

Rapport

Kommunalt rusarbeid og innlemming av statlig rustilskudd i den kommunale rammen

Forfattere

Karin Dyrstad og Solveig Osborg Ose



Rapport

Kommunalt rusarbeid og innlemming av statlig rustilskudd i den kommunale rammen

EMNEORD:
EmneordVERSJON
Endelig rapportDATO
2014-05-13FORFATTERE
Karin Dyrstad og Solveig Osborg OseOPPDRAGSGIVER(E)
HelsedirektoratetOPPDRAGSGIVERS REF.
Thor Hallgeir JohansenPROSJEKTNR
102005831ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
85**SAMMENDRAG**

Vi har undersøkt det kommunale rusarbeidet, basert på en kartlegging der 44 prosent av landets kommuner valgte å delta. Kartleggingen skulle gi svar på hvordan rusarbeidet er organisert, hva tilbudet består av, utfordringer og udekkede behov, og virkninger av at rustilskuddet ble lagt inn i den kommunale rammen. Den vanligste organiseringen av rustjenesten i utvalget er som en egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helse, eller som en del av NAV. Tendensen er at flere velger å ta rustjenesten ut av NAV. Tilbudet til rusmiddelavhengige som venter på tverrfaglig spesialisert rusbehandling består i stor grad av samtaler, boligsosialt arbeid og ulike tiltak rettet mot arbeid og fritid. Mens de rusmiddelavhengige er inne til behandling består det kommunale tilbudet stort sett av oppfølging og forberedelse av tilbudet etter endt behandling. Etter utskrivning handler mye av innsatsen om hjelp med praktiske ting som bolig, økonomi, arbeid og fritid. Det er størst udekket behov for egnede boliger og døgnbemannede omsorgsboliger, fulgt av tilbud om arbeid og lavterskel aktivitetstilbud. Mange beskriver en økning av eldre og sykere rusmiddelavhengige som trenger døgnkontinuerlig omsorg. Et flertall vurderer de økonomiske rammene til rusarbeid som knappe. Den økonomiske situasjonen blir også vurdert som den viktigste enkeltfaktoren som påvirker det kommunale rusarbeidet. Det er nesten enstemmighet om at øremerking må til dersom rusfeltet skal prioriteres.

UTARBEIDET AV
Karin Dyrstad, forsker

SIGNATUR

KONTROLLERT AV
Marian Ådnanes, seniorforsker, forskningsleder

SIGNATUR

GODKJENT AV
Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR



SINTEF Teknologi og samfunn

Postadresse:
Postboks 4760 Sluppen
7465 Trondheim

Sentralbord: 73593000
Telefaks: 93270500

ts@sintef.no
www.sintef.no
Foretaksregister:
NO 948 007 029 MVA

RAPPORTNR
A26099

ISBN
978-82-14-05680-8

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Sammendrag | 7 |
| 1 Innledning | 10 |
| 1.1 Formål og problemstillinger..... | 10 |
| 1.2 Kommunenes rolle i rusarbeidet | 10 |
| 1.2.1 Utvikling av rusfeltet..... | 11 |
| 1.2.2 Handlingsplaner, rusreform og samhandlingsreform | 12 |
| 1.2.1 Kommunens oppgaver på rusfeltet i dag | 14 |
| 1.2.2 Opptrappingsplan og finansiering | 16 |
| 1.3 Oppsummering | 17 |
| 2 Data og metode | 18 |
| 2.1 Innledende gjennomgang av litteratur og relevante dokumenter | 18 |
| 2.2 Intervju med rusrådgivere ved fylkesmannsembetene | 18 |
| 2.3 Spørreskjema til representanter for kommunalt rusarbeid i alle landets kommuner | 18 |
| 2.3.1 Utvalg og representativitet..... | 19 |
| 2.3.2 Om respondentene..... | 21 |
| 2.4 Oppsummering | 23 |
| 3 Situasjon, prioritering og organisering | 24 |
| 3.1 Hvordan defineres "rusproblemer" i kommunene? | 24 |
| 3.1.1 Funksjonsnivå og konsekvenser | 25 |
| 3.1.2 Klar definisjon mangler..... | 25 |
| 3.1.3 Behov og brukergrupper..... | 25 |
| 3.1.4 Situasjonsbeskrivelse | 27 |
| 3.1.5 Andre svar..... | 27 |
| 3.2 Organisering av rustjenesten | 28 |
| 3.3 Hvordan fungerer organiseringen?..... | 30 |
| 3.3.1.1 Felles enhet for rus og psykisk helse | 31 |
| 3.3.1.2 I hovedsak organisert som en del av NAV | 32 |
| 3.3.1.3 Egen enhet for rusrelatert arbeid..... | 32 |
| 3.3.1.4 Egen enhet, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter | 33 |
| 3.3.1.5 Annet | 34 |
| 3.4 Omorganiseringer av rusarbeidet..... | 35 |
| 3.5 Oversikt over brukerne | 36 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.6 | Ruspolitisk handlingsplan..... | 39 |
| 3.7 | Oppsummering | 41 |
| 4 | Innhold i det kommunale tjenestetilbudet..... | 43 |
| 4.1 | Helhetlige og samordnet, tilgjengelig og individuelt tilpasset tilbud | 44 |
| 4.2 | Bruk av individuell plan, ansvarsgrupper og koordinator | 45 |
| 4.3 | Forebyggende rusarbeid | 47 |
| 4.3.1 | Kommuner med liten grad av forebygging..... | 49 |
| 4.3.2 | Effekten av å ha en ruspolitisk handlingsplan | 50 |
| 4.3.3 | Generelt holdningsarbeid og ungdomsarbeid..... | 50 |
| 4.3.4 | Systematisk forebygging..... | 52 |
| 4.3.5 | Samarbeid og samordningsmodell for lokale forebyggende tiltak mot rus (SLT) | 53 |
| 4.4 | Hvilke tiltak tilbys, og hvordan fungerer de? | 53 |
| 4.4.1 | Tilbud til rusmiddelavhengige som venter på TSB, eller som ikke ønsker slik behandling | 55 |
| 4.4.2 | Tilbud til ruspasienter som er under behandling i TSB..... | 58 |
| 4.4.3 | Oppfølging og rehabilitering for rusmisbrukere som har avsluttet behandling..... | 60 |
| 4.5 | Aktører og samarbeid i rusarbeidet..... | 61 |
| 4.6 | Oppsummering | 63 |
| 5 | Utfordringer og kvalitet i tjenestetilbudet | 65 |
| 5.1 | Generell vurdering av tjenestetilbudet..... | 65 |
| 5.2 | Rammevilkår og organisering | 66 |
| 5.2.1 | Forankring og prioritering..... | 66 |
| 5.2.2 | Ressurser | 67 |
| 5.2.3 | Kompetanse og rekruttering | 68 |
| 5.2.4 | Organisering og koordinering..... | 68 |
| 5.2.5 | Rustilbudet i små kommuner | 68 |
| 5.3 | Tjenestetilbudet..... | 70 |
| 5.3.1 | Tidlig innsats og forebygging | 70 |
| 5.3.2 | Behov for omsorgsboliger med døgnbemanning..... | 71 |
| 5.3.3 | Arbeid og aktiviteter | 71 |
| 5.4 | Brukergrupper og behov..... | 72 |
| 5.4.1 | Kartlegging | 72 |
| 5.4.2 | Endringer i brukergruppa | 73 |
| 5.4.3 | Forebygging og tidlig innsats, særlig overfor ungdom | 73 |
| 5.5 | Spesialisthelsetjenesten og samhandlingsreformen | 74 |
| 5.5.1 | Spesialisthelsetjenesten | 74 |
| 5.5.2 | Samhandlingsreformen | 75 |
| 5.6 | Oppsummering | 75 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 6 | Finansiering og rustilskudd | 76 |
| 6.1 | Økonomiske ressurser og utvikling av tjenestetilbudet | 76 |
| 6.2 | Virkninger av innlemming av rustilskuddet | 78 |
| 6.2.1 | Hvor mange mottok tilskudd, og hva ble tilskuddet brukt til? | 78 |
| 6.2.2 | Endringer i økonomi og tilbud 2012-2013 | 78 |
| 6.2.3 | Erfaringer med bruk av rustilskuddet | 80 |
| 6.2.4 | Øremerking og prioritering | 81 |
| 6.2.5 | Stimulerer kreativitet, gir byråkrati og uforutsigbarhet? | 81 |
| 6.3 | Oppsummering | 83 |
| | Litteratur | 84 |

Forord

Formålet med denne rapporten er å gi en beskrivelse av det kommunale rusarbeidet. Formålet med prosjektet har først og fremst vært å skaffe mer kunnskap om det kommunale rusarbeidet. Sentrale tema her er organisering, samarbeid, utfordringer, prioriteringer og innhold i tjenestene. I tillegg har vi sett på konsekvensene av at et statlig tilskudd til rusarbeid, som kommunene kunne søke på, fra og med 2013 av har vært lagt inn i rammeoverføringene til kommunene.

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Vi vil takke seniorrådgiver Thor Hallgeir Johansen for et godt samarbeid. Vi vil også takke rusrådgivere ved fylkesmannen som har bidratt med viktig kunnskap og god oversikt. En stor takk fortjener ikke minst representantene for kommunalt rusarbeid – ruskonsulenter, avdelingsledere, fagledere, NAV-ledere og ansatte, og andre – som har fylt ut et omfattende spørreskjema om rusarbeidet i kommunen.

Trondheim, 13. mai 2014



Karin Dyrstad,

Forsker

Sammendrag

Problemstilling og metode

Formålet med prosjektet har vært å skaffe mer kunnskap om det kommunale rusarbeidet, samt analysere virkningene av at rustilskuddet fra 2013 ble lagt inn i den kommunale rammen. Det første delmålet er å gi en vurdering av det kommunale tilbudet innen rusarbeid. Dette innebærer både en beskrivelse av det faktiske tjenestetilbudet og en vurdering av hvordan dette tilbudet fungerer og hvilke svakheter som finnes i det eksisterende tilbudet. Det andre delmålet i denne studien er å vurdere konsekvensene av at statlige tilskudd til rusarbeid ble fra 2013 lagt inn i rammeoverføringene til kommunen. For å svare på disse problemstillingene gjennomførte vi en kartlegging der alle landets kommuner ble invitert til å delta. 44 prosent av kommunene valgte å delta. Små kommuner er overrepresentert i utvalget, og det er også visse geografiske skjevheter i utvalget. I Akershus har 73 prosent av kommunene deltatt i kartleggingen, mens knapt 31 prosent av kommunene i Sogn og Fjordane har svart. Den laveste andelen finner vi i Vest-Agder, der bare tre kommuner, eller 20 prosent, har deltatt. Flertallet av respondentene har helse- eller sosialfaglig høyskoleutdanning, og nesten halvparten har videreutdanning innen rus/psykisk helsearbeid.

Organisering

Et flertall av kommunene har definert rusproblemer etter konsekvensene av rusmiddelbruk. En person har et rusproblem når bruken av rusmidler går ut over den enkeltes daglige gjøremål, får nedsatt livskvalitet og redusert funksjonsnivå, eller når rusen tar overhånd. Noen nevner også negative konsekvenser for pårørende som en del av definisjonen. En slik definisjon er i tråd med faglitteraturen på feltet.

Den vanligste organiseringen av rustjenesten i utvalget er som en egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helse (35 prosent), mens 30 prosent av kommunene i hovedsak har organisert arbeidet som en del av NAV. 24 prosent av kommunene har en egen enhet for rusrelatert arbeid, men halvparten av disse rapporterer at det i tillegg foregår rusarbeid ved andre enheter. Det er en tydelig tendens til at flere og flere velger å ta rustjenesten ut av NAV; dette er den vanligste omorganiseringen de siste to årene. Flere representanter argumenterer for at det er en fordel å samle fagkompetansen i en egen enhet (evt. sammen med psykisk helse), og at det å ta tjenesten ut av NAV gjør at det blir mindre fokus på økonomi, ytelser og rettigheter, og større innsats mot selve rusproblemet.

Fire av fem kommuner har en ruspolitisk handlingsplan, og i 84 prosent av tilfellene ble den revidert i 2012 eller 2013. Svært få kommuner har utdaterte planer. Forebygging, skjenkebevillinger og tidlig innsats er blant områdene som nevnes, sammen med å styrke tilbudet til etablerte rusmisbrukere. Flere av svarene vektlegger også brukerinnflytelse, folkehelseperspektiv og økt samarbeid, samordning og koordinering av tjenester.

Tjenestetilbud

Et klart flertall av de fagansvarlige i kommunalt rusarbeid beskriver at tjenestetilbudet generelt er helhetlig og samordnet, tilgjengelig og individuelt tilpasset. Ifølge kartleggingen er bruk av ansvarsgrupper og koordinator relativt utbredt. I en av tre kommuner har over 75 prosent av brukerne ansvarsgruppe, og i en av tre kommuner har 50-75 prosent av brukerne koordinator. Bruken bør sannsynligvis øke, siden erfaringene er gjennomgående positive. Individuell plan er klart mindre utbredt og erfaringene mindre gode. Mange rapporterer at brukerne selv i liten grad ønsker IP.

Det foregår et bredt forebyggende arbeid i store deler av landet. Mye tyder likevel på at ikke alt er like systematisk eller forankret, og mye av det som beskrives er ganske generelt. En del har forankret forebyggingen i den ruspolitiske handlingsplanen og ser ut til å prioritere dette arbeidet. Aktiviteter som beskrives er alt fra rusfrie arrangementer og generelle holdningskampanjer, til mer systematisk og oppsøkende arbeid mot sårbare grupper. Dette ser ut til å være tilfelle særlig i noen av de større kommunene.

Mange steder ser det forebyggende arbeidet ut til å være spredt ut på mange ulike enheter, noe som forutsetter godt samarbeid for at det skal fungere.

Tilbudet til rusmiddelavhengige som venter på behandling i TSB består i stor grad av samtaler, boligsosialt arbeid og ulike tiltak rettet mot arbeid og fritid. Svært mange respondenter beskriver tiltak som samtaler, motiveringsarbeid og tett oppfølging. Her spiller ruskonsulenter og miljøterapeuter en viktig rolle. Mens de rusmiddelavhengige er inne til behandling består det kommunale tilbudet stort sett av oppfølging. Her er ansvarsgrupper og koordinator mye brukt. Den viktigste oppgaven her er å forberede tilbudet etter endt behandling, slik at man får en god overgang fra opphold på institusjon og over i den kommunale tjenesten.

Etter utskrivning handler svært mye av innsatsen om å hjelpe til med praktiske ting som arbeid, bolig, økonomi og fritid. Tett individuell oppfølging og samtaler er fortsatt et viktig element i tjenestene. Kostholdsveiledning, ergoterapi og treningstilbud nevnes også av flere. Noen nevner også oppfølging av medisiner og urinprøver, koordinering av eventuell poliklinisk behandling, og andre helsetjenester.

Samarbeid

Det foregår klart mest samarbeid med psykisk helsevern, NAV og fastleger, fulgt av TSB og andre spesialisthelsetjenester. Samtidig er det største behovet for samarbeid med NAV, psykisk helsevern og fastlege. Her angir et klart flertall av respondentene at det er "svært stort behov" for samarbeid (henholdsvis 69 prosent, 64 prosent og 62 prosent). Dette tyder på at det er relativt godt samsvar mellom behov og faktisk samarbeid. En noe lavere andel angir at svært stort (52 prosent) eller ganske stort (32 prosent) behov for samarbeid med tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I tillegg angir de rusansvarlige et bredt spekter av aktører de mener det er viktig å samarbeide med, fra politi og barnevern til skole, helsestasjon, fritidsklubber og frivillige organisasjoner. Det ser ut til å være en nær sammenheng mellom hvor mye det samarbeides, og hvordan samarbeidet fungerer. Nesten ni av ti respondenter er svært eller ganske godt fornøyd med samarbeidet med psykisk helsevern og NAV, mens fire av fem er svært eller ganske godt fornøyd med samarbeidet med fastlegen. Kun et fåtall respondenter melder om at samarbeidet fungerer dårlig. Det ser dermed ut til at det i stor grad er etablert samarbeid der det er behov for det, og at dette samarbeidet jevnt over fungerer godt. Blant de viktigste samarbeidsaktørene ser det ut til å være størst potensial for bedre samarbeid med TSB, som vurderes som noe dårligere enn samarbeidet med de andre mest sentrale aktørene. Det er likevel få som er direkte misfornøyd med samarbeidet med TSB. Vi har ikke grunnlag for å si noe om samarbeidet i de 56 prosent av kommunene som ikke deltok i kartleggingen.

Utfordringer og udekkede behov i den kommunale rustjenesten

Av tilbudene til rusmiddelavhengige er det størst udekket behov for egnede boliger og døgnbemannede omsorgsboliger, fulgt av tilbud om arbeid og lavterskel aktivitetstilbud. Mange beskriver en økning av eldre og sykere rusmiddelavhengige som trenger døgnkontinuerlig omsorg. Særlig små kommuner ser ut til å ha problemer med å etablere et godt, tilrettelagt aktivitetstilbud. Samtidig rapporterer flere at forebyggende arbeid og tidlig intervensjon blir nedprioritert når det er trange tider, selv om man ser en økning i rusmisbruket blant unge en del steder. Mange opplever også at det er vanskelig å få politisk forståelse for at rusarbeidet må prioriteres.

Finansiering og rustilskudd

Et flertall av kommunene vurderer de økonomiske rammene som knappe. Omlag en av fem kommuner vurderer at de økonomiske rammene stort sett er tilstrekkelige, mens to av tre rapporterer at de økonomiske ressursene i noen eller liten grad strekker til. Den økonomiske situasjonen blir også vurdert som den viktigste enkeltfaktoren som påvirker det kommunale rusarbeidet. På bakgrunn av dette er det rimelig å vente at innlemmingen av ordningen med rustilskudd til den kommunale rammefinansieringen har fått konsekvenser. 80 prosent av kommunene i utvalget vårt mottok statlig tilskudd til rusarbeid i 2011, 2012 eller begge årene.

Midlene gikk blant annet til å opprette prosjektstillinger som ruskonsulent, boveileder, ungdomskonsulent, LAR-konsulent og miljøarbeider. Av tiltak som ble styrket nevnes blant annet kartlegging, forebygging, helsestasjon, lavterskeltiltak, LAR, tidlig intervensjon, boligsosialt arbeid, oppretting av døgnbemannet omsorgsbolig, etablere bedre samarbeidsrutiner, tannhelse, aktivitetstilbud, kompetanseøkning, oppsøkende virksomhet, arbeidstreningstilbud. Omlag en av fem rapporterer at de økonomiske rammene har blitt bedre, mens en av tre mener at de har blitt dårligere fra 2012 til 2013. Det faktiske tjenestetilbudet har også endret seg noe fra 2012 til 2013. Årsaken til endringene er dels ønske om å prioritere annerledes (41 prosent), redusert budsjett (41 prosent) og økt budsjett (18 prosent). Av ulike modeller for statlig medfinansiering for rusarbeidet er øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier klart høyest rangert, fulgt av tilskudd fordelt etter søknad. Ordningen med rustilskudd som ble avsluttet i 2012 beskrives overveiende positivt, selv om søknadsprosessen og rapporteringen knyttet til tilskuddet, samt uforutsigbarheten i ordningen ble vurdert som negativt. Noen mener også at det at man må søke om tilskudd fremmer initiativ og kreativitet, og slik sett også kan være en fordel. Det er nesten enstemmig enighet om at øremerking må til dersom rusfeltet skal prioriteres i de lokale budsjettprosessene.

1 Innledning

1.1 Formål og problemstillinger

Formålet med dette prosjektet har vært å skaffe mer kunnskap om det kommunale rusarbeidet, samt analysere virkningene av at rustilskuddet fra 2013 ble lagt inn i den kommunale rammen. Sentrale tema er organisering, samarbeid, utfordringer, prioriteringer og innhold i tjenestene.

Det første delmålet med studien er å gi en vurdering av det kommunale tilbudet innen rusarbeid. Dette innebærer både en beskrivelse av det faktiske tjenestetilbudet og en vurdering av hvordan dette tilbudet fungerer og hvilke svakheter som finnes i det eksisterende tilbudet.

Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012) la opp til et faglig løft innen forebygging, behandling og oppfølging i rusarbeidet (Prop. S 1 (2007–2008)). Statlige tilskudd ble fra 2013 lagt inn i rammeoverføringene til kommunene. Det andre delmålet i denne studien er å vurdere konsekvensene av denne endringen. Hensikten med omleggingen var å gi kommunene større rom til selv å prioritere innenfor rusarbeidet, uten at det skulle gi reduserte bevilgninger eller en inntektsforskyvning mellom kommunene. Vi har også innhentet informasjon fra kommunene om hvilken type statlig medfinansiering de mener er best egnet for å nå målene de sentrale myndighetene har satt for rusarbeidet i kommunene. Hvilke forventninger, ut i fra foreliggende planer, kommunene har for rusfeltet de neste fem årene er også kartlagt.

Det finnes lite systematisk kunnskap om det kommunale rusarbeidet. Næss og Nesvåg (2012) gir en god oversikt over rusproblematikken i et utvalg av norske kommuner. I deres studie er 36 av 49 kommuner, eller rundt 73 prosent, små eller svært små kommuner. Kun seks kommuner er regnet som store. Her finner vi blant annet Stavanger og Østensjø bydel i Oslo, men ellers er få av de store byene med i utvalget. Alt i alt vet vi overraskende lite om behov og tilbud i den kommunale rustjenesten.

Rapporten berører hovedelementene i det kommunale rusarbeidet og gir et innblikk i tjenestetilbud og lokale utfordringer. Første del av prosjektet har vært å innhente en del bakgrunnsinformasjon om kommunalt rusarbeid gjennom dokumentstudier og intervjuer med utvalgte rusrådgivere hos fylkesmannen. Dette har lagt grunnlag for å utvikle et spørreskjema til kommunene. Det ble tidlig klart at det var behov for mye kvalitativ informasjon fra kommunene for å besvare problemstillingene, og spørreskjemaet som ble utviklet inneholdt en rekke åpne spørsmål der respondentene selv har kunnet velge hva de ønsket å legge vekt på eller trekke fram. Spørreskjemaet inneholdt også spørsmål med forhåndsdefinerte svarkategorier. Med svar fra 189 kommuner (44 prosent) foreligger det et omfattende datamateriale som er egnet til å besvare problemstillingene. Nærmere detaljer om datagrunnlaget og utvalgsrepresentativitet diskuteres i kapittel 2. Andre del av prosjektet har vært systematisering og gjennomgang av datagrunnlaget og presentasjon av resultatene.

I neste delkapittel (kapittel 1.2) ser vi på kommunenes rolle i rusarbeidet, historisk og i dag. Deretter ser vi på opptappingsplanen og finansieringsordninger. Kapittel 2 inneholder en beskrivelse av den metodiske tilnærmingen og datagrunnlaget. Resten av rapporten presenterer funn og resultater fra analyser av det innsamlede datamaterialet. Kapittel 3 gir en introduksjon til det kommunale rusarbeidet og hvordan det er organisert. I kapittel 4 går vi gjennom de ulike delene av det kommunale tjenestetilbudet og hvordan de ulike tiltakene fungerer. I kapittel 5 ser vi på utfordringer og udekkede behov i det kommunale rusarbeidet, mens kapittel 6 tar for seg finansiering av rustilbudet og effekter av innlemmingen av det statlige rustilskuddet i den kommunale rammen.

1.2 Kommunenes rolle i rusarbeidet

Det har vært betydelige endringer i kommunens rolle i rusarbeidet de siste tiårene. I forbindelse med Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken ble det gjort en kunnskapsoppsummering av Aakerholt og Nesvåg (2012). Forfatterne ser spesielt på forskning om betydningen av tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering for kvaliteten av behandling av rusmiddelavhengighet. Disse tre

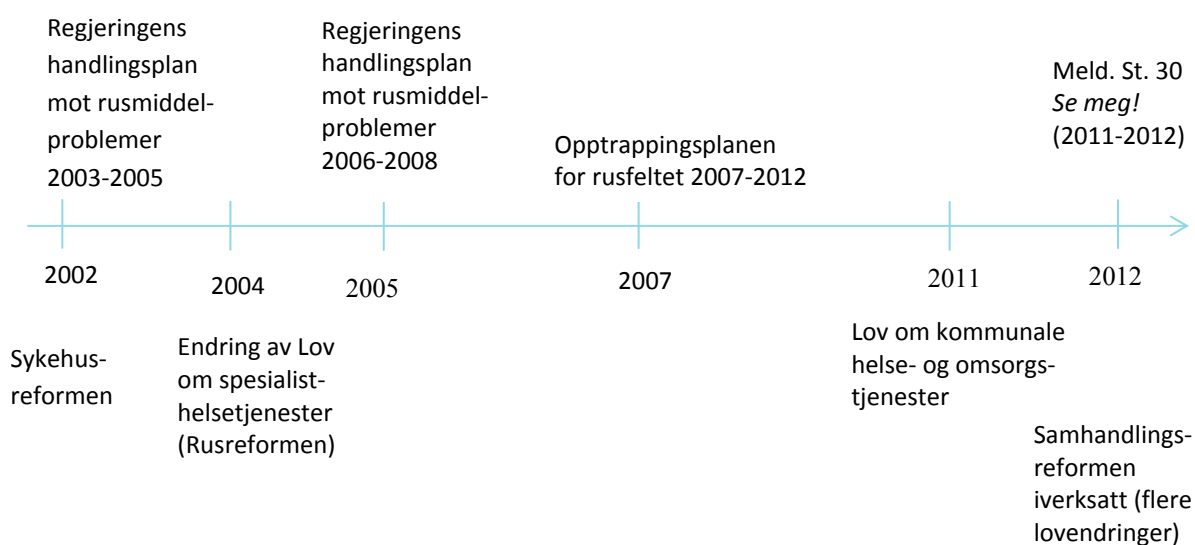
kjennetegnene henger sammen, og peker mot behovet for å forstå og behandle rusmiddelavhengighet som et forløp. Det finnes ellers lite systematisk kunnskap om utviklingen av rusarbeid i kommunal regi.

1.2.1 Utvikling av rusfeltet

Synet på hva som ligger bak en misbruksutvikling, hva som er den mest hensiktsmessige behandling og hvordan denne skal organiseres, har gått i bølger (Skretting et al. 2011). Er rusmisbruk en sykdom eller et resultat av sosiale forhold og personlige valg? Skal behandling for rusmiddelmisbrukere være helsevesenet eller sosialtjenestens ansvar? Mens den sosialfaglige tilnærmingen stod sterkt i Norge på 80- og 90-tallet, har den helsefaglige tilnærmingen fått stadig større plass utover 2000-tallet. Hvordan rusmiddelavhengighet sees på, vil ha stor betydning for rusbehandlingstilbudene som tilbys. Organisasjonene som har preget rusfeltets historie har vært sterkt preget av hvilket syn på rusmisbruk som har vært dominerende (Mjåland 2008). Er det egenskaper ved rusmiddelet eller ved den som bruker det som avgjør om en person utvikler rusmiddelavhengighet? Rusmiddelmisbrukerne har gått fra å være pasienter til å bli klienter for så igjen å bli sett på som pasienter. Synet på bruk av medikamenter i behandlingen har også gått i bølger. Fra å være rundhåndet med medikamenter i behandling av alkoholmisbruk, kom det en periode med stor skepsis til medikamentell behandling. I Norge ble substitusjonsbehandling av opiatavhengig en del av det ordinære behandlingstilbudet først i 1998. Historisk sett har mye av alkoholpolitikken i Norge handlet om å begrense forbruket, og alkohol som vare har vært relativt strengt regulert. De samme virkemidlene har også vært brukt for å redusere tilgjengeligheten til narkotika (Fekjær 2009).

Fekjær (2009) gir en god oversikt over utviklingen av rusmiddelbruk, rusbehandling og ruspolitikk i Norge. Han beskriver blant annet utviklingen av hva som oppfattes som et rusmiddel og problematisk rusmiddelbruk, og hva slags forebygging og behandling som har blitt antatt som mest effektiv. Historisk sett har staten spilt en mer beskjeden rolle på rusfeltet enn i andre deler av helsevesenet. Rusfeltet har i stor grad vært preget av private, ideelle og religiøse rustiltak, og et mangfold av faglige behandlingstilnærminger og perspektiv på rusmiddelmisbruk (Mjåland 2008). Den offentlige innsatsen har dermed i større grad vært begrenset til sosiale tjenester. Fjær et al. (2011) beskriver rustiltak som "en sein tilvekst til kommunenes velferdstilbud, hvor frivillige organisasjoner tradisjonelt har dominert feltet" (Fjær et al. 2011, 42).

Rusfeltet preges av store endringer de siste femten årene. Figur 1.1 oppsummerer de viktigste hendelsene.



Figur 1.1 Utviklingen i den nasjonale ruspolitikken 2000-2014

1.2.2 Handlingsplaner, rusreform og samhandlingsreform

I 2002 ble sykehusreformen gjennomført. Fem regionale helseforetak ble etablert som autonome enheter med overordnet ansvar for helsetjenestene i hver region. Med denne reformen lå rusfeltet under tre forvaltningsnivå: poliklinikker og døgninstitusjoner i staten, flertallet av døgninstitusjonene i fylkeskommunen og sosialtjenesten i kommunen (Fjær et al. 2011). To år senere ble Rusreformen vedtatt. Med rusreformen ble ansvaret for behandling sinstitusjonene overført fra fylkeskommune til staten ved de regionale helseforetakene i januar 2004. Kommunens ansvar forble uendret. Reformen bidro imidlertid til en klarere ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjenesten (behandlingstjenester) og kommunens ansvar for lokale tjenester (bolig, ettervern og omsorgstilbud (Ibid). Den overordnede målsettingen med rusreformen fra Stortinget var at rusmiddelmissbrukere skulle få et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, og at behandlingsresultatene skulle bli bedre. Den skulle sikre lik tilgang til behandlingstjenester, individuell tilpasning av tjenester, og sammenheng mellom tjenester (Helsedepartementet 2004). Endringene i spesialisthelsetjenesteloven innebar at tjenester innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk ble omdefinert fra sosiale tjenester til spesialisthelsetjenester, og rusmiddelmissbrukere fikk status som pasienter, med rettigheter fastsatt av pasient- og brukerrettighetsloven (Helsedepartementet 2004, 4). Dette innebærer blant annet rett til behandling for rusmiddelmissbruk, jfr. paragraf om rett til nødvendig helsehjelp.

Fra 2004 inngår altså behandling av rusmiddelmissbrukere som en del av spesialisthelsetjenesten, på linje med somatisk og psykisk helsevern, med samme regler og rettigheter som for pasienter i spesialisthelsetjenesten for øvrig. En evaluering av rusreformen konkluderte blant annet med følgende (Lie og Nesvåg 2007):

- Den prosentvise økningen i ressursbruk til tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere var større enn veksten i de somatiske og psykiatriske helsetjenestene.
- Det var store regionale og lokale forskjeller i hvor stor andel av pasientene som gis rett til nødvendig helsehjelp. Dette er i strid med helsepolitiske målsettinger om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted.
- Kommunene opprettholdt og til dels økte sin ressursinnsats overfor rusmiddelmissbrukere etter reformen. Kommunene hadde ikke skjøvet en større del av ansvaret overfor rusmiddelmissbrukere over på spesialisthelsetjenesten.
- Det var en merkbar økning i andel som mottar offentlig forsørgelse i form av trygdeytelse eller økonomisk sosialstønad.
- Det var en nedgang i andel som har egen bolig og noe flere bostedsløse.
- Median ventetid økte med 2 uker.
- Netto driftsutgifter til rustiltak økte nominelt med 12 prosent etter reformen for alle landets kommuner utenom Oslo.
- Antall årsverk til rustjenester i kommunene (utenom Oslo) økte i gjennomsnitt fra 2,6 til 3 årsverk.
- Over halvparten av kommunene brukte like mye penger til kjøp av institusjonsplasser som før reformen, mens en drøy tredjedel har mindre budsjett til dette. Sosialtjenesten arbeidet stort sett like mye med klientsakene som før reformen.
- En tredjedel av sosialkontorene oppga at ansvaret på noen områder var blitt større etter reformen.
- Brukerne opplevde at det ikke var god nok sammenheng i tjenestetilbudet, og opplevde dette som et større problem enn lange ventetider og brudd på formelle rettigheter.

Lie og Nesvåg avslutter med å gi følgende vurdering av reformen så langt:

Med et større innslag av helsefaglig personell er tjenestene blitt mer flerfaglige. Det er mer tvilsomt om rusreformen har ført til et mer helhetlig og individuelt tilpasset tilbud. Til nå synes implementeringen av rusreformen å ha ført til et mer fragmentert og rigid tilbud, med mange brudd i behandlingsforløpene og mindre individuelt tilpasset behandling som resultat. Den største utfordringen for de tverrfaglige spesialiserte tjenestene

for rusmiddelmissbrukere blir dermed å utvikle samhandlingsmodeller og praksisformer som oppfyller faglige krav til sammenhengende og tilpasset behandling [...] (2007:136).

En rapport om forholdet stat – kommune i reformer i velferdstjenestene (sykehusreformen, rusreformen og NAV-reformen), viser at rusreformen bidro til å tydeliggjøre arbeidsdelingen mellom stat og kommune, og den la opp til økt samhandling mellom forvaltningsnivåene (Fjær et al. 2011).

I 2006 la Arbeids- og sosialdepartementet fram Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2006-2008), som var en videreføring av Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005). Det ble her lagt vekt på betydningen av forebygging ved å begrense tilgangen til rusmidler. Handlingsplanen la også opp til en større satsing på helse, og da særlig lavterskel helsetiltak. Ifølge Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005) skulle lavterskel helsetiltak gi rusmiddelavhengige tilbud om blant annet helsesjekk, vaksiner, utdeling av brukerutstyr, smittevern, veiledning og oppfølging ved overdoser, samt tannhelsetiltak. Hensikten var både skadereduksjon og å få målgruppa til å bruke ordinære helsetjenester (Ådnes et al. 2008). I 2007 kom Opptappingsplan for rusfeltet (2007-2012), som blant annet la vekt på forebygging, økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester, mer og bedre samhandling, og økt brukerinnflytelse. Slik sett pekte Opptappingsplanen fram mot Samhandlingsreformen. Som et ledd i Opptappingsplanen ble det blant annet etablert rusrådgivere ved fylkesmannsembetet i alle fylkene, kommunenes oppfølgingsarbeid ble styrket, og det ble opprettet flere behandlingsplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oppgaven til rusrådgiverne skulle være å følge opp implementeringen av opptappingsplanen i kommunene, inkludert kommunenes oppfølging av enkeltbrukere og bruk av individuell plan. Opptappingsplanen beskrev også behovet for å se rusmiddelbruk og helse i sammenheng og i større grad tilby integrerte tjenester, inkludert tiltak innenfor psykisk helse og lavterskel helsetiltak (Opptappingsplanen for rusfeltet 2007-2012, 44). Som en del av styrkingen av det kommunale rusarbeidet ble det innført en statlig tilskuddsordning for rusmiddeltiltak, inkludert øremerkede tilskudd til forsøksprosjekter og utvikling av LAR og lavterskel helsetiltak (rustilskuddet), som ble lagt inn i den kommunale rammen fra 2013.

Med Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)), som ble iverksatt fra januar 2012, har kommunene fått et større ansvar for og et utvidet tilbud av helse- og omsorgstjenester. Reformen legger opp til at sykehus og kommuner i større grad skal samarbeide for å sikre koordinerte tjenester, slik at pasienter får rett behandling til rett tid. Reformen legger også vekt på forebygging og tidlig behandling. Et sentralt virkemiddel her er økonomiske incentiver og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene. Endringene ble blant annet innført gjennom den nye folkehelseloven (Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)) som erstattet tidligere lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, og en ny, felles lov for helse- og omsorgstjenesten i kommunene (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV 2011-06-24 nr. 30)). Helse- og omsorgstjenesteloven presiserer at kommunen har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle pasientgrupper, inkludert personer med rusmiddelproblem. Loven gir også hjemmel til tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige etter melding fra pårørende, ved fare for den enkeltes fysiske eller psykiske helse, eller gravide rusmiddelavhengige. Både lege og sosialtjeneste kan henvise til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Blant tjenester kommunen skal tilby er lavterskeltilbud til rusmiddelavhengige, som "skadereduserende helse- og sosialtjenester som sprøyteutdeling, sårstell, vaksiner, ernæring, tannhelsetiltak, prevensjon, råd og veiledning og videreformidling til andre tjenester" (St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid, 70).

Stortingsmeldingen Se meg! (Meld St. 30 (2011-2012)) videreførte sentrale deler av Samhandlingsreformen, blant annet koordinering av tjenester (samhandling) og vektlegging av forebygging og tidlig innsats. I tillegg vektlegges behovet for økt kompetanse og bedre kvalitet. Tungt avhengige og pårørende og personer som er utsatt for passiv drikking blir pekt ut som særlig viktige grupper.

1.2.1 Kommunens oppgaver på rusfeltet i dag

Kommunenes ansvar for tjenester til personer med rusmiddelproblemer er nedfelt i folkehelseloven (LOV 2011-06-24-29; HOD 2010a) og ny kommunal helse- og omsorgslov (LOV-2011-06-24-30; HOD 2010b).¹ Tjenestene kan omfatte rådgivning og veiledning, støtteopplegg, bolig og evt. oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, arbeid med Individuell plan og oppfølging før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten eller fengsel. Kommunene har et omfattende ansvar for oppfølging av deltakere i legemiddellassistert rehabilitering (LAR). Sosialtjenesten eller fastlegen henviser til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Sosialtjenesten har også ansvar for å initiere tilbakehold i institusjon uten eget samtykke. Vedtak om såkalt tvangsinnlegg fattes av Fylkesnemnda.

Kommunens tjenestetilbud skal også, i den grad det er mulig, utformes med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og individuelle behov, uavhengig av sosial status, personlig økonomi, bosted eller boform.² Kommunalt rusarbeid må dermed ta hensyn til at det kan være store variasjoner i den enkeltes rusmiddelproblemer og mestrings- og funksjonsnivå. Noen ruser seg i perioder, andre har en langvarig ruskarriere og kan ha omfattende helsemessige og sosiale vansker og behov for bredt sammensatte tjenester. Det er i tillegg store forskjeller mellom kommunene mht. befolkning, geografi, økonomi, mm. Dette gjør at kommunene møter ulike muligheter og begrensninger når helsetjenestene skal utformes.

Også omfanget av rusproblematikken varierer betydelig fra kommune til kommune. Næss og Nesvåg (2012) har kartlagt rusproblematikken i 49 norske kommuner. De finner at blant disse kommunene er det de minste som har den høyeste andelen personer med rusproblemer, mens de største har den laveste andelen. Videre finner de at tre kommunegrupper skiller seg ut med høy prevalens:

- Tradisjonelle industrikommuner som har eller har hatt særlig ensidig industri
- Mindre kommuner som har hatt nedgang i folketallet
- Omlandskommuner til bysentra med stort press på boligmarkedet og med stor vekst i folketallet

Studien er i hovedsak basert på data fra kommuner i Helse Stavanger og Helse Fonna, og det er ikke gitt at disse kommunene er representative for landet som helhet. Næss og Nesvågs studie illustrerer likevel at en del små kommuner kan oppleve et ekstra press i forhold til at helsetjenestene lett kan framstå som underdimensjonerte i tilfeller hvor det er en, relativt sett, stor andel av befolkningen som har rusproblemer – eller et fåtall personer med omfattende problemer som krever en stor ressursinnsats. Det kan også tenkes at kartleggingsverktøyet BrukerPlan gir mer presise anslag og høyere andeler enn tilsvarende kartlegging i kommuner med større og mer uoversiktlige forhold og flere involverte i rusarbeidet.

Organiseringen av rusarbeidet varierer fra kommune til kommune. Oppgavene kan være lagt til ulike enheter, som det lokale NAV-kontoret, sosialtjeneste utenfor NAV-kontoret, psykisk helseenhet, rustjeneste, oppsøkende- og hjemmebaserte tjenester eller aktiviseringstiltak (Kaspersen et al. 2012).

Folkehelseloven som trådte i kraft 1.1.2012 "skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid."

Loven definerer følgende begreper (§ 3):

Folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning

¹<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse- og omsorgstjenester i kommunene/Kommunalt-rusarbeid.html?id=443433>

²<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012/9/1.html?id=686123>

Folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Kommunene skal ifølge loven ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen (§5). Denne oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen. Den skal også inneholde en vurdering av konsekvenser og årsaksforhold. Kommunene skal i følge loven være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

På bakgrunn av det som kommer frem i en slik oversikt over kommunens folkehelseutfordringer, skal kommunene iverksette nødvendige tiltak. Tiltakene kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk (§7).

Ifølge Lov om omsetning av alkoholholdig drikk mv. (alkoholloven) § 1-7d, skal kommunene utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. Det er utviklet en veileder som hjelpemiddel for kommunene i å utvikle en helhetlig ruspolitisk handlingsplan (Helsedirektoratet 2004: IS-1362 Veileder).

Veilederen sier at det er naturlig å se alkohol- og narkotikapolitikken i sammenheng, og at kommunene derfor anbefales å utarbeide en helhetlig ruspolitisk handlingsplan hvor den alkoholpolitiske planen inngår. Fordi rusmiddelproblemene er sammensatte, anbefales planen å være både tverrfaglig og tverretattlig og omfatte alle typer forebyggende tiltak: bevillingspolitikk, informasjonstiltak og holdningsskapende arbeid, så vel som oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere. Hensikten er at kommunens rusmiddelpolitiske arbeid ses i sammenheng. Veiledningen sier at den rusmiddelpolitiske handlingsplanen også bør omtale målgrupper og tiltak som er nærmere beskrevet i andre kommunale planer, for eksempel barne- og ungdomsplan, psykiatriplan mv.

Mens alkoholloven er opptatt av alkohol- og skjenkepolitikk,³ går altså Helsedirektoratets veileder fra 2004 langt videre i forhold til målgruppe og tiltak mot arbeid med rusmiddelproblematikk. Kommunen har altså ikke plikt til å utarbeide en ruspolitisk handlingsplan, men alle skal ha en alkoholpolitisk handlingsplan i følge alkoholloven. I den nye folkehelseloven brukes begrepet "alkohol- og annen rusmiddelbruk", og veilederen er derfor kanskje enda mer relevant etter 2012.

Kommunenes forvaltning av alkoholloven følges av Sirius, og basert på undersøkelsen i 2011 i kommunene, finner de at rundt halvparten av kommunene har en alkoholpolitisk handlingsplan, mens to av tre kommuner har en ruspolitisk handlingsplan (Sirius: Kommunenes forvaltning av alkoholloven 2012). Om lag 35 prosent av kommunene har begge deler, mens 36 kommuner (8 prosent av alle kommuner), oppgir at de har ingen av delene.

På oppdrag fra Helsedirektoratet har SIRUS også gjort en kvalitativ undersøkelse av kommunale rusmiddelpolitiske handlingsplaner (Skretting et al. 2011). Rapporten bygger på data fra åtte kommuner. De finner at planene sannsynligvis ikke har en betydelig innvirkning på kommunenes ruspolitikk, men at prosessen med å utarbeide planen kan være viktig. Det er mer en plan for praksisfeltet enn for kommunepolitikere, og de lokale målene er stort sett svært generelle i følge rapporten. SIRUS anbefaler ikke å sette inn mer ressurser for å bidra til at kommunene lager bedre planer, men heller bidra til at rammebetingelsene for det kommunale rusarbeidet bedres. Av rammebetingelser som setter grenser for hva som er gjennomførbart, nevner de "kommuneøkonomi, hensynet til næringsinteresser, liberale forståelsesmodeller hos en del politikere, og ikke minst tendensen til å fokusere på virkemidler heller enn på mål og visjoner".

³ I 2012 kom også Helsedirektoratet med en veileder som skal bidra til å styrke kommunenes arbeid med salgs- og skjenkekontroll.

1.2.2 Opptappingsplan og finansiering

Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012) la opp til et faglig løft innen forebygging, behandling og oppfølging i rusarbeidet (Prop. S 1 (2007–2008)). Som en del av Opptappingsplanen ble det blant annet opprettet egne rusrådgivere hos fylkesmennene. Videre kunne kommunene søke om et eget tilskudd til rusarbeid, med formål å oppnå en reell kapasitetsøkning i behandlingstilbudet. I perioden for Opptappingsplanen har bevilgningene til rusarbeidet ligget ca. 1 mrd. høyere enn tidligere.

Ordningen med tilskudd til kommunalt rusarbeid har blitt evaluert, (Rambøll 2011, 2012a), og i rapportene kommer det fram at det er relativt store forskjeller på innsatsen i kommunene som har mottatt tilskudd og de som ikke har det. Årsaken til dette er imidlertid ikke klar. Siden store byer og randkommuner ble prioritert ved tildelingen av tilskudd er det naturlig at kommunene som har fått tilskudd også har flere årsverk, uavhengig av tilskudd, men dette problematiseres ikke i rapporten. Ut fra rapporten er det dermed ikke mulig å si at forskjellene skyldes en faktisk effekt av tilskuddet, kjennetegn ved kommunene som søker om tilskudd, eller prioriteringer i tildelingen.

De økte bevilgningene til rusarbeid som Opptappingsplanen la opp til skal videreføres, men fra 1. januar 2013 ble størstedelen av dette tilskuddet innlemmet i det generelle rammetilskuddet til kommunene ut fra prinsippet om kommunalt selvstyre, som understøttes av rammefinansiering til kommunesektoren. Det vil si at kommunene selv kan prioritere innenfor rusarbeidet ut fra lokale ressurser og behov. Endringen fra øremerket tilskudd til generell rammebevilgning skal ikke gi noen vesentlige inntektsforskyvninger mellom kommunene i forhold til en videreføring av dagens finansiering. Storbyer og randkommuner vil fortsatt være en spesiell målgruppe på grunn av ekstra utfordringer der. Derfor vil en andel av tilskuddet bli omdisponert og videreført til å styrke kompetansen i kommunene, økt rekruttering av psykologer i kommunene, og utvikling av samhandlingsmodeller (Prop. S 1 (2012-2013), kap. 763 Rustiltak). I forslag til revidert budsjett for 2014 foreslår imidlertid regjeringen å øremerke 343 millioner kroner fra kommunenes frie inntekter til kommunalt rusarbeid, men det gjenstår å se om dette blir vedtatt.

I perioden etter andre verdenskrig og frem til 1980 fikk kommunene gradvis ansvaret for produksjonen av sentrale velferdsgoder (NOU 96:1 NOU 1996: 1 Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner). Det var behov for sterk statlig kontroll og styring for å nå målene, og en rekke øremerkede tilskuddsordninger ble etablert, der de fleste var utformet som refusjonsordninger med en viss kommunal egenandel. I 1980-årene var trenden å bevege seg bort fra statlig detaljstyring og mot at kommunene og fylkeskommunene skulle få større frihet for å løse oppgavene. Hovedmotivet for reformen var å innføre et enklere og mer oversiktlig finansieringssystem og en mer rettferdig fordeling, og å styrke lokaldemokratiet og øke effektiviteten (Borge & Lilleschulstad, 2010).

Det ble planlagt en dreining fra øremerkede tilskudd i retning av rammetilskudd. I 1986 ble det innført et nytt inntektssystem som bl.a. innebar at 50 øremerkede tilskudd ble erstattet med rammetilskudd. Likevel fortsatte bruken av øremerkede tilskudd og det var kun i 1987, det første året etter reformen, at rammetilskuddene vokste vesentlig raskere enn de øremerkede tilskuddene. I 1994 ble kostnadsnøkklene for de ulike sektorene slått sammen for å unngå at kommunene og fylkeskommunene styrte sektorvis på samme måte som tidligere. Andel av inntektene som var øremerket fortsatte likevel å øke (Ibid).

I 2011 ble det på nytt foretatt endringer i inntektssystemet for å få et mer rettferdig system for fordeling av inntektene mellom kommunene (Prop. 1 S (2010–2011) KRD). De øremerkede tilskuddene til barnehagene ble i 2011 innlemmet i kommunenes frie inntekter. Andelen frie inntekter av de samlede inntektene økte dermed til om lag 80 pst. (momskompensasjon innført i 2003 er medregnet i frie inntekter). Andelen øremerkede tilskudd ble redusert til knapt 5 pst. Dette er den laveste andelen øremerkede tilskudd siden inntektssystemet ble etablert i 1986.

Generelt vil øremerkede tilskudd utformet som refusjonsordninger ha en vridningseffekt, ved at den lokale ressursbruken mot de tjenestene som subsidieres (NOU 1997: 8 Om finansiering av kommunesektoren). Øremerkede tilskudd har både fordeler og ulemper. Den viktigste begrunnelsen for øremerking er å sikre at lokale prioriteringen gjøres i tråd med nasjonale mål i tilfeller der disse ikke er de samme, eller er i konflikt

med hverandre. Ordningen er også effektiv som virkemiddel til å bygge opp nye tjenester, som rustjenestene, eller ved ulike forsøksordninger (Ibid). Ulempene er blant annet at ulike tilskudd gjør at den samlede effekten blir uklar, eller at tilskuddene virker mot hverandre. Tilskuddsordninger gir mer usikre rammer for kommunene, og svekker det lokale selvstyret. Sammenlignet med rammetilskudd er tilskuddsordningen også mer ressurskrevende å drive (Ibid).

1.3 Oppsummering

Formålet med prosjektet har vært å skaffe mer kunnskap om det kommunale rusarbeidet, samt analysere virkningene av at rustilskuddet fra 2013 ble lagt inn i den kommunale rammen. Det første delmålet er å gi en vurdering av det kommunale tilbudet innen rusarbeid. Dette innebærer både en beskrivelse av det faktiske tjenestetilbudet og en vurdering av hvordan dette tilbudet fungerer og hvilke svakheter som finnes i det eksisterende tilbudet. Det andre delmålet i denne studien er å vurdere konsekvensene av at statlige tilskudd til rusarbeid ble fra 2013 lagt inn i rammeoverføringene til kommunen.

Rusfeltet har vært gjennom store endringer de siste femten årene, blant annet gjennom Sykehusreformen og Rusreformen, Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005) og (2006-2008), og Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012) og Meld. St. 30 Se meg! (2011-2012). Rusreformen overførte ansvaret for behandlingsinstitusjonene fra fylkeskommunen til staten ved de regionale foretakene, og bidro til en klargjøring av ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Videre fikk rusmiddelmisbrukere pasientstatus med rett til behandling for rusmiddelmisbruk. Gjennom Opptappingsplanen for rusfeltet ble det innført en statlig tilskuddsordning for rusmiddeltiltak, som ble lagt inn i rammen fra 2013.

2 Data og metode

I de neste avsnittene gir vi en nærmere beskrivelse av datakilder og metoder som benyttes for å besvare de ulike spørsmålene.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Nr. 36864 Prosjekt om kommunalt rusarbeid og innlemming av statlig tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammen til kommunene).

2.1 Innledende gjennomgang av litteratur og relevante dokumenter

I oppstarten av prosjektet hadde vi en gjennomgang av tidligere forskningslitteratur på feltet i tillegg til relevante dokumenter fra Helsedirektoratet til fylkeskommunene og kommunene, inkludert rapportering fra kommunene om hvordan tilskuddsmidlene har vært brukt tidligere. Dette danner grunnlag for å vurdere hvilke behov og tilbud som fantes i kommunene fram til utgangen av 2012, før tilskuddsordningen ble innlemmet i rammebevilgningen. Gjennomgangen har også vært grunnlaget for å utarbeide spørreskjemaet. Søket ble i stor grad avgrenset til tidligere kunnskapsoppsummeringer og sentrale politiske dokumenter, og manuelle søk ut fra gjennomgang av litteraturlistene i disse.

2.2 Intervju med rusrådgivere ved fylkesmannsembetene

Tidlig i prosjektet gjennomførte vi intervjuer med et lite utvalg rusrådgivere ved fylkesmannsembetene for å få et bedre innblikk i hvordan det kommunale rusarbeidet fungerer. Rusrådgiverne sitter på inngående kunnskap om hvordan rusarbeidet er organisert i de ulike kommunene, og hvilke utfordringer som finnes der. De har også kunnet uttale seg om kvaliteten i tilbudet, og hva de ulike tilbudene innebærer, og om tilbud i forhold til behov. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i intervjuguider som var utarbeidet på forhånd, men med en fleksibel gjennomføring, slik at det var rom for å utdype eller ta opp andre temaer enn det som var planlagt på forhånd. Dette kvalitative datagrunnlaget har først og fremst blitt brukt til å utvikle et godt spørreskjema.

2.3 Spørreskjema til representanter for kommunalt rusarbeid i alle landets kommuner

Utgangspunktet for spørreskjemaet vårt var et utkast fra Helsedirektoratet. Hensikten med spørreundersøkelsen var dels å kartlegge hvilke tjenester som tilbys og hvordan kommunen vurderer at disse fungerer, og dels å vurdere hvordan tjenestetilbudet har endret seg etter at tilskuddet til rusarbeidet ble lagt inn i rammebevilgningen. Selve datainnsamlingen foregikk elektronisk, ved at vi sendte en generell henvendelse med link til spørreskjemaet til alle landets kommuner. I henvendelsen ba vi om at e-posten ble videresendt til den fagansvarlige for det kommunale rusarbeidet i hver kommune.

Spørreskjemaet besto av en blanding av lukkede spørsmål med forhåndsdefinerte svaralternativ og åpne spørsmål med rom for utdypende kommentarer. Fordelen med åpne spørsmål er at de gir rom for at respondentene kan utdype svarene og selv beskrive hvordan de mener det kommunale rusarbeidet fungerer og eventuelt kommentere svakheter ved dagens tilbud, og dermed velge hva de ønsker å vektlegge i svarene sine. I tillegg til bakgrunnsinformasjon om respondenten og organisering av rustjenesten i kommunen, inneholdt skjemaet spørsmål om innholdet i tjenestene og en vurdering av kvaliteten i disse, og erfaringer med ulike tiltak. Ressurser, kompetanse, utfordringer og prioriteringer lokalt var en egen seksjon i skjemaet, det samme var samarbeid med andre aktører, og spørsmål om ordningen med rustilskudd og ønsket form for statlig medfinansiering av rusarbeidet. Flere spørsmål gikk også på endringer i tjenestetilbudet fra 2013, for å fange opp virkninger av at rustilskuddet ble lagt inn i rammen.

Svar på spørsmål med lukkede svaralternativ er behandlet og analysert med egnet programvare for statistisk dataanalyse, mens svar fra de åpne spørsmålene er behandlet som kvalitativt datamateriale og kodet og analysert kvalitativt.

De enkelte kommunene er gjort anonyme. I en del tilfeller har vi inkludert bakgrunnsinformasjon om kommunene, som størrelse, geografisk beliggenhet, og i en del tilfeller, kort hvordan tjenesten er organisert. Dette er gjort der det er særlig relevant, som ved lengre svar eller spørsmål der det er stor variasjon i svarene. Vi skiller mellom Sørlandet, Østlandet, Vestlandet, Midt-Norge og Nord-Norge, og små, mellomstore, store kommuner og storbykommuner.

Svar på de åpne spørsmålene gir ikke grunnlag for å si noe om andeler i de ulike kategoriene, i og med at ulike respondenter kan ha valgt å vektlegge forskjellige elementer, som ikke nødvendigvis står i motsetning til det andre har svart. Likevel vil vi en del steder kunne se klare mønstre i svarene. At flere har valgt å trekke fram samme tema eller samme poeng, slik at flere svar peker i samme retning, gjengis typisk som "en del" respondenter i teksten. Tilsvarende vil "et flertall" betegne flere enn halvparten av de som har svart, mens "et klart flertall" vise til andeler på to tredjedeler eller mer.

2.3.1 Utvalg og representativitet

Henvendelsen om å delta i kartleggingen ble sendt til alle landets kommuner. Av disse fikk vi inn svar fra 189 kommuner, eller omlag 44 prosent. For å vurdere hvor representativt utvalget vårt er, har vi sett på kjennetegn ved kommunene vi har mottatt svar fra, sammenlignet med landets kommuner forøvrig. Slik kan vi se om utvalget vårt skiller seg fra de kommunene som ikke har svart på undersøkelsen. Vi tar her utgangspunkt i befolkningsstørrelse, KOSTRA-gruppe, fylke og helseregion.

De største kommunene er overrepresentert i utvalget, ved at svarandelen øker med kommunistørrelse. Mens omlag en av tre av de aller minste kommunene har deltatt i undersøkelsen, har nesten to av tre av kommunene med 20 000-50 000 innbyggere svart, eller en nesten dobbelt så høy andel.

Tabell 2.1 Representativitet, etter befolkningsstørrelse

| Befolkningsklasser | Totalt | Utvalg | Svarprosent |
|--------------------|--------|--------|-------------|
| Under 2 000 | 96 | 33 | 34 |
| 2 000-4 999 | 134 | 51 | 38 |
| 5 000-9 999 | 90 | 43 | 48 |
| 10 000-19 999 | 58 | 29 | 50 |
| 20 000-50 000 | 39 | 25 | 64 |
| Over 50 000 | 13 | 8 | 62 |
| Sum | 428 | 189 | 44 |

Samme trend er også tydelig når vi ser på hvilken KOSTRA-gruppe kommunene i utvalget vårt tilhører. KOSTRA-gruppene er en kategorisering av kommunene etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser (bundne kostnader per innbygger og frie disponible inntekter per innbygger). Tabellen under viser fordelingen av kommuner etter KOSTRA i populasjonen og utvalget. Store kommuner er bedre representert, det samme er kommuner med lave frie disponible inntekter.

Tabell 2.2 Representativitet, etter KOSTRA-gruppe

| KOSTRA-gruppe | Beskrivelse | Totalt | Utvalg | Svarprosent |
|----------------------|--|--------|--------|-------------|
| Små kommuner | Middels bundne kostnader per innbygger, 1 lave frie disponible inntekter | 25 | 11 | 44 |
| | Middels bundne kostnader per innbygger, 2 middels frie disponible inntekter | 62 | 20 | 32 |
| | Middels bundne kostnader per innbygger, høye 3 frie disponible inntekter | 37 | 15 | 41 |
| | Høye bundne kostnader per innbygger, lave frie 4 disponible inntekter | 7 | 1 | 14 |
| | Høye bundne kostnader per innbygger, middels 5 frie disponible inntekter | 40 | 12 | 30 |
| | Høye bundne kostnader per innbygger, høye 6 frie disponible inntekter | 55 | 25 | 46 |
| Mellomstore kommuner | Lave bundne kostnader per innbygger, lave frie 7 disponible inntekter | 31 | 20 | 65 |
| | Lave bundne kostnader per innbygger, middels 8 frie disponible inntekter | 27 | 13 | 41 |
| | Middels bundne kostnader per innbygger, lave 10 frie disponible inntekter | 32 | 21 | 66 |
| | Middels bundne kostnader per innbygger, 11 middels frie disponible inntekter | 43 | 13 | 30 |
| Store kommuner | Middels bundne kostnader per innbygger, høye 12 frie disponible inntekter | 12 | 5 | 42 |
| | 13 Store kommuner utenom de fire største byene | 45 | 28 | 62 |
| | 14 Bergen, Trondheim og Stavanger | 3 | 3 | 100 |
| | 15 Oslo kommune | 1 | 1 | 100 |
| | 16 De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger | 10 | 1 | 10 |
| Sum | | 428 | 189 | 44 |

Større kommuner har sannsynligvis i større grad organisert rusarbeidet i egne enheter med ansatte som har rusarbeidet som sitt primære arbeidsfelt, mens mindre kommuner i større grad har integrert rusarbeidet i det ordinære tjenestetilbudet. Det er også grunn til å anta at rusproblematikken varierer med kommunestørrelse. Dermed vil dataene våre gi et delvis skjevt bilde både av rusproblematikk og lokale utfordringer, og organisering og kvalitet på tjenestene som tilbys.

En oversikt over fylkesvis svarprosent viser også en klar geografisk skjevhet. I Akershus har nesten 73 prosent av kommunene deltatt i kartleggingen, mens knapt 31 prosent av kommunene i Sogn og Fjordane har svart. Den laveste andelen finner vi i Vest-Agder, der bare tre kommuner, eller 20 prosent, har deltatt.

Tabell 2.3 Representativitet, etter fylke

| Fylke | Totalt | Utvalg | Svarprosent |
|------------------|------------|------------|-------------|
| Oslo | 1 | 1 | 100 |
| Akershus | 22 | 16 | 73 |
| Vestfold | 14 | 9 | 64 |
| Østfold | 18 | 11 | 61 |
| Finnmark | 19 | 11 | 58 |
| Rogaland | 26 | 14 | 54 |
| Hedmark | 22 | 10 | 46 |
| Nordland | 44 | 19 | 43 |
| Buskerud | 21 | 9 | 43 |
| Oppland | 26 | 11 | 42 |
| Nord-Trøndelag | 24 | 10 | 42 |
| Aust-Agder | 15 | 6 | 40 |
| Hordaland | 33 | 13 | 39 |
| Møre og Romsdal | 36 | 14 | 39 |
| Telemark | 18 | 7 | 39 |
| Sør-Trøndelag | 25 | 9 | 36 |
| Troms | 25 | 8 | 32 |
| Sogn og Fjordane | 26 | 8 | 31 |
| Vest-Agder | 15 | 3 | 20 |
| Sum | 428 | 189 | 44 |

Tabellen nedenfor viser hvordan landets kommuner fordeler seg etter opptaksområde for helseforetakene, og hvordan utvalget vårt fordeler seg. Vi ser at kommunene som ligger i opptaksområdet til Helse Sør-Øst er klart best representert, med en svarprosent på nesten 49, mens de andre helseforetakene er relativt likt representert, med en svarandel mellom 38 og 44 prosent.

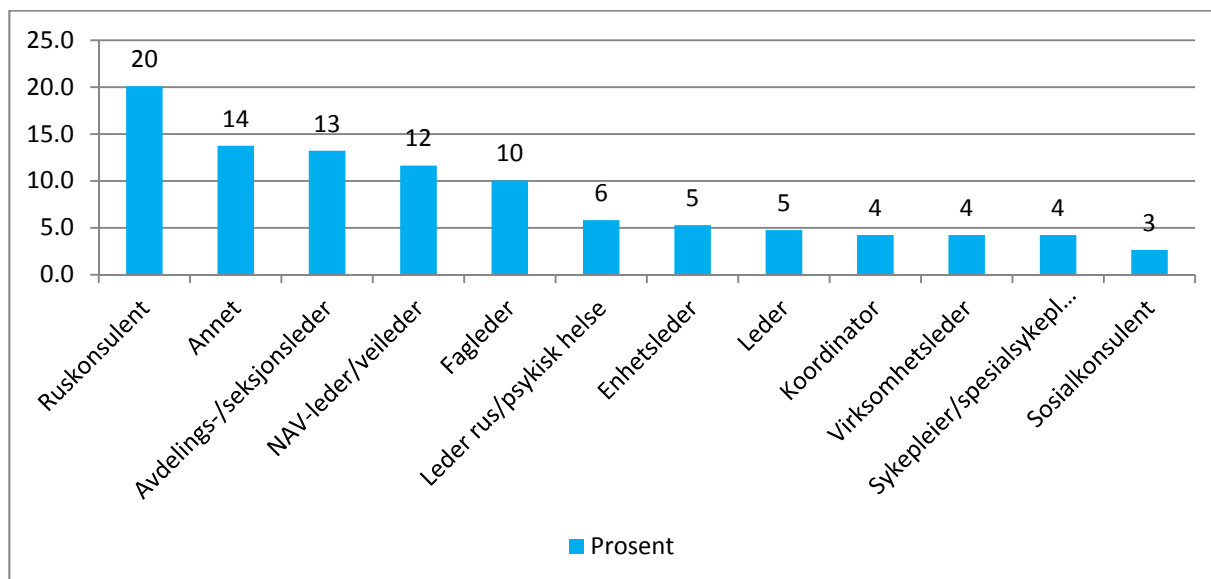
Tabell 2.4 Representativitet, etter helseforetak

| Helseforetak | Totalt | Utvalg | Svarprosent |
|--------------|------------|------------|-------------|
| Sør-Øst | 171 | 83 | 49 |
| Nord | 89 | 38 | 43 |
| Vest | 85 | 35 | 41 |
| Midt | 86 | 33 | 38 |
| Sum | 428 | 189 | 44 |

2.3.2 Om respondentene

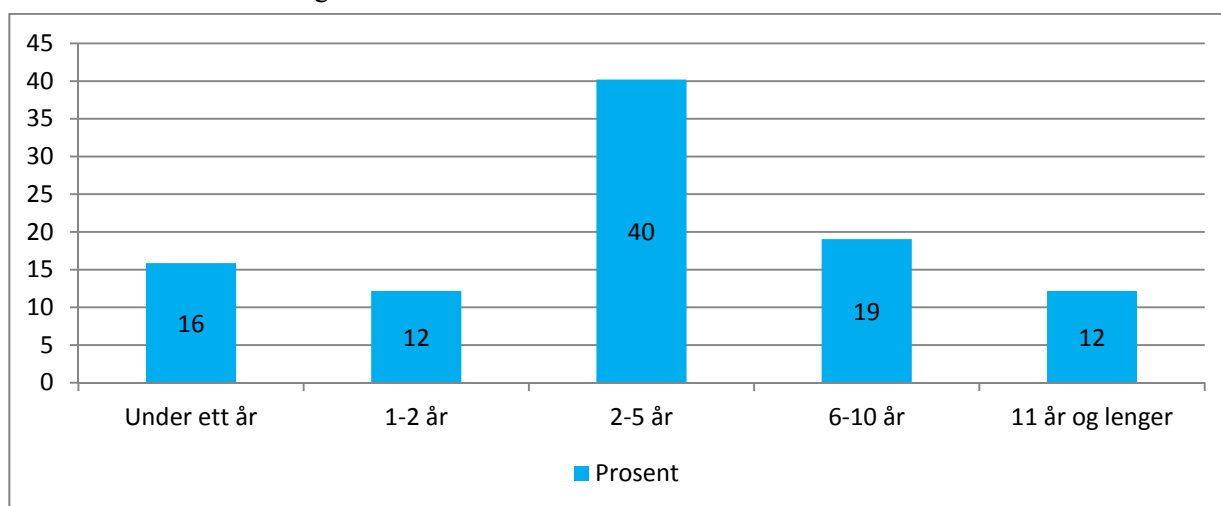
Ser vi nærmere på hvem som har svart på undersøkelsen i den enkelte kommunen, tegner det seg et bilde av stor variasjon, både i stillingsbetegnelse og utdanning. Datamaterialet viser også at mange av de som innehar stillingene har hatt dem i relativt kort tid, noe som sannsynligvis gjenspeiler at det har vært en del endringer i organiseringen av rusarbeidet mange steder, og at det har blitt opprettet nye stillinger.

Respondentene ble bedt om å skrive inn hvilken stilling de har. Svarene ble så slått sammen til kategorier. Resultatet er vist i figuren under. Vi ser at ruskonsulent er den klart vanligste stillingen blant respondentene. 20 prosent oppgir at de jobber som ruskonsulent, fulgt av avdelings- eller seksjonsleder (13,2 prosent). Den nest største kategorien er imidlertid "annet", som rommer alt fra kommuneoverlege, kommunalsjef, sosialsjef, folkehelsekoordinator, rådgiver i rådmannens fagstab og miljøarbeider innenfor rus. Fordelingen viser at det er store forskjeller i hvordan kommunene har valgt å organisere rusarbeidet.



Figur 2.1 Stilling i kommunen, prosent (n=189)

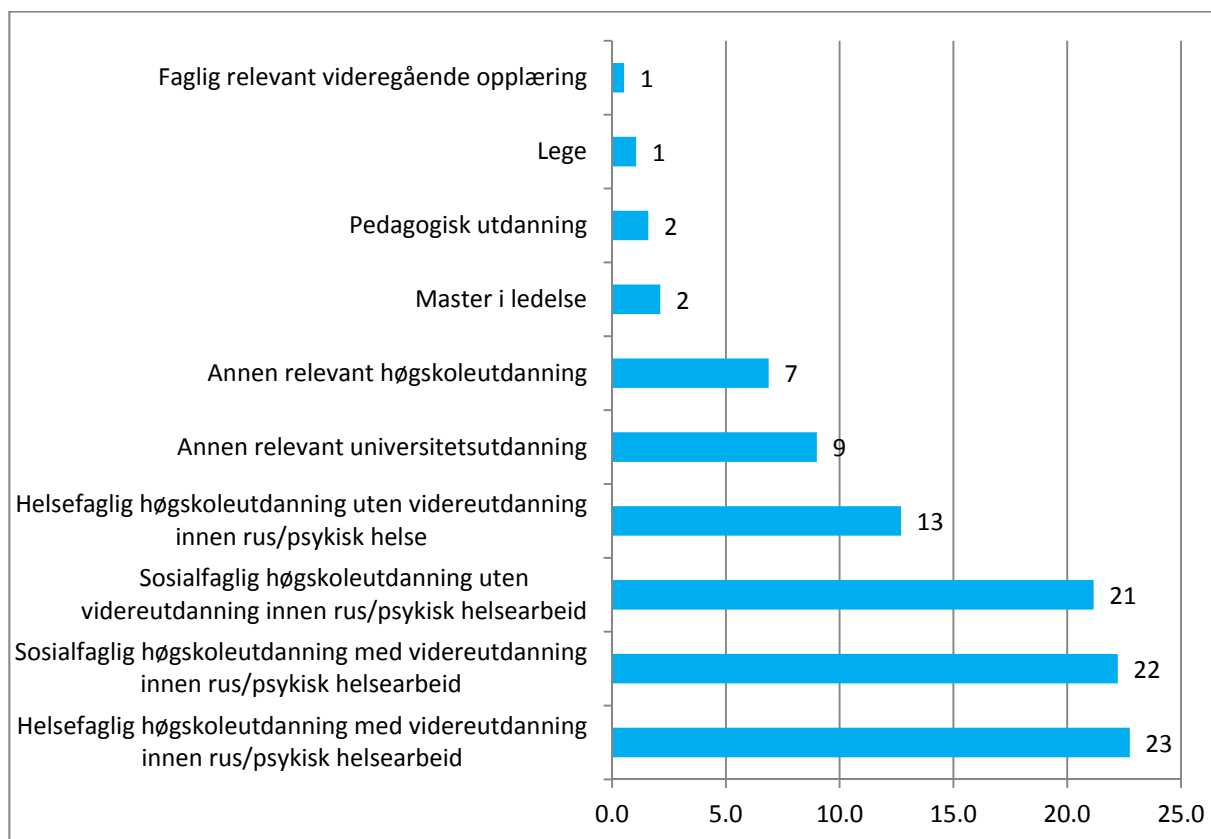
Figuren nedenfor viser hvor lenge respondentene har hatt stillingen. Omlag 40 prosent oppgir at de har hatt stillingen i 2-5 år, mens drøyt en av tre har hatt stillingen i over seks år. En betydelig andel (15 prosent) svarer at de har hatt stillingen i under ett år.



Figur 2.2 Ansiennitet blant de rusansvarlige, prosent (n=188)

Går vi videre til å se på hva slags faglig bakgrunn de rusansvarlige har, er det større sammenfall. Nesten halvparten av respondentene har sosialfaglig høyskoleutdanning. Av disse har igjen halvparten videreutdanning innenfor rus eller psykisk helsearbeid. Omlag en av tre har helsefaglig høyskoleutdanning, og av disse har igjen to av tre videreutdanning innen rus eller psykisk helsearbeid.

Totalt har 45 prosent av respondentene videreutdanning innen rus eller psykisk helsearbeid.



Figur 2.3 Utdanning blant respondentene, prosent (n=189)

Av de resterende har flere relevant universitets- (9 prosent) eller høgskoleutdanning (7 prosent). Noen få har utdanning innen ledelse eller pedagogikk, og ca. 1 prosent, eller to respondenter, er leger. Kun én respondent oppgir å ikke ha utdanning utover videregående opplæring.

2.4 Oppsummering

Vi har gjennomført en datainnsamling der alle landets kommuner ble invitert til å delta. 44 prosent av kommunene har deltatt. Små kommuner er overrepresentert i utvalget. Det er også visse geografiske skjevheter i utvalget. I Akershus har 73 prosent av kommunene deltatt i kartleggingen, mens knapt 31 prosent av kommunene i Sogn og Fjordane har svart. Den laveste andelen finner vi i Vest-Agder, der bare tre kommuner, eller 20 prosent, har deltatt. Et klart flertall av respondentene har helse- eller sosialfaglig høgskoleutdanning, og 45 prosent har videreutdanning innen rus/psykisk helsearbeid.

3 Situasjon, prioritering og organisering

I dette kapittelet ser vi nærmere på hvordan kommunene definerer "rusproblemer", hvordan arbeidet med rusmiddelproblemer er organisert og hvordan organiseringen fungerer, om det har vært gjennomført omorganiseringer i det kommunale rusarbeidet de siste to årene, og om omorganiseringen eventuelt har fungert etter hensikten. Vi ser først på hvordan misbruk er definert.

3.1 Hvordan defineres "rusproblemer" i kommunene?

Ifølge SIRUS er det noe uklart hvordan rusmisbruk eller rusproblemer defineres:

Misbruksbegrepet [er] noe flytende, og det finnes egentlig ikke noen klar definisjon som gjelder alle typer rusmidler. Hvorvidt et gitt bruksmønster innebærer et misbruk er gjenstand for avveininger i hvert tilfelle når det er enkeltpersoner det er snakk om, mens standardiserte screeninginstrumenter tas i bruk ved undersøkelser på befolkningsnivå.

De faktorer som spiller inn på grenseoppgangen mellom bruk og misbruk er knyttet til kulturelle og juridiske forhold så vel som til negative konsekvenser av bruken, fremst for brukeren selv. Typer av negative konsekvenser som regnes inn er akutte ruseffekter og skader, tilsidesettelse av andre behov og ansvar som personen har, samt økonomiske forhold. Kroniske effekter på personens helse regnes derimot ikke inn, noe som delvis kan forklare hvorfor tobakksrøyking ikke regnes som misbruk.

Innenfor substansområdene til SIRUS kan man vel likevel, kort oppsummert, si at i den mest utbredte forståelsen kan alkohol, hasj (og andre svake narkotiske stoffer) og pengespill både brukes og misbrukes, sterke narkotiske stoffer og illegale reseptbelagte legemidler misbrukes, mens tobakk altså bare brukes (Amundsen et al. 2010).

For å få et innblikk i hvordan de fagansvarlige i kommunene forstår rusmisbruk eller rusproblemer, stilte vi et åpent spørsmål om hvordan definerer kommunen rusproblemer. 168 kommuner har svart på dette åpne spørsmålet, og vi finner stor bredde i svarene. En kommune siterer definisjonen til Frid A. Hansen ved Borgestadklinikken.

"Det eksisterer et rusmiddelproblem når bruk av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien og mellom mennesker, og de følelsesmessige bånd mellom mennesker belastes og forstyrres av en annens bruk av rusmidler" (Psykolog Frid Hansen (Borgestadklinikken). (Stor kommune på Østlandet)

Vi skal se at flere kommuner har valgt å ta utgangspunkt i konsekvensene av bruken av rusmidler. Andre opererer med vide og mindre presise definisjoner:

Rusproblemer defineres vidt; inkluderer alkohol, narkotika, medisiner, spill m.m. (Liten kommune på Østlandet)

"Bruker rusmidler på en slik måte at det går ut over dagliglivets fungering", jfr BrukerPlan- "Rusproblemer er i all hovedsak alkoholmisbruk"- fra Rusmiddelpolitisk handlingsplan vedtatt juni 2012. (Stor kommune på Vestlandet)

Vanskelig å gjengi en konkret definisjon, vi tar utgangspunkt i folkehelseloven § 5 og bruker hovedsakelig rusproblemer om rusbruk hos mindreårige, misbruk/avhengighet hos voksne og konsekvenser av rusbruk i form av kriminalitet, vold, helseproblemer ol (Stor kommune på Østlandet)

I kommunen defineres både alkoholbruk og bruk av narkotika som rusproblemer. (Liten kommune på Østlandet)

En systematisk gjennomgang av svarene viser at de fleste tar utgangspunkt i konsekvenser av rusmiddelbruken. Andre svar inneholder ikke klare definisjoner, men beskriver situasjonene eller brukerne

de jobber med, eller ulike målgrupper. Noen få respondenter sier at kommunen forholder seg til ICD-10 sin definisjon av avhengighet:

Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi. (Liten kommune på Østlandet)

Rusproblemer er diagnostisert av lege eller psykolog eller det er gjort screeninger som bekrefter at personen har en helseskadelig bruk av rusmidler. (Liten kommune i Nord-Norge)

Vi går gjennom de største gruppene av svar.

3.1.1 Funksjonsnivå og konsekvenser

Den største svarkategorien består av utsagn der det er konsekvensen av bruken av rusmidler som er sentralt: En person har et rusproblem når bruken av rusmidler går ut over den enkeltes daglige gjøremål, får nedsatt livskvalitet og redusert funksjonsnivå, eller når rusen tar overhånd. Noen nevner også negative konsekvenser for pårørende som en del av definisjonen.

Når bruk av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivareta i familien og de følelsesmessige båndene mellom mennesker belastes og forstyrres av en annens bruk av rusmidler. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Rusproblem = når bruk av rusmidler går ut over den enkeltes daglige gjøremål (arbeid, skole, familie, helse, økonomi osv.) (Mellomstor kommune på Østlandet)

Personer med vesentlig nedsatt livskvalitet over tid forårsaket av inntak av rusmidler. Med rusmidler anses alkohol, narkotika og medikamentforeskrevne midler som ikke tas som foreskrevet (Liten kommune på Sørlandet)

I Rusavdelingen tenker vi at noen har et rusproblem når bruk av rusmidler har ført til negative konsekvenser eller skadevirkninger for vedkommende i forhold til fysisk/psykisk helse, sosiale relasjoner, økonomi osv. (Mellomstor kommune i Midt-Norge)

3.1.2 Klar definisjon mangler

Flere gir uttrykk for at dette er et vanskelig spørsmål, og at de ikke har noen overordnet definisjon i kommunen. Dette gjelder særlig mindre kommuner, og kan være et uttrykk for et begrenset fagmiljø, der de rusansvarlige ikke har noen å diskutere faglige spørsmål med.

Nylig overtatt Rusoppgaver fra NAV f.o.m. nov. 2013, så dette arbeidet med definisjoner pågår. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Har ingen overordnet felles og klar definisjon. Har en nesten felles forståelse av at rusproblemer innebærer både misbruk og avhengighet, samt alkohol, narkotika og tabletter - legale og illegale. (Liten kommune i Nord-Norge)

Ikke systematisk kartlagt. Oftest blir personer med rusproblemer henvist til rus/psykiatritjenesten via fastlegen og NAV, og i tillegg kan personene selv ta kontakt med tjenesten da vi er et lavterskeltilbud. (Liten kommune i Nord-Norge)

3.1.3 Behov og brukergrupper

Andre respondenter mener spørsmålet er uklart, men de kan svare ut i fra hvilke personer de arbeider med. En kommunen sier dette er følgende grupper:

1. Personer der det grunnet rus er fare for liv og helse

2. Personer som ønsker oppfølging/behandling i forhold til rusavhengighet

3. Personer som erkjenner å ha en rusutfordring, men som nødvendigvis ikke ønsker behandling, men som likevel trenger oppfølging og hjelp i den livssituasjonen de er i. (Mellomstør kommunen på Vestlandet)

Andre har lignende definisjoner definert ut fra behov og brukergrupper:

Rustjenesten definerer brukergruppen til voksne over 18 år, og tjenesten er frivillig. Brukerne blir henvist via lege, NAV, at pårørende tar kontakt eller at de henvender seg selv. Bruker må ha en opplevelse selv at den har et problematisk forhold til aktuelt rusmiddel. (Mellomstør kommunen på Østlandet)

Alle rusmidler både legale og illegale som utgjør et problem for brukeren. (Liten kommunen på Østlandet)

Pasienter/brukere med en rusavhengighet til legale og/eller illegale stoffer der hensikten er å oppnå rusfølelse. (Liten kommunen på Østlandet)

Ca. 150 registrerte brukere, hovedsakelig blandingsmisbruk. Større pågang fra unge enn tidligere. 31 i LAR. Flere brukere med psykisk lidelse. (Mellomstør kommunen på Østlandet)

Rusproblemer defineres ut fra den enkelte bruker som henvender seg til tjenesten for bistand. Dette i forhold til problemer med å følge opp jobb/skole, eller bekymringsmeldinger fra familie. Vi mottar også henvisning fra andre etater, samt spesialisthelsetjenesten. Vi ser også et økende antall unge med alvorlige rusproblemer, som enten har droppet ut av skole, eller som ikke er i noen form for aktivitet. (Mellomstør kommunen i Nord-Norge)

Andre kommuner definerer hvem som er målgruppa for rusarbeidet:

Personer som har eller er i ferd med å utvikle et rusproblem. Vi jobber både forebyggende, rehabiliterende og lavterskel helse og botiltak. (Stor kommunen på Østlandet)

I denne sammenheng viser kommunalt rusarbeid til tidligere intervensjon, rehabilitering, henvisninger til spesialisthelsetjenesten, oppfølging før, under og etter behandling. (Mellomstør kommunen på Østlandet)

Som en levekårsutfordring og et folkehelseproblem. Kommunale rusutfordringer identifiseres innen: forebygging og tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering og i omsorgsbaserte livslange tiltaksløp. (Stor kommunen på Østlandet)

En del definerer rusproblemer som når personene selv mener de er rusavhengig, eller tar kontakt og ber om hjelp.

Personer som erkjenner at de har et rusproblem og som ønsker hjelp for å komme seg ut av det. Det kan være rus fra alkohol til andre narkotiske stoffer, samt medikamenter. (Liten kommunen på Vestlandet)

Personer som selv definerer seg selv som rusavhengig og/eller det er sterke indikasjoner på at personen har et rusmiddelproblem. (Liten kommunen i Nord-Norge)

I rustjenesten tar vi utgangspunkt i at det er brukeren selv som oppfatter at han/hun har et rusproblem. Problemet hindrer dem i hverdagen på ulike livsområder som f.eks. skole, arbeid, økonomi, bolig, i relasjoner/nettverk, i forhold til egenomsorg, somatisk og psykisk helse. (Stor kommunen på Østlandet)

Ingen konkret definisjon. De som søker om bistand/tjeneste på grunn av begynnende, pågående eller vedvarende problemer knyttet til rus vil få bistand (Mellomstør kommunen på Østlandet)

3.1.4 Situasjonsbeskrivelse

En del respondenter tar utgangspunkt i faktiske rusproblemer i kommunen, eller beskriver hvordan det lokale rusmiljøet ser ut. Flere beskriver en kjent, relativt liten gruppe av "tunge" brukere, og en del skjult misbruk, da gjerne av alkohol. En del beskriver at problemet har økt de siste årene. Vi ser at rusmidlene som beskrives er de samme som dukker opp i nasjonal statistikk: alkohol dominerer, kombinert med en del tablettmisbruk, amfetamin og cannabis.

Et etablert rusmiljø hvor det også foregår en del rekruttering (Lite kommune i Nord-Norge)

Rusproblemene i kommunen er alvorlig, og har økt betraktelig de siste to årene, særlig med tanke på narkotika. (Liten kommune i Nord-Norge)

Det er få tunge rusmisbrukere. Det er endel skjult alkoholmisbruk blant den voksne befolkning. Det er endel drikking blant ungdom på fester, både offentlige og private. (Liten kommune i Midt-Norge)

Flere "tunge" misbrukere som tar store deler av ressursene. (Liten kommune på Østlandet)

Alkohol og pillemisbrukere, i tillegg en del hasj og amfetamin. (Liten kommune i Nord-Norge)

Vårt inntrykk er at det er en økning av personer med sammensatt problematikk, hvor rus er en del. Vi har en "stabil" gruppe med eldre rusavhengige, de ruser seg mest på sentralstimulerende og alkohol. I tillegg har vi en "stabil" LAR gruppe, hvor mange av de ruser seg aktivt. I tillegg har vi en stor pågang av unge med svært sammensatt problematikk. (Stor kommune på Østlandet)

Rusproblemer er i vår kommune er preget av at vi er nabokommune til en stor by, høy tilgjengelighet til illegale rusmidlar, stor gruppe med etablert rusproblematikk, bekymring for påverknad for yngre i risikogrupper med negativ rusbruk og evt. i kombinasjon med psykiske lidinger. (Mellomstor kommune på Vestlandet)

Det vi merker i dag er at det er økning i forhold til unge Cannabisrøykere med voldsproblematikk. De som har arbeidet på rusfeltet forteller at det har vært en stor økning i antall nye henvendelser. Vi har fått vinmonopol og vil sannsynligvis få en enda større økning med personer som får alkoholproblemer. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Vi opplever at vi har et svært alvorlig problem. Mange unge brukere i faresonen, anabole steroider, amfetamin og Cannabis. Vi er bekymret over holdninger i enkelte miljøer der alternative rusmidler er legitimert. (Liten kommune i Nord-Norge)

Disse svarene synliggjør behovet for en lokalt tilpasset strategi på rusfeltet.

3.1.5 Andre svar

Noen definerer "rusproblemer" inn under psykisk helse:

Som en del av psykisk helse-begrepet. Psykisk helsetjenesten jobber for at alle innbyggerne i kommunen skal ha en hverdag preget av mening og mestring, ut i fra salutogenetiske prinsipper. Rusproblemer defineres på ulike nivåer; individ-, gruppe og samfunnsnivå. (Liten kommune på Østlandet)

Vi har et visst antall personer som har problemer med å håndtere hverdagen. Rusen styrer i stor grad hverdagen deres, noen har også psykiske problemer. De har et problem med å komme seg inn i arbeidslivet, da de ikke håndterer døgnet. (Liten kommune i Nord-Norge)

Sjølve organiseringa for hjelp er godt organisert på grunn av at rusarbeid er knytt direkte opp som ein del av psykisk helsearbeid. Legene er lett tilgjengelige og samarbeider godt. (Liten kommune på Vestlandet)

Andre definerer rusproblemer ut i fra hovedmålene i strategi- og handlingsplaner:

1. Forebygge at personer utvikler av rus- og kriminalitetsrelaterte problemer.
2. Redusere risiko for uhell, skader og ulykker som et resultat av alkoholberuselse og annen rusbruk.
3. Bidra til at personer som er rusavhengige kommer ut av sin avhengighet eller at skadene ved rusbruk reduseres. (Storbykommune)

Ifølge ruspolitisk handlingsplan velger kommunen å definere rusproblemer/rusmiddelmissbruk som bruk av midler som påvirker sentralnervesystemet, og gir endret stemningsleie og/eller svekket psykomotorisk kontroll på en måte som er til skade for individet eller er plagsomt for en selv eller andre av sosiale grunner (www.forebygging.no). (Mellomstor kommune på Østlandet)

Vår ruspolitiske handlingsplan har følgende visjon: Kommunen skal være et trygt og godt samfunn for voksne og barn. Kommunen skal gjennom målrettet innsats bidra til at innbyggerne i størst mulig grad slipper skadevirkninger av eget eller andres rusmisbruk. Alle innbyggere som er berørt av rusmiddelbruk skal som følge av mål og tiltak i denne planen oppleve forbedring i sin situasjon. (Stor kommune i Midt-Norge)

I det følgende skal vi se hvordan rustjenesten er organisert i kommunene.

3.2 Organisering av rustjenesten

Svarene på spørsmål om hvordan rustjenesten i kommunen er organisert, viser at det finnes svært mange måter å organisere det kommunale rusarbeidet. Det vanligste er å organisere arbeidet i en felles enhet for rusarbeid og psykisk helse, men dette gjelder fortsatt bare drøyt en tredjedel av kommunene i utvalget. 29 prosent svarer at rusarbeidet i hovedsak er organisert som en del av NAV, mens 23 prosent oppgir at ingen av de oppgitte kategoriene passer.

Tabell 3.1 Hvordan det kommunale rusarbeidet er organisert

| Organisering | Antall | Andel |
|--|--------|-------|
| Egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helse | 66 | 35 |
| Rusarbeidet er i hovedsak organisert som en del av NAV | 55 | 30 |
| Egen enhet for rusrelatert arbeid | 12 | 6 |
| Egen enhet, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter | 12 | 6 |
| Annet | 44 | 23 |
| Totalt | 188 | 100 |

En gjennomgang av svarene som beskriver en annen organiseringsform, viser igjen at det er store forskjeller i hvordan tjenestene organiseres. Flere steder ser det ut til at arbeidet er delt mellom enhet eller avdeling for psykisk helsearbeid, rustjeneste, hjemmetjeneste eller miljøarbeidertjeneste, og sosialtjenesten i NAV.

Arbeidet fordeles og utføres av både NAV og egen avdeling for psykisk helsearbeid. (Liten kommune på Østlandet)

Kommunen valgte å gå inn i NAV med minimumsløsning. Rusarbeidet er organisert som en egen tjeneste innenfor sosialtjenesten. (Liten kommune i Nord-Norge)

NAV rusteam og miljøarbeidertjenesten. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Vi har to etater som arbeider med personer med rusrelaterte problemer: Etat for sosiale tjenester (NAV sosialtjeneste) og Etat for psykisk helse og rustjenester. (Storbykommune)

Hoveddelen er plassert i enhet for psykisk helsearbeid, i tillegg er det en deltidsstilling som ruskonsulent på NAV. (Liten kommune på Østlandet)

Pr i dager det delt mellom NAV og psykisk helse. (Liten kommune i Nord-Norge)

Rus er organisert sammen med hjemmetjenesten, og psykisk helse, i en såkalt forebyggende tjeneste. (Liten kommune i Nord-Norge)

Flere steder er det flere, til dels mange, enheter og avdelinger som er involvert i arbeidet:

Det er flere enheter og avdelinger som jobber med rus. Koordinering gjøres i eget rusteam (Liten kommune på Østlandet)

Det kommunale arbeidet er delt mellom: Psykisk helsetjeneste, legekontor, helsestasjon, NAV (Liten kommune på Østlandet)

Egen avdeling under enhet for hjemmebaserte tjenester; avdeling for psykisk helse og rus, og under der igjen, rustjenesten. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Organisert i ulike einingar - buteneste, heimeteneste, lege og psykiatri. Tverrfaglig samarbeid - koordinerende eining. (Liten kommune på Vestlandet)

PHT har omsorgen for de brukerne som har LAR og som er godt etablerte. Det er en egen SLT koordinator som samarbeider med skole og helsestasjon. NAV har kontakt med unge som trenger sosialhjelp. Det er ikke en samlet organisering av rusarbeidet. (Liten kommune på Østlandet)

Psykisk helse rus er organisert i enhet sammen med barnevern, lege, helsestasjon, jordmor og fysioterapi (Liten kommune på Sørlandet)

Rus er lagt under hjelptjenesten sammen med mange ulike fagområder som psykiatri, miljøtjeneste, PPT, barnevern, barnebolig (Liten kommune i Nord-Norge)

Noen få kommuner har valgt en modell der rustjenestene er organisert inn under familietjenester:

Egen enhet innen familiesenteret (Liten kommune i Nord-Norge)

Enhet for helse og familie (Liten kommune i Midt-Norge)

Helsehuset, Avd. Rus og psykisk helse har ansvar for rusarbeid til voksne, både forebygging, behandling og rehabilitering. Familiens Hus har ansvar for alt rusarbeid til barn/unge (Mellomstor kommune på Østlandet)

Er organisert i et Familiens Hus. Der rus/ psykiatri barnevern, helsestasjon og ungdomsklubben, SLT har felles leder. (Liten kommune på Østlandet)

Et par av de aller minste kommunene har ingen egne enheter eller spesiell organisering:

Er kun en person ansatt i rusomsorgen. Er direkte organisert under rådmannen i kommunen, som også er helsesjef. (Liten kommune i Nord-Norge)

Ingen enhet for rusarbeid. Kommunen er liten, under 500 innbyggere. Kommunelegen fanger gjerne opp og arbeider evt. med de som har rusproblemer. (Liten kommune i Nord-Norge)

Rus- og psykiatritjenesten er organisert som avdeling, under enhet Helsetjenesten. Rusteam, og psykiatrisk uteteam. (Mellomstor kommune i Nord-Norge)

3.3 Hvordan fungerer organiseringen?

På spørsmål om hvordan gjeldende organisering fungerer, svarer knapt to av tre kommuner at organiseringen fungerer "ganske godt" eller "svært godt". Kun 6 prosent av kommunene mener at organiseringen fungerer dårlig. Det tyder på at den store variasjonen i organiseringsmodeller kan være hensiktsmessig: kommunene har organisert tjenestene på en måte som passer i den enkelte kommune.

Tabell 3.2 Hvordan fungerer organiseringen

| Hvordan fungerer organiseringen | Antall | Prosent |
|---------------------------------|--------|---------|
| Svært dårlig | 3 | 2 |
| Ganske dårlig | 8 | 4 |
| Verken godt eller dårlig | 49 | 26 |
| Ganske godt | 91 | 48 |
| Svært godt | 34 | 18 |
| Ikke svart | 4 | 2 |
| Total | 189 | 100 |

De som har svart at organiseringen fungerer dårlig, har stort sett begrunnet dette med manglende prioritering, underbemanning og fragmenterte tjenester:

Arbeidet med rusavhengige blir nedprioritert, fordi vi ikke har tilbud til menneskene i kommunen. Vi søker dem inn i institusjon, men når de kommer ut så er det rett tilbake igjen. Kommunen prioriterer ikke midler økonomisk til boliger og fritidstilbud til denne gruppen. Vi prøver i tjenesten å lage noen lavterskeltilbud så godt vi kan, ellers er det stort sett en-til-en oppfølging, eller via lege. (Egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helsearbeid)

For oppstykket og for lite fokus på forebygging og tidlig intervensjon. (Det foregår rusarbeid ved flere enheter)

Sosialfaglig underbemanning gjør at tilnærmingen hele tiden er under press - det vanskeliggjør fagutvikling. Rustjenesten burde ligge under NAV - eller være organisert som egen enhet. (Rus er organisert sammen med hjemmetjenesten, og psykisk helse, i en såkalt forebyggende tjeneste)

Mye gjøres i psykiatrien som i praksis er en rus/psykiatritjeneste. Dette fører til dårlig samarbeid, lite innsikt og forståelse i hverandres arbeid. Samarbeidet med hjemmebasert omsorg og legene varierer veldig også. Selv i en liten kommune vet man ikke hvem som gjør hva (Rusarbeidet er i hovedsak organisert som en del av NAV)

Kommunen er geografisk stor, og at jeg er alene om denne jobben er det vanskelig å dekke hele kommunen. Kommunen er delt i to med fergeforbindelse, og en bygd som det kun båtforbindelse med som er ugunstige rutetider og vanskeliggjør å kunne nå rusmisbrukerne der. Merkes også at det er en kommune med dårlig økonomi. (Egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helsearbeid)

Rusarbeidet blir sårbart med bare en 50 % ruskonsulentstilling i kommunen. Rus og psykiatri går hånd i hånd så det burde organisert i lag med teamet for psykisk helsearbeid i kommunen. Dette vil gi brukeren en mer helhetlig oppfølging og støtte opp under et tverrfaglig samarbeid. NAV får ofte en uheldig rolle i arbeidet med rusavhengige siden vi sitter på "pengesekken". Det burde også vært flere stillingshjemler som jobber med rus så en blant annet kan ha mer fokus på forebygging og lettere fange opp unge som er på vei ut på skråplanet. I tillegg er det krevende og ensomt å sitte alene med tunge russaker. (Rusarbeidet er i hovedsak organisert som en del av NAV)

Vi har også sett på om det er en sammenheng mellom type organisering og hvordan organiseringen fungerer.

Tabell 3.3 Hvordan fungerer organiseringen, etter organiseringsform

| Organisering / vurdering | Svært godt | Ganske godt | Verken/ eller | Ganske dårlig | Svært dårlig | Totalt |
|--|------------|-------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| Egen, felles enhet for rus og psykisk helse | 21 | 58 | 14 | 2 | 3 | 100 (n=66) |
| Rusarbeidet er i hovedsak organisert som en del av NAV | 17 | 37 | 37 | 6 | 2 | 100 (n=54) |
| Egen enhet, men det foregår også rusarbeid ved andre enheter | 8 | 50 | 42 | 0 | 0 | 100 (n=12) |
| Egen enhet for rusrelatert arbeid | 42 | 50 | 8 | 0 | 0 | 100 (n=12) |
| Annet | 11 | 47 | 31 | 9 | 0 | 100 (n=45) |
| Total | 18 (n=34) | 48 (n=91) | 26 (n=49) | 4 (n=8) | 2 (n=3) | 100 (n=185) |

Det ser ut til at det er større tilfredshet med organiseringen i de kommunene der rustilbudet er organisert i en egen enhet for rusarbeid eller egen enhet for rus og psykisk helse, men dette kan også tenkes at organiseringsformen har sammenheng med ressurser og prioritering av rusarbeidet, slik at de kommunene som har organisert rusarbeidet i en egen enhet, evt. sammen med psykisk helse, også gir rusarbeidet større prioritet. En nærmere vurdering av organiseringsform inngår ikke i denne rapporten.

For å få en bedre forståelse av organiseringen stilte vi også et åpent spørsmål om hva som er bra med måten tjenestene er organisert. Vi har sortert svarene etter hvordan kommunens rustjeneste er organisert.

3.3.1.1 Felles enhet for rus og psykisk helse

Flere av kommunene med felles enhet for rus og psykisk helsearbeid trekker fram at psykiatri og rus hører naturlig sammen, og at samordning gir et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, ikke minst for pasienter med dobbeltdiagnose:

At rus og psykiatri er organisert sammen. At tjenesten ligger innunder enhet Helse, som medfører godt kontakt og samarbeid og regelmessig møter med alle legene hver 14. dag. Medfører også en helsemessig forståelse av rusproblematikk. Synliggjør tydelig at vi er et eget fagfelt. (Liten kommune på Østlandet)

Rus og psykisk helse henger sammen, og 80-90 % av våre brukere med rusutfordringer har også en psykiatridiagnose. (Liten kommune på Østlandet)

Rus og psykiatri henger ofte sammen. Det er bra å kunne ivareta bruker på en mer helhetlig måte og koordinerer øvrige tjenester i samarbeid med øvrige instanser som NAV o.l. (Liten kommune i Nord-Norge)

Andre mener at organiseringen gir et bedre fagmiljø rundt målgruppa:

Vi får benyttet de ressursene vi har direkte mot brukergruppen. Vi kan ha mulighet til fleksibilitet i forhold til aktiviteter/gjøremål vi tilrettelegger for. Vi har et større faglig miljø. (Mellomstor kommune på Vestlandet)

Kort vei til kompetanse. Oversiktlig for samarbeidspartnere og brukere. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Samlet ressurser - mer robust ressurstilgang/backup. Samlet kompetanse - flerfaglighet og flere innfallsvinkler. Attraktive og kompetente fagmiljøer. Bedre samhandling (Stor kommune på Østlandet).

En fagansvarlig mener at det er positivt at tjenesten ikke ligger i NAV, fordi det fører til større fokus på rusmiddelavhengigheten, og mindre på økonomi og ytelser:

Rustjenesten ligger utenfor NAV og har ikke med folks økonomi å gjøre. Dette fører til bedre rusarbeid, fokus på rus ikke økonomi. (Mellomstor kommune på Østlandet)

3.3.1.2 I hovedsak organisert som en del av NAV

De kommunene der tjenestene i hovedsak er organisert som en del av NAV, mener at det er flere fordeler med dette, blant annet at de har god oversikt over brukerne og har lettere for å fange opp og holde kontakten med brukerne.

Lett for brukere å komme innom NAV, både nye og gamle brukere. Hjelpen kan komme tidlig inn da vi følger opp både sykemeldte, arbeidsledige osv. (Liten kommune på Sørlandet)

Fanger opp unge rusmisbrukere lettere enn andre enheter. Oppsøker ofte NAV når rusmisbruket gjør at de ikke fungerer i arbeid og problemer med personlig økonomi. God oversikt over misbrukerne i kommunen. Jobber sammenhengende med arbeid/aktivitet og eller behandling for sosialhjelpsmottakerne og mottakere av Arbeidsavklaringspenger for personer med rusmiddelproblemer. Kan stille som krav at brukerne møter ved NAV kontoret. Dette sikrer kontinuitet i oppfølgingsarbeidet. (Liten kommune i Midt-Norge)

Organiseringen kan også gi et helhetlig velferdstilbud:

Kan jobbe med "heilheta" i velferdstilbudet. (Liten kommune på Vestlandet)

Vi har kompetansen, vi har ressursene og vi har virkemidlene (Liten kommune i Nord-Norge)

Greit tverrfagleg samarbeid. Har ofte eit heilskapleg bilde av situasjonen til brukaren. (Liten kommune på Vestlandet)

Nærhet til og tilganger på virkemidler til NAV. Spesielt er dette verdifullt i forhold til bolig, økonomi, inntektssikring og arbeid/aktivitet for brukerguppen. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Andre mener at det er mindre stigmatiserende å være i kontakt med NAV enn å være i kontakt med andre deler av hjelpeapparatet, og at det er lettere å komme i kontakt.

Lett å komme til kontoret. Ingen stigmatisering å komme inn døra hos NAV. Ruskonsulenten drar enkelt ut til de forskjellige brukerne som trenger dette.

NAV er det siste sikkerhetsnettet for mange mennesker. Er enkelt å ta kontakt her.

Tjenesten er innebygget i NAV-organisasjonen på linje med de øvrige tjenestene, og vil derfor ikke 'peke seg ut' og virke stigmatiserende

3.3.1.3 Egen enhet for rusrelatert arbeid

En fordel ved å organisere rusarbeidet i en egen enhet er handlefrihet og selvstendighet.

Handlingsfrihet er en tungtveiende årsak. Funksjonen avlaster de andre brukertjenestene i kommunen.

Organiseringen gir rom for selvstendighet og videreutvikling av tjenesten.

Det gir også samlet kompetanse og god oversikt over både behov og tilbud, og kan gjøre at det blir tydelig ansvarsfordeling og færre personer å forholde seg til for brukerne, samt bedre oversikt over målgruppa i kommunen.

Alle kommunale tiltak retta mot rusmiddelavhengige er samla. Dette gjer at me kan jobba heilskapleg, me har alltid nokon som kjenner brukaren godt. Har samla både spiss- og breiddekompetanse på ein plass. Mange ulike yrkesgrupper jobbar her. Dei fleste har vidareutdanning i rus / psykiatri / bustadoppfølging. Me har eit totalansvar uavhengig av om pasientane er i behandling, type behandling o.l. Me kan ikkje velja pasienten vekk eller senda han til nokon annan i kommunen. Pasientar med varige behov for omsorgstenester (og evne til å ta i mot) blir jobb inn i ordinær omsorgsteneste.

Vi får konsentrert oss om kartlegging, motivering, rehabilitering og ettervernstilbud av rusmiddelavhengige. Blir spesialiserte og gode på tilbudene og får også fulgt opp de som lever i aktiv rus. Vi bistår bruker i å få etablert en godt fungerende ansvarsgruppe og har koordinatoransvaret.

Det er bra at det er en enhet som har ansvaret. Da vet alle hvor man kan henvende seg hen vedr. rusproblemer.

Samlet kompetanse. Rusavhengige er en prioritert gruppe. Viss oversikt over rusproblematikken i kommunen.

Alt rusarbeid er samlet i en egen tjeneste, hvor vi har en bred kompetanse på feltet. Dette samler kompetansen, og bidrar også til god rekruttering og et godt, samlet fagmiljø. Vi har en svært stabil arbeidsstokk. Tjenesten er delt inn i team med egne ansvarsområder.

Rusen er organisert under tjeneste for psykisk helse. Fordelen med det er at det blir færre fagpersoner å forholde seg til.

Det sikrer også at tjenesten kan konsentrere seg om rusproblematikk, og ikke blir dominert av andre problemstillinger og fokusområder:

Ansatte ønsker å jobbe spesielt med rusmiddelavhengige og rusproblematikk. Dette kommer spesielt godt frem når tjenesten er organisert som egen tjeneste.

Vi har fokus på rusarbeidet. Har ansatte som er veldig engasjert i målgruppen og har god kompetanse på å skape gode relasjoner, selv til de som har dette som grunnleggende problem.

3.3.1.4 Egen enhet, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter

Blant de som har svart at rustjenesten er organisert som en egen enhet, men at det foregår rusarbeid også ved andre enheter, ser det ut til at samarbeid er den store fordelene:

Enklere å samarbeide med ulike tjenesteutøvere.

Rusteam Lavterskeltiltak fungerer bra opp mot eksisterende tjenester/bra tverrfaglig samarbeid. Operative miljøterapeuter/boveileder - nærhet til brukerne

Ruskoordinator sikrer tverrfaglig samarbeid og fokus på området rus. Koordinator fungerer videre som en pådriver for aktivitet på feltet i de ulike avdelingene.

Enhetene er små. Har fungerende samarbeidsordninger.

Helhetlige og individuelt tilpassede tjenester trekkes også fram:

Fleksible og helhetlige tjenester.

Individuelt tilpassede tjenester. Kan være en fordel for bruker å ha egen saksbehandler i forhold til økonomi, adskilt fra helsetjenesten.

Vi ser lett sammenheng og har god oversikt over de ulike tjenestetilbudene, og det er lett å få plassert brukere der de "hører hjemme". Lav terskel til behandling. Varierte tilbud og lett å tilpasse individuelt. Nærhet til andre kommunale tjenester.

En respondent trekker også fram at brukernes rusmiddelavhengighet blir sett:

Brukerne blir sett og hørt i forhold til sin "hoveddiagnose".

3.3.1.5 Annet

Det er vanskelig å systematisere svarene fra de kommunene som har valgt å organisere tjenestene på andre måter. Oversikt og godt samarbeid trekkes fram av flere.

Liten kommune, god oversikt og lite turnover blant medlemmene i teamet. (organisert som rusteam bestående av kommunelege, psykiatrisk sykepleier og sosialkonsulent)

Det at vi er organisert sammen med psykisk helse og sosialt vanskeligstilte gjør samhandling enklere og kan møte den enkeltes sammensatte behov på en bedre og mer samlet måte. (Rustjenesten organisert som en egen avdeling sammen med øvrige oppfølgingstjenester innen rus, psykisk helse og sosialt vanskeligstilte. Det utføres rusarbeid ved andre enheter i kommunen)

Forholdsvis liten enhet. Godt samarbeid med NAV og politiet (Enhet for helse og familie)

Organiseringen fører til godt tverrfaglig samarbeid. De ansatte kjenner hverandre godt. (Er organisert i et Familiens Hus. Der rus/ psykiatri barnevern, helsestasjon og ungdomsklubben, SLT har felles leder)

Det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt i kommunen på tvers av avdelingene. (Det kommunale arbeidet er delt mellom: Psykisk helsetjeneste, legekantor, helsestasjon, NAV)

Kort vei til nærmeste leder og enhetsleder. Forholdsvis liten kommune gir god oversikt. (Egen avdeling under enhet for hjemmebaserte tjenester; avdeling for psykisk helse og rus, og under der igjen, rustjenesten)

Flere påpeker at det er en fordel å være nær NAV uten å være en del av NAV.

At rus og psykisk helse er organisert sammen og utenom NAV. Dette fordi vi da har et stort fagmiljø som kan dra veksler på hverandre og fordi vi slipper at den rusavhengige blir kasteball mellom rus og psykisk helse. I mange tilfeller er det den faglige retningen og personalets egenskaper som er viktigst ikke om de har et rus- eller psykisk helse-problem. Vi får også i større grad et faglig fokus enn det blir der rus er organisert i NAV (erfaring i annen kommune tidligere) (Helsehuset ved Avdeling Rus og psykisk helse har ansvar for rusarbeid til voksne, både forebygging, behandling og rehabilitering. Familiens Hus har ansvar for alt rusarbeid til barn/unge)

NAV og avdeling for psykisk helse er fysisk plassert ved siden av hverandre. Korte linjer og lett å samarbeide. Ulikt ansvarsområde. Ruskonsulent på NAV har tilgang til alle NAVs virkemidler og jobber også med tiltak og inntektssikring for denne gruppa. Dette tilsier bedre helhetlig innsats. (Hoveddelen er plassert i enhet for psykisk helsearbeid, i tillegg er det en deltidsstilling som ruskonsulent på NAV)

Andre er opptatt av at organiseringen sikrer rusmiddelavhengige gode og individuelt tilpassede tjenester, uten stigmatisering:

Ein får betont at rusmisbrukarar har krav på dei same tenestane som befolkninga elles. Ein unngår stigmatisering og terskelen for å søkje hjelp vert låg. (Ein har sosialkonsulent i Helse og sosialeininga som sakshandsamar problemstillingar som ikkje vert handtert av andre tenester. Det er på gang ei omorganisering kor ein tenkjer legge eit samla ansvar for dette til tenesta Psykisk helse og rus)

Helhetstenkning opp mot mennesket, likestilling av psykisk helse, somatisk helse, sosiale problemer, rus. Alle har samme rettigheter; vi skal behandle hele mennesket ut fra behov og ikke fragmentere tjenestene. Alle jobber turnus; hjelpen tilpasses ut fra når tid behovet er uavhengig av helligdager, kveld eller dag. Mindre sårbart ved at flere personer kan yte tjenesten dersom noen er borte.

Det er fordeler og ulemper med alle organiseringsformene, og kommunene gjør vurderinger ut i fra brukernes behov og lokale muligheter. Mange av kommunene i utvalget har gått gjennom omorganiseringer av rusarbeidet de siste to årene. Vi ser videre på hvilken retning omorganiseringen går i.

3.4 Omorganiseringer av rusarbeidet

34 prosent av de rusansvarlige oppgir at det har vært gjennomført omorganiseringer i det kommunale rusarbeidet de siste to årene. Svar på åpent spørsmål om hva endringene gikk ut på, viser at en del av de mindre endringene er knyttet til hvor ruskonsulenten er plassert eller opprettelse av egne prosjektstillinger.

Fikk inn en prosjektstilling til på rusarbeid som skulle være under psykisk helse. (Rusarbeidet er i hovedsak organisert som en del av NAV)

Fast ansettelse av ruskonsulent

Ruskoordinator ble først ansatt på NAV, men stillingen ble etterhvert overført til Helse og Familie. (Egen enhet for rusrelatert arbeid)

Kommunen mottok prosjektmidler for å opprette ruskoordinator i 2011. (Egen enhet, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter)

Mistet to miljøarbeidere som ble overført til miljøtjenesten. (Egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helsearbeid)

Ruskonsulentstillingen er økt. (Egen enhet for rusrelatert arbeid)

I de kommunene der det har vært gjennomført større endringer, har disse stort sett gått ut på å flytte tjenester ut av NAV og over til kommunehelsetjenesten for å opprette egne enheter for rusarbeid eller rus og psykisk helse.

Rusområdet var tidligere organisert under NAV (Egen enhet for rusrelatert arbeid)

Den individuelle oppfølgingen av rusavhengige, spesielt LAR-oppfølgingen, ble flyttet fra NAV til Psykisk helseteam etter endring i lovverket. (Egen enhet, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter.)

Alt rusarbeid flyttet til et team, også NAVs oppgaver, flyttet ansatt fra NAV til rusteam (Egen virksomhet: psykisk helse og rus, organisert i rusteam og psykisk helseteam som samarbeider)

Kommunen har flyttet alle ressursene til oppfølging av personer med rusproblemer ut av NAV og over i en ny fagavdeling Individ og levekår der Rus- og Psykisk helsetjeneste er en egen fagavdeling. (Egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helsearbeid)

Ruskonsulentstilling tatt ut av NAV, og opprettet eget rusteam med ruskonsulenter under psykisk helse og rusomsorg (Egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helsearbeid)

En kommune har gått motsatt vei og overført tjenester fra kommunen og inn i NAV:

Avdeling Psykisk helse har blitt overført fra kommunen og inn i NAV. Arbeidet innen Psykisk helse og rus skal nå samordnes tettere. (Rusarbeidet er i hovedsak organisert som en del av NAV)

Også en del andre omorganiseringer beskrives:

Tenesta har blitt større. Rusarbeidet lagt til tenesta 01.01.11. Lavterskel arbeidstreningstiltak lagt til tenesta frå 01.01.13. (Egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helsearbeid)

Tidligere var ikke tjenesten samlokalisert med psykisk helse, samt at tjenesten tidligere var under Familie og helse, i dag er tjenesten under Helse og omsorg. (Egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helsearbeid)

Styrket psykiatritjenesten med årsverk (Egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helsearbeid)

Koordinerende enhet ble opprettet. (Egen enhet, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter)

Endring av team og arbeidsoppgaver. Sentralisering av vedtak, etablert nye tjenesteområder (Egen enhet, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter)

Vi var organisert i en tjeneste: Brukertjenesten, der Rus, barnevern og psykiskhelse inngikk. Nå er vi organisert i en tjeneste der Rus, hjemmetjenesten og psykisk helse inngår: Forebyggende tjeneste. (Rus er organisert sammen med hjemmetjenesten, og psykisk helse, i en såkalt forebyggende tjeneste)

Omorganiseringene vurderes stort sett å fungere etter hensikten. Dette gjelder særlig å knytte rus opp til psykisk helsearbeid.

Ja, stolthet over eget arbeid og fag har økt, færre som slutter i jobben, sykefravær har blitt lavere, fokus på brukere og deres livskvalitet har blitt bedre. Faglig er tjenesten styrket (Egen virksomhet: psykisk helse og rus, organisert i rusteam og psykisk helseteam som samarbeider)

Det at Rus- og psykisk helsetjeneste er organisert i samme avdeling er vi av den formening om at det er bra. I forhold til den fagavdelingen vi er organisert inn i med boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming er vi ikke helt fortrolig med (Egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helsearbeid)

I en del tilfeller er det for tidlig å si hva som er resultatene:

Det er litt tidlig å si da prosjektet akkurat har startet opp. Vi har imidlertid erfart at denne modellen har vært fruktbar for å få til gode og samordnede tiltak for krevende brukere. (Hoveddelen er plassert i enhet for psykisk helsearbeid, i tillegg er det en deltidsstilling som ruskonsulent på NAV)

En respondent uttrykker klart misnøye med omorganiseringen, og mener at den vil føre til et svekket tilbud. Omorganiseringen besto i dette tilfellet av en endring fra brukertjeneste, med rus, barnevern og psykisk helse, til forebyggende tjeneste (rus, hjemmetjeneste og psykisk helse inngår):

Hensikten med omorganiseringen er økonomisk begrunnet, ikke faglig begrunnet. I så måte har den fungert da man temmelig konsekvent har trukket ned på stillinger etter opprettelse av den nye tjenesten - man ønsker å spare penger og vil jo selvsagt på kort sikt gjøre det gjennom en svekkelse av tilbudet til brukerne og en snevrere tilnærming til sammensatt problematikk.

3.5 Oversikt over brukerne

På spørsmål om kommunen har kartlagt hvor mange rusmiddelavhengige som bor i kommunen, svarer 39 prosent ja.

Tabell 3.4 Har kommunen kartlagt hvor mange rusmiddelavhengige som bor i kommunen

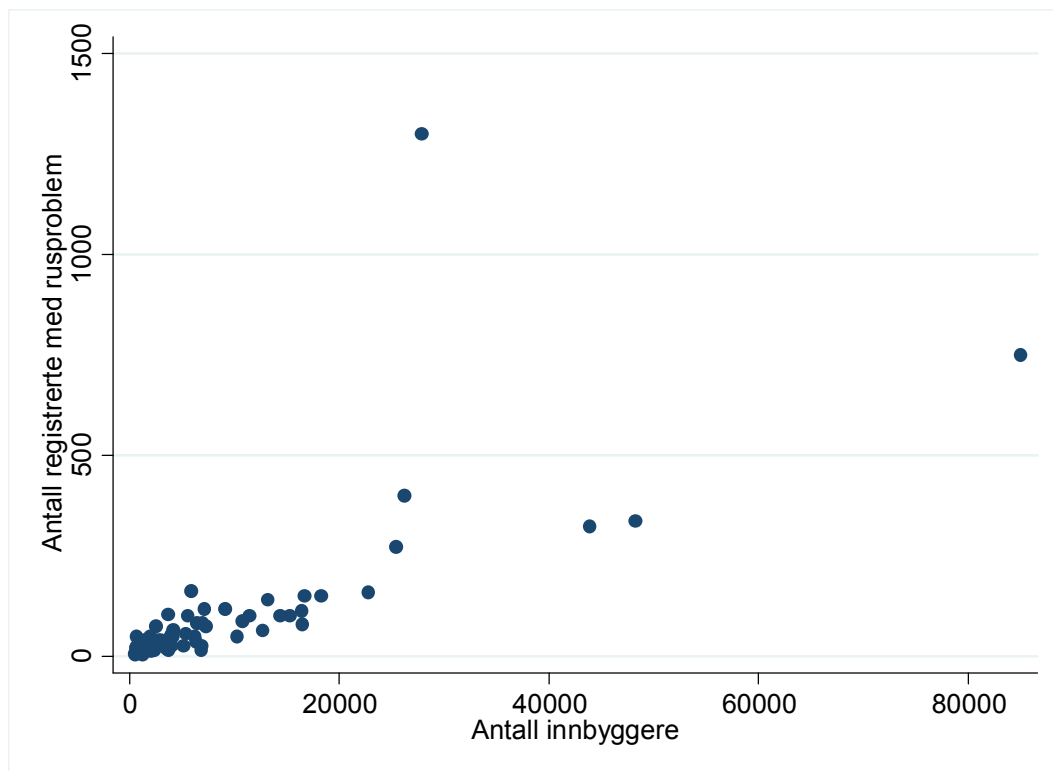
| | Antall | Prosent |
|------------|---------------|----------------|
| Ja | 73 | 39 |
| Nei | 111 | 59 |
| Ikke svart | 4 | 2 |
| Totalt | 188 | 100 |

Omtrent halvparten av de som svarer at de har kartlagt antall personer med rusproblemer, svarer at kartleggingen foregikk ved at de gjennomførte verktøyet BrukerPlan. En del beskriver også at ulike datasystemer i NAV (Arena, Geric) ble brukt. Vi stilte også et eget spørsmål om kjennskap til og bruk av BrukerPlan:

Tabell 3.5 Har kommunen tatt i bruk BrukerPlan?

| | Antall | Prosent |
|---|---------------|----------------|
| Ja, har tatt i bruk | 67 | 35 |
| Skal ta i bruk | 62 | 33 |
| Kjenner til, men har ikke planer om å ta i bruk | 25 | 13 |
| Kjenner ikke til | 31 | 16 |
| Ikke svart | 4 | 2 |
| Totalt | 189 | 100 |

På oppfølgingsspørsmål om hvor mange med rusproblemer som bor i kommunen gir flere omtrentlig anslag, og presiserer at det er store mørketall og usikkerhet knyttet til tallene. Det varierer dessuten om de oppgitte tallene er registrerte brukere som er i kontakt med hjelpeapparatet, og om de er et anslag på rusmiddelavhengige totalt i kommunen, og om de er kartlagt i BrukerPlan eller på andre måter. Et flertall oppgir at tallene kun er registrerte personer som kommunen har kontakt med, og at det reelle tallet er høyere. Der respondentene har angitt et intervall, f.eks. 70-80 personer, har vi satt verdien til gjennomsnittet for intervallet (75 personer). Figuren under må derfor tolkes med forsiktighet. Den gir likevel et visst inntrykk av sammenhengen mellom befolkningsstørrelse, hentet fra SSB, og antall personer med et rusproblem.



Figur 3.1 Ca. antall registrerte personer med rusproblemer og antall innbyggere i kommunen (18-66 år)

På oppfølgingsspørsmål om hvordan kartleggingen foregikk, presiserer mange at de kun har kartlagt registrerte brukere, og at det er en del svakheter knyttet til kartleggingen.

Brukerplanen opererer med mørketall i forhold til antall personer som kan relateres til rus. Brukerplanen kartlegger ikke de under 18 år, og man får ikke fanget opp de som har et rusproblem, og som ikke er registrert i en eller annen tjeneste.

En del har gjennomført egne kartleggingsprosjekt, brukt Ungdata eller gjennomført egne spørreundersøkelser blant ungdom. De fleste kartleggingene var tverrfaglige, ved at man har samlet inn rusrelaterte saker ved ulike enheter (politi, fastleger, hjemmetjeneste, NAV, barnevern med flere).

Kartlagt antall rusavhengige i 2010/-11 (første tida vi hadde eit 3-årig rusprosjekt med midlar gjennom Fylkesmannen). I kartlegginga deltok barneverntenesta, helsestasjonen, pleie- og omsorgstenesta, NAV.

Kartleggingen foregikk slik at legene, SLT koordinator, vår enhet og NAV gjennomgikk de rusavhengige som vi følger opp.

Registrering på antall saker hos politiet som var rusrelatert. Det samme i diagnosesystemet til legene. Barneverntjenesten, hjemmebasert, psykisk helsearbeid (bolig, dagsenter, samtaletjenesten, AKAN saker i kommunen)

Samarbeid mellom rusteam og samhandlingsenheten.

Ulike helsetjenester kartla internt, før en sammenfattet dataene.

Anonym kartlegging for alle instanser som møter rusavhengige.

Anslagsvise tall utfra hvem en har kjennskap til. Sammenligner tall med politiet.

Noen mener at de har relativt god oversikt over gruppa, på grunn av små og oversiktlige forhold:

Er ikke gjort noe konkret kartlegging, men har en rimelig god oversikt over misbrukerne da dette er en liten kommune.

Med bakgrunn i kjennskap og god oversikt.

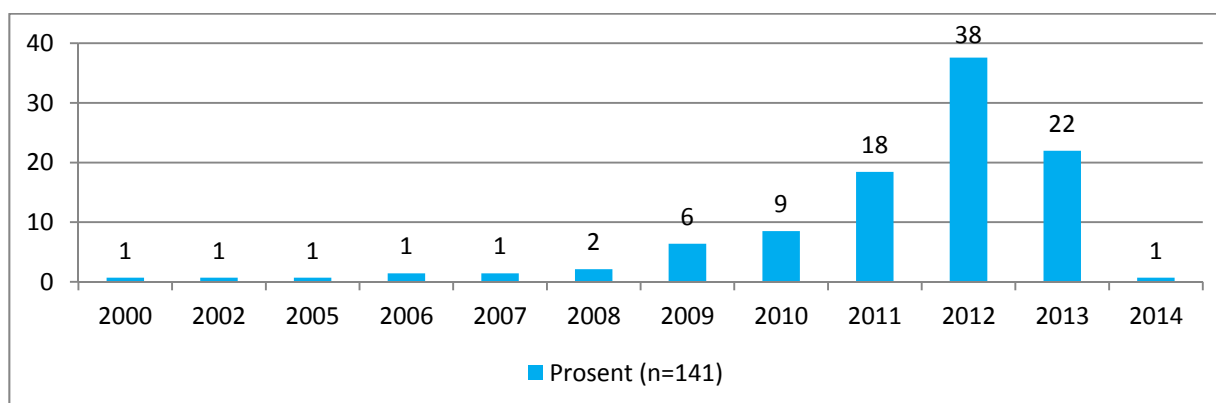
3.6 Ruspolitisk handlingsplan

En annen måte å vurdere hvor godt organisert og forankret rustjenestene er i kommunene, er å se hvor stor andel som har en ruspolitisk handlingsplan, innholdet i denne, og når den sist ble revidert.

Tabell 3.6 Andel kommuner med ruspolitisk handlingsplan

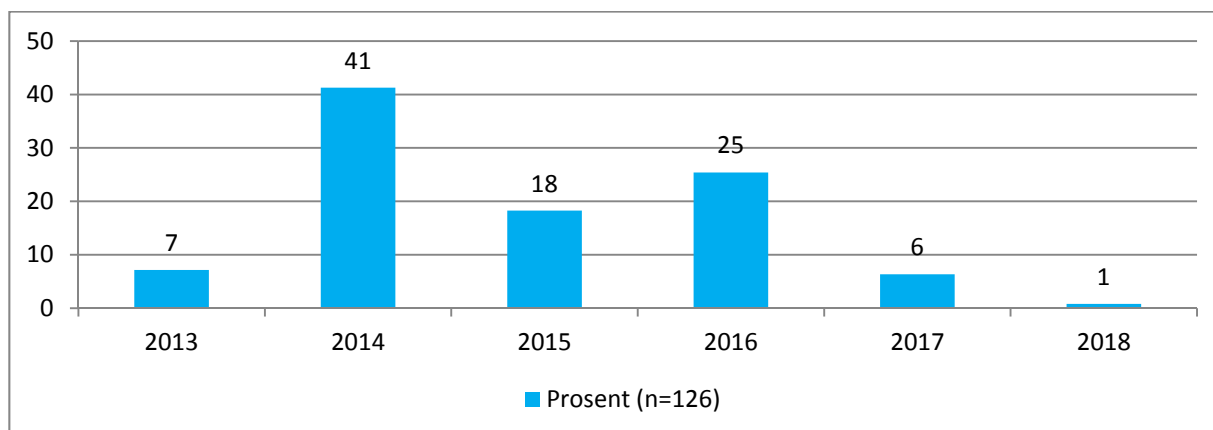
| | Antall | Prosent |
|------------|--------|---------|
| Ja | 155 | 82 |
| Nei | 33 | 17 |
| Ikke svart | 1 | 1 |
| Total | 189 | 100 |

Vi ser at 82 prosent, eller fire av fem av kommunene i utvalget har en ruspolitisk handlingsplan. Av disse er det en relativt stor andel som er revidert (eller laget) ganske nylig; 84 prosent av de som svarer at kommunen har en ruspolitisk handlingsplan oppgir at den ble sist revidert i 2012 eller 2013. Kun et fåtall kommuner har en handlingsplan som er eldre enn fem år. Dette stemmer godt når vi sammenligner med Sirius' undersøkelse fra 2011, som viste at omtrent halvparten av kommunene hadde en alkoholpolitisk handlingsplan, mens to av tre kommuner har en ruspolitisk handlingsplan (Skretting et al. 2011). Andelen ser altså ut til å ha økt de siste to årene.



Figur 3.2 Når ble den ruspolitiske handlingsplanen sist revidert

Over 40 prosent svarer også at det er planlagt en revidering av handlingsplanen i 2014 (figur 3.3). Alt i alt virker det som at de kommunene som har deltatt i kartleggingen vår, har en relativt fersk ruspolitisk handlingsplan, og planlegger å oppdatere den innen få år. Det er sannsynligvis større ruspolitisk engasjement og forpliktelse blant de kommunene som har deltatt i undersøkelsen, enn blant de som ikke har svart, og at den reelle andelen på landsbasis er noe lavere.



Figur 3.3 Når skal den ruspolitiske handlingsplanen revideres neste gang

Vi skal heller ikke utelukke at en del planer eksisterer kun på papiret, uten bredere forankring i kommunene. I et åpent oppfølgingsspørsmål ba vi de kommunene som har en ruspolitisk handlingsplan om å beskrive innholdet i planen. Inntrykket vårt etter gjennomgangen er imidlertid at de fleste planene er gode og omfattende, og i stor grad gjenspeiler faktiske behov i kommunene (som vi diskuterer i kapittel 4 og 5).

Noen svar tyder på at planene er lite effektive som verktøy i det kommunale rusarbeidet:

Planen har ingen konkrete tiltak eller penger. Sier ingen ting om bolig. (Liten kommune i Nord-Norge)

Planen konsentrerer seg om alkoholpolitikk og forebygging av rusproblemer hos ungdom. Bruk av øvrige rusmidler i den voksne befolkningen berøres i liten grad (Mellomstor kommune i Nord-Norge)

Generelle mål og tiltak. Interkommunal plan hvor det er vanskelig å se hvor ansvaret ligger.

Som nevnt burde det utarbeides en ny, siden den siste fra 2002 er avleggs (Liten kommune i Nord-Norge)

Fine ord, men lite handling. (Liten kommune på Sørlandet)

Mange av svarene gir relativt omfattende beskrivelser av innholdet i planene, og en detaljert gjennomgang ligger utenfor formålet med denne rapporten, men vi gjengir noen typiske svar:

Rusforebyggjande tiltak

Ansvarsdeling i rusmiddelsektoren

Ruspolitiske visjoner

Ruspolitiske mål

Alkoholpolitisk handlingsplan (Liten kommune på Vestlandet)

Sals og skjenkeløyve - ansvarleg alkoholhandtering og kompetansehevande tiltak i skjenkenæringa

Førebygging, spesielt retta mot unge og eldre

Oppfølging og rehabilitering (Liten kommune i Nord-Norge)

Tiltak som bidrar til å begrense etterspørsel og forbruk av alkohol. Informasjonstiltak som bygger kunnskap og gode holdninger. Tiltak som bidrar til å redusere skadevirkninger av alkohol. Forpliktende samhandlingsrutiner, internt og eksternt. Tverrfaglig kompetanseutvikling. Tiltak for bedre registreringer, statistikk og dokumentasjon. Styrke frivillig innsats samtidig som det å ha en rusfri profil vektlegges. Tjenester og tiltak rettes mot brukernes behov, lett tilgjengelig og kunne iverksettes raskt. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Styrke informasjonsarbeidet i kommunen

Styrke det forebyggende arbeidet

Tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester til barn og ungdom / skadereduserende arbeid

Bedre koordinering og kontinuitet i tjenestene

Styrke tilbudet til personer i kommunen med rusmiddelavhengighet (Liten kommune på Vestlandet)

Allmennforebyggende tiltak, kartleggingsstrategi, forebyggende tiltak, felles barn- og familiesatsing, felles ungdomssatsing, foreldreskole, SLT, aktivitetskort, rusmiddelmissbrukere og boligsosialt arbeid (Liten kommune på Østlandet)

Tydelig folkehelseperspektiv

Bedre kvalitet og økt kompetanse

Tilgjengelighet

Samhandling

Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende (Stor kommune på Østlandet)

Forebygging, skjenkebevillinger og tidlig innsats er blant områdene som nevnes, sammen med å styrke tilbudet til etablerte rusmisbrukere. Flere av svarene vektlegger også brukerinnflytelse, folkehelseperspektiv og økt samarbeid, samordning og koordinering av tjenester. Alt i alt ser det ut til at de ruspolitiske planene, der de foreligger, er relativt gode.

I neste kapittel ser vi nærmere på det faktiske innholdet i den kommunale rustjenesten.

3.7 Oppsummering

Et flertall av kommunene har definert rusproblemer etter konsekvensene av rusmiddelbruk. En person har et rusproblem når bruken av rusmidler går ut over den enkeltes daglige gjøremål, får nedsatt livskvalitet og redusert funksjonsnivå, eller når rusen tar overhånd. Noen nevner også negative konsekvenser for pårørende som en del av definisjonen. En slik definisjon er i tråd med faglitteraturen på feltet.

Den vanligste organiseringen av rustjenesten i utvalget er som en egen, felles enhet for rusarbeid og psykisk helse (35 prosent), mens 30 prosent av kommunene i hovedsak har organisert arbeidet som en del av NAV. 24 prosent av kommune har en egen enhet for rusrelatert arbeid, men halvparten av disse rapporterer at det i tillegg foregår rusarbeid ved andre enheter. Det er en tydelig tendens til at flere og flere velger å ta rustjenesten ut av NAV; dette er den vanligste omorganiseringen de siste to årene. Flere representanter argumenterer for at det er en fordel å samle fagkompetansen i en egen enhet (evt. sammen med psykisk helse), og at det å ta tjenesten ut av NAV gjør at det blir mindre fokus på økonomi, ytelser og rettigheter, og større innsats mot selve rusproblemet.

Fire av fem kommuner har en ruspolitisk handlingsplan, og i 84 prosent av tilfellene ble den revidert i 2012 eller 2013. Svært få kommuner som deltok i kartleggingen, har utdaterte planer. Forebygging,

skjenkebevillinger og tidlig innsats er blant områdene som nevnes, sammen med å styrke tilbudet til etablerte rusmisbrukere. Flere av svarene vektlegger også brukerinnflytelse, folkehelseperspektiv og økt samarbeid, samordning og koordinering av tjenester. Alt i alt ser det ut til at de ruspolitiske planene, der de foreligger, er relativt gode.

4 Innhold i det kommunale tjenestetilbudet

Som en innledning til gjennomgangen av hva de kommunale rustjenestene driver av aktiviteter og tiltak, har vi oppsummert de viktigste aktivitetene i en tabell, som også beskriver ulike målgrupper og hvilke andre aktører som ofte er involvert i arbeidet. Vi har delt inn aktivitetene i fem ulike kategorier: forebygging, tidlig innsats/identifisering, før behandling i tverrfaglig spesialist rusbehandling/ ønsker ikke behandling, og rehabilitering/etter behandling. Det er likevel en klar overlapp mellom flere av de ulike kategoriene. Dette gjelder særlig forebygging og tidlig innsats/identifisering, som begge er rettet mot personer med risiko for å utvikle et rusproblem, mens de tre andre kategoriene i større grad retter seg mot personer som har et kjent, alvorlig rusproblem. Flere av respondentene understreker at de ikke skiller mellom ulike grupper eller faser, men at alle brukere får et individuelt tilpasset opplegg.

Tabell 4.1 Oversikt over tiltak og aktiviteter i det kommunale tjenestetilbudet

| Fase | Målgruppe | Tiltak og aktiviteter | Andre aktører |
|--|--|---|---|
| Forebygging | Generell befolkning, ungdom, sårbare grupper. | Ruspolitisk handlingsplan, kartlegging, identifisering, holdningsarbeid ("Kjærlighet og grenser", "Sterk og klar", ulike rusfrie arrangement) | Barnevern, barnehager, skoler, oppfølgingstjenesten, politiet, helsestasjon for barn og unge, kommunelege, SLT, NAV |
| Tidlig innsats/identifisering | Sårbare grupper, ungdom i risikozonen | Oppsøkende virksomhet, kartlegging, individuell oppfølging | Barnevern, barnehager, skoler, oppfølgingstjenesten, politiet, helsestasjon for barn og unge, kommunelege, SLT, NAV |
| Før behandling/ønsker ikke behandling | Rusmiddelavhengige som venter på behandling (TSB, PH), personer som ikke ønsker behandling (TSB) | Ansvarsgruppe, koordinator/individuell plan. Motivasjonsarbeid, støttesamtaler, praktisk bistand. Bolig/døgnbemannet omsorgsbolig, boveiledning, arbeid/arbeidstrening, fritidstilbud, økonomisk rådgivning, ambulante tjenester, lavterskel helsetjenester | NAV, fastlege, psykisk helse |
| I behandling (TSB) | Pasienter i tverrfaglig spesialist rusbehandling | Ansvarsgruppe, koordinator/individuell plan. Koordinering/planlegging av tilbud ved utskriving | TSB, PH, fastlege |
| Rehabilitering / etter behandling | Rusmiddelavhengige, tidligere rusmisbrukere, personer som er utskrevet fra TSB | Ansvarsgruppe, koordinator/individuell plan. Motivasjonsarbeid, støttesamtaler, praktisk bistand Bolig/døgnbemannet omsorgsbolig, boveiledning, arbeid/arbeidstrening, fritidstilbud, økonomisk rådgivning | NAV, fastlege, psykisk helse |

4.1 Helhetlige og samordnet, tilgjengelig og individuelt tilpasset tilbud

Flere sentrale politiske dokumenter (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, 2012), peker på at tjenestene for rusmisbrukere må bli mer tilgjengelige, og rusarbeidet bør i større grad skje som en integrert del av det øvrige kommunale tjenestetilbudet. I Opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet 2007), beskrives økt tilgjengelighet og bedre samordning av tjenester som sentrale mål. Også St.meld. 30 Se meg! (Helse- og omsorgsdepartementet 2012) legger vekt på at tjenestene som tilbys, skal være tilgjengelige og helhetlige. Videre la både Rusreformen, Opptrappingsplanen for rusfeltet og Samhandlingsreformen opp til økt brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester. For å vurdere kvaliteten på tjenestene som tilbys, har vi derfor tatt utgangspunkt i tre kriterier: tjenestetilbudet skal være *helhetlig og samordnet, tilgjengelig og individuelt tilpasset*. Tabellene nedenfor viser resultatene.

Vi ser i første omgang at et flertall av kommunene beskriver tjenestetilbudet som helhetlig og samordnet. Ca. halvparten av respondentene svarer at tilbudet i deres kommune i stor grad er helhetlig og samordnet, mens omlag seks prosent svarer at det i svært stor grad er helhetlig og samordnet.

Tabell 4.2 I hvilken grad er tjenestetilbudet helhetlig og samordnet, antall og prosent

| | Antall | Prosent |
|------------------|--------|---------|
| Svært liten grad | 6 | 3 |
| Liten grad | 25 | 13 |
| Verken/eller | 50 | 27 |
| Stor grad | 94 | 50 |
| Svært stor grad | 12 | 6 |
| Total | 187 | 100 |

Ser vi videre på tilgjengeligheten på tilbudet, svarer 76 prosent, eller omlag tre av fire respondenter at tilbudet deres er tilgjengelig. Bare omlag fem prosent mener at tjenestetilbudet deres i liten eller svært liten grad er tilgjengelig.

Tabell 4.3 I hvilken grad er tjenestetilbudet tilgjengelig, antall og prosent

| | Antall | Prosent |
|------------------|--------|---------|
| Svært liten grad | 1 | 1 |
| Liten grad | 9 | 5 |
| Verken/eller | 34 | 18 |
| Stor grad | 116 | 62 |
| Svært stor grad | 26 | 14 |
| Total | 186 | 100 |

Hvorvidt tjenestetilbudet er individuelt tilpasset vurderes på omtrent samme måte. Knappt fem prosent mener at det i liten eller svært liten grad er individuelt tilpasset, mens ca. 73 prosent svarer at det i stor eller svært stor grad er individuelt tilpasset.

Tabell 4.4 I hvilken grad er tjenestetilbudet individuelt tilpasset, antall og prosent

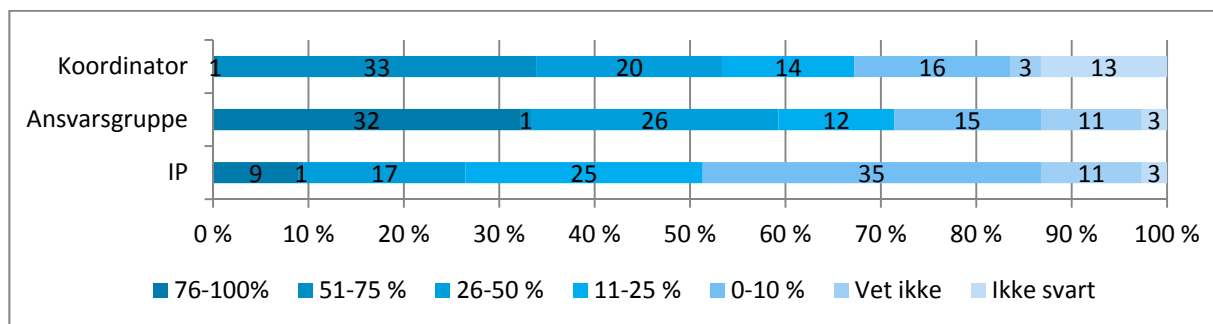
| | Antall | Prosent |
|------------------|--------|---------|
| Svært liten grad | 2 | 1 |
| Liten grad | 7 | 4 |
| Verken/eller | 41 | 22 |
| Stor grad | 115 | 62 |
| Svært stor grad | 22 | 12 |
| Total | 187 | 100 |

Dermed er det i hvert fall fra kommunenes ståsted, en god etterlevelse av de nasjonale politiske målene. Et klart flertall av de fagansvarlige beskriver at tjenestetilbudet er i samsvar med de tre kriteriene for et godt tilbud. Hvordan personer med rusproblemer, fastleger, TSB eller andre aktører opplever det kommunale tilbudet, kan ikke denne studien besvare.

I de neste avsnittene ser vi hvordan det faktiske tjenestetilbudet er utformet, og hvilke tiltak som tilbys.

4.2 Bruk av individuell plan, ansvarsgrupper og koordinator

Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 har alle brukere med langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Planen kan følges opp av ansvarsgruppe eller koordinator. Figuren under viser hvor utbredt disse tre koordineringsverktøyene er i kommunene. Det gir også en grov indikasjon på hvor samordnet tilbud kommunene klarer å gi. Figuren er basert på spørsmål om "omtrent hvor stor andel av de kartlagte rusmiddelavhengige som bor i kommunen har - Individuell plan? Ansvarsgruppe? Koordinator?"



Figur 4.1 Andel av kartlagte brukere som har individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator (n=189)

Vi ser at en relativt høy andel brukere har koordinator og ansvarsgruppe i mange kommuner. Det vanligste koordineringsredskapet er ansvarsgruppe. I en av tre kommuner har 50-75 prosent av brukerne ansvarsgruppe, mens 26-50 prosent har koordinator. Til sammenligning er det få kommuner der en tilsvarende høy andel av brukerne har IP. Det vanligste i kommunene er at inntil 10 prosent av brukerne har IP. Kun ti prosent av kommunene oppgir at mer enn 50 prosent av brukerne deres har IP.

Det er en signifikant positiv korrelasjon mellom de tre variablene, og særlig mellom ansvarsgruppe og koordinator. Det vil si at kommuner der en høy andel av brukerne har ansvarsgrupper, er det også en høyere andel av brukerne som har koordinator. Korrelasjonen er noe lavere mellom IP og ansvarsgruppe.

Vi stilte også et åpent spørsmål om hvilke erfaringer kommunen har med de ulike koordineringsverktøyene. Her er respondentene stort sett samstemte i svarene. Ansvarsgruppe og koordinator oppleves som nyttig og

nødvendig, mens nytten av IP er mye mer varierende. Dette forklarer sannsynligvis forskjellene i bruken av de tre redskapene slik vi så det i figuren over.

Sitatene nedenfor er typiske:

Ansvarsgruppe og koordinator er kjempeviktige funksjoner for å jobbe strukturert i forhold til brukeren. Psykisk helseteam har ofte koordinatorfunksjonen. IP blir oftest de ansattes arbeidsverktøy, og kan like gjerne erstattes med møtereferater.

Vi har få med IP, men ser at det er et viktig verktøy der hvor det er mange aktører inne og oppfølgingen er sammensatt. Når det gjelder bruk av ansvarsgruppe og koordinator, så ser vi det som helt nødvendig og har veldig god erfaringer med det. Det er mange som ikke ønsker Individuell Plan, der vi likevel har opprettet ansvarsgruppe og koordinator.

En del svarer også at de har for lite erfaring til å uttale seg.

Når det gjelder individuell plan, er den dominerende erfaringen at dette er noe få brukere ønsker. Mange mener at dersom bruker er motivert og ønsker IP kan det være et godt verktøy, men at det ellers har varierende nytteverdi. Dersom det først og fremst er et verktøy som hjelpeapparatet benytter og opplever som nyttig, kan det kanskje være like effektivt å bruke møtereferat.

Individuell plan er lite brukt, fordi brukere ikke ønsker. Vi har en jobb å gjøre i forhold til å selge det inn.

Dersom bruker ønsker får de IP og koordinator etter søknad, men det er stadig flere som ikke ønsker IP. Når bruker er motivert fungerer IP svært godt. Når bruker ikke er motivert er det større utfordringer knyttet til IP.

Individuell plan er variabel med tanke på nytte. Mange av brukerne ser ikke nytten og ønsker ikke dette.

Har i utgangspunktet god erfaring, men opplever ofte at brukeren selv vegrer seg mot dette.

Brukere tar lite initiativ og ansvar i sin individuelle plan; det oppleves ofte at individuell plan har blitt utarbeidet for hjelperne sin del.

Mange brukere vil ikke ha plan, selv om vi forenkler aldri så mye. De som er på tvunget psykisk helsevern har plan, ellers lite av det utenom ved innsøking til rusbehandling.

Avhenger av hvordan koordinatoren arbeider med IP. Et lovpålagt tilbud som varierer i kvalitet. Varierende hvordan brukeren opplever nytten av IP.

Mange ønsker ikke individuell plan. Der det er behov brukes kriseplan.

Dersom IP fungerer og brukes riktig kan det likevel være et godt verktøy, noe dette sitatet illustrerer:

Det er vel å regne som en bærebjelke i rusarbeidet. Det gjør det veldig tydelig hvem som har ansvar for hva. Ikke minst hva brukeren sjøl må ta ansvar for. Det er ikke så lett å sitte og klage over at ikke får hjelp når hjelpeapparatet er samlet i ansvarsgruppemøte, og det viser seg at det bare er brukeren sjøl som ikke har "gjort jobben". Verktøyet ansvarliggjør, og det åpenbares problemer etterhvert. Tar livet av brukeres illusjoner om seg sjøl. Samtidig ofte fin inngang til samarbeid, relasjon å starte med hva bruker ønsker, og være med på å oppfylle små og større drømmer. Slik at de kan se at det faktisk nytter over tid. Mål innfris! Og det kommer til syne i planens målbank. Kan være greit å ha det å vise til når nye utfordringer virker håpløst. Dessuten ansvarliggjøres andre tjenester. For å få IP-arbeid til å fungere, er det tidkrevende for personlig koordinator. Det er en begrensning hvor mange man kan ha på en 100 % stilling, særlig hvis mye turbulens. Det sørger for fremdrift.

Erfaringene med ansvarsgruppe og koordinator er jevnt over mye mer positive. Ansvarsgrupper beskrives som svært viktig for å koordinere tiltak, fordele ansvar og planlegge.

Det er liten bruk av individuell plan, men det arbeides med å innføre det i mye større grad til de som måtte ønske det. Bruk av ansvarsgruppe og koordinator er mye bedre organisert og det vises til gode erfaringer med det.

Ansvarsgrupper og koordinator er viktig i forhold til brukermedvirkning og samarbeid. Det oppleves at man i mye større grad jobber mot felles mål der ansvarsgrupper er etablert. Det er også lettere å få oversikt over hvem som gjør hva. Ansvarliggjøring av både bruker og andre i ansvarsgruppe. Koordinatorrollen er essensiell i ansvarsgruppen

Tilbakemeldinger fra brukere er at koordinator og SMS virksomhet er det som fungerer best.

Få er fornøyd med bruk av IP, flere er fornøyd med ansvarsgrupper men ansatte opplever det veldig ressurskrevende og slitsomt for brukere. Det kan oppleves som en pasient og 7 behandlere som vet best.

Ansvarsgruppe er mye brukt for å kunne legge gode planer framover, og for å ikke slippe fokuset. Dette gjør at bruker føler seg ivaretatt også. Koordinator er nesten en forutsetning for å kunne hjelpe, og er godt ivaretatt. Gode erfaringer med ansvarsgruppe og fast kontaktperson.

Ansvarsgruppemøter er den viktigste arenaen for å koordinere tiltak rundt brukerne. Alle brukerne har koordinator, og det oppleves trygt for brukeren og ansvaret for oppfølgingen er avklart.

Gode erfaringer med dette, men utvilsomt er koordinators evne til å drive prosessen det viktigste. En god koordinator er etter min erfaring av avgjørende betydning.

Ansvarsgruppe fungerer for det meste godt. Fastleger er flinke til å møte. Ruskonsulent er ofte koordinator.

Erfaringene våre ligger mest på ansvarsgrupper, hvor det oppleves som et godt og nyttig samarbeidsverktøy. Det oppleves dog at bruker ofte ikke dukker opp, som da kan føre til at forsinkelser i arbeidsprosessen. Få har IP, og planen oppleves mer som et nyttig verktøy for de som er i TSB, hvor man møtes og evaluerer et behandlingsforløp. Bruk av IP i andre sammenhenger oppleves ikke like nyttig, temaene er oppe i ansvarsgruppemøtene allikevel.

Oppsummert kan vi si at både koordinator og ansvarsgruppe er gode redskap for å følge opp rusmiddelavhengige og sikre et godt og samordnet tilbud. IP er lite brukt, og så lenge brukerne selv i liten grad ser nytten av å få utarbeidet en slik plan, er det liten grunn til å tro at andelen vil øke. Andelen med ansvarsgruppe og koordinator burde sannsynligvis bli høyere over tid, siden dette i stor grad oppleves som nyttige redskap i rusarbeidet.

4.3 Forebyggende rusarbeid

For å få en oversikt over hvilken tilnærming kommunene har til det forebyggende arbeidet, stilte vi et åpent spørsmål til de fagansvarlige for det kommunale rusarbeidet: Hvordan jobber kommunen med forebyggende rusarbeid? Vi innleder med et sitat fra en liten kommune i Nord-Norge, som poengterer at alt rusarbeid er forebyggende, og samtidig illustrerer mye av tilbudet, men også utfordringene i det kommunale rusarbeidet:

Alt rusarbeid er forebyggende, enten primær, tertiær eller sekundær forbyggende. Vi har en halv stilling psykisk helse inn i skolen, og rustjenesten har gjennomført en Ungdata-undersøkelse inneværende år i samarbeid med Ko-Rus og et annet kompetansemiljø. Rustjenesten har et gruppetiltak uten økonomiske ressurser gående, men dette er stadig under press, til tross for at tiltaket fungerer meget godt.

Svært mange kommuner beskriver at det forebyggende arbeidet stort sett er rettet inn mot skoler og delvis barnehager. Tiltakene og organiseringen som beskrives varierer. Mange kommuner nevner også at de

gjennomfører Ungdata-undersøkelser og bruker dette i det forebyggende arbeidet. Samtidig tyder en del av svarene på at det nok foregår mange aktiviteter som en del av det forebyggende arbeidet, men det er ikke alltid dette arbeidet er like planmessig og systematisk, og det er ikke alle tiltakene som har en godt dokumentert effekt. For eksempel er det få som trekker inn tiltak knyttet til tilgjengelighet (åpningstider, skjenke- og salgsbevillinger), selv om funn i internasjonal forskning tyder på at slike tiltak har større effekt enn holdningskampanjer (Babor 2010). Mange kommuner deltar også i MOT, som driver med holdningssskapende ungdom blant ungdom. En evaluering av MOT i ungdomsskolen (Proba samfunnsanalyse 2011) viste også at deltakelse i programmet ikke hadde noen betydning for ungdommenes alkoholvaner, men reduserte bruken av tobakk. En systematisk oversikt fra Kunnskapscenteret, basert på en gjennomgang av ti systematiske oversikter, om effekten av primærforebyggende tiltak blant barn og unge peker på at det gjennomgående er for lite dokumentasjon av hvilke typer forebyggingstiltak som er mest effektive (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2012). Rapporten konkluderer med at flere forebyggende tiltak, som massemediakampanjer, foreldrebaserte tiltak, og skolebaserte tiltak som vektlegger kunnskap, *muligens* er effektive. Bare et tiltak, omfattende skolebaserte tiltak mot bruk av alkohol og marihuana, blir vurdert til å være effektive uten forbehold. Familieprogrammet "Kjærlighet og grenser", som flere rusansvarlige nevner, vurderes av kunnskapsbasen forebygging.no til å være "et program med god sannsynlighet for resultater", men det er ikke evaluert i Norge, og det finnes ikke dokumentasjon fra Norge på at programmet bidrar til at unge endrer rusatferd.

I vurderingen av den forebyggende innsatsen slik de fagansvarlige i kommunene beskriver den, er det viktig å ha med seg dette: Gjennomgående mangel på god og tilstrekkelig dokumentasjon på hva som virker og ikke virker, gjør det umulig å vurdere hvor stor effekt innsatsen faktisk har. Gjennomgangen av de åpne svarene fra spørreundersøkelsen viser at det foregår et bredt forebyggende arbeid i store deler av landet. Mye tyder likevel på at ikke alt er like systematisk eller forankret. De følgende sitatene er typiske for mye av innsatsen som beskrives:

Kommunen jobbar godt med MOT. Vi har ei tverrfagleg gruppe der alle einingane skal vere representert, og arbeide forebyggande. Den gruppa har m.a. fast møte med foreldre i 7. klasse vedrørende rus. DUGNAD. Vi er eit lite samfunn, og alle med behov og som ønsker det får tidleg tett oppfølging. Satsar på diverse fritidstiltak til ungdom. Satsing på God Helse og Folkehelsekoordinator. Tilrettelegging for aktivitet, hallar, turløyper, friområde. Informasjon og oppfølging av jordmor og helsestasjon. Gode gjennomførlege kontrollrutinar og forutsigbare rammer for sals- og skjenkepolitikken. (Liten kommune i Midt-Norge)

Psyk. helse og rus har faste timer på skolen, på både barne- og ungdomstrinnet - blant annet "Alle har en psykisk helse". Vi er involvert i programmet "Zippis venner" og har hovedansvaret for programmet "Kjærlighet og Grenser". Avdelingen samarbeider tett med helsesøster og defineres som en del av skolehelsetjenesten. Kommunen har to ungdomsklubber, delt etter alder. Har et Oppvekstforum, som kan sammenlignes med SLT-gruppe. Kommunen har et utstrakt idrettsmiljø og aktivt musikkmiljø. (Liten kommune i Midt-Norge)

SLT team. Arbeid i skolen med tanke på avdekking av rus/psykiske problemer, lærere, helsesøstre, familiesenteret. Arbeid i utsatte familier. Kartlegging av barn som pårørende. Alternativ til vold veiledere i virksomheten. Åpne gratis publikumsforedrag. Kurs i mestring av belastninger. KRIMSONE-prosjekt, forebygging av unge rusavhengige som har fått en dom (Stor kommune i Sør-Norge)

I noen få svar trekkes skjenkebevillinger inn:

I forhold til ungdom arbeides det med holdningsarbeid og alternative tiltak (ungdomsklubber og andre aktiviteter) vi har en redusert skjenketid til kl. 02.00 i stedet for kl. 03.00. Vi har et tiltak, TOR (tanker om rus) der man kan få komme og snakke med kompetent personale om sine rusvaner og evt. problem. Vi har et prosjekt SMART sammen med politiet og påtalemyndigheten om oppfølging av personer som har kjørt bil i beruset tilstand og har blitt pågrepet for første gang. (Liten kommune i Nord-Norge)

Skjenkeløyver - streng praktisering. Info på skolenivå til ungdom. Helsesøster tilgjengelig for ungdommer. Samarbeidsmøter med lensmann og barnevern i forhold til utvikling, faresignaler på generelt grunnlag i kommunen og nærliggende kommuner. (Liten kommune i Midt-Norge)

Skole, barnehager og helsestasjoner beskrives som viktige arenaer for å drive forebygging:

De viktigste arenaene for forebyggende arbeid er helsestasjoner og skolehelsetjeneste, skolene og kultur. Kommunen har egen tiltaksenhet innen Barne- og familietjeneste med bl.a. psykolog og PMTO-terapeuter. Disse har mulighet for å kunne oppdage begynnende problemer tidlig / tidlig innsats. (Stor kommune i Midt-Norge)

I forhold til barn og unge er det tiltak gjennom kommunen som MOT kommune, SLT og annet aktivt kulturarbeid. (Liten kommune på Østlandet)

Sitatet nedenfor er også typisk: Mye arbeid foregår på ungdomsskolen, et godt fritidstilbud oppleves som sentralt, og svært mye av innsatsen er tverrfaglig. I de kommunene der det finnes en rusmiddelpolitisk handlingsplan, kan den være en viktig ressurs inn i det forebyggende arbeidet.

Kommunen benytter seg av ØPP på ungdomsskolen. Diverse forebyggende tiltak med forankring i politirådet. Kommunen har ungdomsklubb. Skjenkebevilling/begrensing ut fra rusmiddelpolitisk handlingsplan. Kommunen har også et tverrfaglig team som hjelper skoler/barnehager. (Liten kommune på Østlandet)

En systematisk gjennomgang av de åpne svarene gir ni ulike svartyper: Lite forebygging, generelt holdningsarbeid og ungdomsarbeid, rusfri arrangementer for ungdom, tverrfaglig samarbeid, systematisk forebygging, og bruk av rusmiddelpolitisk handlingsplan. Relativt få respondenter beskriver særlig at målrettet innsats mot spesielt utsatte personer. Vi velger å gå relativt grundig gjennom det kvalitative datamaterialet, siden forebyggende arbeid i liten grad fanges opp av de definerte tiltakene innenfor rusarbeidet.

4.3.1 Kommuner med liten grad av forebygging

I den del kommuner er ikke forebygging et prioritert område, og det gjøres liten systematisk innsats. En del respondenter svarer at dette er noe man ønsker å jobbe mer med og prioritere høyere de neste årene.

Alt for lite! Det meste av ressurser går til klinisk arbeid. Informasjon og fokus på rus går som en rød tråd fra jordmor, helsesøster, skolehelsetjenesten, barneskolens læreplaner. Vi har hatt tema på konfirmantundervisning. Vi samarbeider med u-skole om informasjon/undervisning og både rus og psykisk helse til 9. trinn. Gruppeundervisning til elevene, informasjon/undervisning til foreldremøtet, og gruppearbeid med foreldre og elever. Ble veldig godt mottatt! Info/undervisning til 1.trinn på videregående. (Liten kommune på Østlandet)

Manglende ressurser og kapasitet trekkes fram som den viktigste årsaken til manglende prioriteringer.

Liten kapasitet til forebyggende rusarbeid. Vi deltar med noe interkommunale tiltak som er rettet forebyggende mot ungdom. (Stor kommune i Nord-Norge)

Det blir gjort lite med dette da det kun er en 50 % ruskonsulentstilling og det ikke er noe godt system som fanger opp de som er på vei ut på skråplanet. Hadde rusarbeidet vært organisert på en annen måte så ville det vært lettere å samarbeide med andre instanser og jobbe rusforebyggende. Det skulle vært miljøterapeutstillinger i kommunen som kan følge opp rusavhengige sammen med ruskonsulent (Mellomstor kommune i Midt-Norge)

Lite ressurser fører til at det er mer akutte saker som må betjenes i det daglige arbeidet. (Stor kommune på Østlandet)

Manglende ressurser er noen steder kombinert med manglende planer og systematisk innsats. I tillegg har innstramminger ført til redusert tilbud flere steder.

Ingen overordnet plan for rusarbeidet i kommunen. Medfører tilfeldig og kortsiktig jobbing for avdelingen. Ikke satt av ressurser til å jobbe helhetlig på tvers av avdelinger. (Mellomstor kommune på Østlandet)

4.3.2 Effekten av å ha en ruspolitisk handlingsplan

Inntrykket vårt etter å ha gått gjennom svarene er at de kommunene som har jobbet godt med rusmiddelpolitisk handlingsplan eller tilsvarende, i større grad driver med systematisk forebyggende innsats.

Vi har laget en ny plan for psykisk helse og rus for de neste 10 årene i kommunen til aldersgruppen 0- 100 år. Barnehagene har påbegynt et Kvello-prosjekt, kommunen har svært stort fokus på arbeid og har flere prosjekter knyttet opp mot arbeidspraksis, vi gir større støtte til de familiene som trenger det, ikke lik behandling. (Stor kommune i Sør-Norge)

Bruker rusmiddelpolitisk handlingsplan. Samarbeider med andre (Liten kommune i Midt-Norge)

Det er utarbeidet en tverrfaglig handlingsplan der blant annet forebyggende rusarbeid er med. Tilsvarende i plan for det psykiske helsearbeidet i kommune. Planene er forankret politisk. Det har vært og er fortsatt fokus på å forankre dette arbeidet i alle ledd av tjenesteapparatet + barnehager og skoler. Familieteamet er et annet tiltak, samt økt fokus på det kommunale ungdomsarbeid m/ØPP-tiltak, MOT-tiltak m.m. (Stor kommune i Nord-Norge)

Vi har fått utarbeidet en egen handlingsplan i forhold til rus. Den skal rulleres i 2014. Her har vi klart å få gjennomført stort sett de fleste av tiltakene. Arbeidet med plandokumentet var meget bredt sammensatt i forhold til ulike fagavdelinger. Kommunen er med i Modellkommunesatsingen, vi har etablert et eget tiltak i forhold til ungdom Bo-selv og vi prøver å få opp kompetansen bl.a. til foreldrene til barn/ungdom i kommunen og til de ulike fagavdelingene generelt i kommunen. Altså kompetanseheving. (Stor kommune på Vestlandet)

Kommunen har lagt mye arbeid i en rusmiddelpolitisk handlingsplan som omfatter alle aldre. Det er implementert arbeid med dette fra før fødsel som holdningsskapende arbeid rettet mot foreldre, og videre oppover i barnehage, skole og videregående skole. Helsesøster, jordmor, barnevern; Mot og skoler er involvert. Det blir mellom annet gjennomført foreldreforberedende kurs. (Mellomstor kommune på Vestlandet)

4.3.3 Generelt holdningsarbeid og ungdomsarbeid

Kun én respondent nevner at kommuner jobber systematisk med eldre og rus. Det store flertallet av kommunene i utvalget har lagt vekt på tidlig innsats og forebygging blant unge. Svært mye forebyggende arbeid ser ut til å være rettet mot barnehager, barne- og ungdomsskolen, og delvis også i videregående skole. Tiltakene inkluderer alt fra helsesøster for ungdom på skolene og helsestasjon for ungdom, holdningskampanjer og at skolene deltar i ulike programmer, som MOT, Sterk og klar, Av og til, Kjærlighet og grenser og Friskliv. Flere beskriver også arbeid ved fritidsklubber og ungdomsklubber som en del av det forebyggende arbeidet. Ungdata og andre ungdomsundersøkelser trekkes også fram.

"Tidlig innsats"- fokus i alder; jordmødre/helsesøstre, barnehager, skole + og tidlig intervensjon ved oppdagelse av rus hos ungdom i BOF. Godt samarbeid med lokalt politi i rusrelaterte saker. Fokus på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer. To av tre skoler er med i "Sterk og klar". Jevnlige ungdomsundersøkelser der bl.a. rus er ett av temaene. (Mellomstor kommune på Vestlandet)

Helsesøster for ungdom i videregående skole. Er MOT-kommune, har barne- og ungdomsteam, ungdomsråd, "Steg for steg" på barnetrinnet i skolene, aktiv kulturskole, helsestasjonsprogram og svangerskapsomsorg. Fritidsklubber for ungdom. (Mellomstor kommune i Midt-Norge)

Helsestasjon opp mot skolen og politi. Oppsøkende teneste i vidaregående, møte ungdommen der de er. Ungdomskontakt. Ungdomsbaser hver uke. Rusfritt arr. 16 mai samarbeid med 4 nabokommuner. Lan årlig, SLT. (Liten kommune på Vestlandet)

Samarbeid med kommunens ungdomshelsestasjon, prosjekt i forhold til ruskontrakter, økt tilgjengelighet ved synlighet i form av brosjyrer, informasjon ved skoler. (Stor kommune på Østlandet)

Informasjon på helsestasjon og skole. Helsesøstre inn i grunnskoler og vidaregående. Undervisningsopplegg for elever og foreldre. (Mellomstor kommune i Sør-Norge)

Arbeidet inkluderer også samarbeid med politi, helsesøster, temadager, møter med foreldre, tidlig intervensjon ved bekymringsmeldinger.

Vi har prioritert å bruke skolen som arena, både i forhold til elevene og foreldrene. Her jobbes det for å utvikle modeller som skal føle ulike alderstrinn årlig. I dette arbeidet brukar man både ruskonsulent, politiet og BUP. (Liten kommune på Vestlandet)

Skulehelsetenesta, helsesøster informerar born og unge klassevis. Før 1.mai og 16.mai kjem det politi på skulebesøk for å informera om rus. Informasjon til foreldre/foresette om at det er straffbart å gje ungdom under 18 alkohol. (Liten kommune på Vestlandet)

Årlige holdningsskapende tiltak mot ungdom i ungdomsskole og vidaregående. Årlig arrangement for foreldre for 8.trinn på u-skole med tema "foreldrelangning" og annet holdningsskapende arbeid. Samarbeide med frivillige organisasjoner, natteravner, etc. System med voksne personer der det arrangeres feste hvor ungdom skal delta. Ungdomsskole gjennomfører "Foreldreskole". Samarbeide med lag og organisasjoner om holdningsskapende tiltak. BAPP- tilbud til barn med foreldre med psykisk helse og/eller rusproblem. Venn 1 gjennomføres på vidaregående. Faste månedlige tverrfaglige (helsesøster, skolelege, psykolog, pedagogisk veileder, psykiatrisk sykepleier) samarbeidsmøter på vidaregående (Mellomstor kommune i Midt-Norge)

Det er en svak tendens til at større kommuner jobber mer systematisk enn mindre kommuner, men det er også mange kommuner som har stor forebyggende innsats:

Forebyggende barnevern og helsesøstertjenesten er på skolen hver uke for å være samtalepartner for de som har utfordringer, de har samtalegrupper på ungdomsskolen, skoleopplegg (prosjekter med tema rus: f.eks. FRI, prosjektuke med tema rus), ungdomsklubb, en gang i uka, tema rus tas opp på foreldremøte, dagsenter for psykisk helsearbeid, uteaktivitet (gå-gruppe).

Lavterskeltilbud: oppfølging i psykisk helsearbeid og rus, forebyggende barnevern og rusansvarlig har samarbeid med politiet, miljøteam på skolen (Liten kommune på Østlandet)

Vi har deltatt i prosjektet Barn i rusfamilier (KORUS-sør) og viderefører kontinuerlig handlingsveilederen "Barn som bekymrer". Vi har i den forbindelse opprettet rusforebyggende nettverk, som har ansvar for å videreføre prosjektet. Vi er AV-OG-TIL kommune og er aktive i kampanjer. I rullert rusmiddelpolitisk plan har vi også et mål om å innføre Kjærlighet og grenser. Vi har gjennomført Ungdata-undersøkelsen. Skolehelsetjenesten er aktiv deltakende i det rusforebyggende arbeidet. Det er et samarbeid mellom rusforebyggende nettverk, arbeidsgruppe for vold i nære relasjoner og mestringsteam for psykisk helse/rus i kommunen. (Mellomstor kommune på Østlandet)

I forlengelsen av innsatsen rettet mot forebygging av rusproblemer blant ungdom er det mange kommuner som legger vekt på et godt fritidstilbud for barn og unge, og flere beskriver at de er med på å lage rusfri arrangementer og møtesteder for ungdom. En del steder bidrar også frivillige organisasjoner.

Har ungdomsklubb 2 kvelder per uke. Lag og foreninger som driver med barn og unge (idrett, sang, hobby klubb o.l.) kan søke på økonomisk støtte fra rus/psy.tj f.eks. til innkjøp av utstyr, reise aktiviteter m.m. Det i den hensikten at barn og unge skal ha en meningsfylt fritid for sosial mestring og unngå rus-"testing" så lenge som mulig. (Liten kommune i Nord-Norge)

Vi planlegger en rusforebyggende konsert for ungdom i et samarbeid mellom frivillige lag og foreninger. Frivillighetssentralen har fått midler til et prosjekt friluftsliv for mestring i et samarbeid med kommunen. Målgruppe er ungdom med rusproblemer og eller psykiske vansker som har falt ut av skole/jobb. (Liten kommune i Nord-Norge)

Rusforebyggende utvalg arrangerer hver sommer et rusfritt arrangement for skoleelever fra 4.- 10. kl. God oppslutning og populært. [...] Ved NAV sørger vi for at ungdom som kommer hit kommer raskt ut i aktivitet. Tenker også på det som god forebygging. (Liten kommune på Østlandet)

Ungdomsklubb - og øvrig kulturtilbud. Natt-til arrangementer som rusfri alternativ. Barnevern-politi samarbeid. Ungdomshelsestasjon. (Mellomstor kommune på Østlandet)

4.3.4 Systematisk forebygging

Noen kommuner ser ut til å i større grad jobbe overordnet og systematisk, og en del har organisert det forebyggende arbeidet i egne enheter. Dette gjelder særlig noen av de større byene og kommunene, som sannsynligvis også står overfor andre typer utfordringer i rusarbeidet enn mindre kommuner og kommuner uten større tettsted. I disse kommunene beskrives tverretattlig samarbeid og delvis egne enheter som jobber forebyggende, både generelt (f.eks. for å hindre tidlig debut) og spesielt inn mot definerte risikogrupper.

Den viktigste forutsetningen for å forebygge at barn og unge utvikler helseproblemer og rus- og kriminalitetsproblemer er å sikre gode oppvekstmiljøer for barn og ungdom. Oppvekstpolitikken ivaretas i ulike planverk innen helse, idrett, kultur, skole- og barnehagesektoren. Rusplanen fokuserer hovedsakelig på forebyggende arbeid med de mest risikoutsatte barn og unge. De kritiske suksessfaktorene for forebyggende arbeid er: Tidlig identifisering og intervensjon, Kunnskap og kompetanse om rus og rusforebyggende arbeid, Foreldrekompetanse, Samarbeid og samordnede tiltak, Oppsøkende virksomhet (Utekontakt), Forebyggende arbeid på skoler og samordnede lokalbaserte forebyggende tiltak (SLT) er viktige drivkrefter i kommunens rusforebyggende arbeid. (Stor by på Vestlandet)

Vi har en egen forebyggende avdeling med ungdomskontakt, to familieveiledere og en SLT koordinator. Vi har ØPP kurs for voksne, foreldre kontaktmøter, møteplasser for voksne og cannabis avvenningskurs. Ungdomskontakten er ute på ungdommens arenaer. I tillegg har vi helsestasjon som er tidlig ute i der det er spesielt barn, de identifiserer og informere om kommunenes øvrige tilbud (Mellomstor kommune på Østlandet)

Mot barn/unge er det mange tilbud rettet mot alle (primær) og mot risikogrupper (sekundær) - sistnevnte gjerne i samarbeid med Helsehuset. Vi har et svært tett samarbeid med politiet fra både Familiens Hus og Helsehuset, f.eks. deltakelse i narkotikaaksjoner, hvor de yngste fanges opp av hjelpeapparatet umiddelbart (på stedet) og tilbys helsehjelp/rushjelp. Vi har pårørendemøter regelmessig i samarbeid med medarbeider med brukererfaring som er tilsatt i Avd. rus og psykisk helse. Vi deltar også i NAVs ungdomssatsing, hvor en av våre rusmedarbeidere er tilstede på NAV kontoret en dag pr uke - for å nå de unge/"umotiverte" (Stor kommune på Østlandet)

Har egen avdeling som jobber forebyggende med de under 18 år. Kommunen har 3 utekontakter. I tillegg jobber rusavdelingen sammen med utekontakten og politiet en kveld i uka. Rusavdelingen har også et ansvar for å samarbeide med politiet med de unge som får urinprøvekontrakter. Der har rusavdelingen, ved ungdomskonsulentene ansvar for å følge opp samtaler og videre henvise til andre aktuelle instanser. Dette for å sikre overganger. (Stor kommune på Østlandet)

4.3.5 Samarbeid og samordningsmodell for lokale forebyggende tiltak mot rus (SLT)

Svært mange av svarene reflekterer at forebyggende rusarbeid foregår ved mange ulike enheter i kommunen, og kan være krevende å koordinere. Omlag halvparten av landets kommuner deltar i Samordningsmodell for Lokale, forebyggende Tiltak mot rus og kriminalitet (SLT), og SLT-koordinatorene spiller en viktig rolle mange steder. Andre sentrale aktører er politi, ungdomskontakten og ungdomsteam i NAV, skoler, frivillige, barnevernet, barnehager, helsestasjoner, leger og miljøarbeidere.

Forebyggende rusarbeid er fordelt mellom Psykisk helse og rusarbeid - klientretta arbeid, Ungdomskontakten i NAV, SLT koordinator, Kultur og fritid- ungdomsklubb og MOT arbeid m.m., Skoler, frivillige lag og organisasjoner (Mellomstor kommune i Midt-Norge)

SLT har eit tiltak, Møteplassen. Ungdomsundersøkingar. Helsestasjon for barn / ungdom. Generell forebygging i alt samfunnsarbeid. (Stor kommune på Vestlandet)

Kommunene har SLT team (samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak) og ressursteam (bestående av oppvekst, omsorg, helsesøster, sosial, NAV og psykisk helse). Ulike årlige ungdoms arrangementer som tar opp temaet rusforebygging. (Liten kommune i Nord-Norge)

Forebyggende rusarbeid foregår i samarbeid mellom flere enheter. Tverrfaglig forebyggende team på systemnivå, tiltaksteam i skoler og barnehager på individnivå, familieteam på individnivå, ICDP - foreldreveiledning på gruppenivå, deltar i rusforebyggende utviklingsprogram i regi av KoRus for tiden (regi NAV), med fokus på å nå foreldre tidlig (helsestasjon, barnehage). (Liten kommune i Midt-Norge)

Kommunen har Ungdomskontakten som jobber forebyggende. I tillegg har vi opprettet et tverrfaglig, tverretattlig ressursteam hvor målgruppen er ungdom som faller utenfor. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Et par små kommuner nevner også interkommunalt samarbeid i forbindelse med det forebyggende arbeidet:

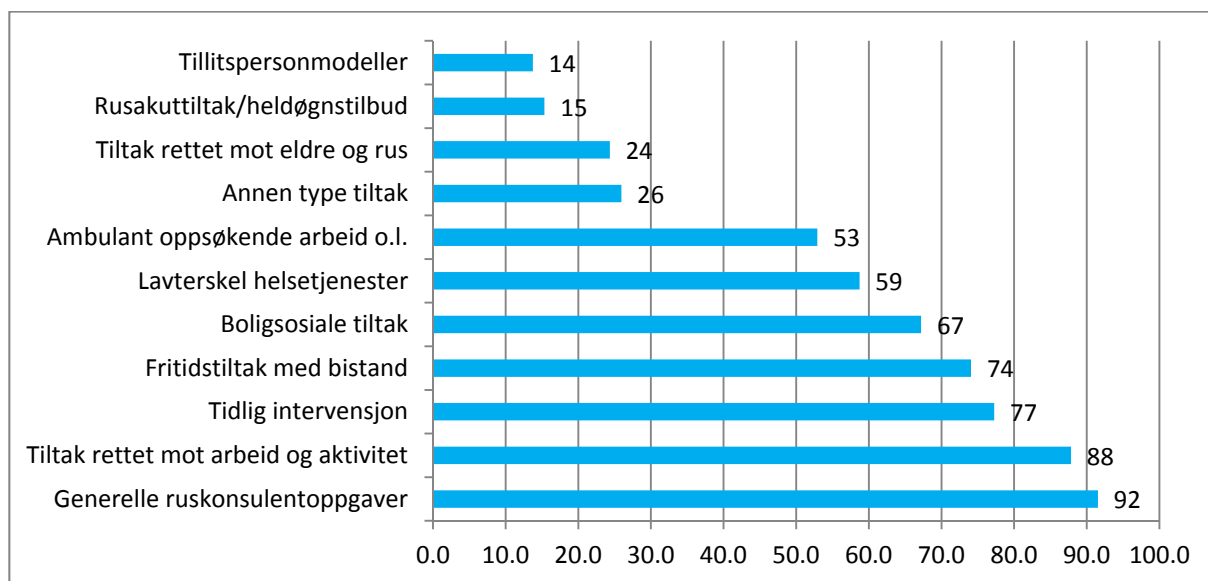
Har planar om å få til eit interkommunalt samarbeid med nabokommunar i forhold til personar med ROP-lidingar. Miljøterapi med butrening og faste samtalar. Forebygging blant ungdomskuleelevar; inngår kontrakt om rusfri ungdomskuletid. Foreldremøter. (Liten kommune i Midt-Norge)

Felles gruppe som utarbeidet rusplan. Har opprettet russtilling i samarbeid med to andre kommuner som mye arbeider forebyggende mot ungdom (Liten kommune på Sørlandet)

4.4 Hvilke tiltak tilbys, og hvordan fungerer de?

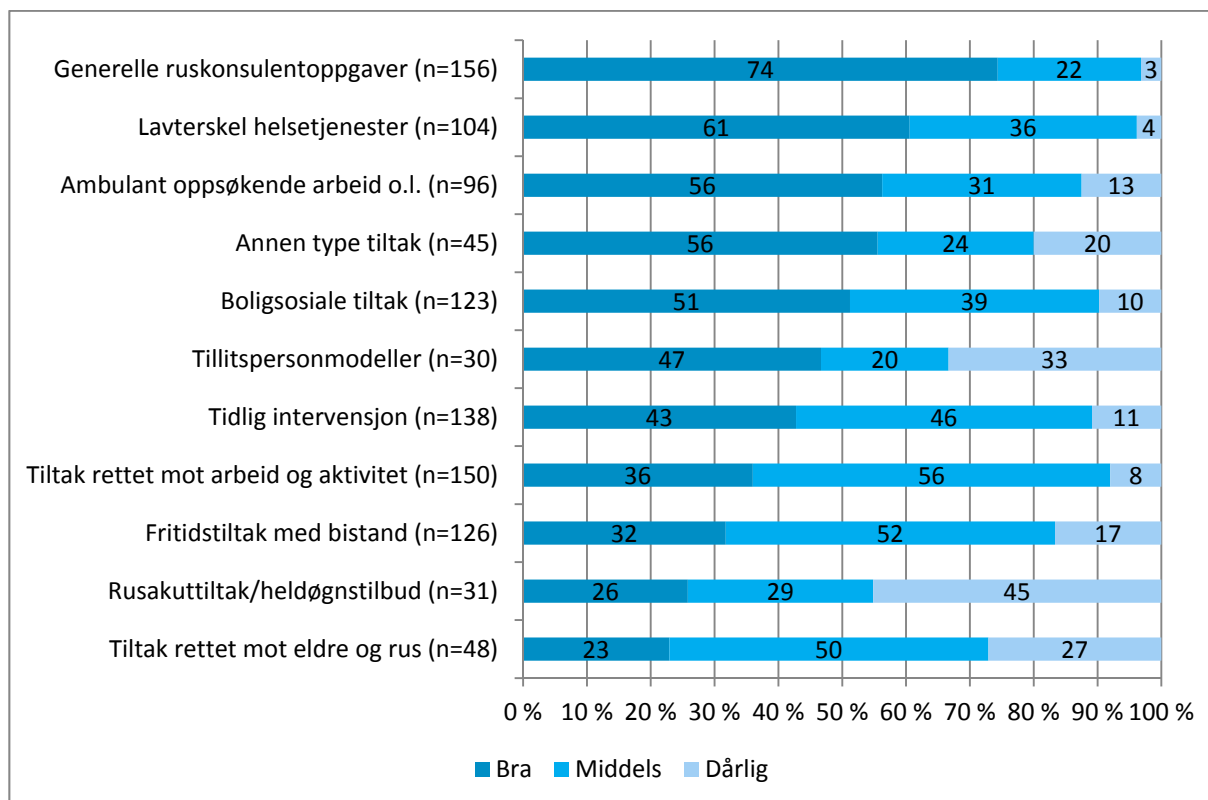
I spørreskjemaet ba vi de fagansvarlige for rusarbeidet om å angi hvilke tiltak de tilbyr, og hvordan tiltakene fungerer, ut fra en liste. Figuren nedenfor viser hvor stor andel av kommunene som tilbyr de ulike tiltakene.

De to klart vanligste tiltakene er generelle ruskonsulentoppgaver ("generelle ruskonsulentoppgaver som for eksempel råd, veiledning, kartlegging, samtaler, henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, helhetlig oppfølging før/under/etter behandling/rehabilitering eller opphold i institusjon/fengsel") og tiltak rettet mot arbeid og aktivitet, herunder kvalifiseringsprogrammet. Omlag ni av ti kommuner (eller henholdsvis 91 og 87 prosent) har disse to tilbudene. Tidlig intervensjon ("tidlig intervensjon overfor unge og/eller voksne som er i risikozonen for å utvikle eller har begynnende rusmiddelproblemer, oppfølging av gravide eller småbarnsforeldre med rusmiddelproblemer, oppfølging av barn som pårørende til personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke") og fritidstiltak med bistand (for eksempel støttekontakt eller treningskontakt) er også svært vanlige tiltak, som tilbys i omlag tre av fire kommuner. Få kommuner tilbyr tillitspersonmodeller, rusakuttiltak og andre heldøgntilbud, som er de minst vanlige tiltakene.



Figur 4.2 Tiltak som tilbys i kommunene (prosent)

Ser vi på hvordan respondentene vurderer at tiltakene fungerer, er det en viss sammenheng mellom hvor vanlige tiltakene er og hvor godt de vurderes å fungere. Generelle ruskonsulentoppgaver er også det tilbudet som flest respondenter vurderer at fungerer bra. 74 prosent svarer at det fungerer bra, og bare fire prosent svarer at det fungerer dårlig. Merk at vi her kun ser på hvordan de som faktisk har tilbudet, vurderer at det fungerer. Respondenter som har svart at de ikke har tilbudet, men likevel vurderer hvordan det fungerer, er tatt ut fra figuren.



Figur 4.3 Vurdering av hvordan ulike tiltak fungerer (prosent)

Lavterskel helsetjenester og ambulant oppsøkende arbeid som tilbys av drøyt halvparten av kommunene, vurderes også som tiltak som fungerer godt av over halvparten av de som har svart på spørsmålet (61 og 56 prosent).

Det er interessant å merke seg at flere andre av de vanligste tiltakene vurderes å fungere middels eller dårlig. Omlag en av tre mener at tiltak rettet mot arbeid og aktivitet fungerer bra, mens omlag 42 prosent mener at tidlig intervensjon fungerer bra i kommunen. Tiltak rettet mot arbeid og aktivitet blir i stor grad vurdert til å fungere middels bra; 56 prosent av respondentene valgte dette svaralternativet.

Størst misnøye er knyttet til rusakuttiltak, tillitspersonmodeller og tiltak rettet mot eldre og rus. Her er det verdt å merke seg at utvalgsstørrelsen er relativt liten, siden få respondenter oppgir at kommunen har slike tiltak. Dette betyr at estimatene blir mer usikre, men det kan også tenkes at få kommuner tilbyr disse tiltakene fordi de generelt vurderes å fungere dårlig. Uansett er det en relativt stor andel respondenter som oppgir at disse tiltakene ikke fungerer bra. Nesten halvparten av respondentene i kommuner med rusakuttiltak eller heldøgntilbud oppgir at det fungerer dårlig. Dette står i stor kontrast til andre, vanligere tiltak, der det generelt er liten misnøye knyttet til hvordan de fungerer.

I de neste delkapitlene ser vi nærmere på kvalitative beskrivelser av tilbudet til rusmiddelavhengige som venter på tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller ikke ønsker slik behandling, tilbud til rusmiddelavhengige som er under behandling, og oppfølging og rehabilitering til ruspasienter som har avsluttet behandling.

4.4.1 Tilbud til rusmiddelavhengige som venter på TSB, eller som ikke ønsker slik behandling

For å få bedre innblikk i tilbudet til rusmiddelavhengige stilte vi et åpent spørsmål i spørreundersøkelsen, der vi ba de rusansvarlige beskrive tilbudet til rusmiddelavhengige som venter på behandling i TSB, eller som ikke ønsker slik behandling. Svarene vi fikk inn varierte fra helt korte kommentarer og få tilbud, til grundige beskrivelser av et omfattende tilbud. Svar fra flere relativt ulike kommuner illustrerer spennet i tjenester som tilbys. Alt fra økonomisk og praktisk bistand og rådgivning, til bolig, aktivitetstilbud og støttesamtaler.

Uavhengig om vedkommende venter på å komme inn i TSB eller dersom de ikke ønsker slik behandling, har begge gruppene tilbud om individuelt tilpassede tjenester ut i fra ønsker og behov. Rusavdelingen tilbyr koordinering av ansvarsgruppe og individuell plan, samtaler, praktisk bistand i forhold til blant annet følge til lege, sykehus, innleggelse i TSB, aktiviteter, treningstilbud i samarbeid med lokalt treningssenter (forutsetter rusfrihet), helsetjenester ved helsestasjon rus, sykepleie på hjul til langtkomne alkoholavhengige, arbeids og aktivitetstiltak (fra lav til høy terskel i forhold til rusfrihet) samarbeid med apotek om medikamentutlevering, hjemmesykepleie og u-prøvelab. (Mellomstor kommune i Midt-Norge)

Vi gir tilbud om støtte-/motivasjonssamtaler, praktisk bistand, økonomisk forvaltning samt vi gir tilbud om lavterskel aktivitets-/arbeidstilbud. Vi har også lavterskel-boliger og rehabiliteringsboliger, der det er knyttet krav om oppfølging. Vi har også egen avtale om prisreduksjon ved et treningssenter. I samarbeid med fastlege kan vi også gi tilbud om evt. medisiner og rustesting. (Liten kommune i Nord-Norge)

Samtlige får individuell oppfølging i den grad dette er ønskelig. I påvente av evt. institusjonsbehandling setter vi ofte i gang med poliklinisk behandling. Rusteamet og psykisk helseteam følger opp. Vi ser ikke på institusjonsoppholdet som behandlingen, men hele forløpet som en del av en habiliterings/rehabiliteringsfase. Vi operer ikke med for/ettervern, da behandlingen foregår i alle faser i et samarbeid mellom interkommunale etater og 2. linjetjenesten. (Liten kommune i Nord-Norge)

Flere kommuner uttrykker at de ikke skiller mellom de ulike fasene i et behandlingsforløp, og at alle brukere får individuell oppfølging og et individuelt tilpasset tilbud.

En del respondenter beskriver at de ikke har noe spesielt tilbud, da i hovedsak fordi de ikke opplever etterspørsel etter tjenester, eller at denne gruppa ikke finnes. Blant respondentene fra de aller minste kommunene (tusen innbyggere eller færre) er det en flere som skriver at de ikke har noen som venter på behandling per i dag, eller at de ikke har hatt det de siste årene. Tilbudet ser ut til å være noe mindre utbygd i Nord-Norge, men datagrunnlaget er for usystematisk til å trekke sikre konklusjoner.

Ingen tilbud. Ingen som venter på behandling (per i dag). (Liten kommune i Nord-Norge)

Har ikke hatt forespørsel siste året. (Liten kommune på Sørlandet)

Kommunen har pr. i dag ingen som venter på å komme inn på behandling i TSB. De som har et registrert rusproblem i kommunen og som ønsker hjelp for å takle dette, får regelmessig oppfølging av ruskonsulent. De får hjemmebesøk dersom de ønsker det. (Liten kommune i Nord-Norge)

Det er dessverre lite tilbud til denne gruppen. Det er kun poliklinisk behandling på Nordland sentralsykehus, men dette er problematisk pga. reisetider og dårlig offentlig kommunikasjon. (Liten kommune i Nord-Norge)

En respondent fra en mellomstor kommune, der rustjenesten er plassert i NAV, gir uttrykk for at tilbudet er mangelfullt, og at resten av kommunen ikke ser problemet:

Dette er en kjempeutfordring som det ser ut til pr i dag at bare vi på NAV ser. Vi har ikke andre tilbud enn Turgruppe 1 d pr uke, og ellers KVP som er i regi av NAV og for målgruppa. Vi tilbyr først og fremst individuell oppfølging. Vi ønsker å utrede lavterskel tiltak før og etter TSB, men har ikke helt fått gjennomslag for å ha fokus på det. (Mellomstor kommune i Nord-Norge)

En del kommuner kjøper opphold på institusjon fra private aktører ved behov. Flere angir imidlertid at dette kun skjer i begrenset omfang eller i spesielle tilfeller. Andre steder ser det ut til at dette er mer vanlig.

I påvente av langtidsbehandling før/etter avrusning kjøper kommunen i enkelte tilfeller privat omsorgsplass. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Rusavhengige som venter på å komme inn i behandling kan få tilbud om opphold i omsorgsinstitusjon. Kommunen kjøper omsorgstilbud av private aktører som ikke har avtale med helseforetaket. Kommunen har fast avtale med en behandlingsplass i kommunen, og kjøper i tillegg tjenester fra andre aktører. I ventetiden kan det også være aktuelt med oppfølging av miljøarbeider rus og veileder på NAV. De som ikke ønsker en slik behandling, kan ikke fritt velge at de heller vil ha et tilbud kommunen må kjøpe, men det blir vurdert om de vil kunne nyttiggjøre seg behandling i TSB eller om det helhetlig sett vurderes å være mest hensiktsmessig med et tilbud hos privat aktør. (Mellomstor kommune på Vestlandet)

I svært begrenset omfang kan vi kjøpe en omsorgsplass i institusjon dersom det er helsefare knyttet til ventetiden og helsetilstanden (Stor kommune på Østlandet)

Det benyttes i stor grad kjøp av omsorgsplasser for denne brukergruppen og det er godt med tilgjengelige plasser. (Stor kommune på Østlandet)

Blant tilbudene som beskrives av respondentene er samtaler, boligsosialt arbeid og ulike tiltak rettet mot arbeid og fritid blant de vanligste. Svært mange respondenter beskriver tiltak som samtaler, motiveringsarbeid og tett oppfølging. Her spiller ruskonsulenter og miljøterapeuter en viktig rolle.

Tett miljøterapeutisk oppfølging. (Mellomstor kommune på Vestlandet)

Rustjenesten kan tilby støttesamtaler til begge ovennevnte grupper. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Ikke noe organisert, men tett oppfølging individuelt tilpasset. Ansvarsgrupper, men ikke alltid formell individuell Plan. Nær kontakt mellom behandlingsinstitusjon og den enkeltes kontaktperson. (Liten kommune i Midt-Norge)

Ukentlig samtaler med miljøterapeut innen rusomsorgen eller psykiatrisk sykepleier. I samtalene er fokuset motivasjon for "å ta imot hjelp" og forsøke å få ryddet opp i brukerens økonomi, evt. boligproblematikk samt motivasjon for noe aktivitet på dagtid for å få en struktur i hverdagen. Motivasjon for å få brukeren med på en individuell plan med en klar målsetting. All samhandling er individuell og brukerens mål er det vi arbeider etter. (Liten kommune i Nord-Norge)

I tillegg til individuell oppfølging og samtaler er det mange kommuner som vektlegger å gi et godt tilbud av aktiviteter, både mer arbeidsrettede tiltak og ulike fritidsaktiviteter som treningstilbud, turgrupper og andre sosiale treffpunkter.

Kommunen har trenings- og turaktiviteter to ganger pr uke. I tillegg er det individuelt tilpasset opplegg for den enkelte i samarbeid med avdelinger som fritid med bistand, frisk bris og brukerorganisasjoner. (Mellomstor kommune på Østlandet)

I tillegg til ulike former for kvalifiseringstiltak i NAV har NAV kontorene en rekke ulike typer tiltak for personer som overveier endringer i livet. Eksempelvis fritid med bistand og ulike andre individuelle eller gruppebaserte tiltak. For personer i aktiv rus har kommunen lett tilgjengelige helse- og sosialtjenester (lavterskel) både i regi av kommunen og der kommunen hel- eller delfinansierer tiltak i regi av ideelle organisasjoner. En bruker kan benytte både tilbud i NAV og samtidig være bruker av lavterskeltjenester. (Storbykommune)

Lavterskel sysselsettingstilbud for de som ønsker aktivitet/arbeid. Samtaler på kontoret med ruskonsulent. (Stor kommune på Østlandet)

Miljøterapeuter på rusfeltet, individuell oppfølging og tilbud om å delta på ulike aktiviteter i regi av miljøterapeutene. (Stor kommune på Sørlandet)

Sysselsettingstiltak med utprøving og forberedelse til AAP, treningsrom ved dagsenter (som en del benytter seg av), praktisk bistand og psykososial motivering og støtte. (Stor kommune på Østlandet)

En del kommuner har i større grad bygd ut egne tjenester rettet mot rusmiddelavhengige, og da særlig lavterskeltiltak og ambulante tjenester. En del nevner også hjelp til transport og kjøring, og følge til tannlegen og lignende. Omfanget og typen tjenestetilbud ser ut til å være ganske likt over hele landet, og i stor grad uavhengig av befolkningsstørrelse og bosettingsmønster (tettbygd/spredtbygd).

Lavterskeltilbud to ganger i uka, "kafé" med medvirkning i matlaging etc., samtaler o.l. (Liten kommune på Sørlandet)

Vi har kun dagtilbud, der det jobbes oppsøkende, og etter vedtak. Vi har lavterskel dagsenter hver tirsdag. Vi legger til rette for dagtilbud for brukere ute i arbeidslivet. (Liten kommune på Østlandet)

Vi har ambulante og oppsøkende lavterskeltjenester, samt dagtilbud. (Stor kommune i Midt-Norge)

Vi har tilbud om kontakt i vår tjeneste psykisk helse og rus. Her får de praktisk bistand og hjelp til ukentlige gjøremål. Støttesamtaler hvis ønskelig, oppfølging til NAV, fastlege og i forhold til medisinutlevering og administrering av konkrete oppgaver. Dette kan være sårstell, kjøring, og hjelp til koordinering av tjenestebehovet. (Liten kommune på Østlandet)

Dagtilbud og samtalebaserte tjenester. Samt hjemmebesøk. Vi er også på tilbudssiden for å følge personene og tilby skyss. (Liten kommune i Nord-Norge)

Vi arbeider etter vedtak, hvor disse beskriver hva hver enkelt har behov for med tanke på oppfølging. Vi tilbyr samtaler individuelt og kan bistå mennesker til å mestre sin hverdag, etter behov og ønsker. Vi er fleksible og reiser ofte på hjemmebesøk, for å møte mennesker på deres arenaer. Flere dagtilbud som også er en arena hvor

rusavhengige kan komme for et måltid, en dusj, jobbe, oppleve felleskap med andre, få støtte osv. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Kommuneøkonomi oppgis å være en begrensende faktor flere steder. En respondent oppgir at ambulanseteam må kuttes, mens en annen sier at tilbudet er begrenset, fordi kommunen står i ROBEEK-registeret om betinget godkjenning og kontroll.

Vi prøver å være på tilbudssiden i forhold til å vente på plass i behandling. Vi har hatt et eget Ambulant team som blir avsluttet i 2013 i forhold til personer med ROP-diagnoser. Tiltaket har fungert umåtelig bra, men vi kan ikke fortsette dette arbeidet da vi ikke klarer det ut fra ressursituasjonen. For personer som ikke ønsker behandling jobbes det ut fra livskvalitet og dette med bolig og annet. Vi skulle ønske at vi hadde flere tilbud om innhold i hverdagen til våre brukere da vi scorer lavt i forhold til BrukerPlan, vi er avhengig av bevilninger fra politiske myndigheter for å få dette til. (Stor kommune på Vestlandet)

Oppfølging fra rustjenesten i samarbeid med kommunal psykiatritjeneste. Ellers svært lite (Kommunen er under Robek) (Liten kommune i Nord-Norge)

En annen respondent sier at det tar for lang tid før bruker blir lagt inn til behandling i TSB, noe som gjør at ruspasientene blir sykere mens de venter på hjelp.

Samtaleoppfølging/miljøarbeid, men også noen ganger kjøp av plasser i egnet institusjon. Synes at ventetiden mellom beslutning om behandling i spesialisthelsetjeneste til innleggelse er altfor lang. Kun for de sterke rusmisbrukerne. De "tunge" blir dårligere. (Liten kommune på Østlandet)

Ellers er det overraskende få kommuner som beskriver svakhetene i tilbudet, eller hva de ønsker å gjøre mer av, men det kan skyldes at spørsmålsformuleringen i stor grad la opp til en beskrivelse av tilbudet, og ikke en vurdering. Vi har tidligere sett at det er stor variasjon i hvordan de ulike tiltakene vurderes å fungere.

4.4.2 Tilbud til ruspasienter som er under behandling i TSB

Spørreundersøkelsen vår inneholdt også et åpent spørsmål der de rusansvarlige ble bedt om å beskrive tilbudet til rusmiddelavhengige som er under behandling i TSB. En systematisk gjennomgang av svarene viser at dette tilbudet stort sett er todelt, med en viss overlap mellom de to kategoriene: dels tilbyr kommunene oppfølging, samtaler, individuell plan eller ansvarsgruppe, og delvis jobber rustjenesten med å tilrettelegge for brukeren når hun eller han blir utskrevet. Denne tilretteleggingen innebærer alt fra økonomisk rådgivning og bistand, å skaffe en bolig, og legge til rette for en meningsfull hverdag i form av passende arbeidstilbud eller arbeidstrening, og fritidsaktiviteter, og da gjerne fysisk aktivitet. Vi kommer tilbake til disse tilbudene. Først ser vi imidlertid at det igjen er en del respondenter som rapporterer at kommunen deres ikke har noe tilbud, og gjerne heller ikke har noe behov for et eget tilbud til denne gruppa. Igjen gjelder dette særlig de minste kommunene.

Har ikke noe tilbud. (Liten kommune i Midt-Norge)

Siste året har ingen vore på institusjon. (Liten kommune på Vestlandet)

Ingen særskilt. Hjemmetjeneste og støttesamtaler der det er aktuelt. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Ingen organisert oppfølging men tilpasser i de enkelte tilfeller gjennom det ordinære hjelpeapparatet. (Liten kommune i Nord-Norge)

For en del kommuner vil også størrelsen ha betydning for hvilket tilbud det faktisk er mulig å gi. I en liten kommune kan det være for få brukere til at det går an å etablere gode sosiale treffpunkter, og små forhold kan også gi mer stigmatisering og gjøre det vanskeligere å få til en ny start.

Mange respondenter svarer at dette tilbudet er det samme som tilbudet til de som venter på behandling eller ikke ønsker behandling i TSB. Som allerede nevnt er det flere kommuner som svarer at de gir et individuelt tilpasset tilbud uavhengig av hvor i behandlingsprosessen en rusmiddelmissbruker er, og at de derfor ikke skiller mellom før, under og etter behandling.

Som nevnt tilbyr mange kommuner individuell oppfølging, og da gjerne med ansvarsgrupper, koordinator eller Individuell plan, til brukere som er innlagt i TSB.

Støttesamtaler og koordinering (ansvarsgrupper/IP), transport til behandling ved behov. (Liten kommune på Østlandet)

Ansvarsgruppemøter avholdes som regel både før, under og etter rusbehandling. (Stor kommune på Østlandet)

Vi følger opp de som er inne i behandling med å fortsette å ha kontakt med dem mens de er inne på institusjon. Vi drifter også ansvarsgrupper, er kontaktpersoner eller utarbeider IP eller handlingsplaner. Dette med innhold i livet til brukerne etter endt behandling prøver vi å få til, men ressursmessig er dette dyre tiltak og vi har ikke budsjett til slike tiltak. Vi er også meget opptatt av dette med bolig og nettverksjobbing. (Stor kommune på Vestlandet)

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten i form av ansvarsgruppemøter. (Liten kommune på Sørlandet)

Under innleggelse følger vi pasienten tett og har faste samarbeidsmøter med institusjon, og har kontakt med vedkommende underveis. I forhold til eventuell behandlingsavbrudd ønsker vi å snakke med pasienten før han skriver seg ut. Vi forsøker å tilrettelegge ut fra den enkeltes behov. (Mellomstor kommune i Nord-Norge)

Den andre hovedgruppa av svar vektlegger at denne perioden brukes til å forberede og koordinere tjenester som skal være klare når brukeren skrives ut fra TSB – "planlegge framtiden", som en respondent skriver. Disse tjenestene omfatter praktisk bistand som bolig og økonomisk rådgivning, og tilbud rettet mot arbeid, aktivitet, sosialt nettverk og fritid. Flere trekker igjen fram at tilbudet må være individuelt tilpasset og i tråd med de målene brukeren selv har satt seg, og hva hun eller han ønsker. En del nevner også at de tilbyr bistand i forbindelse med urinprøver og medisinerer. En respondent nevner også at kommunen følger opp familien til den som er lagt inn i TSB. Noen respondenter nevner også at de tilbyr oppfølging til familie/pårørende.

Arbeides mye med boligproblematikk internt i kommunen. Samhandling med bruker og spesialisthelsetjenesten om evt. økonomi, aktiviseringstilbud på dagtid når bruker er ferdigbehandlet. Telefon/ telematikk møter regelmessig med bruker og spesialisthelsetjenesten. (Liten kommune i Nord-Norge)

Det vil avhenge av hva den enkelte har behov for og ønsker. Dersom pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten vil oppfølgingen ha fokus på behandlingsforløpet og bistå i forhold til det som skal skje ute i kommunen som f.eks. bolig, arbeid/aktivitet, økonomi og videre oppfølging og behandling etter endt døgnopphold. (Stor kommune på Østlandet)

Vi følger personer i behandling tett opp under hele behandlingen - deltar i ansvarsgrupper og planlegger utskriving i perioden de er inne. Vi skal sørge for at bolig, jobb/skole ved utskriving. Det jobbes med nettverk. (Stor kommune på Østlandet)

Koordinerende tiltak (IP/ansvarsgrupper), støtte- og motiverende samtaler, boveiledning, medikamentell behandling og generelle tiltak knyttet til mål om helhetlig bedring av den enkelte sin livskvalitet. (Liten kommune på Vestlandet)

4.4.3 Oppfølging og rehabilitering for rusmisbrukere som har avsluttet behandling

Me jobbar med pasiantane før, under og etter behandling. Dei har same tilbod om tenester før og etter tenester, men etterspurnaden kan vera forskjellig. Me har individuelt tilpassa oppfølging. (Stor kommune på Vestlandet)

De fagansvarlige for rusarbeidet i kommunene ble også bedt om å beskrive tilbudet til rusmiddelavhengige som har avsluttet behandling i TSB. Svarene overlapper en del med det vi så i forrige delkapittel; svært mye av innsatsen handler om å hjelpe til med praktiske ting som arbeid, bolig, økonomi og fritid. Tett individuell oppfølging og samtaler er fortsatt et viktig element i tjenestene. Kostholdsveiledning, ergoterapi og treningstilbud nevnes også av flere. Noen nevner også oppfølging av medisiner og urinprøver, koordinering av eventuell poliklinisk behandling, og andre helsetjenester.

Flere legger særlig stor vekt på å få til gode sosiale aktiviteter. Sitatene under viser igjen at både store og små kommuner i stor grad tilbyr det samme spennet av tjenester, der de samme elementene skal på plass, selv om organiseringen av tilbudet kan være forskjellig. Det er viktig at tjenestene er på plass ved utskrivningen, slik at man får en god overgang fra TSB til det kommunale tilbudet. Dette krever god koordinering mellom de ulike aktørene.

Oppsøkende virksomhet fra ruskonsulent, bruk av arbeidsrettede tiltak gjennom NAV, gruppetilbud gjennom psyk. helse. Legger tilrette for ettervernsarbeid enten gjennom polikliniske samtaler med spesialisthelsetjenesten, ruskonsulent, psykisk helse. (Liten kommune på Vestlandet)

Alle har bolig. LAR brukere må komme og hente sine medisiner på avtalt sted til avtalt tid. De som ønsker får bli med i arbeidsprosjekt. (Mellomstor kommune på Sørlandet)

Kommunen tilbyr mange aktiviteter, trening, jobbpraksis, boveiledning og økonomisk støtte (Mellomstor kommune på Sørlandet)

Følgende fokusområder: bolig, meningsfull hverdag, orden i økonomi, fysisk helse, psykisk helse, sosialt nettverk. Støttesamtaler. Alle tjenester tar utgangspunkt i enkeltindividet. (Mellomstor kommune på Vestlandet)

Kommunal leilighet hvis de ikke har egen, kafétur, bytur, besøk, arbeidstrening, veiledning NAV, støttekontakt (Liten kommune i Nord-Norge)

Hjelp til å skaffe bolig blir sett på som svært viktig, men trekkes også fram som noe av det vanskeligste ved tjenestetilbudet til brukere som har avsluttet behandling. Tilbud om bolig er spesielt viktig for å sikre at tidligere rusmiddelavhengige kommer seg bort fra belastede nabolag eller blokker. En del steder finnes det ledige kommunale boliger, men som ikke er egnet for tidligere rusmiddelavhengige.

Vi har fokus på bolig, og dennes betydning i forhold til rehabilitering og stabilitet. Men situasjonen i kommunen er preget av boligmangel, både kommunale bolig, og utleieboliger generelt. (Stor kommune i Nord-Norge)

Bolig og bomiljø er en utfordring. De fleste bor i kommunal bolig, og mange med rusbelastning er naboer, slik at man lett møter igjen kompiser fra rusmiljøet etter behandling. (Liten kommune i Midt-Norge)

Bolig er generelt sett en utfordring, og jo strammere boligmarkedet er jo vanskeligere er det å fremskaffe egnet bolig for vanskeligstilte på boligmarkedet. Kommunens utgangspunkt er å finne egnet bolig for personer i habiliterings/rehabiliteringsprosesser. Kommunen arbeider med å etablere et eget botilbud til denne målgruppen, men vil i stor grad også utnytte det private markedet og kommunalt eide boliger i ordinære bomiljøer (borettslag med mer). Kommunen har også eget midlertidig botilbud til ROP pasienter i rehabilitering. (Storbykommune)

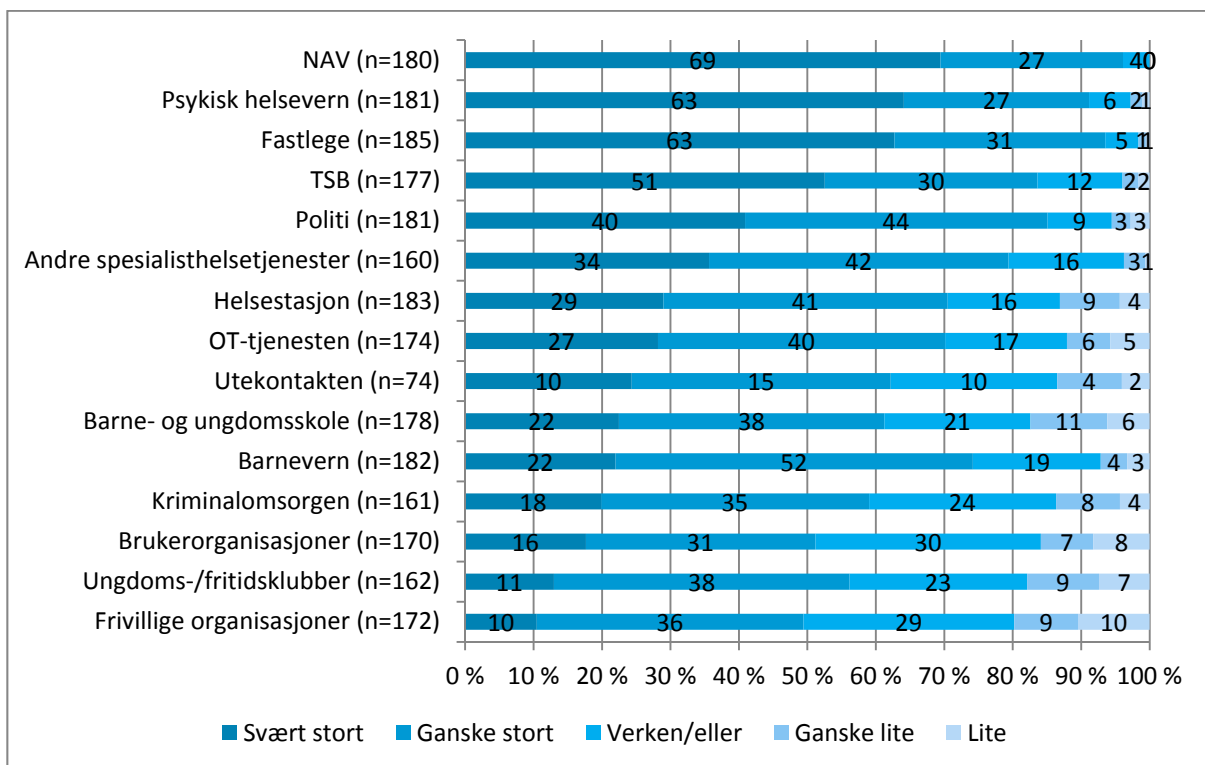
Mangel på egnede aktiviteter utgjør også et problem noen steder. Noen respondenter beskriver også at det kan være vanskelig å få tidligere ruspasienter til å ta imot bistand, og at det er vanskelig å komme i posisjon

til å hjelpe, noe som igjen kan føre til tilbakefall og et dårligere tilbud. Ansvarsgrupper og personlig koordinator nevnes igjen som gode verktøy for å sikre et best mulig tjenestetilbud.

Ellers er det overraskende få som trekker fram samarbeid med private aktører eller kjøp av tjenester fra ikke-statlige organisasjoner. Et unntak er en respondent som kommenterer at kommunen samarbeider med en frivillig organisasjon som har ettervernsboliger med oppfølging. Vi ser nærmere på aktører og samarbeid i rusarbeidet, sett fra kommunenes ståsted, i neste delkapittel.

4.5 Aktører og samarbeid i rusarbeidet

Som vi allerede har sett foregår det kommunale rusarbeidet i samarbeid med og i tillegg til tjenester som ytes av mange ulike nivåer og aktører. I spørreundersøkelsen til kommunene har vi bedt de fagansvarlige for rusarbeidet om å vurdere samarbeidet med en rekke ulike aktører. Kartleggingen inneholdt blant annet en vurdering av behovet for samarbeid, graden av faktisk samarbeid og hvordan samarbeidet fungerer. En slik kartlegging gjør det mulig å vurdere samarbeidet opp mot vurdert behov, for dermed å finne ut hvor det er størst potensial for økt eller bedret samarbeid. Respondenter som ikke har svart på spørsmålet eller angitt at det ikke er relevant har blitt utelatt. Dette har særlig betydning for vurdering av samarbeidet med utekontakten, og delvis også ungdoms- og fritidsklubber, som ikke finnes i alle kommuner. Nettutvalg er angitt i parentes for hver aktør. Vi ser først på opplevd behov, som i praksis identifiserer de viktigste aktørene for å få til et godt kommunalt rusarbeid.



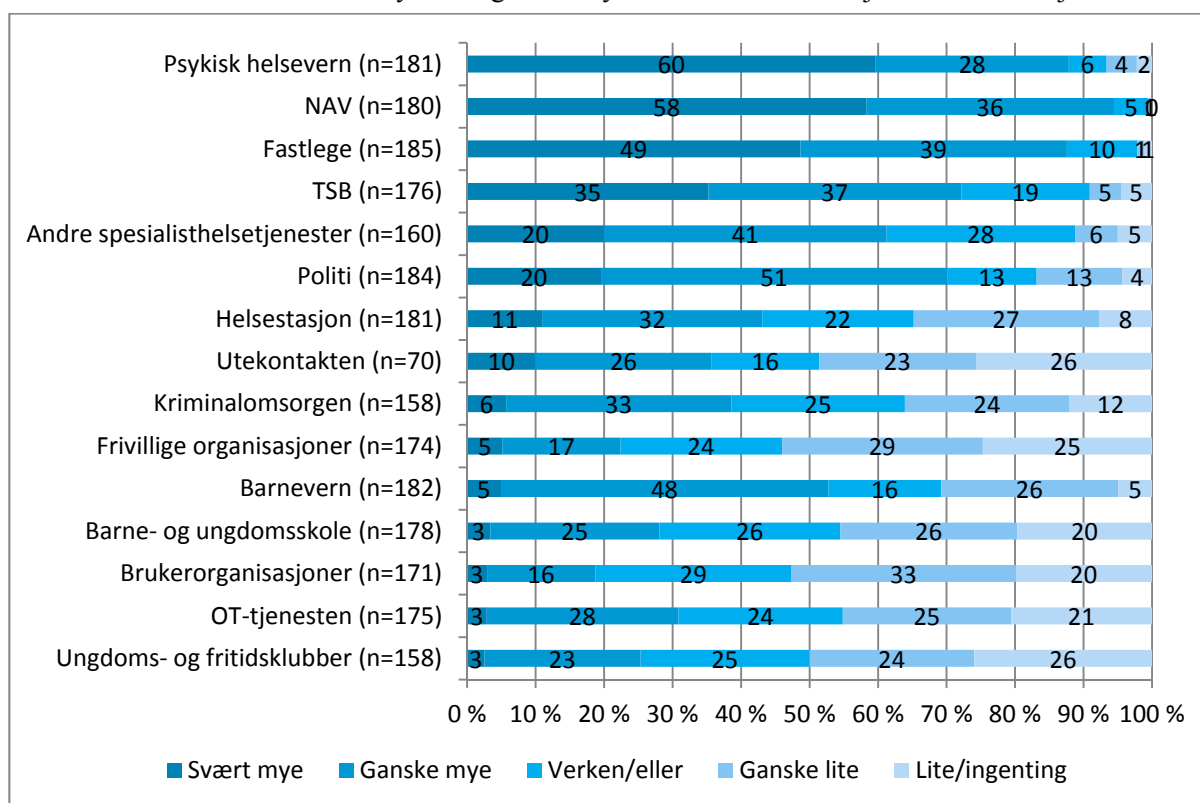
Figur 4.4 Behov for samarbeid mellom rus-tjenesten og andre aktører, prosent

Det største behovet for samarbeid er med NAV, psykisk helsevern og fastlege. Her angir et klart flertall av respondentene at det er "svært stort behov" for samarbeid. 69 prosent mener at det er svært stort behov for samarbeid med NAV. Tilsvarende svarer henholdsvis 64 og 62 prosent at det er svært stort behov for samarbeid med psykisk helsevern og fastlege. Nesten ingen mener at behovet er lite. Også behovet for samarbeid med tverrfaglig spesialisert rusbehandling vurderes som svært viktig (52 prosent) eller ganske viktig (31 prosent).

Som nevnt er det en relativt stor andel av utvalget som vurderer at samarbeid med Utekontakten ikke er relevant, sannsynligvis fordi tjenesten ikke finnes i kommunen. Blant de som vurderer behovet for samarbeid ser det likevel ut til at det er relativt stort.

Det laveste rapporterte behovet for samarbeid er med frivillige organisasjoner og ungdoms- og fritidsklubber, men også her svarer rundt halvparten av respondentene at behovet er "svært stort" eller "ganske stort". Behovet for samarbeid vil naturlig nok også variere etter hva slags tjenester det er snakk om. Ut fra det vi har sett tidligere kan det se ut som at det forebyggende arbeidet kun er en liten del av det kommunale rusarbeidet, og at det sannsynligvis er her, i forbindelse med arbeid opp mot ungdom, at behovet er størst for samarbeid med barne- og ungdomsskole, helsestasjon, OT-tjeneste og ungdomsklubber. Behovet for samarbeid med brukerorganisasjoner og kriminalomsorgen vurderes også som lavere enn de andre aktørene.

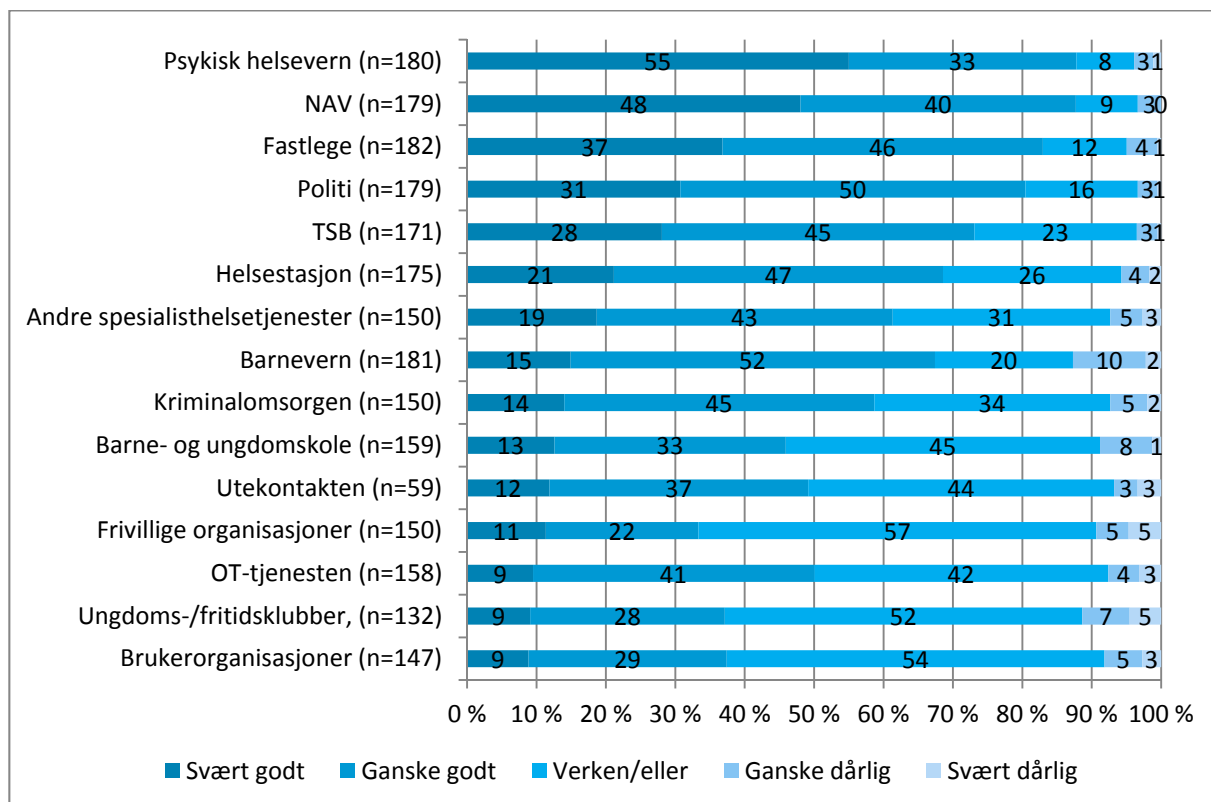
Går vi videre til å se på faktisk samarbeid (figuren under), er rekkefølgen på aktørene stort sett den samme som i figuren over. Det foregår klart mest samarbeid med psykisk helsevern, NAV og fastleger, fulgt av TSB og andre spesialisthelsetjenester. Det er også her det er minst avvik mellom rapportert behov for samarbeid og grad av faktisk samarbeid. For de andre aktørene rapporteres det jevnt over om større behov. For eksempel mener tre av fire respondenter at det er svært stort eller ganske stort behov for samarbeid med barnevernet, mens bare litt over halvparten mener at de samarbeider ganske eller svært mye. Over 60 prosent mener at behovet for samarbeid med grunnskolen er svært stort eller ganske stort, mens under 30 prosent svarer at de samarbeider svært mye eller ganske mye med dem. For OT-tjenesten er forskjellen enda større.



Figur 4.5 Faktisk samarbeid mellom rustjenesten og andre aktører.

Det ser ut til å være en nær sammenheng mellom hvor mye det samarbeides, og hvordan samarbeidet fungerer. Nesten ni av ti respondenter er svært eller ganske godt fornøyd med samarbeidet med psykisk helsevern og NAV, mens fire av fem er svært eller ganske godt fornøyd med samarbeidet med fastlegen. Kun et fåtall respondenter melder om at samarbeidet fungerer dårlig. Det ser dermed ut til at det i stor grad er etablert samarbeid der det er behov for det, og at dette samarbeidet jevnt over fungerer godt. Blant de

viktigste samarbeidsaktørene ser det ut til å være størst potensial for bedre samarbeid med TSB, som vurderes som noe dårligere enn samarbeidet med de andre mest sentrale aktørene. Det er likevel få som er direkte misfornøyd med samarbeidet med TSB. Det samme gjelder politiet.



Figur 4.6 Fungering av samarbeid mellom rustjenesten og andre aktører.

Det er også stort samsvar i motsatt ende av skalaen. Det rapporteres om liten grad av samarbeid med brukerorganisasjoner, OT-tjenesten, og ungdoms- og fritidsklubber, og det er også en stor andel (omlag halvparten av utvalget) som mener at dette samarbeidet verken fungerer godt eller dårlig. De samme tre aktørene er også rangert nederst i forhold til faktisk behov for samarbeid.

Det er også verdt å merke seg at det er kun et fåtall av respondentene som vurderer at samarbeidet med noen av aktørene fungerer dårlig. Størst er misnøyen med samarbeidet med barnevernet, der drøyt en av ti vurderer at samarbeidet er ganske eller svært dårlig, men dette må også sies å være en ganske lav andel, selv om det kanskje er her det er størst rom for forbedringer, i og med at 75 prosent av respondentene også oppgir at de har stort eller ganske stort behov for samarbeid med barnevernet..

4.6 Oppsummering

Et klart flertall av de fagansvarlige beskriver at tjenestetilbudet er helhetlig og samordnet, tilgjengelig og individuelt tilpasset. Bruk av ansvarsgrupper og koordinator er relativt utbredt, men bør sannsynligvis øke, siden erfaringene med disse redskapene er gjennomgående positive. Individuell plan er mindre utbredt, og erfaringene er mindre gode. Mange rapporterer at brukerne selv i liten grad ønsker IP.

Det foregår et bredt forebyggende arbeid i store deler av landet. Mye tyder likevel på at ikke alt er like systematisk eller forankret, og mye av det som beskrives er ganske generelt. En del har forankret forebyggingen i den ruspolitiske handlingsplanen og ser ut til å prioritere dette arbeidet. Aktiviteter som beskrives er alt fra rusfrie arrangementer og generelle holdningskampanjer, til mer systematisk og oppsøkende arbeid mot sårbare grupper. Dette ser ut til å være tilfelle særlig i noen av de større kommunene. Mange

steder ser det forebyggende arbeidet ut til å være spredt ut på mange ulike enheter, noe som forutsetter godt samarbeid for at det skal fungere.

Tilbudet til rusmiddelavhengige som venter på behandling i TSB består i stor grad av samtaler, boligsosialt arbeid og ulike tiltak rettet mot arbeid og fritid. Svært mange respondenter beskriver tiltak som samtaler, motiveringsarbeid og tett oppfølging. Her spiller ruskonsulenter og miljøterapeuter en viktig rolle. Mens de rusmiddelavhengige er inne til behandling består tilbudet stort sett av oppfølging. Her er ansvarsgrupper og koordinator mye brukt. Den viktigste oppgaven her er å forberede tilbudet etter endt behandling, slik at man får en god overgang fra opphold på institusjon og over i den kommunale tjenesten.

Etter utskriving handler svært mye av innsatsen om å hjelpe til med praktiske ting som arbeid, bolig, økonomi og fritid. Tett individuell oppfølging og samtaler er fortsatt et viktig element i tjenestene. Kostholdsveiledning, ergoterapi og treningstilbud nevnes også av flere. Noen nevner også oppfølging av medisiner og urinprøver, koordinering av eventuell poliklinisk behandling, og andre helsetjenester.

Mange aktører er involvert i rusarbeidet. Det største behovet for samarbeid er med NAV, psykisk helsevern og fastlege. Her angir et klart flertall av respondentene at det er "svært stort behov" for samarbeid (henholdsvis 69 prosent, 64 prosent og 62 prosent). En noe lavere andel angir at svært stort (52 prosent) eller ganske stort (32 prosent) behov for samarbeid med tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Alt i alt angir de rusansvarlige et bredt spekter av aktører de mener det er viktig å samarbeide med, fra politi og barnevern til skole, helsestasjon, fritidsklubber og frivillige organisasjoner. Det foregår klart mest samarbeid med psykisk helsevern, NAV og fastleger, fulgt av TSB og andre spesialisthelsetjenester. Det er også her det er minst avvik mellom rapportert behov for samarbeid og grad av faktisk samarbeid. Det ser ut til å være en nær sammenheng mellom hvor mye det samarbeides, og hvordan samarbeidet fungerer. Nesten ni av ti respondenter er svært eller ganske godt fornøyd med samarbeidet med psykisk helsevern og NAV, mens fire av fem er svært eller ganske godt fornøyd med samarbeidet med fastlegen. Kun et fåtall respondenter melder om at samarbeidet fungerer dårlig. Det ser dermed ut til at det i stor grad er etablert samarbeid der det er behov for det, og at dette samarbeidet jevnt over fungerer godt i de kommunene som har deltatt i kartleggingen. Blant de viktigste samarbeidsaktørene ser det ut til å være størst potensial for bedre samarbeid med TSB, som vurderes som noe dårligere enn samarbeidet med de andre mest sentrale aktørene. Det er likevel få som er direkte misfornøyd med samarbeidet med TSB. Det samme gjelder politiet.

5 Utfordringer og kvalitet i tjenestetilbudet

Etter å ha sett hva tjenestetilbudet inneholder av tiltak og aktiviteter, går vi nå nærmere inn hvordan tjenestetilbudet fungerer. Dette kapittelet er i hovedsak basert på svarene på tre åpne spørsmål i spørreundersøkelsen til de fagansvarlige for det kommunale rustilbudet: et spørsmål om å kommentere tilbudet av rustiltak i kommunen, et spørsmål om hva som er de største utfordringene i kommunens rustilbud, og et spørsmål om hva som er de største udekkede behovene innenfor det kommunale rusarbeidet. Vi starter med en generell vurdering av tjenestetilbudet, før vi går nærmere inn på rammevilkår og organisering, utfordringer innenfor de enkelte delene av tjenestetilbudet, og utfordringer knyttet til bestemte målgrupper.

5.1 Generell vurdering av tjenestetilbudet

En kommentar som går igjen, som vi allerede har vært innom, er mangelen på egnede boliger for tidligere rusmiddelavhengige. I forlengelsen av dette er det flere som ønsker å bygge opp et tilbud med døgnbemannede omsorgsboliger. Mangel på lavterskeltilbud og egnede aktiviteter er også et gjennomgangstema. Ressursmangel og reduksjon av tjenestetilbudet nevnes av flere. En del av dette skyldes at stillinger og aktiviteter har vært finansiert som egne prosjekter, i stor grad gjennom det øremerkede tilskuddet til rusarbeidet. Vi kommer tilbake til rustilskuddet i kapittel 6. Andre kutt skyldes generelt dårlig økonomi i enkelte kommuner, som bl.a. gir nedbemanning og lav prioritering.

En liten gruppe kommuner rapporterer at tilbudet stort sett er bra, og at tiltakene som finnes fungerer godt. Det kan se ut til at dette særlig gjelder små kommuner med lite rusproblematikk, men vi finner også noen mellomstore kommuner der respondentene er godt fornøyd med tilbudet som ytes.

Lavterskeltilbudene fungerer bra. Ruskonsulentene har bygget opp gode relasjonelle allianser. Fokus på de yngre. Miljøterapi tett på fungerer bra! (Mellomstor kommune på Østlandet)

Vi har et godt tjenestetilbud, der brukeren stort sett får etter individuelle behov. (Liten kommune i Nord-Norge)

Erfaringsmessig vil jeg påstå at vi har et veldig godt tilbud, da sett i sammenligning med tilsvarende kommuner. (Liten kommune på Østlandet)

Vi er en liten kommune og de tiltakene vi har fungerer veldig bra. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Opplever generelt at utfordringene ikke er spesielt store. (Liten kommune på Østlandet)

Andre er i hovedsak fornøyd med tiltakene og hvordan de fungerer, men tar visse forbehold: tiltakene fungerer godt for de som får dem (begrenset kapasitet eller mulighet til oppsøkende virksomhet), tiltakene som finnes fungerer godt (men det kunne vært flere).

Tiltakene fungerer godt for de som får tilbudet. (Liten kommune på Vestlandet)

Gode tiltak, men kan oppleves differensierte (Stor kommune i Midt-Norge)

En del uttaler seg kritisk til det eksisterende tjenestetilbudet, og mener at det ikke strekker til. Flere beskriver situasjonen som alvorlig. På spørsmål om hva som er utfordringene, svarer noen kommuner slik:

Bolig. Booppfølging. Aktivitet/arbeid/kvalifisering. Sikre at personer med rusrelaterte problemer generelt sett integreres og aksepteres av byens borgere. Forhindre nye åpne russcener og sikre at nabolag opplever trygghet rundt kommunens tilbud til målgruppene. Forhindre moralsk panikk og en generell utstøtning, marginalisering og demonisering av personer med rusrelaterte problemer. Situasjonen er svært alvorlig. (Storbykommune)

Å kunne ivareta, og begrense den alvorlige situasjonen som har oppstått. Per i dag driver vi med "brannslukking" fra dag til dag (Liten kommune i Nord-Norge)

Vi har store utfordringer, like store som en by har. Vi trenger flere medarbeidere til å møte de behovene rusmisbrukere har. (Liten kommune på Vestlandet)

I en kommune venter rustjenesten befolkningsvekst og en stor økning i antall brukere de neste årene, men opplever at det ikke finnes en plan for å styrke tjenesten tilsvarende.

Vi vil sannsynligvis ha en eksplosiv befolkningsvekst og tilsvarende eksplosiv vekst innen rusproblematikk i en allerede tungt belastet kommune. (Mellomstor kommune)

En annen kommune beskriver at rusproblematikken har endret seg, og ønsker seg oppdatert faglig kompetanse, uten at dette er prioritert:

Endring i rusmønster krever faglig oppdatering, noe kommunen har valgt å ikke prioritere på grunn av dårlig økonomi og innsparinger. Vi ser et klart behov for økning av kompetanse, for å møte de behov som våre brukere har. I tillegg erfarer vi en økning av brukere som ikke er i stand til å ivareta seg selv, som har behov for døgnbemannet omsorgsbolig, men som pr i dag står uten tilbud. Denne gruppen blir stadig sykere, uten at kommunen har planer om å bygge ut flere kommunale bolig. Jeg vil beskrive situasjonen som prekær (Stor kommune i Nord-Norge)

Vi ser videre på politisk prioritering, økonomi og kompetanse i de neste avsnittene.

5.2 Rammevilkår og organisering

5.2.1 Forankring og prioritering

I et par mindre kommuner etterlyses det bedre forankring både politisk og administrativt. Andre ønsker seg høyere politisk prioritering, og mener at det er vanskelig å få politikerne til forstå betydningen av å bygge opp et bedre rustilbud, ikke minst det forebyggende og langsiktige arbeidet.

Behov for mer strukturerte tiltak forankret på systemnivå. Er for tilfeldig og personavhengig. Behov for mer målretta behovskartlegging - BrukerPlan. (Liten kommune i Midt-Norge)

Bekymringsfullt at kommunen ikke har ruspolitisk handlingsplan som er oppdatert og evaluert. Kommunen har valgt å ikke erstatte ruskonsulentstillingen ved ledighet. Medfører at det blir et dårlig og tilfeldig tilbud for denne brukergruppen. (Liten kommune på Vestlandet)

På spørsmål om hva som er de største utfordringene i kommunen, svarer noen respondenter slik:

Erkjennelsen av at det er et problem i kommunen. Høye mørketall innen rus. Tiltak og oppfølging. (Liten kommune i Nord-Norge)

Få gehør for at rusarbeidet er viktig og at alle må ta del og være med å prioritere dette. (Liten kommune på Østlandet)

Forståelsen for at dette området bør satses på og prioriteres hos kommuneledelse og politikere. Tidlig intervensjon og forebyggende arbeid. Boligpolitikken og boveiledere. Aktivitet/ sysselsettingstilbud for både de som er i aktiv rus og de som er i rehabilitering. (Mellomstor kommune i Midt-Norge)

Å få de ressurser staten setter av til arbeidet, å få ressurser generelt, å bli hørt, å få muligheten til å bygge opp gode tjenester, å få en riktig organisatorisk plassering, å få inn brukermedvirkning, å få lokal politisk bakking for arbeidet, å få på plass systemene som skal kvalitetssikre arbeidet. (Liten kommune i Nord-Norge)

Generelt lite fokus på rusarbeid (Liten kommune på Vestlandet)

Noen av svarene peker også på mulige forklaringer på hvorfor det er vanskelig å få kommunen til å prioritere rusarbeid: Rusarbeidet er svært sammensatt, og det kan være vanskelig å få forståelse for hvor viktig arbeidet er. Grappa er også mer stigmatisert og mindre grad oppfattet som «verdige trengende» enn andre brukergrupper, og de mangler sterke interesseorganisasjoner.

Brukergruppen har ikke sterke talspersoner derfor skyves den hele tiden bort når det er snakk om prioriteringer. (Liten kommune på Østlandet)

Manglende forståelse av kompleks målgruppe, og politiske prioriteringer (politikere og administrasjon) (Stor kommune på Østlandet)

Manglende forståelse av kompleks målgruppe, og politiske prioriteringer (politikere og administrasjon) (Stor kommune på Østlandet)

Særlig det forebyggende arbeidet ser ut til å bli nedprioritert ved trang økonomi eller ved manglende politiske prioriteringer som gjør at rusarbeidet generelt ikke står særlig sterkt. Ved kutt prioriteres det grunnleggende tjenestetilbudet til etablerte rusmiddelavhengige som allerede er kjent, og som er i kontakt med hjelpeapparatet. Konsekvensen er at oppsøkende virksomhet og mer målrettet forebygging blir nedprioritert. Vi skal etter hvert se at svært mange beskriver det som en utfordring å komme i posisjon overfor mulige rusmiddelmissbrukere, særlige unge som er i en tidlig fase.

Det er trangere tider økonomisk for kommunen, ofte er det forebyggende arbeid som blir mest skadelidende i slike situasjoner – så vi må jobbe for at det ikke skal skje! Ellers vil det bli vanskeligere å argumentere for nye tiltak i en slik økonomisk situasjon. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Flere beskriver at forebygging nedprioriteres, fordi ressursene i stor grad må kanaliseres inn mot etablerte brukere med stort behov for tjenester. Dermed kan det tenkes at en del kommuner kan havne i en ond sirkel, der forebygging og tidlig intervensjon ikke blir effektiv nok til å hindre at flere brukere på sikt vil ha behov for dyre og mer omfattende tjenester.

5.2.2 Ressurser

I en del kommuner trekkes dårlig kommuneøkonomi og små økonomiske rammer fram som den største utfordringen. Som det neste sitatet illustrerer, er det et klart overlapp mellom manglende prioritering og trang økonomi.

I en økonomisk hard dragkamp mellom ulike fagavdelinger at gruppen med rusutfordringer ikke er den som står øverst på prioriteringslisten. (Mellomstor kommune på Vestlandet)

Trang økonomi kombineres flere steder med økende behov og etterspørsel etter tjenestene. Andre rusansvarlige svarer slik:

De største utfordringene vi står overfor i dag er de økonomiske rammene. Kommunen skal spare rundt 130 millioner de neste årene og dette vil også i stor grad ramme rustjenesten. Vi har store utfordringer i dag, dette i forhold til utviklingen i rusmiljøet, samtidig som vi ser at vi til stadighet kommer til kort, pga. manglende ressurser. Vi vet hva som må til, hvilke tjenester vi burde gitt, men mangler ressurser. (Stor kommune i Nord-Norge)

Mangel på økonomiske ressurser. Man jobber godt og effektivt med de ressursene man har pr i dag men kapasiteten i forhold til antall pasienter er ikke god nok. (Mellomstor kommune i Midt-Norge)

Kommuneøkonomi. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Knappe ressurser, men økt behov for tjenesten. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Personellressurs / kapasitet. Antall henvendelser/søknader har økt. For knappe økonomiske rammer til ettervernstiltak og forebyggende aktivitetstilbud (Mellomstor kommune på Østlandet)

5.2.3 Kompetanse og rekruttering

Blant de minste kommunene kan det være vanskelig å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Fagmiljøet blir lite, og få saker gjør at fagkompetansen heller ikke utvikles, fordi man høster for få erfaringer.

Økonomi til å drive rusarbeidet, kompetanse og kvalifisert personell. (Liten kommune i Midt-Norge)

Mangel på fagperson som kan prioritere dette arbeidet. (Liten kommune på Vestlandet)

Det er få innbyggjarar og få kvalifiserte til arbeidet når det gjeld forebyggjing. Det er eit lite samfunn der alkoholbruk er liberalt godkjent. (Liten kommune på Vestlandet)

Største utfordringen er at kommunen har få enkeltsaker. Noe som medfører at man ikke får bygd opp spisskompetanse innenfor rusarbeid. (Liten kommune på Vestlandet)

Beholde og rekruttere kompetanse (Liten kommune i Midt-Norge)

Ressurser, kompetanse. (Liten kommune på Sørlandet)

5.2.4 Organisering og koordinering

En del trekker fram manglende tverrfaglig samarbeid og for lite koordinering mellom tjenestene. Andre ønsker seg bedre tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjoner og etater. Interessant nok ser det ut til at det særlig er de mindre kommunene som ønsker seg bedre samordning av tjenestene. Noen få ønsker seg også bedre samarbeid med fastlegene.

Må hele tiden jobbe kontinuerlig for at tiltakene som tilbys skal bli bedre. Den ny Helse- og omsorgsloven er positiv med tanke på at denne er tydelig på at tjenesteutøvere skal samarbeide. Den gamle rigide profesjonsstriden må også snart være historie, hvis ikke oppnår vi ikke tilfredsstillende gode nok tjenester. (Liten kommune i Midt-Norge)

Det viktigste er at vi får tid nok til å reflektere og til å stimulere til tverrfaglig samarbeid. Vi ser at når det er hektisk så prioriteres det tverrfaglige/-etatlige bort. (Stor kommune på Østlandet)

Tverrfaglig samarbeid på tvers av etater er et stort udekket behov. (Liten kommune i Nord-Norge)

Bemanning og avklaring av roller. En eller en gruppe må ha hovedansvar og det må foreligge klare beskrivelser og oversikt over hvilke tiltaksmuligheter som kan benyttes. (Liten kommune i Midt-Norge)

Uoversiktlig. Manglende samhandling både internt og med 2. linjen om samtidige tjenesteleveranser. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Samhandling med andre kommunale tjenester. Herunder pleie- og omsorgstjenester. Behov for medisinsk- og omsorgs oppfølging. (Liten kommune i Nord-Norge)

Samordning av tjenestene, spesielt med fastlegene. (Liten kommune på Østlandet)

5.2.5 Rustilbudet i små kommuner

En del respondenter trekker fram størrelsen på kommunen som en faktor som påvirker rusarbeidet på godt og vondt. For eksempel er det flere i de minste kommunene som opplever liten etterspørsel, og mener at

tjenestetilbudet i stor grad er tilstrekkelig i forhold til faktisk etterspørsel. Samtidig gjør små forhold at det er få stillingsressurser, noe som begrenser tilbudet blant annet på kveldstid og i helgene:

Vi har mange planer og tiltak, men dette blir personavhengig samt at jeg kun har 50 % stilling. Brukerne ringer ofte kveld og natt (Liten kommune i Nord-Norge)

Vi prøver så langt vi får det til, å gi tilbud og oppfølging til de som har behov for det/ber om det! En så liten kommune som oss har ikke så mye ressurser som vi skulle ønske oss! (Liten kommune i Midt-Norge)

Vi har så lite problemer at hver enkelt får individuell hjelp. (Liten kommune i Midt-Norge)

Vi er en liten kommune, men Rustjenesten er under press, de tiltakene vi har sitter vi alene i. Jeg mener at på det individuelle plan for den enkelte god, men neppe bred nok oppfølging. For oss er det et ressurspørsmål, og organisasjonsformen vi har tapper rustjenesten for ressurser. Rustjenesten bør inn i NAV-systemet, som er bedre rustet for en helhetlig tilnærming. (Liten kommune i Nord-Norge)

Som vi har sett tidligere er det særlig små kommuner som rapporterer om fragmenterte tjenester og behov for bedre samordning. Det kan tenkes at små forhold gjør at man noen steder ikke formaliserer samhandlingen internt, slik at det i større grad blir opp til enkeltpersoner, enn i større kommuner der det kanskje er et større synlig behov for koordinering, som igjen gjør at det i større grad etableres formelle rutiner for samordning av tjenester. Som det nederste sitatet tyder på, kan det også tenkes at det i en del mindre kommuner mangler en rusansvarlig, og at dette gjør at det blir mindre koordinering:

Har flere samarbeidsarenaer, men opplever at tjenestene er fragmenterte. Det oppleves lite praktisk samarbeid rundt de yngste, fra 0-20 år. Begynner å få til gode løsninger for de som er eldre. (Mellomstor kommune i Midt-Norge)

Liten kommune - få tiltak og lite ressurser. Dei ressursane og tiltaka vi har burde vert koordinert betre og meir systematisk arbeid i forhold til rusproblematikken (Liten kommune på Vestlandet)

Mangelfull ansvarsavklaring i forhold til boligsosialt arbeid/miljøarbeid. Mangler også en rusansvarlig i kommunen. (Liten kommune på Østlandet)

Samtidig gjør størrelsen at både tilbud og brukergruppa er oversiktlig:

Vi er en liten kommune. Dette gjenspeiler ting både på godt og vondt. Potensialet er stort både på tiltak og i og nå personar som har eit problem. (Liten kommune på Vestlandet)

Det er en liten kommune som medfører: lett å få oversikt/samarbeid med andre aktører i hjelpeapparatet (f.eks. lege, NAV), også begrenset tilgang på arbeid/aktivitet og for få aktuelle personer til å starte selvhjelpsgrupper. (Liten kommune i Nord-Norge)

Kommunen er liten, og det som tilbys er oversiktlig. Alle som ber om veiledning, hjelp, får det. (Liten kommune i Nord-Norge)

Kombinasjonen lite folk og store avstander kan være krevende, fordi tilbudet må spres utover et stort område, gjerne med få ansatte. Store avstander kan også gi andre problemer, som når pasienter som skal til behandling blir fratatt førerkortet, og tilbudet av offentlig transport er begrenset.

Vi er en geografisk stor kommune, og folketallsmessig liten. Dette betyr stor spredning i befolkningen. Dette er en utfordring når vi er få ansatte. Å få ulike aktiviteter spredd rundt i kommunen har vist seg å være en utfordring. Mangel på personell, samt mangel på prioritering av fagfeltet er nok den største utfordringen. (Liten kommune i Nord-Norge)

Den aller største utfordringen er faktisk at når noen skal inn til behandling blir de fratatt førerkortet for et år. Dette er helt vanvittig i forhold til å tenke rehabilitering. I vår kommune er det ikke mulig å bruke offentlig kommunikasjon annet enn hvis du skal til flyplass eller store byer. (Liten kommune i Nord-Norge)

Et par kommuner nevner behovet for å samarbeide med andre kommuner. En respondent beskriver at de kjøper tjenester fra nabokommuner når det er aktuelt, andre ønsker mer samarbeid.

Liten kommune; vi ønsker å kunne få til interkommunalt samarbeid. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Vi er en svært liten kommune (under 600 innbyggere) og er avhengig av samarbeid med andre kommuner. (Liten kommune i Nord-Norge)

Vi har få tiltak, men vi forsøker å kjøpe tjenester fra omliggende kommuner når det er behov som bør dekkes. (Liten kommune på Østlandet)

Gjerne interkommunalt samarbeid. (Liten kommune på Østlandet)

5.3 Tjenestetilbudet

Av de ulike oppgavene innenfor rustjenesten er det særlig tre områder som peker seg ut med udekkede behov: tidlig innsats og forebygging, boliger, og da særlig døgnbemannede omsorgsboliger, og et godt aktivitetstilbud. Vi skal se nærmere på hvert enkelt område.

Enkelte respondenter nevner også utfordringer som ikke uten videre lar seg kategorisere. En respondent peker på stigmatisering, hvordan rusmiddelavhengighet oppfattes, og ringvirkningene av rusmiddelavhengighet:

At vi ser på rusavhengighet som en sykdom, og at det ikke er bare å ta seg sammen. Og at fordommer og skepsis legges vekk. At det er ikke bare en som blir berørt men en hel familie. Har mye kontakt med pårørende som ikke vet hva de skal gjøre med sønn, bror, mann osv. (Liten kommune på Østlandet)

En annen ønsker seg regelendringer som gjør det lettere å gå inn i leiligheter ved mistanke om eller fare for overdose:

Lovverk som gjør det vanskelig å gå inn i leilighetene til beboerne for å sjekke. Overdoseproblematikken i egne boliger blir vanskelig å følge opp når reglene for "privatlivets fred" er så sterke. (Stor kommune på Østlandet)

5.3.1 Tidlig innsats og forebygging

Som diskutert tidligere er det en fare for at forebyggende arbeid og tidlig innsats nedprioriteres ved trang økonomi. Når tilbudet reduseres blir det lett slik at de mest nødvendige tiltakene rettet mot "tunge", etablerte rusmiddelmissbrukere opprettholdes, mens mer langsiktig arbeid kuttes ned. På spørsmål om de største utfordringene i rusarbeidet, svarer en del slik:

Tidlig innsats til mennesker i risikosone. (Liten kommune i Midt-Norge)

Manglende forebyggingsarbeid. Manglende tid til ungdom og ungdomsarbeid. For lite tid til unge foreldre. (Liten kommune på Vestlandet)

Forebygging, tilgjengelige tjenester for ungdom og unge voksne, tilpasset boliger og pleie og omsorgstjenester for eldre med rusproblemer (Stor kommune på Østlandet)

Uklart hvordan det rusforebyggende arbeidet skal drives. Jeg har oppfølging av så mange enkeltpersoner, at å ha noen pådriverrolle blir vanskelig. (Liten kommune i Nord-Norge)

Forvernstilbudet i kommunen bør styrkes (Mellomstor kommune på Østlandet)

5.3.2 Behov for omsorgsboliger med døgnbemanning

Det største udekkede behovet i tjenestetilbudet slik det framstår i dag, er behovet for egnede omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. Slike boliger er særlig aktuelt for ROP-pasienter. Slik situasjonen er i dag står denne gruppa uten et godt tilbud i mange kommuner. En kommune som har fått etablert en slik bolig, er meget fornøyd med tilbudet:

Vi har en heldøgnsbemannet bolig for personer med rus/psyk problematikk hvor det bor 5 beboere. Dette er et veletablert tilbud som har redusert behovet for innleggelse i psykiatrien, og som avlaster de andre tjenestene samt reduserer kriminalitet og rekruttering. BOA er et tilbud vi er glad vi fikk jobbet fram, og at politikerne så behovet for å anskaffe eiendommen. (Liten kommune i Nord-Norge)

En respondent beskriver problematikken godt: personer med tung rusmiddelavhengighet som ikke er klare for behandling, men som har et stort omsorgsbehov som ikke dekkes innenfor det ordinære tjenestetilbudet, særlig for døgnbemannet omsorgsbolig. Ikke overraskende er det særlig de mellomstore og litt større kommunene som etterlyser et bedre tilbud her.

Vi opplever at flere rusmisbrukere trenger botilbud der det er folk hele døgnet. ROP-klienter. Som ikke vil/ikke klarer behandling. Men som er i stort behov av omsorg, og er svært ensomme. Noe som muligens ville på sikt kunne motivere for å redusere/stanse rusmisbruk. Men siden dette gjelder få i egen kommune, får vi ikke gehør for dette. Det burde være interkommunal løsning på dette. Dette er løftet opp, men ligger nok svært langt fram. Tok mange, mange år å få interkommunale psykiatriboliger, og det er vanskelig å få tak i kompetent personale. Det gjenstår fortsatt mye på å få forståelse for at man ikke kan ekskludere rusmisbrukere ut av psykiatritilbud. (Liten kommune på Østlandet)

Vi ønsker oss bemannede boliger til de som er aktiv rusavhengig. Boliger generelt er ikke egnede nok for denne brukergruppa. Det jobbes med boligsosial plan i kommunen, og hvor denne gruppa er tenkt inn med boliger som er bemannet 24/7 (Mellomstor kommune på Østlandet)

Burde vore meir oppfølging i bustad kveld og helg. (Liten kommune på Vestlandet)

Har ikkje heildøgnsbemanna bustadar for dei som har behov for det. Vi har heller ikkje pr. i dag bemanning på kvelds/natt/helg som arbeider innanfor rusfeltet. (Liten kommune i Midt-Norge)

Flere trekker også fram at stigmatisering av rusmiddelavhengige og tidligere rusmiddelavhengige gjør det ekstra vanskelig å finne egnede boliger eller lage egne omsorgsboliger – "not in my backyard"-holdninger nevnes av flere.

5.3.3 Arbeid og aktiviteter

Et utfordring mange steder er å få til et godt og variert aktivitetstilbud. De mest grunnleggende behovene for bolig (med de unntakene og utfordringene som er beskrevet tidligere), økonomisk rådgivning og helsetjenester er gjerne dekt, men det kan være vanskelig å få på plass et aktivitetstilbud. Dette gjelder både arbeid(-trening) og fritid. Det ser ut til at problemet er særlig stort på mindre steder, der det kanskje er færre aktuelle arbeidsgivere, mer stigmatisering, og såpass få brukere at det er vanskelig å etablere og drive gode sosiale møtesteder.

Få dagtilbod å velgja mellom. (Liten kommune på Vestlandet)

Jeg mener vi har relativt gode tilbud på det helt basale, bolig og økonomi. Men savner mer aktivitetstilbud, og særlig ut over arbeidstrening, mer på fritid, samt botrening og sosial trening. (Liten kommune i Nord-Norge)

Vi har hatt et treffsted som fungerte noenlunde (varierte hvor mange som møtte), men dette ble lagt ned da vi fikk et mer arbeidsrettet tilbud. Vanskelig å si hva som ville ha vært det beste. Virker som tett individuell oppfølging fungerer bra, men vi har for lite å tilby rusavhengige. (Liten kommune i Midt-Norge)

Særlig lavterskel-aktivitetstiltak oppleves som mangelfulle noen steder.

Skulle ha hatt flere aktivitetstilbud hvor det jobbet folk med kompetanse innen rus og psykisk helse. (Liten kommune på Østlandet)

Tiltaka me har fungerer bra, men me treng fleire og meir av noko: Treng fleire tilpassa husvære. Heildøgnsstilbod til eldre. Lågterskeltilbod fleire plassar i kommunen. (Stor kommune på Vestlandet)

Ønsker oss et lavterskel aktivitetstiltak, ett sted å være som kan tilby lavterskel helsetjenester. Akuttbolig og heldøgnsbolig er i planleggingsfasen og skal opp til politisk behandling i 2014. Aktivitetstiltak ligger i NAV, fungerer ikke så godt for rusmiddelavhengige fordi det oppleves som det er en høy terskel for å lykkes. Hadde hatt behov for aktivitetstilbud hvor man kunne komme og tegne seg for arbeid daglig. (Stor kommune på Østlandet)

5.4 Brukergrupper og behov

Skal skrive ny rusplan og øke fokus på rusforebyggende arbeid (Liten kommune i Midt-Norge)

Flere gir uttrykk for at de ønsker å styrke arbeidet opp mot spesielle grupper, og særlig ungdom og eldre. Her nevnes blant annet økt fokus på forebygging, men også oppsøkende virksomhet for ROP-pasienter. En del beskriver også at de sliter med å få kontakt med en del miljøer med rusproblemer. Her er det en klar sammenheng mellom tjenestetilbud som bør styrkes (forrige delkapittel) og brukergrupper. En del beskriver også at det er grupper det er vanskelig å etablere kontakt med

Store grupper vi ikke kommer i kontakt med. Selv om de identifiseres, klarer vi ikke komme i posisjon til å kartlegge eller følge opp. Selv med nært samarbeid med NAV (som identifiserer mange), ønsker ikke brukerne alltid den hjelpen vi kan tilby (Mellomstor kommune på Østlandet)

Få tak i gruppen. Være tilgjengelig og synlig. (Liten kommune i Midt-Norge)

Å komme i kontakt med de som har behov for hjelp. Stigmatiserende å oppsøke ruskonsulent. (Liten kommune i Nord-Norge)

5.4.1 Kartlegging

Selv om mange har tatt i bruk BrukerPlan, er det mange som mener at behovet er større enn det som er kartlagt, og at omfanget av misbruket er større enn det man har registrert. En bedre kartlegging gjør det igjen mulig å gripe inn tidligere og å drive bedre forebyggende arbeid.

Tidligere intervensjon, skjult misbruk, Kartlegging av hvor stort behovet egentlig er da vi nok dessverre bare ser toppen av isfjellet. (Liten kommune på Vestlandet)

Fange opp de som ikke er oppdaget ennå, dvs. mørketall (Mellomstor kommune på Østlandet)

Vi har en utfordring i at dette er en liten kommune hvor "alle kjenner alle". Det er også vanskelig fordi mange bærer godt på hemmeligheten av å ruse seg. (Liten kommune på Østlandet)

5.4.2 Endringer i brukergruppa

Mange steder opplever rustjenesten at det er endringer i brukergruppa. Noen beskriver en økning i antall rusmiddelavhengige, samtidig som de rusmiddelavhengige er dårligere og trenger mer omfattende hjelp.

En del erfarer at stadig flere yngre ruser seg:

Økende rus i ungdomsmiljøet som ikke er så synlig (Liten kommune på Østlandet)

Stor brukergruppe, yngre og sykere brukere. For lite ressurser i forhold til oppfølging i et helhetlig behandlingsforløp. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Flere og flere rusavhengige, stor økning i unge mennesker som ruser seg. Vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe, da problemet ofte ikke erkjennes, eller at de ønsker kontakt med hjelpeapparatet. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Flere beskriver at de rusmiddelavhengige er sykere og har behov for tettere oppfølging og hjelp. Dette reflekterer det vi allerede har sett om økende behov for døgnbemannede omsorgsboliger.

Stadig dårligere rusavhengige både fysisk og psykisk krever mye av ansatte. Trusler og vold har blitt et stadig økende problem. Det er behov for et løft i forhold til flere stillinger spesielt rettet mot rehabilitering. I flere år har det vært fokus på forebygging og skadereduksjon - nå er det på tide å slå et slag for rehabiliteringen og de lovpålagte tiltakene. (Stor kommune på Østlandet)

Det at brukerne våre blir eldre og sykere og at vi pr i dag stenger kl. 15:30. Dessuten er vi sårbare som en liten kommune. (Liten kommune på Østlandet)

Stadig flere rusmiddelmissbrukere som har kommet langt i karrieren. Vanskelig å følge opp og krever mye ressurser. (Liten kommune på Østlandet)

Flere nevner spesielt at kommunen bør rette økt fokus mot eldre og rus, som vi har sett at er et av de minst brukte tiltakene. Flere beskriver at dette er en sårbar gruppe med stort behov for omsorg, men som ikke bør bo på sykehjem.

Kommune gir gode tjenester, men må ha mer fokus på eldre og rus (Stor kommune på Vestlandet)

Tiltak for eldre og rus er underdimensjonert i kommunen. Herunder behovet for omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Vi har imidlertid en driftsavtale med et midlertidig botilbud i regi av en ideell organisasjon som gir et svært godt omsorgstilbud til eldre med rusrelaterte problemer. Dette tilbudet fungerer i realiteten som en permanent bolig. Beboerne har bodd der lenge og ønsker ikke å flytte. Det diskuteres nå hvorvidt disse beboerne bør få leiekontrakt. (Storbykommune)

Vi ser behov for etablering av omsorgsboliger for eldre med rusavhengighet og funksjonssvikt. Med eldre menes her fra 55 år og oppover. De passer ikke inn i eksisterende sykehjem men har samtidig behov for døgnbemannet omsorgsbolig. (Stor kommune på Østlandet)

5.4.3 Forebygging og tidlig innsats, særlig overfor ungdom

I forlengelsen av det vi allerede har sett av at mange ønsker å styrke det forebyggende arbeidet, er det mange kommuner der man ser et behov for å jobbe mer målrettet med ungdom i risikozonen. Hjelpetjenesten opplever at de ikke klarer å komme inn tidlig nok. Dette krever bedre samarbeid med politi, skole og barnevern.

Kommunen klarer ikke å være aktiv ute blant ungdom i faresonen. Det er behov for boveiledning i hjemmet, aktivitet/sysselsetting på dagtid og arbeid i forhold til nye nettverk for brukerne. Kommunen mangler også egnede boliger for brukergruppen. (Liten kommune på Østlandet)

Vi har mange personer i alderen 18-24 år som vi fanger opp for sent/ de er ikke motivert for endringsarbeid. Vi bør avdekke risikoutsatt ungdom i ungdomsskolealder. (Liten kommune på Østlandet)

Forebyggende arbeid og tidlig intervensjon. Holdningsendring blant de etablerte rusmisbrukerne til å ta mot behandling. Med at dette er en tokulturell kommune med andre kulturelle holdninger gir dette mange utfordringer. I og med at vi har et nærmest fraværende politi på plassen, blir stedet ut fra det som er blitt sagt, brukt som transittsted av illegale stoffer. Ofte er det store lager av illegale stoffer på plassen som blir videre distribuert til nærliggende plasser. I og med dette er det ofte meldinger om mindreårige som blir tilbudt illegale stoffer. (Liten kommune i Nord-Norge)

Fange opp unge rusmisbrukere. Unge i risiko - dropouts videregående. Skjult rusmisbruk (alkohol/medikamenter) blant foreldre (Liten kommune i Midt-Norge)

5.5 Spesialisthelsetjenesten og samhandlingsreformen

I de neste avsnittene har vi samlet en del sitater som ser på samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

5.5.1 Spesialisthelsetjenesten

Vi har sett tidligere at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten stort sett vurderes som godt i kommunene i utvalget. Ventetider, dyre behandlingsplasser, ansvarsforhold og samarbeid med spesialisthelsetjenesten er likevel forhold som trekkes fram når de fagansvarlige for de kommunale rustjenestene uttaler seg om utfordringer og udekkede behov i tjenesten. Sannsynligvis er det slik at dersom samarbeidet ikke fungerer, blir det et stort problem for den kommunale rustjenesten. Selve ansvarsfordelingen mellom første- og andrelinjetjenesten er en av utfordringene som beskrives:

Ansvarsforholdet mellom 1. og 2. linjetjenesten. Hvem skal ha ansvaret for mennesker med både rus og psykiske lidelser, her er det mye ansvarsfraskrivning. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten, elektroniske løsninger som tilfredsstillende mellom ulike etater og 2. linjetjenesten. (Liten kommune i Nord-Norge)

Få spesialisthelsetjenesten til å ta større ansvar for behandling. (Liten kommune på Østlandet)

Samhandling med spesialisthelsetjenesten innfor psykisk helsevern med ROP-pasientene. Her opplever vi i vår region fravær av hjelp på brukarar med samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse. I tillegg er kommuneøkonomien så dårlig at ein generell rammeauke som ikkje er øyremarka, lett vil forsvinne i mangfoldet av utfordringar kommunen står i. (Liten kommune på Vestlandet)

Pt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om LAR (Stor kommune på Østlandet)

Mangelfull samhandling med spesialisthelsetjenesten om de sykeste ROP-pasientene / alvorlig rusavhengige (Stor kommune på Østlandet)

Ventetid og tilgang på plasser trekkes også fram. Lang ventetid gjør at det blir en lang periode der kommunene må gi et omfattende tilbud til alvorlige syke rusmisbrukere.

Slik det er nå er det lang ventetid og kommunen betaler store summer for personer på oppbevaring i påvente av behandlingsplasser. Ettervern er også noe som bør prioriteres. Ser mange som faller tilbake pga. for lite ressurser til ettervern og at de ikke klarer det alene. (Lite kommune i Midt-Norge)

Det er utfordrende å tette opp godt nok i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten. Behandlingstiden har gått ned slik at det er behov for omsorgsinstitusjoner både før og etter behandling for flere enn tidligere. Den økonomiske situasjonen dekker ikke opp for dette. (Stor kommune på Østlandet)

Mangel på langtidsbehandlingsplasser og akutt plasser, kommunen får ikke henvist folk videre når behovet er der (Mellomstor kommune på Østlandet)

Ventetid på behandling i spesialisthelsetjenesten. (Mellomstor kommune i Midt-Norge)

5.5.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har ført til store endringer i hvilket ansvar kommunen skal ha i rusarbeidet, og en del respondenter trekker naturlig nok fram konsekvenser av reformen og uklare forventninger som noe av utfordringen i rustjenesten. Ansvar har økt, og oppgavene har blitt flere, men ressursene oppleves ikke å ha økt i samme takt.

Vi er ein vekstkommune, samhandlingsreformen innan rus og psykisk helsevern vil innebera auka ansvar for kommunen. (Mellomstor kommune på Vestlandet)

En utfordring er samhandlingsreformen, og å få tid og ressurser til å tilpasse det kommunale behandlingstilbudet til behovet. (Stor kommune i Midt-Norge)

Hva blir konsekvensene i forhold til samhandlingsreformen når rus og psykiatri skal innlemmes. (Mellomstor kommune på Østlandet)

Kapasitetutfordringer, samarbeid, samordning og ansvarsfordeling med spesialisthelsetjenesten jfr. nye forventninger. (Stor kommune på Vestlandet)

Mer ansvar til kommunene, men ikke øremerkede midler til dette arbeidet. Fører til at det ikke blir prioritert i kommunen, og at tjenesten ikke har midler til å utvide seg og utvikle seg ut i fra nye krav og føringer - blant annet i forhold til behandling og skadereduksjon. (Mellomstor kommune på Østlandet)

En viktig ting er usikkerheten som knytter seg til hva samhandlingsreformen vil bety for det kommunale rusarbeidet. At døgnbehandlingstilbudet reduseres og at det forventes at det meste skal foregå i kommunen. (Stor kommune på Østlandet)

Vi ser nærmere på finansiering av rusarbeidet og bortfallet av det øremerkede tilskuddet i neste kapittel.

5.6 Oppsummering

Av tilbudene til rusmiddelavhengige er det størst udekket behov for egnede boliger og døgnbemannede omsorgsboliger, fulgt av tilbud om arbeid og lavterskel aktivitetstilbud. Mange beskriver en økning av eldre og sykere rusmiddelavhengige som trenger døgnkontinuerlig omsorg. Særlig små kommuner ser ut til å ha problemer med å etablere et godt, tilrettelagt aktivitetstilbud. Samtidig rapporterer flere at forebyggende arbeid og tidlig intervensjon blir nedprioritert når det er trange tider, selv om man ser en økning i rusmisbruket blant unge en del steder. Mange opplever også at det er vanskelig å få politisk forståelse for at rusarbeidet må prioriteres.

6 Finansiering og rustilskudd

I kapittel 4 så vi at en del kommuner opplever at de økonomiske rammene begrenser rustjenesten og gjør at man ikke klarer å gi et tilstrekkelig godt tilbud. I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan kommunene vurderer ressurs situasjonen generelt, og spesielt hvordan de mener at rusarbeidet har utviklet seg etter at det øremerkede rustilskuddet ble lagt inn i den kommunale rammen, slik at det ikke lenger er mulig å søke om ekstra midler.

6.1 Økonomiske ressurser og utvikling av tjenestetilbudet

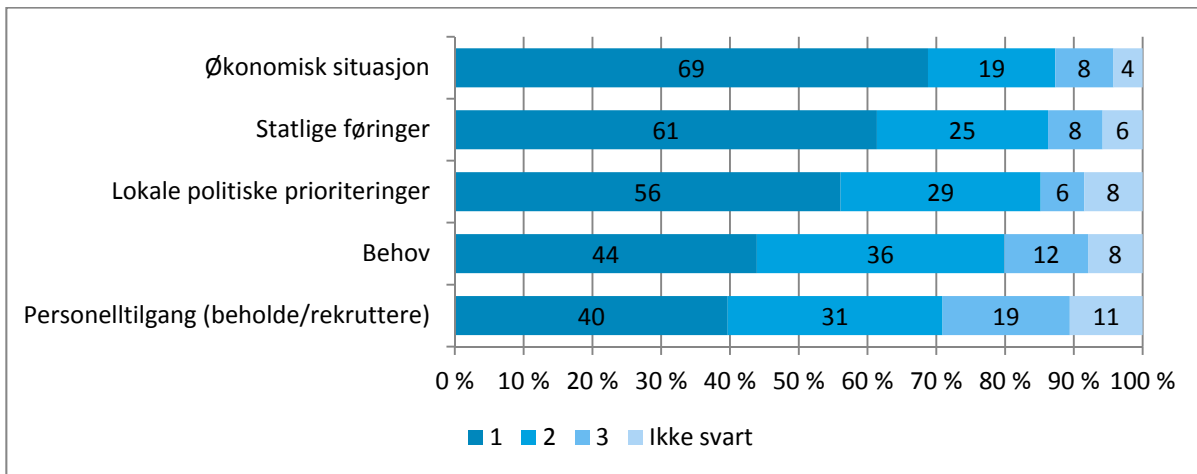
Flere spørsmål med forhåndsdefinerte svaralternativer kartlegger hvordan de rusansvarlige vurderer de økonomiske rammene for rusarbeidet. På spørsmål om i hvilken grad kommunen har tilstrekkelige økonomiske rammer til rusarbeidet svarer bare 18 prosent at de i svært stor eller ganske stor grad har tilstrekkelige økonomiske ressurser til rusarbeidet, mens ca. 60 prosent svarer at de i noen eller liten grad har tilstrekkelige ressurser. Det er altså bare omlag en av fem kommuner som vurderer at de økonomiske rammene stort sett er tilstrekkelige. Dette er i tråd med Rambøll (2011), som fant at mange informanter opplever at det er knappe ressurser på feltet, og at rustilskuddet har vært et viktig for å styrke tilbudet.

Tabell 6.1 I hvilken grad har kommunen tilstrekkelige økonomiske ressurser til rusarbeidet, antall og prosent

| | Antall | Prosent |
|--------------------|--------|---------|
| I svært stor grad | 2 | 1 |
| I ganske stor grad | 32 | 17 |
| Verken/eller | 37 | 20 |
| I noen grad | 54 | 29 |
| I liten grad | 56 | 30 |
| Ikke svart | 8 | 4 |
| Total | 189 | 100 |

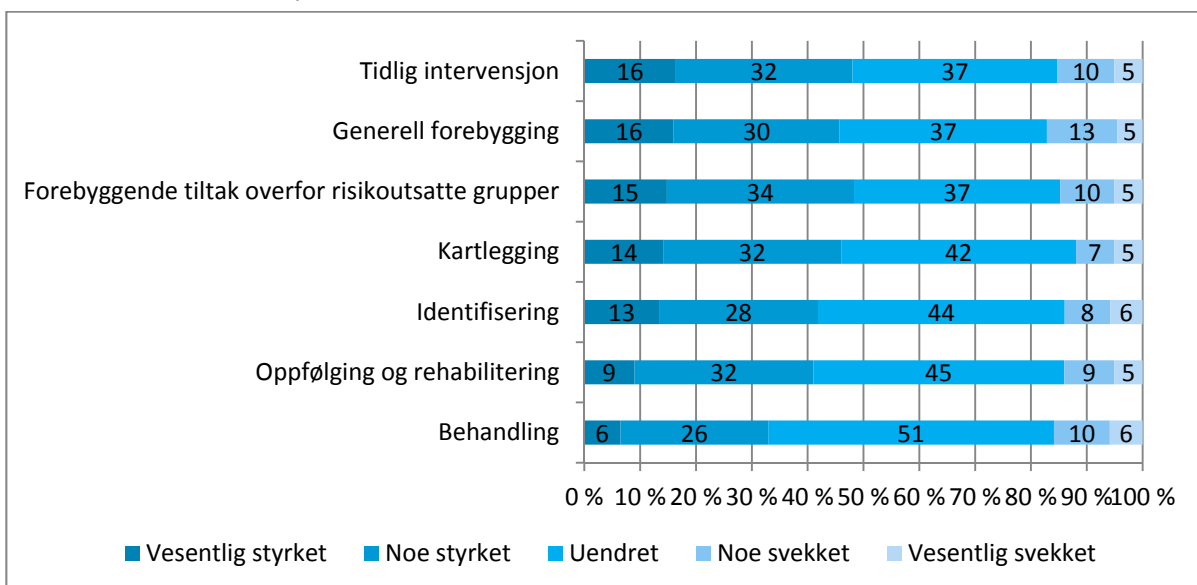
Dette gjenspeiler det vi så i forrige kapittel, der mange beskriver den økonomiske situasjonen og manglende prioritering som den største utfordringen i arbeidet.

Spørreskjemaet inneholdt også et spørsmål der de rusansvarlige ble bedt om å rangere ulike faktorer og i hvor stor grad de påvirker utviklingen av rusarbeidet i kommunen de neste fem årene. Figuren under viser svarfordelingen. Jo lavere verdi, jo høyere prioritering. Vi ser at omlag to av tre respondenter vurderer at den økonomiske situasjonen er den viktigste faktoren for utviklingen av rustilbudet, fulgt av statlige føringer og lokale politiske prioriteringer.



Figur 6.1 Hvilke faktorer tror du er viktigst når det gjelder utviklingen av rusarbeidet i din kommune de neste fem årene? Sett kryss for tallet som angir din rangering. 1 = viktigst (n=189)

Ser vi videre på hvordan kommune tror at tjenestetilbudet vil utvikle seg de neste årene, er et likevel bare et fåtall som tror at tilbudet vil svekkes. Stort sett er det i underkant av femten prosent som mener at de ulike tilbudene vil bli noe svekket eller vesentlig svekket de neste årene. Til sammenligning mener mellom 35 og 45 prosent at de ulike tilbudene vil bli vesentlig styrket eller noe styrket. Ca. halvparten mener at de ulike tilbudene vil holde seg på samme nivå som tidligere. Forebygging og tidlig intervensjon er blant de tiltakene som flest tror at vil bli styrket de kommende årene.



Figur 6.2 Hvordan tror du rusarbeidet i kommunen vil utvikle seg fra 2013 de neste fem årene?⁴

Oppsummert betyr dette at et klart flertall mener at de økonomiske rammene er for knappe, og at den økonomiske situasjonen er den viktigste enkeltfaktoren som styrer rustilbudet. Samtidig er det få som mener at rustilbudet vil bli alvorlig svekket de neste årene, og en del tror også at en del tilbud vil bli bedre. Hvorvidt dette skyldes forventninger om kommunale prioriteringer i egen kommune eller at man forventer økte overføringer fra sentrale myndigheter fordi dette er et politisk prioritert område, er vanskelig å si. Omtrent

⁴ Den fulle spørsmålsformuleringen var "Opptreppingsplanen for rusfeltet ble avsluttet i 2012. Ut fra foreliggende planer mm., hvordan tror du rusarbeidet i kommunen vil utvikle seg fra 2013 og de neste fem årene?"

halvparten av de rusansvarlige tror at tilbudet vil holde seg nokså uendret. I kommuner der dagens økonomiske rammer og eksisterende tilbud vurderes som utilstrekkelig vil det oppleves som frustrerende også om tilbudet opprettholdes på dagens nivå, uten ytterligere kutt.

6.2 Virkninger av innlemming av rustilskuddet

Statlig tilskudd til kommunalt rusarbeid ble fra 2013 lagt inn i rammeinntektene til kommunene, og en av hensiktene med prosjektet har vært å vurdere virkningen av denne omleggingen.

6.2.1 Hvor mange mottok tilskudd, og hva ble tilskuddet brukt til?

80 prosent av kommunene i utvalget vårt har mottatt tilskudd til rusmiddelarbeidet, og de fleste av dem har mottatt både 2012 og 2011. Av de som ikke har mottatt tilskudd, er de fleste små kommuner med relativt få innbyggere. Rambøll (2012b) gir nærmere detaljer om kjennetegn ved kommunene som mottok tilskudd.

Tabell 6.2 Har kommunen mottatt tilskudd til rusmiddelarbeidet, antall og prosent

| | Antall | Prosent |
|---------------------------|--------|---------|
| Nei | 14 | 7 |
| Ja, i 2011 | 5 | 3 |
| Ja, i 2012 | 20 | 11 |
| Ja, både i 2011 og i 2012 | 122 | 65 |
| Vet ikke | 25 | 13 |
| Ikke svart | 3 | 2 |
| Total | 189 | 100 |

Åpne svar som beskriver hva det ble søkt om støtte til viser stor variasjon, som igjen gjenspeiler mangfoldet av oppgaver og tiltak i rustjenesten. Mange steder ble midlene brukt til å opprette stillinger som ruskonsulent, ungdomskonsulent, LAR-konsulent, miljøarbeider, helsesøster, boveileder og andre prosjektstillinger. En del steder ble tilskuddet også brukt til å utarbeide ruspolitisk handlingsplan, noe som kan bidra til å forklare den høye andelen kommuner som har en oppdatert plan. Av tiltak som ble styrket nevnes blant annet kartlegging, forebygging, helsestasjon, lavterskeltak, LAR, tidlig intervensjon, boligsosialt arbeid, oppretting av døgnbemannet omsorgsbolig, etablere bedre samarbeidsrutiner, tannhelse, aktivitetstilbud, kompetanseøkning, oppsøkende virksomhet, arbeidstreningstilbud.

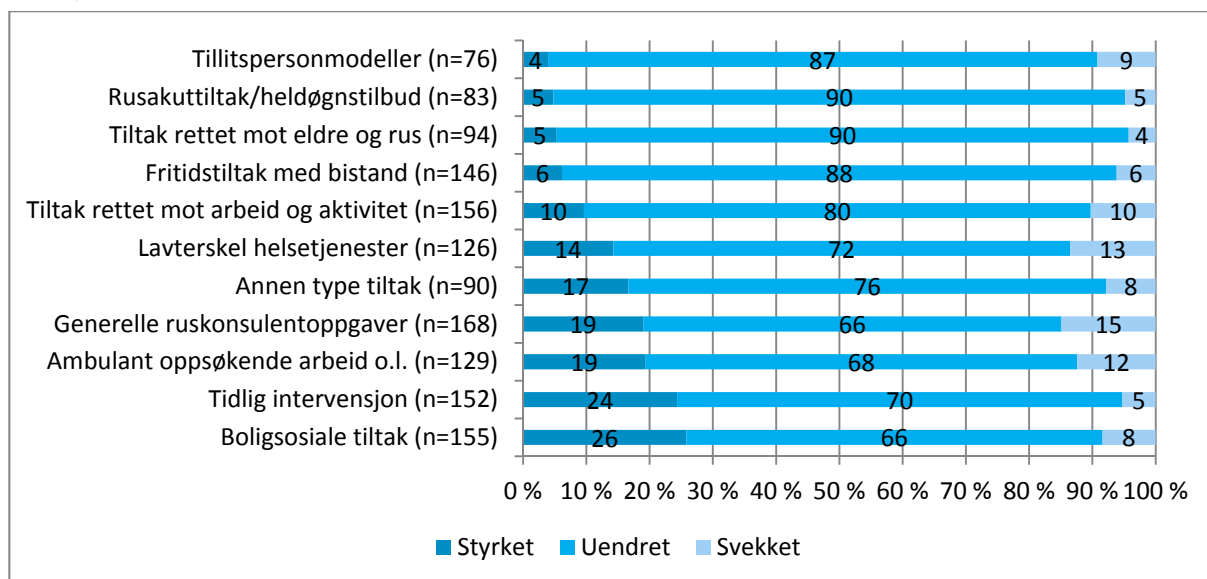
6.2.2 Endringer i økonomi og tilbud 2012-2013

Ser vi på endringer i de økonomiske rammene fra 2012 til 2013, rapporterer 43 prosent av at rammene er uendret. 19 prosent, eller omtrent en av fem rapporterer at rammene har blitt noe bedre eller mye bedre. Omtrent en av tre mener at rammene har blitt dårligere.

Tabell 6.3 Hvordan er de økonomiske rammene for rusarbeidet i 2013 sammenlignet med 2012? Antall og prosent

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Mye bedre | 4 | 2 |
| Noe bedre | 32 | 17 |
| Uendret | 82 | 43 |
| Noe dårligere | 51 | 27 |
| Mye dårligere | 14 | 7 |
| Ikke svart | 6 | 3 |
| Total | 189 | 100 |

Ser vi på endringene i tjenestetilbudet i 2012-2013 finner vi at de samsvarer ganske godt med det som rapporteres av endringer i de økonomiske rammene, men noe mer stabilt. Andelen som melder at de ulike tiltakene er uendret i perioden ligger på 77 prosent i gjennomsnitt. Merk at denne andelen er beregnet ut fra antall kommuner som rapporterer at de har tiltaket (utvalgsstørrelse for hvert tiltak står i parentes i figuren under).



Figur 6.3 Endringer i tjenestetilbudet, ulike tiltak, prosent

Av tiltakene som er styrket er det tidlig intervensjon og boligsosiale tiltak som kommer best ut. Rundt 25 prosent rapporterer at disse er styrket. Ser vi på svekking av tiltakene er det generelle ruskonsulentoppgaver som kommer dårligst ut (15 prosent), fulgt av lavterskel helsetjenester (13 prosent) og tiltak rettet mot arbeid og aktivitet (10 prosent).

På spørsmål om årsaken til at det har vært gjort endringer i tiltakene siden 2012 svarer 41 prosent at det skyldes ønske om å prioritere annerledes, 41 prosent svarer redusert budsjett, og 18 prosent svarer økt budsjett. Merk at utvalget her er begrenset til de som svarer at det har vært gjort endringer i tiltakene. Svarfordelingen er dermed ganske lik den vi så i tabell 6.2, over hvordan kommunene vurderer at de økonomiske rammene har endret seg.

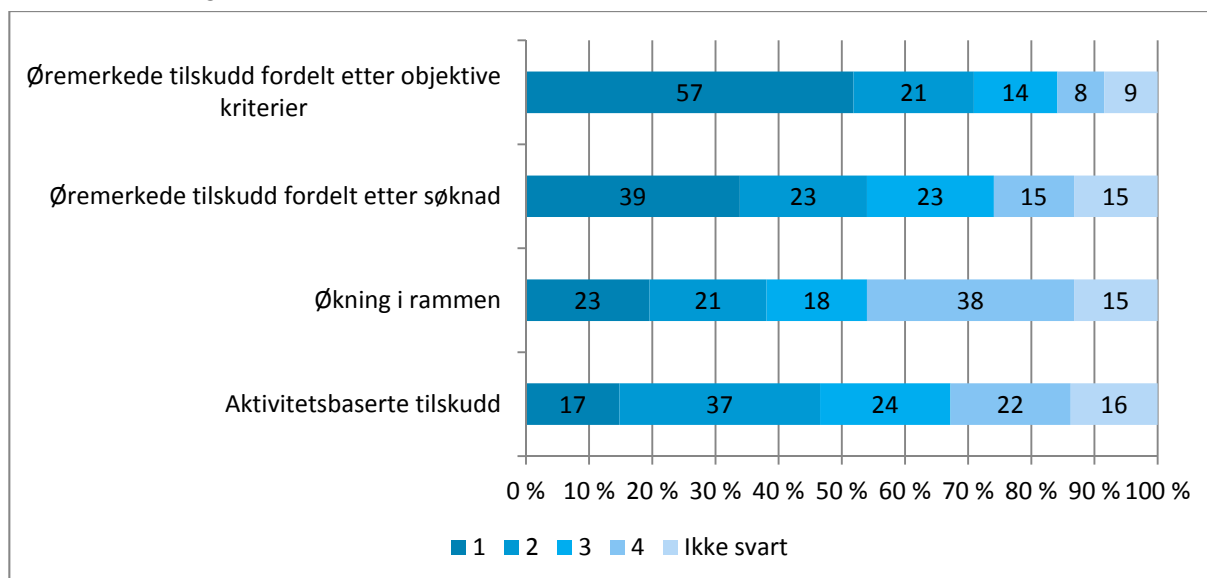
Tabell 6.4 Årsaken til at det har vært gjort endringer i tiltakene siden 2012, antall og prosent

| | Antall/prosent |
|----------------------------------|----------------|
| Ønske om å prioritere annerledes | 41 |
| Redusert budsjett | 41 |
| Økt budsjett | 18 |
| Totalt | 100 |

Det er vanskelig å vurdere hvor mye av disse endringene som skyldes at rustilskuddet ble lagt inn i rammefinansieringen til kommunene, men det er sannsynlig at det ihvertfall er en del av årsaken. Mange steder påpeker respondentene at prosjektstillinger har blitt borte, og tiltak lagt ned, som følge av at de ikke lenger mottar tilskudd. Gitt dårlig økonomi og ikke minst vanskeligheter med å få politikere til å prioritere rusfeltet, er det rimelig å tro at rustilskuddet har vært en god støtte mange steder. I neste avsnitt ser vi nærmere på hvilke erfaringer kommunene har med tilskuddsordningen.

6.2.3 Erfaringer med bruk av rustilskuddet

På spørsmål om hva slags medfinansiering som er best egnet for å nå målene i rusarbeidet, er det helt klart at øremerkede tilskudd er den foretrukne finansieringsmodellen. Vi ba representantene om å rangere ulike svaralternativer fra 1 til 4, der 1 er vurdert som det best alternativet.⁵ Figuren under viser fordelingen. Over halvparten av respondentene mener at øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier er den beste modellen. Verken økning i rammen uten øremerking eller tilskudd basert på aktivitet vurderes som særlig attraktive ordninger.


Figur 6.4 Ønsket form for statlig medfinansiering, prosent

⁵ Den fulle spørsmålsformuleringen var "Hvilken type statlig medfinansiering synes du er best egnet for å nå målene staten har satt for rusarbeidet i kommunene? Vi ber deg rangere de fire alternativene nedenfor. Sett kryss for tallet som angir din rangering. 1 = best egnet"

Vi ba også respondentene kommentere ordningen med rustilskudd. Den klart dominerende holdningen her er at det trengs øremerking for å opprettholde innsatsen på rusfeltet. I valget mellom sykehjem og omsorgsboliger for rusmiddelavhengige, er det sykehjem som vinner fram når lokalpolitikerne skal prioritere.

6.2.4 Øremerking og prioritering

Et klart flertall av kommunene mener at øremerking av midler til rusfeltet er veien å gå. Uten øremerking blir rusarbeidet nedprioritert og forsvinner i budsjettprosessene, eller blir redusert til kun lovpålagte oppgaver. Flere beskriver at tilskuddsordningen har gitt dem muligheter til å prøve ut arbeidsmåter, utvikle prosjekter og etablere tiltak som ellers ikke ville ha vært mulig. Flere sier at tilbudet har blitt redusert etter at tilskuddet ble lagt inn i rammen, og at prosjekter og prosjektstillinger ikke har blitt videreført.

Øremerkede midler fra staten er muligheten for å få til en utvikling.

Så lenge vi greier å finansiere er politikerne med, men vi når ikke fram i "konkurranse" med kulturhus og sjukeheim

Midlene til Rusfeltet må øremerkes - ellers når de aldri rusfeltet

Uten ordningen/tilskuddet hadde tjenestetilbudet i kommunen vært ytterligere redusert enn i dag.

Det bør øremerkes. Midler som ble gitt til kommunen i 2013 på rusfeltet, ca. 2 millioner, ble ikke brukt innenfor rusarbeid. Dette er frustrerende når behovet for styrking og utvikling er stort!

Prosjektstillinger knyttet til bemanningsressurs er ikke tatt inn i ordinær drift etter endt prosjektperiode.

I 2012 hadde vi flere tiltak i tilknytning til tilskudd til kommunalt rusarbeid. Da dette tilskuddet ble innlemmet i rammen til kommunen i 2013, falt alle tiltakene bort. Dette med bakgrunn i at tilskuddet ikke var øremerket. Det er ikke gått noe av tilskuddet til rusarbeid/rustjenesten. Dette har medført til reduksjon i Rustjenestens tjenestetilbud til rusavhengige.

Noen mener også at det at midlene ble lagt inn i rammeoverføringen gjorde at kommunen deres i praksis fikk tildelt færre midler enn tidligere. Datagrunnlaget gir dessverre ikke grunnlag for å si noe mer om eventuelle fordelingseffekter omleggingen fikk for kommunene, selv om flere altså trekker fram at fordelingsnøkkelen slo uheldig ut.

Det verste ved at øremerking falt bort var at den summen, som gikk inn i rammetilskuddet var lavere enn den som var øremerket.

Fordelingsnøkkelen for overføring i rammene ble veldig feil, da vi hadde jobbet godt med å få brukerne ut av sosialhjelpsstønad og over på andre ordninger. Tilskudd via prosjekter er en ustabil tjeneste, både for brukerne og ansatte, da vi aldri vet hva vi står igjen med etter endt prosjektperiode. Opptrappingen innen psykisk helse var mye bedre lagt opp.

6.2.5 Stimulerer kreativitet, gir byråkrati og uforutsigbarhet?

Utover enigheten om at midlene bør være øremerket, er det delte meninger om hvilken form tilskuddet bør ha. Noen respondenter framhever at selve muligheten til å søke om et statlig tilskudd stimulerer kreativitet og gir rom for nytenkning og å prøve ut ulike modeller og se hvordan de virker i praksis.

Når kommuner får anledning til å søke statlig tilskudd til rusfeltet stimuleres kreativiteten, og tjenestene får anledning til å prøve ut tiltak de mener kan ha effekt i forhold til behov de ser hos målgruppen og som de ellers ikke har rom til å prioritere selv innenfor egne rammer. Metodeutvikling og det ekstraordinære engasjementet som mange legger for dagen når de får anledning til å fordype seg i prosjekter, er viktige aspekter ved

tilskuddsordningsmodellen som ikke må underkjennes. Overføring til ramme og overgang til alminnelig drift tar noe momentum vekk fra fagutviklingen på rusfeltet. (Storbykommune)

Dette har vært en utrolig god ordening for kommunen. Vi har klart å få til en langsiktig styrking av vår rustjeneste i kommunen, og har gode erfaringer i bruk av midlene også til kompetanseheving. Vi ser at vi er på rett vei, men trenger enda mer støtte dersom vi skal komme videre selv om vi vet at vi har fått tildelt midler over flere år, men midlene gir oss mulighet til å prøve ut våre tanker og ikke minst få prøvd om det virker i praksis. (Mellomstor kommune på Vestlandet)

Andre framhever at søknadsprosessen og rapporteringen knyttet til tilskuddet har vært lite gunstig. Kortsiktighet og usikkerhet blir også nevnt som ulemper ved en ordening der man søker om tilskudd og får innvilget for ett år av gangen. Uforutsigbarhet gjør det blant annet vanskeligere å rekruttere kvalifisert personell, og selve søknadsprosessen gjør at det kan ta lang tid før prosjekter kommer i gang.

Det gikk mye tid/ressurser til søknad, venting, rapportering og det at personell ble rekruttert i engasjement ga store utfordringer og noe lite kontinuitet/mulighet for langtidsplanlegging. Ble mye turn over i prosjektstillingene.

Det tar alt for lang tid før en får svar på søknad. Når vi ikke får svar før nærmere sommerferie blir det utlysning, ansettelse og venting på oppsigelsestid før nyansatt, så det blir sent på året før en er i gang og at en får brukt minimalt av årets tildelte midler. Skulle vært en tidligere søknadsfrist, og ikke så lang saksbehandlingstid.

Flere mener at løsningen er at kommunene forplikter seg til å videreføre igangsatte tiltak og prosjekter, både for å opprettholde tilbudet, møte etablerte forventninger og klare å rekruttere kvalifisert personell.

Mi mening er at når ein kommune får tilskot til prosjekt og tiltak, MÅ kommunen forplikte seg til å halde fram med arbeidet når midlane ikkje lenger er øymerka. Slik det er no, i all fall i vår kommune, så vart det opparbeida eit godt tilbod, rutiner, samarbeid med andre osv.... Det blir opparbeida forventningar frå brukarar og samarbeidspartar som vi i dag ikkje klarer oppfylle.

Når tilskot blir løyvd er det veldig viktig at kommunen har ein form for garanti for vidareføring over nokre år, av omsyn kontinuitet og stabilitet i tenestetilbodet. Rekruttering av personell.

En ordening der man søker om tilskudd og rapporterer på tiltak medfører også en del ekstraarbeid for kommunene, og flere mener rapporteringskravene er vel omfattende.

Vi synes prosjekter er en dårlig måte å styrke rusarbeidet på, da det sjeldent fører til faste stillinger. I tillegg er det mye jobb med rapportering.

Veldig positivt med slike øymerka tilskudd. Kunne ønske at det fulgte litt mindre omfattende rapportering med slike prosjektmidler. Det tar for mykje av tida/ressursane til oss som jobbar i små kommunar/har "små prosjekt".

Svært bra at det er lagt inn i rammen til kommunene, slik at man slipper byråkratiske søknadsprosedyrer og rapporteringer til staten.

En løsning flere respondenter foreslår er innlemming i rammen, men fortsatt øremerking. Da slipper man søknadsprosess og ekstrareportering, prosessen blir mer forutsigbar og det blir lettere å jobbe langsiktig med å bygge opp gode rustjenester. Økt forutsigbarhet gjør det igjen lettere å rekruttere og beholde kvalifiserte medarbeidere. Ulempen er at incentivene til å tenke nytt og sette i gang prosjekter forsvinner når det ikke finnes ekstra midler å søke på.

Burde vært videreført med opptrapping som øremerkede midler

Burde vore øymerka tilskot til alle kommunar, ikkje etter søknad.

Bruker mye tid på rapportering og gjennom tilskuddene fikk vi utført mye. Tidsfaktorene er viktig - varer over flere år. Gir tid til etablering og prosesser og nødvendig kompetanse kan rekrutteres. Ordningen med øremerkede tilskudd ved søknad, slik ordningen er nå, krever for mye tid til byråkratisk arbeid. Eks søknad om å få overført ubrukte midler, rapporteringsformen. Ønskelig med øremerkede midler.

Jeg synes det er flott at ordningen med rustilskudd ble innlemmet i rammen til kommunene, men midlene skulle vært øremerket! Selve prosessen med søknad om tilskudd/ oppfølging/ rapportering/regnskapsføring/revisjon er svært krevende, og ofte lite forutsigbar. Innlemmingen av tilskuddet vil kunne føre til bedre langsiktig planlegging i forhold til bruken av midlene, og bedre oppfølging av tiltakene. Men dette fordrer som sagt at tilskuddet øremerkes.

6.3 Oppsummering

Et flertall av kommune vurderer de økonomiske rammene som knappe. Omlag en av fem kommuner vurderer at de økonomiske rammene stort sett er tilstrekkelige, mens to av tre rapporterer at de økonomiske ressursene i noen eller liten grad strekker til. Den økonomiske situasjonen blir også vurdert som den viktigste enkeltfaktoren som påvirker det kommunale rusarbeidet. På bakgrunn av dette er det rimelig å vente at innlemmingen av ordningen med rustilskudd til den kommunale rammefinansieringen har fått konsekvenser. 80 prosent av kommunene i utvalget vårt mottok statlig tilskudd til rusarbeid i 2011, 2012 eller begge årene. Midlene gikk blant annet til å opprette prosjektstillinger som ruskonsulent, biveileder, ungdomskonsulent, LAR-konsulent og miljøarbeider. Av tiltak som ble styrket nevnes blant annet kartlegging, forebygging, helsestasjon, lavterskeltiltak, LAR, tidlig intervensjon, boligsosialt arbeid, oppretting av døgnbemannet omsorgsbolig, etablere bedre samarbeidsrutiner, tannhelse, aktivitetstilbud, kompetanseøkning, oppsøkende virksomhet, arbeidstreningstilbud. Omlag en av fem rapporterer at de økonomiske rammene har blitt bedre, mens en av tre mener at de har blitt dårligere fra 2012 til 2013. Det faktiske tjenestetilbudet har også endret seg noe fra 2012 til 2013. Årsaken til endringene er dels ønske om å prioritere annerledes (41 prosent), redusert budsjett (41 prosent) og økt budsjett (18 prosent). Av ulike modeller for statlig medfinansiering for rusarbeidet er øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier klart høyest rangert, fulgt av tilskudd fordelt etter søknad. Ordningen med rustilskudd som ble avsluttet i 2012 beskrives overveiende positiv, selv om søknadsprosessen og rapporteringen knyttet til tilskuddet, samt uforutsigbarheten i ordningen ble vurdert som negativt. Noen mener også at det at man må søke om tilskudd fremmer initiativ og kreativitet, og slik sett også kan være en fordel. Det er nesten enstemmig enighet om at øremerking må til dersom rusfeltet skal prioriteres i de lokale budsjettprosessene.

Litteratur

- Aakerholt, Asmund og Sverre Nesvåg, 2012. *Forløp og kunnskapsoppsummering: tilgjengelig, kontinuitet og individualisering*. KORFOR.
- Amundsen, Ellen J, Ingeborg Lund, Anne Line Bretteville-Jensen, Astrid Skretting, Jostein Rise, og Sturla Nordlund, 2010. *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. SIRUS-rapport nr. 4/2010 Oslo: SIRUS.
- Babor, Thomas F., 2010. *Alcohol: No ordinary commodity: research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Borge, Lars-Erik. og Lilleschulstad, Grete, 2010. Growth and Design of earmarked grants: The Norwegian Experience. I Kim, J., Lotz, J., og Mau, N. (red), *General grants versus earmarked grants: Theory and practice*. The Korea institute of Public Finance and the Danish Ministry of Interior and Health.
- Fekjær, Hans Olav, 2009. *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjær, Svanaug, Anne Dåsvatn Homme og Ann Karin Tennås Holmen (2011). *Statliggjøringsprosesser i velferdstjenestene: Reformen å lære av. Erfaringer fra sykehusreformen, rusreformen og NAV-reformen*. IRIS og Uni Rokkansenteret
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2007. Opptrappingsplan for rusfeltet.
- Helsedepartementet, 2004. Rundskriv I-8/2004. Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven.
- Helsedirektoratet, 2004. IS-1362 Veileder.
- Kaspersen, Silje, Rune Slettebak og Solveig Osborg Ose, 2012. *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011*. SINTEF-rapport A8276.
- Lie, Terje og Sverre Nesvåg, 2007. *Evaluering av rusreformen*. Vol. 2006/277, Rapport IRIS.
Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV 2011-06-24 nr. 30)
Lov om omsetning av alkoholholdig drikk mv. (LOV-2011-12-09-50)
- Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 30 (2011-12) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol - narkotika - doping. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mjåland, Kristian, 2008. *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen*. Masteroppgave, Universitetet i Bergen, Institutt for sosiologi.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012. *Effekten av primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler hos barn og unge. Systematisk oversikt*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 7-2012.
- NOU 1996:1 *Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner*.
- NOU 1997: 8 *Om finansiering av kommunesektoren*.
- Næss, B. M., & Nesvåg, S. (2012). *Brukerplan – Kartlegging av rusproblematikken i 49 kommuner*. KORFOR-rapport (Vol. 06/2012): KORFOR – Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.
- Proba samfunnsanalyse, 2011. *Evaluering av MOT i ungdomsskolen. Sluttrapport*. nr. Rapport 2011-05.
Prop. S 1 (2007–2008). For budsjettåret 2008, del 8 "Opptrappingsplan for rusfeltet". Helse- og omsorgsdepartementet.
Prop. S 1 (2010–2011). For budsjettåret 2011, del 2: "Det økonomiske opplegget for kommunesektoren", Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
Prop. S 1 (2012-2013), For budsjettåret 2013, kap. 763 *Rustiltak*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rambøll, 2011. *Evaluering av tilskudd til kommunalt rusarbeid*. Sluttrapport. Helsedirektoratet.
- Rambøll, 2012a. *Evaluering av tilskudd til kommunalt rusarbeid*. Delrapport. Helsedirektoratet.
- Rambøll, 2012b. *Rapportering på kommunalt rusarbeid 2011*. Rapport. Helsedirektoratet.
- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2006-2008). Arbeids- og sosialdepartementet.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005). Sosialdepartementet.

Skretting, Astrid, Elisabeth Esbjerg Storvoll, Jostein Rise, Grethe Lauritzen, Mette Irmgard Snertingdal, Ellen J Amundsen, Øystein Skjælaaen, ståle Østhus, Elin K Bye, Ingeborg Rossow, Anne Line Bretteville-Jensen, Odd Hordvin, og Hilgunn Olsen, 2011. *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet*. A. Skretting. Vol. 3/2011, *SIRUS-rapport*.

Ådnanes, Marian, Silje Lill Kaspersen, Haldis Hjort og Solveig Osborg Ose, 2008. *Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige – Skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat*. SINTEF-rapport A4638.



Teknologi for et bedre samfunn
www.sintef.no