe av aktiviteten knyttet til å nå målene i opptrappingsplanen består i at kompetansesenter og fylkesmannsembetene arrangerer samlinger og konferanser for kompetanseutvikling og erfaringsdeling innenfor opptrappingsplanens målområder. Disse aktørene har også direkte oppfølging og kontakt med kommunene for å støtte utviklingsprosesser, og fylkesmannsembetene har stor påvirkningsmulighet gjennom forvaltning av tilskuddsmidler. Intervjuer med disse aktørene og i casekommunene viser at det å stimulere til større brukerorientering i tjenestene har stor oppmerksomhet hos mange kompetansesenter og fylkesmannsembeter.

Forskningen på fagfeltet frambringer ny kunnskap som har betydning for utvikling av tjenestetilbud og behandling. Midler brukt på forskning er følgelig også en indikator for økt kompetanse på rusfeltet, selv om vi ikke har noen egen indikator for hvorvidt ny kunnskap og kompetanse spres og tas i bruk. Samlede driftsutgifter til forskning ved helseforetakene (indikator 8) 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. Målingen viser at det har vært en forsiktig vekst i midler brukt på forskning på rusfeltet i 2017 sammenlignet med 2016. NIFU vil ikke lenger beregne slik aktivitet på årlig basis, men kun hvert annet år. Oppdaterte data vil komme med i neste rapport.

---

<sup>20</sup> Spørsmålet om opptrappingsplanens betydning for kompetansehevede tiltak ble først introdusert i undersøkelsen fra 2017. Nullpunktet for disse tallene er dermed satt til 2017, i motsetning til i 2016 for de fleste andre indikatorer.



## Uro for opprettholdelse av aktivitet framover

Store deler av opptrappingen i kommunalt rusarbeid har kommet i form av frie inntekter til kommunene. Med utgangspunkt i veksten på 2,4 milliarder kroner er om lag 60 prosent gitt som frie inntekter. Veksten i frie midler til kommunene har i alle tre årene (2016–2018) vært betydelig større enn veksten i midlene som regjeringen begrunner utfra opptrappingsplanen.<sup>21</sup> Begge deler kan tilsi at kommunene har hatt handlingsrom til å prioritere rusrelatert arbeid, og dette ser vi også at de har gjort (indikert ved veksten i årsverk).

Likevel vitner casestudier, erfaringssamlinger og intervjuer med de regionale statlige aktørene om usikkerhet knyttet til opprettholdelse av aktiviteten framover. Mange opplever øremerkede tilskuddsmidler som svært viktig for å sikre kontinuitet i tjenestene og tilskriver utvikling av tilbud som i hovedsak å komme som følge av tilskuddsmidler, og de er urolig for hvorvidt disse tilbudene vil bli opprettholdt (innarbeides som ordinære tjenester og i kommunebudsjettene) når tilskuddsmidlene opphører og det ikke lenger kommer ekstra opptrapping av midler til feltet i rammen. I mange kommuner har det tidligere vært mangel på tilbud og tjenester til målgruppen, manglende kompetanse og mange brukere som har hatt et lite tilfredsstillende tilbud. Dette er også en del av behovsvurderingen som ligger til grunn for en egen opptrappingsplan for rusfeltet. Dette medfører at det har vært utviklet mange nye tilbud og tjenester, og det er bygget opp kompetanse. Flere er urolig for at opprettholdelse av aktivitet er sårbart i det mange erfarer som en presset kommuneøkonomi. Rusfeltet blir ikke forsvart av sterke pressgrupper, og når det kommer i konkurranse med prioritering av andre områder som eldreomsorg eller tjenester til barn og unge, kan de oppleve at deres tilbud ofte er særlig sårbare for kutt. Noen vektlegger en særlig sårbarhet i mindre kommuner. I to av casekommunene er dette en aktuell situasjon allerede nå på grunn av overskridelser innenfor andre deler av helse- og omsorgssektoren.

Selv om kommunene har fått økt realvekst i perioden, vil mange argumentere for at de også har fått nye oppgaver. Sett i sammenheng med demografiske endringer og ansvar for det som kan betegnes som særlig ressurskrevende brukere, står mange kommuner i en vanskelig økonomisk situasjon. Realveksten i frie midler (samlet) har i gjennomsnitt ligget på om lag 2 prosent per år fra 2016 til 2018. Ifølge KS har det ikke vært en vekst i kommunenes handlingsrom i perioden 2016–2018 når en justerer for oppgave- og befolkningsutvikling, noe som kan være en årsak til at andelen kommuner som oppfatter budsjettarbeidet som mer krevende enn året før, har økt både i 2017 og 2018 i KS' budsjettundersøkelse, omtalt av KS i Status Kommune (KS 2019)<sup>22</sup>.

Det er også store forskjeller i det økonomiske handlingsrommet til ulike kommuner. Dette skyldes både interne prioriteringer og eksterne faktorer som demografiske endringer, for eksempel at enkelte kommuner får flere eldre (og pleietrengende), og konjunkturutvikling. Kombinasjonen svak befolkningsutvikling og flere eldre vil redusere det kommunale handlingsrommet til mange kommuner framover. På området rus- og psykisk helsearbeid har noen kommuner hatt et omfattende og bredt tilbud før opptrappingsplanen ble innført, mens i andre kommuner har tilbudet for alvor blitt utviklet de siste årene. Dette medfører to svært ulike utgangspunkt for videre opprettholdelse av aktivitet og sårbarhet for kutt.

<sup>21</sup> Realveksten i frie inntekter målt i 2018-kroner var 1,7 milliarder i 2016, 3,9 milliarder i 2017 og 3,8 milliarder i 2019.

<sup>22</sup> <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/status-kommune-2019/>

I forrige statusrapport pekte vi på at det er en opptrapping av innsats på rusfeltet og økte ambisjoner på rusfeltet i kommunene, men at det er variasjoner mellom kommunene. Også denne statusrapporten gir noen indikasjoner på at det er variasjon i tilbudet både mellom kommuner og mellom helseforetak. Det er uro blant mange involverte aktører på rusfeltet for at den utviklingen som pågår knyttet til utvikling av bedre tilbud, er sårbar når det gjelder utfordringer i kommuneøkonomien.

## 6 Samfunnseffekter

---

Selv om opptrappingsplanen har som mål å bedre tjenestene til personer med rusproblemer og pårørende, er det et overordnet mål å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet. I dette kapitlet presenteres utviklingen til nå på de definerte indikatorene for overordnede samfunnseffekter. Disse indikatorene er sentrale for å si noe om omfanget av rusproblemer i samfunnet og negative skadevirkninger ved rusmiddelbruk.

Det er ikke mulig å si at det er noen direkte sammenheng mellom opptrappingsplanen og disse indikatorene for problemsituasjon og effekter av rusmiddelbruk. Her vil det være mange ulike endringskrefter som spiller inn. Samtidig gir disse indikatorene et statusbilde på hvordan situasjonen er, og hvor en kanskje bør ha ekstra oppmerksomhet. Dette må også betraktes som langsiktige effektmål, og vi anser det derfor først og fremst som relevant å drøfte utviklingen på disse indikatorene i neste statusrapport og i sluttrapporten.

Til denne statusoppdateringen er det ikke kommet oppdaterte tall fra Folkehelseinstituttet på antall narkotikautløste og alkoholrelaterte dødsfall. Tidligere har det vært en positiv utvikling i form av reduksjon i antall overdoser. Det er mye oppmerksomhet om å forebygge at personer dør av overdose. I vår ble det lansert en ny nasjonal overdosestrategi for perioden fram til 2022. I casestudiene ser vi at eksempelvis Oslo kommune har vedtatt en egen Oslo-standard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene. Et annet eksempel er Tromsø fengsel hvor fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen har samarbeidet i et felles prosjekt knyttet til overdoseforebygging. En sykepleier fra fengselshelsetjenesten snakker med innsatte når de kommer inn. Innsatte som vurderes å ha en risiko for overdose, får opplæring i førstehjelp, i bruk av naloksonspray og i kameratredning.

Vi ser at det fortsatt er en positiv utvikling på indikatorene som gjelder reduksjon i antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter legemiddelloven og etter straffeloven. Det samme gjelder straffereaksjoner etter ruspåvirket kjøring. Det er ikke kommet statistikk for utviklingen i meldinger til barnevernet om barns eller foreldres rusmisbruk for 2018. Det er større oppmerksomhet om ansvaret for å melde bekymring til barnevernet, og en nedgang i antall meldinger har vi tidligere vurdert som en positiv utvikling.

Under vil vi kommentere nærmere to områder innenfor samfunnseffekter. Det ene er utviklingen i levekår for personer med rusproblemer, og det andre er rusutviklingen blant unge.

Tabell 6.1 Tredje måling, overordnede effektindikatorer

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2016-2017	2017-2018	2016-2018
9	Antall narkotikautløste dødsfall iht. EMCDDA	FHI	284	247	N/A	-13,0 %	N/A	N/A
10	Antall dødsfall som skyldes alkoholbruk	FHI	340	339	N/A	-0,3 %	N/A	N/A
11	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter legemiddeloven	SSB	7796	6479	5449	-16,9 %	-15,9 %	-16,4 %
12	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter straffeloven	SSB	8168	7268	6518	-11,0 %	-10,3 %	-10,7 %
13	Antall straffereaksjoner for ruspåvirket kjøring	SSB	4662	5088	4685	9,1 %	-7,9 %	0,2 %
14	Antall meldinger til barnevern om barns eller foreldres rusmisbruk	SSB	10 486	10 089	N/A	-3,8 %	N/A	N/A
15	Andel brukere med tilfredsstillende levekårsindeks (grønn)	BP <sup>2)</sup>	5 %	5 %	5 %	0,0 %-poeng	0,0 %-poeng	0,0 %-poeng
16	Andel brukere med utilfredsstillende levekårsindeks (rød + blålys)	BP <sup>2)</sup>	59 %	60 %	60 %	1,0 %-poeng	0,0 %-poeng	0,5 %-poeng
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	6 %	9 %	N/A	3,0 %-poeng	N/A	N/A
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	0,0 %	1,0 %	N/A	1,0 %-poeng	N/A	N/A
21	Andel av respondentene som svarer at de i løpet av siste 12 md. har brukt cannabis (16–64 år)	FHI	3,9 %	5,3 %	N/A	1,4 %-poeng	N/A	N/A
22	Andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj eller marihuana minst én gang siste 12 md. <sup>1)</sup>	Ungdata	3 %	3 %	4 %	0,0 %-poeng	1,0 %-poeng	0,5 %-poeng
23	Andel elever på videregående skole som har brukt hasj eller marihuana minst én gang siste 12 md. <sup>1)</sup>	Ungdata	11 %	13 %	14 %	2,0 %-poeng	1,0 %-poeng	1,5 %-poeng

1) Indikator 22 og 23 fra Ungdata har endret ordlyden noe i 2017-rapporteringen på spørsmålene knyttet til hasj. I 2016-rapporten omhandlet spørsmålet hasj, men dette er endret til «hasj eller marihuana» i 2017-rapporten. Vi anser like fullt indikatorverdiene som sammenlignbare mellom de to årgangene.

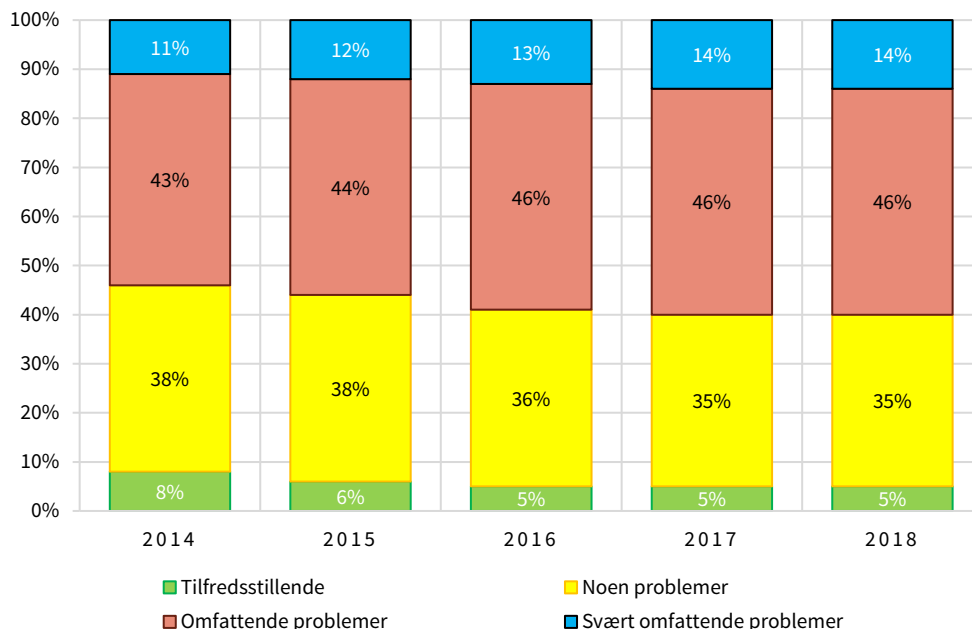
2) BP er forkortelse for BrukerPlan.

## Livskvalitet

Innenfor området samfunnseffekter har vi to indikatorer for å se på utviklingen i den samlede levekårssituasjonen for personer med rusproblemer som mottar tjenester i kommunene (indikator 15 og 16). Begrepet livskvalitet rommer mange ulike dimensjoner, men vi har valgt å anvende levekårsindeksen fra BrukerPlan som en relevant indikator på livskvalitet. Denne er basert på brukernes situasjon på åtte levekårsområder: bolig, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk og psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk. I indikatorsettet inngår en indikator hvor vi følger utviklingen i andel brukere som oppnår grønn score på levekårsindeksen (indikator 15). BrukerPlan anvender en fargeskala med grønn, gul og rød, hvor grønn er best og rød er dårligst. For levekårsindeksen er det også en gradering kalt blålys, som gjelder for personer med svært dårlige levekår. I tillegg til indikatoren som viser brukere som scorer bra på levekårsindeksen (grønn), har vi en indikator som viser andel brukere

som scorer dårlig (indikator 16), det vil si rød eller blålys. (Score på øvrige levekårsområder dekkes under hovedmål 4.)<sup>25</sup> I figur 6.1 viser vi utviklingen i en samlet levekårsindeks i perioden 2014–2018. Figuren er hentet fra BrukerPlans årsrapport 2018 (Helse Stavanger, KORFOR 2019:32).

Figur 6.1 Levekårsindeks BrukerPlan. Tjenestemottakere med rusproblemer, N = 23 762 i 2018.



Kilde: BrukerPlan (Helse Stavanger, KORFOR 2019)

Levekårsindeksen viser at det ikke skjer noen utvikling i den samlede levekårsituasjonen for tjenestemottakere med rusmiddelproblemer. Gruppen som vurderes å være i kategorien «blålys», altså de som har svært omfattende levekårsproblemer, ligger på 14 prosent, og denne andelen har økt i opptrappingsplanperioden. I denne gruppen vil vi finne mange med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Det kvalitative materialet i forbindelse med evalueringen peker på at det er en gruppe tjenestemottakere, med alvorlige og omfattende rus- og psykiske helseproblemer, som kommunene strever med å utvikle et godt tilbud til. Et viktig mål i opptrappingsplanen er å bedre situasjonen for personer med rusproblemer. Utviklingen viser dessverre at andelen tjenestemottakere som vurderes å ha en tilfredsstillende levekårsituasjon (grønn), ligger stabilt på 5 prosent. Foreløpig ser en ikke samfunnseffekter av opptrappingsplanen målt i levekårsituasjonen for brukerne som mottar kommunale tjenester.

### Unge rusbruk

I siste rapport (Hansen mfl. 2018b:53) pekte vi på en utvikling med økende rusbruk blant unge. Generelt viste vi til en viss økning i rusbruk også i øvrige aldersgrupper. Utviklingen i rusbruk (alkohol og hasj) i ungdomspopulasjonen er fortsatt veldig lav,

<sup>25</sup> Som redegjort for i kapittel 2 har en i presentasjon av BrukerPlan-kartleggingen for 2018 endret vektning av rus i levekårsindeksen. Dette medfører at tallene for de tidligere årene og 2018 ikke blir direkte sammenlignbare. Samtidig har KORFOR / Helse Stavanger i rapporten valgt å inkludere både vektete og uvektete tall for levekårsindeksen. Dette gjør at vi kan presentere sammenlignbare tall også i år.

men årets oppdaterte tall for bruk av hasj eller marihuana (22 og 23) viser at trenden fortsetter. I casestudiene er mange opptatt av tidlig identifisering av rusbruk blant unge og oppfølging av dette. Årets ungdomsrapport (Bakken 2019) viser at det er en forsterkning av noen utviklingstrekk som en tidligere har sett antydninger til, med økt ungdomskriminalitet, cannabisbruk og vold. Det har vært mye oppmerksomhet om generasjon perfekt og at det nå ser ut til å skje en endring. Etter to tiår med nedadgående trend i alkoholbruk har denne trenden nå flatet ut. For gutter i videregående skole er det en liten oppgang. Årets ungdomsrapport viser at holdningene til å være beruset ser ut til å ha endret seg. Både på ungdomstrinnet og på videregående har det vært en økning de siste årene i hvor mange som mener at det å drikke seg full er noe som øker statusen i vennemiljøet. Om lag en firedel på videregående mener det øker statusen i vennemiljøet å drikke seg full. Den store andelen mener det ikke har noen betydning, og kun 13 prosent mener det minker statusen (Bakken 2019:4).

## 7 Bruker- og pårørende- medvirkning i tjenesteapparatet

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. De 15 identifiserte indikatorene for dette målområdet dekker medvirkning av både brukere og pårørende.

Status på indikatorene presenteres i tabell 7.1. For fire av indikatorene er det brukertilfredshetsundersøkelsen (BU) som er datakilden. Denne undersøkelsen ble gjennomført i 2017 (og dette er nullpunkt), og det kommer ikke nye tall før neste år. Vi har også kun 2017-tall fra pasienterfaringsundersøkelsene i TSB. Følgelig er det per nå ikke mulig å si noe om utvikling over tid på disse indikatorene.

Tabell 7.1 Tredje måling av indikatorer knyttet til hovedmål 1

#	Type	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2016- 2017	2017- 2018	2016- 2018
24	Innsats	Bevilgninger til brukermedvirkning i organisert form (tusen 2018-kroner)	IS-24/8	59 590	84 478	105 000	42 %	24 %	33 %
25		Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene innen psykisk helse- og rusarbeid for voksne har brukererfaring	IS-24/8	N/A	23 %	24 %	N/A	1,0 %-poeng	N/A
26		Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene innen psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge har brukererfaring	IS-24/8	N/A	3 %	3 %	N/A	0,0 %-poeng	N/A
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	42 %	44 %	44 %	2,0 %-poeng	0,0 %-poeng	1,0 %-poeng
28		Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin individuelle plan (gitt at de har en)	BU	N/A	43 %	N/A	N/A	N/A	N/A
29		Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin ansvarsgruppe (gitt at de har en)	BU	N/A	52 %	N/A	N/A	N/A	N/A

30		Andel brukere med planer og/eller ansvarsgrupper (omfatter individuell plan, kriseplan, nettverksmøter, tiltaksplan / andre planer og ansvarsgruppe)	BP	66 %	64 %	65 %	-2,0 %-poeng	1,0 %-poeng	-0,5 %-poeng
31		Andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusfeltet som recoveryorientert	IS-24/8	N/A	67 %	68 %	N/A	1,0 %-poeng	N/A
32		Andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet*	IS-24/8	N/A	N/A	37 %	N/A	N/A	N/A
33		Andel kommuner som svarer at de ivaretar voksne som pårørende på en god eller svært god måte	IS-24/8	N/A	39 %	44 %	N/A	5,0 %-poeng	N/A
34	Resultat	Andel kommuner som svarer at de ivaretar barn som pårørende på en god eller svært god måte	IS-24/8	N/A	43 %	45 %	N/A	2,0 %-poeng	N/A
35		Andel brukere som i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet	BU	N/A	36 %	N/A	N/A	N/A	N/A
36		Andel brukere som i stor eller svært stor grad opplever at tjenestene de mottar, har vært tilpasset deres behov	BU	N/A	42 %	N/A	N/A	N/A	N/A
37		Andel brukere i TSB som rapporterer at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på behandlingen	TSB	N/A	56 %	N/A	N/A	N/A	N/A
38		Andel pasienter i TSB som i stor eller svært stor grad opplever et godt samarbeid mellom personalet i TSB og pårørende	TSB	N/A	33 %	N/A	N/A	N/A	N/A

Note: BP = BrukerPlan, BU = brukertilfredshetsundersøkelsen, TSB = pasienterfaringer TSB.

Note: \*Indikator 32 er revidert i IS-24/8-undersøkelsen for 2018, noe som medfører et brudd i tidsserien. Vi har derfor kun én måling av denne for 2018 og kan ikke beregne endring i årets rapport.

I tabellen ser vi som redegjort for at det mangler oppdatering på flere indikatorer. Der det er oppdaterte data, er det en utvikling i retning bedre måloppnåelse. For de fleste indikatorene er endringen marginal, men for bevilgninger til brukermedvirkning (24) og pårønderarbeid for voksne (33) er det noe større endringer.

Det er en fortsatt økning i bevilgningene til brukermedvirkning i kommunene. I forrige rapport (Hansen mfl. 2018b:56) kommenterte vi at denne indikatoren er krevende å bruke. SINTEF har vist at rapporteringer fra enkeltkommuner kan gi store utslag på denne indikatoren (Ose mfl. 2018:163–164). I alle observasjonsår er det en svært høy andel av kommunene som ikke har svart på dette spørsmålet i kartleggingen eller har oppgitt null. I år er denne andelen 64 prosent. SINTEF vurderer at én årsak til dette kan være at dataene ikke er lett tilgjengelige for de som er involvert i



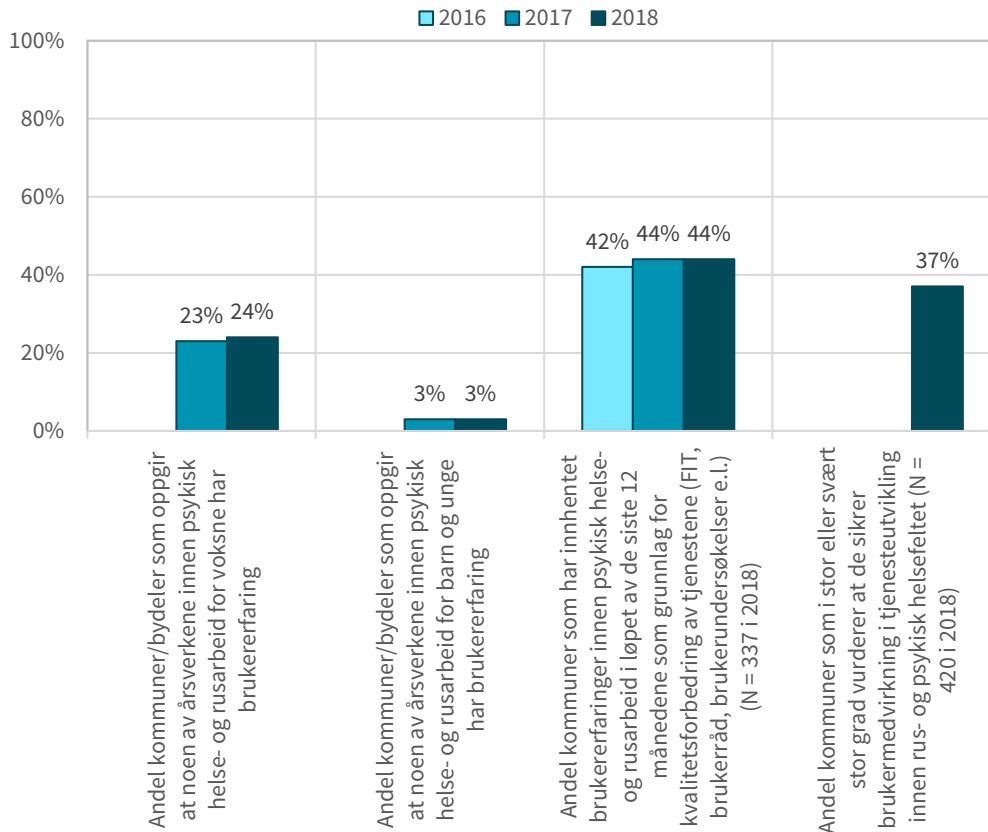
rapporteringen i kommunen. Det er i hovedsak store kommuner som har svart. I år viser SINTEF til at særlig omfattende rapporteringer fra Tromsø og Bergen gjør store utslag i den samlede bevilgningen. I kommentarer til rapporteringen har Tromsø kommune oppgitt at de har inkludert alle driftstilskudd til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, Gatejuristen, gatevisa *Virkelig*, RIO / Kafe X, Kirkens Bymisjon, Kirkens Sosialtjeneste (stiftelsen CRUX), Fontenehuset, Selvhjelpstiftelsen, MARBORG. Også Bergen har økt sin rapportering av beløp betydelig, fra halvannen til ni millioner kroner (ibid.:164). Denne indikatoren gir ikke en måling av midler til en tydelig operasjonalisert form for brukervedvirkning og er svært sårbar for lokale avgrensinger av hva dette skal inkludere. Med svar fra under 40 prosent av kommunene kan en kanskje anta at er en underrapportering på denne indikatoren. Utviklingen i retning større bevilgninger er likevel entydig og vurdert som positiv. Alene sier denne indikatoren lite om innsatsen i kommunene for mer brukervedvirkning og brukerorientering.

Sammen med de øvrige indikatorene og casestudien kan vi si at det er stor oppmerksomhet om dette målområdet i kommunene, men at sett i lys av indikatorsettet for dette området er det registrert liten utvikling på de målbare indikatorene for bruker- og pårørendevirkning. På nær alle indikatorer er det ingen endring eller marginale endringer i positiv retning. På ett område er det en klar positiv utvikling i riktig retning, og det er andel kommuner som mener de ivaretar voksne pårørende på en god måte (33). I dette kapitlet vil vi kommentere følgende områder: erfaringskompetanse og inkludering av ansatte med brukererfaring i tjenestene, brukerorientering og recovery og pårørendearbeid.

### **Inkludering av bruker- og erfaringskompetanse**

Et virkemiddel for å bidra til større brukerorientering av tjenesten er å inkludere erfaringskompetanse i tjenestene eller innhente brukererfaringer i utviklingen av tjenestene. Alle casekommunene i årets casestudie har ansatt personer med erfaringskompetanse i noen av tjenestene i kommunen. Det er relativt stor oppmerksomhet om erfaringskompetanse og betydningen av dette, men dette er også et område hvor det er mye diskusjon om både hvilken rolle erfaringskonsulenter skal og kan inneha, og rammene rundt forvaltning av erfaringskompetanse. I indikatorsettet er det fire indikatorer som direkte måler ulike former for innhenting av brukererfaring i tjenesteutvikling og tjenesteutøvelse. Oppmerksomheten om brukerorientering og inndragelse av erfaringskompetanse som kan observeres i flere av casekommunene og i ulike samlinger for kommuner og andre aktører på rusfeltet, kan ikke tilsvarende måles i utvikling på disse gitte indikatorene. Figur 7.1 viser utvikling på indikator 25 og 26 om årsverk innenfor psykisk helse og rus med brukererfaring (erfaringskompetanse), på indikator 27 om innhenting av brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring eksempelvis ved hjelp av brukerråd, brukerundersøkelser eller tilbakemeldingssystemet FIT), og på indikator 32 om andel av kommunene som mener de sikrer brukervedvirkning i tjenesteutviklingen i stor eller svært stor grad.

Figur 7.1 Brukermedvirkning i tjenestene og som grunnlag for tjenesteutvikling



Kilde: IS-24/8 2017

Det er marginalt flere kommuner som oppgir at noen av årsverkene for voksne har brukererfaring, men mindre enn en firedel av kommunene oppgir at de har ansatte med erfaringskompetanse. For barn og unge er det ingen endring, og det er fortsatt kun 3 prosent av kommunene som oppgir dette. Det er heller ingen utvikling i andel kommuner som oppgir at de har ulike former for innhenting av brukererfaring, dette gjelder både i form av systemer som brukerråd og brukerundersøkelser og tilbakemeldingssystemer for tjenestemottakere som blant annet FIT. Under halvdel av kommunene har dette. Det er også under 40 prosent av kommunene som mener de sikrer brukermedvirkning i stor eller svært stor grad. Ser vi nærmere på denne siste indikatoren, viser kartleggingen av det er en svært stor andel av kommunene som sier at de sikrer brukertutvikling i tjenesteutviklingen i noen grad. Dette var også tilbakemeldingen på vår erfaringsdialog med kommunale deltakere på en samling i regi av Fylkesmannen i Vestland. Veldig få mente de hadde systemer for brukermedvirkning, eller hadde dette i stor grad, men mange mente de hadde noen initiativer eller praksis i noen deler av tjenestene for dette.

På denne samlingen var det kommuner som hadde inkludert erfaringskompetanse, og ikke minst tilbakemeldingssystemet FIT, som framhevet dette som svært relevant for utvikling av mer tilpassede tjenester. Noen av kommunene hadde ansatte med erfaringskompetanse, og det var ulike refleksjoner relatert til hvordan en kunne inkludere denne kompetansen, og hvilken rolle erfaringskonsulentene skulle ha. Dette viste seg også i casestudiene. Noen vil anvende erfaringskompetanse primært på sy-

stemnivå, andre mener det er mest relevant i direkte tjenesteutøvelse og relasjonsbygging overfor brukere. Andre har inkludert erfaringskompetanse i tjenestene både på system- og individnivå.

Oslo har utviklet egne opplegg for inkludering og oppfølging av erfaringskompetanse i kommunen. I regi av helseetaten har de etablert en erfaringssskole. Deltakerne i Erfaringssskolen går gjennom et opplegg med undervisning, praksis i bydelene og felles refleksjon om erfaringskompetanse og egen rolle som erfaringskonsulent. Det første kullet var ferdig med Erfaringssskolen før jul 2018, og det neste kullet er nå i ferd med å avslutte utdanningen. For helseetaten har det vært viktig at de som gjennomgår utdanningen, skal få noe igjen for det, at det reelt skal styrke mulighetene for å bli ansatt på bakgrunn av egen erfaringskompetanse. Erfaringen så langt er at mange har fått jobb. Etaten kan bidra i formidling av erfaringskompetanse.

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT Midt) og Trondheim kommune etablerte høsten 2016 et felles prosjekt med ansettelser av erfaringsmedarbeidere i psykisk helse- og rustjenester i kommunen. Hovedmålet med prosjektet var å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker gjennom økt forståelse av kommunikasjon og hva som motiverer for recovery. Dette samarbeidet har blitt forlenget, og kommunen har fått prosjektmidler til å opprette tre stillinger. Prosjektet administreres av KBT, som er formell arbeidsgiver for erfaringsmedarbeiderne, mens leder i kommunen har stedlig arbeidsgiveransvar. Erfaringsmedarbeiderne vil ha arbeidssted i Trondheim kommune, herunder i et eget recoveryteam (omtales under recovery og brukerorientering), mestringsteamet og tiltak for ungdom i aktiv rus. Erfaringsmedarbeidere som er ansatt gjennom KBT, får gruppebasert veiledning ca. én gang i måneden, i tillegg til eventuell veiledning på arbeidsplassen.

Til tross for at informantene i det kvalitative materialet i overveiende grad uttrykker positive erfaringer med bruken av erfaringsmedarbeidere, framkom det i intervjuene noen forhold som kunne være utfordrende. Flere peker på viktigheten av å ha klart definert hvilke arbeidsoppgaver erfaringskonsulentene skal ha, for å unngå usikkerhet rundt egen rolle og ansvar. Noen informanter er svært skeptiske til det å lage veldig strikte arbeidsbeskrivelser. Det er likevel stor enighet om behovet for avklaring av noen rammer rundt erfaringskonsulentene.

Over har vi vist at det er store variasjoner i hvilken opplæring den enkelte har fått knyttet til rollen som erfaringsmedarbeider; noen har gått egne kurs der de har fått omfattende opplæring og hatt tid til å reflektere over egen rolle, mens andre ikke har fått noen opplæring. Dette gjør at erfaringsmedarbeiderne er ulikt rustet når det gjelder hvordan den enkelte erfaringsmedarbeider kan dele og bruke av sine erfaringer på best mulig måte, og til å stå i krevende situasjoner som kan involvere tidligere venner og bekjente, noe som kan føre til lojalitetsutfordringer.

### ***Brukermedvirning på systemnivå***

I Trondheim har de jobbet med brukermedvirning på systemnivå og blant annet laget et brukerpanel. I dette panelet har de rekruttert personer med ruserfaring, fortrinnsvis ungdom, som snakker sammen om ulike temaer. Med utgangspunkt i dette har det blitt laget en rapport om ungdommenes syn på tjenestene og forslag til forbedringer. Den modellen ønsker kommunen å utvikle mer.

Noen av casekommunene har etablert brukerråd med representasjon fra flere organisasjoner. Dette har de i velferdsetaten i Oslo, og det er innarbeidet i virksomhetens arbeid. Også avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Oslo universitetssykehus har et eget brukerråd som de oppgir at de inkluderer aktivt i avdelingens planer og utviklingsarbeid. I likhet med tidligere observasjoner (Hansen mfl. 2018b) er

det varierende hvorvidt kommunene opplever at disse rådene eller brukerutvalgene fungerer. I noen kommuner og i spesialisthelsetjenesten fungerer dette vært godt. Deltakerne er direkte involvert i planarbeid og utviklingsprosesser, mens i andre kommuner får de ikke dette helt til å fungere. Det kan tilsi at det er behov for å systematisere erfaringer fra ulike former for brukermedvirkning på systemnivå og forutsetninger for at slike systemer skal fungere.

I gjennomgangen av casekommunene viste vi at flere av dem har tatt i bruk tilbakemeldingssystemer som FIT. Erfaringene med bruk av disse systemene er stort sett gode. Dette oppgir de også ved noen enheter i spesialisthelsetjenesten. Nesten alle sier samtidig at dette er prosesser i utvikling, og at de jobber med å systematisere dette. I en kommune sier de at de har innarbeidet FIT i tjenestene, men at de ikke har funnet en god form for å bruke det i ambulante tjenester. Noen steder er ikke disse tilbakemeldingssystemene digitaliserte, og dette skaper utfordringer for systematisk bruk av verktøyene.

Utviklingen i brukerinvolvering i de kvalitative dataene tyder på at dette har oppmerksomhet i tjenestene, men at det er stor variasjon i hvor langt en har kommet, og i hvorvidt en har ansatt erfaringskompetanse. Ut fra oppmerksomheten om erfaringskompetanse og bruk av tilbakemeldingssystemer er det svært interessant om vi kan måle en større utvikling når tallene foreligger for disse indikatorene for 2019.

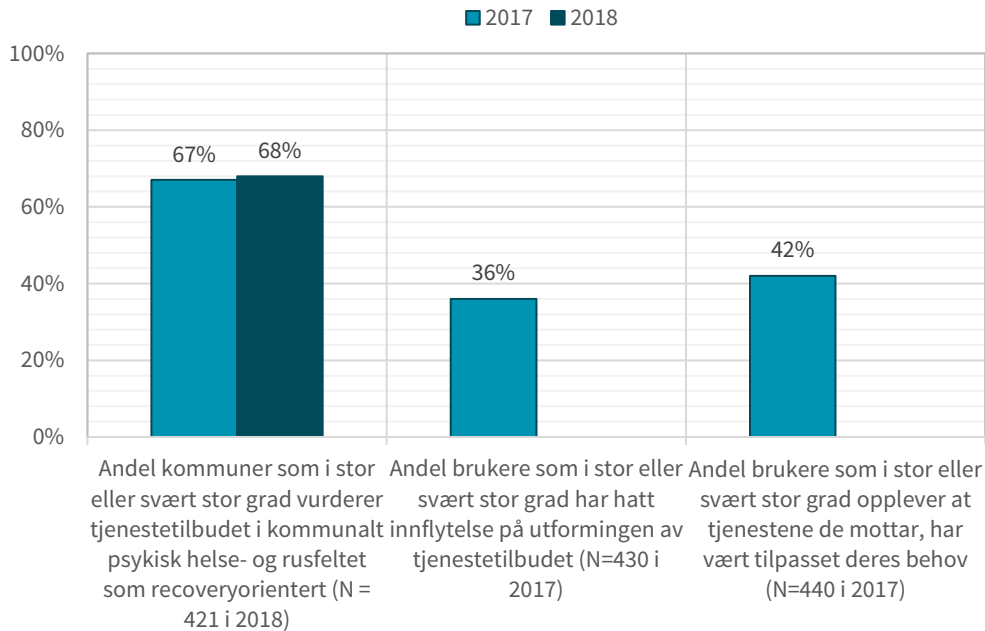
### **Recovery og brukerorientering**

Idealet eller ambisjonen om å jobbe recoveryorientert eller brukerorientert for å fremme den enkeltes opplevelse av mestring og støtte bedringsprosesser er etter hvert svært befestet innenfor psykisk helse og rus (se mer om dette i Hansen mfl. 2018b:60–61). I flere av casekommunene har de stor oppmerksomhet om dette, og i noen, eksempelvis i Oslo, er dette nå innarbeidet i strategiplanene både for rus og psykisk helse. Vi viser samtidig i casebeskrivelsene at det er stor variasjon i hvor innarbeidet dette perspektivet vurderes å være i tjenestene. Flere tar opp behovet for at dette perspektivet må være høyt på den faglige agendaen og holdes ved like. I figur 7.2 viser vi utviklingen i indikator 31 med måling av hvor stor andel av kommunene som vurderer tjenestetilbudet som recoveryorientert. Bildet er stabilt, figuren antyder en marginal endring i retning en større andel kommuner som opplever at tjenestetilbudet er i tråd med denne tenkningen. I de øvrige kolonnene viser vi data fra 2017 og brukertilfredshetsundersøkelsen (BU) for andel brukere som vurderer at de har hatt innflytelse på eget tjenestetilbud, og andel brukere som mener tjenestene de mottar, er tilpasset deres behov. Som vi ser, er det stor diskrepans mellom kommunenes vurdering og brukerens vurdering. I neste statusrapport vil det være nye tall fra brukertilfredshetsundersøkelsen (BU), og det blir interessant å se om noe av kommunenes recoveryorienterte praksis har ført til bedre vurdering av tjenestene.

Representanter for Horten kommune sier i intervjuer at deres ansatte kjenner prinsippene i recoverytenkning, og at recovery har vært med på å prege utviklingen av tjenestene. Likevel vurderer de at det er behov for å jobbe mer med dette før psykisk helse og rus blir en recoverybasert enhet. Dette er et satsingsområde i kommunen. Det er planlagt to fagsamlinger, og alle teamene har fast veiledning med psykologspesialist hvor recoveryperspektivet er inkludert. Vurderingen i Horten vil sannsynligvis deles av flere kommuner, dette er et ideal kommunene jobber for å realisere. I Oslo kommune oppgir informanter sentralt i byrådsavdelingen og i etatene at praksis i bydelene varierer på dette området. Perspektivene i de nye strategiene må følges opp for å utvikle praksisen i tjenestene. I Tromsø er recoverybasert praksis et mål for tjenestene innenfor psykisk helse og rus, men også her tar informantene opp behovet

for å holde oppmerksomheten om dette oppe og ha det som tema i fagsamlinger. Dette har blant annet vært påpekt av erfaringskonsulentene i enheten.

Figur 7.2 Andel kommuner som mener de arbeider recoveryorientert, og brukernes vurdering av egen innflytelse og hvorvidt tjenestene er tilpasset deres behov.



Kilde: IS-24/8 og Nasjonal brukererfaringsundersøkelse

Noen av kommunene har etablert egne systemer for å fremme recoveryorientert praksis. I Trondheim er det opprettet et recoveryteam som er en del av enhet for psykisk helse og rus. De er organisert som et tverrfaglig team med fem ansatte, inkludert en erfaringsmedarbeider. Recoveryteamet har utarbeidet en verktøykasse som inkluderer et arbeidshefte og refleksjonskort som kan være en støtte i brukernes endringsprosess. Arbeidsheftet og refleksjonskortene er laget med inspirasjon fra blant annet TBK Midt, NAPHA og recoverynettverk i utlandet.

Enkelte informanter problematiserer recoverytenkningen, fordi den kan la det bli for mye opp til den enkelte å bestemme. Det pekes på at noen, gjerne tyngre brukere, trenger at det blir tatt litt mer aktivt ansvar for dem. Dette er krevende, siden kommunene som kommunale helseforvaltere ikke kan påtvinge noen helsetjenester så lenge brukeren er samtykkekompetent. Inntrykket er også at det noen ganger er en viss motstand mot recoverytankegang i spesialisthelsetjenesten.

Virksomheten Rus og psykisk helsetjeneste (ROP) i Karmøy kommune har siden 1. januar 2017 arbeidet for å være en recoveryorientert virksomhet.

De siste årene har ROP-virksomheten i Karmøy deltatt i et læringsnettverk for recovery sammen med en rekke andre kommuner fra Rogaland og Sunnhordaland. I «Plan for psykisk helse og rusarbeid 2018–2024» kan vi også lese at som følge av arbeidet med å bli en recoveryorientert virksomhet har kommunen gjennomført fire fagdager for alle ansatte i virksomheten, der recovery har vært tema. Kommunen har også innført systemer for innhenting av tilbakemeldinger fra brukerne om hvordan tjenestene fungerer. Kommunen har valgt å bruke verktøyet FIT-Outcomes i sitt arbeid.

Som en del av recoverysatsingen har ROP-virksomheten dessuten ansatt to medarbeidere med brukererfaring i halv stilling. Disse stillingene er finansiert

gjennom prosjektmidler. I intervjuer med anstatte i kommunen framheves erfaringsmedarbeiderne som en viktig ressurs i recoveryarbeidet. I flere av intervjuene ble det vist til at erfaringsmedarbeiderne bidrar positivt i arbeidet gjennom å dele av sine erfaringer, og at de er med på å skape tillit mellom brukere og kommunens tjenesteapparat. Erfaringskonsulentene bidrar i ulike tilbud på aktivitetshusene samt i et pågående opplæringsstilbud kalt Recovery college.

### **Recovery college**

Recovery college et tilbud som startet opp i januar 2018 og er rettet mot brukerne av ROP-virksomhetenes tjenester. I dette tilbudet har erfaringskonsulentene hatt en aktiv rolle, både i utformingen og gjennomføringen av tilbudet. Recovery college er en undervisningsmodell med vektlegging av at fag- og erfaringskompetanse skal inngå i et likeverdig samspill, det vil si at fagpersoner og erfaringskonsulenter sammen utvikler kurstilbud for brukere som støtter opp under den enkeltes bedringsprosess. Målet med kurset er at brukerne skal ta større eierskap til egne mål for endring og hvilken støtte han eller hun har behov for.

Arbeidet med utviklingen av Recovery college har vært knyttet til et nettverk innenfor FOUSAM, en felles forsknings- og utviklingenhet eid av Helse Fonna, Høgskolen på Vestlandet og 18 kommuner innenfor Helse Fonna. Kurset som har blitt utviklet og holdt i Karmøy, har fått navnet «Mitt liv, mine valg!» og går over to dager per uke i seks uker. Kurset holdes av en fagperson og en ansatt med brukererfaring i fellesskap. Kurset har som formål at personer med utfordringer innen rus og/eller psykisk helse skal få et supplement til eksisterende behandling. Kurset har som utgangspunkt å fremme muligheter og tro på at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv med store utfordringer i hverdagen. Målet er å hjelpe deltakerne på kurset til å finne sin egen recoveryprosess.

Kursrekken startet opp i januar 2018, og flere informanter framholder tilbudet som meget positivt. Som en del av kurset utarbeider hver deltaker en perm der mål og ønsker som gjelder forhold som håp, identitet, tilhørighet, empowerment (myndiggjøring) mv., skriftliggjøres. Denne permen tar deltakeren med seg hjem etter kursslutt og er noe som skal etterspørres av tjenesteutøvere og legges til grunn for den videre oppfølgingen av brukerne. Våre informanter opplever at deltakerne på kurset finner opplegget nyttig og lærerikt. Deltakere som har gjennomført kurset, har også anledning til å møte opp på en månedlig recoverykafé. På sikt ønsker kommunen at brukere som har deltatt på Recovery college, skal være med på å holde nye kurs.

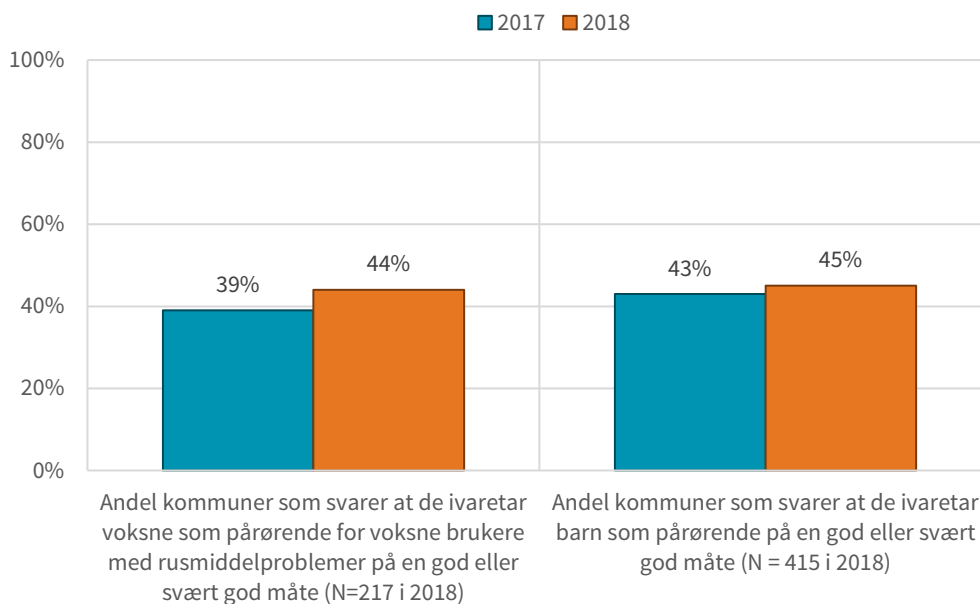
### **Ivaretagelse av pårørende**

Hovedmål én i opptrappingsplanen om reell brukerinnflytelse inkluderer en målsetting om å styrke pårørendemedvirkning og ivaretagelse av pårørende, herunder barn som pårørende. I figur 7.3 viser vi utviklingen på indikator 33 og 35 om andel av kommunene som mener de ivaretar henholdsvis voksne og barn som pårørende på en god og/eller svært god måte.

Casestudien vier at det er stor variasjon i hvorvidt kommunene (inkludert en bydel i Oslo) har aktivitet knyttet til både inkludering og oppfølging av pårørende. Figur 7.3 viser at det er en betydelig økning i andel kommuner som oppgir at de ivaretar voksne som pårørende på en god eller svært god måte. Likevel er dette et område som gir grunnlag for uro. Under halvdel av kommunene mener de ivaretar barn som pårørende på en god måte, andelen er den samme for voksne. I opptrappingsperioden har det samtidig vært en egen 0–24-satsing for bedre samarbeid om utsatte barn og unge,

hvor det også er oppmerksomhet om å oppdage barn med behov for hjelp tidligere. Vi kommenterer dette nærmere i neste kapittel, men det er bekymringsfullt at ikke en større andel av kommunene har utviklet praksis for ivaretagelse av barn som pårørende på en bedre måte.

Figur 7.3 Kommunenes ivaretagelse av henholdsvis barn og voksne som pårørende



Kilde: IS-24/8

I casestudiene ble vi kjent med noen konkrete praksiser for pårørendearbeid. Oslo kommune har utviklet en egen Oslo-standard for bydelenes arbeid med pårørende. De oppgir også at de har gitt tilskudd til et eget pårørendehus i regi av Frelsesarmeen på Sagene. I intervjuer i bydelen var ikke dette tilbudet noe som ble tatt opp.

I Trondheim kommune oppgir informantene at det er praksis at alle avdelinger og enheter skal ha en pårørendekontakt. Kommunen samarbeider også med foreningen Power. På rett vei om pårørendekvelder. Det er dessuten en egen mestringstelefon for pårørende på Helse- og velferdskontoret. Det er flere av casekommunene som ikke har noe systematisk arbeid eller praksis knyttet til pårørende, men hvor ansatte i tjenestene sier de har oppmerksomhet om dette.

Når det gjelder barn som pårørende, har Tromsø og Trondheim begge barneansvarlige i avdelingen psykisk helse og rus. Begge kommunene har hatt oppmerksomhet om utvikling av kompetanse hos de som jobber med dette.

## 8 Tidlig innsats

---

Hovedmål 2 i opptrappingsplanen er å sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig. Tidlig innsats betyr ikke i denne sammenhengen nødvendigvis tidlig i alder, men tidlig i et eventuelt forløp med utvikling av rusproblemer. Tjenestene skal raskere og mer effektivt enn tidligere identifisere og hjelpe personer som står i fare for å utvikle et rusproblem. For å følge utviklingen på hovedmålet er det identifisert seks indikatorer. Som redegjort for i kapittel 2 har vi valgt å ta ut indikatorene som baserer seg på antall årsverk i kommunene fordelt på ulike hovedforløp fra IS-24/8-kartleggingen. Dette vil si at vi ikke har data på indikator 40 og 41. I tabell 8.1 presenteres utviklingen på indikatorene. For alle indikatorer bortsett fra 44, meldinger til barnevernet, har vi oppdaterte tall for utviklingen til og med 2018.

Tabellen viser at det er en styrking på områder som gjelder innsats og aktivitet for barn og unge. Det er en styrking av innsats innenfor helsestasjon og skolehelsetjeneste for barn i aldersgruppen 0–5 år, og det indikasjon på at økningen i andelen kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid overfor unge fra 2016 til 2017 opprettholdes, men uten noen signifikant økning. Det er en betydelig økning i andel kommuner som oppgir at de har et system på tvers av tjenester for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. Over halvdel av kommunene vurderer nå at de har denne typen systemer.

I 2018 har SINTEF inkludert spørsmål for å kunne se for hvilke aldersgrupper kommunene har utviklet denne typen systemer. De fleste kommunene hadde denne typen ordninger for både unge under 18 år og voksne (27 prosent), 17 prosent hadde det kun for unge under 18 år, og en liten andel av kommunene hadde kun for voksne (Ose mfl. 2018:104).



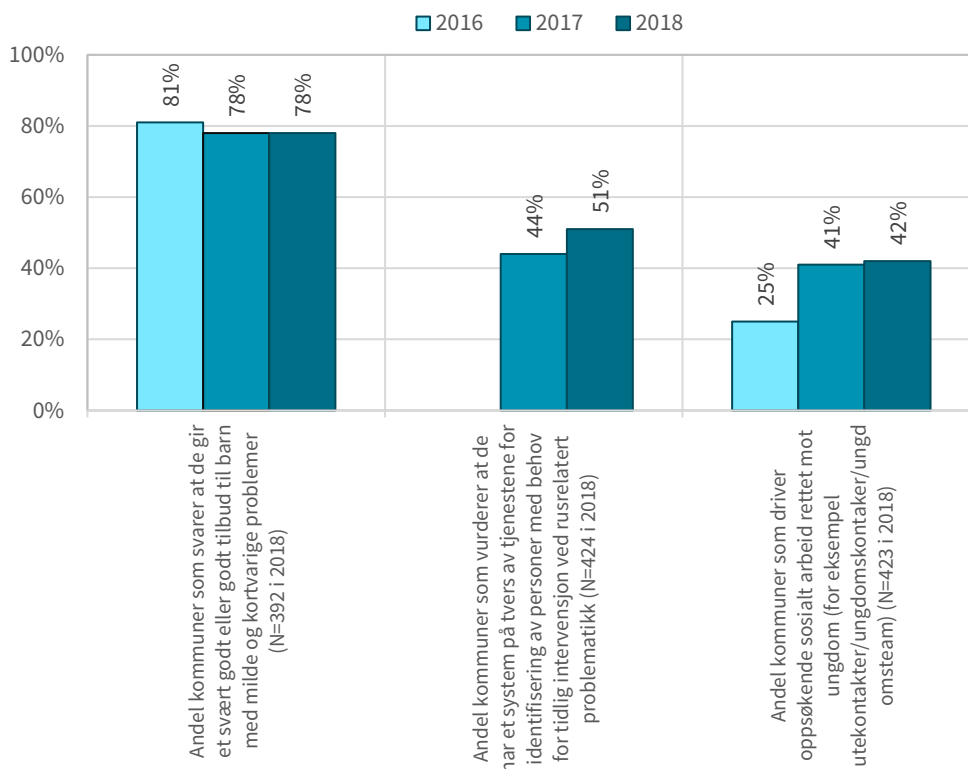
Tabell 8.1 Tredje måling av hovedmål 2

#	Type	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2016–2017	2017–2018	2016–2018
39	Innsats	Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere 0–5 år, helsestasjons- og skolehelsetjeneste <sup>1)</sup>	SSB	134	145	158	7,8 %	9,1 %	8,4 %
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	N/A	44 %	51 %	N/A	7,0 %-poeng	N/A
43		Andel kommuner som driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam)	IS-24/8	25 %	41 %	42 %	16,0 %-poeng	1,0 %	8,5 %-poeng
44	Resultat	Antall meldinger til barnevern om barns rusmiddelbruk, alle typer meldere (barnet selv, familie, venner, lag og organisasjoner mv.).	SSB	1252	1499	N/A	19,7 %	N/A	N/A
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	77 %	74 %	73 %	-3,0 %-poeng	-1,0 %-poeng	-2,0 %-poeng
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 %	78 %	78 %	-3,0 %-poeng	0,0 %-poeng	-1,5 %-poeng

1) Endringer i statistikken fra Statistisk sentralbyrå (SSB) gjør at vi endrer tallgrunlaget fra det som ble presentert i nullpunktsmålingen (Hansen mfl. 2018a). Indikatoren defineres derfor i andre måling som avtalte årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 0–5 år heller enn driftsutgifter per innbygger i samme aldersgruppe til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

I figur 8.1 viser vi utviklingen for kommuner som har et system på tvers for tidlig identifisering, kommuner som har oppsøkende sosialt arbeid overfor ungdom, og utviklingen i hvorvidt kommunene vurderer at de gir et godt tilbud til barn og unge med milde og kortvarige problemer.

Figur 8.1 Kommunal innsats og aktivitet for barn og unge, 2016–2018



Kilde: IS-24/8 og SSB

Figuren viser som nevnt at det i perioden 2016 – 2018 er en styrking av kommunenes oppsøkende aktivitet overfor ungdom. Det er en økning i andel kommuner som har systemer for tidlig identifisering. Men det er ikke tilsvarende utvikling i kommunenes vurdering av eget tilbud til barn og unge med moderat rusproblematikk.

Det er stor oppmerksomhet om tidlig innsats og samarbeid om utsatte barn og unge, blant annet gjennom det statlige 0–24-samarbeidet (se Hansen, Jensen & Fløtten 2019). I kommunene er det mye aktivitet for å bidra til mer samordnet innsats om utsatte barn og unge. I to av casekommunene, Oslo og Tromsø, har det vært en styrking av den primærforebyggende innsatsen og vektlegging nettopp av det å senke terskelen for hjelp til barn og unge og for tidlig identifisering. Tromsø kommune har innarbeidet systemet bedre tverrfaglig innsats (BTI) over flere år og med tilskuddsmidler utviklet et eget lavterskelteam for oppfølging av utsatte barn og unge. I Oslo er det tre satsinger på dette området: Barnehjernernevet, programmet Nye familier hvor alle som venter barn for første gang eller første gang i Norge, får tilbud om hjemmebesøk og oppfølging etter behov, samt utvikling av Oslohjelpe etter mal av Stangehjelpe. Lav terskel til hjelp og tidlig identifisering er viktige premisser for disse satsingene.

I kapittel 3, om arbeidet med opptrappingsplanen, skrev vi blant annet at Kompetansesenter rus har oppmerksomhet om å ta i bruk programmet Tidlig inn i kommunene, og at de følger opp BTI. Dette inngår i en større satsing på tidlig innsats. I casebeskrivelsen av Oslo viste vi også til at kommunen har utviklet et system for oppfølging av ungdom og rus ved legevakten. Erfaringen i kommunen er at de gjennom dette tilbudet klarer å følge opp unge som kanskje ikke har et stort rusproblem ennå,

og komme tidlig inn med hjelp. Svært mange av de som fanges opp av dette tilbudet, er unge som kommer inn til legevakten med problemer (forgiftning) etter alkoholinntak. Dette vurderes å være en annen, ofte mer skjult, gruppe enn de som følges opp av utekontakten i sentrum.

Det må likevel bemerkes at selv om det er en positiv utvikling i innsats, er det fortsatt slik at halvparten av kommunene ikke har systemer for tidlig identifisering på tvers. Under halvparten av kommunene har oppsøkende sosiale tjenester for unge. Samtidig er det flere informanter, i spesialisthelsetjenester og i kommunene, som vektlegger betydningen av å jobbe oppsøkende og på ulike arenaer for å kunne bidra til at unge tidlig får den hjelpen de har behov for.

Kommunenes vurdering av eget tilbud til voksne med mild problematikk viser en negativ utvikling gjennom hele opptrappingsperioden (indikator 45). Vi viste over at det er flest kommuner som samlet har systemer på tvers for identifisering av personer med rusrelatert problematikk, men det er flest som denne type systemer for unge. Mange kommuner har utviklet lavterskeltiltak for personer med rusproblemer, men dette er kanskje et tilbud som i hovedsak dreier seg om lavterskel hjelp for personer med et erkjent rusmiddelproblem. Det er noe mer oppmerksomhet i hjemmetjenestene om alkoholproblemer blant eldre, men vi vil i neste casestudie ta opp spørsmål knyttet til tilbud til personer med ulike former for mildere rusproblemer.

## 9 Et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat

---

Hovedmål 3 i opptrappingsplanen er at «alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud». Dette er et svært omfattende hovedmål som kan strekke seg fra alle tilgjengelige tilbud og tjenester i kommunene til behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. I denne evalueringen er indikatorer for hovedmål 3 operasjonalisert som at rusbehandlingstilbudet skal ha tilstrekkelig kapasitet og kvalitet, og at det er god samordning mellom de ulike tjenesteleverandørene, både i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (jf. første statusrapport, Hansen mfl. 2018a:45–47). Hovedmålet omfatter alle rus(behandlings)rettede tjenester, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I statusmålingen under viser vi utviklingen på de 18 indikatorene som er etablert for å følge utviklingen på dette området. Dette er det hovedmålet som har flest indikatorer, noe som illustrerer omfanget av innholdet i dette målet.

Som tidligere redegjort for utgår indikatorer som baserer seg på IS-24/8-kartleggingens fordeling av årsverk på ulike hovedforløp (se kapittel 2). Dette gjelder indikatorene 48, 49, 50 og 51. Vi vil minne om at vi under overordnet innsats har vist til at det er en økning i antall årsverk i sektoren generelt også i 2018 (se kapittel 5). Status på indikatorene presenteres i tabell 9.1. For seks av indikatorene har vi ikke tilgjengelige data for 2018 ennå, og disse er følgelig ikke oppdatert. Dette gjelder i hovedsak indikatorer som baserer seg på data fra brukertilfredshetsundersøkelsen (BU), men også antall polikliniske årsverk i TSB (47) og andel kommuner som har delt ut brukerutstyr (55).

Tabell 9.1 viser ikke et entydig bilde på dette målområdet. Vi viste i kapittel 5 at det er en økning i antall årsverk i sektoren i kommunene og også en vurdert økning i kompetansen. Til tross for dette viser ikke det samlede indikatorsettet noen entydig utvikling i retning av et mer tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat i perioden. På noen områder er det et grunnlag for bekymring for manglende utvikling i retning definerte mål i planen. Det vil selvsagt bli svært interessant å se utviklingen i brukernes vurdering av tjenestene når dette foreligger i brukertilfredshetsundersøkelsen (BU) neste år. Likevel viser de kvalitative dataene, inkludert intervjuer i spesialisthelsetjenestene, at det er mye utviklingsarbeid i sektoren, og mye av dette er konsentrert om å bedre tilgjengeligheten til tjenestene. I framstillingen under vil vi se nærmere på noen utvalgte områder: først utviklingen i utbredelse av noen typer av tilbud, deretter utvikling i kommunenes egen vurdering av tjenesten, før vi til sist ser nærmere på samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Tabell 9.1 Tredje måling, indikatorer hovedmål 3

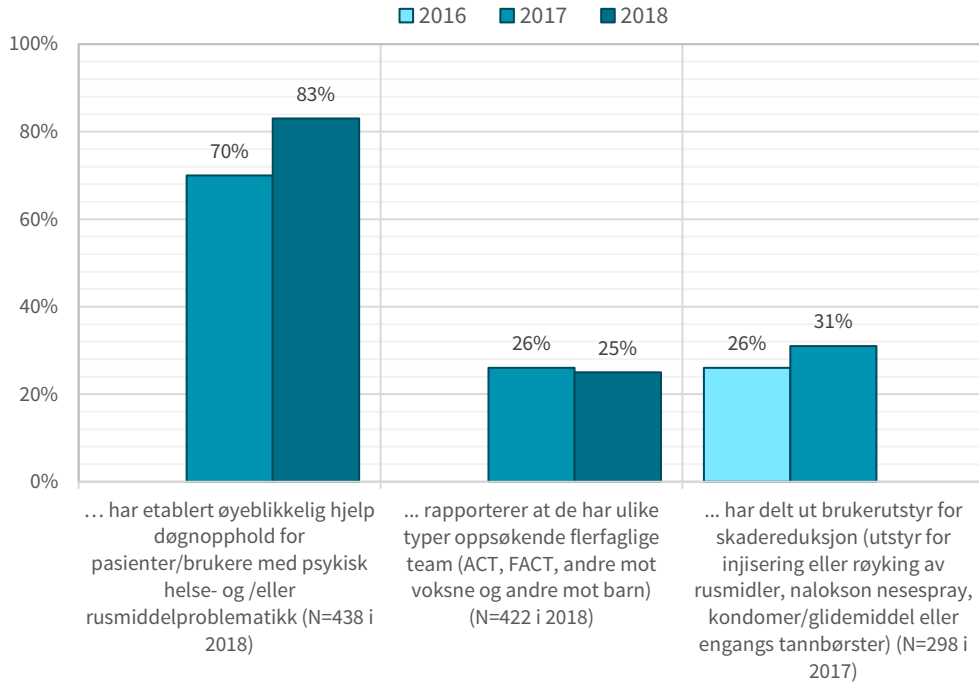
Type	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2016-2017	2017-2018	2016-2018
Innsats	Antall polikliniske årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	SAM-DATA	1030	1013	N/A	-1,7 %	N/A	N/A
Aktiviteter	Antall mottaks- og oppfølgingscenter (MO-senter) som mottok støtte gjennom tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte problemer og barn og unge med sammensatte hjelpebehov»	Fylkes - mannen	4	7	4	75 %	-43 %	0,0 %
	Andel kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk	IS-24/8	N/A	70 %	83 %	N/A	13,0 %-poeng	N/A
	Andel kommuner som rapporterer at de har ulike typer oppsøkende flerfaglige team (ACT, FACT, andre som gjelder voksne, og andre som gjelder barn)	IS-24/8	N/A	26 %	25 %	N/A	-1,0 %-poeng	N/A
	Andel kommuner som har delt ut brukerstyr for skadereduksjon (utstyr for injisering eller røyking av rusmidler, nalokson neseppray, kondomer/glidemiddel eller engangs tannbørster)	KORFOR	26 %	31 %	N/A	5,0 %-poeng	N/A	N/A
	Median ventetid (antall dager) før behandling innen TSB for ordinært avviklede pasienter	IS-2706	27	27	27	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestenes tilgjengelighet som tilfredsstillende	BU	N/A	49 %	N/A	N/A	N/A	N/A
	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 %	71 %	75 %	-6,0 %-poeng	4,0 %-poeng	-1,0 %-poeng
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 %	61 %	64 %	-6,0 %-poeng	3,0 %-poeng	-1,5 %-poeng	

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 %	59 %	62 %	-1,0 %-poeng	3,0 %-poeng	1,0 %-poeng
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 %	41 %	42 %	-2,0 %-poeng	1,0 %-poeng	-0,5 %-poeng
62	Andel brukere som rapporterer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere/mestre rusmiddelproblemer	BU	N/A	41 %	N/A	N/A	N/A	N/A
63	Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestene som tilfredsstillende	BU	N/A	54 %	N/A	N/A	N/A	N/A
64	Andel pasienter i TSB som rapporterer at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen	TSB	N/A	60 %	N/A	N/A	N/A	N/A
65	Andel pasienter i TSB som opplever at behandlerne/personalet har forberedt dem på tiden etter utskrivning i stor eller svært stor grad	TSB	N/A	31 %	N/A	N/A	N/A	N/A
66	Andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket fungerer svært godt eller godt for voksne med rusmiddelproblemer	IS-24/8	47 %	41 %	47 %	-6,0 %-poeng	6,0 %-poeng	0,0 %-poeng
67	Andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket fungerer svært godt eller godt for unge med rusmiddelproblemer	IS-24/8	36 %	33 %	32 %	-3,0 %-poeng	-1,0 %-poeng	-2,0 %-poeng
68	Andel kommuner som mener at kommunen/bydelen i stor eller svært stor grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer	IS-24/8	N/A	45 %	48 %	N/A	3,0 %-poeng	N/A

## Tilgjengelighet til tjenester

Figur 9.1 viser utviklingen i tilgang til øyeblikkelig hjelp og utviklingen av ulike typer oppsøkende flerfaglige team. I tillegg viser oversikten i figuren utdeling av brukerstyr, selv om vi ikke har tilgang til oppdaterte tall for dette i 2018.

Figur 9.1 Tilgjengelige tjenester i kommunene, indikator 53, 54, 55



Kilde: IS-24/8 og KORFOR 2018

Det har vært en betydelig utvikling i etablering av øyeblikkelig hjelp døgnoophold for målgruppen. Det samme inntrykket gir casestudiene: Det er større tilgang til øyeblikkelig hjelp. Kommunene har i høy grad fulgt opp forpliktelsene de har på dette området etter helse- og omsorgstjenesteloven.

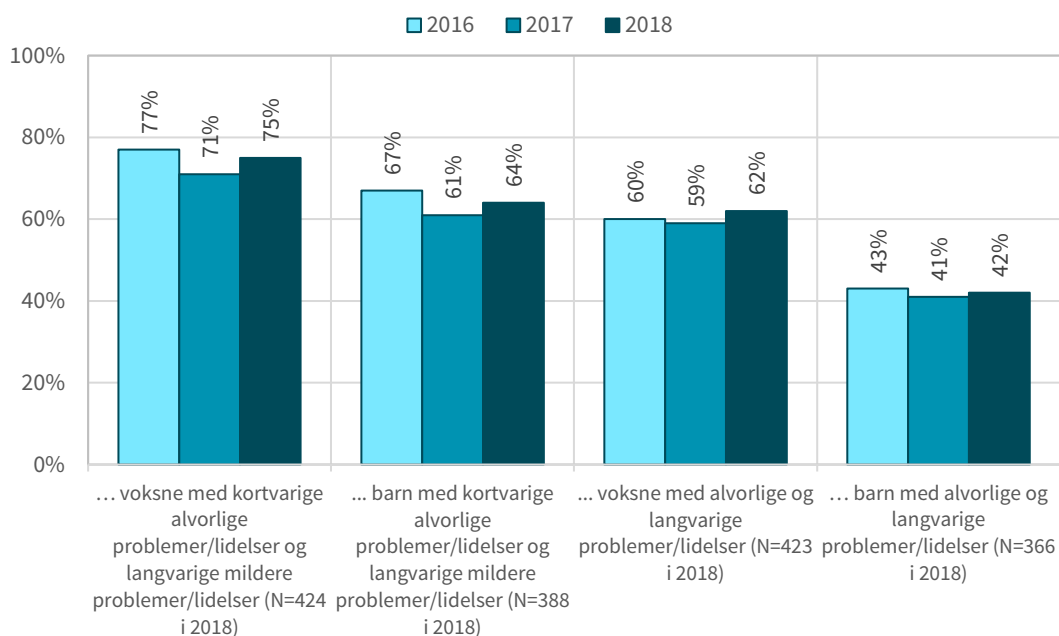
Når det gjelder tilgang til ulike typer oppsøkende flerfaglige team, ligger dette stabilt på om lag en firedel av kommunene som oppgir at de har dette. Den marginale reduksjonen i figuren er ikke signifikant. Det er vanskelig å forstå at det ikke registreres en økning, for her observerer vi i det kvalitative materialet at det er mye utvikling. Samtidig skal det påpekes at IS 24/8 rapporteringen av 25 prosent av kommunene som har oppsøkende flerfaglige team utgjør 104 av totalt 422 kommuner som har svart (Ose mfl. 2018:134). Dette er kommuner som enten har tilgang til ACT, FACT eller andre former for flerfaglige og ambulante team. I rapporteringen av IS 24/8 viser Ose mfl. (2018) at de har fått oppgitt av NAPHA at de har registrert 8 ACT team og 38 FACT team høsten 2018. Mange av disse er i en oppstartsfase (ibid.131). På bakgrunn av IS 24/8 kartleggingen i 2018 identifiserer SINTEF 8 ACT team og 17 FACT team, altså mange færre enn NAPHA oppgir (ibid.135-136). Dette kan være et uttrykk for at ikke alle FACT team er rapportert, men også at en del FACT team ikke er vurdert som operative enda og følgelig ikke rapportert fra kommunene.

Av de inkluderte casekommunene (men de er som redegjort for ikke tilfeldig valgt) har alle, bortsett fra Horten, oppsøkende flerfaglige team. Det er en betydelig innsats fra fylkesmannsembeter og kompetansesenter for å bidra til utvikling av FACT-team.

Noen informanter i kommunene ønsker større oppmerksomhet om ulike former eller modeller for ambulant flerfaglig oppfølging enn det FACT representerer, men oppmerksomheten om denne typen tjenester er stor. At dette ikke gir seg direkte utslag i en *økning* i statistikken for 2018, kan forstås som at mange tilbud er under utvikling, slik også det refererte svaret fra NAPHA over indikerer. Helseidrettsdirektoratets statusoppsummering for sentrale tiltak i Opptrappingsplanen for rusfeltet juni 2018 – april 2019 viser at det i 2018 er gitt tilskudd til delfinansiering av 9 ACT team, 48 FACT team og 22 forprosjekter (ACT eller FACT). Det er videre gitt tilskudd til 14 andre oppsøkende og teambaserte tiltak. Det vil følgelig kunne forventes en økning i antall rapporterte flerfaglige team fremover.

Når det gjelder utdeling av brukerutstyr, er det blitt en større utbredelse av dette i opptrappingsperioden, men heller ikke denne endringen er signifikant. Ut fra foreløpige signaler fra KORFOR antar vi at denne utviklingen fortsetter i 2018.

Figur 9.2 Andelen kommuner som vurderer tjenestene sine som svært gode eller gode til ...



Kilde: IS-24/8 2016 og 2017

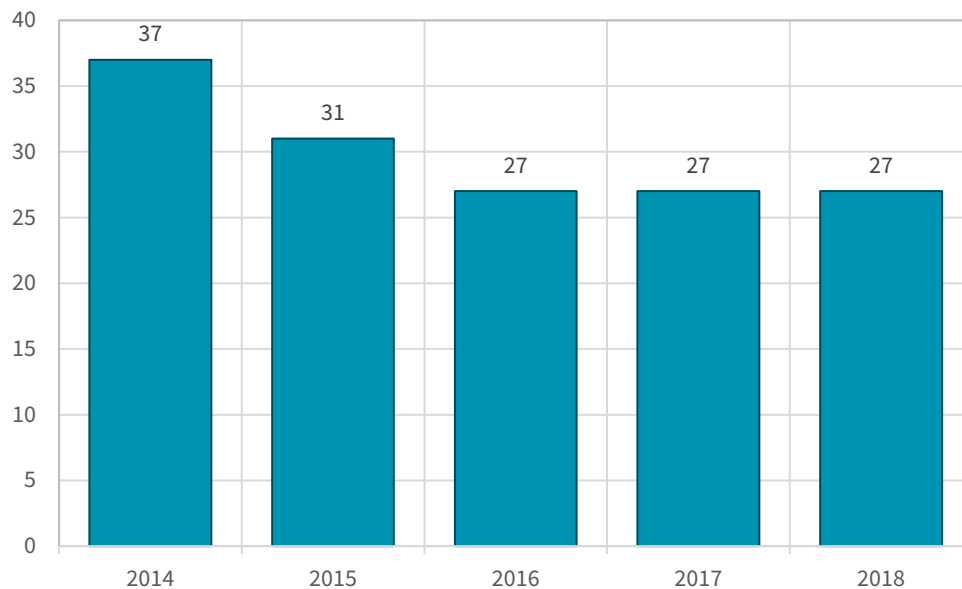
Figur 9.2 viser utviklingen i kommunenes vurdering av egne tjenester. Den illustrerer at det ikke er mulig å identifisere en samlet positiv utviklingstrend for opptrappingsperioden i kommunenes vurdering av tjenestetilbudet til brukerne. Figuren viser tvert imot stor stabilitet. Det eneste området hvor det har vært en marginal økning i opptrappingsperioden, i retning av at flere kommuner vurderer tilbudet som svært godt eller godt, er for voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser. 60 prosent av kommunene vurderte tilbudet som godt i 2016 og 62 prosent i 2018 (tallene er ikke signifikante). For barn med alvorlige og langvarige problemer er det færre kommuner som vurderer tilbudet som svært godt eller godt i 2018 enn i 2016. Endringen er imidlertid marginal, og disse tallene er heller ikke signifikante. Det vil være større grunnlag for vurdering av tilgjengelighet til tjenestene i neste statusrapport hvor brukernes vurdering av tjenestene kan inkluderes.



## Tilgjengelighet til behandling i spesialisthelsetjenesten og samarbeid

Et mål i opptrappingsplanen er å bedre tilgjengeligheten til behandling i spesialisthelsetjenesten for brukerne. Et av målene på dette er ventetid før behandling (indikator 56) i TSB. I figur 9.3. viser vi utviklingen i median ventetid.

Figur 9.3 Median ventetid (antall dager) til behandling innen TSB for ordinært avviklede pasienter. N=9501 pasienter i 2018.



Kilde: Helsedirektoratet, IS-2706

Figur 9.3 viser utviklingen i median ventetid (dager), altså den midterste ventetiden om alle pasientløp i TSB rangeres fra minste til største antall ventedager. I forrige statusrapport redegjorde vi for at dette gir et mer presist bilde enn et gjennomsnittsmål, siden det vil være sårbart for ekstremverdier av langtidsventende (se Hansen mfl. 2018b:86). Det er ventetiden før døgntil behandling som trekker opp den samlede ventetiden før behandling i TSB. Ventetiden før poliklinisk behandling eller annen behandling i TSB utenom døgn er betydelig lavere. Vi ser at ventetiden før behandling har stabilisert seg på 27 dager. I intervjuer med spesialisthelsetjenesten vektlegger flere at nedgangen i ventetid kom før opptrappingsplanen. Nedgangen kom med innføring av fritt behandlingsvalg og en betydelig økning i døgncapitet hos ideelle og private aktører. I to intervjuer blir det kommentert at pasientene som kommer til behandling i det offentlige tilbudet, kanskje er sykere enn før, og at noen av dem har ventet lenger enn andre på behandling. En av informantene sier at det er ulik tilgang til behandling for ulike grupper av pasienter. Noen av pasientene har søkt seg til spesifikke behandlingsinstitusjoner i privat eller ideell regi, og ikke fått plass, kanskje fordi de har for omfattende problemer. De offentlige institusjonene er de eneste som har behandlingsansvar og ikke kan avvise pasienter som har blitt innvilget behandling. En konsekvens av dette kan være at disse brukerne, som ofte er svært syke, venter lenge, og at de offentlige institusjonene får hovedansvaret for pasientene som har de mest sammensatte problemene.

Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge er informanten opptatt av at de, i likhet med andre deler av landet, har jobbet med å utvikle det polikliniske tilbudet. Sammen

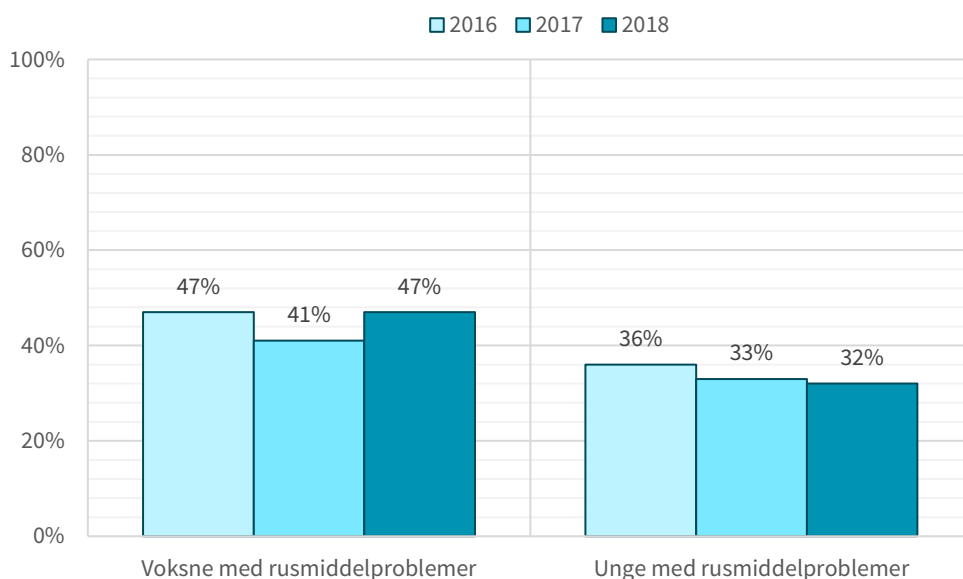
med den tidligere satsingen på flere døgnplasser har ventetiden gått ned. I landsdelen er det blitt flere døgnplasser enn tidligere, og halvparten av døgnkapasiteten i Helse Nord er privat. Dette er ikke høyt i forhold til resten av landet, men mens en tidligere sendte mange pasienter til behandling utenfor landsdelen, er det nå et større tilbud i landsdelen. Dette vurderes som positivt for muligheten til samhandling med kommunene om overgangen til kommune etter endt døgnbehandling.

Det er ingen nedgang i ventetiden i løpet av opptrappingsplanens periode. Det er som nevnt variasjoner mellom institusjoner og mellom regioner. Noen av informantene i kommunene er opptatt av lengden på opphold i døgnbehandling og mener dette er for kort. Også i spesialisthelsetjenesten er det informanter som mener at oppholdene noen ganger er for korte til at en får etablert gode overganger til livet etter opphold i døgninstitusjon. Dette nevnes spesifikt knyttet til unge, hvor mange kan ha sammensatte problemer, og hvor mange forhold skal være på plass før de unge kan ha en trygg overgang til kommunen (bolig, økonomi, arbeid, utdanning, nye meningsfulle aktiviteter).

### Samarbeid

Figur 9.4 antyder en negativ utvikling i andelen kommuner som mener at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten for unge er godt, men endringen er marginal og ikke signifikant. For voksne er andelen kommuner som vurderer samarbeidet som godt eller svært godt, tilbake på 2016-nivået for siste måling, det vil si like under halvparten. Samlet sett er dette urovekkende tall. Helhetlig oppfølging og gode forløp for brukerne fordrer fungerende samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. Dette er også en viktig del av pakkeforløpene.

Figur 9.4 Andel kommuner som mener samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak fungerer svært godt eller godt, fordelt på voksne og unge med rusproblemer. 2016–2018. Prosent. N=411 i 2018.



Kilde: IS-24/8

I casekapitlet viste vi at det er mye samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det vurderes å fungere best når samarbeidet er konkret og på spesifikke områder. At aktørene på feltet kommer sammen, er viktig for å kjenne til hverandres

tilbud og kompetanse og for å kunne utvikle tjeneste- og behandlingstilbud som henger sammen. Erfaringene, eksempelvis med uteteamet ved avdeling rus- og avhengighetsbehandling ung ved OUS, er at teamet bygger samarbeidsrelasjoner med aktører i kommunen ved å være til stede ute på ulike arenaer.

I intervjuer med kommunene blir det ofte tatt opp at spesialisthelsetjenesten har definisjonsmakt når det gjelder hvilke pasienter de vil inkludere i ulike tilbud. Kommunen kan ofte ønske at spesialisthelsetjenesten inkluderer andre grupper enn de som tilfredsstillende spesifikke diagnosekrav satt av spesialisthelsetjenesten. Det er to ulike kulturer som møtes: spesialisthelsetjenesten med vektlegging av diagnoser og vurdering av pasientrettigheter og kommunen med et ansvar for alle innbyggere uten mulighet til å ekskludere noen med utgangspunkt i spesifikke kjennetegn.

I casene har vi fått kjennskap til mye samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Nå er også pakkeforløpene under implementering. Flere informanter i kommunene vurderer at dette pakkeforløpet foreløpig har hatt få implikasjoner for samarbeidet, men mange har forventninger til at dette vil styrke samarbeidet.

I spesialisthelsetjenesten er det flere av informantene som tar opp at de vurderer at det er bedre tjenester i kommunene nå enn før. Både kompetansen og tilgjengeligheten er bedre. Flere er opptatt av å starte prosesser for at pasienter skal ha egnede boforhold, arbeid og aktivitet på plass før de avslutter behandling. I dette arbeidet er samarbeidet med kommunen essensielt. I neste kapittel går vi nærmere inn på dette.

# 10 En aktiv og meningsfylt tilværelse

Hovedmål 4 er at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Et av de tre innsatsområdene i opptrappingsplanen er også knyttet til dette, nærmere definert som ettervern og oppfølgingstjenester, med presisering av at bolig, arbeid og aktivitet skal prioriteres. Hovedmål 4 omhandler det å gi støtte til bedre livskvalitet for den enkelte ved å bidra til en trygg bosituasjon og ulike tiltak for å kunne ha en meningsfylt tilværelse. Dette handler om både personer som er i aktiv rus, og personer som ønsker å leve et rusfritt liv. Dette området er sterkt vektlagt i opptrappingsplanen som et område med store utfordringer og behov for økt innsats. I forrige statusrapport (Hansen mfl. 2018b:126) pekte vi på at et av områdene i opptrappingsplanen hvor det var behov for større oppmerksomhet, var arbeid, aktivitet og innhold i livet.

Det er definert 18 indikatorer for å følge utviklingen på hovedmål 4. I tabell 10.1 viser vi tredje statusmåling for indikatorene for hovedmål 4. For fem indikatorer mangler vi oppdaterte tall. Dette er indikatorer som baserer seg på data fra brukertilfredshetsundersøkelsen (BU). Øvrige indikatorer viser utvikling til og med 2018.

Tabell 10.1 Tredje måling for indikatorer for hovedmål 4

#	Type	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2016-2017	2017-2018	2016-2018
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	N/A	58 %	66 %	N/A	8,0 %-poeng	N/A
70		Andel kommuner med individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) innen rusarbeid	IS-24/8	N/A	16 %	21 %	N/A	5,0 %-poeng	N/A
71	Aktivitet	Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å komme i arbeid	BU	N/A	23 %	N/A	N/A	N/A	N/A
72		Andel brukere som rapporterer at de har fått praktisk hjelp til å mestre økonomien	BU	N/A	27 %	N/A	N/A	N/A	N/A
73		Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å skaffe bolig	BU	N/A	43 %	N/A	N/A	N/A	N/A
74		Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å komme i gang med meningsfulle aktiviteter	BU	N/A	24 %	N/A	N/A	N/A	N/A
75		Andel brukere som mener de har fått tilfredsstillende oppfølging i kommunen etter siste utskrivning	BU	N/A	28 %	N/A	N/A	N/A	N/A

76	Andel kommuner som mener de i stor eller svært stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig	IS-24/8	58 %	60 %	55 %	2,0 %-poeng	-5,0 %-poeng	-1,5 %-poeng
77	Andel brukere med tilfredsstillende bosituasjon (grønn)	BP	71 %	73 %	71 %	2,0 %-poeng	-2,0 %-poeng	0,0 %-poeng
78	Andel brukere med tilfredsstillende fysisk helse (grønn)	BP	50 %	48 %	47 %	-2,0 %-poeng	-1,0 %-poeng	-1,5 %-poeng
79	Andel brukere med tilfredsstillende psykisk helse (grønn)	BP	24 %	25 %	25 %	1,0 %-poeng	0,0 %-poeng	0,5 %-poeng
80	Andel brukere med tilfredsstillende økonomi (grønn)	BP	48 %	47 %	45 %	-1,0 %-poeng	-2,0 %-poeng	-1,5 %-poeng
81	Andel brukere med tilfredsstillende meningsfylt aktivitet (grønn)	BP	28 %	30 %	29 %	2,0 %-poeng	-1,0 %-poeng	0,5 %-poeng
82	Andel brukere med tilfredsstillende rusmiddelbruk (grønn)	BP	30 %	29 %	31 %	-1,0 %-poeng	2,0 %-poeng	0,5 %-poeng
83	Andel brukere med tilfredsstillende sosialt nettverk (grønn)	BP	29 %	27 %	27 %	-2,0 %-poeng	0,0 %-poeng	-1,0 %-poeng
84	Andel brukere som deltar i arbeidslivet	BP	11 %	13 %	13 %	2,0 %-poeng	0,0 %-poeng	1,0 %-poeng
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 %	33 %	33 %	5,0 %-poeng	0,0 %-poeng	2,5 %-poeng
86	Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer	IS-24/8	N/A	10 %	9 %	N/A	-1,0 %-poeng	N/A

## Arbeid og aktivitet

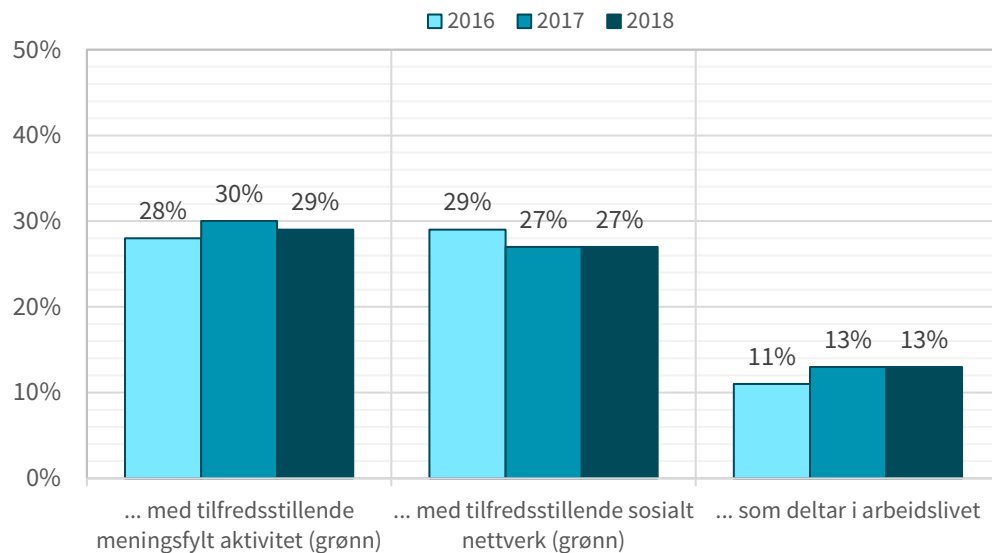
Tabell 10.1 viser at på de indikatorene hvor oppdaterte målinger er tilgjengelige, er det på indikatorene om samarbeid mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og NAV (69) og utbredelsen av IPS (70) at det er en positiv utvikling. En betydelig større andel av kommunene, nå 66 prosent, sier de har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Utbredelsen av individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) innen rusarbeid er fortsatt svært lav, men nå er det 21 prosent av kommunene som oppgir at de har disse ordningene.

Som vist i casekapitlet (kapittel 4) er det betydelig oppmerksomhet om arbeid og aktivitet i casekommunene. Vi har vist at mange har ulike former for lavterskeltiltak, dagsjobber, men mange har etter hvert lagt større vekt på det å bidra til deltakelse i det ordinære arbeidsmarkedet. Flere av casekommunene har tilbud om IPS. I Tromsø er tilbudet om IPS et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen og NAV. IPS-konsulentene er ansatt i NAV, men har faste tider hvor de er til stede på det kommunale aktivitetstilbudet Værftet, og de deltar fast på møter med eksempelvis rus-team på ruspoliklinikken ved UNN. Ifølge informanter i både enhet for arbeid og aktivitet og NAV er det gode resultater i tiltaket. Etter som tilbudet er blitt mer kjent og flere har sett at deltakere kommer i arbeid, er det også flere som ønsker tilbud om IPS i sine enheter. Ruspoliklinikken i Tromsø har søkt om IPS-konsulenter til egen enhet.

Også ved avdeling rus og avhengighet ved OUS har de fått innvilget midler til et større IPS-prosjekt i avdelingen.

I indikatorene er det likevel ikke foreløpig mulig å spore noen endring i brukernes deltakelse i arbeid og aktivitet. I figur 10.1 viser vi andel brukere som kommunene vurderer har tilfredsstillende meningsfylt aktivitet, har tilfredsstillende sosialt nettverk og deltar i arbeidslivet.

Figur 10.1 Andel brukere ... (N=23 762 personer med rusproblem (med eller uten samtidig psykiske problemer))



Kilde: BrukerPlan

Det er ingen signifikante endringer i utviklingen på noen av indikatorene i figur 10.1. Bildet er stabilt. Det betyr at en svært lav andel av brukerne er i arbeid, kun 13 prosent. Færre enn tre av ti vurderes å ha tilfredsstillende meningsfylt aktivitet eller et tilfredsstillende sosialt nettverk. Dette tilsier at dette er et område som det fortsatt er behov for å ha oppmerksomhet om. I neste statusmåling vil vi kunne inkludere resultater fra brukertilfredshetsundersøkelsen (BU) og da også brukernes opplevelse av hvorvidt de har fått bistand til å komme i arbeid eller aktivitet. Det vil være viktige data for å supplere dette bildet.

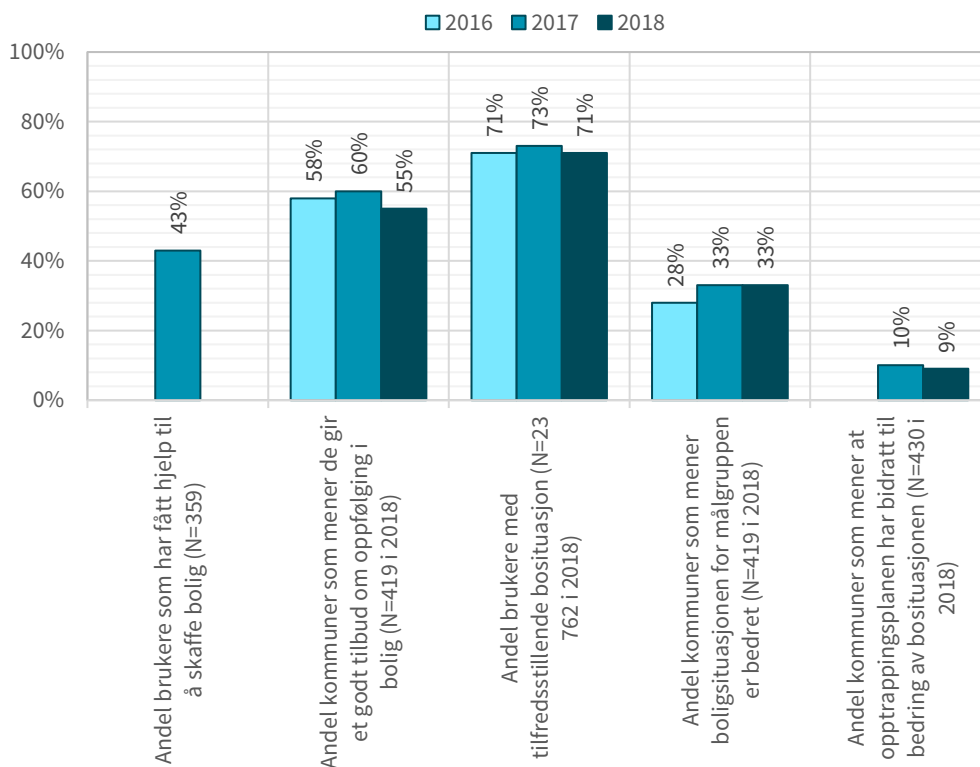
### Bolig og boforhold

Indikatorsettet har fire indikatorer for å måle utvikling i bosituasjon for personer med rusproblemer. Utviklingen på disse indikatorene presenteres i figur 10.2.

I casegjennomgangen (kapittel 4) har vi vist at det er flere kommuner som oppgir at mangel på boliger er en betydelig utfordring for arbeidet på rusfeltet. I noen av kommunene vurderes situasjonen som svært alvorlig. Også informanter i spesialisthelsetjenesten oppgir mangel på boliger eller mer spesifikt tilgang til egnede boliger for pasientene etter utskrivelse som en betydelig utfordring. Mange skrives ut til uegnede boforhold som kan gjøre det vanskelig å opprettholde behandlingseffekter. I figur 10.2 ser vi at det ikke er noen vesentlige endringer i opptrappingsperioden når det gjelder bosituasjonen for personer med rusproblemer. Utviklingen er stabil. Vi ser en antydning til reduksjon i andelen kommuner som mener de gir et godt tilbud om

oppfølging i bolig. Om lag tre av ti personer med rusproblemer vurderes av tjenestemottakerne i kommunene som ikke å ha en tilfredsstillende bosituasjon. Det er fortsatt en svært liten andel av kommunene som vurderer at bosituasjonen for målgruppen er bedret.

Figur 10.2 Utvikling bolig og oppfølging for personer med rusproblemer



Kilde: Nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse, BrukerPlan og IS-24/8

I kapittel 5 viste vi at det har vært bevilget betydelige tilskuddsmidler til kommunene for å etablere botilbud for personer med rusproblemer. Samtidig viser denne figuren og det kvalitative materialet at det fortsatt er behov for styrket innsats for å nå målene på dette området.

# 11 Alternative strafferettslige reaksjoner og bedret rusbehandling i fengslene

---

Opptrappingsplanens femte hovedmål er å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer. For dette målområdet følger vi utviklingen på syv indikatorer. For en grundig diskusjon og redegjørelse for valg av indikatorer, se den første rapporten (nullpunktmåling) fra dette evalueringsoppdraget (Hansen mfl. 2018a).

De syv indikatorene er basert på data fra årsrapporter fra kriminalomsorgen, Helse- og sosialtjenestene og Konfliktrådet. Fra fjorårets måling er det gjort én endring for å tilpasse indikator 93 (tilbudet i fengselshelsetjenesten) til ny rapportering for 2017. Fra å definere indikatoren som andelen kommuner som er helt enig i at helsetilbudet i fengslene er forsvarlig, rapporteres indikatoren som den gjennomsnittlige scoren på en skala fra 1 (helt uenig) til 4 (helt enig) på påstanden «Fengselshelsetjenesten har et forsvarlig helsetilbud». Justeringen rapporteres nå både for 2016 og 2017 og er på den måten sammenlignbar over tid.

I tabell 11.1 presenteres tredje måling av indikatorer for aktiviteter og resultater av tjenester knyttet til opptrappingsplanens hovedmål 5. Det er kun for indikator 93, vurdering av fengselshelsetjenesten, vi ikke har oppdaterte data for 2018.

Innenfor målområde 5 er det en positiv utvikling på mange av indikatorene. Dette er også et hovedområde i opptrappingsplanen hvor det har vært mye oppmerksomhet og spesifikk innsats i perioden (se også Hansen mfl. 2018 a og b for ytterligere utdyping av avgrensning av indikatorsettet for dette målområdet og spesifikke tiltak i opptrappingsplanen).

I indikatorsettet er det eneste området hvor det er en negativ utvikling, soning i institusjon (§ 12) (indikator 88). Vi kommenterer dette under. Vi kommenterer i år spesifikt utviklingen i bruk av Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) og fengselshelsetjenesten slik vi redegjorde for i kapittel 2.

Det har vært en positiv utvikling i antall plasser i rusmestringsenheter også i 2018. I 2019 ble det i tillegg bevilget midler til etablering av en avrusningsenhet ved Bjørgvin fengsel. Dette oppgir KDI i intervju at de har ansvaret for å implementere sammen Helse Vest. Hensikten er at helsepersonell skal kunne gjennomføre avrusning inne i fengslet.



Tabell 11.1 Tredje måling av indikatorer knyttet til hovedmål 5

#	Type	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2016–2017	2017–2018	2016–2018
87	Aktivitet	Antall rusmestringsenheter og/eller stifin- nerenheter (antall plasser)	KDI	134	145	162	8.2 %	11.7 %	10.0 %
88		Antall personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12 (so- ning i behandlingsinstitusjon)	KDI	675	650	329	-3,7 %	-49 %	-30 %
89	Resultat	Antall dømte i ND i poliklinisk behandling i årets to første tertialer	KDI	N/A	75	175	N/A	133 %	N/A
90		Antall dømte i ND i døgnbehandling i årets to første tertialer	KDI	N/A	32	92	N/A	188 %	N/A
91		Antall iverksatte betingede dommer i Nar- kotikaprogram med domstolskontroll (ND) <sup>2)</sup>	KDI	32	132	163	313 %	24 %	126 %
92		Antall straffesaker, sivile saker, sivile hen- lagte saker og u18-saker med ungdoms- straff/-oppfølging <sup>1)</sup>	Kon- fliktrå- det	361	422	527	16,9 %	24,9 %	20,8 %
93		Gjennomsnittlig score blant kommuner som har besvart IS-2657 på spørsmålet om fengselshelsetjenesten har et forsvarlig helsetilbud. Fra 1 – helt uenig til 4 – helt enig.	Hdir	3,41	3,74	N/A	9,6 %	N/A	N/A

1) Endringer i årsrapporteringen til Konfliktrådet gjør at vi likevel ikke kan skille mellom indikatorene slik disse ble presentert i nullpunktsmålingen. Dermed slås de to indikatorene sammen i andre og tredje måling.

2) Reviderte tall for 2016 og 2017, nedjustert med tre iverksatte dommer for hvert av årene.

Når det gjelder antall straffesaker, sivile saker, sivile henlagte saker og under 18 år saker med ungdomsstraff og oppfølging fortsetter økningen i antall saker. Her har det nylig kommet en evalueringsrapport som både peker på potensialet i denne ordningen for å forebygge kriminalitet, men også en rekke forbedringspunkter i oppfølging av ungdom som har ungdomsstraff (Andrews & Eide 2019).

I tabellen ser vi at det er en betydelig reduksjon i antallet personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12, altså soning i behandlingsinstitusjon. Dette kommenteres også i KDIs årsrapport for 2018 knyttet til at dette ikke oppfyller deres måltall på området. KDI peker på flere årsaker. En av årsakene vurderes å være en generell dreining i rusbehandling fra døgn til poliklinisk behandling, en annen en økning i antall ND-dommer (Narkotikaprogram med domstolskontroll). Den vesentligste årsaken mener KDI er en nedgang i antall dommer og lavere belegg i fengslene enn da de satte sine målkrav på dette området.

I casestudiene ser vi også at ND er blitt med utbredt. Her er det en positiv utvikling på alle tre indikatorene.

### Narkotikaprogram med domstolskontroll

I forrige statusrapport (Hansen mfl. 2018b:107–108) hadde vi en særlig omtale av ND. Her lanserte vi at vi i forbindelse med den foreliggende statusrapporten ville vektlegge å hente inn flere erfaringer med denne ordningen. ND er blitt en nasjonal og permanent ordning. Denne konkrete målformuleringen i opptrappingsplanen er oppfylt. Antall iverksatte betingede dommer i ND har økt fra 132 i 2017 til 163 i 2018.

Antall dømte i ND som er i poliklinisk behandling og i døgnbehandling, har økt betydelig.

I kriminalomsorgens beskrivelse av ND er det noen forutsetninger:

- a. ND er et alternativ til ubetinget fengselsstraff for rusmiddelavhengige som dømmes for kriminalitet knyttet til rusavhengigheten.
- b. Den som dømmes, må være motivert og ønske å gjøre en innsats for å bli rusfri og gjøre endringer i livet. Dom på ND krever samtykke fra den som skal dømmes, og at kriminalomsorgen har utarbeidet personundersøkelse i forkant av dom.
- c. ND blir satt som særvilkår for en betinget dom.
- d. Domstolene fører kontroll med domfelte under straffegjennomføringen.<sup>24</sup>

Videre er det slik at ND-sentrene og friomsorgskontorene har ansvar for gjennomføringen av ND-dommene. Det er egne ND-senter i Bergen med ansvar for Hordaland og i Oslo med ansvar for Oslo og Akershus. I øvrige deler av landet er det friomsorgskontorene som har ansvar for gjennomføringen. Casestudien og intervjuer med ansatte i ND viser at ordningen nå begynner å bli etablert og kjent både i kommuner og blant andre aktører, som spesialisthelsetjenesten.

### **Arbeidet med personundersøkelser**

I intervjuer med ansatte på ND-senter/friomsorgskontoret framkommer det at deres arbeidsoppgaver i hovedsak kan deles i to: personundersøkelse i forkant av dom og oppfølging av domfelte. Personundersøkelsene innebærer en helhetlig kartlegging av forhold rundt den siktede med oppmerksomhet om rusproblematikk og konsekvenser rusbruken har fått på ulike livsområder. Personundersøkelsen skal baseres på samtaler med den siktede og innhenting av informasjon fra andre. Denne personundersøkelsen i forkant er en del av grunnlaget for kriminalomsorgens vurdering av om siktede er egnet for ND-programmet.

Disse personundersøkelsene er omfattende. Informantene involvert i dette arbeidet gir uttrykk for at dette er tidkrevende arbeid, og at de ofte har mange undersøkelser parallelt. At antallet i ND øker, medfører også økt trykk på de som er involvert i personundersøkelser og oppfølging. Informantene påpeker at de i slike undersøkelser typisk intervjuer den aktuelle ND-kandidaten for å få et inntrykk av motivasjon og hva de «har på plass» i livet per i dag, samt hva som kan være aktuelle tjenester i videre oppfølgingen. I tillegg har de ofte samtaler med ulike tjenester i hjemhørende kommune/bydel og i DPS. Som vist innledningsvis er den enkeltes motivasjon viktig for vurderingen i personundersøkelsene, men informantene peker også på hvordan livssituasjonen ser ut, hvorvidt vedkommende samarbeider med hjelpeapparatet, at det er orden på sentrale områder, og at det finnes noen planer for videre behandling. Det betyr at bolig og behandling er sentrale faktorer. En av informantene sier at det er viktig at det er en realisme i dette, slik at de domfelte ikke kommer inn i ND og opplever at dette blir enda en ting de ikke erfarer å mestre.

Tidsperspektivet blir tatt opp som en utfordring. Det å ha fem til seks uker på å kartlegge og forsøke å etablere et opplegg rundt personer som kanskje har veldig lite på plass i utgangspunktet, kan være krevende. To av informantene sier at jo bedre tid en har før saken skal opp for retten, jo lettere er det å få på plass et adekvat opplegg rundt personen. Dette knytter seg selvsagt også til den ansattes arbeidsbelastning.

---

<sup>24</sup>Teksten er hentet fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/narkotikaprogram-med-domstolkontroll.237893.no.html>

Har en mange personundersøkelser pågående parallelt, er det utfordrende å få jobbet mye med hver sak.

### **Oppfølging av domfelte**

Den andre delen av ansatte i ND sine oppgaver er å følge opp personer i ND. Selve programmet gjennomføres i fire faser (se kriminalomsorgens retningslinjer for ND<sup>25</sup>): en iverksettingsfase, en stabiliseringsfase, en ansvarsfase og en videreføringsfase. Det er med andre ord en gradvis inkludering i ordinære tiltak og eksempelvis arbeid og en nedtrapping av kriminalomsorgens rolle samt en overføring for at den domfelte skal kunne nyttiggjøre seg det eksisterende hjelpeapparatet etter at straffegjennomføringsfasen er over.

For de ansatte vurderes det å være mest ressurskrevende i de første fasene. Da er det også flere kontrolltiltak, eksempelvis at den domfelte skal avlegge urinprøver flere ganger i uken.

Å ha ressurser til tilstrekkelig oppfølging vil være sentralt for et slikt opplegg. Intervjuene viser at det kan være stort spenn i hvor stor grad av oppfølging som er nødvendig for domfelte.

### **Kommunenes perspektiver på ND**

Ansatte-informanter i ND-programmet har erfart at kommuner/bydeler i all hovedsak er meget positivt innstilt til ND, og at det utvises stor vilje i de enkelte kommunene for å finne gode løsninger til innbyggere i programmet. Selv om det er variasjon i tilgjengelighet til ulike tjenestetilbud i mange kommuner og bydeler, opplevde informantene i ND at kommunene strekker seg langt for å etablere gode løsninger for de som er inne i programmet. Dette kommer også fram i intervjuer med ansatte i kommunene i casestudien. En av informantene i en casekommune mener at mange andre brukere kunne hatt godt av et slikt helhetlig opplegg som domfelte i ND har.

I Tromsø har det som del av oppfølgingen av domfelte i ND også blitt utviklet et nytt aktivitetstilbud. Utgangspunktet var at en erfarte at mange i ND hadde lite aktivitet på ettermiddag og kveld, etter jobb eller dagaktiviteter. Det andre var en observasjon av noe begrensede kunnskaper om det å ta ansvar for et ordentlig kosthold, om ernæring. Tilbudet som er etablert, er koblet til CRUX Huset oppfølgingscenter (tidligere Kirkens Sosialtjeneste). Dette er et tilbud om aktivitet og sosial støtte på kveldstid med blant annet opplæring i ernæring og matlaging. Tilbudet er åpent i ukedagene og på lørdager.

### **En ny start**

Informanter i kommunene som har kjennskap til ND, gir gode vurderinger av opplegget. Flere påpekte at en i de fleste tilfeller har fått til gode løsninger i ND-saker, og at en fra deres side så at programmet kunne være en mulighet til å «få til noe» med personer som ofte hadde hatt en ganske broket forhistorie i kommunen/bydelen. Enkelte nevner likevel at det i noen tilfeller er en utfordring at dommene er for korte til at en rekker å få begynt på skikkelig kartlegging og behandling.

Noen av informantene i kommunene har erfart utfordringer med ND og oppfølging av domfelte i programmet. En informant fortalte at de hadde opplevd at det var personer i ND som hadde deltakelse i aktiviteter i kommunen som del av sitt opplegg, men som egentlig ikke var motivert for dette. Denne holdningen hadde for eksempel

---

<sup>25</sup> <https://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/4185087.823.kntbquqzap7zll/ND-retningslinjer+06.06.18+-+endelig+versjon.pdf>

ført til at enkelte domfelte i tilbudet hadde en beskjeden innsats og forsøkte å snike seg unna. Utfordringen for de ansatte var at dette skapte problemer i relasjonen til andre brukere som hadde ønsket seg til aktivitetstilbudet og opplevde dette som viktig i sitt liv. Denne observasjonen tydeliggjør betydningen av NDs vurdering av hva som er egnede tiltak og aktiviteter for den enkelte, og oppfølging av dette.

Som vist innledningsvis er den enkeltes motivasjon et premiss i ND. Det betyr at det er viktig med aktiviteter og arbeid som opprettholder motivasjonen. I to kommunecase er det informanter som tar opp at de er bekymret for at når det meldes om brudd på avtaler eller premisser den domfelte har gått inn på, kan reaksjonen fra kriminalomsorgen ta lang tid. En informant tar opp at det kan være problematisk å ha en «kontrollfunksjon» overfor brukere som er i ND-soning. Informanten understreket at kommunen selvsagt kan påse at folk ikke kommer ruset på arbeid eller andre aktiviteter der det stilles krav om rusfrihet, men at de ikke ønsker å inneha en kontrollfunksjon og være ansvarlige for å melde fra om ulike brudd til kriminalomsorgen, som igjen kan få konsekvenser for brukeren.

Oppsummert viser utviklingen på de tre indikatorene knyttet til ND og de kvalitative intervjuene at ND som ordning øker i utbredelse. Premissene i ordningen forutsetter tilstrekkelige ressurser til oppfølging. Kommunene gir positive vurderinger av ordningen og strekker seg langt for å bidra til gode opplegg. Samtidig blir det påpekt et behov for at kriminalomsorgen følger opp, og for at det er raske reaksjoner når avtalte opplegg ikke fungerer slik de var tenkt.

### **Fengselshelsetjenesten**

Indikatoren om fengselshelsetjenesten (93) viser at det er en positiv utvikling i opptrappingsperioden, men vi har ikke oppdaterte tall for 2018. I tre casekommuner har vi hatt egne intervjuer med fengselshelsetjenesten. Det er noe ulike vurderinger av hvorvidt tilbudet i fengselshelsetjenesten er styrket i opptrappingsperioden. Noen fengselshelsetjenester hadde et bredt tilbud før opptrappingsplanen kom. Dette gjelder eksempelvis Trondheim fengsel. I fengselshelsetjenesten i Trondheim fengsel har de lege fire dager i uken, fem sykepleiere, fysioterapeut og helsesekretær. Det er også tre av de ansatte som har videreutdanning i rus og psykiatri. Etter førstegangssamtale opplever de ofte at det er behov for avrusning eller abstinensregimer, og innsatte får raskt legetime ved behov. I fengslet er det en fengselspoliklinikk driftet av spesialisthelsetjenesten, og den kommunale delen av fengselshelsetjenesten henviser ofte dit ved behov. Det er etablert samarbeid med overdoseteamet i kommunen om utdeling av Nyoxid nesepray. Fengselshelsetjenesten har også samarbeid med LAR. Disse rutinene for kartlegging og oppfølging, samt bidrag til forebygging av overdoser, vil en finne i flere fengsel (se også prosjekt i Tromsø fengsel knyttet til overdoseforebygging under kapittel 6 om samfunnseffekter). I fengslet er det skjedd en reell styrking av tilbudet under opptrappingsperioden. Trondheim fengsel er et av de fengslene hvor det i 2017 ble etablert en egen rusmestringsenhet etter «stifinnermodellen». Rusmestringsenheten er et samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten (TSB). Fengslet har også den senere tiden fått lege en ekstra dag i uken, og de har slik fått styrket kapasiteten. Fengselshelsetjenesten har inngått i et læringsnettverk i kommunen om sårbare overganger, her er også enhet for psykisk helse og rus i kommunen, kriminalomsorgen og NAV representert.

Et annet fengsel hvor det har skjedd en utvikling av tilbudet i perioden, er Tromsø fengsel, et vesentlig mindre fengsel enn Trondheim fengsel.

### *Innovasjon i samhandling i Tromsø fengsel*

I Tromsø fengsel vurderer de at det har vært en bedring av tilgjengeligheten til helsetjenester i perioden. Kompetansen vurderes som god, med en lege i 20 prosent stilling og 3,2 årsverk sykepleiere hvor alle har videreutdanning i psykisk helse og rus. Informanten presenterer tjenesten som et utvidet legekontor i fengslet. Sykeligheten i fengslet vurderes som høy, hvor seks-syv av ti innsatte har psykiske helse- og rusproblemer.

Fengselshelsetjenesten har også hatt et omfattende innovasjonsprosjekt for bedring av tilgjengeligheten til tjenester utenfor fengslet for innsatte ved hjelp av Skype (digitale løsninger), mer presist om å bruke Skype for business for bedre samhandling med kommuner og samarbeidspartnere. Prosjektet er finansiert ved statlige tilskuddsmidler og er forankret i et trepartssamarbeid mellom kommunen, fengslet (kriminalomsorgen) og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Prosjektet har fire mål:

1. Det første er samhandling med behandlere og spesialisthelsetjenesten innenfor rus og psykisk helse. I Tromsø fengsel dreier dette seg om ruspoliklinikk og voksenpsykiatrisk poliklinikk ved UNN i Tromsø, men for samisktalende også Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS). Vurderingen er at dette nå fungerer bra, det er etablert studio i fengslet, og det formelle rundt det å ha denne typen digitalt tilbud i fengslet er avklart. Det er mange samtaler mellom innsatte og behandler, og tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten vurderes å ha blitt betydelig bedre.
2. Det andre er kontakt mellom innsatte og barn. På denne måten kan barn få snakke med mamma eller pappa i fengslet mens de er på sin hjemmearena. Dette presenteres som å være forankret i et barneperspektiv, at ungene skal kunne ha kontakt med foreldrene sine.
3. Det tredje er kontakt mellom fagmiljøene i fengselshelsetjenesten i landsdelen. Det er små fagmiljøer, med fire til fem personer i Tromsø fengsel, to til tre i Vadsø fengsel og fire til fem i Bodø. I Vadsø fengsel er de i gang med å implementere dette systemet og har kontakt med behandlere. Under datainnsamlingen var det planlagt et møte med Bodø fengsel for at de skal ta i bruk denne infrastrukturen.
4. Den fjerde delen er kontakt mellom fengsel og kommunene, ruskonsulenter og andre. En av intensjonene er at det kan være lettere å få til en individuell plan før løslatelse og kontinuitet i behandling og oppfølging. Det er store avstander i landsdelen, og det å dra ut i kommunene tar mye tid.

SIFER Nord er nå koblet på prosjektet og lager et undervisningsopplegg for å formidle denne strukturen og samhandlingsformen til andre fengsler.

Vurderingen i fengselshelsetjenesten er at innsatte får bedre oppfølging enn tidligere. Erfaringen er at tidligere ble mange framstillinger avlyst som følge av personalsituasjonen i fengslet og sykdom blant betjenter. Nå gjennomføres behandlingsopplegg med større kontinuitet, og særlig samisktalende innsatte har fått et bedre tilbud. Denne typen opplegg vil ikke erstatte behovet for direkte fysiske møter mellom innsatt og behandler, men kan være et supplement.

I fengselshelsetjenesten i Tromsø har de også hatt prosjektmidler til et eget hepatitt C-prosjekt. Alle innsatte har blitt screenet når de kommer inn i fengslet, om de er positive, har de fått tilgang til behandling i fengslet. Om lag ti personer er ferdig behandlet og friske. Også Trondheim fengsel har hatt hepatitt C-behandling.

Vurderingen i Tromsø er at prosjekt- og tilskuddsmidler gir muligheter for å utvikle tilbud i fengselshelsetjenesten og fengslet som kan gi innsatte bedre tilgang til tjenester og en mulighet for å bruke oppholdet i fengslet som en start på et endringsarbeid. I de utviklingsprosjektene som er nevnt her, har WayBack vært en samarbeidspartner for de involverte aktørene.

## 12 Overordnet vurdering

---

I 2020 er opptrappingsplanen for rusfeltet inne i sitt siste år. Denne statusrapporten viser at det foreløpig er vanskelig å gi noe entydig bilde av hvorvidt det er en utvikling mot god måloppnåelse på de ulike områdene i opptrappingsplanen. Årets statusrapport viser, i likhet med de to tidligere rapportene fra følgeevalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet, at det er mye aktivitet. Det pågår mye utviklingsarbeid i kommunene på dette området, og det er stor oppmerksomhet om enkelte av de prioriterte områdene i opptrappingsplanen. Dette gjelder særlig målet om mer brukerrettede tjenester, men også tilgjengelighet i tjenestene og det å kunne tilby mer arenafleksible og oppsøkende tjenester. I tillegg viser funn fra casestudiene at det er mer oppmerksomhet om arbeid og aktivitet for målgruppen, både i kommunene og i deler av spesialisthelsetjenestene. Det kvalitative materialet synliggjør også noen spesifikke utfordringer som vi kommenterer nærmere.

### Noen utfordringer sett fra kommunene

Det er særlig fire utfordringer som peker seg ut i intervjuene med kommunene. For det første er det å kunne tilby et godt bo- og tjenestetilbud til personer med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) fortsatt en utfordring i mange kommuner. Denne brukergruppen har ofte omfattende levekårsproblemer på mange områder samtidig, og det etablerte tjenestetilbudet klarer i mange tilfeller ikke å tilby tilpassede tjenester. Flere av casekommunene peker på at brukergruppen er ressurskrevende, og at det er behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å gi gode tilbud. Det at brukergruppen har så mange samtidige problemer, gjør at det også er krevende å etablere gode bo- og oppfølgingstilbud. En av informantene i årets casestudie var opptatt av at det er mye utvikling på rusfeltet. Det skjer en utvikling av tilbud og kompetanse, men for de med de mest omfattende problemene, de som kanskje utfordrer tjenestene og systemene i størst grad, har det i mindre grad skjedd endringer.

For det andre viser årets kvalitative studie at ansatte i både kommunene og spesialisthelsetjenestene tar opp mangel på egnede boliger som en begrensning for arbeidet innenfor rusfeltet. For kommunene er utfordringen å kunne tilby egnede boliger for personer med rusproblemer i ulike livssituasjoner. For spesialisthelsetjenesten er utfordringen at de ofte erfarer at pasientene ikke har en egnet bolig, og at det å få en egnet bolig på plass kan ta lang tid. Dette gjør at brukerne/pasientene ofte ikke har muligheten til en gradvis overgang til å mestre livet i egen bolig etter døgnbehandling. Det vil si slik at pasienten kan ha perioder i boligen før utskrivelse. Den største frustrasjonen er knyttet til at pasienter skrives ut til midlertidige botilbud eller til det samme belastede bomiljøet som de bodde i før de kom inn i behandling.

For det tredje viser de kvalitative studiene at det er mye samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, men at aktørene fortsatt strever med å finne gode samarbeidsformer. Dels er utfordringene knyttet til å ha nok ressurser til et tett samarbeid, dels er det utfordringer med ulike tilnærminger og kulturer. Spesialisthelsetjenesten har diagnostiske inntakssystemer for inkludering av pasienter i ulike behandlingstilbud, mens kommunene ser det samlede problembildet og er opptatt av

personer med omfattende rusproblemer/avhengighetsproblematikk som ikke klarer å nyttiggjøre seg etablerte tilbud, eller som ekskluderes fra ulike tilbud som eksempelvis FACT-team. Samtidig indikerer de kvalitative intervjuene at det å ha operative samarbeid, hvor aktørene møtes og arbeider sammen om oppfølging av brukere/pasienter, bidrar til bedre vurdering av samarbeidet og til utvikling av samarbeidet. I spesialisthelsetjenesten er det flere informanter som påpeker at det har vært en utvikling i tjenestetilbudet og tilgjengelig kompetanse i kommunene. At det er spesifikke tjenester i kommunen som ivaretar rusfeltet, og at spesialisthelsetjenesten har etablert kontakt med tjenesteutøvere i kommunen, gjør at samarbeidet vurderes å fungere bedre nå enn tidligere. Foreløpig er det få resultater av innføring av pakkeforløp for samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, men flere informanter har forventninger til at den delen av pakkeforløpet som omfatter innhold i henvisninger, brukerinvolvering og tidlige ansvarsgruppemøter i behandlingsforløpet, kan ha positiv betydning for samarbeidet på litt lengre sikt.

En fjerde utfordring som framkommer av det kvalitative datamaterialet, er bekymringen for at en presset kommuneøkonomi kan føre til at etablerte tilbud bygges ned, eller at tilbud utviklet ved hjelp av tilskuddsmidler ikke videreføres i ordinær drift.

## Få målbare resultater

Ser vi på indikatorene som er utviklet for å vurdere måloppnåelsen innenfor opptrappingsplanens definerte mål, er det foreløpig ikke mulig å gi noe entydig bilde av hvorvidt opptrappingsplanen gir resultater. Noen indikatorer antyder en utvikling i retning av større måloppnåelse, andre viser en utvikling i uønsket retning. For de fleste indikatorer hvor vi har oppdaterte data for 2018, er det ikke mulig å identifisere noen signifikant endring. Det er likevel interessant å kommentere utviklingen på noen områder.

Det er flere kommuner i 2018 enn i 2017 som oppgir at de ivaretar voksne som pårørende på en god måte, en økning på 5 prosentpoeng (indikator 33). Vurderingen av ivaretagelsen av barn som pårørende viser ingen endring (indikator 34). For begge disse indikatorene er det nå litt under halvparten av kommunene som vurderer at de ivaretar henholdsvis voksne og barn som pårørende på en god eller svært god måte. Dette illustrerer at det er vanskelig å si at vi samlet ser en positiv utvikling i retning av større måloppnåelse.

Videre ser vi en antydning til positiv utvikling i andel kommuner som rapporterer at de har systemer på tvers for tidlig identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk (indikator 42). Halvparten av kommunene oppgir nå at de har denne typen systemer, en endring på 7 prosentpoeng fra 2017 til 2018. Det er også en betydelig økning i andel kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk (indikator 53, i overkant av 8 av 10 kommuner har ØDH).

Det er også en større andel kommuner som nå oppgir at de har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/avhengighet. Syv av ti kommuner har det (indikator 69).

Samtidig må det påpekes at det innenfor målområdene hvor disse indikatorene inngår, ikke er mulig å måle bedring i resultatene når det gjelder kommunenes vurdering av om tilbudet til brukerne er bedre, eller om brukerens situasjon på området er bedre. Det er eksempelvis målt større samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og NAV om arbeidsrettet rehabilitering, men andelen brukere som er i arbeid, er



i likhet med forrige måling kun 13 prosent (indikator 84 / BrukerPlan). I BrukerPlan-kartleggingen er det kun tre av ti som vurderes å ha tilfredsstillende meningsfylt aktivitet (indikator 81).

Hovedmål 5, alternative strafferettslige reaksjoner og bedret rusbehandling i fengslene, er det eneste målområdet hvor det er en positiv utvikling på flere av indikatorene. På dette området har de inkluderte tiltakene i opptrappingsplanen hatt stor oppmerksomhet. Det er etablert flere rusmestringsenheter i fengslene i perioden (indikator 87), Narkotikaprogram med domstolskontroll er implementert over hele landet, det er flere iverksatte dommer (indikator 89, 90 og 91), og det er flere saker med ungdomsstraff og oppfølging (92). Men heller ikke her er det et entydig bilde. Det er en betydelig reduksjon i antall personer som soner utenfor fengsel etter straffelovens § 12 – soning i behandlingsinstitusjon (indikator 88). Det har imidlertid kommet en forskningsrapport som setter spørsmålsteget ved kvaliteten på gjennomføringen av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging (Andrews & Eide 2019).

Med andre ord er det foreløpig ikke mulig å gi noe entydig bilde av utviklingen på noen av målområdene.

På et overordnet nivå, knyttet til levekårene for personer med rusproblemer, ser vi i likhet med det som påpekes i det kvalitative materialet, at andelen brukere med svært omfattende levekårsproblemer ikke reduseres (indikator 15 og 16). 60 prosent av brukerne vurderes å ha en utilfredsstillende samlet levekårs situasjon. I perioden er det stabilt 13–14 prosent som vurderes å ha svært omfattende levekårsproblemer.

I neste statusrapport vil oppdaterte data fra brukertilfredshetsundersøkelsen (BU) gjennomført av KoRus Midt være tilgjengelig. Disse vil gi svært verdifull informasjon om hvorvidt brukerne erfarer at tilbudet de mottar, har blitt bedre i opptrappingsplanens periode.

## **Fortsatt opptrapping av innsats**

Også denne statusrapporten viser at det har vært en opptrapping av ressursene til rusfeltet, men i mindre skala enn i tidligere år. Overføringene til kommunene, gjennom rammetilskudd begrunnet med opptrappingsplanen og i tilskuddsmidler, trappes fremdeles opp, men i mindre omfang enn tidligere år. Innsatsen innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har flatet ut, slik vi også viste i forrige statusrapport. Den delen av den gylne regel som vi har avgrenset til større vekst i kostnader innenfor rus- og psykisk helsefeltet enn somatikk følges ikke opp på nasjonalt nivå i 2018 og ble heller ikke fulgt opp på nasjonalt nivå i 2017.

Det er fortsatt en økning i rapporterte årsverk innenfor psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Denne økningen i årsverk underbygges også av KOSTRA-data.

Som vist innledningsvis er det bekymring blant mange av informantene i det kvalitative materialet for opprettholdelsen av innsats på rusfeltet framover. Dette henger sammen med at rusfeltet i mange kommuner fortsatt er under oppbygging og utvikling, og at for noen brukergrupper er tilbudene ressurskrevende. I en presset kommuneøkonomi er informantene bekymret for om innsatsen blir opprettholdt framover.

I forrige statusrapport estimerte vi at det var behov for om lag 600–650 millioner kroner i 2020 for å nå målet om en opptrapping på 2,4 milliarder i opptrappingsperioden. Underlaget for dette estimatet er endret siden siste rapport (se nærmere redegjørelse i kapittel 5). I årets statsbudsjett ble det presentert en revidert oversikt over hvor mye som er bevilget av midler så langt i opptrappingsperioden. Revide-

ringen er, som beskrevet i kapittel 5, knyttet til at den boligsosiale innsatsen fra Husbanken overfor personer med rusproblemer vurderes å ha vært høyere enn tidligere estimert.

Vi har ikke fått tilgang til hvordan HOD og KMD har foretatt beregningen av hvor stor andel av disse bevilgningene som skal vurderes som en opptrapping eller en merbevilgning. I evalueringsforløpet videre vil vi forsøke å få større innsikt i grunnlaget for denne beregningen. Dette er vesentlig for å kunne vurdere om denne innsatsen skal vurderes som en opptrapping av innsatsen på rusfeltet. I opptrappingsplanen var det lagt inn et mål om en opptrapping av ressursene til rus- og psykisk helsefeltet på 2,4 milliarder. Dette er midler som skal komme i tillegg til eller utover innsatsen som allerede er på området, altså før 2016. I årets statsbudsjett og pressemeldingen fra HOD om at målet om 2,4 milliarder til opptrappingsplanen for rusfeltet er «overoppfylt»,<sup>26</sup> ligger et premiss om at det har vært en opptrapping innenfor Husbankens portefølje på totalt 500 millioner til boliger for personer med rusproblemer. I denne statusrapporten har vi ikke grunnlag for å vurdere dette premisset og følgelig heller ikke om de foreslåtte 150 millioner i opptrapping i rammeoverføringen i 2020 vil være tilstrekkelig for å innfri dette målet.

Samtidig understreker årets statsbudsjett et interessant dilemma: Hva er det viktigste målet på om opptrappingsplanen har lyktes? Er det opptrapping av ressurser, eller er det resultatene innenfor de ulike målområdene i planen? Det boligsosiale området er interessant i så henseende.

### **Det boligsosiale feltet**

Det å ha rusproblemer utgjør en risikofaktor for å erfare bostedsløshet (Dyb & Lid 2017; Hansen 2017, 2018). Dette har hatt stor oppmerksomhet i Norge siden årtusenskiftet. Den siste kartleggingen av bostedsløse i 2016 (Dyb & Lid 2017) viste en betydelig nedgang i antall bostedsløse. Det var en nedgang i antallet bostedsløse blant alle tidligere identifiserte kategorier av bostedsløse, også personer med rusproblemer. Når Dyb og Lid (2017) skal forklare nedgangen i antall bostedsløse, viser de til en langvarig boligsosial innsats for å forebygge og bekjempe bostedsløshet, hvor Husbanken har spilt en betydelig rolle. Denne innsatsen startet for alvor i 2004 med Prosjekt bostedsløse, fortsatte med strategien På vei til egen bolig, ble videre utviklet i en bredere tilnærming i Husbankens boligsosiale utviklingsprogrammer fra 2009 og videreført i den pågående nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd (2014–2020). I disse innsatsene har boliger (og booppfølging) til personer med rusproblemer vært viktige temaer.

Fortsatt er det slik at det å ha rus- og psykiske helseplager utgjør en risikofaktor for å erfare bostedsløshet. Kartleggingen i 2016 viste at nær 60 prosent av de som er bostedsløse, har rusproblemer. Nær en firedel har samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. I denne gruppen er det mange med omfattende og sammensatte problemer, og flere har vært bostedsløse over lang tid (Dyb & Lid 2017:162–165). I likhet med det påpekte i forrige statusrapport, og som vi også har tatt opp i denne rapporten, er dette en gruppe som kommunene strever med å finne gode bo- og tjenesteløsninger til. I årets statusrapport viser vi at det ikke er mulig å identifisere noen utvikling i retning større måloppnåelse på det boligsosiale området ut fra kommunenes vurdering av situasjonen (indikator 76, 77, 85 og 86). I BrukerPlan-kartleggingen vurderer kom-

---

<sup>26</sup> <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/malet-om-24-milliarder-kroner-til-rusfeltet-er-overoppfylt/id2672208/>

munene at 71 prosent av brukerne har en tilfredsstillende bosituasjon. Kun 55 prosent av kommunene vurderer at de i stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig. De kvalitative dataene underbygger at dette er et område hvor flere kommuner erfarer at de har uløste oppgaver. Samtidig er det ingen tvil om at brukernes bosituasjon får mer oppmerksomhet i kommunene nå enn tidligere. For mange kommuner er det strukturelle utfordringer i boligmarkedet som gir konsekvenser også for tilbudet til personer med rusproblemer. Det å kunne tilby egnede boliger for personer etter endt opphold i døgnbehandling ser ut til å dreie seg om både tilgang til boliger i ordinære bomiljø og troen på at den det gjelder, vil klare å mestre egne rusproblemer og opprettholde en stabil bosituasjon. For personer med omfattende rus- og psykiske helseproblemer er problemstillingen kanskje mer det å få egnede boliger og tilgjengelige tjenester for oppfølging. Det arbeides med en ny stortingsmelding for det boligsosiale arbeidet. Erfaringene fra kommunene på dette området bør være et viktig innspill i dette arbeidet.

På statlig nivå har både Helsedirektoratet (som del av opptrappingsplanen for rusfeltet) og Husbanken (med den boligsosiale strategien Bolig for velferd) oppmerksomhet om gruppen med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse i siste del av planperioden.

## **Statlig innsats foran siste år med opptrapping**

I forrige statusrapport (Hansen mfl. 2018b) pekte vi på at det er stor kommunal variasjon i innsatsen på rusfeltet. Årets statusrapport viser det samme bildet. For noen kommuner er det fortsatt behov for oppbygging av tilbud og utvikling av nye tjenester, for andre er det kanskje i større grad et spørsmål om innretting av tjenestene, koordinering av tilbud og sammenheng i tjenestetilbudet.

Siden forrige rapportering har innsatsen i Helsedirektoratet og på regionalt nivå blitt mer målrettet for å bidra til større måloppnåelse i opptrappingsplanen for rusfeltet. Helsedirektoratet har en prosess hvor de vurderer noen områder de vil prioritere særlig i siste del av planperioden. De har både styrket lederforankringen av planen og samarbeidet med de regionale aktørene gjennom arbeidsutvalg og rådgiver-samlingene for fylkesmannsembeter og kompetansesenter. Det er noe mindre felles aktivitet mellom direktoratene om en samlet oppfølging av opptrappingsplanen for rusfeltet. Som vist i kapittel 3 har det ikke vært noen tydeligere presisering av mandatet for direktoratenes felles innsats på dette området. Det er riktignok mye samarbeid mellom enkelte direktorater om spesifikke tiltak og prosesser som er inkludert i opptrappingsplanen.

På regionalt nivå varierer innsatsen, men generelt er det mye aktivitet og samarbeid mellom fylkesmannsembetene og KoRus-ene for å bidra til å styrke kompetansen på prioriterte områder i kommunene og stimulere til utvikling av tjenester i tråd med føringene i opptrappingsplanen.

Arbeidsutvalget for opptrappingsplanen er et viktig forum for dialog mellom representanter for de regionale aktørene og Helsedirektoratet. Dette utvalget kan bli betydningsfullt for en målrettet innsats i siste del av opptrappingsperioden. I kapittel 4 peker vi på hvorvidt en burde vurdere om en skulle forsterke dette utvalget ytterligere dette siste året i planperioden ved å inkludere representanter for kommunene og brukerne i utvalget.

Indikatorsettet indikerer at det fortsatt er behov for målrettet innsats på flere områder. I det siste året av opptrappingsplanen bør det være oppmerksomhet både om å bidra til styrket innsats for å nå målene i planen og om å utvikle bærekraftige tjenester på rusfeltet.

# Litteratur

---

- Andrews, T. & Eide, A. K. (2019). *Mellom hjelp og straff. Fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen?* NF rapport nr: 2/19.
- Bakken, A. (2019). *Ungdata 2019. Nasjonale resultater*. NOVA Rapport 9/19.
- BrukerPlan (2019). *Brukerplan årsrapport 2018. Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunene*. Helse Stavanger.
- Dyb, E. & Lid, S. (2017). *Bostedsløse i Norge 2016 - en kartlegging*. NIBR-rapport 2017:13.
- Hansen, I. L. S. (2018). Users' Choice in Providing Services to the Most Vulnerable Homeless People. *Social Inclusion*, 6(3).
- 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., Jensen, R. S. & Fløtten, T. (2019). *0-24-samarbeidet. Et kunnskapsgrunnlag*. Fafo-notat 2019:21.
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Flatval, V. S., Andersson, S., Holst, L. S. & Bråthen, K. (2018a). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016*. Fafo-rapport 2018:08.
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2018b). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Andre statusrapport*. Fafo-rapport 2018:44.
- Husbanken (2016). *Årsrapport 2015*.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/6ed06d0c878446889f5d59c96feb3fe6/2015\\_arsrapport.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/6ed06d0c878446889f5d59c96feb3fe6/2015_arsrapport.pdf)
- Kriminalomsorgen (2019). *Årsrapport 2018 for kriminalomsorgen*.  
<http://www.kriminalomsorgen.no/statistikk-og-noekkeltall.237902.no.html>
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Ådnes, M., Lassemo, E. & Kalseth, J. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF-rapport 2018:01346
- Prop. 15 S. *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*.



# Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet

Dette er den tredje statusrapporten for evalueringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Vi presenterer årlige statusrapporter i planperioden og en endelig resultatevaluering i 2021. Grunnlagsrapporten – den første statusrapporten – ble offentliggjort i april 2018 (Hansen mfl. 2018a), den andre i desember 2018 (Hansen mfl. 2018b). Det er etablert et omfattende indikatorsett for å kunne vurdere måloppnåelse i opptrappingsplanen. Denne statusrapporten gir en måling på dette indikatorsettet tre år etter at opptrappingsplanen ble iverksatt. Videre gis det en vurdering av utviklingen i lys av et omfattende kvalitativt materiale.



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

Fafo-rapport 2019:33  
ISBN 978-82-324-0534-3  
ISSN 2387-6859  
Bestillingsnr. 20730