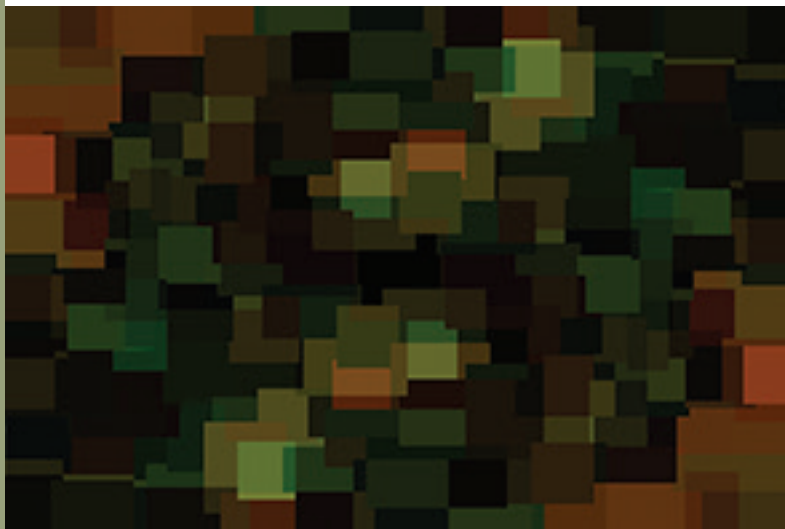


Inger Lise Skog Hansen, Maja Tofteng,
Linn Sørensen Holst, Vegard Salte Flatval
og Ketil Bråthen

Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet

Andre statusrapport



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

Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet

Andre statusrapport

Fafo-rapport 2018:44

© Fafo 2018
ISBN 978-82-324-0484-1
ISSN 2387-6859

Omslagsbilde: Colourbox.com

Innhold

Forord	5
Sammendrag	7
Summary	11
1 Innledning	15
Om Opptappingsplanen for rusfeltet	16
Problemstillinger	17
Gangen i rapporten.....	18
2 Evalueringstilnærming og metode	19
Intervensjonslogikk	20
Indikatorsettet	21
Datakilder	23
Casestudier	25
Erfaringssamlinger.....	27
Organisasjonsstudie	28
3 Casestudier	29
Casebeskrivelser	29
Fjell kommune	31
Kristiansund kommune	32
Vadsø kommune	33
Østre Toten kommune.....	35
Bydel Gamle Oslo, Oslo kommune.....	36
4 Overordnet innsats	40
5 Samfunnseffekter	48
6 Bruker- og pårørende- medvirkning i tjenesteapparatet	54
Brukermedvirkning på systemnivå	57
Brukerorienterte tjenester.....	60
Planer og ansvarsgrupper	62
Pårørendeperspektiv	65
7 Tidlig innsats	68
Tidlig intervensjon i kommunene	69
8 Et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat	74
Styrket innsats innenfor kommunalt rus- og psykisk helsearbeid.....	77
Tjenestenes tilgjengelighet	83
Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste	88
Hva er behandling?	91
9 En aktiv og meningsfylt tilværelse	93
Bolig og booppfølging	95
Innhold i livet	100

10 Alternative strafferettslige reaksjoner og bedret rusbehandling i fengslene....	105
Rusmestringsenheter og stifinnerenheter	106
Soning i behandlingsinstitusjon.....	106
Narkotikaprogram med domstolskontroll.....	107
Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging.....	109
11 Arbeidet med planen	110
Helsedirektoratet og ansvaret for å koordinere innsatsen	111
Direktoratenes arbeid.....	114
Den regionale innsatsen	117
Vurdering av den regionale innsatsen.....	120
Oppsummering	121
12 Går utviklingen i riktig retning	122
Et sammensatt bilde.....	122
Betydningen av opptrappingsplanen	127
Evalueringsprosessen videre.....	129
Litteratur	130

Forord

Dette er andre statusrapport fra følgeevalueringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet. Den første statusrapporten ble presentert i april 2018.

Evalueringen av opptrappingsplanen ledes av Fafo og gjennomføres i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos. Samfunnsøkonomisk analyse har hatt hovedansvaret for å utvikle indikatorene som vi følger gjennom evalueringen, og det årlige ansvaret for å oppdatere disse. Dette arbeidet gjennomføres av Maja Tofteng og Vegard Salte Flatval. Ipsos deltar i den kvalitative delen av evalueringen og har i forbindelse med årets arbeid gjennomført casestudier i tre kommuner og hatt hovedansvaret for å gjennomgå aktivitetsplanene og rapporteringene fra fylkesmannsembetene på området rus. Fra Ipsos er Linn Sørensen Holst medforfatter på denne rapporten, men også Daniel Hernes og Sara Thorvik Andersson har deltatt i datainnsamlingen. Takk til Daniel og Sara for deres bidrag til rapporten. Fra Fafo utgjør Inger Lise Skog Hansen og Ketil Bråthen prosjektteamet. Ketil Bråthen har gjennomført et av kommunecasene og deltatt i organisasjonsstudien. Hansen har gjennomført casestudier i to kommuner, hatt hovedansvaret for å gjennomføre erfaringssamlingene og organisasjonsstudien, og er hovedforfatter for denne rapporten.

Det har vært en omfattende aktivitet med gjennomføring av casestudier i seks kommuner og to erfaringssamlinger. Vi vil takke alle som har stilt opp til intervju, og alle som har deltatt aktivt på de to erfaringssamlingene og delt sine erfaringer og perspektiver med oss. Dette har vært svært verdifullt for arbeidet med evalueringen. Vi vil også rette en takk til BrukerROP i Helsedirektoratet for at vi fikk presentere foreløpige resultater fra evalueringen for dem og fikk en rekke nyttige kommentarer og refleksjoner.

Indikatorsettet som er utarbeidet for å følge utviklingen på opptrappingsplanens målområder baserer seg på data fra ulike kilder. Oppdateringene i de årlige statusrapportene er data fra året før, i dette tilfellet 2017. De ulike dataene, som BrukerPlan og IS 24/8 (se beskrivelse av datakildene i kapittel 2) offentliggjøres på ulike tidspunkter. Eksempelvis ble dataene for rusmiddelutløste dødsfall i 2017 først offentliggjort fra Folkehelseinstituttet under ferdigstillingen av denne rapporten i desember 2018. IS 24/8 data for 2018 vil bli offentliggjort omtrent samtidig med denne rapporten, men disse dataene er ikke inkludert her.

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

Takk til Tone Fløtten ved Fafo som har lest og kommentert utkast til rapporten og kommet med konstruktive og nyttige kommentarer.

Desember, 2018

Inger Lise Skog Hansen (prosjektleder)

Sammendrag

Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) ble lagt fram for Stortinget i november 2015 (Prop.15 S (2015-2016) og vedtatt i april 2016. Fafo gjennomfører, i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos, en følgeevaluering av opptappingsplanen. Evalueringen av opptappingsplanen er både en resultatevaluering og en prosessevaluering. Det er to overordnede problemstillinger for evalueringsoppdraget:

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

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

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

Opptappingsplanen for rusfeltet er en tverrdepartemental plan og en tverrsektoriell satsing. Helsedirektoratet har et sentralt ansvar for implementering og koordinering av innsatsen, mens Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir), Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI), Utdanningsdirektoratet (Udir), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og Husbanken har selvstendig ansvar for å bidra til at målene i planen nås.

Opptappingsplanen har tre innsatsområder:

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

Det er utarbeidet fem hovedmål for opptappingsplanen:

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

I tillegg er det 77 punkter som regjeringen har definert at de vil gjennomføre i løpet av planperioden.

Grunnlaget for statusrapport 2

I den første statusrapporten (Hansen mfl. 2018) ble det presentert et indikatorsett utarbeidet for å kunne vurdere måloppnåelsen for opptrappingsplanen. Nullpunktet for majoriteten av indikatorene er 2016, men for noen av indikatorene er første tilgjengelige data fra 2017.

Denne andre statusrapporten gir en måling på indikatorsettet to år etter at opptrappingsplanen ble iverksatt. Der data er tilgjengelig, er indikatorene oppdatert med nye data. I det oppdaterte indikatorsettet angis verdi i 2016 og 2017 samt endringen i indikatoren mellom de to årene. Videre har vi gitt endringskolonnen farger etter hvorvidt indikatorene endrer seg i tråd med målene eller ikke.

For å få bedre inntrykk av utviklingen på rusfeltet og forståelse av eventuelle bevegelse på de målbare størrelsene (indikatorsettet), er det gjennomført casestudier i seks kommuner: Sandnes, Fjell, Kristiansund, Østre Toten, Vadsø og bydel Gamle Oslo i Oslo kommune. Det er arrangert to erfaringssamlinger i 2018. Hensikten med disse samlingene var å få flere vurderinger og refleksjoner fra kommuner og andre aktører om utviklingen på rusfeltet sett i lys av opptrappingsplanen. Den ene erfaringssamlingen var i Rogaland, og deltakerne var en kompetansegruppe for rus- og psykisk helsearbeid som drives i samarbeid mellom Kompetansesenter Rus (KoRus) region vest Stavanger og Fylkesmannen i Rogaland. I denne gruppen er flere kommuner representert, spesialisthelsetjeneste, brukerorganisasjoner og andre kompetansesmiljøer. Den andre erfaringssamlingen ble avholdt i forbindelse med russamlingen for kommunene i Østfold, arrangert av Fylkesmannen i Østfold og KoRus Øst.

Som grunnlag for denne statusrapporten er det også gjennomført et gruppeintervju med representanter på leder- og rådgivernivå i Helsedirektoratet med ansvar for oppfølging av opptrappingsplanen. Det er gjennomført et fokusgruppeintervju med den tverrdirektorale gruppen som er etablert for å sikre samordnet og koordinert innsats fra alle de involverte direktoratene i opptrappingsplanen. Vi har gjennomgått direktoratenes samlede rapportering på alle tiltakene i Opptrappingsplanen for rusfeltet, samt rapporteringene fra fylkesmannsembetene for 2017 og aktivitetsplanene for 2018.

Resultater

Indikatorsettet er presentert i syv ulike tabeller, én med indikatorer for overordnet innsats, én for samfunnseffekter og én for hver av de fem hovedmålene. Om vi samler hele indikatorsettet, vil man se at det ikke er mulig nå å gi et entydig svar på i hvilken retning utviklingen på målene i opptrappingsplanen går fra 2016 til 2017. Bildet er svært sammensatt.

En opptrapping av innsatsen, men langt til målet om 2,4 milliarder

Denne andre statusrapporten viser at det skjer en opptrapping av innsatsen på rusfeltet. Samlet økning til oppfølging av opptrappingsplanen var 541 millioner kroner i 2016 og 438 millioner kroner i 2017 (begge salderte 2016-kroner). Økningen kommer i tillegg til det som allerede skjer på feltet, og kommer både i form av en økning i rammeoverføringer til kommunene og gjennom øremerkede økninger i tilskuddsordninger og andre spesifikke tiltak.

Hvorvidt takten i opptrappingen er tilstrekkelig for å nå regjeringens mål om å øke de samlede bevilgningene til rusfeltet med 2,4 milliarder kroner i perioden 2016–2020, er usikkert. Med utgangspunkt i veksten i bevilgninger til oppfølging av opptrappingsplanen så langt, estimat på den samlede bevilgningen i 2018 og forslag til

bevilgning til oppfølging av opptrappingsplanen i 2019 (jf. sittende regjerings budsjettforslag for 2019), finner vi at det er behov for bevilgninger tilsvarende om lag 600–700 millioner kroner i 2020 for å nå målet (avhengig av prisjusteringer i løpet av perioden).

Flere årsverk og økt kompetanse i kommunene

Økningen i ressurser til rusfeltet ser også ut til å føre til flere årsverk i tjenestene i kommunene. Det rapporteres om en betydelig økning i antall ansatte i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid. Fra 2016–2018 har det vært en økning som tilsvarer om lag 2000 årsverk i perioden. Økningen i antall årsverk skjer parallelt med en styrking av kompetansen. Kommunene ansetter flere med lang og spesialisert utdanning.

Innsatsen i spesialisthelsetjenesten flater ut

Det har vært en betydelig styrking av innsatsen i kommunene i denne perioden, men det er ikke samme positive utvikling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det har kun vært en marginal økning i de samlede kostnadene til TSB i perioden 2016–2017. Den gylne regel er ikke fulgt opp i 2017. Den gylne regel tilsier at veksten innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn veksten til somatikk, altså en prioritering av disse områdene i spesialisthelsetjenesten. Dette var tilfelle for TSB i 2016, men ikke i 2017.

Noen områder med behov for økt oppmerksomhet

På bakgrunn av gjennomgangen av utviklingen på de fem hovedområdene i opptrappingsplanen basert både på indikatorsettet og casestudiene, peker vi avslutningsvis på noen områder med behov for særlig oppmerksomhet framover:

- Mer systematisk bruker- og pårørendeinvolvering.
- Økt oppmerksomhet om rus i ordinære tjenester for tidlig identifisering og oppfølging av brukere som ikke oppsøker spesifikke rus- og psykiske helsetjenester.
- Metoder for å nå unge tidlig i rusforløp.
- Styrking av kompetanse på eldre og alkoholbruk, eksempelvis i hjemmetjenesten.
- Bedre tilgjengelighet til tjenester med lav terskel for kontakt og tilgang til hjelp og behov for større tilgjengelighet til tjenester utover ordinær arbeidstid.
- Utfordringer med å gi et kvalitativt godt tjenestetilbud til brukere med rusproblemer og psykiske lidelser (ROP).
- Bedre samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.
- Selv om boligsituasjonen er blitt bedre, erfarer kommunene at det fortsatt er utfordringer med tilgang til egnede boliger.
- Det er fortsatt stort behov for innsats for å bidra til at flere personer med rusproblemer kommer i arbeid, har meningsfylt aktivitet og et tilfredsstillende sosialt nettverk.

Økte ambisjoner i kommunene, men stor variasjon

I rapporten har vi vist at det er oppmerksomhet om rusfeltet i alle casekommunene. Vi har også gjennom denne statusrapporten vist at ambisjonene på rusfeltet i kommunene ser ut til å ha økt. Det er mye pågående utviklingsarbeid. Dette gjenspeiler seg også i erfaringssamlingene. Samtidig viser denne studien at det er stor kommunal

variasjon på rusfeltet. Noen kommuner har et bredt spekter av ulike tilbud og tjenester, andre har mye færre og erfarer at de mangler tjenester til enkelte grupper. Noen kommuner har lenge hatt FACT-team og flere ambulante team i oppfølgingen av målgruppen, andre kommuner har ikke det. Noen har kommet langt i implementering av recovery-tenkning, andre er i starten av å utvikle denne typen perspektiver i tjenestene. Noen har aktive brukerorganisasjoner og sterk brukerinvolvering på systemnivå, andre har ikke dette. Det er fortsatt behov for å utvikle tjenestene i kommunene, men utfordringsbildet i kommunene varierer.

De regionale aktørene har betydning

Denne statusmålingen viser at Opptrappingsplanen for rusfeltet har innvirkning på innsatsen i kommunene. Én ting er den reelle opptrappingen av ressurser til rusfeltet begrunnet med opptrappingsplanen, men også oppmerksomheten om opptrappingsplanen og ikke minst de regionale aktørenes (fylkesmann og regionale kompetansesenter) innsats for å bidra til en utvikling i kommunene i tråd med målene i opptrappingsplanen har betydning. Casestudien viser at kommunene i stor grad tilstreber å utvikle tjenestene i kommunen i tråd med målene i opptrappingsplanen. Hvorvidt det er oppmerksomhet om opptrappingsplanen i kommunene, varierer, men målbildet er kjent og samsvarer med generelle trender og føringer på rusfeltet. Flere kommuner tilstreber implementering av nye metoder og modeller, og bidraget fra fylkesmann og kompetansesenter for å bidra til kunnskapsbasert utvikling verdsettes. Det er verdt å merke seg at BrukerPlan-kartleggingene er blitt svært viktige for utviklingsarbeid i kommunene, og her er både KoRus-ene og fylkesmannsembetene viktige støttespillere i arbeidet.

Mer proaktiv fase i direktoratene

Helsedirektoratet som koordinator for direktoratenes oppfølging av opptrappingsplanen ser ut til å være inne i en ny fase, med sterkere vektlegging av å tydeliggjøre hvor det er behov for sterkere innsats for å øke måloppnåelsen i planen, ikke bare rapportere på status på enkelttiltak. Dette kommer også til uttrykk i en felles rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet fra de involverte direktoratene. Det er fortsatt lite oppmerksomhet om oppfølging av arbeidet fra departementene som står bak den tverrdepartementale planen. Direktoratene har ikke fått tydeligere styrings signaler i tildelingsbrevene for 2018, og arbeidet med planen er fortsatt i liten grad forankret på ledernivå i de involverte direktoratene.

Samtidig er det en rekke pågående prosesser på rusfeltet som må antas å ha stor betydning for måloppnåelsen i opptrappingsplanen. Dette gjelder ikke minst innføringen av pakkeforløpene fra januar 2019 og det pågående Kompetanseløftet 2020, som også inkluderer psykisk helse og rusfeltet. Rusfeltet er høyt på den offentlige agendaen, og utfordringen for de involverte i oppfølgingen av opptrappingsplanen er å klare å etablere den som en paraply for all denne aktiviteten.

Summary

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

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

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

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

The escalation plan for the field of drugs and addiction is an inter-ministerial plan and a cross-sectoral programme. The Directorate of Health has the main responsibility for implementation and coordination of the programme, while the Directorate of Labour and Welfare (AVdir), the Directorate of Norwegian Correctional Services (KDI), the Directorate of Education (Udir), the Directorate of Children, Youth and Family Affairs (Bufdir) and the Norwegian State Housing Bank all have independent responsibility for helping achieve the goals laid down in the plan.

The escalation plan focuses on three areas:

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

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

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

In addition, the government has defined 77 specific points that they will implement during the planning period.

The basis for status report no. 2

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

This second status report provides measurements for this set of indicators two years after the escalation plan came into effect. The indicators have been updated wherever data were available. For the updated set of indicators, values are provided for 2016 and 2017, as well as the change in the indicator over these two years. Furthermore, we have coloured the change column to show whether the indicators change in line with the goals or not.

To obtain a better impression of the trends in the field of drugs and addiction and an impression of any changes in the measurable magnitudes (the set of indicators) we have undertaken case studies in six municipalities: Sandnes, Fjell, Kristiansund, Østre Toten, Vadsø and the Gamle Oslo district in the City of Oslo. Two gatherings of municipalities and other involved parties were held in 2018. The objective of these gatherings was to collect assessments and reflections from representatives from municipalities and other agencies regarding the prevailing trends in the field of drugs and addiction, in light of the escalation plan.

In preparation for this report we have also undertaken a group interview with representatives at the manager and advisor level in the Directorate of Health, whose responsibilities include follow-up of the escalation plan. A focus-group interview has been undertaken with the inter-directorate group established to ensure consistent and coordinated efforts from all directorates involved in the escalation plan. We have reviewed the directorate's joint reports for all measures encompassed by the escalation plan, as well as the reports from the county governors' offices for 2017 and activity plans for 2018.

Results

The set of indicators is presented in seven different tables: one with indicators for general performance, one for societal effects and one for each of the five main objectives. When looking at the totality of the indicators, it is evidently not possible to give an unequivocal answer regarding the tendency in the achievement of the objectives for the escalation plan from 2016 to 2017. The picture is highly complex.

Efforts have been stepped up, but still a long way to the goal of NOK 2.4 billion

This second status report shows that efforts are being stepped up in the field of drugs and addiction. The total increase in funds granted to follow-up of the escalation plan amounted to NOK 541 million in 2016 and NOK 438 million in 2017 (both in NOK value as of 2016). This increase is additional to what is already happening in this field, and comes in the form of increased framework funding for the municipalities as well as earmarked increases in grant schemes and other specific measures.

Whether the pace of the escalation is sufficient to reach the government's goal of increasing the total allocations to the field of drugs and addiction by NOK 2.4 billion

over the 2016–2020 period is uncertain. Looking at the growth in allocations for follow-up of the escalation plan so far (cf. the incumbent government’s budget proposal for 2019), we find a need for grants of approximately NOK 600–700 million in 2020 to reach the goal (depending on price adjustments during the period).

More man-years and better competencies in the municipalities

The increase in resources for the field of drugs and addiction also appears to entail more man-years in the municipalities. A considerable growth in the number of employees is reported in the municipal services for mental health and addiction. From 2016 to 2018, there has been an increase corresponding to approximately 2000 man-years over this period. The increase in man-years goes in tandem with an upgrade of competence levels; the municipalities are hiring more personnel with long and specialised training.

Efforts in the specialist health services level off

The considerable upscaling of the efforts in the municipalities during this period is not paralleled in terms of inter-disciplinary specialised addiction therapy (TSB). Only a marginal increase in the total cost of TSB is observed for the period 2016–2017. ‘The golden rule’ has not been followed up in 2017. The golden rule indicates that the growth in mental health care and TSB should exceed the growth in somatic health care, i.e. that these areas should be prioritised by the specialist health services. This was the case for TSB in 2016, but not in 2017.

Some areas need increased attention

Based on the review of developments regarding the five main areas in the escalation plan with a view to the set of indicators as well as the case studies, we finally point to certain areas that will need special attention in the time to come:

- More systematic involvement of users and their next of kin.
- Increased attention to addiction problems in the regular services to enable early identification and follow-up of users who do not seek out specific services for mental health and addiction problems.
- Methods that can reach young people at an early stage of a substance abuse problem.
- Upgrade of competencies with regard to elderly people and alcohol use, for example in the home-based services.
- Better accessibility to services with a low threshold for contact and access to help, and better accessibility to services outside regular working hours.
- Problems in providing high-quality services to users with combined addiction and mental health problems.
- Better cooperation between the municipalities and the specialist health services.
- Although the housing situation has improved, the municipalities still experience challenges in access to suitable housing.
- A continuing need for efforts to help more persons with addiction problems find work, engage in meaningful activities and establish a satisfactory social network.

Increased local level of ambition, but major variations

In the report, we have shown that all the case municipalities devote attention to the field of drugs and addiction. Furthermore, we have shown that the level of ambition

in this area also appears to have been raised. Considerable development work is being undertaken. On the other hand, the study shows that there are large variations between different municipalities in the area of drugs and addiction. Some municipalities provide a wide range of options and services, whereas others have far fewer programmes and also find themselves devoid of options for certain groups. Some municipalities have well established FACT teams and a number of outreach teams that follow up the target group, other municipalities have no such initiatives. Some have gone a long way in implementing recovery-oriented programmes, while others are just starting to develop this type of perspective. Some have active users' organisations and involve users at the system level, whereas others do not. There is still a need to develop service provision in the municipalities, but there is variation in the range of challenges locally.

The regional actors have an impact

This status review shows that the escalation plan for the field of drugs and addiction has an effect on the efforts undertaken in the municipalities. The real escalation in resources devoted to the field of drugs and addiction is one aspect, but the attention which is paid to the escalation plan and not least the efforts undertaken by the regional actors (the county governors and the regional knowledge centres) to promote development in the municipalities in line with the goals in the escalation plan also have an impact. The case study shows that the municipalities are seeking to develop local service provision in line with the goals in the escalation plan. Varying degrees of attention are being paid to the escalation plan in the municipalities, but the goal structure is well known and corresponds with general trends and provisions for the field of drugs and addiction. A number of municipalities are seeking to implement new methods and models, and the contributions made by the county governors and knowledge centres are appreciated. It is worth noting that the BrukerPlan mapping studies have become crucial for the development efforts in the municipalities, and both the knowledge centres for drugs and addiction and the county governors' offices provide essential support to this work.

A more pro-active phase in the directorates

As the coordinator of the directorates' follow-up of the escalation plan, the Directorate of Health appears to have entered a new phase, with a stronger emphasis on highlighting places where there is a need for stronger efforts to improve the achievement of the goals in the plan, and not only on reporting the status for specific measures or initiatives. This is also reflected in a joint report to the Ministry of Health and Care Services from all the involved directorates. Little attention is still being paid to the follow-up of the work undertaken by the ministries that are engaged in the inter-ministerial plan. The letters of allocation for 2018 have provided the directorates with few governance signals, and the work on the plan is still not high on the agenda at the management level in the directorates involved.

In parallel, a number of ongoing processes in the field of drugs and addiction must be assumed to have a major impact on the achievement of the goals in the plan. This applies not least to the introduction of the standardised patient pathways in January 2019 and the Competency Plan 2020, which also includes mental health and addiction. The field of drugs and addiction is high on the government's agenda, and the challenge to those involved in the follow-up of the escalation plan is to succeed in establishing it as an umbrella for all these activities.

1 Innledning

Det er mye aktivitet på rusfeltet. Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)¹ foregår samtidig med at det lanseres nye initiativer og reformer. På tampen av 2017 vedtok Stortinget at samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av narkotika skal flyttes fra justissektoren til helsesektoren. I vår ble det oppnevnt et offentlig utvalg som skal utrede og komme med forslag til gjennomføring av denne reformen. Utvalget skal levere sin utredning i desember 2019. Før den tid skjer det flere andre ting som vil påvirke rusfeltet. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus er lansert og skal implementeres fra 1. januar 2019. De nye pakkeforløpene stiller krav til tjenestene, koordinering og oppfølging både i kommunene og i spesialisthelsetjenestene. Samtidig innføres betalingsfrist for kommunene for utskrivningsklare pasienter også innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Ordningen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har vært gjeldende for somatikk siden samhandlingsreformen ble innført i 2012, men er først nå gjeldende for rus og psykisk helse. Flere andre initiativer, retningslinjer og forslag kunne vært nevnt, men poenget er at det er grunnlag for å si at rusfeltet er et felt i utvikling. For folk flest er kanskje det å leve med rusavhengighet blitt litt mer kjent etter enda en TV 2-serie med «Petter uteligger» hvor vi nå kunne følge arbeidet med å etablere kafebaren =Kaffe i Oslo, hvor de fleste involverte har rusbakgrunn eller lever med aktiv rusbruk.

Dette er den andre statusrapporten for evalueringen av Opptappingsplanen for rusfeltet. Grunnlaget for evalueringen ble presentert i den første statusrapporten og nullpunktsmålingen (Hansen mfl. 2018). Som vi har påpekt i grunnlagsrapporten, er det svært vanskelig å kunne identifisere isolerte effekter av Opptappingsplanen for rusfeltet. Dette dreier seg om at Opptappingsplanen for rusfeltet i stor grad er en omfattende sammenstilling av en rekke ulike føringer og tiltak og vektlegging av allerede etablerte eller pågående tiltak, prosjekter og initiativer (se nærmere beskrivelse under). Det er få egne nye tiltak, bortsett fra en varsling av en opptapping av ressursene på rusfeltet, hovedsakelig gjennom økte rammeoverføringer til kommunene. Parallelt med dette kommer nye initiativer og prosesser som selvsagt virker inn på tjenestene og tilbudene i rusfeltet. Denne evalueringen er derfor ikke en stringent effektevaluering av Opptappingsplanen for rusfeltet, men en evaluering for å se i hvilken grad det skjer en positiv utvikling på de definerte målene i planen. I grunnlagsrapporten presenterte vi 94 indikatorer for å følge utviklingen innenfor hovedmålene i opptappingsplanen og nullpunktsmåling på disse. I tillegg presenterte vi første funn fra en organisasjonsstudie av arbeidet med opptappingsplanen.

¹ Prop.15 S (2015-2016)

Om Opptrappingsplanen for rusfeltet

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

- Tidlig innsats. Flere skal få hjelp før de utvikler rusproblemer.
- Behandling. Styrke kapasitet og kvalitet i behandlingstilbudet.
- Oppfølgingstjenester.² Prioritere bolig, arbeid og aktivitet.

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

Opptrappingsplanen for rusfeltet er en tverrdepartemental plan og en tverrsektoriell satsing. Helsedirektoratet har et sentralt ansvar for implementering og koordinering av innsatsen, men Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir), Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI), Utdanningsdirektoratet (Udir), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og Husbanken har selvstendig ansvar for å bidra til at målene i planen nås. Et viktig mål med opptrappingsplanen er å bidra til «en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende» (Prop 15 S Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020:6).

Det er utarbeidet fem hovedmål for opptrappingsplanen:

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

I tillegg er det definert 77 konkrete punkter som regjeringen har definert at de vil gjennomføre i løpet av planperioden (heretter kalt «regjeringen vil»-punkter). De 77 «regjeringen vil»-punktene har svært ulik form. Et eksempel er under området brukerinnflytelse, hvor regjeringen vil «styrke brukermedvirkning på systemnivå ved økt bruk av personer med erfaringskompetanse og systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner», eller under kompetanse hvor man skal «iverksette og gjennomføre et nytt kompetanseløft for kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor kompetansetiltak rettet mot rus og psykisk helse inngår». Under tidlig innsats er et annet punkt å «videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten» samt «vekt-

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

legge fysisk aktivitet i det forebyggende arbeidet». Et konkret eksempel under hovedmål 5 er å «utvide og gjøre Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) permanent». Noen av «regjeringen vil»-punktene er direkte tiltak som det er mulig å knytte konkrete kvantifiserbare mål til, mens andre har mer karakter av å være intensjoner om praksis på ulike områder eller initiativer til utredninger, vurdering av tilskuddsordninger og lignende. Et annet forhold som er viktig å ta i betraktning, er at svært mange av tiltakene og målformuleringene er knyttet til allerede iverksatte prosesser eller pågående satsinger. Flere av tiltakene er for eksempel del av andre strategier eller opptrappingsplaner fra regjeringen. I oppdragsbrevet til Helsedirektoratet (HOD 2016) vises det til 0–24-samarbeidet, Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse, strategi mot barnefattigdom og den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd.

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

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

Økonomi

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

Problemstillinger

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

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

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

Gangen i rapporten

I kapittel 2 presenterer vi evalueringstilnærmingen og utarbeidelsen av indikatorer for å følge utviklingen på de definerte målene i opptrappingsplanen. Her presenterer vi også opplegget for casestudien og andre aktiviteter som er gjennomført for å få data til å vurdere aktiviteten knyttet til opptrappingsplanen i denne statusrapporten. I kapittel 3 presenteres de seks casekommunene som er inkludert i evalueringssopplegget i 2018. I kapittel 4–10 presenterer vi resultatene på indikatorsettet fordelt på overordnet innsats, samfunnseffekter og de fem hovedmålene i planen. Kapittel 11 er en presentasjon av årets organisasjonsstudie, og i kapittel 12 gir vi noen overordnede vurderinger av utviklingen for å nå målene i opptrappingsplanen basert på dette årets status.

2 Evalueringstilnærming og metode

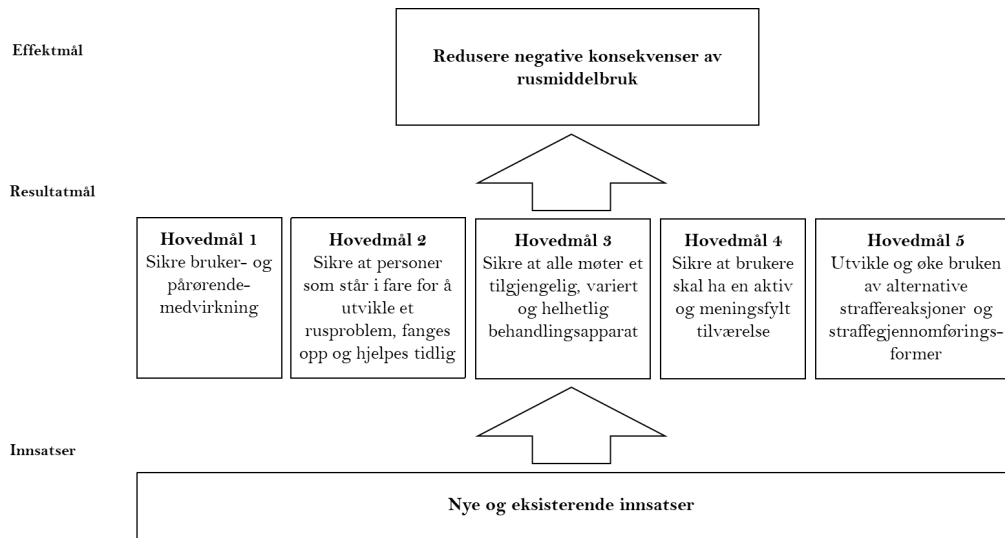
Evalueringen av opptrappingsplanen er designet som en følgeevaluering bestående av en resultatevaluering og en prosessevaluering (se nærmere beskrevet i statusrapport 1, Hansen mfl. 2018). Evalueringen har to overordnede problemstillinger:

- Har Opptrappingsplanen for rusfeltet ført til at personer som er i ferd med eller har utviklet rusmiddelproblemer, og deres pårørende, har fått et bedre tilbud?
- Er organiseringen av arbeidet og oppfølgingen av opptrappingsplanen med iverksatte tiltak hensiktsmessig for å nå opptrappingsplanens mål?

I evalueringen vurderes måloppnåelse for de fem hovedmålene hver for seg og samlet, jamfør figur 2.1. Positiv måloppnåelse for planen samlet sett har vi dersom vi ser en positiv utvikling i tråd med minimum ett av hovedmålene (med mindre noen av øvrige hovedmål forverres). De fem hovedmålene rommer også de tre innsatsområdene³. Evalueringen er prosjektteamets vurdering av de to problemstillingene. Evalueringen er basert på utvikling på målbare indikatorer, casestudier, dokumentstudier og en organisasjonsstudie.

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

Figur 2.1 Målhireraki



Intervensjonslogikk

Opptappingsplanen består av en rekke eksisterende innsatser, men også av ytterligere og forsterket innsats på noen områder. Innsatsen skal bidra til å utløse konkrete aktiviteter i tjenesteapparatet, som (ideelt sett) vil føre til en endring for brukerne og for samfunnet. Figur 2.2 illustrerer vår forståelse av hva myndighetene ønsker å oppnå med opptappingsplanen. Intervensjonslogikken⁴ er et praktisk redskap for å synliggjøre og konkretisere antakelsene om hvordan en offentlig intervensjon fungerer, det vil si hvilken endring planen skal føre til. Når det gjelder endringer, kan vi skille mellom endringer i form av resultater og effekter. Vi bruker begrepet resultater om umiddelbare endringer eller utfall som bedre tjenester (konkretisert som de fem hovedmålene), mens effekter brukes om samfunnsmessige og langsiktige endringer som vi legger til grunn at planen skal bidra til på lang sikt.

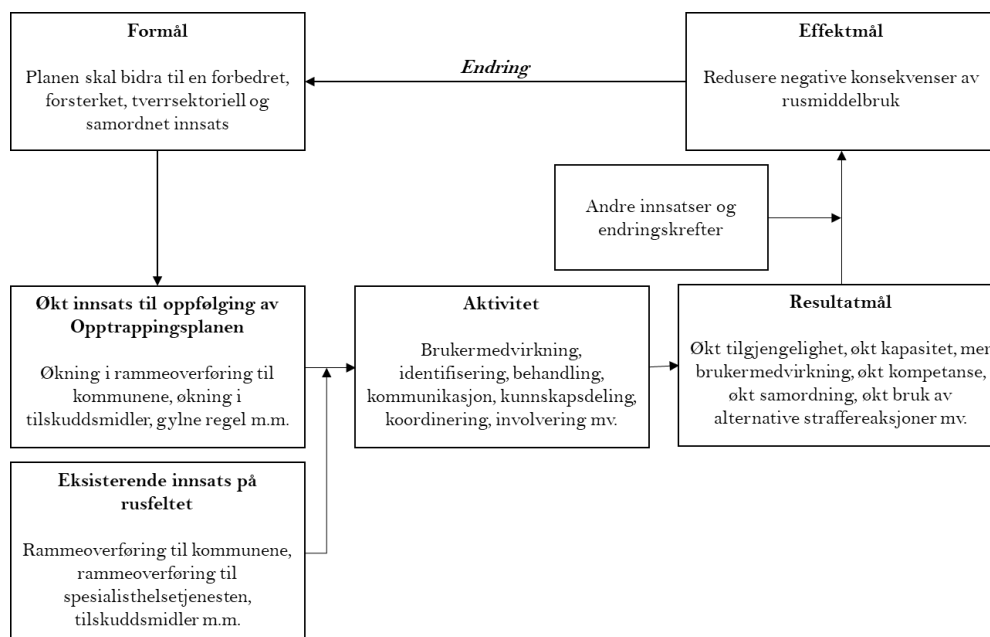
Det er viktig å presisere at begrepet effekter i denne sammenhengen viser til langsiktige resultater og måloppnåelsen i den overordnede ruspolitikken. Denne evalueringen er ikke en effektevaluering slik begrepet ofte brukes. Begrepet effektevaluering, også omtalt som «gullstandard» for evalueringer, dokumenterer effekter og kausalitet basert på økonomiske metoder som stiller store krav til data og bruk av en kontrollgruppe. Opptappingsplanen for rusfeltet er av en slik karakter at det er svært vanskelig å dokumentere og isolere effekter fra de ulike innsatsene i opptappingsplanen fra andre pågående satsinger og strategier innenfor helse- og omsorgsfeltet, samtidig som det ikke er mulig å etablere kontrollgruppe.

Første rapport i følgeevalueringen (Hansen mfl. 2018) anga intervensjonslogikker for hvert av de fem hovedmålene. Intervensjonslogikkene tydeliggjorde hvilke former for innsats og aktiviteter som er inkludert innenfor de ulike hovedmålene. Intervensjonslogikkene har også vært viktige verktøy for å identifisere relevante indikatorer

⁴ Intervensjonslogikken viser sammenhengen mellom innsats, aktiviteter, resultater og effekter. Andre begreper som brukes om denne sammenhengen, er resultatkjede og forandringsteori.

for hvert av hovedmålene i opptrappingsplanen. En annen fordel med å tydeliggjøre og avgrense de fem hovedmålene er å kunne vurdere måloppnåelse for de fem hovedmålene hver for seg. Det å skille de ulike hovedmålene fra hverandre gjør at vi kan evaluere dem hver for seg. Se første rapport for en nærmere beskrivelse av de fem hovedmålene.

Figur 2.2 Overordnet intervensjonslogikk for evalueringen



Kilde: Hansen mfl. (2018)

Indikatorsettet

Som grunnlag for vurdering av måloppnåelse for opptrappingsplanen har evalueringsteamet laget et indikatorsett. Indikatorsettet gir mulighet for å følge utvikling innenfor definerte målområder i opptrappingsplanen. I indikatorsettet skiller vi mellom innsatsindikatorer, aktivitetsindikatorer, resultatindikatorer og indikatorer for effektmål. Indikatorer for effektmål er de indikatorene som best belyser bevegelse i retning av reduserte skadevirkninger for samfunnet, mens resultatindikatorerne er de som best belyser bevegelse i retning av hovedmålene med opptrappingsplanen. Innsatsindikatorer og aktivitetsindikatorer er inkludert der det i liten grad finnes gode indikatorer på resultater og effekter, eller for å belyse innsatser og aktivitet som er særlig vektlagt i opptrappingsplanen (eksempelvis fordi de er en del av «regjeringens vil»-punktene i opptrappingsplanen).

Indikatorsett i syv deler:

Indikatorsettet består nå av 93 indikatorer som er delt inn i syv deler. Opprinnelig var det 94 indikatorer, men to av indikatorene relatert til hovedmål 5 er slått sammen på grunn av endringer i rapportering av data (se nærmere i kapittel 10). Det er indikatorer for å følge utviklingen for de fem hovedmålene, men det er også utviklet indikatorer for å følge utviklingen i den overordnede innsatsen som er iverksatt for å nå målene i opptrappingsplanen, samt for å følge utviklingen for det overordnede målet om å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet. Nullpunktet for evalueringen av opptrappingsplanen er 2016. Nullpunktet for majoriteten av indikatorene er følgelig 2016, men for noen av indikatorene er første tilgjengelige data fra 2017 og da er dette følgelig etablert som nullpunkt.

De syv delene indikatorsettet er delt inn i, er:

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

Omfattende, men ikke uttømmende

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





Denne rapporten gir et statusbilde for 2017 på indikatorsettet. Hver for seg og samlet gir indikatorene mye informasjon om norsk rusarbeid. I alt 60 av 93 indikatorer er oppdatert med nye data sammenlignet med første rapport (Hansen mfl. 2018). Oppdateringen gjør det mulig å undersøke bevegelse i retning av målet med opptrappingsplanen. For de resterende 33 indikatorene skyldes mangelen på data hovedsakelig at de er basert på data fra den Nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen som ble gjennomført første gang i 2017, eller basert på data fra spørsmål som ble inkludert i kartleggingen IS 24/8 om kommunalt rus- og psykisk helsearbeid første gang i 2017. For noen av indikatorene er det ikke offentliggjort nye målinger på rapporteringstidspunktet. Målinger på resterende indikatorer presenteres i neste delrapport (så fremt data foreligger).

I det oppdaterte indikatorsettet angis verdi i 2016 og 2017 samt endringen i indikatoren mellom de to årene. Videre har vi gitt endringskolonnen farger etter hvorvidt indikatorene endrer seg i tråd med målene eller ikke. Fargekodingen presenteres i figur 2.3. Grønn farge anslår bevegelse i ønsket retning, det vil si utvikling i tråd med hva man ønsker og forventer med opptrappingsplanen. Der indikatoren beveger seg i uønsket retning, har vi brukt fargen rød. For indikatorer som måles som prosent

(f.eks. andel kommuner som mener at de ivaretar voksne som pårørende på en god eller svært måte), gis de grønn eller rød dersom endringen er større enn 1 prosentpoeng. Indikatorer som måles som reelle tall (f.eks. antall årsverk eller kroner), kategoriseres som grønne eller røde ved endringer på mer enn 2,5 prosent. Indikatorer som ikke endrer seg mer enn dette, kategoriseres som gule og må tolkes som å ikke ha endret seg i vesentlig grad siden nullpunktet. Endringene er vist i skjema og også drøftet i tekst. Der måledata ikke er tilgjengelige, er endringskolonnen merket «N/A» og fargekodet i grått.

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

Figur 2.3 Fargekoding

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

Datakilder

I utviklingen av indikatorsettet ble en lang rekke statistikkbanker og spørreundersøkelser undersøkt. I valg av indikatorer har vi vært opptatt av å bruke de indikatorer som aller best tilfredsstillende kravene til målbarhet, relevans, objektivitet, reliabilitet og validitet:

- Målbarhet oppnås ved at dataene er kvantifiserbare og tilgjengelige, og ved at datainnhenting vil gjennomføres flere ganger i løpet av evalueringperioden.
- Relevans betyr at indikatorene måler de riktige tingene, det vil si det som er relevant for effektmål og hovedmål.
- Objektivitet oppnås ved at datainnhenting gir liten mulighet for manipulasjon eller strategisk tilpasning.
- Reliabilitet betyr at datainnhenting er pålitelig og vil gi det samme resultatet dersom den blir gjentatt flere ganger.
- Validitet angir datainnhentingens gyldighet, det vil si at dataene faktisk måler det de er ment å måle.

Fordi vi ønsker å følge utvikling over tid, er undersøkelser og studier som ikke oppdateres jevnlig, ikke inkludert (med unntak av studier av omfang av problematisk rusmiddelbruk). Det er sjelden mulig å finne en perfekt indikator. Det har vært en omfattende prosess med involvering av en rekke eksterne miljøer for å identifisere de indikatorene som er best egnet for å vurdere opptrappingsplanens måloppnåelse. I mange tilfeller har vi endt opp med indikatorer som treffer det vi ønsker å måle, relativt godt, men hvor datainnhenting er basert på datainnhentingsmetoder som ikke fullt ut tilfredsstillende kravene til reliabilitet og objektivitet. Resultatet av dette er at indikatorene enkeltvis må tolkes med varsomhet.

Indikatorsettet er basert på data fra en lang rekke datakilder, jamfør Hansen mfl. (2018) og løpende presentasjon av indikatorene. Tre datakilder står særlig sentralt og kommenteres derfor kort her (andre datakilder kommenteres løpende).

1 **BrukerPlan** er en kartlegging av tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. Undersøkelsen er særlig relevant for å følge levekårsutviklingen for brukere. I BrukerPlan kartlegges personer som mottar kommunale helse-/omsorgs-/velferdstjenester, og som fagpersonene vurderer til å ha et rusproblem og/eller psykiske helseproblemer. «Rusproblem» defineres som bruk av rusmidler på en måte som i alvorlig grad går ut over den daglige fungering eller relasjoner til andre. For å inkluderes i kartleggingen må personen ha mottatt minst én av tjenestene de siste 12 måneder, uavhengig av om tilbudene er begrunnet i brukerens rusproblemer / psykiske helseproblemer eller ikke. Med andre ord vil mennesker som ikke mottar slike tjenester, ikke bli vurdert (selv om de har et rusproblem). Basert på intervjuer med KORFOR er det grunn til å tro at alle med moderat og alvorlig rusmiddelbruk er dekket av undersøkelsen. Siden kun brukere som har mottatt tjenester i løpet av det siste året, er med, vil porteføljen av brukere endres over tid. En svakhet med undersøkelsen frem til nå er at den i svært liten grad dekker unge⁵, og at for eksempel fastlegene i liten grad har deltatt i kartleggingen. I undersøkelsen er det fagansvarlige som vurderer brukerne, og til tross for retningslinjer og rutiner vil det være rom for subjektive vurderinger, misoppfatninger eller unøyaktigheter i de fagansvarliges vurderinger. I 2016 omfattet BrukerPlan 264 kommuner med i alt 20 535 tjenestemottakere med rusproblemer. I BrukerPlan er «rusproblem» definert som å bruke rusmidler på en slik måte at det går alvorlig ut over den daglige fungering eller relasjoner til andre. Kommunene som deltok, utgjorde til sammen 80 prosent av hele landets befolkning i alderen 18–96 år. I 2017 omfattet BrukerPlan 276 kommuner og 23 206 mottakere med rusproblemer. De kartlagte kommunene dekker 84 prosent av befolkningen i samme aldersgruppe. Kjønnfordelingen har vært stabil over år med en fordeling på 70 prosent menn og 30 prosent kvinner. Gjennomsnittsalderen har økt gradvis fra 41 år i 2013 til 42 år i 2016 til 43 år i 2017.

2 Helsedirektoratets skjema **IS-24/8 Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene**. Målingen og sluttrapporten utarbeides av SINTEF i samarbeid med KORFOR. Undersøkelsen er særlig relevant for å følge innsats i rus- og psykisk helse-arbeid i kommunene og kommunenes vurdering av eget tjenestetilbud. Undersøkelsen dekker kommunens egne vurderinger av ressursbruk, innhold og kvalitet i tjenester rettet mot målgruppen med rusproblemer og/eller psykiske problemer. For mange av spørsmålene er det ikke mulig å isolere rusproblemer og/eller psykiske problemer. Så å si alle landets kommuner deltar i undersøkelsen, og med god kvalitetssikring er det grunn til å tro at anslagene på ressursbruk er pålitelige. I 2016 leverte alle med unntak av én kommune årsverkstall. I 2017 har alle kommunene levert årsverkstall. Spørsmålene knyttet til brukermedvirkning, innhold og kvalitet besvares ikke av alle kommunene og vil reflektere subjektive vurderinger og må derfor tolkes med varsomhet. Undersøkelsen er relativt fleksibel. Nye spørsmål er tatt inn, og andre spørsmål er tatt ut de senere årene. En fleksibel undersøkelse gir gode muligheter for tilpas-

⁵ I 2017 var det kun kartlagt 185 personer med rusproblemer under 18 år.

ninger til endringer som kommunesektoren står overfor. For eksempel er det i undersøkelsen for 2016 og 2017 inkludert spørsmål omkring forventninger til opptrappingsplanen. Siden porteføljen av spørsmål og spørsmålsformuleringene endres over tid, er det imidlertid også mulig at enkelte spørsmål ikke kan følges over tid. Vi har ikke kunnskap om hvilke spørsmål som vil være med i undersøkelsen framover.

- 3 Som en del av evalueringsprogrammet for å følge effektene av Opptrappingsplanen for rusfeltet er det i 2017 gjennomført en **nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse** blant brukere av ulike kommunale rustjenester. Brukertilfredshetsundersøkelsen er særlig relevant for å belyse flere av hovedmålene som handler om brukernes erfaringer og tilfredshet med de kommunale tjenestene innenfor rusfeltet. I brukertilfredshetsundersøkelsen er det i utgangspunktet lagt opp til at brukerne selv skal fylle ut undersøkelsen uten bistand fra andre. Dette er en styrke med tanke på å sikre at resultatene reflekterer brukernes faktiske holdninger. Til forskjell fra IS-24/8 og BrukerPlan er den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen ikke en fulltelling, men en utvalgsundersøkelse. De deltakende kommunene ble valgt ut til å delta i undersøkelsen via randomisering, der det ble tatt høyde for regioninndeling (KoRus-enes nedslagsfelt – syv regioner), innbyggertall (under 5000, 5000–19 999 og 20 000+) og KOSTRA-grupper (SSBs inndelinger basert på kommunens folkemengde og økonomiske rammebetingelser). 491 brukere deltok i brukertilfredshetsundersøkelsen i 2017. Det at respondentenes fordeling på demografiske variabler ligner på utvalget i Bruker-Plan 2016, styrker tilliten til utvalgets representativitet, men det er usikkerhet knyttet til undersøkelsens validitet, da denne er vanskelig å måle. En svakhet med både brukertilfredshetsundersøkelsen og BrukerPlan er at de i hovedsak ikke fanger opp brukere som er under 18 år, samt at de bare dekker de som har mottatt kommunale tjenester. Det er ikke gjennomført en ny brukertilfredshetsundersøkelse siden vår første rapport. Følgelig er ikke indikatorene som er basert på data fra denne undersøkelsen, oppdatert i denne rapporten. Helsedirektoratet har utløst en opsjon for en ny undersøkelse, som vil bli gjennomført i 2019. I denne undersøkelsen er det en målsetting å inkludere flere kommuner, og følgelig flere brukere. Indikatorer basert på data fra brukertilfredshetsundersøkelsen vil oppdateres i framtidige rapporter dersom undersøkelsen gjentas.

Casestudier

Fafo og Ipsos har gjennomført casebesøk i seks kommuner i løpet av 2018. Kommunene er ikke valgt ut tilfeldig; tvert imot har vi gjort et strategisk utvalg av kommuner vi tror vil være særlig interessante for å belyse problemstillingene i dette evalueringsoppdraget. Kommunecasene ble dels valgt ut med utgangspunkt i vår kjennskap til rusfeltet og i samråd med vår oppdragsgiver, dels gjennom å studere foreliggende data som for eksempel statistikk fra BrukerPlan. I utvelgelsen la vi vekt på å velge ut kommuner som vi visste hadde hatt mye aktivitet på rusfeltet de siste årene og slik sett trolig ville kunne dele spennende erfaringer med ulike typer av tiltak, arbeidsmetoder og modeller. Vi har vært opptatt av å ha kommuner i utvalget som har erfaring på noen av områdene som er nevnt i opptrappingsplanen, som samordning av psykisk helse og rus, recovery-orientering, mottakssenter, Housing first, FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) o.l. Det har også vært viktig å ha kommuner fra ulike deler av landet og av ulik størrelse. Etter vår vurdering gir data fra de

seks casekommunene sammen med andre datakilder også et utgangspunkt for å kunne si mer om utviklingen på rusfeltet enn vi kan gjennom å utelukkende basere oss på indikatorsettet. Hensikten med casene er ikke å foreta evaluering av den kommunale innsatsen, men å få større grunnlag for å forstå utviklingen som kommer til uttrykk i indikatorsettet.

I forkant av intervjuene i casene ble det utformet felles intervjuguider med en del overordnede temaer. Det ble laget én intervjuguide for kommunalt ansatte og én for ansatte i spesialisthelsetjenesten. Intervjuguidene ble brukt under intervjuene, riktignok med noen tilpasninger avhengig av informantens arbeidssted, funksjon og kjennskap til Opptrappingsplanen for rusfeltet. Det ble gjennomført personlige semistrukturerte dybdeintervjuer under casebesøkene, og det ble dessuten gjennomført en del telefonintervjuer. Alle intervjuene ble tatt opp med bruk av diktafon og senere transkribert.

Våre informanter representerer ulike deler av den kommunale rustjenesten eller andre kommunale instanser som arbeider med rusfeltet, samt spesialisthelsetjenesten. Vi har også informanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner der disse var tilgjengelige. Vi har intervjuet toppledere, mellomledere og ansatte uten lederansvar, ansatte med brukererfaring og informanter med pårøndererfaring. Totalt har vi gjennomført intervjuer med 55 informanter, fordelt på de seks ulike casene på følgende måte:

- 1 Sandnes kommune: Vi gjennomførte casebesøk i juni og supplerte med telefonintervjuer i september/oktober 2018. Vi har intervjuet ti informanter i denne kommunen. Åtte av disse er tilknyttet ulike enheter/nivåer innen rustjenesten og helse- og omsorgssektoren i kommunen, én informant er ansatt i spesialisthelsetjenesten, og én informant representerer en bruker- og pårørendeorganisasjon.
- 2 Fjell kommune: I august 2018 gjennomførte vi et casebesøk i Fjell kommune, senere supplerte vi med ytterligere ett telefonintervju i oktober 2018. Til sammen intervjuet vi syv informanter fra ulike enheter/nivåer innen rustjenesten og helse- og omsorgssektoren i kommunen samt én fra spesialisthelsetjenesten. I tilknytning til casebesøket i Fjell kommune ble det dessuten gjennomført et teleintervju med en person som jobber ved et ND-senter.
- 3 Kristiansund kommune: Vi gjennomførte casebesøk i september og supplerte med telefonintervjuer i september/oktober 2018. Vi har intervjuet ni informanter i denne kommunen. Åtte av disse er tilknyttet ulike enheter/nivåer innen rustjenesten og helse- og omsorgssektoren i kommunen, og én informant er ansatt i spesialisthelsetjenesten.
- 4 Østre Toten kommune: Vi gjennomførte innledende telefonintervjuer i februar og var på casebesøk i september 2018. Vi har intervjuet åtte informanter i denne kommunen. Samtlige av disse er tilknyttet ulike enheter/nivåer innen rustjenesten og andre kommunale instanser som arbeider med rusfeltet.
- 5 Vadsø kommune: I Vadsø er det gjennomført intervjuer med til sammen ti personer. Vi gjennomførte individuelle intervjuer med fem personer på ledernivå og tjenesteutøvernivå og ett gruppeintervju med fem tjenesteutøvere i førstelinjen. Informantene er fra avdeling helse, rehabilitering og omsorg (blant annet enhet psykisk helse) og avdeling kvalifisering, velferd og inkludering (blant annet NAV). I tillegg er det gjennomført ett telefonintervju med en representant for en brukerorganisasjon i fylket og ett intervju med en representant for Brukerstemmen i nord.

- 6 Bydel Gamle Oslo: I Gamle Oslo er det gjennomført intervjuer med til sammen syv personer i denne delen av evalueringen. Disse representerer ledernivå i avdeling helse- og omsorg, NAV, booppfølgingstjeneste, mestringsenhet psykisk helse og rus og Ung Arena. Det er foretatt et intervju med samarbeidspartnere for bydelen ved Oslo universitetssykehus. I forbindelse med nullpunktanalysen ble det gjennomført et gruppeintervju med NAV og mestringsenhet psykisk helse og rus, et gruppeintervju med velferdsetaten og et intervju med en person i byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester.

Erfaringssamlinger

Evalueringsteamet har hatt to erfaringssamlinger i løpet av 2018. Disse erfaringssamlingene ble holdt i Stavanger (Rogaland) i august og Sarpsborg (Østfold) i september. Hensikten med erfaringssamlingene er å legge fram foreløpige resultater og vurderinger knyttet til evaluering av opptrappingsplanen. Til samlingene inviteres kommuner, spesialisthelsetjeneste, brukerrepresentanter og andre til felles refleksjon om resultater og vurderinger samt om utvalgte temaer i opptrappingsplanen.

I Rogaland var erfaringssamlingen lagt til et møte i kompetansegruppen for rus og psykisk helsearbeid. Dette er en gruppe driftet av Fylkesmannen og Kompetansesenter rus (KoRus). Her sitter representanter for flere kommuner i fylket, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse vest – KORFOR, NAPHA, spesialisthelsetjenesten, representanter for utdanningsinstitusjonene i fylket – Høgskolen på Vestlandet og Universitet i Stavanger, og representanter fra brukerorganisasjoner og pårørende.

Til samlingen i Rogaland hadde vi på forhånd utarbeidet et bakgrunnsnotat med ulike temaer som vi ønsket å drøfte. Flere av representantene på samlingen ble bedt om å forberede korte innlegg basert på erfaringer og systemene slik de er i deres kommune eller sett fra deres ståsted. På samlingen la forskerne først fram resultater og vurderinger fra evalueringen på de gitte temaene, deretter la de som hadde forberedt innlegg, fram sitt bidrag, før det var felles refleksjon og dialog.

Erfaringssamlingen i Østfold ble avholdt i forbindelse med russamlingen for kommunene i Østfold, arrangert av Fylkesmannen og KoRus-Øst. Dette var en mye større erfaringssamling, med representasjon fra svært mange kommuner og andre aktører i fylket. Også i denne samlingen la forskerne fram funn og vurderinger på de ulike områdene i planen, og deretter ble det åpnet for en dialog med salen. Som en del av vårt opplegg i Østfold stilte vi dessuten en del spørsmål til tilhørerne i salen, som de kunne besvare ved hjelp av mentometerutstyr. Svarfordelingene på våre spørsmål er i seg selv ikke særlig sentrale. Hensikten var å åpne for diskusjon og felles refleksjon over svarfordelingene slik de umiddelbart framkom på skjermen. Vårt inntrykk er at denne formen for interaksjon med deltakerne skapte et meget godt utgangspunkt for å diskutere ulike temaer.

Det ble tatt fylldige notater fra begge samlingene, og disse er benyttet sammen med casestudien til å utdype utviklingstrekkene vi observerer i indikatorsettet.

Organisasjonsstudie

Som grunnlag for denne statusrapporten er det gjennomført et gruppeintervju med representanter på leder- og rådgivernivå i Helsedirektoratet med ansvar for oppfølging av opptrappingsplanen.

Det er gjennomført et fokusgruppeintervju med den tverrdirektorale gruppen som er etablert for å sikre samordnet og koordinert innsats fra alle de involverte direktoratene i opptrappingsplanen.

Vi har gjennomgått direktoratenes samlede rapportering på alle tiltakene i Opptrappingsplanen for rusfeltet.

Vi har gjennomgått rapporteringene fra fylkesmannsembetene for 2017 og aktivitetsplanene for 2018.

På erfaringssamlingene i Rogaland og i Østfold har KoRus og fylkesmannsembetene vært sentrale i gjennomføringen av samlingene. Kommunenes samarbeid med disse regionale aktørene har vært tema på begge samlingene.

Vi har lagt fram foreløpige resultater fra denne statusrapporten for kommentarer fra to ulike fora:

- 1 en samling om rus og psykisk helse for rådgiverne i fylkesmannsembetene, fagsatte i de regionale kompetansesentrene og representanter fra de regionale helseforetakene innen TSB, i november 2018
- 2 BrukerROP i Helsedirektoratet ultimo november 2018

3 Casestudier

For å få bedre inntrykk av utviklingen på rusfeltet og forståelse av eventuelle bevegelser på de målbare størrelsene (indikatorsettet) har vi gjort casestudier i seks kommuner. I dette kapitlet gir vi en kort presentasjon av de seks casekommunene: Sandnes, Fjell, Kristiansund, Østre Toten, Vadsø og bydel Gamle Oslo i Oslo kommune. Disse seks kommunene er valgt for å få et mangfold av kommuner knyttet til størrelse, antall innbyggere og geografi. Vi har også gjennomført to erfaringsamlinger om utviklingen på rusfeltet i lys av Opptrappingsplanen for rusfeltet. Den ene erfaringsamlingen var sammen med kompetansegruppen for rus og psykisk helsearbeid i Rogaland. I denne gruppen sitter representanter for flere kommuner i fylket, de regionale kompetansesentrene, KoRus, NAPHA, Fylkesmannen, spesialisthelsetjenesten og flere brukerrepresentanter. Den andre erfaringsamlingen ble avholdt i forbindelse med russamlingen for kommunene i Østfold, arrangert av Fylkesmannen og KoRus.

I presentasjonene nedenfor gir vi en kort beskrivelse av hvordan kommunene har organisert tjenestene på rusfeltet, og hva som er de viktigste tjenestene og tilbudene i kommunene. I casestudiene har vi dessuten vært opptatt av å kartlegge informasjon om eventuelt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre aktører på rusfeltet, og dette beskrives også kort. Data fra casene og erfaringsamlingene brukes også i vurdering av måloppnåelse i øvrige kapitler.

Casebeskrivelser

Sandnes kommune

Sandnes kommune ligger sentralt på Nord-Jæren, rett sør for Stavanger, i Rogaland fylke. Med sine nærmere 77 000 innbyggere er Sandnes Norges syvende største by. Sandnes er en vekstkommune med stor tilflytting som har hatt behov for å bygge mye ny infrastruktur og tjenestetilbud i løpet av få år. Fra 1.1.2020 skal Sandnes kommune og Forsand kommune slå seg sammen til nye Sandnes kommune.

Tjenestene for rus og psykisk helse ligger under kommunaldirektør for levekår sammen med NAV, flyktningenheten, bolig tjenester, tjenester for funksjonshemmede og AKS. Mestringsenheten (ME) utgjør hovedtilbudet i kommunens rustjeneste og samler rus- og psykisk helse-tjenester i samme enhet. Rus- og psykisk helse-feltet ble slått sammen for 8–9 år siden og er en bydekkende tjeneste som gir psykisk helse- og rustjenester til voksne. ME gir tjenester til ca. 2000 brukere (2017) og har rett i overkant av 200 årsverk og 400 ansatte. ME har ni erfaringskonsulenter ansatt.

Ifølge flere av informantene har ME vært tidlig ute med å ta i bruk nye verktøy, arbeidsmodeller og metodikker, og de oppgir at de søker på «alt» av tilskudds- og prosjektmidler. Det jobbes aktivt med organisasjonsutvikling og tjenesteutvikling. ME har brukt recovery som felles faglig plattform over mange år, og flere uttrykker at brukerperspektivet er godt integrert i tjenester og arbeid. Det er stor oppmerksomhet om tilgjengelige tjenester og enkel vei inn. Nye brukere kan for eksempel komme inn

via Mottaks- og oppfølgingscenteret (MO-senteret) og bli tilbudt tjenester fra første dag.

ME består av syv avdelinger, og de har delt tjenestene sine i tre: rus, psykisk helse og ROP. Enheten har et bredt spekter av tjenester, fra lavterskeltilbud til omfattende botiltak.

- 1 Fagteam rus gir tjenester til rusmiddelavhengige over 18 år. Her jobber ca. 26 medarbeidere, herunder ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning, psykolog, musikkterapeut og to medarbeidere med erfaringskompetanse. De har ca. 300 aktive brukere (totalt er ca. 500 brukere innenfor løpet av året). Alle brukere som hører til fagteam rus, får en egen ruskonsulent som bistår med å ta kontakt med og koordinere de ulike tjenestene. Ruskonsulenten har også ansvar for individuell plan (IP) og ansvarsgruppemøter. Fagteam rus har ansvar for oppfølging av gravide med rusutfordringer, rusbakgrunn eller ved mistanke om rus og graviditet. Til fagteam rus ligger også Mottaks- og oppfølgingscenteret (MO-senteret), som tilbyr lavterskelbehandling og hjelp til mestring av rusproblematikk. MO-senteret er bemannet på dagtid (9–15) og har en døgnåpen telefontjeneste.
- 2 Under psykisk helseteam ligger Mestringssenter, inkludert rask psykisk helsehjelp.
- 3 Avdeling ROP består av en helseinstitusjon/sykehjem der det bor fire personer med sammensatt problematikk som betjenes av 25 årsverk, samt et FACT-team som inkluderer Housing First (HF). Sandnes kommune var tidlig ute og startet opp rus- og psykisk helse-team (ROP-team) for 10–12 år siden. For ca. 2 år siden gikk dette over til å bli et FACT-team. FACT-teamet skal primært gi hjelp til personer med samtidig rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse, og som ikke klarer å nyttiggjøre seg av behandlingen og tjenester som helseforetak eller kommune vanligvis gir hver for seg. FACT-teamet består av 18 ansatte fra både kommune, spesialisthelsetjeneste og NAV. FACT-teamet betjener ca. 50 brukere.

Kommunen har et midlertidig tilbud for rusavhengige som er bostedsløse, og kommunale utleieboliger med spesielle vilkår og oppfølging fra kommunalt personell. Det er dessuten et bruker- og pårørende forum i kommunen som har eksistert i mange år. I tillegg til å delta med NAV-konsulent og jobbspesialist i FACT-teamet er det et eget team innad i NAV som jobber spesielt med rusavhengige. Kommunen har også iverksatt en forsøksordning med mobilt NAV-kontor. NAV har ungdomskontakter som jobber med de som faller fra i skolen eller er i fare for å utvikle problemer på andre områder. Boligkontoret står også sentralt, blant annet i tilknytning til Housing First.

Gjennom sin rusmiddelpolitiske handlingsplan har Sandnes blant annet lagt vekt på universelle forebyggende tiltak, tidlig intervensjon overfor risikoutsatte barn og unge og tjenester til rusavhengige. Oppvekstsektoren har samlet seksjon tiltak i barnevern og seksjon psykisk helse barn og unge i et ressurscenter for barn og unge. En av informantene oppgir at dette gir en tydeligere vei inn til tjenester for barn og unge med utfordringer knyttet til rus eller psykisk helse. Kommunen har nylig styrket Barne- og familieenheten med tre årsverk for forebyggende arbeid overfor gruppen 0–18 år.

De kommunale rustjenestene samarbeider med ulike deler av spesialisthelsetjenesten, blant annet Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) ved Helse Stavanger, Sandnes DPS (poliklinikk og sengepost), Ruspoliklinikk Ung Sandnes (RUPO), Rogaland A-senter (i regi av Kirkens Bymisjon som tilbyr poliklinisk behandling for mennesker med rusrelatert problematikk og deres familier, med et spesielt søkelys på barna) og Crux Verksgata behandlingssenter (poliklinikk og døgn tjenester

til unge mennesker i alderen 18 til 30 (35) år som strever med rusmiddel- og avhengighetsproblemer). I tillegg bistår kommunen spesialisthelsetjenesten med utdeling av medisiner i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Det er en rekke private og ideelle organisasjoner som tilbyr rusrelaterte tilbud i Sandes-området, som Funkishuset (en stiftelse som drives av blant annet Sandnes kommune og tilbyr lavterskel helsetjeneste for mennesker i aktiv rus), Byprestene i Sandnes, Kompasset (Blå Kors-tilbud til unge mellom 14 og 35 år som har foreldre med rusproblemer) og Veiledningssenteret (i regi av Norske Kvinners Sanitetsforening som tilbyr samtaletilbud til pårørende innen rus / psykisk helse). Det finnes også en rekke organisasjoner for brukere og pårørende i regionen, som A-larm (bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling) og proLAR (brukerorganisasjon for LAR-brukere).

Fjell kommune

Fjell er en kommune vest for Bergen i Hordaland fylke. Kommunen har om lag 25 000 innbyggere. Kommunesenteret ligger på Straume. Kommunene Fjell, Sund og Øygarden har vedtatt å slå seg sammen til Øygarden kommune i 2020.

I Fjell kommune ligger avdeling for rustjenester under helsesjefen i kommunen. Avdelingen består av et MO-senter, syv ruskonsulenter, FACT-team (prosjekt) samt et nyoppstartet ROP-hus. Dette huset er et tilbud for personer med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP). Målgruppen er dessuten personer som er motivert for behandling, og som trenger tilsyn.

Avdeling for rustjenester har 18 årsverk, inkludert lederen. Avdelingen ansatte i august 2018 en egen erfaringskonsulent i engasjement. Alle våre informanter bemerket at kommunen de siste syv-åtte årene har bygget opp sitt tilbud på rusfeltet betydelig. Kommunens handlingsplan for rusomsorg 2015–2020 framheves av flere informanter som viktig i dette oppbyggingsarbeidet. Informantene mener dessuten at kommunen har et godt samarbeid med Bergensklinikken om fag- og metodeutvikling i sine rustjenester.

Avdeling for rustjenester var lenge en del av NAV, men ble skilt ut som egen avdeling i april 2016. For å sikre koordinering med NAV arbeider en av ruskonsulentene en halv dag (10 prosent) i uken hos NAV. Rustjenesten besto per august 2018 av følgende tjenester:

- 1 Kommunen har per i dag syv ruskonsulenter. Disse arbeider kun dagtid og ikke i helger, men har disponible biler og kan derfor dra på hjemmebesøk. Fra flere hold framheves det at ruskonsulentene er «tett på» sine brukere, og hver ruskonsulent følger opp mellom ti og 15 personer.
- 2 I mars 2016 åpnet et MO-senter med tre årsverk. Senteret er et lavterskeltilbud der det legges vekt på samvær og fri fra ruskultur. Det tilbys felles lunsj samt en del aktiviteter som trening og musikk. Senteret er åpent for alle, men det er for det meste voksne i alderen 30 til 60 år som benytter seg av tilbudet. En del av brukerne er i legemiddelassistert rehabilitering.
- 3 FACT-teamet er et treårig prosjekt som startet i 2016. Teamet har kun kommunalt ansatte og jobber per i dag med 14 brukere. De ansatte har arbeidstid fra 08.00 til 15.30, men teamet har fleksitid nedfelt i sine arbeidskontrakter, noe som gjør at de må beregne kveldsarbeid et par dager i uken. Teamet jobber ambulerende, og målgruppen er primært personer med ROP-lidelser. De aller fleste brukerne har en al-

- vorlig psykisk lidelse, og mange er rusavhengige, men inklusjonskriteriet er knyttet til psykisk sykdom. Teamet arbeider ikke i helgen. Ved behov utenom arbeidstid må brukerne henvende seg til legevakten eller Øyane DPS. Opprinnelig var teamet satt opp med tre konsulenter (sosionomer), en psykolog samt en psykiater i 20 prosent stilling. Ved Fafos besøk i august 2018 hadde psykologen samt en konsulent sluttet, og avtalen med psykiateren var avsluttet. I løpet av høsten 2018 blir teamet fulltallig med blant annet egen psykolog samt en psykiater i 20 prosent deltidstilling fra Øyane DPS.
- 4 ROP-huset er et tilbud med omsorgsboliger for gruppen med de mest omfattende rusavhengighetsproblemer og psykiske lidelser. Huset har ni toroms leiligheter, åtte for brukere og én til fellesbruk. Seks av leilighetene er for faste beboere, de to andre til midlertidig bruk. Alle er ment for enslige personer. I tillegg har huset diverse rom for personalbase og kontorer. Huset sto ferdig i desember 2017 og hadde ved Fafos besøk én beboer.
 - 5 De kommunale rustjenestene i Fjell samarbeider med ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Blant de som er nevnt av informantene, er Psykiatrisk klinikk i Sandviken (Helse Bergen). Denne klinikken tilbyr spesialisert vurdering, diagnostisering, behandling og rehabilitering for voksne over 18 år. Øyane DPS er et lokalsykehus innen psykisk helse for voksne som bor i kommunene Askøy, Fjell, Sund og Øygarden. Hovedoppgavene til Øyane DPS er vurdering, diagnostisering, behandling og rehabilitering av mennesker med ulike psykiske lidelser inkludert rusproblemer. I intervjuene framkom det at det oppleves å være et godt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ved Øyane DPS. Det er få formaliserte møtepunkter, men flere informanter uttrykte at det er enkelt for begge parter å ta kontakt for å jobbe sammen om enkeltsaker som for eksempel utskrivninger. I den forbindelse ble det framhevet som en fordel for den smidige kontakten at Øyane DPS og rustjenestene i kommunen ligger i umiddelbar nærhet til hverandre.

Kristiansund kommune

Kristiansund er en by og kommune på Nordmøre i Møre og Romsdal med 24 442 innbyggere. Kommunen består av fem større og en rekke mindre øyer. Tettbebyggelsen i byen Kristiansund ligger fordelt på øyene Kirkelandet, Innlandet, Skorpa og Nordlandet og danner tettstedet Kristiansund. Kommunen Kristiansund har i tillegg ett større og to mindre tettsteder. Det største, Rensvik, var tidligere administrasjonssenter for Frei kommune (sammenslått med Kristiansund i 2008).

Kommunen sier selv at de har storbyutfordringer på rusfeltet selv om de er en liten by. I sammenligning med andre kommuner i fylket er eksempelvis antall LAR-pasienter høyt, og det er generelt større levekårsutfordringer enn i andre omkringliggende kommuner.

- 1 Kristiansund har en enhet psykisk helse og rus som ligger under kommunalsjef for øvrige tjenester som NAV, flyktningetjenesten, helsehus, hjemmetjenesten og tildelings-/koordinerende enhet. Enhet for psykisk helse og rus har totalt rundt 80 årsverk og 100 ansatte. Rustjenesten består av ni ansatte, inkludert fagleder. Blant disse er det helsefagarbeidere, sykepleiere, barnevernspedagog og sosionom. Rustjenesten følger opp omkring 100 brukere, hvorav 53 er LAR-pasienter. Enhet psykisk helse og rus er nylig samlokalisert slik at rustjenesten holder til sammen med for eksempel psykiatrisk hjemmetjeneste, flere boligfellesskap, aktivitetssenter og Housing First-team. Kristiansund kommune tilbyr også rask psykisk helsehjelp.

- 2 Kommunen ved enhet psykisk helse og rus tilbyr også flere lavterskeltilbud og -tjenester, blant annet Tempokjelleren som ligger i tilknytning til et kommunalt boområde. Tempokjelleren er en sosial møteplass som blant annet gir informasjon om kommunens tjenestetilbud og aktivisering av beboere. Tilbudet har to årsverk og to miljøvaktmestere.
- 3 Housing First-teamet ble etablert med prosjektmidler i februar 2018. Teamet består av fem ansatte, med både helse- og sosialfaglig og byggfaglig kompetanse. I teamet inngår også en erfaringskonsulent i 50 prosent stilling og en miljøvaktmester. Foreløpig er en stor andel av de aktuelle brukerne under kartlegging. Housing First-teamet skal drive med bolig- og booppfølging, søknad om bostøtte, kontakt med NAV om fast trekk til husleie mv.
- 4 Rustjenesten har et pågående IHAP-prosjekt (individuelle hasj avvenningsprogrammer) rettet mot ungdom. Formålet er tidlig innsats rettet mot forebygging av cannabis- og annen rusbruk blant ungdom. To ansatte fra rustjenesten jobber 50 prosent i prosjektet, og prosjektet har samarbeid med politiet og skolene. NAV har også hatt egne NAV-veiledere til stede på videregående skole tre ganger i uken siden starten av 2018, som blant annet kan bidra til å avdekke rusutfordringer.

I NAV er ansvaret for oppfølging av personer med rusutfordringer fordelt på den enkelte veileder. NAV uttrykker særskilt bekymring for en ung brukergruppe (18 til 25 år) med alvorlige rus- og kriminalitetsutfordringer, der flere er uten fast bopel.

Spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal har vært gjennom en stor omstrukturering som både kommunen og spesialisthelsetjenesten opplever at har påvirket muligheten for gode og varige samarbeidstiltak. Fra kommunens side oppleves samarbeidet med poliklinikken ved Molde behandlingssenter som godt. Molde behandlingssenter har blant annet ansvar for LAR-oppfølgingen i Kristiansund. Det er i mindre grad samarbeid med poliklinikk ved DPS Kristiansund (ROP-teamet). Det er planlagt opprettet et FACT-team fundert i spesialisthelsetjenesten (poliklinikken) i løpet av 2019. Planene avhenger av etableringen av et nytt distriktsmedisinsk senter (DMS) i Kristiansund. Kommunen har ikke samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner på feltet.

Vadsø kommune

Vadsø kommune ligger ved Varangerfjorden i Øst-Finnmark og har om lag 6000 innbyggere. Kommunen er fylkeshovedstad i Finnmark. Kommunen har egen sykestue med seks plasser, hvor to plasser er satt av til lindrende omsorg. Nærmeste sykehus er i Kirkenes, 2,5 timer med bil unna eller en kort flytur med Widerøe.

Vadsø kommune har over flere år hatt et pågående utviklingsarbeid på rusfeltet og to rusprosjekter med støtte fra statlige tilskuddsmidler forvaltet av Fylkesmannen i Finnmark. I 2015 gjorde de en omorganisering hvor ruskonsulentene ble flyttet ut av NAV og samorganisert med psykisk helse. Det primære ansvaret for rusfeltet ligger i dag i enhet psykisk helse og rus. I forbindelse med et rusprosjekt i kommunen er situasjonen på rusfeltet gjennomgått, og kommunen har utarbeidet en ny rusmiddelpolitisk handlingsplan for perioden 2018–2021. Til grunn for dette arbeidet lå blant annet føringene i Opptrappingsplanen for rusfeltet. I planen er målet for kommunen å forebygge, begrense og avhjelpe skadevirkninger fra rusmiddelbruk for enkeltpersoner, familie og lokalsamfunnet. Vadsø kommune kartla i 2017 48 personer med rusproblemer som mottar tjenester. 33 personer var kartlagt av helse- og omsorgstje-

nestene, ti av NAV og fem av barnevern. 20 personer var kartlagt med kun rusproblemer, mens 28 personer hadde samtidig rusmisbruk og psykiske helseplager. Fastlegene har ikke deltatt i kartleggingene.

Tjenestene i Vadsø kommune er organisert under tre kommunalsjefer: 1) helse, rehabilitering og omsorg, som blant annet inkluderer enhet for psykisk helse og rus, 2) kvalifisering, velferd og inkludering, som blant annet inkluderer NAV Vadsø, boligjeneste og barnevern, og 3) kultur, utdanning og oppvekst med ansvar for barnehager og skoler, men også kulturtilbud.

- 1 I dag er det en enhet psykisk helse og rus under avdeling helse, rehabilitering og omsorg som er ansvarlig for tjenester til personer med psykiske helseproblemer og rusproblemer fra 0–100 år. Enheten har 12,6 stillingshjemler. For å motta tjenester må personen ha et vedtak, men det vektlegges fra tjenesten at det skal være lav terskel for å motta tjenester. Tilknyttet psykisk helse og rus er det i tillegg et lavterskeltilbud med aktivitetssenter noen dager i uken. Dette er også et tilbud for brukere med vedtak. Det er om lag 30 brukere med rusproblematikk, ofte også med psykiske helseplager, som får oppfølging fra enheten.
- 2 NAV Vadsø har ikke lenger egne ruskonsulenter etter at dette siden 2015 har vært overført til enhet psykisk helse og rus. Samtidig har NAV kontakt med flere brukere med rusproblemer som har økonomiske problemer eller andre behov for oppfølging. De skal ved behov oppfordre brukere til å kontakte enhet psykisk helse og rus for videre oppfølging. Likevel er erfaringen at dette kan være en høy terskel for en del, kanskje særlig unge i tidlig ruskarriere, og flere peker på at dette medfører en risiko for at denne gruppen ikke får de tjenestene og oppfølgingen av sine rusproblemer som de har behov for. Flere informanter peker på at unge med rusproblemer er en gruppe som det kan være vanskelig å nå.
- 3 Boligtjenesten forvalter de boligsosiale virkemidlene, startlån og bostøtte og kan bidra til å formidle boliger. Tjenesten har ingen tilbud om booppfølging, og det er ingen særskilte botilbud for personer med rusproblemer. Flere informanter påpeker behovet for å kunne utvikle en booppfølgingstjeneste som kan bistå vanskeligstilte til å etablere og opprettholde en stabil bosituasjon. Det har vært arbeidet med en plan for boligsosialt arbeid i kommunen, men denne er ikke framlagt for behandling.
- 4 Vadsø kommune har ingen ambulante tjenester for ungdom, utekontakt eller annet, men et Ungdommens hus.

Samarbeid mellom tjenestene har vært et tema i Vadsø. Det oppgis å være godt samarbeid med fastlegene og at enhet psykisk helse og rus har jevnlig møter med hjemmesykepleien som også gir oppfølging til en del av brukerne. I 2018 er det igangsatt et prosjekt med støtte fra Fylkesmannen i Finnmark og tilskuddsordningen for samhandling for personer med langvarige og sammensatte behov. De har valgt å fokusere på barn og unge og har ansatt en egen prosjektleder i enhet psykisk helse og rus som arbeider med dette prosjektet. Bakgrunnen er en bekymring på grunn av diverse data presentert i kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan som viser at det er utfordringer i gruppen barn og unge. De er gått inn i et samarbeid med RBKU Nord om en SKO-analyse og skal jobbe med samhandlingsmodeller for tidlig identifisering av barn og unge med rus- og psykiske helse-utfordringer. Denne høsten skal ansatte og brukere av tjenestene for barn og unge svare på spørsmål om samhandling og kvalitet i kommunale tjenester for barn, unge og deres familier.

Tidligere har kommunen også hatt et prosjekt kalt Ser du mæ? hvor de har utviklet en Vadsø-modell for helhetlig og systematisk oppfølging av utsatte barn og unge.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan være krevende i et fylke med store avstander, selv om spesialisthelsetjeneste og kommunene har utstrakt erfaring med bruk av samhandling via telematikk.

Klinikk for psykisk helsevern og rus ved Finnmarkssykehuset består av tre DPS med underliggende enheter. Vadsø ligger under DPS Øst-Finnmark i Tana hvor det er døgnenhet, og ved Kirkenes sykehus er enhetene Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP). Enhet psykisk helse og rus har regelmessig veiledning fra en ansatt ved VPP i Kirkenes. Eneste døgnenhet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling under Finnmarkssykehuset er Finnmarksklinikken som ligger i Karasjok. Helse Nord har også avtale med Finnmarkskollektivet i Langfjorden, ellers er det ikke andre tilbud om tverrfaglig spesialisert rusbehandling i fylket. Finnmarkssykehuset har ikke oppsøkende, ambulante tjenester på rus- og psykisk helsefeltet per i dag.

Det har inntil nylig ikke vært noen brukerorganisasjoner representert i Vadsø kommune. Enhet psykisk helse og rus har hatt kontakt med organisasjonene RIO og Marborg gjennom prosjektet Brukerstemmen i nord finansiert av fylkesmannsembetene i de tre nordligste fylkene. Dette er et prosjekt hvor disse to organisasjonene kan bidra med brukerrepresentasjon og styrking av brukermedvirkning på systemnivå i kommuner hvor det per i dag ikke er brukerorganisasjoner på rusfeltet.

Det er få frivillige organisasjoner med aktivitet på rusfeltet i Vadsø, men Frelsesarmeen startet i 2017 tilbudet Stedet, som er et rusfritt lavterskeltilbud til personer over 18 år med rushistorikk. Stedet er åpent 4 dager i uken på dagtid og tilbyr blant annet mat, samtaler og aktiviteter.

Østre Toten kommune

Østre Toten er en kommune på Toten i Oppland fylke og grenser blant annet til Gjøvik, Vestre Toten, Stange og Eidsvoll. Kommunen har om lag 15 000 innbyggere, og kommunesenteret ligger på Lena.

Østre Toten kommune har nylig vedtatt strategien «Ny velferd 2040», som består av seks hovedstrategier som skal være styrende for utvikling av helse-, omsorgs- og velferdstjenestene i kommunen framover. Det er særlig folkehelse, medborgerskap, brukerorientering og pårørendestøtte, boligpolitikk og aktiv omsorg og frivillighet som berører rus- og psykisk helsefeltet. Dette innebærer blant annet vekt på mestringperspektivet, brukerorientering og pårørendestøtte.

Østre Toten kommune har fire enheter som jobber tett sammen om tjenestene innenfor rus og psykisk helse: tildelingsenhet, heldøgnstjenester, tilrettelagte tjenester og hjemmetjenester. NAV ligger også under samme sektor. Rustjenesten har de siste tre årene vært samlokalisert med psykiatritjenesten og er organisert under hjemmetjenesten. Dette legger til rette for bedre samhandling om felles brukere. Det er 36 ansatte i rus- og psykiatritjenesten. Østre Toten hadde tidligere to ruskonsulenter ansatt i NAV. Disse er flyttet ut av NAV og inn i rus- og psykiatritjenesten. Det er ansatt én kommunepsykolog i rus- og psykiatritjenesten som har søkelys på familie og barn, og én psykologspesialist som jobber innenfor rask psykisk helsehjelp.

Rus- og psykiatritjenesten jobber primært ut fra vedtak, som betyr at de fleste som tjenesten har kontakt med, har søkt om hjelp til kommunenes tildelingsenhet og beskrevet hva de trenger hjelp med. Den kommunale rus- og psykiatritjenesten består av følgende tjenester:

- 1 Ambulante tjenester: Ca. 15 ansatte som jobber ambulant med hjemmebesøk og oppfølging av personer med rusproblemer som bor hjemme.
- 2 Mestringsteamet: Består av to ansatte og har vært i drift i ca. 3 år. Dette er et lavterskeltilbud for brukere med rus- og psykiatriutfordringer som hjelper brukerne med flere ulike typer oppgaver. Mestringsteamet arrangerer også en ukentlig lunsj som er åpen for alle. Teamet jobber mest oppsøkende og er samlokalisert med den døgnbemannede boligen.
- 3 To bemannede boliger. Her er det ca. 20 ansatte fordelt på seks boligplasser. Har blant annet to brukere som har medlever-turnus.

Østre Toten er tildelt tilskuddsmidler til å ansette erfaringskonsulent samt opprette et brukerstyrt senter. Dette senteret er planlagt å være et lavterskeltilbud for personer med rus- og psykiatriutfordringer.

Rus- og psykiatritjenesten har primært voksne som sitt fokusområde, mens skole- og helsestasjonstjenesten legger mer vekt på barn og unge. Denne tjenesten jobber med forebyggende og holdningsskapende arbeid blant barn og unge.

Rus- og psykiatritjenesten samarbeider blant annet med spesialisthelsetjenesten gjennom Sykehuset Innlandet Reinsvoll og DPS på Gjøvik. I 2017 ble det startet opp et administrativt samarbeidsutvalg og et pasient- og brukerrettet samhandlingsutvalg mellom Sykehuset Innlandet ved DPS på Gjøvik og kommunene i regionen: Gjøvik, Søndre Land, Nordre Land, Østre Toten og Vestre Toten. I tillegg bistår kommunen spesialisthelsetjenesten med utdeling av medisiner i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Det er ingen aktive brukerorganisasjoner innen rus i området per nå.

Bydel Gamle Oslo, Oslo kommune

Bydel Gamle Oslo er en av sentrumsbydelene i Oslo kommune. Bydelen har om lag 45 000 innbyggere. I 2017 ble det kartlagt 506 personer med rusproblemer eller rus- og psykiske helse-problemer som mottar tjenester i bydelen (BrukerPlan). Bydelen er en av bydelene i Oslo med flest kartlagte personer med rusproblemer per 1000 innbyggere.⁶

Organisering av rusfeltet i Oslo kommune

I Oslo kommune har bydelene et omfattende ansvar for tjenester til innbyggerne, også på rusfeltet. Samtidig finnes det flere kommunale fagetater som leverer byomfattende tjenester på ulike områder. Mest relevant for rusfeltet er Velferdsetaten (VEL) som blant annet disponerer nær 700⁷ institusjonsplasser for personer med rusproblemer. Det er unikt for en storby i Norge at kommunen selv disponerer så mange institusjonsplasser. Plassene fordeler seg på akutt-plasser, korttids-plasser og omsorgsplasser, med og uten rus. Bydelene har inntil nå kunnet kjøpe plasser i VELs institusjoner til priser som er basert på en omfattende grunnfinansiering fra Oslo kommune. Bydel Gamle Oslo er en av bydelene som har flest i VELs institusjoner, per januar 2018 er det snakk om 85 personer. Under VEL ligger Uteseksjonen med oppsøkende tjenester overfor personer i utsatte miljøer i Oslo sentrum, med en særlig oppmerksomhet om unge opp til 25 år. VEL har også ansvar for en rekke tilbud i sentrum

⁶ Byrådets strategiske plan for rusfeltet.

⁷ Litt over 200 plasser er rammeavtale med ideelle og private leverandører.

som feltpleietjenester, sprøyterom, tilbudet LASSO med skadereduserende behandling, Villa MAR med dagtilbud til personer som er i legemiddelassistert rehabilitering (blant annet med et tjenestested i Gamle Oslo), og MAR Oslo poliklinikk samt overdoseforebyggende arbeid. Helseetaten er fagetat på helseområdet, med blant annet ansvaret for legevakten og sosial og ambulansetjeneste.

I Oslo er rus og psykisk helse skilt i to ulike fagetater: psykisk helse i Helseetaten og rus i Velferdsetaten. Dette skillet mellom rus og psykisk helse finner man også i all hovedsak på bydelsnivå. Rus ligger i Gamle Oslo primært under NAV, slik det gjør i nær alle de øvrige bydelene.

Kommunen har en ny strategiplan for rusfeltet. I 2017 utarbeidet Velferdsetaten på oppdrag fra byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester et omfattende kunnskapsgrunnlag⁸ for byrådets arbeid med ny rusmelding. Rusmeldingen ble lagt fram våren 2018 og har vært på høring, og den strategiske planen for rusfeltet ble innstilt fra Helse- og omsorgskomiteen i oktober og senere behandlet i bystyret.⁹ I høringen ga bydelene i all hovedsak sin tilslutning til hovedlinjene i planen, som vektlegger en human ruspolitikk og tilrettelegging for bedre mestring og livskvalitet for den enkelte. Innsatsen i bydelene skal styrkes med tiltak i lokalmiljøene, bolig og oppfølging, arbeid, aktivitet og mestring. Forebygging og tidlig innsats er sentrale områder. VELs sentrumsinnsats skal vris til flere desentraliserte tilbud der folk bor, og institusjonstilbudene skal reduseres. Et virkemiddel er å øke kostnadene for bruk av VELs institusjoner. Flere bydeler er opptatt av behovet for institusjonsplasser i regi av Velferdsetaten til brukerne med de største funksjons- og adferdsproblemer. Selvsagt er bydelene også opptatt av kompensering av omlegging når det blir økte kostnader for bruk av Velferdsetatens tilbud. Gamle Oslo er en av bydelene den nye strategien får konsekvenser for. Bydelen er en av de bydelene i Oslo som har flest kartlagte brukere med rusproblemer som mottar tjenester i bydelen, men de er også en storforbruker av Velferdsetatens institusjonstilbud, med 85 brukere i VELs institusjoner i januar 2018. Som vi skal vise under, finnes det også en rekke tilbud til målgruppen i bydelen.

Rusfeltet i bydel Gamle Oslo

Ansvaret for personer med rusproblemer fordeler seg på ulike avdelinger og enheter i bydel Gamle Oslo. Bydelens tjenester er organisert innenfor tre avdelinger: avdeling helse, sosial og nærmiljø, avdeling barn og unge og avdeling mestring og helse.

- 1 NAV Gamle Oslo ligger under avdeling helse, sosial og nærmiljø. I NAV er det et eget rusteam med åtte stillingshjemler. De følger opp om lag 450 brukere. Det vil også bli mottatt og kartlagt personer med rusproblemer i mottaket i NAV, og noen personer med rusproblemer vil kunne bli fulgt opp fra andre team. Rusteamet veileder øvrige deler av NAV.
- 2 I avdeling helse, sosial og nærmiljø ligger også boligenheten med en egen booppfølgingstjeneste. Booppfølgingstjenesten har åtte stillinger (inkludert teamleder) og følger opp om lag 80 brukere. Mange av brukerne har rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer. NAV og booppfølgingstjenesten ligger i samme bygg og har mye samarbeid.
- 3 Boligkontoret har også hatt egne prosjekter knyttet til bomiljø i de kommunale gårdene i bydelen.

⁸ Rett hjelp til rett tid. Kunnskapsgrunnlag for rusmelding, Velferdsetaten, Oslo kommune.

⁹ Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo. Oslo kommune, Byråds sak 158/8.

- 4 Under avdeling mestrings og helse ligger mestringsenheten psykisk helse og rus. I denne enheten er det et eget psykisk helse- og rusteam. Teamet har 5,6 stillinger og følger opp 41 brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Bydelen var tidlig ute med å utvikle et eget psykisk helse- og rusteam for oppfølging av personer med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer.¹⁰ Dette er det eneste teamet i bydelen som jobber turnus og er tilgjengelig fra kl. 07.30 til 22.00 om kvelden.
- 5 FACT-teamet er også forankret i mestringsenhet psykisk helse og rus. FACT-teamet er et samhandlingsprosjekt med Lovisenberg DPS. Målgruppen er voksne med alvorlig psykisk lidelse, nærmere spesifisert schizofreni, schizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse type 1 – og i noen tilfeller også rusproblematikk. Bydelen har vært en pioner på utvikling av FACT i Norge. De startet i 2013 og er svært modelltro til den nederlandske modellen, og teamet er sertifiserte. Bydelen er prosjekteier for FACT, men teamet er forankret i spesialisthelsetjenesten. Om lag 120 brukere mottar oppfølging fra et team med ti stillingshjemler, per november 2018 13 ansatte, syv ansatte fra spesialisthelsetjenesten og seks fra bydelen. Det tverrfaglige er et viktig element, og teamet inkluderer blant annet jobbspesialist og erfaringskonsulent. I utgangspunktet inkluderte ikke FACT ROP-gruppen. Det har vært diskusjoner om å utvide målgruppen, men det har vært vektlagt behov for å holde fast ved opprinnelig målgruppe av hensyn til evaluering. Etter en endring ved Lovisenberg DPS og omgjøring av deres ROP-team¹¹ er det nå flere i ROP-gruppen som er inkludert i FACT.
- 6 I mestringsenhet psykisk helse og rus ligger Utviklingssenter psykisk helse og rusarbeid med tre stillinger. En av stillingene har erfaringskompetanse. Dette er en egen enhet, finansiert av prosjektmidler, for å bistå kunnskapsbasert utviklingsarbeid av tjenestene i bydelen. Utviklingssenteret har vært svært involvert i utviklingen av FACT i bydelen og piloten for Ung Arena. Senteret er engasjert i flere utviklingsprosjekter og har blant annet hatt et samarbeidsprosjekt med Oslo universitetssykehus, Avdeling rus og avhengighetsbehandling, voksen, kalt Mens vi venter, som har fulgt brukere i en periode fra henvisning til de skal møte til døgnbehandling ved OUS.
- 7 I tillegg er det et eget psykisk helseteam som også har en erfaringskonsulent i teamet, og hjemmetjenester/hjemmesykepleie under enhet helse- og hverdagsmestring.
- 8 Bydelen har et felles prosjekt sammen med fem andre bydeler kalt Vanskelig bo-settbare. Hensikten er samarbeid og utvikling av bolig og tjenester for personer med omfattende rus- og psykiske helse-problemer og hvor det ofte også kan være en sikkerhetsvurdering. De seks bydelene og Velferdsetaten møtes regelmessig for felles dialog og idéutveksling om spesifikke tilfeller der bydelene sliter med å finne egnede boligløsninger og få til tilstrekkelig oppfølging.
- 9 Avdeling barn og unge har en rekke enheter som er relevante i den forebyggende innsatsen og Opptrappingsplanen for rusfeltet, blant annet barnevern og helsetiltak for barn og unge med helsestasjonene og en egen helsestasjon for ungdom.
- 10 Under enhet forebyggende tjenester ligger blant annet utekontakt, flere lokale tiltak og Ung Arena Sentrum. Ung Arena¹² er et lavterskel samtaletilbud til barn og

¹⁰ Teamet startet som et prosjekt i 2001 og er videreført som et permanent team under mestringsenhet psykisk helse og rus. Tjenesten er evaluert (Soggiu & Biong 2014).

¹¹ ROP-teamet ved Lovisenberg DPS er avviklet og erstattet med et team Ambulant Psykose Avhengighet Sikkerhet (APAS).

¹² <https://ungarena.no/>

unge i alderen 12–25 år. Gamle Oslo har vært med å utvikle dette pionertilbudet i en pilot med statlige prosjektmidler, hvor utviklingssenteret psykisk helse og rusarbeid bidro i prosessen. I tilbudet har de vært opptatt av utstrakt involvering av ungdom selv i utviklingen av tilbudet og som erfaringskompetanse i selve tilbudet. Erfaringen er at tilbudet klarer å nå ungdommer som ikke tidligere selv ville oppsøke hjelp fra de ordinære tjenestene. Ung Arena har tett samarbeid med utekontakt og andre tjenester for barn og unge i bydelen, men også med blant annet ungteamet ved Avdeling rus og avhengighetsbehandling, ung, ved Oslo universitetssykehus.

Denne beskrivelsen viser at oppfølging og tjenester til personer med rusproblemer finnes flere steder. Behovet for bedre samordning ble også tatt opp av flere av informantene i bydelen. Det har nylig blitt besluttet at ansvaret for rus skal vurderes flyttet over i mestringsenhet psykisk helse og rus, nettopp med tanke på å oppnå bedre samordning.

Samordningsbehovet avgrenser seg ikke til tjenester internt i bydelen, men også til behov for bedre samarbeid med Velferdsetaten og andre kommunale etater, med spesialisthelsetjenesten og med de frivillige aktørene som har flere ulike tilbud i sentrum av Oslo.

Siden Gamle Oslo er en sentrumsbydel, finnes det også en rekke ulike tilbud for målgruppen i regi av frivillige organisasjoner. Bydelen har ikke et systematisert samarbeid med disse organisasjonene, men dette utgjør selvsagt et omfattende tilbud til brukerne. I bydelen ligger blant annet Gatehospitalet, som er et av tiltakene som nevnes eksplisitt i Opptrappingsplanen for rusfeltet.

I mestringsenhet psykisk helse og rus har de involvert brukerorganisasjoner i utviklingssenter psykisk helse og rus samt i utviklingen av FACT. I denne enheten er det også utstrakt bruk av erfaringskompetanse. Det er det også i tiltaket Ung Arena i enhet forebygging. I de øvrige delene av tjenestene i bydelene er dette mindre eksplisitt brukermedvirkning på systemnivå. NAV har et brukerforum på regionalt nivå og ikke brukerinvolvering på lokalt NAV-kontor.

Innbyggerne i Oslo mottar spesialisthelsetjenester fra fire ulike sykehus. Gamle Oslo er en av tre sentrumsbydeler i opptaksområdet til Lovisenberg Diakonale Sykehus. I tillegg er bydelen innenfor området til Oslo universitetssykehus (OUS) for mer spesialiserte tjenester.

Ved Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Avdeling rus og avhengighetsbehandling tilbys tverrfaglig, spesialisert rusbehandling (TSB). Ved avdelingen er det en avdeling for voksne og en avdeling for unge. Ved avdelingen for unge har de utviklet et eget uteteam.

Lovisenberg DPS er en viktig samarbeidspartner for bydelen. FACT-teamet i bydelen er basert på samhandling med Lovisenberg DPS. Her er det også en ruspoliklinikk og en seksjon med ambulant virksomhet. Innenfor den ambulante virksomheten finner vi FACT-teamet samt et team kalt Ambulant Psykose Avhengighet Sikkerhet (APAS). Teamet følger opp pasienter med psykiske lidelser og avhengighet og hvor det også kan være en vurdert sikkerhetsrisiko.

4 Overordnet innsats

For å følge utviklingen i den overordnede innsatsen for å nå målene i opptrappingsplanen er det utviklet åtte indikatorer. Indikatorene skal samlet kunne si noe om den samlede ressursutviklingen på rusfeltet. De åtte indikatorene er

- 1 vekst i rammeoverføringer til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet
- 2 ytterligere tverrdepartemental satsing utover veksten i rammeoverføring til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen)
- 3 samlede bevilgninger over kapittel 765 Psykisk helse og rusarbeid, millioner 2016-kroner, saldert
- 4 antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid
- 5 kostnader til TSB, ekskludert pensjon, kapital og legemidler (millioner 2016-kroner)
- 6 vekst i kostnader til TSB som andel av vekst i kostnader til somatikk, gylne regel, totalt
- 7 andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for økte midler til kompetanseheving på rusområdet
- 8 samlede driftskostnader til FoU (rusmiddelforskning) i kroner i helseforetak, faste priser

De tre første indikatorene gir et samlet bilde av rammeoverføringene til kommunene og bevilgningene til spesifikke tilskuddsordninger og prosjekter på rusfeltet. I opptrappingsplanen har regjeringen foreslått å øke de samlede bevilgningene til rusfeltet med 2,4 milliarder kroner i perioden 2016–2020. Økningen kommer i tillegg til det som allerede skjer på feltet, og er varslet å komme hovedsakelig som en økning i rammeoverføringer til kommunene, men også gjennom økninger i tilskuddsordninger og andre spesifikke tiltak. I tillegg er det et mål at spesialisthelsetjenesten skal bruke en større andel av sine midler til helserelatert rusarbeid, og to av indikatorene er mål på kostnader til TSB.

De øvrige indikatorene dreier seg om kapasitet og kompetanse i kommunene og ressurser til forskning på rusfeltet. Indikator 7 skiller seg noe ut fra de andre. Det er kommuner som i IS-24/8-undersøkelsen oppgir at de mener Opptrappingsplanen for rusfeltet har hatt direkte konsekvenser for økte midler til kompetanseheving i kommunen. I tabell 4.1 presenterer vi resultatene for den andre statusmålingen av overordnet innsats.

Tabell 4.1 Overordnet innsats, andre statusmåling

#	Indikator	Kilde	2016	2017	Endring
1	Vekst i rammeoverføringer til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen)	Kommuneproposisjonen	400	295	-26,4 ¹⁵
2	Ytterligere tverrdepartemental satsing utover veksten i rammeoverføring til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen)	Statsbudsjettet HOD kap. 765	141	143	1,5 %
3	Samlede bevilgninger over kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid. Millioner 2016-kroner. Saldert.	Statsbudsjettet HOD kap. 765	1 959	2 092	6,8 %
4	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid	IS-24/8	13 936	14 633	5,0 %
5	Kostnader til TSB, ekskl. pensjon, kapital og legemidler. Millioner 2016-kroner.	SAMDATA	4 525	4 622	2,5 %
6	Vekst i kostnader til TSB som andel av vekst i kostnader til somatikk. Gylne regel. Totalt.	NPR	2,03	0,88	-57 %
7	Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for økte midler til kompetanseheving på rusområdet	IS-24/8		21 %	N/A
8	Samlede driftskostnader til FoU (rusmid-delforskning) i kroner i helseforetak. Faste priser.	NIFU	57	73	27,5 %

Tabell 4.1 viser at det er en bevegelse i positiv retning på nær alle indikatorene for overordnet innsats. Unntaket er kostnader til TSB.

Økningen i rammeoverføringen begrunnet med opptrappingsplanen var på 400 millioner kroner i 2016 og 295 millioner kroner 2017 (salderte 2016-kroner) (jf. indikator 1). Veksten i «nye midler» til kommunene i 2017 var lavere enn i 2016, men likefullt har det vært en positiv vekst i de samlede rammeoverføringene spesifikt knyttet til oppfølging av opptrappingsplanen. Tilsvarende er det også bevilget mer penger til tverrdepartementale satsinger, 141 millioner kroner i 2016 og 143 millioner kroner i 2017 (salderte 2016-kroner). Dersom vi legger sammen beløpene i indikator 1 og 2, viser dette at den samlede styrkingen av rusfeltet begrunnet med Opptrappingsplanen for rusfeltet var på 541 millioner kroner i 2016 og 438 millioner kroner i 2017 (begge salderte 2016-kroner¹⁴).

¹⁵ Midlene som ble bevilget i 2017, kommer i tillegg til det som ble bevilget i 2016. Indikator # 1 er merket som grønn da vi snakker om en vekst, selv om beløpet gitt som frie midler til kommunene i 2017 er lavere enn i 2016.

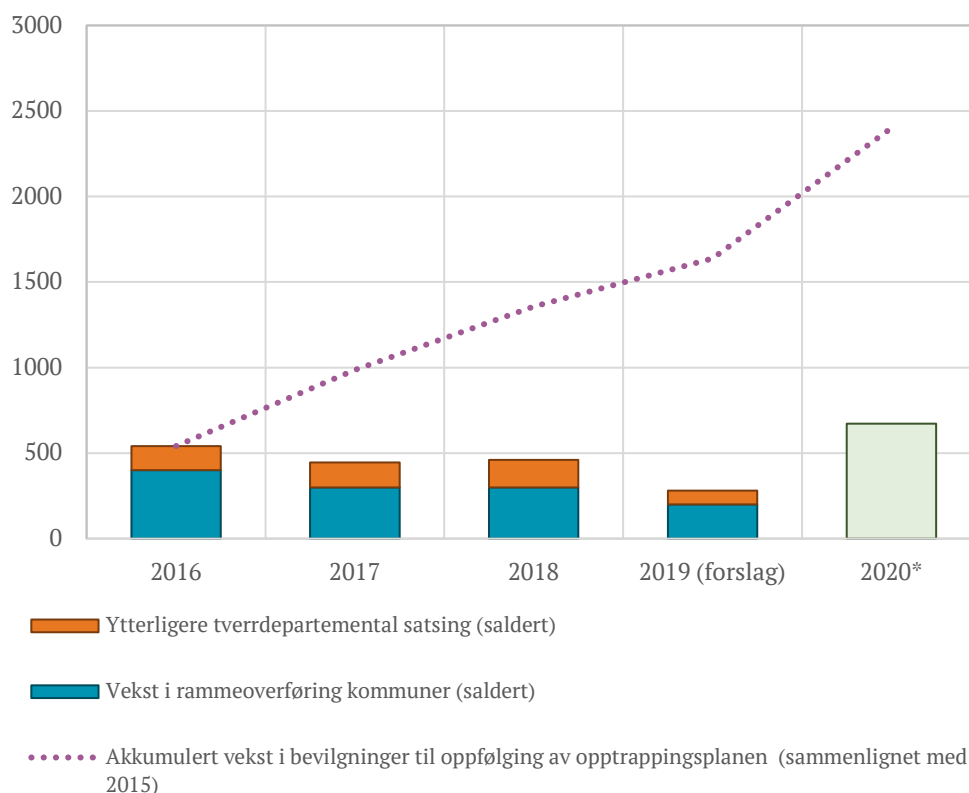
¹⁴ I målingen rapporterer vi på salderte, det vil si regnskapsførte, bevilgninger. Det salderte beløpet var både i 2016 og i 2017 høyere enn det som ble lagt fram i budsjettforslagene. Differansen kan skyldes omdisponeringer gjennom året eller at regjeringen i ettertid vurderer det til at endringer på andre budsjettposter kan knyttes til opptrappingsplanen. Vi har omregnet til 2016-kroner. I andre

For 2017 omfattet den tverrdepartementale satsingen 12 millioner kroner til etablering av tre nye stifinnerenheter, 10 millioner kroner til styrking av fengselshelsetjenesten, 20 millioner kroner til å etablere økt kunnskap om effekt av tiltak og den behandling som tilbys rusmisbrukere gjennom Forskningsrådets program Helsevel, og 3 millioner kroner til kompetanseutvikling på området rus og vold samt 100 millioner til tilskuddsordningen til frivillige og ideelle aktører som yter institusjonsbaserte tjenester innen rusfeltet. Nye midler til tverrdepartementale satsinger var høyere i 2017 enn i 2016.

Målet om 2,4 milliarder i opptrapping

Regjeringen har varslet at de som følge av opptrappingsplanen vil økte de samlede bevilgningene til rusfeltet med 2,4 milliarder i perioden 2016–2020. Selv om det er en økning i de samlede bevilgningene begrunnet med opptrappingsplanen, ser ikke takten i opptrappingen ut til å være i samsvar med målet om 2,4 milliarder. I figur 4.1 viser vi veksten i bevilgningene begrunnet med opptrappingsplanen i 2016 og 2017, budsjetterte bevilgninger for 2018 og forslag i statsbudsjettet for 2019. Ut fra disse har vi estimert den påkrevde bevilgningen i 2020 for å nå målet om 2,4 milliarder.

Figur 4.1 På vei mot målet om opptrapping på 2,4 milliarder



Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse basert på Prop. 1 S (2017–2018) og Prop. 1 S (2018–2019), begge tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet

*Nødvendig vekst for å nå målet om en samlet opptrapping på 2,4 milliarder kroner til 2021.

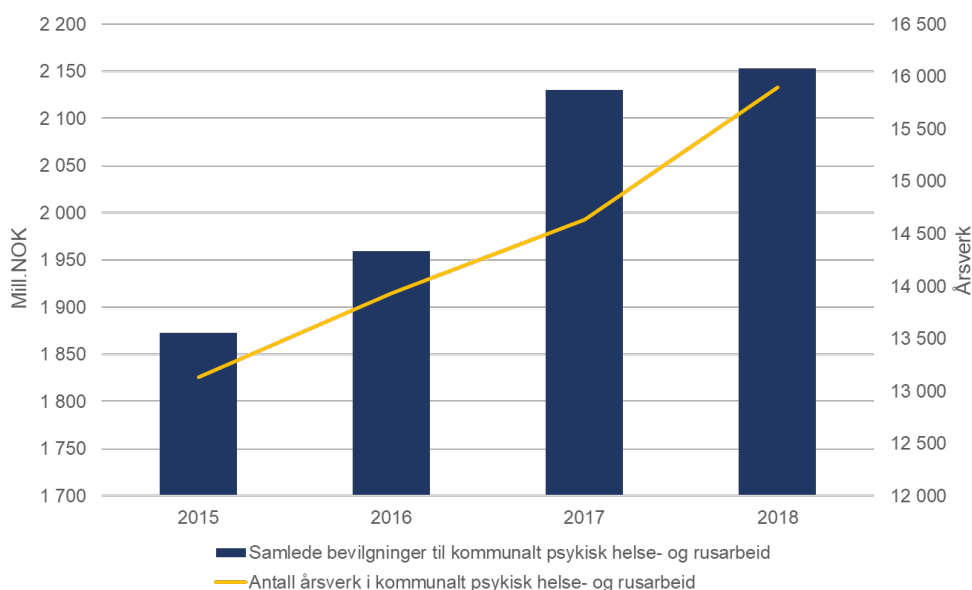
dokumenter kan beløpene oppgis i løpende kroner eller i 2017-kroner. Beløpene kan derfor variere noe i ulike dokumenter.

Figur 4.1 viser at det skjer en opptrapping av bevilgningene på rusfeltet som følge av planen. Denne figuren viser samtidig at dersom de endelige bevilgningene i 2018 og 2019 blir liggende på det nivået som vises her, er det høyst usikkert om målet om 2,4 milliarder blir nådd. Med utgangspunkt i veksten i bevilgninger til oppfølging av opptrappingsplanen så langt, og de budsjetterte bevilgningene for 2018 og forslag for 2019 (jf. budsjettforslaget for 2019), finner vi at det er behov for bevilgninger tilsvarende om lag 600–700 millioner kroner i 2020 for å nå målet om 2,4 milliarder kroner i økte midler (gjenstående beløp avhenger av prisjusteringer).

Økning i bevilgninger og antall årsverk i kommunene

Det er relevant å undersøke om veksten i bevilgninger også øker innsatsen innenfor kommunalt rusarbeid. Det finnes imidlertid ikke tilgjengelige data om hvor mye kommunene faktisk bruker på kommunalt rusarbeid. Senere i rapporten vil vi vise utvikling i kommunes aktivitet på rusfeltet på flere områder, men vi har ikke noen eksakte tall på hvor mye ressurser som blir lagt inn på rusfeltet i kommunene. Kommunalt rusarbeid er ofte integrert med psykisk helsearbeid, og tilgjengelige data om for eksempel årsverk er basert på rus- og psykisk helsearbeid i kombinasjon. I figur 4.2 viser vi den samlede bevilgningen til psykisk helse og rusfeltet (indikator 3) og utviklingen i antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (indikator 4) fra 2015 til i dag.

Figur 4.2. Utvikling antall årsverk og samlede bevilgninger kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Saldert budsjett 2015-2017, budsjetterte bevilgninger 2018. Løpende priser.



Kilde: Årsverk for 2015-2017 er hentet fra IS 24-8, mens for 2018 er antall årsverk hentet fra 2018 Prop. 1 S (2018–2019) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak), Helse og omsorgsdepartementet. Antall årsverk 2018 oppgitt i proposisjonen er hentet fra IS-24/8 2018 på det tidspunkt enda ikke offentliggjort. Samlede bevilgninger til psykisk helse og rusarbeid er basert på bevilgningene over kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid i Prop. 1 S (2016–2017) Prop. 1 S (2017–2018), og Prop. 1 S (2018–2019), til Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet.

De samlede bevilgningene til kommunalt rus- og psykisk helse-arbeid fra Helse- og omsorgsdepartementet har økt fra 1,96 milliarder kroner i 2016 til 2,09 milliarder kroner i 2017 (salderte 2016-kroner), indikator 3¹⁵. Dette tilsvarer en vekst på 6,8 prosent. Kommunene selv melder om en vekst i antall årsverk fra 13 936 i 2016 til 14 633 i 2017, noe som tilsvarer en økning på 5,0 prosent. Kommunenes anslag på årsverk er hentet fra kommunenes egenrapportering (IS-24/8-undersøkelse). At veksten i antall årsverk er noe lavere enn veksten i samlede bevilgninger, er ikke overraskende og skyldes trolig en kombinasjon av at det tar noe tid før eventuell vekst i bevilgninger fører til faktiske nyansettelser, at kompetansenivået og følgelig lønningene øker, og/eller at veksten brukes på andre utgifter, eksempelvis pensjon, lokaler og andre driftskostnader. Siste IS-24/8-undersøkelse (Ose & Kaspersen 2017) viser blant annet at kommunene ansetter flere med lang og spesialisert utdanning. De fleste årsverkene rettet mot både voksne og barn utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole, men størst vekst har det vært blant psykologer og psykologspesialister i perioden 2016 til 2017.

Fra casestudien og erfaringssamlingene vet vi at mange kommuner har fått flere ansatte på rusfeltet. Noen av disse stillingene kan skyldes økning i rammeoverføringene begrunnet med opptrappingsplanen, men svært ofte skyldes det at kommunen har hatt spesifikke prosjekter finansiert med statlige tilskuddsmidler, og at noen av stillingene er blitt videreført i drift etter at prosjektet er over.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I opptrappingsplanen har regjeringen satt et mål om opptrapping av innsatsen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I tabell 4.1 viser vi at mens det har vært en styrking av innsatsen for kommunalt rus- og psykisk helse-arbeid, er det ikke samme positive utvikling for indikator 5 og 6 for henholdsvis kostnader til TSB og videreføring av den gylne regel. Det har kun vært en marginal vekst i kostnader til TSB¹⁶ i 2017 sammenlignet med 2016. Fra grunnlagsrapporten (SAMDATA) framkommer det at finansieringssystemet og rapporteringssystemet er endret, noe som kan ha betydning for tallet som inngår i indikatoren. Omleggingen inkluderer en egen rapportering av finansieringen av blant annet merverdiavgift. Likevel konkluderer Helsedirektoratet i grunnlagsrapporten¹⁷ med at etter en periode med forholdsvis sterk årlig vekst i aktivitet og kostnader for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten har veksten i både kostnader og aktivitet avtatt. Veksten i samlede kostnader til TSB justert for prisutvikling var på kun 0,6 prosent fra 2016 til 2017 i løpende priser og 2,5 prosent i faste priser (sistnevnte er inkludert som indikator i vårt indikatorsett). Antall pasienter i rusbehandling var i underkant av 33 000 både i 2016 og 2017, og endringen i antall døgnbehandlinger (oppholdsdøgn) og polikliniske konsultasjoner de siste to årene er marginal (Helsedirektoratet 2018). Vi kommer tilbake til tilgangen til behandling i kapittel 8.

Med opptrappingsplanen ble «den gylne regel» videreført. Denne regelen sier at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk på regionnivå. Vår indikator definerer reglen med utgangspunkt i nasjonalt nivå. Dersom helseforetakenes driftsutgifter til rus justert for kost-

¹⁵ Indikator 3: samlede bevilgninger over kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid

¹⁶ Fra og med 2017 er poliklinisk virksomhet i TSB inkludert i finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering (ISF).

¹⁷ Helsedirektoratet (2018), Analysenotat 10/2018, SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013–2017

nader til pensjon, kapital og legemidler vokser raskere enn tilsvarende utgifter i somatikk, vil målingen av indikator 6 gi en verdi på over én. I 2017 tilfredsstilles dermed ikke målet med «den gylne regel».¹⁸ «Den gylne regel» måles i løpende priser i tråd med begrunnelsene i de årlige grunnlagsrapportene for SAMDATA. På nasjonalt nivå økte altså kostnadene til rusbehandling med 4 prosent fra 2016 til 2017, mot 5 prosent innenfor somatisk sektor. «Den gylne regel» ble følgelig ikke fulgt for 2017. Dette bryter med tidligere målinger som tyder på at kostnadene til rus har økt markant sterkere enn innen somatisk sektor senest fra 2015 til 2016, hvor veksten var om lag dobbelt så sterk.

Kompetanse og kunnskap

Økt kompetanse i tjenesteapparatet er også et viktig mål med opptrappingsplanen og gjelder for alle deler av tjenesteapparatet og for alle de fem hovedmålene. Midler avsatt til kompetansehevede tiltak er vanskelige å måle. Det pågående Kompetanseløftet 2020 inkluderer også psykisk helse- og rusfeltet i kommunene. Målet er å bidra til en faglig sterk helse- og omsorgstjenesten i kommunene, inkludert å sikre at sektoren har nok og kompetent bemanning¹⁹. Som nevnt melder kommunen om vekst i antall ansatte med høyere utdanning, men kun om lag én av fem kommuner mener at opptrappingsplanen har ført til mer midler til kompetanseheving på feltet. Målingen ble gjort som en del av IS-24/8-undersøkelsen som ble publisert i januar 2018. Nullpunktet for disse tallene er dermed satt til 2017, i motsetning til i 2016 for de fleste andre indikatorer. Tilgang til informasjon fra IS-24/8 undersøkelsen 2018 viser at det er liten økning i andelen kommuner (en av fire, mot tidligere en av fem). Utviklingen på denne indikatoren vil komme i den neste statusmålingen i 2019.

Forskningen på fagfeltet frambringer ny kunnskap som har betydning for utvikling av tjenestetilbud og behandling. Midler brukt på forskning er følgelig også en indikator for økt kompetanse på rusfeltet, selv om vi ikke har noen egen indikator for hvorvidt ny kunnskap og kompetanse spres og tas i bruk. Samlede driftsutgifter til forskning ved helseforetakene (indikator 8) omfatter all ressursbruk, inkludert lønnskostnader, andre driftskostnader, avskrivning mv. I tillegg til basisbevilgninger og øremerkede forskningsbevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet omfatter indikatoren eksterne finansieringskilder for forskning i helseforetakene, det vil si tildelinger fra blant annet Norges forskningsråd. Målingen av forskningsaktiviteten i helseforetakene dekker også forskningen som skjer i regi av KoRus-ene, som er organisert som deler av helseforetakene. Målingen dekker imidlertid ikke forskning eller kunnskapsgenerering som skjer ved andre institusjoner (for eksempel Folkehelseinstituttet) eller i kommunene. Målingen viser at det har vært en forsiktig vekst i midler brukt på forskning på rusfeltet i 2017 sammenlignet med 2016.

Har opptrappingsplanen betydning for innsatsen på rusfeltet

Som vi har vist i grunnlagsrapporten (Hansen mfl. 2018), inneholder Opptrappingsplanen for rusfeltet få eller ingen nye eksplisitte tiltak eller prosjekter. Samtidig tydeliggjør planen en rekke pågående satsinger og tiltak som må antas å ha betydning for utviklingen på rusfeltet. Følgelig kan det være vanskelig å identifisere hva som skyldes opptrappingsplanen som sådan, og hva som skyldes andre innsatser. I dette

¹⁸ Begrepet «den gylne regel» viser her til at rus og psykisk helse hver for seg skal ha en høyere vekst enn somatikken i helseforetakene, altså en prioritering av innsats knyttet til rus og psykisk helse i spesialisthelsetjenesten.

¹⁹ <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020>

kapitlet har vi vist at det er en styrking både av ressursene, i form av overføringer til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, og i kapasiteten i tjenestene, i form av flere årsverk.

Senere i rapporten skal vi vise at det skjer mye utviklingsarbeid i kommunene. Statlige tilskuddsmidler har stor betydning for dette arbeidet. Mange er opptatt av betydningen av disse midlene, selv om mange er frustrert over arbeidet med søknader og at det å drive prosjektarbeid er krevende. De nye føringene om gradvis nedtrapping av tilskuddsmidler i løpet av prosjektperioden blir møtt med noe ambivalens. Mange ser betydningen av å tilrettelegge for sterkere kommunal forankring av prosjekter og at dette kan øke sannsynligheten for videreføring i drift etterpå. Andre er bekymret for at dette betyr at mange prosjekter og tiltak i rusfeltet forsvinner fordi det ikke vil prioriteres i en trang kommuneøkonomi.

Det er varierende kjennskap til og oppmerksomhet rundt Opptappingsplanen for rusfeltet, på tvers av både ulike kommuner og ulike nivåer og enheter i casekommunene. I flere av casekommunene er det likevel stort sammenfall mellom hvordan kommunen jobber eller områder hvor de driver utviklingsarbeid, og satsingsområdene i opptappingsplanen. Det finnes flere eksempler på at casekommunene har ruspolitiske handlingsplaner eller andre strategidokumenter som har mange fellestrekk med opptappingsplanens satsingsområder. For noen av casekommunene er opptappingsplanen brukt som en kontroll på at måten de jobber på, prioriteringer og tjenesteutvikling innen rusfeltet er i tråd med statlige prioriteringer og det nyeste på fagfeltet.

Noen av casekommunene trekker fram at midler som følger med opptappingsplanen i form av økning i rammene og tilskuddsmidler, har bidratt til å styrke tjenestetilbudet i kommunen. Midlene som følger Opptappingsplanen for rusfeltet, er blant annet brukt til å videreføre prosjekter over i varig drift eller styrke rustjenesten på andre måter, for eksempel gjennom ansettelse av erfaringskonsulenter, musikkterapeut, psykologspesialister og tilrettelegging for å kunne ta LAR-utdeling og tilby døgnåpen telefontjeneste for mottaks- og oppfølgingssenter.

I Vadsø kommune oppgir de at økningen i rammeoverføringen begrunnet med opptappingsplanen utgjorde om lag 300 000 kroner. De hadde inngått i finansieringen av en psykolog. På erfaringsksamlingene og i casestudiene har vi tatt opp hva deltakere og informanter fra kommunene tenker om opptappingsplanen. På erfaringsksamlingen i Østfold var et spørsmål hvorvidt Opptappingsplanen for rusfeltet har ført til en styrking av innsatsen i kommunen. Svært få svarte nei, flest svarte ja, men nesten like mange svarte vet ikke. At så mange er usikre, kan være et uttrykk nettopp for at det kan være vanskelig å identifisere hva som er opptappingsplanen, og hva som er andre initiativer. En mindre kommune sa i dialogen om dette at i hans kommune hadde de gått fra å ha 1,4 stillinger på rusfeltet til nå å ha fire stillinger. Dette skyldes en kombinasjon av økning i ramme begrunnet med Opptappingsplanen for rusfeltet og prosjektmidler. For flere mindre kommuner ser dette ut til å være tilfelle.

I IS-24/8 ble det i 2017 inkludert spørsmål om kjennskap til og betydningen av Opptappingsplanen for rusfeltet. Kartleggingen viser at de som svarer på spørsmålene i IS-24/8, i stor grad kjenner til opptappingsplanen, og litt over halvparten av kommunene mener at planen har hatt direkte konsekvenser for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen. Det vanligste er at det er blitt flere årsverk (Ose & Kaspersen 2017:13). Vi har tidligere vist til at svært få rapporterer at de mener opptappingsplanen har hatt konsekvenser for økte midler til kompetanseheving på rusfeltet.

Det som erfaringssamlingene og casestudiene viser, er at BrukerPlan-kartleggingene etter hvert har fått stor betydning for kommunene. BrukerPlan-kartleggingene gir bedre oversikt over situasjonen i kommunen, skaper oppmerksomhet og gir grunnlag for tjenesteutøvelse. Kompetansesenter rus, fylkesmannsembetene og selvsagt KOR-FOR legger inn en betydelig innsats for å følge opp kommunene i deres bruk av BrukerPlan. Denne innsatsen representerer et betydelig løft for rusfeltet, men vil ikke nødvendigvis tilskrives Opptappingsplanen for rusfeltet.

Flere av casekommunene trekker fram at en viktig konsekvens av opptappingsplanen er at den har bidratt til å endre holdninger i samfunnet generelt til rusfeltet, ved at den skaper oppmerksomhet på både individ- og systemnivå, noe som må ses i sammenheng med at rusfeltet oppleves å ha vært et nedprioritert område. Gjennom opptappingsplanen og tilskuddsordningene gir staten uttrykk for en ønsket styrking og utvikling på rusfeltet, noe som kommunene opplever gjør det lettere å få gjennomslag fra administrativt og politisk hold i egen kommune for satsinger på rusfeltet.

5 Samfunnseffekter

Selv om opptrappingsplanen har som mål å bedre tjenestene til personer med rusproblemer og pårørende, er det et overordnet mål å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet. I dette kapitlet presenteres utviklingen på definerte indikatorer for overordnede samfunnseffekter.

For å undersøke utviklingen mot det overordnede effektmålet om å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet har vi inkludert 15 indikatorer som vi mener er sentrale for å si noe om omfanget av rusproblemer i samfunnet og negative skadevirkninger ved rusmiddelbruk. Disse indikatorene er

- antall narkotikautløste dødsfall i henhold til EMCDDA
- antall dødsfall som skyldes alkoholbruk
- antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter legemiddeloven
- antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter straffeloven
- antall straffereaksjoner for ruspåvirket kjøring
- antall meldinger til barnevern om barns eller foreldres rusmisbruk
- andel brukere med tilfredsstillende levekårsindeks (grønn)
- andel brukere med utilfredsstillende levekårsindeks (rød + blålys)
- andel av befolkningen definert med en risikofylt alkoholbruk
- antall personer definert med høyrisikobruk av opioider
- andel av respondenter som svarer at de i løpet av de siste 12 månedene har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, alkohol (16–24 år)
- andel av respondenter som svarer at de i løpet av de siste 12 månedene har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, alkohol (65–79 år)
- andel av respondentene som svarer at de i løpet av de siste 12 månedene har brukt cannabis (16–64 år)
- andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj eller marihuana minst én gang de siste 12 månedene.¹⁾
- andel elever på videregående skole som har brukt hasj eller marihuana minst én gang de siste 12 månedene.¹⁾

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

I denne og andre underveisrapporteringer vil vi derfor kun kort omtale utviklingen for de inkluderte effektindikatorene.

Tabell 5.1 Andre måling, overordnede effektindikatorer

#	Indikator	Kilde	2016	2017	Endring
9	Antall narkotikautløste dødsfall iht. EMCDDA	FHI	284	247	-13,0 %
10	Antall dødsfall som skyldes alkoholbruk	FHI	340	339	-0,3 %
11	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter legemiddeloven	SSB	7 796	6 479	-16,9 %
12	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter straffeloven	SSB	8 168	7 268	-11,0 %
13	Antall straffereaksjoner for ruspåvirket kjøring	SSB	4 662	5 088	9,1 %
14	Antall meldinger til barnevern om barns eller foreldres rusmisbruk	SSB	10 486	10 089	-3,8 %
15	Andel brukere med tilfredsstillende levekårsindeks (grønn)	Bruker-Plan	5 %	5 %	Uendret
16	Andel brukere med utilfredsstillende levekårsindeks (rød + blålys)	Bruker-Plan	59 %	60 %	1 prosentpoeng
17	Andel av befolkningen definert med en risikofyllt alkoholbruk	FHI	17 %	-	N/A
18	Antall personer definert med høyrisikobruk av opioider	FHI	8 100	-	N/A
19	Andel av respondenter som svarer at de i løpet av de siste 12 md. har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, alkohol (16–24 år)	FHI	6 %	9 %	3 prosentpoeng
20	Andel av respondenter som svarer at de i løpet av de siste 12 md. har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, alkohol (65–79 år)	FHI	0 %	1 %	1 prosentpoeng
21	Andel av respondentene som svarer at de i løpet av siste 12 md. har brukt cannabis (16–64 år)	FHI	3,9 %	5,3 %	1,4 prosentpoeng
22	Andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj eller marihuana minst én gang siste 12 md. ¹⁾	Ungdata	3 %	3 %	Uendret
23	Andel elever på videregående skole som har brukt hasj eller marihuana minst én gang siste 12 md. ¹⁾	Ungdata	11 %	13 %	2,0 prosentpoeng

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

Rusmiddelutløste dødsfall

På indikator 9 og 10 om henholdsvis narkotikautløste dødsfall og dødsfall som skyldes alkohol, ser vi at det er en nedgang og positiv utvikling. I 2016 mistet 284 mennesker livet som følge av narkotika, i 2017 var tallet 247 (FHI 2018, indikator 9). I perioden 2003 til 2017 har dødstallene variert rundt et relativt stabilt gjennomsnitt på 264 dødsfall per år. I samme periode har også andelen narkotikautløste dødsfall målt som prosent av befolkningen variert rundt et stabilt gjennomsnitt (8,2 personer per 100 000 personer 15–64 år). Tallet for 2017 er lavere enn både i 2015 og 2016. Oslo hadde i 2017 det laveste antallet narkotikautløste dødsfall på 10 år²⁰. Det har imidlertid vært en endring i dødsårsaken. Den hyppigste dødsårsaken er ikke lenger heroin, men andre opioider, som de legale legemidlene morfin, kodein og oxycontin. Gjennomsnittsalderen til de døde har økt jevnt fra 36 år i 2006 til 43,5 år i 2017. Narkotikautløste dødsfall kan deles inn i tre hovedgrupper: overdoser (forgiftningsulykker), selvmord og avhengighet (psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk), og 78 prosent av dødsfallene i 2017 skyldtes overdoser (FHI 2018).

Rus handler ikke bare om narkotika, men også alkohol. Alkohol er det mest utbredte rusmidlet i vårt samfunn, og alkoholbruk forårsaker også betydelige folkehelseproblemer (FHI 2018). I 2016 mistet 340 mennesker livet som følge av alkohol, i 2017 var det 339. Det er med andre ord ikke en betydelig nedgang her slik det er for narkotikautløste dødsfall. Dette er dødsfall som utelukkende kan tilskrives alkoholbruk og ikke indirekte ved sykdommer som forverres ved alkoholbruk, ved trafikkulykker og annen voldsom død. Målt opp mot befolkningsveksten har det vært en markant nedgang i alkoholutløst dødelighet (fra 17 til 12,5 per 100 000 innbyggere over 15 år i perioden 2003 til 2016), men altså ikke en betydelig nedgang fra 2016 til 2017²¹.

Kriminalitet

Kriminalstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) gir oversikt over antall anmeldte, antall etterforskede, antall siktede og antall reaksjoner for narkotikalovbrudd. Vi har inkludert to indikatorer som sier noe om at narkotikarelatert kriminalitet ser ut til å bevege seg i ønsket retning. Antall narkotikarelaterte straffereaksjoner etter både straffeloven og legemiddeloven (indikator 11 og 12) er lavere i 2017 enn det var i 2016, mens det har vært en økning i straffereaksjoner knyttet til ruspåvirket kjøring (indikator 13). Det er særlig innsatsen fra politi og tollvesen som avgjør hvor mange lovbrudd som anmeldes, etterforskes og fører til straffereaksjoner. Forskjeller fra ett år til et annet vil derfor til en viss grad kunne ha sammenheng med kontrollinnsats, slik at det ikke nødvendigvis avspeiler omfang av rusrelatert kriminalitet.

Konsekvenser for barn

Antall bekymringsmeldinger til barnevernet om foreldres og barns rusmisbruk er en indikator på omfanget av barn som er i en vanskelig omsorgssituasjon som følge av foreldrenes eller eget rusmiddelbruk (indikator 14). Vi har i første delrapport argumentert for at det er relevant å følge denne indikatoren selv om den er vanskelig å tolke, og siden det ikke er opplagt i hvilken retning man faktisk ønsker at indikatoren skal utvikle seg. En økning i antall bekymringsmeldinger kan skyldes at det er flere

²⁰ <https://www.fhi.no/nyheter/2018/nakotikautlostedodsfall-2017/>

²¹ Disse tallene fra Folkehelseinstituttet ble offentliggjort under ferdigstilling av denne statusrapporten og vi har følgelig ikke hatt anledning til å gå nærmere inn på dette.

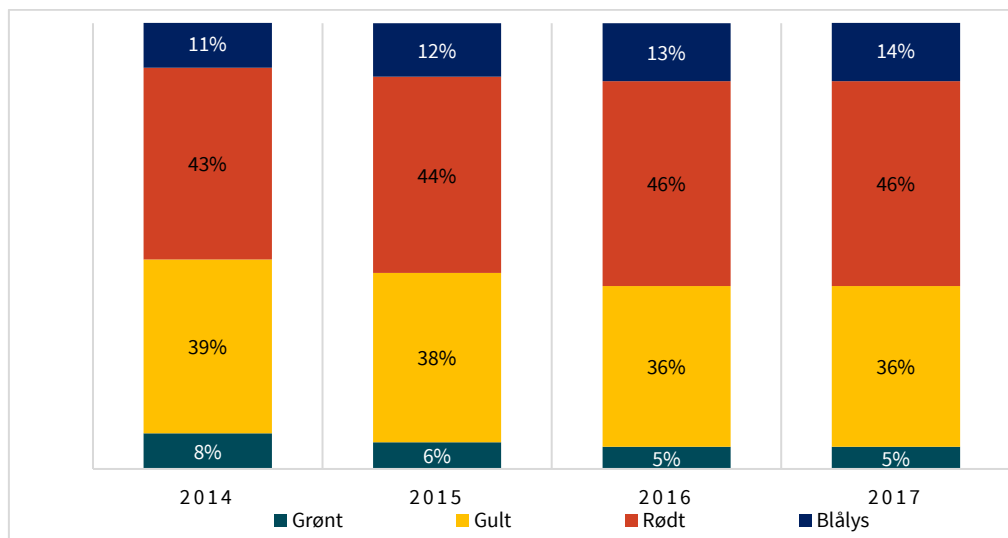
barn som blir rammet av denne formen for omsorgssvikt, og/eller at det er flere alvorlige tilfeller. En økning kan imidlertid også skyldes bedre rutiner og økt oppmerksomhet på å melde fra til barnevernet. For å vurdere hvorvidt indikatoren skal markeres som rød eller grønn, har vi lagt til grunn at ønsket retning er opp. I 2017 er antall samlede meldinger til barnevernet som skyldes foreldres og barns rusmisbruk, lavere enn i 2016. Indikatoren er følgelig merket rødt. Om vi bryter ned tallene, vil vi se at det er meldinger om foreldres rusmisbruk som går ned, mens det er en økning i meldingene om barns rusmisbruk. Ut fra casestudien er vi likevel litt usikre på hvordan denne samleindikatoren skal tolkes. Alle casekommunene sier at de har økt oppmerksomhet om barn som pårørende, og det ser ut som mange har innført rutiner som gjør at de etter hvert har bedre oversikt over hvorvidt personer med rusproblemer som mottar tjenester, har barn. Dette kan være en forklaring på hvorfor antall meldinger om foreldres rusmisbruk går ned, tjenestene har kanskje i utgangspunktet noe bedre oversikt. Flere kommuner sier at de etter å ha tatt i bruk BrukerPlan-kartlegging i kommunen er blitt mer oppmerksomme på om personer med rusproblemer har barn, omsorg for barn eller samvær med barn. Vi er med andre ord usikre på om det mest korrekte ville være å markere utviklingen på indikator 14 som grønn. Der som vi går videre til indikator 44 (se kapittel 7), gjelder den antall meldinger til barnevern kun for barns rusmiddelbruk, og alle typer meldere (barnet selv, familie, venner, lag og organisasjoner mv.). Her er det som beskrevet en økning i antall meldinger, og vi har markert denne som grønn. Dette tolker vi som et tegn på at det etter hvert er større oppmerksomhet om ansvaret for å melde om bekymring hos personer som møter barn og unge på ulike arenaer.

Livskvalitet

Vi har inkludert en indikator om livskvalitet hos personer med rusproblemer. Begrepet livskvalitet rommer mange ulike dimensjoner, men etter vår vurdering er levekårsindeksen fra BrukerPlan en relevant indikator på livskvalitet.²² Denne er basert på brukernes situasjon på åtte levekårsområder: bolig, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk- og psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk. I indikatorsettet inngår en indikator hvor vi følger utviklingen i andel brukere som oppnår grønn score på levekårsindeksen (indikator 15). BrukerPlan anvender en fargeskala med grønn, gul og rød, hvor grønn er best og rød er dårligst. For levekårsindeksen er det også en gradering kalt blålys, som gjelder for personer med svært dårlige levekår. I tillegg til indikatoren som viser brukere som scorer bra på levekårsindeksen (grønn), har vi en indikator som viser andel brukere som scorer dårlig (indikator 16), det vil si rød eller blålys. (Score på øvrige levekårsområder dekkes under hovedmål 4.) Vi ser at situasjonen er relativt uendret på begge indikatorene fra 2016 til 2017. I figur 5.1 viser vi utviklingen i en samlet levekårsindeks i perioden 2014–2017. Figuren er hentet fra BrukerPlans årsrapport 2017 (Helse Stavanger, KORFOR 2018:9).

²² Kartleggingen omfatter vurdering av åtte levekårsområder som er et uttrykk for mottakernes livssituasjon og daglige funksjon. Mottakerne blir vurdert etter en fargeskala med grønn, gul og rød, hvor grønn er best og rød dårligst. Opplysningene om status på de åtte levekårsområdene er samlet i en levekårsindeks. Mottakere med «blålys» på levekårsindeksen har relativt høy andel rød skår på alle levekårsområdene.

Figur 5.1 Levekårsindeks BrukerPlan. Tjenestemottakere med rusproblemer, N = 23 206 i 2017



Kilde: BrukerPlan (Helse Stavanger, KORFOR 2018)

Det ser ikke ut til at brukernes livskvalitet har bedret seg i perioden, bildet er heller at dette er relativt stabilt. Et mål på effekt av opptrappingsplanen bør være at den samlede levekårsituasjonen for personer med rusproblemer som mottar kommunale tjenester, blir bedre. Fra 2016 til 2017 øker andelen brukere som får rødt eller blålys på levekårsindeksen, noe, det vil si at det er grupper med særdeles dårlige levekår. Økningen er liten og derfor kategorisert som gul, men andelen må kunne betraktes som høy, og utviklingen er en fortsettelse av utviklingen vi har sett de senere år (jf. Helse Stavanger, KORFOR 2018). I 2017 hadde om lag 9200 brukere utilfredsstillende score (rødt eller blålys) på levekårsindeksen. I casestudiene ser vi at flere av kommunene erfarer at de har utfordringer med å gi et godt tjenestetilbud til særlig personer med omfattende rus- og psykiske helse-plager. BrukerPlan-dataene viser også at tjenestemottakere med ROP-lidelser scorer dårligere på alle levekårsområder sammenlignet med de som ikke har ROP-lidelser (Helse Stavanger, KORFOR 2018:24).

Utvikling i rusmiddelbruk

Vi har ikke tilgang til oppdaterte tall fra Folkehelseinstituttet på andel i befolkningen med risikofylt alkoholforbruk (indikator 17) og andel personer med høyrisikobruk av opioider (indikator 18). De øvrige indikatorene på problematisk rusmiddelbruk (indikator 19–23) peker i retning av økt bruk av rusmidler både blant unge og eldre. For unge i alderen 16–24 år er det en økning på 3 prosentpoeng i andelen som svarer at de i løpet av de siste 12 månedene har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens (indikator 19). Vi ser også at for eldre (personer i aldersgruppen 65–79 år) har andelen som svarer at de i løpet av de siste 12 månedene har hatt en ukentlig beruselsesfrekvens, økt med fra 0 til 1 prosentpoeng (indikator 20). Andelen eldre med ukentlig beruselsesfrekvens er fortsatt liten, og kategorisert som gul, men det er likevel verdt å merke seg at det er en økning. I casestudiene er det flere fra helse- og omsorgstjenesten som tar opp at de erfarer at det er økende alkoholproblemer blant eldre, og at tjenestene strever med hvordan de skal forholde seg til dette.

Generelt ser vi at det er en økning i andelen i den voksne befolkningen (16–64 år) som oppgir at de i løpet av de siste 12 månedene har brukt cannabis (indikator 21).

Fortsatt utgjør dette kun om lag 5 prosent i denne aldersgruppen, men med en økning på 1,4 prosentpoeng fra 2016. Også for unge personer (i aldersgruppen 16–24 år) øker bruken av hasj og/eller marihuana i perioden. Årets Ungdata-undersøkelse (Bakken 2018) viser at andel elever på videregående skole som har brukt hasj eller marihuana minst én gang siste 12 måneder, har økt med 2 prosentpoeng, fra 11 prosent i 2016 til 13 prosent i 2017. Det er med andre ord økende rusbruk i ungdomspopulasjonen. Ungdata-undersøkelsen bekrefter for øvrig bildet som tidligere er gitt av norsk ungdom som en veltilpasset, aktiv og hjemmekjær ungdomsgenerasjon, men at det er flere utviklingstrekk som peker i retning av det forfatterne omtaler som «et brudd i skikkelighetstrenden» (Bakken 2018).

Utviklingen i rusbruk blant både eldre og yngre er tatt opp i casestudien og blir nærmere diskutert i kapittel 7 og 8.

6 Bruker- og pårørende- medvirkning i tjenesteapparatet

Hovedmål 1 i opptrappingsplanen er å «sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet». Opptrappingsplanen vektlegger ikke bare brukere, men også de pårørende. Arbeidet med å utvikle indikatorer for å følge utviklingen på dette området er derfor operasjonalisert slik at det dekker medvirkning av både brukere og pårørende.

Det er 15 indikatorer knyttet til bruker- og pårørendemedvirkning. De er fordelt slik at det er tre indikatorer knyttet til **innsats**:

- bevilgninger til brukermedvirkning i organisert form
- andel kommuner som oppgir at noen av årsverkene innenfor psykisk helse- og rusarbeid for voksne har brukererfaring (erfaringskompetanse)
- andel kommuner som oppgir at noen av årsverkene innenfor psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge har brukererfaring (erfaringskompetanse)

Fire indikatorer for **aktivitet**:

- andel kommuner som innhenter brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene gjennom for eksempel brukerråd, brukerundersøkelser eller bruk av verktøy for systematiske tilbakemeldinger fra brukerne (spesifikt nevnt Feedback-informerte tjenester, FIT)
- andel brukere med planer og eller ansvarsgrupper (dette omfatter både individuell plan, kriseplan, nettverksmøter, tiltaksplaner og andre planer og ansvarsgruppe)
- andel brukere som i stor eller svært stor grad er fornøyd med ansvarsgruppe om de har det
- andel brukere som i stor eller svært stor grad er fornøyd med individuell plan om de har det

De øvrige åtte indikatorene er knyttet til **resultater**, altså hvorvidt man når målene om økt bruker- og pårørendemedvirkning:

- andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestetilbudet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som recovery-orientert
- andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen psykisk helse- og rusfeltet
- andel kommuner som svarer at de ivaretar voksne som pårørende på en god eller svært god måte
- andel kommuner som svarer at de ivaretar barn som pårørende på en god eller svært god måte
- andel brukere som oppgir at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på

- utforming av tjenestetilbudet
- andel brukere som i stor eller svært stor grad opplever at tjenestene de mottar, har vært tilpasset deres behov
 - andel pasienter i TSB som rapporterer at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på behandlingen
 - andel pasienter i TSB som i stor eller svært stor grad opplever et godt samarbeid mellom personalet i TSB og pårørende

Status på indikatorene presenteres i tabell 6.1. For flere av indikatorene er det 2017-data som utgjør nullpunktet, siden det ikke har vært tilgjengelig data for 2016. Følgelig er det per nå ikke mulig å si noe om utvikling over tid. Dette gjelder for nesten alle resultatindikatorene.

Tabell 6.1 Andre måling av hovedmål 1

#	Type	Indikator	Kilde	2016	2017	Endring
24	Innsats	Bevilgninger til brukermedvirkning i organisert form (tusen 2016-kroner)	IS-24/8	58 908	82 097	39,4 %
25		Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene innen psykisk helse- og rusarbeid for voksne har brukererfaring	IS-24/8	-	23 %	N/A
26		Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene innen psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge har brukererfaring	IS-24/8	-	3 %	N/A
27	Aktivitet	Andel kommuner som har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 md. som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.)	IS-24/8	42 %	44 %	2,0 prosentpoeng
28		Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin individuelle plan (gitt at de har en)	BU	43 %	-	N/A
29		Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin ansvarsgruppe (gitt at de har en)	BU	52 %	-	N/A
30		Andel brukere med planer og/eller ansvarsgrupper (omfatter individuell plan, kriseplan, nettverksmøter, tiltaksplan / andre planer og ansvarsgruppe)	Bruker-Plan	66 %	64 %	-2,0 prosentpoeng
31	Resultat	Andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusfeltet som recovery-orientert	IS-24/8	-	67 %	N/A
32		Andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer at de sikrer brukermedvirkning i tjenestetutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet	IS-24/8	-	73 %	N/A
33		Andel kommuner som svarer at de ivaretar voksne som pårørende på en god eller svært god måte	IS-24/8	-	39 %	N/A

34	Andel kommuner som svarer at de ivaretar barn som pårørende på en god eller svært god måte	IS-24/8	-	43 %	N/A
35	Andel brukere som i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet	BU	-	36 %	N/A
36	Andel brukere som i stor eller svært stor grad opplever at tjenestene de mottar, har vært tilpasset deres behov	BU	-	42 %	N/A
37	Andel brukere i TSB som rapporterer at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på behandlingen	Pasienterfaringer TSB	88 %	-	N/A
38	Andel pasienter i TSB som i stor eller svært stor grad opplever et godt samarbeid mellom personalet i TSB og pårørende	Pasienterfaringer TSB	31 %	-	N/A

Statusmålingen viser at kommunene samlet sett rapporterer at de bruker 39 prosent mer på brukervedvirkning i 2017 i enn ved siste måling i 2016 (IS-24/8-data). Når kommunene skal svare på hvilket beløp de bevilget til brukervedvirkning i IS-24/8, er det presisert at dette kan omfatte støtte til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og/eller deres pårørende som skal sikre brukervedvirkning på systemnivå. Det kan også omfatte midler brukt til brukerråd, brukerrepresentanter og lignende (Ose & Kaspersen 2017:79).

Ser man nærmere på resultatene fra rapporteringen av IS-24/8, skyldes ikke denne betydelige økningen som framkommer, at alle kommuner nå bruker mer penger på brukervedvirkning på systemnivå. 60 prosent av kommunene oppga 0 eller hoppet over dette spørsmålet på rapporteringen for 2017. En betydelig del av økningen skyldes at Oslo kommune rapporterte et mye høyere beløp til dette formålet for 2016 enn for 2015 (ibid.:81).²³ Økningen som framkommer, kan følgelig ikke tas som et uttrykk for en generell økning i bevilgningene til brukervedvirkning i alle kommuner, og indikatorens verdi på nasjonalt nivå kan diskuteres.

Når det gjelder andel kommuner som oppgir at de henter inn brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene innen rus og psykisk helse (indikator 27), er det en bevegelse i positiv retning, fra 42 til 44 prosent. Men det er fortsatt mindre enn halvparten av kommunene som har denne formen for innhenting av brukererfaring.

Andelen kommuner som har personer med brukererfaring i tjenestene (indikator 25 og 26), er lav, og det blir derfor interessant å se om dette bedrer seg når 2018-tallene foreligger. Casestudien viser at det er økende oppmerksomhet om bruk av erfaringskompetanse i kommunene.

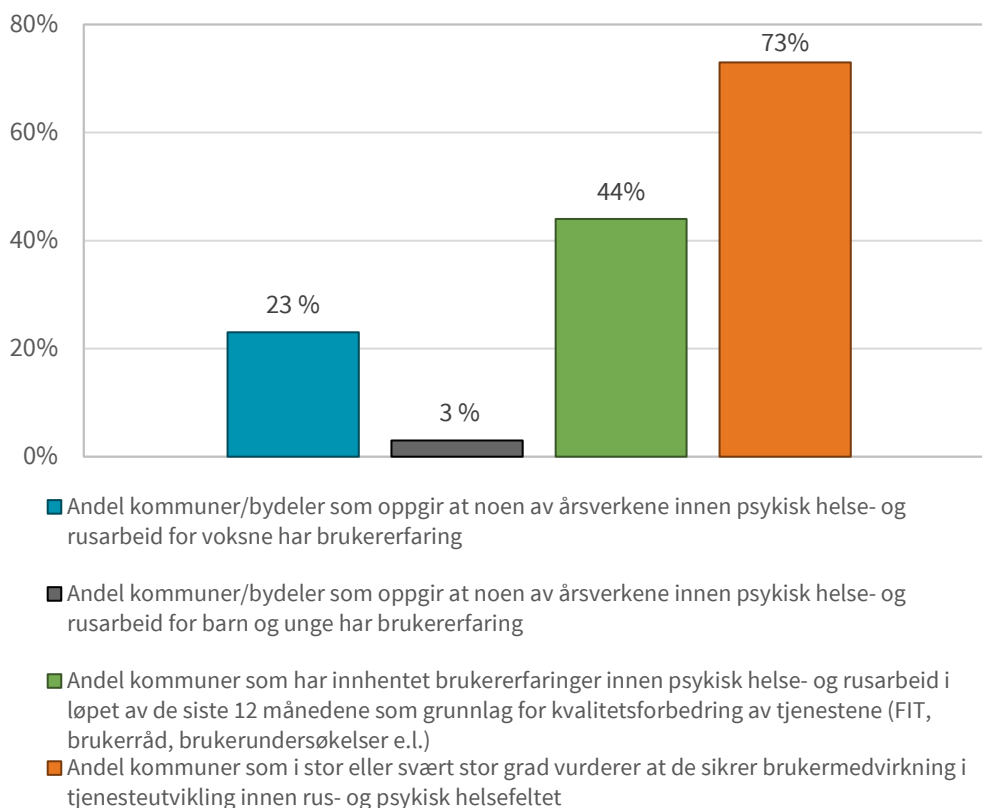
²³ Kommunene rapporterer i 2017 på bevilget beløp i 2016. Tallet som rapporteres i tabellen, indikator 24, er i 2016-kroner også for 2017.

Brukermedvirkning på systemnivå

I figur 6.1 viser vi at en høy andel av kommunene mener at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling på rus- og psykisk helse-feltet, mens vi ser at andelen som faktisk har innhentet brukererfaring gjennom ulike verktøy og metoder, er mye lavere og betydelig lavere når det gjelder inkludering av erfaringskompetanse i tjenestene.

Figuren viser at det kan se ut som det er et sprik mellom kommunenes vurdering av hvorvidt de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutviklingen, og hva kommunene faktisk gjør. Under halvdelen av kommunene har gjennomført systematisk innhenting av brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, men likevel er det over 70 prosent som mener at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutviklingen innenfor rus- og psykisk helse-feltet. Svært få har foreløpig erfaringskompetanse i tjenestene. På bakgrunn av casestudiene vet vi at mange kommuner etter hvert har oppmerksomhet om det å inkludere erfaringskompetanse i tjenestene og verdien av dette. At en så stor andel av kommunene rapporterer at de mener de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus og psykisk helse, er vanskelig å tolke. Det kan være at noen kommuner her har tenkt på hvorvidt de er opptatt av å sikre brukermedvirkning på individuelt nivå. Det er viktig å følge disse indikatorene framover for å se om det blir større samsvar mellom faktisk aktivitet for å sikre brukermedvirkning på systemnivå og kommunenes vurdering av at de gjør dette.

Figur 6.1 Brukermedvirkning i tjenestene og som grunnlag for tjenesteutvikling



Kilde: IS-24/8 2017

Casestudien har gitt mer kunnskap om status og aktivitet på de ulike indikatorene som er presentert i figuren. Vi vil her presentere noen betraktninger fra kommunene knyttet til dette.

Erfaringskompetanse

I mange av kommunene er det stor oppmerksomhet om erfaringskompetanse i tjenestene og verdien av dette. Av de seks casekommunene er det bydel Gamle Oslo, Sandnes, Kristiansund og Fjell som har erfaringskompetanse ansatt i kommunen. Østre Toten har fått midler til å ansette én erfaringskonsulent. Å ansette noen med erfaringskompetanse er et tema også i Vadsø, men de har foreløpig ikke noen konkrete planer om dette. De har en ansatt med pårørendeerfaring i enhet psykisk helse og rus, men ikke ansatte med brukererfaring.

Mange informanter framhever betydningen eller verdien av erfaringskompetanse i de kommunale tjenestene, som tjenesteutøvere i møte med brukere, og som en viktig stemme i utvikling av tjenestene. En representant for en pårørendeorganisasjon understreker nettopp viktigheten av erfaringskonsulenter i møtet og samspillet med brukerne. Informanten erfarer fra egen kommune at det å ha erfaringskompetanse i oppfølgingstjenestene for personer med rusproblemer har en stor verdi. Ansatte med erfaringskompetanse har ofte lettere for å sette seg inn i situasjonen som brukerne er i, skape tillit og samtidig sette tydelige krav til brukerne enn det ansatte uten brukererfaring har.

Fjell kommune hadde ved vårt casebesøk nylig ansatt en person med erfaringskompetanse i sine rustjenester. Kommunen hadde derfor få erfaringer foreløpig, men like fullt store forventninger til hva denne personen kunne bidra med. Dette gjaldt særlig forventninger til positivt bidrag i kommunens oppfølgingsarbeid med personer med rusproblemer.

Sandnes er et eksempel på en kommune som jobber systematisk med brukermidvirkning, både i tjenestene og i tjenesteutviklingen. De har ni erfaringskonsulenter ansatt i mestringsenheten. Noen av disse er ansatt på prosjektmidler, mens andre er i ordinære faste stillinger, finansiert blant annet gjennom midler fra Opptrappingsplanen for rusfeltet. I Sandnes brukes også erfaringskompetanse i tjenesteutviklingen. Det er nylig opprettet et fagutviklingsteam som bidrar til fagutvikling i tjenesten, hvor 30 prosent av deltakerne er erfaringskonsulenter. En av informantene i kommunen framhever betydningen samarbeidet med personer med egenerfaring har hatt på tjenesteutviklingen i kommunen.

Også mestringsenhet psykisk helse og rus i Gamle Oslo har hatt oppmerksomhet om inkludering av erfaringskompetanse. I FACT-teamet og psykisk helse-teamet er det erfaringskonsulenter, og det er en ansatt med erfaringskompetanse i Utviklingscenteret for psykisk helse og rusarbeid. I utviklingen av Ung Arena²⁴ har det vært systematisk jobbing med inkludering av erfaringskompetanse både i utviklingen av tilbudet og i selve tilbudet (det er personer med erfaringskompetanse som arbeider der). Erfaringen i Ung Arena er at erfaringskompetansen har gitt verdifull innsikt i hvordan man kan lykkes med å komme tidligere inn med tiltak til ungdom som har ulike utfordringer, og hvordan man kan senke terskelen inn til tiltakene/tilbudene. Ved tilbudet er det i dag slik at ungdom som kommer, ofte foretrekker å snakke med de unge som jobber der, og disse unge ansatte med erfaringskompetanse kan fungere som

²⁴ Ung Arena er et lavterskel samtaletilbud til barn og unge i alderen 12–25 år. Se mer om dette i kapittel 3.

brobyggere for å få ungdommene til å snakke med fagpersoner i tilbudet. Denne vektleggingen av erfaringskompetanse og de unges perspektiver har ført til at informanten ved Ung Arena erfarer at de kommer i kontakt med noen unge som ikke tidligere har vært i kontakt med andre tjenester. Terskelen er senket. Det er ikke erfaringskompetanse i andre tjenester i bydelen.

Systematisk innhenting av brukererfaring

I figur 6.1 ser vi at under halvparten av kommunene innhenter brukererfaring gjennom ulike systemer som brukerråd, brukerundersøkelser eller systematiske tilbakemeldingssystemer fra brukerne (indikator 27). Casekommunene illustrerer at det er stor variasjon i praksis knyttet til systematisk innhenting av brukererfaring, selv om alle casekommunene i denne studien har noe aktivitet.

Sandnes kommune har mye aktivitet for brukermedvirkning på systemnivå. Kommunen har et bruker- og pårørende forum hvor bruker- og pårørendeorganisasjoner møtes fire ganger i året under ledelse av ansatte i kommunen. Forumet jobber ut fra et årshjul med temaer, og møtene legges slik at de kan bidra til å påvirke økonomiplan og politiske prosesser i kommunen. Sandnes har også tatt i bruk FIT (Feedback informed treatment)²⁵ for systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra brukerne. FIT brukes etter hver konsultasjon for å få en systematisk tilbakemelding fra bruker til behandler. Denne informasjonen kan brukes til å tilpasse tjenestene etter brukeres behov, både på individ- og systemnivå. Kristiansund planlegger å ta i bruk FIT fra høsten 2019.

Selv om ikke alle kommunene har formalisert brukermedvirkning på systemnivå i like høy grad som Sandnes kommune, så er det ulike initiativer og aktiviteter i alle casekommunene. I Østre Toten har de tidligere arrangert en dialogsamling med brukere i psykisk helse- og rustjenestene. Hensikten var å hente inn brukererfaring som grunnlag for videre utvikling av tjenestene. I tillegg til tjenestene i kommunen var Kompetansesenter rus representert på samlingen. I Gamle Oslo har de inkludert brukerrepresentanter fra RIO og Mental Helse i styringsgruppen for Utviklingssenteret i mestringsenhet psykisk helse og rus. Casestudien viser at det å få brukerrepresentanter til å stille opp i møter eller annet knyttet til utvikling av tjenester kan være en utfordring. Dette kan skyldes at det i noen mindre kommuner ikke er aktuelle brukerrepresentanter, og/eller at det ikke finnes organisasjoner på rusfeltet representert i kommunen. Denne forklaringen gikk igjen i flere av kommunene vi besøkte.

I Nord-Norge har fylkesmannsembetene i Nordland, Troms og Finnmark gått sammen om å finansiere et prosjekt for bedre brukermedvirkning kalt Brukerstemmen i nord. Gjennom dette prosjektet har RIO og Marborg hatt mulighet for å bidra med brukermedvirkning overfor kommunene i Nord-Norge. Prosjektet har pågått siden 2016 og gitt finansiering til en 50 prosent stilling i hver av de to organisasjonene. Disse stillingene skal blant annet bidra til at organisasjonene kan jobbe utadrettet, både for å bidra til å få flere brukerrepresentanter ute i kommunene og støtte opp under disse og for at de skal kunne besøke kommuner som ikke har brukerrepresentanter lokalt. Vadsø kommune har hatt disse to organisasjonene på besøk, og de har bidratt i diskusjonen om utvikling av tjenestene. En informant fra de involverte brukerorganisasjonene påpeker at prosjektet gir en mulighet for å «åpne dørene inn til

²⁵ Feedback-informerte tjenester handler om systematisk tilbakemelding fra brukere samt å endre og tilpasse tjenestene i tråd med disse tilbakemeldingene. Dette er et viktig ledd i å benytte erfaringer fra brukere til å forbedre tjenestene. Det finnes mange ulike tilbakemeldingsverktøy. (kilde: <https://www.napha.no/fit/>)

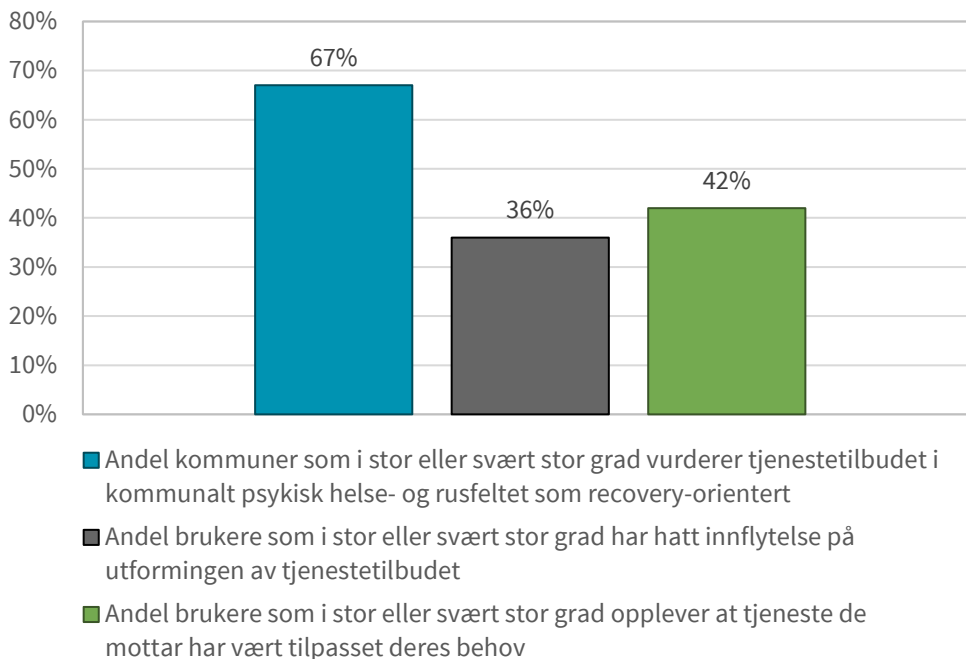
kommunene og få inn brukerperspektivet». Prosjektet gir mulighet for å jobbe videre med å styrke lokal brukermedvirkning. I tildeling av tilskuddsmidler på rusfeltet har fylkesmannsembetene oppfordret om å bruke Brukerstemmen i nord. Dette initiativet er et eksempel på muligheten for å styrke brukermedvirkning på systemnivå også i kommuner hvor det ikke per i dag er lokal representasjon av organisasjoner på rusfeltet. Brukerstemmen i nord er finansiert med prosjektmidler, og videreføring etter at prosjektperioden utløper, er følgelig uklart.

Alle casekommunene har tatt i bruk BrukerPlan og deltar i kartleggingen en gang i året. Dette er en kartlegging hvor det er de ansatte som fyller ut skjemaene, og slik sett er det de ansattes vurdering av den enkelte brukers situasjon som kommer til uttrykk. Samtidig har BrukerPlan blitt et verktøy for utvikling av tjenester i kommunene. Fjell kommune er et illustrerende eksempel. Her forteller informantene at BrukerPlan blant annet brukes til å kommunisere administrativt og politisk om hvordan tilstanden er på rusfeltet i kommunen. BrukerPlan brukes også til å identifisere områder hvor kommunen har liten oversikt og kunnskap og derfor trenger å sette inn mer ressurser.

Brukerorienterte tjenester

Å styrke brukernes innflytelse, også i utforming av eget tjenestetilbud, er sterkt vektlagt i opptrappingsplanen. I figur 6.2 viser vi hvorvidt brukerne selv erfarer at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på eget tjenestetilbud (indikator 35), og om de opplever at tjenestene de mottar, har vært tilpasset deres behov (indikator 36), samt hvor stor andel av kommunene som selv vurderer at tjenestetilbudet på psykisk helse- og rusfeltet er recovery-orientert (indikator 31). Indikatoren for hvorvidt kommunene vurderer tjenestene som recovery-orientert, er hentet fra IS-24/8, og her er recovery-orientert forklart med at «tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus» (Ose & Kaspersen 2017:80). Innenfor recovery-orientert praksis blir det ofte vektlagt å anerkjenne den enkelte brukers perspektiver og tjenesteutøvernes rolle i å støtte opp under den enkeltes bedringsprosess. Med andre ord er den enkeltes innflytelse på eget tjenestetilbud viktig. Det kan se ut som det er et sprik mellom kommunenes vurdering av hvorvidt de arbeider recovery-orientert, og brukernes egen opplevelse av innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet sitt eller hvorvidt tjenestene er tilpasset deres behov.

Figur 6.2 Andel kommuner som mener de arbeider recovery-orientert, og brukernes vurdering av egen innflytelse og hvorvidt tjenestene er tilpasset deres behov.



Kilde: IS-24/8 og Nasjonal brukererfaringsundersøkelse

Det er mindre enn 40 prosent av brukerne i Nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse som oppgir at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet. Noen flere brukere oppgir at de opplever at tjenestene de har mottatt, i stor eller svært stor grad har vært tilpasset deres behov. Samtidig er det nær syv av ti kommuner som mener tjenestene deres er recovery-orientert.

Noe av forskjellen i oppfatning kan skyldes at kommunene har noe ulik forståelse av hva det å arbeide recovery-orientert betyr, eller at de har noen tjenester på rusfeltet, kanskje et ambulant team eller en enkelttjeneste som arbeider recovery-orientert, men ikke alle. Det store spriket kan også være et tegn på store ambisjoner i kommunene om å arbeide recovery-orientert, men at de kanskje ikke har kommet så langt med dette arbeidet at brukerne «merker det».

Økt oppmerksomhet om recovery

I Sandnes kommune har det lenge vært lagt vekt på bruk av recovery-metodikk, og kommunen har jobbet systematisk for å etablere dette som et felles verdisett for enheten som utfører rus- og psykisk helse-tjenester. Som en del av dette arbeidet tok kommunen i bruk motiverende intervju (MI) som metode, blant annet for å øke de ansattes kompetanse på å stille åpne spørsmål, lytte til brukerne og få en relasjon for å motivere til endring. Alle ansatte ble kurset i metoden og deltok på obligatorisk veiledning én gang i måneden. Informanter i kommunen mener de gjennom god forankring har lyktes med å implementere et felles verdisett og en bevisstgjøring om hvilke prinsipper og metoder man jobber etter i tjenesten. Dette danner utgangspunkt for tjenesteutvikling. I kommunen pågår det også et prosjekt som heter Recovery is up to you. Prosjektet er et brukerstyrt kursopplegg for brukere om å mestre livet, hvor alle som holder kurset, har brukererfaring. Fagpersoner i kommunen er

med på å rekruttere til kurset, som går over 12 uker. I Sandnes skal det også med støtte fra den statlige tilskuddsordningen for mennesker med langvarige og sammensatte behov etableres et «Jæren recovery college», som skal fokusere på samspillet mellom fag og erfaring. Målet er at de basert på et likeverdig forhold mellom fag og brukererfaring skal utvikle kurs, gruppetilbud, workshop og innovasjon i tjenestene. Prosjektet er utviklet i samarbeid med ni andre instanser: fire kommuner, to avdelinger i helseforetak, to brukerorganisasjoner og én stiftelse.

Det å arbeide recovery-orientert får stor oppmerksomhet i fagmiljøene på feltet, og dette sprer seg ut i kommunene. Den nye strategiplanen for rusfeltet i Oslo kommune har for eksempel sterk recovery-orientering. I Kristiansund har de startet en innfasing av recovery-orientering innen rus- og psykisk helse-tjenester. Både Kompetansesenter rus (KoRus) og flere av fylkesmannsembetene over hele landet har bidratt med kurs for eksempel i motiverende intervju (MI) for å styrke brukerorientering i tjenestene. Som vi skal komme tilbake til i kapittel 9, er det etter hvert startet opp flere Housing First-prosjekter i kommunene, og det å arbeide brukerorientert og recovery-basert er et av hovedprinsippene i denne tilnærmingen. I alle casekommunene vektlegger tjenesteutøvere særlig innenfor de oppsøkende oppfølgingsteamene at det å arbeide ut fra brukernes perspektiver og å gi individuelt tilpassede tjenester er et viktig suksesskriterium. Dette er ikke nødvendigvis samsvarende med at de har implementert recovery-orientering i tjenestene, men kanskje mer et uttrykk for generelt større brukerorientering i tjenestene på rusfeltet.

Økt oppmerksomhet om brukernes behov

At en såpass stor andel av brukerne opplever at de ikke har god innflytelse på eget tjenestetilbud, eller at den hjelpen de mottar, faktisk er tilpasset de behovene de har, tyder på stort behov for utvikling av tjenestene i kommunene. Det vil selvsagt bli interessant å følge utviklingen på de tre indikatorene presentert i figur 6.1. Vil økt oppmerksomhet om brukerorientering og recovery etter hvert gjenspeile brukernes opplevelse av innflytelse på eget tjenestetilbud og deres opplevelse av at tjenestene er tilpasset deres behov, i Nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse?

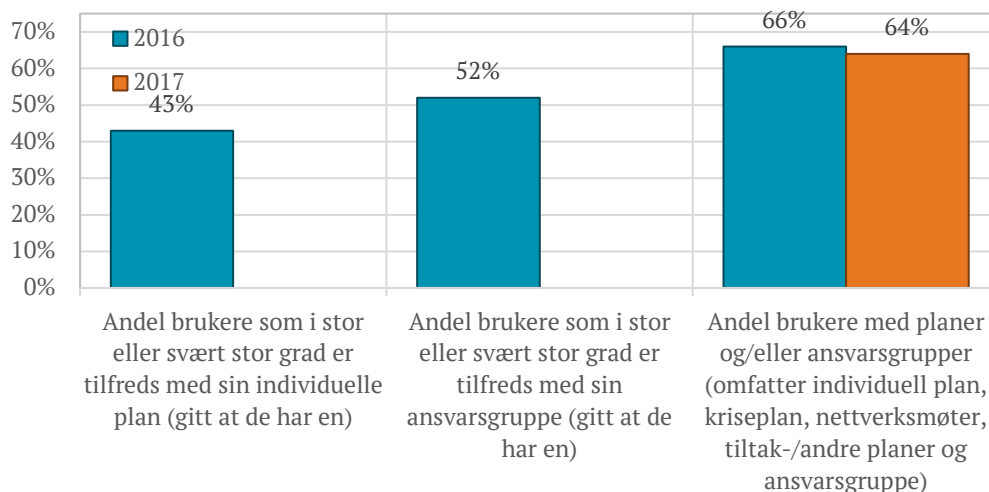
Innenfor brukerorientering er det viktig å merke seg at det innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er en svært høy andel som i Pasienterfaringsundersøkelsen oppgir at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på behandlingen (indikator 37). 88 prosent av brukerne, det vil si nær ni av ti, oppgir at de har slik innflytelse. Her har vi ikke nye tall tilgjengelig, og vi kan derfor ikke si om utviklingen går i positiv eller negativ retning. Den høye andelen som oppgir at de har innflytelse, kan selvsagt ha sammenheng med at brukerne har søkt seg til spesielle behandlingssteder eller ønsket seg inn i spesielle behandlingsopplegg, og dermed erfarer at de har innflytelse på dette. Det er også rutine i TSB at det tidlig i behandlingsforløpet utvikles en behandlingsplan sammen med brukeren.

Planer og ansvarsgrupper

Utvikling av individuell plan (IP) sammen med brukeren er et verktøy for den enkeltes medvirkning i utforming av eget tjenestetilbud for å tydeliggjøre mål, ressurser og behov og sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Bruk av IP og for eksempel ansvarsgrupper er også en tilrettelegging for samordning av tje-

nester. Brukere og pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan.²⁶ Siste BrukerPlan-kartlegging viser at kun 14 prosent av brukerne innenfor rusfeltet har individuell plan (Helse Stavanger, KORFOR 2018:19). Andelen som har individuell plan, har vært stabil de siste fire årene. Dette er underlig sett i lys av at mange personer med rusproblemer har sammensatte og langvarige problemer. En årsak kan være at mange erfarer at det er krevende å bruke verktøyet IP, og at mange brukere derfor ikke ønsker IP. Flere informanter i casestudien sier nettopp at mange brukere ikke ønsker IP, men at de ofte har enklere planer eller avtaler om tjenestene som brukeren mottar. BrukerPlan-kartleggingen viser også at 28 prosent har andre typer planer, og at 9 prosent har kriseplaner (ibid.:19). Dette betyr at den samlede andelen av brukerne som har noen form for planverk for struktur og oversikt over tjenestene sine, er høyere enn de som kun har IP. Det å ha ansvarsgruppe kan også være en måte å få struktur og sammenheng i tjenestetilbudet på. Indikator 30 er en samleindikator for andel av brukerne kartlagt i BrukerPlan som har en eller annen form for plan eller ansvarsgruppe. Indikator 28 er andel brukere med IP som er fornøyd med denne, og indikator 20 er andel av brukere med ansvarsgruppe som er fornøyd med denne. I figur 6.3 viser vi utviklingen i andelen brukere som har en eller annen form for plan eller gruppe, og i hvilken grad brukere som har enten IP eller ansvarsgruppe, er fornøyd med disse.

Figur 6.3 Andel brukere med noen form for plan og/eller ansvarsgruppe, og brukernes tilfredshet med henholdsvis egen IP og ansvarsgruppe



Kilde: BrukerPlan og Nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse

Flere informanter i casestudien og i erfaringssamlingene sier at for mange er ansvarsgruppen en viktig arena både for å tydeliggjøre hvilke tjenester brukeren har behov for og ønsker, og for koordinering av tjenestene. Samlet ser vi at en relativt høy andel

²⁶ Hjemlet blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) § 28 og § 33, arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 15 og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) § 7-1.

av alle brukere kartlagt i BrukerPlan har en eller annen form for plan og/eller ansvarsgruppe. Til tross for dette er det en samlet nedgang på 2 prosentpoeng i andel brukere som har en form for plan eller ansvarsgruppe fra 2016 til 2017. 36 prosent av brukerne hadde i 2017 hverken noen plan eller noen ansvarsgruppe. Det kan være interessant å gå nærmere inn på hvor stor andel av brukere som mottar flere tjenester og burde være i målgruppen for å ha ansvarsgruppe eller noen form for plan, som ikke har det. Dette er utenfor dette evalueringsprosjektets rammer, men kan beregnes på bakgrunn av kartleggingene i BrukerPlan.

Tilfredshet med planer og ansvarsgrupper

I figur 6.3 ser vi at det er en høyere andel av brukerne som har ansvarsgruppe, som er tilfreds med denne, enn andelen av brukere med individuell plan (IP) som er fornøyd med planen sin. At under halvdelen av de som har IP, oppgir at de i stor eller svært stor grad er tilfreds med denne, må tolkes som et behov for å se nærmere på hvordan arbeidet med IP fungerer. En informant i TSB forteller at de ved en brukerundersøkelse oppdaget at svært få av brukerne som hadde kriseplan, faktisk visste hvordan de skulle forholde seg om de for eksempel fikk tilbakefall etter utskrivning, selv om dette var en del av kriseplanen. Dette hadde medført at de i institusjonen hadde jobbet mer med metoden for å skape eierskap hos den enkelte til egen plan. Dette kan også være et behov for andre typer planer som brukes. I to av casekommunene kommer det fram at det er noe uenighet om hvorvidt man mener at IP er et egnet verktøy for brukere med de mest omfattende rusproblemene og brukere med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser. Å utvikle planen kan oppleves krevende. Informanter i den ene kommunen sier at det ofte også er slik at brukerne ikke ønsker IP. Ofte er det da bruk av ansvarsgrupper i stedet. Å styrke og øke bruken av individuell plan er sterkt vektlagt i Opptappingsplanen for rusfeltet. Dersom dette målet skal nås, er det behov for en styrket oppmerksomhet om hvordan man skal nå dette målet. Sandnes kommune skiller seg ut fra andre kommuner ved at de oppgir at opp mot halvparten av brukerne har IP. Som tidligere presentert vektlegger kommunen sterkt å arbeide brukerorientert og å involvere brukeren i utforming av eget tjenestetilbud. Vi har ikke data for å si noe om brukernes tilfredshet med disse planene.

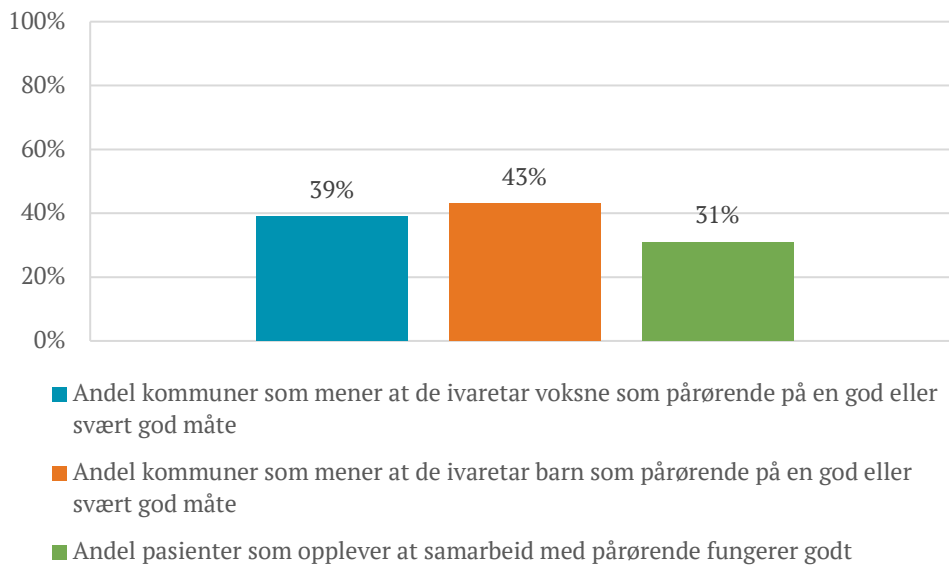
Over halvparten av de som har ansvarsgruppe, oppgir at de er tilfreds med sin gruppe. Flere av informantene fra tjenestene i casekommunene deltar i ansvarsgrupper, og mange sier at dette er en viktig gruppe for koordinering av tjenester. Ansvarsgrupper er et viktig verktøy for brukere med behov for flere tjenester og ikke minst for brukere med tjenester både fra spesialisthelsetjeneste og kommune. I overgangen fra opphold i døgnbehandling til kommunen kan det å ha en operativ ansvarsgruppe være avgjørende for om brukeren har bolig og får de tjenestene og den oppfølgingen han eller hun har behov for. En av informantene i spesialisthelsetjenesten sier at de innkaller til ansvarsgrupper for pasienter for å planlegge tiden etter utskrivning. Forhold som er viktige å få på plass, er blant annet bolig og økonomi, noe som krever involvering av kommunen og NAV. Denne informanten sier at det kan være frustrerende når de erfarer at NAV ofte ikke har anledning til å møte på grunn av høyt arbeidspress.

Fra noen av kommunene kommer den samme frustrasjonen andre veien, informanter fra psykisk helse- og rusfeltet erfarer at det ikke alltid er mulig å få for eksempel DPS eller andre deler av spesialisthelsetjenesten til å møte i ansvarsgruppe, eller at det ikke er tilstrekkelig oppmerksomhet om bruk av ansvarsgruppe for å sikre overgangen fra døgnbehandling til kommunen.

Pårørendeperspektiv

Hovedmål 1 inkluderer en målsetting om å styrke pårørendemedvirkning og ivaretagelse av pårørende, herunder barn som pårørende. For dette målet følger vi tre indikatorer, men her har vi dessverre ikke data for å vise utvikling over tid. To av indikatorene angir andel kommuner som mener de ivaretar henholdsvis barn (indikator 34) og voksne (indikator 33) som pårørende. Disse indikatorene er basert på data fra IS-24/8 og spørsmål som første gang ble lagt inn i kartleggingen i 2017. Den tredje indikatoren hentes fra Pasienterfaringsundersøkelsen i TSB og angir andel pasienter som opplever et godt samarbeid mellom personalet i TSB og pårørende (indikator 38). I figur 6.4 viser vi status på disse indikatorene fra nullpunktsmålingen.

Figur 6.4 Kommuners ivaretagelse av henholdsvis barn og voksne som pårørende og samarbeid mellom personale i TSB og pårørende.



Kilde: IS-24/8 og Nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse

Statusmålingen viser at det kun er om lag fire av ti kommuner som mener at de ivaretar barn og voksne som pårørende på en god eller svært god måte. Det er en litt høyere andel av kommunene som mener de ivaretar barn på en god måte, enn kommuner som mener de ivaretar voksne som pårørende på en god måte. Kun tre av ti pasienter i TSB opplever at samarbeidet mellom personale og pårørende fungerer godt. Samlet viser figur 6.4 et behov for styrket innsats for å nå målene om bedre ivaretagelse av pårørende. Casestudien indikerer at kommunenes relativt kritiske vurdering av egen innsats også er et uttrykk for at her er mange kommuner klar over at det er behov for styrket innsats. Casestudien viser at det er stor oppmerksomhet i kommunene om barn som pårørende og flere prosjekter. I tjenestene er det også mye oppmerksomhet om pårørende i samarbeid med brukerne, men her er det mindre målrettet aktivitet. Dette kan også dreie seg om at pårønderarbeid for voksne brukere involverer flere dilemmaer og forutsetter at den enkelte bruker ønsker og gir samtykke til involvering av pårørende. Noen steder er det systemer for det å ha oppmerksomhet om pårørende og systemer for informasjon til pårørende, men dette er ikke tilfelle alle steder. Vi presenterer under noen eksempler fra casekommunene for å illustrere aktiviteten i kommunene.

Barn som pårørende

Casestudiene viser at kommunene er særlig opptatt av barn som pårørende, og at dette er på agendaen i kommunene. I to av kommunene oppgir de at BrukerPlan-kartleggingene har ført til økt oppmerksomhet om barn som pårørende. I noen tilfeller har BrukerPlan-kartleggingen avdekket at de har flere brukere med ansvar eller samvær med barn som de ikke var klar over, eller hvor dette ikke var fulgt opp av tjenestene. Vadsø kommune er et eksempel på at dette har oppmerksomhet. I likhet med andre casekommuner har de hatt kursing knyttet til det å jobbe med barn som pårørende, og de arbeider med økt barneperspektiv i tjenestene. Kommunen har deltatt i opplæringsprogrammet Tidlig Inn med oppmerksomhet om tidlig identifikasjon og intervensjon ved vanskeligheter knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner blant gravide og småbarnsforeldre. Kommunen har også utviklet en egen handlingsveileder for oppfølging av risikoutsatte barn, hvor barn som pårørende er et av områdene.²⁷ Dette er en del av en satsing for bedre tverrfaglig innsats overfor risikoutsatte barn og unge og utvikling av en egen Vadsø-modell kalt Ser du mæ?²⁸ Kommunen vurderer også ansettelse av en egen barneansvarlig. Samordning er et tema flere steder. Østre Toten har innført BTI-modellen (bedre tverrfaglig innsats) i arbeidet med barn og unge nettopp for å legge til rette for god samhandling på tvers av tjenester.

Kristiansund deltar sammen med Molde, Ålesund og Helse MR i et prosjekt som heter Barneblikk. Dette er et forpliktende samarbeid om barn og familier som har / utsettes for problemer med rus og psykisk helse. Barneblikk skal utvikle familieteam for tettere oppfølging av gravide og familier med barn i førskolealder der en av de voksne har problemer med rus eller har psykiske vansker. Familieteamet skal hjelpe foreldrene med å redusere belastningen for barn og være en veileder i samarbeid med tjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten. I Kristiansund er det en tverrfaglig helsestasjon som tilsvarer familieteam-tiltaket.

Kartleggingsskjemaer ser ut til å være innarbeidet flere steder. Sandnes oppgir at de har vært tidlig ute med telling av barn som er pårørende. De har utviklet en rutine for hvordan man skal gå fram når det er barn som er pårørende, som beskriver hvilke hjelpemidler som kan brukes frem til en eventuell bekymringsmelding til barnevernet. I Østre Toten kommune bruker saksbehandlere i tildelingsenheten et kartleggingsskjema i forbindelse med søknad om rus- eller psykiatritjenester som også inkluderer spørsmål om barn. Her kartlegges blant annet hvor eventuelle barn bor, hvem som har ansvaret for barnet, og om barna er informert om utfordringene til de voksne. I forbindelse med kartleggingen spørres det også om samtykke til å informere helsestasjonen om kartleggingen og til at helsestasjonen tar kontakt med bruker eller pårørende.

Ved Ung Arena i Gamle Oslo har det å være barn av foreldre som ruser seg, vært diskutert på en temakveld. De som kom, hadde ikke snakket med andre om dette teamet før. Dette tydeliggjør behovet for å tenke igjennom hvordan man kan nå ut til barn og unge og tilby støtte.

Det er få eksempler på egne senter eller spesifikke tilbud til pårørende. I Sandnes finnes et veiledningssenter for pårørende i kommunen, drevet av NKS (Norske Kvinners Sanitetsforening), hvor barn kan motta kurs- og gruppetilbud. Dessuten har Blå Kors et tilbud i kommunen (TUBA/Kompasset) til unge mellom 14 og 35 år som har foreldre med rusproblemer.

²⁷ <https://www.vadso.kommune.no/prosjekter/ser-du-ma/handlingsveileder/>

²⁸ <https://www.vadso.kommune.no/prosjekter/ser-du-ma/>

Voksne som pårørende

I figur 6.3 ser vi at det er en noe lavere andel kommuner som mener de ivaretar voksne som pårørende på en god måte, enn det er kommuner som mener de ivaretar barn som pårørende på en god måte. I casekommunene er det også noe mindre oppmerksomhet om voksne som pårørende enn om barn som pårørende, selv om det er en del aktivitet for økt ivaretagelse av voksne som pårørende. Det er få av kommunene som har klare retningslinjer eller prosedyrer for å ivareta voksne som pårørende. Noen av kommunene har aktivitet for å støtte pårørendegrupper, og noen har utarbeidet informasjon rettet mot pårørende. Informasjon kan for eksempel gis i form av informasjonsbrosjyrer som deles ut av tildelingskontoret, eller som sendes til pårørende. I Fjell kommune fortalte en informant på ledernivå at de har faste månedlige møter med en pårørendegruppe. De møtes på MO-senteret en kveld i måneden, og en ruskonsulent fra kommunen er med. Bergensklinikken har også kurs til pårørende, og det er rutine for å gi informasjon til pårørende om dette.

I Østre Toten er det også lagt vekt på kompetanseheving på feltet ved at to ansatte deltar i Pårørendeprogrammet²⁹. I tillegg pågår det etablering av en pårørendegruppe i regi av rustjenesten.

I Vadsø er det en ansatt i enhet psykisk helse og rus som har pårørendeerfaring, og de som jobber i tjenesten, framhever at dette har gitt verdifull kompetanse om hvordan man bør møte pårørende, og om samarbeid med pårørende.

Flere av tjenestene forteller også at de har kontakt med pårørende, men at det kan være mange dilemmaer knyttet til samarbeid med pårørende. For mange brukere kan pårørende være en ressurs som det er viktig å involvere, men sånn er det ikke nødvendigvis for alle. Selv om mange pårørende ønsker informasjon, kan det være at brukeren ikke ønsker dette. Det kan også være årsaker til at brukere ønsker å skjerme seg fra pårørende. Flere tjenester sier at de har rutiner for å be om samtykke til å ha kontakt med pårørende. For noen er det avtaler om kun å oppgi at den pårørende ikke behøver å bekymre seg, og at tjenesten har kontakt med brukeren, andre har gitt samtykke til at tjenesten kan ha mer aktiv kontakt og involvering av pårørende. Noen brukere har etter mange år med rus kanskje brutte relasjoner med pårørende eller andre som har hatt betydning i livet deres. Noen av tjenestene sier at de har oppmerksomhet om å bidra til å gjenopprette brutte relasjoner der de ser at dette er viktig for brukeren.

En informant fra en pårørendeorganisasjon uttrykker viktigheten av en god dialog med de pårørende. Det kan oppstå dilemmaer knyttet til at pårørende ønsker informasjon samtidig som de ansatte har taushetsplikt. Dette kan delvis løses ved at brukerne skriver under på samtykkeerklæringer slik det er beskrevet over. For noen pårørende kan det også være viktig å skjerme seg. Pårørende trenger ikke nødvendigvis innsikt i alle detaljer, kanskje er det nok å få informasjon om at brukeren har det greit. Denne informanten trekker også fram betydningen av å bruke pårørende som en ressurs i utformingen av tjenestetilbudet, særlig pårørende som selv har fått de største utfordringene litt på avstand. Informanten mener å ha sett en bedring i egen kommune når det gjelder arbeid med pårørende og økt brukermedvirkning de siste årene.

²⁹ <http://parorendeprogrammet.no/hjem>

7 Tidlig innsats

Hovedmål 2 i opptrappingsplanen er å sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig. Tidlig innsats betyr ikke i denne sammenhengen nødvendigvis tidlig i alder, men tidlig i et eventuelt forløp med utvikling av rusproblemer. Tjenestene skal raskere og mer effektivt enn tidligere identifisere og hjelpe personer som står i fare for å utvikle et rusproblem. For å lykkes med dette kreves innsats fra forebyggende tjenester, det må være lav terskel for bistand til barn og unge med risiko for å utvikle rusproblemer, og til voksne som er i ferd med å utvikle rusproblemer. For å følge utviklingen på hovedmålet er det identifisert åtte indikatorer. Statusmålingen ved utgangen av 2017 presenteres i tabell 7.1.

Tre av indikatorene måler trekk ved **innsatsen** på området:

- avtalte årsverk per 10 000 innbyggere 0–5 år, helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne med milde og kortvarige problemer
- antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn med milde og kortvarige problemer

To indikatorer måler **aktiviteter** på området:

- andel kommuner som vurderer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk
- andel kommuner som driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam)

De resterende tre indikatorene måler **resultater** innenfor tidlig innsats:

- antall meldinger til barnevern om barns rusmiddelbruk, alle typer meldere (barnet selv, familie, venner, lag og organisasjoner mv.).
- andel kommuner som svarer at de gir et svært godt eller godt tilbud til voksne med milde og kortvarige rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser
- andel kommuner som svarer at de gir et svært godt eller godt tilbud til barn med milde og kortvarige rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser

Statusen på indikatorene presenteres i tabell 7.1. For alle utenom én av indikatorene kan vi studere utviklingen da vi har data fra både 2016 og 2017.

Tabell 7.1 Andre måling av hovedmål 2

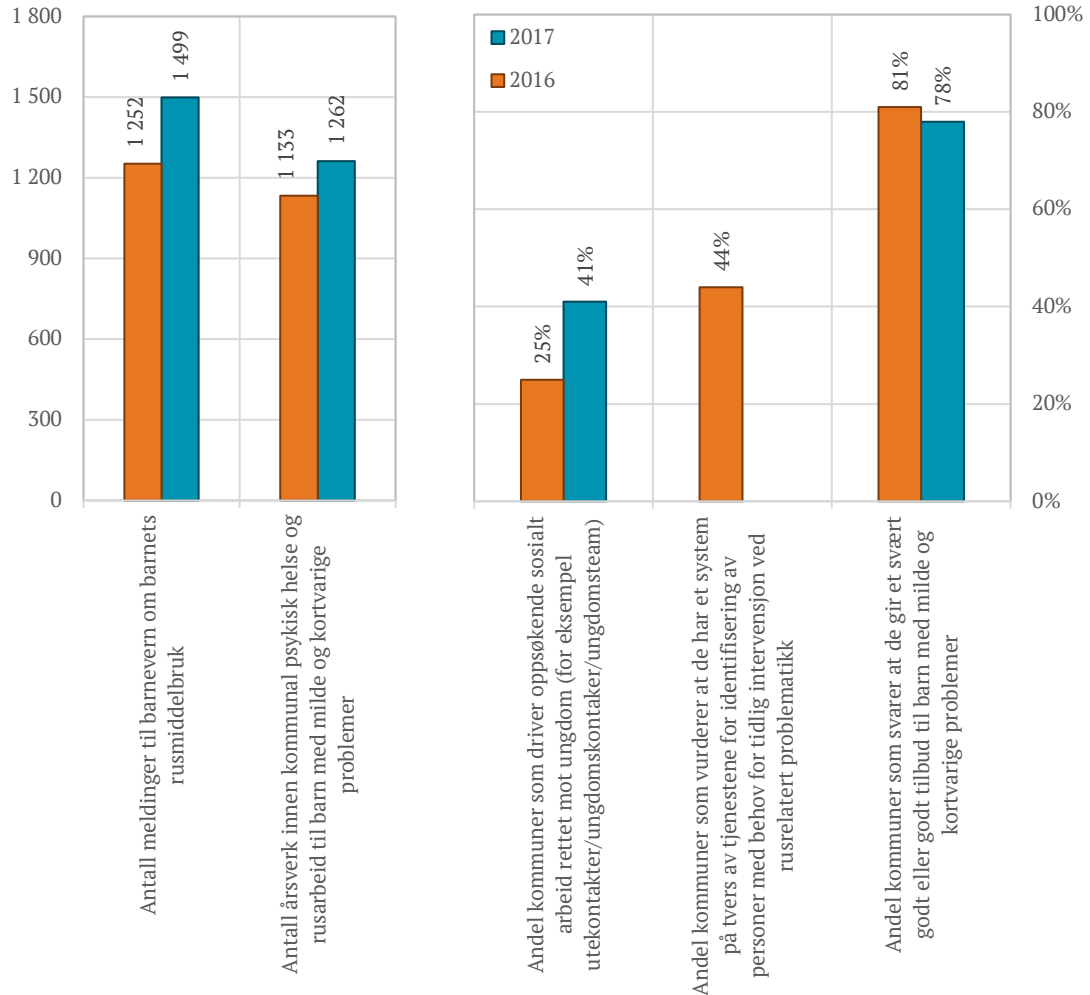
#	Type	Indikator	Kilde	2016	2017	Endring
39	Innsats	Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere 0–5 år, helsestasjons- og skolehelsetjeneste ¹⁾	SSB	134	145	7,8 %
40		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne med milde og kortvarige problemer	IS-24/8	1 144	1 092	-4,5 %
41		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn med milde og kortvarige problemer	IS-24/8	1 133	1 262	11,4 %
42	Aktivitet	Andel kommuner som vurderer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk	IS-24/8	-	44 %	N/A
43		Andel kommuner som driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam)	IS-24/8	25 %	41 %	16 %-poeng
44	Resultat	Antall meldinger til barnevern om barns rusmiddelbruk, alle typer meldere (barnet selv, familie, venner, lag og organisasjoner mv.).	SSB	1 252	1 499	19,7 %
45		Andel kommuner som svarer at de gir et svært godt eller godt tilbud til voksne med milde og kortvarige rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser	IS-24/8	57 %	74 %	17 %-poeng
46		Andel kommuner som svarer at de gir et svært godt eller godt tilbud til barn med milde og kortvarige rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser	IS-24/8	81 %	78 %	-3 %-poeng

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

Tidlig intervensjon i kommunene

Statusmålingen viser at det på de fleste av indikatorene er en utvikling i ønsket retning. Innsatsen og aktiviteten i kommunene øker, bortsett fra når det gjelder antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne med milde og kortvarige problemer (indikator 40). På denne indikatoren er det en nedgang. Utviklingen på indikator 45 viser at det er en betydelig økning i andelen kommuner som mener de gir et godt tilbud til voksne med milde og kortvarige problemer. Dette er ikke tilfelle når det gjelder andel kommuner som vurderer at de gir et godt tilbud til barn med milde og kortvarige problemer (indikator 46), her er det en nedgang. I figur 7.1 viser vi resultater på indikatorer knyttet til kommunal innsats og aktivitet overfor barn og unge, og deres vurdering av egen innsats overfor barn med milde og kortvarige problemer.

Figur 7.1 Kommunal innsats og aktivitet for barn og unge.



Kilde: IS-24/8 og SSB

Når det gjelder innsats og aktivitet overfor barn og unge, tyder indikatorene på at innsatsen har økt. Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge med milde eller kortvarige problemer har økt (indikator 41), men aller tydeligst er økningen i andel kommuner som sier de har oppsøkende sosialt arbeid overfor ungdom, som utekontakt eller ungdomsteam (indikator 43). Kun 25 prosent av kommunene oppga at de hadde slikt oppsøkende arbeid i 2016, mens andelen var økt til 41 prosent i 2017. Det er jo en betydelig økning og bevegelse i riktig retning, men majoriteten av norske kommuner har fortsatt ikke oppsøkende sosialt arbeid overfor denne målgruppen.

En av resultatindikatorene (indikator 44) er antall meldinger til barnevernet om barns rusmiddelbruk. Her har vi valgt å markere økningen i antall meldinger som positiv. Flere kommuner sier at de har hatt større oppmerksomhet om ansvaret for å

melde til barnevernet når det er bekymring for barn knyttet til rusmiddelbruk. Dette kan forklare noe av økningen i antall meldinger til barnevernet. Denne økningen i bekymringsmeldinger kan også komme av endringer som legger til rette for bedre samhandling mellom ulike enheter i kommunen for å fange opp barn i faresonen. Som nevnt i forrige kapittel bruker flere av casekommunene kartleggingskjemaer for å fange opp barn som pårørende og vurdere om det er behov for å iverksette tiltak, som å sende en bekymringsmelding til barnevernet. Bedre/mer samhandling mellom ulike tjenester, for eksempel bruk av BTI-modellen, kan også være en medvirkende årsak til at flere av kommunene fanger opp en del barn som tidligere ikke ble fanget opp.

Økt innsats, men mer kritisk til eget tilbud

Vi ser av figur 7.1 at innsatsen og aktiviteten overfor barn og unge styrkes på samme tid som andelen som mener de har et godt tilbud til barn og unge med milde og kortvarige problemer, går ned (indikator 46). Dette kan skyldes at det er større oppmerksomhet om barn og unge i kommunene og følgelig en mer kritisk vurdering av egne tjenester. Som vi viste i kapittel 6, er det en rekke pågående prosjekter for tidlig identifisering av risikoutsatte barn og unge i kommunene og barn som pårørende. Selv om det er en negativ utvikling på denne indikatoren (46), er det imidlertid nær åtte av ti kommuner som mener de har et godt tilbud til barn med milde og kortvarige problemer.

I kapittel 8 vil vi komme nærmere inn på at flere kommuner har opprettet tjenester for å senke terskelen for å ta kontakt dersom man har utfordringer med rus. Dette er ofte tjenester som er definert innenfor rusfeltet, som mottaks- og oppfølgingscenter, som ungdom kanskje ikke vil oppsøke så lett. Det å øke bevisstheten om rus og utsatte barn og unge i andre sektorer blir tatt opp i casekommunene. Indikator 39 viser en økning i antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og dette kan være en viktig inngang til å få hjelp for mange barn og unge med begynnende rusproblemer. Flere av casekommunene, som Fjell kommune, tar opp helsestasjonene som særlig viktige for å identifisere rusproblemer tidlig.

I kapittel 6 tok vi opp at det er økende oppmerksomhet om barn som pårørende. Vi viste til flere prosjekter som har som formål å styrke oppmerksomheten om utsatte barn og unge på tvers av tjenester og bedre tverrsektoriell innsats.

Indikator 42 viser at under halvdel av kommunene oppgir at de har systemer på tvers for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelaterte problemer. Vi har ikke data for å vise utvikling over tid, men med den oppmerksomheten vi ser i casekommunene, vil det være interessant å se om det er en positiv utvikling på dette området neste år.

Generelt er det en økende oppmerksomhet i norske kommuner om utsatte barn og unge, og Opptappingsplanen for rusfeltet føyer seg dermed inn i en pågående satsing, blant annet om 0–24-samarbeidet.³⁰ Et eksempel er Vadsø hvor det nylig er satt i gang et større prosjekt om samhandling og tverrfaglig samarbeid for barn og unge

³⁰ 0–24-samarbeidet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet om bedre koordinerte tjenester for utsatte barn og unge under 24 år. Dette samarbeidet skal tilrettelegge for bedre samarbeidende tjenester og mer helhetlig innsats for utsatte barn og unge og deres familier. Stat og kommune skal samhandle bedre om tiltak for at flere skal lykkes i skolen og fullføre videregående opplæring, som grunnlag for en varig tilknytning til arbeidslivet. (Kilde: www.0-24-samarbeidet.no)

med rus- og psykisk helse-problematikk. Formålet er å utvikle et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud. Prosjektet har fått midler fra Fylkesmannen fra tilskuddsordningen for samhandling for personer med langvarige og sammensatte behov, og som del av prosjektet er det inngått et samarbeid med Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord) om å delta i SKO-studien. SKO-studien er et prosjekt som omhandler samhandling og kvalitet i kommunale tjenester for barn, unge og deres familier.

Bekymring for unge med rusproblemer

Det har vært en sterk økning i andelen kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid overfor ungdom (indikator 43, figur 7.1). Likevel er det fortsatt over halvparten av kommunene som svarer at de ikke har slike tjenester. Dette funnet gjenspeiles i casestudien. De store kommunene har utekontakt og/eller oppsøkende tjenester overfor ungdom, mens mindre kommuner som for eksempel Vadsø, Fjell og Østre Toten ikke har det. I Vadsø er det for eksempel en ungdomsklubb, og som i de øvrige kommunene er det en helsestasjon for ungdom, men det er ingen tjenester som er oppsøkende.

Flere kommuner er bekymret for at de ikke i tilstrekkelig grad har tjenester som fanger opp unge med rusproblemer tidlig. Det er bekymring for ungdom som eksperimenterer med rus, og unge med et stort rusforbruk som kommunene erfarer at de ikke kommer i kontakt med. Flere ønsker mer oppsøkende tjenester overfor denne gruppen eller steder hvor det er lavere terskel for å ta kontakt, som typer av mottaks-senter.

I kapittel 5, der vi så på utviklingen på indikatorene for samfunnseffekter, så vi at data fra Ungdata-undersøkelsen og fra Folkehelseinstituttet viser at det er en bevegelse i negativ retning når det gjelder unges rusbruk. I begge erfarings-samlingene ble det tatt opp at det kan være vanskelig å nå ungdom som gruppe. Dette inntrykket bekreftes i casekommunene.

Det å senke terskelen for ungdom for å ta kontakt ved behov var en viktig motivasjon for å etablere tilbudet Ung Arena³¹ i Gamle Oslo. I forrige kapittel beskrev vi hvordan piloten i Gamle Oslo var bygget opp i tett samarbeid med unge selv og med omfattende bruk av erfaringskompetanse i tilbudet. Mange av de som har kontakt med senteret, har rusproblemer. Det har vært temakvelder om rus, og gjennom temakveldene har kommunen blant annet oppnådd kontakt med unge som ikke får oppfølging, og unge som er bekymret for en venn som ruser seg. Senteret har tett samarbeid med andre i bydelen, som blant annet utekontakten, men er også ute på skoler og andre steder for å gjøre seg synlige overfor ungdom som har behov for å snakke med noen. Ung Arena har lav terskel ikke bare for den fysiske tilgjengeligheten, men også ved bruk av sosiale medier og chat for å komme i kontakt med unge.

Også Kristiansund kommune tar opp viktigheten av å være til stede på skolene og å samarbeide med skolene for å nå unge. Enhet for psykisk helse og rus har igangsatt et IHAP-prosjekt (individuelle hasj avvenningsprogrammer). Prosjektet legger særlig vekt på opplysning og veiledning av ungdom og foreldre. Prosjektet har fast ukentlig tilstedeværelse på videregående skoler, deltar i undervisning av klasser og på personal- og foreldremøter. De som jobber i prosjektet, opplever at tilbudet blir stadig mer kjent, og at de mottar henvendelser fra stadig yngre ungdom. Ungdom helt ned i ungdomsskolealder ønsker informasjon og veiledning. Like mye som å være avvenning

³¹ <https://ungarena.no/>

fra rusbruk skal prosjektet bidra til forebygging og informasjon om skadevirkninger av blant annet cannabis.

Sandnes kommune har blant annet et ungdomsteam med fem ansatte som tilbyr hjelp til ungdom (12–18 år) og familiene deres på et tidlig stadium. Teamet jobber for å forebygge rus, kriminalitet og psykiske vansker. Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom jobber også med tidlig intervensjon og forebyggende arbeid.

Det å ha utekontakt eller andre typer ambulerende sosiale tjenester blir av mange informanter framhevet som viktig for å komme i kontakt med unge og skape en posisjon for å gi oppfølging, men samtidig vektlegger flere at det å ha kompetanse og systemer for å fange opp risikoungdom tidlig i de ordinære tjenestene kan være avgjørende.

Organisering kan ha betydning

I alle casekommunene har det vært en utvikling mot større samordning av psykisk helse og rus. Et eksempel er Vadsø hvor ruskonsulentene i NAV er flyttet over i enhet psykisk helse og NAV. I Gamle Oslo er det startet en lignende prosess for å flytte rus ut av NAV og over i mestringsenhet psykisk helse og rus. Erfaringen er at denne type samordning kan gi betydelige gevinster for bedre samordning av tjenester og større fagmiljøer. Samtidig er det en fare for at dersom man reduserer ruskompetansen i tjenester som møter mange brukere gjennom sin ordinære virksomhet, så kan man risikere å ikke fange opp personer med rusproblemer tidlig nok. Modellen med en samordnet psykisk helse- og rustjeneste erfares ofte å gi mange synergieffekter for oppfølging av brukere med et definert rusproblem, men i casestudien er det flere som tar opp at det å ikke ha tilstrekkelig ruskompetanse i NAV kan bety at man ikke klarer å fange opp unge tidlig eller komme i kontakt med personer som har et gryende rusproblem. NAV vil ofte komme i kontakt med mange fordi de har andre behov, som behov for økonomisk bistand eller bolig.

Andre tar opp at det å ha tjenester med bestiller–utfører-modell eller krav om at det fattes vedtak, også kan medføre en større terskel for å ta kontakt eller få hjelp. Behovet for hjelp kan erfares umiddelbart, og følgelig vil det å skulle ha mulighet for rask hjelp være viktig. For mange i målgruppen vil det å ta kontakt med en enhet for psykisk helse og rus for å få vedtak ifølge flere informanter oppleves som for byråkratisk og en for høy terskel. MO-senter, tilbud som Ung Arena eller et kommunalt sted hvor man raskt får snakke med noen, framheves som viktig. Samtidig er flere opptatt av behovet for større tilgjengelighet i tid, utvidede åpningstider, lett tilgang til fagpersoner og mer ambulante tjenester som sentrale for å kunne nå målet om tidlig intervensjon. Dette gjelder ikke bare for unge, men generelt for å kunne fange opp personer tidlig i en potensiell ruskarriere.

Å sikre kompetanse på rus i ordinære tjenester blir framhevet av mange som viktig.

I casestudien er det også noen informanter som tar opp systemutfordringer i oppfølgingen av unge. Blant annet i overgangen mellom grunnskole og videregående skole, hvor ansvaret flyttes fra kommune til videregående skole, kan det være vanskelig å fange opp barn i risikozonen. Noen kommuner har forsøk med NAV-veiledere i skolen som et virkemiddel, men flere informanter tar opp behovet for å utvikle systemer for overføring av informasjon om utfordringer i ungdomsgrupper.

8 Et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat

Hovedmål 3 i opptrappingsplanen er at «alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud». Dette er et svært omfattende hovedmål som kan strekke seg fra alle tilgjengelige tilbud og tjenester i kommunene til behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. I denne evalueringen er indikatorer for hovedmål 3 operasjonalisert som at rusbehandlingstilbudet skal ha tilstrekkelig kapasitet og kvalitet, og at det er god samordning mellom de ulike tjenesteleverandørene, både i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (jf. første statusrapport, Hansen mfl. 2018:45–47). Hovedmålet omfatter alle rus(behandlings)rettede tjenester, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

I statusmålingen under viser vi utviklingen på de **22 indikatorene** som er etablert for å følge utviklingen på dette området. Dette er det hovedmålet som har flest indikatorer, noe som illustrerer omfanget av innholdet i dette målet. Det er **fem indikatorer som måler innsatsen** på hovedmål 3:

- antall polikliniske årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser
- antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser

Det er **fire indikatorer knyttet til aktivitet** på hovedmål 3:

- antall mottaks- og oppfølgingssenter (MO-senter) som mottok støtte gjennom tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte problemer og barn og unge med sammensatte hjelpebehov»
- andel kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk
- andel kommuner som rapporterer at de har ulike typer oppsøkende flerfaglige team (ACT, FACT, andre som gjelder voksne, og andre som gjelder barn)
- andel kommuner som har delt ut brukerutstyr for skadereduksjon (utstyr for injisering eller røyking av rusmidler, nalokson neseppray, kondomer/glidemiddel eller engangstannbørster)

13 indikatorer måler resultater på hovedmål 3:

- median ventetid (antall dager) før behandling innen TSB for ordinært avviklede pasienter
- andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestenes tilgjengelighet som tilfredsstillende
- andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser
- andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser
- andel brukere som rapporterer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere/mestre rusmiddelproblemer
- andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestene som tilfredsstillende
- andel pasienter i TSB som rapporterer at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen
- andel pasienter i TSB som opplever at behandlerne/personalet har forberedt dem på tiden etter utskrivning i stor eller svært stor grad
- andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket fungerer svært godt eller godt for voksne med rusmiddelproblemer
- andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket fungerer svært godt eller godt for unge med rusmiddelproblemer
- andel kommuner som mener at kommunen/bydelen i stor grad eller svært stor grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer

Status på indikatorene presenteres i tabell 8.1. På noen av aktivitets- og resultatindikatorene er 2017 nullpunkt, og det er følgelig ikke mulig denne gangen å vise utvikling over tid.

Statusmålingen viser at det på flere områder er en utvikling i innsats i positiv retning, men flere av resultatindikatorene går i negativ retning. Når det gjelder utviklingen på indikatorene som måler aktivitet på hovedmål 3, er det et litt sprikende bilde. Når det gjelder årsverk knyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn med kortvarige og alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser samt for voksne med alvorlige og langvarige problemer, er det en betydelig økning i antall årsverk. Når det gjelder barn med alvorlige og langvarige problemer, er det en reduksjon. Dette gjelder også årsverk i TSB og årsverk i kommunene knyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer, selv om dette er mer marginale reduksjoner. Samtidig er det en utvikling i negativ retning på nær alle indikatorene knyttet til kommunenes vurdering av eget tilbud.

I resten av kapitlet vil vi analysere utviklingen på noen av indikatorene sett i lys av funn fra casestudiene. Vi vil gå nærmere inn på noen ulike tjenester som er vektlagt i opptrappingsplanen for å skape et mer tilgjengelig tjenestetilbud, som mottaks- og oppfølgingscenter (MO-senter) og ulike former for tverrfaglige oppsøkende team (for eksempel FACT og ACT). Vi vil også trekke fram ulike målgrupper som kommunene

opplever at det er utfordrende å gi et godt tilbud til, samt gjøre rede for tilgang til tjenester og kommunenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette kapitlet avsluttes med en diskusjon av «behandlingsbegrepet» sett i lys av innspill fra erfarings-samlingene og informantene i casestudien.

Tabell 8.1 Andre måling, indikatorer hovedmål 3

#	Type	Indikator	Kilde	2016	2017	Endring
47	Innsats	Antall polikliniske årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	SAMDATA	1 030	1 013	-1,7 %
48		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8	2 814	2 779	-1,2 %
49		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8	796	888	11,6 %
50		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8	6 241	6 649	6,5 %
51		Antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8	475	462	-2,7 %
52	Aktiviteter	Antall mottaks- og oppfølgingssenter (MO-senter) som mottok støtte gjennom tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte problemer og barn og unge med sammensatte hjelpebehov»	Fylkesma- nnen	4	7	75 %
53		Andel kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk	IS-24/8	-	70 %	N/A
54		Andel kommuner som rapporterer at de har ulike typer oppsøkende flerfaglige team (ACT, FACT, andre som gjelder voksne, og andre som gjelder barn)	IS-24/8	-	26 %	N/A
55		Andel kommuner som har delt ut brukerutstyr for skadereduksjon (utstyr for injisering eller røyking av rusmidler, nalokson neseppray, kondomer/glidemiddel eller engangs tannbørster)	KORFOR	26 %	31 %	5 %-poeng
56	Resultat	Median ventetid (antall dager) før behandling innen TSB for ordinært avviklede pasienter	IS-2706	28	27	-4 %
57		Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestenes tilgjengelighet som tilfredsstillende	BU	-	49 %	N/A
58		Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8	77 %	71 %	-6 %-poeng
59		Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	IS-24/8	67 %	61 %	-6 %-poeng
60		Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8	60 %	59 %	-1 %-poeng
61		Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	IS-24/8	43 %	41 %	-2 %-poeng
62		Andel brukere som rapporterer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere/mestre	BU	-	41 %	N/A

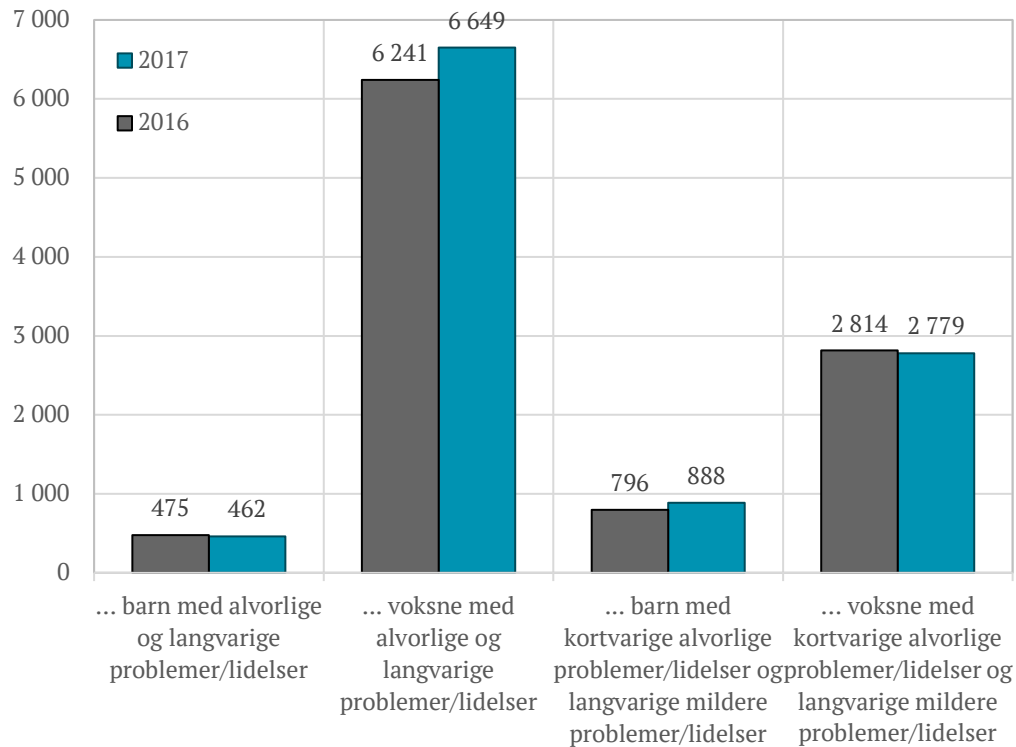
	rusmiddelproblemer				
63	Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestene som tilfredsstillende	BU	-	54 %	N/A
64	Andel pasienter i TSB som rapporterer at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen	TSB	-	60 %	N/A
65	Andel pasienter i TSB som opplever at behandlerne/personalet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

Styrket innsats innenfor kommunalt rus- og psykisk helsearbeid

Utviklingen på indikatorene for innsats innenfor kommunalt rus- og psykisk helsearbeid indikerer en styrking av innsatsen i kommunene med flere årsverk innenfor tjenestene, men samtidig blir kommunene mindre tilfreds med egne tjenester. I figur 8.1 viser vi utviklingen i antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne (indikator 50) og barn (indikator 51) med alvorlige og langvarige problemer/lidelser og voksne (indikator 48) og barn (49) med kortvarige alvorlige og langvarige mildere problemer/lidelser. Det er en betydelig øking i årsverk knyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser og barn med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser. I de to øvrige gruppene er det marginale endringer. At det er en samlet økning i stillinger innenfor rus- og psykisk helse-feltet i kommunene, samsvarer med inntrykket fra flere av casekommunene og erfaringssamlingene.

Samtidig som den totale innsatsen i antall årsverk innen kommunalt rus- og psykisk helsearbeid ser ut til å øke, reduseres andelen kommuner som vurderer at de har et svært godt eller godt tilbud til de ulike tidligere definerte gruppene. I figur 8.2 viser vi andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne (indikator 60) og barn (61) med alvorlige og langvarige problemer/lidelser og voksne (indikator 58) og barn (59) med kortvarige alvorlige og langvarige mildere problemer/lidelser. For alle fire gruppene er det en nedgang i andelen kommuner som vurderer tjenestene sine som svært gode eller gode.

Figur 8.1 Utvikling i antall årsverk innenfor kommunalt rus- og psykisk helse-arbeid.

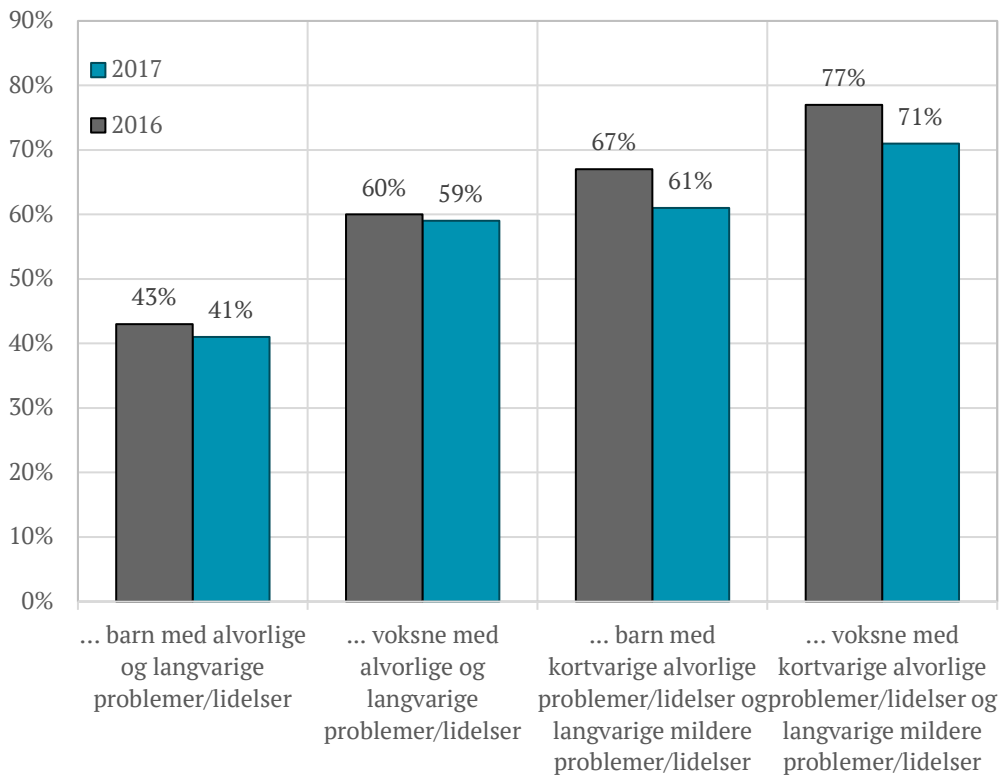


Kilde IS-24/8, 2016 og 2017

Denne mer kritiske vurderingen av egne tjenester kan skyldes at det er økte ambisjoner på rusfeltet i kommunene. Innsatsen styrkes, men det er økende oppmerksomhet om hva som er god praksis. Opptappingsplanen, innsats fra ulike kompetansesenter og fylkesmannsembetene og andre innsatser fører til større forventninger om at kommunene skal utvikle tjenestene og levere god kvalitet og kapasitet i tjenestene.

Flere av informantene i kommunene forteller om samarbeid med kompetansesenter eller Fylkesmannen om utvikling av tjenester og om deltakelse på seminarer eller faglige tilbud. I Vadsø kommune forteller informantene at de deltar på Rusforum i regi av Fylkesmannen en gang i året og erfarer at denne type tilbud fungerer godt. Rusforumet er lett tilgjengelig, kommunen må gi fri med lønn, men ellers er det ingen kostnader ved tilbudet, og det gir tilgang til ny kunnskap, om andre modeller og om hvordan andre kommuner jobber. Rusforumet gir nettverk og inspirasjon. Slike tilbakemeldinger får vi også på erfaringssamlingen i Østfold, hvor en stor andel av deltakerne gir uttrykk for at de ønsker denne typen lett tilgjengelige tilbud med faglige innspill. Økt oppmerksomhet om god praksis og andre modeller, og selvsagt Bruker-Plan-kartleggingene, kan føre til at kommunene blir mer kritiske til hvorvidt eget tilbud er kvalitativt godt nok, og til at de får større ambisjoner om kvalitet og kapasitet i egne tjenester. Kommunene er gjenstand for flere forventninger om å levere på rusfeltet.

Figur 8.2 Andelen kommuner som vurderer tjenestene sine som svært gode eller gode til ulike grupper.



Kilde: IS-24/8 2016 og 2017

Organisering av tjenestene

Som det framgår av casebeskrivelsene i kapittel 3, er det en trend i alle casekommuner mot samordning av tjenester innen rus og psykisk helse. Begrunnelsen for å velge en slik modell er at den forventes å gi mange synergieffekter for oppfølging av brukere med et definert rusproblem. I noen casekommuner har man tatt all spesifikk ruskompetanse fra NAV. Behovet for å kunne gi mer samordnet, ambulant og individuelt tilpasset oppfølging av brukerne er en av driverne for at mange velger å ta rus ut av NAV. I kapittel 7 kommenterer vi spesifikt at denne organiseringen erfarer å ha mange fordeler, men kan ha som en uønsket konsekvens at man ikke i like stor grad klarer å fange opp personer med et begynnende rusproblem eller personer som ikke selv mener de har behov for oppfølging fra en spesifikk psykisk helse- og rustjeneste som ofte er organisert med utgangspunkt i vedtak om tjenester.

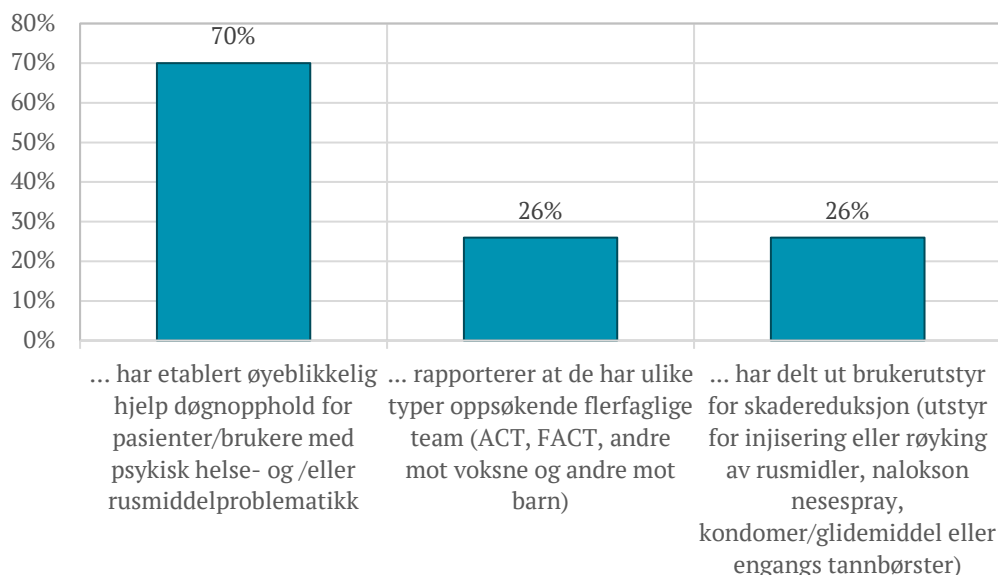
Mottaks- og oppfølgingscenter (MO-senter)

I opptrappingsplanen er åpne mottakssenter i de største byene en prioritet. Indikator 52 angir antall mottaks- og oppfølgingscenter (MO-senter) som mottar støtte gjen-

nom tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarig og sammensatte problemer og barn og unge med sammensatte hjelpebehov». MO-sentrene er lavterskeltilbud hvor personer med rusavhengighetsproblemer og ofte også pårørende skal kunne ta kontakt og få raskt tilbud om samtale og hjelp. Det ble rapportert om fire MO-senter i 2016 og syv i 2017. Fra casestudiene og erfaringssamlingene vet vi at det er etablert flere MO-senter enn de som er opprettet med støtte fra denne tilskuddsordningen. Dette gjelder blant annet MO-senteret i Karmøy, som er opprettet uten tilskuddsmidler. Dette er en forsterkning av at markeringen i indikatorsettet på utvikling i positiv retning er riktig for denne indikatoren.

I Sandnes, Fjell og på Karmøy er det opprettet MO-senter som er åpne på dagtid. MO-sentrene tilbyr ulike lavterskeltilbud som strekker seg fra enkel behandling/helsearbeid og hjelp til mestring av rusproblemer til sosialt samvær og aktiviteter fri fra rus. MO-sentrene samler flere tilbud på ett sted og har ansatte med tverrfaglig bakgrunn. Et eksempel er MO-senteret på Karmøy som blant annet tilbyr lavterskel helsearbeid, miljøarbeid, mat, saksbehandling og aktiviteter. Der kan brukerne også møte DPS, Blå Kors Haugaland A-senter, tannpleier, fotpleier, frisør, søknadsmottak for kommunal bolig og rask psykisk helsehjelp. MO-senteret i Sandnes tilbyr tjenester fra et tverrfaglig team bestående av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning, psykolog, musikkterapeut og to medarbeidere med erfaringskompetanse. Ved MO-senteret i Fjell arrangeres det daglig felles lunsj samt en del andre aktiviteter som trening og bandrom med musikkterapeut. Senteret får dessuten besøk av gatejuristen én gang per måned. Informantene framhever bedre tilgjengelighet og lett tilgang til tjenester som viktige årsaker til at disse MO-sentrene er opprettet. MO-sentrene gir en enkel vei inn i tjenesteapparatet, hvor brukerne kan bli tilbudt tjenester fra første dag.

Figur 8.3 Tilgjengelige tjenester i kommunene, indikator 53, 54, 55.



Kilde: IS-24/8 og KORFOR 2017

MO-sentrene er en måte å senke terskelen og bedre tilgjengeligheten til tjenesten på. I figur 8.3 presenterer vi resultatene fra tre andre indikatorer som vi skal følge i opptrappingsperioden for å se utviklingen for tilgjengelighet til tjenester i kommunene. Det er hvorvidt kommunene har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og eller rusmiddelproblematikk (indikator 53), om kommunen har ulike typer oppsøkende flerfaglige team (indikator 54), og om kommunen har delt ut brukerutstyr for skadereduksjon (indikator 55).

Figur 8.3 viser at en svært høy andel av kommunene nå har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold, mens bildet ser svært mye dårligere ut når det gjelder oppsøkende flerfaglige team og utdeling av brukerutstyr for skadereduksjon. Vi vil derfor kommentere nærmere situasjonen i kommunene på disse to områdene.

ACT/FACT-team og annen oppsøkende tverrfaglig oppfølging

Et prioritert område i opptrappingsplanen er utvikling av oppsøkende behandlingsteam etter modell av ACT og andre former for tverrfaglig oppfølging. Indikator 52 er antall kommuner som rapporterer at de har ulike typer oppsøkende flerfaglige team (ACT, FACT, andre som gjelder voksne, og andre som gjelder barn). Her er IS-24/8-data fra 2017 nullpunkt slik at vi ikke har utvikling for denne indikatoren. 2017-tallene viser at det er kun en fjerdedel av kommunene som har denne type tilbud. Erfaringsamlingene og andre møter i forbindelse med evalueringen tyder på at det er stor oppmerksomhet om utvikling av FACT-team flere steder, og om utvikling av flere typer flerfaglige ambulante team. Det er gitt tilskuddsmidler til opprettelse av flere team rundt om i landet. Det vil derfor måtte antas at resultatet på denne indikatoren vil stige i rapporteringen fra 2018.

FACT-team

Av de seks casekommunene vi har besøkt, er det tre som ikke har FACT-team: Vadsø, Kristiansund og Østre Toten. Kristiansund planlegger å opprette et FACT-team i 2019, som er forankret i spesialisthelsetjenesten. I Finnmark er det ingen ACT- eller FACT-team per i dag eller andre ambulante team på rusfeltet fra Finnmarkssykehuset. Det opplyses fra Fylkesmannen i Finnmark at det er dialog med Finnmarkssykehuset om muligheten for å utvikle FACT-team. Østre Toten har sammen med kommunene Vestre Toten, Nordre Land og Søndre Land fått tildelt midler fra Fylkesmannen i Oppland til et forprosjekt som skal utrede behovet for etablering av et regionalt FACT-team.

Gamle Oslo var en pioner på utvikling av FACT i Norge. Gamle Oslo er prosjekteier for FACT, men selve teamet er forankret i spesialisthelsetjenesten. FACT-teamet i Gamle Oslo er et samhandlingsprosjekt med Lovisenberg Diakonale Sykehus. Målgruppen er definert som voksne med alvorlig psykisk lidelse, nærmere spesifisert schizofreni, schizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse type 1, hvor noen av brukerne i tillegg har rusmiddelproblemer. FACT i Gamle Oslo er svært modelltro og er sertifisert³². Teamet har per i dag 13 ansatte, ti stillingshjemler og følger opp om lag 120 brukere. Teamet inkluderer alle funksjoner som et FACT-team skal ha, med blant annet psykiater, jobbspesialist og erfaringskompetanse. Halvparten av de ansatte kommer fra bydelens tjenester, mens halvparten kommer fra spesialisthelsetjenesten. Informantene framhever at samhandlingen i FACT-teamet i Gamle Oslo er bra, og vurderer at et av suksesskriteriene er at de hadde et forprosjekt hvor rollene ble avklart,

³² FACT-teamet i Gamle Oslo er det første i Norge som sertifisert av sertifiseringscenteret ACT/FACT i Nederland: CCAF (Certification Centre for ACT and Flexible ACT).

og konkrete planer og avtaler for samarbeidet ble etablert. Teamet er ytterligere beskrevet i kapittel 3. I Oslo for øvrig er det nå under utvikling et eget FACT-rusteam i Sagene bydel.

De fleste FACT-teamene er som i Gamle Oslo forankret i spesialisthelsetjenesten, mens noen er kommunalt forankret, blant annet FACT-teamene i Sandnes og Fjell. Informantene i både Fjell og Sandnes er opptatt av den kommunale forankringen og vektlegger utvikling av dette tilbudet som en integrert del av de øvrige tjenestene og ikke bare noe som er på siden. FACT-teamet i Sandnes består av 18 ansatte fra både kommune, spesialisthelsetjeneste og NAV. Teamet inkluderer personer med helse- og sosialfaglig kompetanse og personer med egenerfaring fra rus og psykiske vansker. FACT-teamet betjener ca. 50 brukere og skal primært gi hjelp til personer som har samtidig rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse, og som ikke klarer å nyttiggjøre seg av behandlingen og tjenester som helseforetak eller kommune vanligvis gir hver for seg. FACT-teamet inkluderer også Housing First. FACT-teamet i Fjell kommune har også primært personer med både psykiske lidelser og rusavhengighet som målgruppe. FACT-teamet har kun kommunalt ansatte, og de jobber i dag med 14 brukere. Teamet skal bestå av tre konsulenter (sosionomer), en psykolog og en psykiater og forventes å bli fulltallig i løpet av høsten 2018.

Som vi ser over, er det en viss variasjon mellom de ulike FACT-teamene i de kommunene vi har besøkt. Dette gjelder både i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, målgruppe, antall brukere og bemanning og forankring. Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NROP) evaluerer på oppdrag fra Helsedirektoratet de syv første FACT-teamene som ble startet i Norge.³³ Både FACT-teamet i Gamle Oslo og i Sandnes inngår i denne evalueringen. Vi har for lite data til å kunne gi noen egen vurdering av de ulike modellene i denne evalueringen, men kan konstatere at her er det noe ulike tilnærminger og måter å organisere FACT-team på.

Annen oppsøkende, tverrfaglig oppfølging

I kommunene er mange opptatt av at ambulant oppfølging er nødvendig for å bedre tilgjengeligheten til tjenester for målgruppen. Det samme er det å ha flerfaglig oppfølging eller å bidra til koordinering av brukernes behov for tjenester fra ulike steder. Mange kommuner har etter hvert en eller annen form for ambulante tjenester på rusfeltet, selv om de ikke nødvendigvis har formaliserte team som samhandler med spesialisthelsetjenesten.

I Kristiansund har de blant annet utviklet modellen Housing First. Denne modellen går også ut på å ha et ambulant flerfaglig team for oppfølging av brukerne.

I Østre Toten har rus- og psykiatritjenesten ca. 15 ansatte som også jobber ambulant med hjemmebesøk og oppfølging av personer med rusproblemer. Rus- og psykiatritjenesten ligger under hjemmetjenester, sammen med blant annet hjemmesykepleie. Dette erfares å være en fordel da de har mange felles brukere. De fleste ansatte har videreutdanning i rus og psykiatri. Det er også et mestringsteam i kommunen med to ansatte, som i stor grad jobber oppsøkende.

Enhet psykisk helse og rus i Vadsø har flere ulike tiltak og arbeider også ambulant med brukere som har behov for det. Enheten kan tilby samtaler individuelt på kontoret, bidra til koordinering av tjenester, ha samarbeid med andre tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten og gi oppfølging hjemme hos brukeren eller møte dem på andre arenaer. Tjenesten har ikke spesifikke team, men etablerer team rundt den enkelte bruker som har behov for tjenester. I enheten er det personer med ulik faglig

³³ https://rop.no/Forskning/forskning_ved_rop/forskningsbasert-evaluering-av-fact-team/

kompetanse. De har en psykolog og blant annet barnevernspedagog, sosionom, sykepleiere og vernepleier, og flere har videreutdanning innen temaer som vold, rus og psykisk helse. I teamet er det 1,5 miljøarbeiderstilling/fagarbeiderstilling. Personer med rus- og psykiske helse-problemer med omfattende behov vil også kunne få oppfølging fra hjemmesykepleien, og enhet psykisk helse og rus har veiledning av hjemmetjenesten knyttet til dette.

Som beskrevet i kapittel 3 har bydel Gamle Oslo flere ambulante team som jobber med målgruppen innenfor psykisk helse og rus. Et av disse er et psykisk helse- og rusteam som følger opp brukere med omfattende samtidige psykisk helse- og rusproblemer. Dette er et team hvor det ikke er høy formell kompetanse, men mye realkompetanse. I teamet er det en psykiatrisk hjelpepleier, en omsorgsarbeider med videreutdanning i psykisk helse, en person med høyskoleutdanning og noen ufaglærte. I teamet har det vært stor grad av kontinuitet og svært lavt sykefravær. Sett i lys av vektleggingen av det relasjonelle for å komme i posisjon til å jobbe med denne målgruppen vurderes dette som en suksessfaktor. Tilgjengelighet, fleksibilitet og det å forholde seg til hele livet til brukeren vurderes som viktig. Alle brukerne har vedtak om 1–2 timer i uken med oppfølging, men dette håndteres med fleksibilitet av teamet. Teamet utøver tjenester knyttet til alt fra samtaler til praktisk bistand, koordinering av tjenester, påminning om avtaler, individuelle aktiviteter og støtte til bedre rusmestring. Tjenesten har også bidratt med å gjenopprette kontakt med pårørende eller holde kontakt med pårørende. Tjenesten er med andre ord svært omfattende og fleksibel. Teamet har utstrakt samarbeid med andre tjenester som NAV og boligjenesten, og ikke minst med Lovisenberg DPS.

Skadereduksjon

Indikator 55 viser at det er en positiv utvikling i kommuner som deler ut skadereduserende brukerutstyr, selv om det fortsatt er begrenset til kun 31 prosent av kommunene. Indikatoren er basert på en kartlegging foretatt av KORFOR på oppdrag fra Helsedirektoratet (Hustvedt & Nesvåg 2017). Selv om kartleggingen viser at det kun er 31 prosent av kommunene som deler ut brukerutstyr, viser undersøkelsen også at mange av de store byene har systemer for utdeling av brukerutstyr. 77 prosent av kartlagte brukere i BrukerPlan som injiserer rusmidler, bor i en kommune som deler ut gratis brukerutstyr. Noen kommuner oppgir at de ikke har behov for å dele ut brukerutstyr, men 19 ganske store kommuner med relativt omfattende rusmiddelbruk deler ikke ut brukerutstyr for injisering. Med andre ord er det behov for oppmerksomhet om dette framover. Flere kommuner oppgir i KORFOR-undersøkelsen at de har behov for å dele ut annet utstyr enn det de deler ut i dag. I etterkant av Hustvedt og Nesvågs undersøkelse har Helsedirektoratet sendt ut brev til alle kommuner med informasjon om at de skal ha ordninger for gratis tilgjengelighet til brukerutstyr for injeksjon.³⁴ De har også sendt et brev til alle fylkesmannsembetene om å følge opp dette.

Tjenestenes tilgjengelighet

Tilgjengelighet til tjenester dreier seg ikke bare om hvorvidt et tilbud finnes eller ikke. De fleste tjenestene innenfor rusfeltet har kun tilbud innenfor ordinær arbeidstid, noen med enkelte tilbud utenfor ordinær arbeidstid og på kvelden og noen med

³⁴ <https://helsedirektoratet.no/nyheter/rus-kommunene-skal-dele-ut-brukerutstyr>

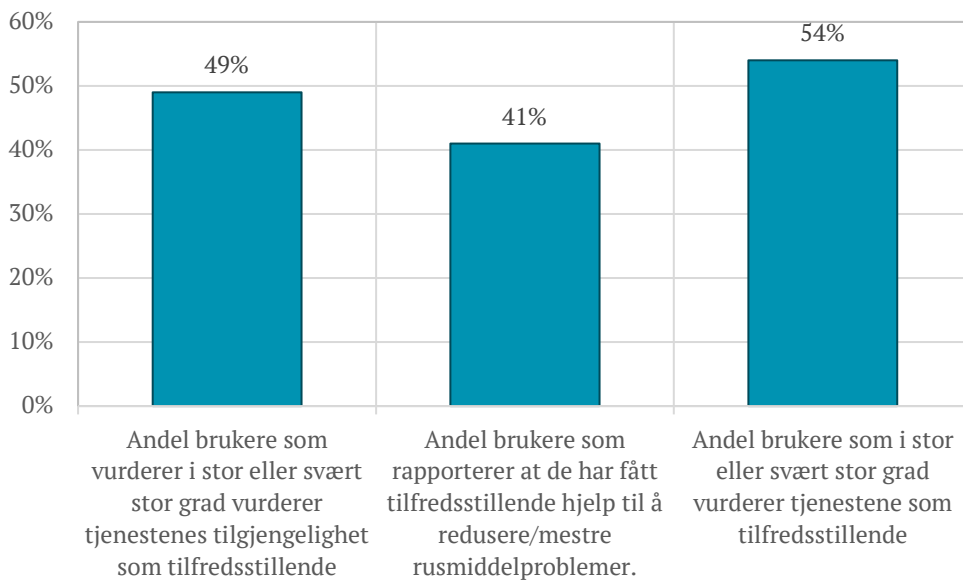
en vakttelefon. Rus- og psykisk helse-teamet i Gamle Oslo er et eksempel på en tjeneste som er tilgjengelig utover ordinær arbeidstid. Teamet jobber turnus og er tilgjengelig og følger opp brukere fra 07.30 til 22.00. Tilgjengeligheten og fleksibiliteten blir sterkt vektlagt som suksessfaktorer i tjenesten. I andre casekommuner er det informanter som forteller at de har noe fleksitid og noen ganger har aktivitet utover ordinær arbeidstid og på kvelden. Flere har også vakttelefoner, blant annet betjener en av de ansatte i Mestringsteamet i Østre Toten en telefon som alltid er påslått og brukere kan ringe til. I Sandnes er MO-senterets kontakttelefon døgnbemannet. Et av de døgnbemannede botilbudene for rusavhengige i kommunen betjener telefonen utenfor MO-senterets åpningstid (09.00–15.00).

Tilgjengelighet til tjenester utover ordinær arbeidstid er et forhold som blir tatt opp av flere, både i casekommunene og på erfaringssamlingene. Personer med rusavhengighet sine behov for tjenester er ikke begrenset til tiden mellom 08.00 og 16.00. Psykisk helse- og rus-teamet i Gamle Oslo peker på at mange i denne gruppen står opp seint og er involvert i sammenhenger og utfordringer som gjør at de har behov for tjenester utover ordinær arbeidstid. Flere informanter tar opp hvordan selve rusavhengighetens kompleksitet utfordrer den tradisjonelle innretningen av tjenestene i kommunene. Å ha tjenester utover ordinær arbeidstid og ha tjenester som er oppsøkende, er derfor ofte noe informantene mener kunne styrke tjenestetilbudet i kommunene. I Vadsø kommune er det for eksempel flere som tar opp at de ønsker oppsøkende tjenester overfor unge, en mulighet for å kunne komme i posisjon til å gi oppfølging til unge tidlig i en eventuell ruskarriere. Dette vil være et særlig behov i kommuner som ikke har utekontakt eller andre type oppsøkende tjenester for denne målgruppen (jf. kapittel 7).

Brukernes vurdering av tilgjengelighet og fornøydhet med tjenester

Svært mange av tjenestene som er omtalt over, er relatert til bedre tilgjengelighet og kvalitet på tjenestetilbudet til brukerne. I det foregående har vi presentert resultater fra casekommunene som kan tyde på at det er noe høyere andel av kommunene som har ambulante tjenester, enn kommuner som har spesifikke ambulante team. Samtidig er kommunene også opptatt av behovet for bedre tilgjengelighet både i type tjenester og ikke minst i hvilke tider tjenestene er tilgjengelige. I figur 8.4 viser vi tre indikatorer for brukernes vurdering av tilgjengelighet (indikator 57) og tilfredshet (indikator 63) med kommunale tjenester samt andel brukere som mener de har fått tilfredsstillende hjelp til redusere /mestre sitt rusproblem (indikator 62).

Figur 8.4 Brukernes vurdering av tilgjengelighet til og fornøydhets med tjenester (indikator 57, 62 og 63).



Kilde: Nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse 2017

Resultatene fra den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen viser at kommunene har mye å gå på for å bedre både tilgjengelighet og tilfredsheten med tjenestene (figur 8.4). Dette samsvarer med kommunenes egen vurdering presentert i figur 8.2 og inntrykk fra casestudier og erfaringssamlinger. Som vi har vist over, er flere av casekommunene opptatt av å ha tjenester tettere på der brukerne er. Noen tar opp at mer «uformelle tjenestetilbud» er en nøkkel til å etablere en posisjon for å skape relasjoner til brukergruppen, etablere tillit og styrke eventuell motivasjon for å motta tjenester og behandling. MO-sentrene og ulike typer lavterskeltilbud samt oppsøkende tjenester kan ha en slik funksjon. Vi har tidligere i dette kapitlet tatt opp at behovene innenfor rusfeltet kanskje utfordrer tradisjonell innretting av tjenestene, for eksempel at det er få tjenester som tilbys utenfor ordinær arbeidstid.

Utfordring med tilbud til enkelte grupper

Informantene i casekommunene peker på enkelte grupper som det er særlig utfordrende å tilby gode tjenester til. Eldre med rusmiddelproblemer er en av disse gruppene. Sykehjemmene erfarer ikke å ha tilstrekkelig kompetanse eller egnede lokaler for å ta imot disse brukerne, og hjemmetjenesten har i liten grad tilstrekkelig kunnskap om hvordan de skal håndtere bekymring knyttet til alkoholkonsum. Ofte er det snakk om personer med alvorlig rusmiddelbruk over lengre tid, som nå er blitt eldre. Dette var også et tema på en av erfaringssamlingene hvor det ble tatt opp av noen av deltakerne at de erfarte at eldre personer med rusmiddelproblemer ble diskriminert i tjenesten. Mange hadde omfattende somatiske plager som ikke ble tatt på alvor i helsetjenesten, og dersom de søkte seg inn i behandling, ble de ikke prioritert fordi de ble oppfattet som for gamle og ikke egnet for behandlingsopphold.

En annen gruppe som flere av kommunene har utfordringer med å tilby gode tjenester til, er personer med samtidig rusmisbruk og psykiske helseproblemer, ofte betegnet som ROP-gruppen. Mange i denne gruppen har også dårlig somatisk helse.

Flere informanter etterlyser et generelt sterkere søkelys på å involvere vanlig somatisk helsetilbud mer aktivt i rustjenestene. I forlengelsen av dette etterlyses også mer vekt på kosthold, ernæring, livsstil og fysisk aktivitet for å skape en sunnere livsstil. Dette vil vi kommentere nærmere i kapittel 9.

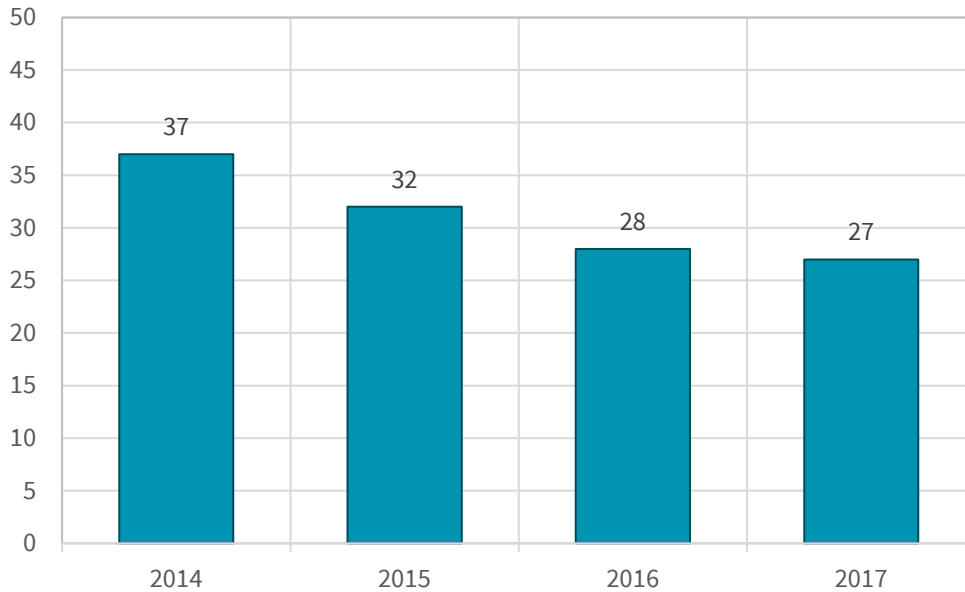
En del kommuner opplever at de ikke har et godt nok tilbud til barn og unge som enten har et rusproblem, eller som står i fare for å utvikle dette. Sårbare overganger uten klare ansvarsforhold, for eksempel fra barn til voksen, er en utfordring i flere casekommuner, noe som omtales nærmere blant annet i kapittel 7 i denne rapporten.

Tilgang til behandling i spesialisthelsetjenesten

En av resultatindikatorerne knyttet til delmål 3 var gjennomsnittlig ventetid (antall dager) i TSB for døgntilbud, per 3. tertial i nullpunktsmålingen (indikator 56). Målet med indikatoren er å gi et uttrykk for kapasiteten i tjenestene. Etter nærmere vurderinger gir indikatoren et noe upresist bilde av ventetiden og er mer et uttrykk for antall henvisninger på telletidspunktet (per 3. tertial). Videre vet vi at fordelingen i ventetid er meget skjev og påvirket av ekstremverdier av langtidsventende. Ekstremverdier påvirker gjennomsnittsverdien i større grad enn medianverdien, noe som gjør at vi endrer indikatoren til median ventetid (antall dager) før behandling innen TSB for ordinært avviklede pasienter. Ved å bruke median ventetid (den midterste ventetiden dersom ventetiden til alle pasientløp i TSB rangeres på en liste) venter halvparten av pasientene lenger og halvparten kortere. Revidert indikator gir et mer presist bilde av ventetid i tjenesten og måles per år og for alle omsorgsnivåer (altså både døgntilbud, poliklinisk behandling og øvrige omsorgsnivåer). Indikatoren viser antall kalenderdager det tar fra mottak av henvisning til oppstart av utredning eller behandling for de pasientforløpene som er ordinært avviklet i løpet av det gjeldende året. Med ordinært avviklet menes pasienter som har stått på venteliste, og som har fått igangsatt helsehjelp. Tilfeller der oppstart av helsehjelp er utsatt av medisinske eller pasientbestemte årsaker, eller der øyeblikkelig hjelp er gitt, er ikke med i disse beregningene. Data hentes fra de årlige rapportene fra Helsedirektoratet *IS-2706 Ventetider og pasientrettigheter*.

Fra nullpunkt i 2016 til målingen i 2017 har medianventetiden før behandling blitt redusert med 1 dag fra 28 til 27 dager. Endringen tilsvarer en reduksjon på i underkant av 4 prosent og er i tråd med ønsket utvikling i indikatoren. Selv om reduksjonen i ventetid har vært relativt marginal det siste året, er den siden 2014 blitt redusert med 10 dager (fra 37 dager).

Figur 8.5 Median ventetid (antall dager) til behandling innen TSB for ordinært avviklede pasienter.



Kilde: Helsedirektoratet, IS-2706

Det er ventetiden før døgntil behandling som trekker opp den samlede ventetiden før behandling i TSB. Ventetiden før poliklinisk behandling eller annen behandling i TSB utenom døgntil behandling er betydelig lavere. Variasjonen i ventetid mellom ulike tilbud om døgntil behandling er også stor. Flere informanter og deltakere på erfaringssamlingen tar opp at noen typer behandlingstilbud er svært «populære» og med lange ventetider, mens andre har kortere ventetid. Noen informanter i kommunene bekrefter at de erfarer at ventetiden går ned, men de poengterer at utfordringen på dette området heller dreier seg om å orientere seg i de ulike behandlingstilbudene som finnes. Hvordan skal de kunne veilede brukeren om hvilken type behandlingstilbud som er riktig for den enkelte?

Oslo universitetssykehus, Klinikk rus og avhengighet avdeling voksen har hatt et prosjekt sammen med Utviklingscenter psykisk helse og rus i bydel Gamle Oslo som heter Mens vi venter. Hensikten har vært å kartlegge hva som skjer i ventetiden mellom innvilget døgntil behandling og oppmøte til behandling. Klinikk rus og avhengighet har hatt relativt lange ventetider, opp mot 6 måneder. Erfaringen var at mange pasienter ikke møtte opp til behandling. I prosjektet har de blant annet fulgt et utvalg pasienter i ventetiden og hatt ukentlige samtaler med dem. Noen av vurderingene fra informanter involvert i prosjektet er at prosjektet har tydeliggjort et behov for oppfølging av pasienter i ventetiden.³⁵ Dette er en periode som pasienten kanskje har behov for til å forberede seg, men noen av dem trenger noen å ha kontakt med i denne tiden. En annen vurdering er at pasienten har behov for mer informasjon om hva de skal inn i, hva de kan vente seg når de kommer i behandling. Samtalene med pasientene i ventetiden viste blant annet at mange var usikre på hvordan systemet var, og for eksempel hvilke medisiner de fikk lov til å bruke. Prosjektet tydeliggjør betydningen av å starte oppfølgingen av pasienten før de kommer inn i behandling. En

³⁵ Det er involvert tjenestedesignere i arbeidet med prosjektet, og det var på datainnsamlingsstidspunktet ikke utarbeidet en endelig rapport fra prosjektet.

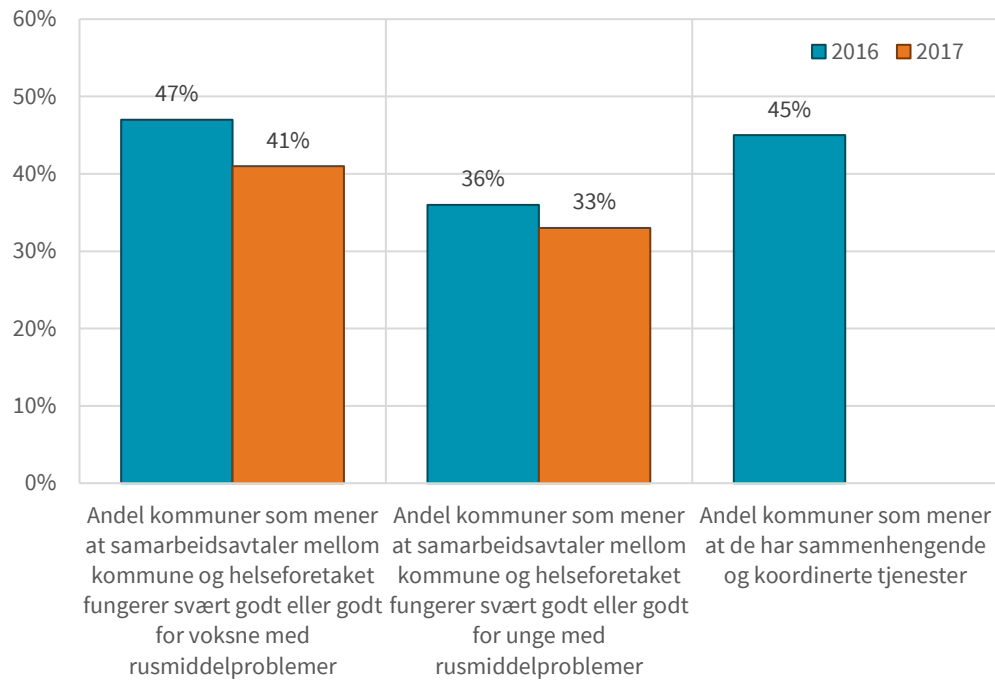
informant påpeker at dette kan være noe som det blir større oppmerksomhet om ved implementeringen av pakkeforløpene, men at det må tydeliggjøres hvem som skal ha ansvar for oppfølging i denne perioden.

I NAV Gamle Oslo har de etablert et prosjekt i rusteamet der det er to saksbehandlere som spesifikt følger opp de som ønsker seg inn i behandling, er i behandling og har vært i behandling. Dette gir mulighet for større kontinuitet i oppfølging av brukere gjennom et behandlingsløp. Også i flere av de andre casekommunene var det utviklet systemer for kontakt med brukere gjennom et behandlingsforløp. Utfordringen kan være at det er personer som henvises fra for eksempel fastlegen, og hvor de øvrige tjenestene i kommunene ikke kjenner til eller har oppfølging av denne personen fra før. Det er flere som tar opp at pakkeforløpene kanskje kan bidra til tydeliggjøring av ansvar og roller i disse prosessene.

Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Samarbeid innad i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er viktig for å lykkes med en sammenhengende rusomsorg og er et sentralt mål i Opptrappingsplanen for rusfeltet. Over har vi vist hvordan flere kommuner har etablert konkrete samarbeid med spesialisthelsetjenesten om ambulant oppfølging av brukerne, i blant annet FACT-team. En av casekommunene trekker fram at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten gjennom FACT-teamet legger til rette for helhetlig behandling og gjør det lettere når det gjelder eventuelt behov for innleggelse. Flere kommuner har også samarbeid om enkelte spesifikke tiltak og prosjekter og avtaler om veiledning fra spesialisthelsetjenesten og veiledning av spesialisthelsetjenesten. Eventuelle utfordringer i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og vurderte suksessfaktorer for å lykkes i samarbeid med spesialisthelsetjenesten var viktige temaer både i casestudiene og i erfaringssamlingene. I evalueringen er det flere indikatorer for kommunenes vurdering av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Indikator 66 er andel kommuner som mener at samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak fungerer svært godt eller godt for voksne med rusmiddelproblemer, og indikator 67 er andel kommuner som mener samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak fungerer svært godt eller godt for unge med rusmiddelproblemer. I figur 8.6 viser vi at til tross for at det nå ser ut til å være mye samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenester, så vurderer ikke kommunene at samarbeidet skilr lettere enn før, heller tvert imot. I figuren viser vi også at samhandling generelt ser ut til å være krevende, for kommunene er svært kritiske til hvorvidt de selv har en sammenhengende og koordinert tjeneste.

Figur 8.6 Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten



Kilde: IS-24/8

Figur 8.6 viser at kommunene mener at samarbeidsavtalene med helseforetakene fungerer dårligere enn før, både for voksne og for unge. I erfaringssamlingene og i casestudiene fikk vi mange innspill og vurderinger knyttet til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Det er mye samarbeid, men det er tydelig at det også kan være krevende å få samarbeidet til å fungere optimalt. Alle kommunene og tjenestene har noe samarbeid med spesialisthelsetjenesten, men de overordnede samarbeidsavtalene er det få ute i tjenestene som har noe forhold til. Av kommunene er det kun Vadsø som ikke har noe strukturelt fast samarbeid med spesialisthelsetjenesten utover en veiledningsavtale for enhet psykisk helse og rus med VPP ved sykehuset i Kirkenes. Dette kan ha med geografi å gjøre samt at Finnmarkssykehuset ikke foreløpig har ambulant virksomhet på rusfeltet.

I erfaringssamlingen i Rogaland var samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen et tema. Mange av kommunene hadde samarbeidsavtaler og samarbeidsmøter med kommunene, og mange opplevde at disse fungerte godt. Tilbakemeldingene i denne erfaringssamlingen samsvarer med det vi finner i casestudien også. Samarbeid må være konkret for å fungere godt. Intervjuene med informanter i både casekommuner og spesialisthelsetjenester viser at konkretisering av samarbeid, forventnings- og rolleavklaring er viktig for at samarbeid skal fungere. Et moment som tas opp, er at det kan være ulik kultur og måte å tenke på når det gjelder hvordan man best tilnærmer seg rusproblematikk mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. At man eventuelt ikke har en felles faglig forståelse for behandlingsforløp og hva slags oppfølging brukere med rus og psykiske lidelser trenger for å lykkes med endringsarbeidet, kan bidra til uenighet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om hvilke brukere som bør ivaretas av spesialisthelsetjenesten, og hvilke brukere kommunen selv kan håndtere på en god måte.

Det å ha ansatte fra spesialisthelsetjenesten i kommunen, for eksempel i FACT-team, kan bidra til å etablere et godt samarbeidsklima og legge til rette for god dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan også stimulere til kompetanseoverføring til kommunene og fra kommunen til spesialisthelsetjenesten. Samarbeid kan på denne måten bidra til tjenesteutvikling. Ulike former for samarbeidsfora kan også legge til rette for et bedre samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Et eksempel på dette er Sandnes hvor spesialisthelsetjenesten inviterer kommuner og brukerrepresentanter i regionen til å delta i arbeidsgrupper/rådslag for å diskutere og forberede implementering av pakkeforløpet på rusfeltet. Målet er å få en felles forståelse for hvordan de skal gjøre det, hvilke forventninger de kan ha til hverandre, og hvordan de skal oppnå kravene. Et annet eksempel er Østre Toten som inngår i et administrativt samarbeidsutvalg og et pasient- og brukerrettet samhandlingsutvalg mellom Sykehuset Innlandet ved DPS på Gjøvik og kommunene i regionen (se omtale kapittel 3).

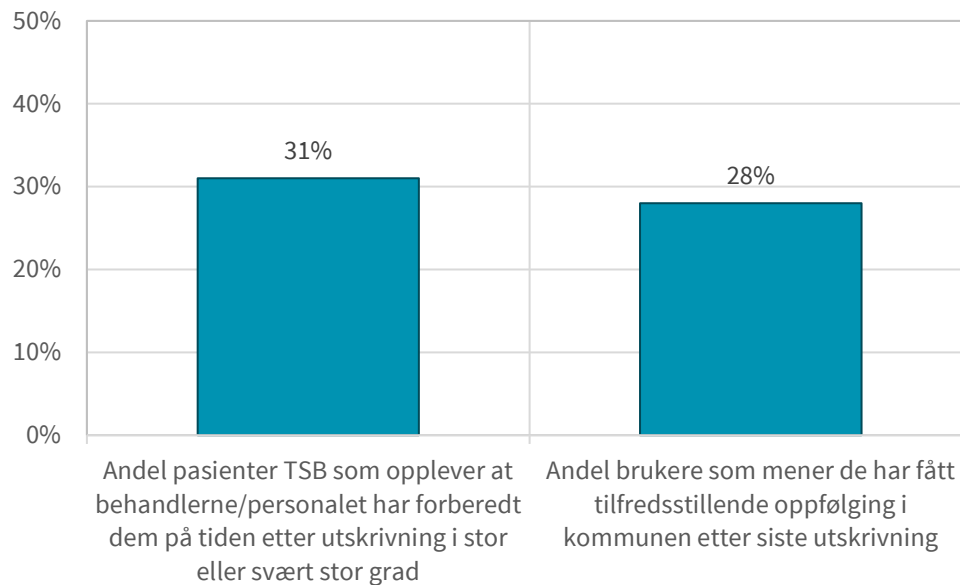
Gamle Oslo er en bydel som har hatt tett samarbeid med Lovisenberg DPS over lang tid. Dette gjelder samarbeid med ulike ambulante team ved Lovisenberg, men ikke minst FACT-teamet som er beskrevet over. I Gamle Oslo framhever de at et viktig suksesskriterium for FACT-teamet er at de i et forprosjekt jobbet aktivt med rolleavklaringen. Et forhold som tas opp av flere, er nettopp rolleavklaring og likeverdighet.

I erfaringssamlingen i Rogaland forteller en av deltakerne om en lokal samarbeidsavtale mellom DPS, Avdeling rus og avhengighetsbehandling i Helse Stavanger og fire Jær-kommuner. De møtes i et rusforum tre–fire ganger i året, hvor flere aktører deltar. Første punkt i samarbeidsavtalen er likeverdighet. Aktørene skal legge til rette for god forståelse av hverandres tjeneste, snakke fint om hverandre og vise gjensidig respekt.

Overgang fra døgntil behandling til kommune

Mye samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste dreier seg om samarbeid knyttet til enkeltbrukere som er i behandling. I kapittel 6 viste vi blant annet til at ansvarsgrupper og IP eller kriseplaner kan være viktige verktøy for å sikre gode overganger mellom opphold i TSB og livet i kommunen etterpå. Dette dreier seg om å legge til rette for å mestre livet etter opphold i døgntil behandling, om forhold som en egnet, god bolig, arbeid, økonomi og sosialt nettverk. Dette er faktorer som vi skal se nærmere på i neste kapittel. Å bedre disse overgangene er en viktig målsetting i opptrappingsplanen, og her ser det ut til å være behov for betydelig innsats. I figur 8.7 viser vi andel pasienter i TSB som opplever at behandlerne/personalet har forberedt dem på tiden etter utskrivning i stor eller svært stor grad (indikator 65), og andel brukere som mener at de har fått tilstrekkelig oppfølging i kommunen etter siste utskrivning (indikator 75, inngår blant indikatorene som presenteres i neste kapittel).

Figur 8.7 Pasienter i TSB sin vurdering av forberedelse av utskrivning og brukere som mener de har fått tilstrekkelig oppfølging etter siste utskrivning.



Kilde: Pasienterfaringsundersøkelse TSB og Nasjonal Brukertilfredshetsundersøkelse

Intervjuer i casestudiene viser at mange innenfor tjenestene i kommunene erfarer at det er ulik kultur mellom ulike behandlingssteder i TSB når det gjelder forberedelse av livet etter utskrivning og samarbeid med kommunen om dette. Noen steder er svært aktive og har mye kontakt med brukerens kontaktperson i kommunen, andre steder er det nesten ikke mulig å få kontakt eller dialog mens brukeren er i døgnbehandling. Noen behandlingssteder starter forberedelse av utskrivning allerede når pasienten kommer inn, og fokuserer på forberedelse av trygg utskrivning sammen med pasienten. Også innenfor TSB er det informanter som erfarer at det kan være vanskelig å få til god samhandling om å tilrettelegge for god oppfølging etter utskrivning. Å se utviklingen på disse to indikatorene etter at pakkeforløpene er implementert, vil være svært interessant. Pakkeforløpene har som intensjon nettopp å bidra til bedre kontinuitet i behandlingsforløpet og samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Det har også allerede vært en del oppmerksomhet knyttet til det å forberede livet etter utskrivning, blant annet gjennom pasientsikkerhetsprogrammet³⁶.

Hva er behandling?

På erfaringssamlingen i Rogaland ble det en diskusjon om hvordan begrepet behandling ofte brukes, og hva som egentlig ligger i begrepet behandling. Utgangspunktet var en frustrasjon over at behandling ofte likestilles med døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Enkelte utviklingstrekk, som større vektlegging av recovery i kommunene (jf. kapittel 6) og innføring av pakkeforløpene, betyr kanskje at det er behov for å en større tydeliggjøring av begrepet behandling innenfor rusomsorgen.

Døgnopphold i spesialisthelsetjenesten er en svært liten del av den samlede behandlingssinnsatsen i TSB, en stor andel består av poliklinisk behandling. Samtidig vil

³⁶ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/trygg-utskrivning>

mange påpeke at svært mye av innsatsen i kommunene er behandlingsrettet og virker inn på den enkelte brukers mestring av eget rusproblem og eget liv. Rusbehandling er sammensatt, denne rapporten viser at det er både å møte avhengighet som helseproblem og som psykiske og somatiske plager og sosiale problemer som bolig, arbeid, nettverk, familie og kontakter. Noe av frustrasjonen fra enkelte av informantene og deltakerne i erfaringssamlingene som har tatt opp dette med hva er behandling dreier seg om, gjelder en begrepsbruk som ikke anerkjenner det sammensatte utfordringsbildet i rusbehandling, og som framhever en ofte svært liten del av et behandlingsforløp som det mest avgjørende, nemlig oppholdet i spesialisthelsetjenesten. For mange aktører i kommunalt rus- og psykisk helse-arbeid er det viktig å understreke at den kommunale innsatsen innenfor rusomsorgen kan ha stor betydning for den enkeltes bedringsprosess og være avgjørende for å oppnå behandlingseffekter av den behandlingen som gis i spesialisthelsetjenesten. Mange kommunale tjenester møter brukere tidlig i forløpet og har stor betydning for å kunne motivere til behandling og starte en egen prosess mot bedring. Mye oppfølging, bistand til bolig, arbeid og aktivitet og gjenoppretting av brutte relasjoner kan ha stor betydning for den enkeltes bedring og rehabilitering.

I erfaringssamlingen i Rogaland ble det pekt på at opptrappingsplanen opererte med skiller mellom behandling som opphold eller tilbud i TSB og påfølgende ettervern og oppfølgingstjenester i kommunene. Det reelle bildet ute i kommunene erfarer å være annerledes. Det foregår mye behandling i kommunene, og ikke bare poliklinisk behandling i TSB, men også gjennom kommunale tjenester. Etter hvert er det mange ambulante team, FACT, ACT, Samhandlingsteam, hvor spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester gir flerfaglige tjenester til brukerne sammen. Teamene illustrerer kanskje hva mange peker på. Teamene gir behandling og inneholder det vi ofte oppfatter som behandlere, som psykiatere, psykologer og leger, men også andre yrkesgrupper som ikke oppfattes som behandlere, som jobbspesialister, boligkompetanse, erfaringskonsulenter og andre mer sosialfaglige yrker, men hvor deres innsats kan ha stor betydning for den enkeltes bedringsprosess. Noen brukere vil aldri være i døgnbehandling, men motta behandling og oppfølging i kommunen, kanskje fra et team med slik sammensatt kompetanse, eller fra andre tilbud i kommunen. Et eksempel er boppfølgingstjenesten, for eksempel i Gamle Oslo, som gir støttesamtaler, eller psykisk helse- og rusteamet som også har samtaler og gjennom sin oppfølging har erfart at de har bidratt til en betydelig reduksjon i antall akuttinnleggelses blant de brukerne de følger opp.

I Helsedirektoratet har det etter lanseringen av opptrappingsplanen blitt gjort en vurdering om at de ikke lenger anvender begrepet «ettervern», og også fra direktoratet er de opptatt av helhetlige forløp og glidende overganger mellom oppfølging og behandling. Diskusjonen om behandlingsbegrepet blir enda mer relevant ved innføring av pakkeforløpene. Mange av informantene i casestudien har store forventninger til pakkeforløpene. Noe av dette dreier seg om at de håper disse skal bidra til større kontinuitet i behandlingsforløpet til den enkelte, hvor også innsatsen i kommunene før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten blir anerkjent.

9 En aktiv og meningsfylt tilværelse

Hovedmål 4 er at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Et av de tre innsatsområdene i opptrappingsplanen er også knyttet til dette, nærmere definert som ettervern og oppfølgingstjenester, med presisering av at det skal prioriteres bolig, arbeid og aktivitet. I forrige kapittel viste vi til en egen diskusjon om behandlingsbegrepet, det er dessuten mange som reagerer på begrepet ettervern, og i evalueringen bruker vi ikke dette begrepet. Hovedmål 4 omhandler å gi støtte til bedre livskvalitet for den enkelte, men også bolig, arbeid, aktivitet og andre former for sosial støtte for å kunne ha en meningsfylt tilværelse. Dette handler om både personer som er i aktiv rus, og personer som ønsker å leve et rusfritt liv. Dette området er sterkt vektlagt i opptrappingsplanen som et område med store utfordringer og behov for økt innsats.

Det er definert **18 indikatorer** for å følge utviklingen på dette området. Det har vært vanskelig å finne gode indikatorer for innsats, så det er kun **én indikator for innsats**:

- andel kommuner som har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet

Det er **syv indikatorer knyttet til aktivitet**:

- andel kommuner med individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) innen rusarbeid
- andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å komme i arbeid
- andel brukere som rapporterer at de har fått praktisk hjelp til å mestre økonomien
- andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å skaffe bolig
- andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å komme i gang med meningsfulle aktiviteter
- andel brukere som mener de har fått tilfredsstillende oppfølging i kommunen etter siste utskrivning
- andel kommuner som mener de i stor eller svært stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig

Det er **ti resultatindikatorer**, og disse er i all hovedsak fra BrukerPlan-kartleggingen og med data for utvikling over tid:

- andel brukere med tilfredsstillende bosituasjon (grønn)
- andel brukere med tilfredsstillende fysisk helse (grønn)
- andel brukere med tilfredsstillende psykisk helse (grønn)
- andel brukere med tilfredsstillende økonomi (grønn)
- andel brukere med tilfredsstillende meningsfylt aktivitet (grønn)

- andel brukere med tilfredsstillende rusmiddelbruk (grønn)
- andel brukere med tilfredsstillende sosialt nettverk (grønn)
- andel brukere som deltar i arbeidslivet
- andel kommuner som mener at boligsituasjonen for målgruppen for kommunalt rusarbeid har bedret seg (bedring eller stor bedring) de siste årene
- andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer

I tabell 9.1 viser vi andre måling for indikatorene på hovedmål 4. Indikatorene viser at der vi har tilgang til data på utvikling, er det relativt små endringer, og det ikke noe entydig bilde av hvorvidt disse går i positiv eller negativ retning.

Tabell 9.1 Andre måling for indikatorer for hovedmål 4

#	Type	Indikator	Kilde	2016	2017	Endring
69	Innsats	Andel kommuner som har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet	IS-24/8	-	58 %	N/A
70		Andel kommuner med individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) innen rusarbeid	IS-24/8	-	17 %	N/A
71	Aktivitet	Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å komme i arbeid	BU		23 %	N/A
72		Andel brukere som rapporterer at de har fått praktisk hjelp til å mestre økonomien	BU		27 %	N/A
73		Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å skaffe bolig	BU		43 %	N/A
74		Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å komme i gang med meningsfulle aktiviteter	BU		24 %	N/A
75		Andel brukere som mener de har fått tilfredsstillende oppfølging i kommunen etter siste utskrivning	BU		28 %	N/A
76		Andel kommuner som mener de i stor eller svært stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig	IS-24/8	58 %	60 %	2 %-poeng
77	Resultat	Andel brukere med tilfredsstillende bosituasjon (grønn)	Bruker-Plan	71 %	73 %	2 %-poeng
78		Andel brukere med tilfredsstillende fysisk helse (grønn)	Bruker-Plan	50 %	48 %	-2 %-poeng
79		Andel brukere med tilfredsstillende psykisk helse (grønn)	Bruker-Plan	24 %	25 %	1 %-poeng
80		Andel brukere med tilfredsstillende økonomi (grønn)	Bruker-Plan	48 %	47 %	-1 %-poeng

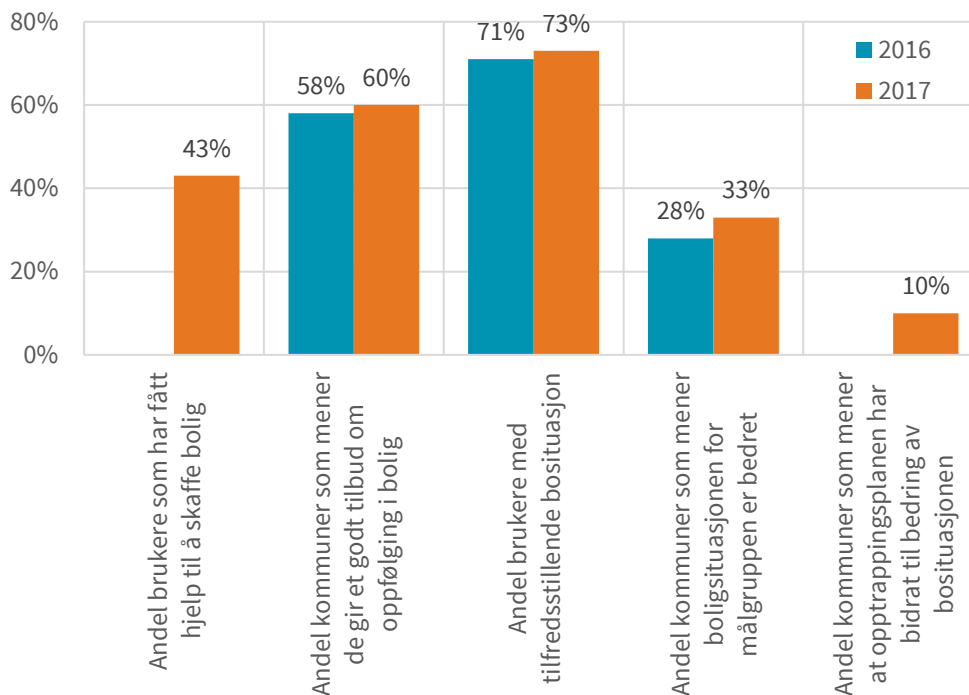
81	Andel brukere med tilfredsstillende meningsfylt aktivitet (grønn)	Bruker-Plan	28 %	30 %	2 %-poeng
82	Andel brukere med tilfredsstillende rusmiddelbruk (grønn)	Bruker-Plan	30 %	29 %	-1 %-poeng
83	Andel brukere med tilfredsstillende sosialt nettverk (grønn)	Bruker-Plan	29 %	27 %	-2 %-poeng
84	Andel brukere som deltar i arbeidslivet	Bruker-Plan	11 %	13 %	2 %-poeng
85	Andel kommuner som mener at boligsituasjonen for målgruppen for kommunalt rusarbeid har bedret seg (bedring eller stor bedring) de siste årene	IS-24/8	28 %	33 %	5 %-poeng
86	Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer	IS-24/8		10 %	N/A

Bolig og booppfølging

Målingen basert på 2017-data viser at det er en utvikling i positiv retning knyttet til andel kommuner som mener de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig (indikator 76), og andel brukere som vurderes i BrukerPlan som å ha en tilfredsstillende bosituasjon (indikator 77). Det har over flere år vært stor oppmerksomhet om at også personer med rusproblemer skal ha et sted å bo, og at bolig er grunnleggende for den enkeltes livskvalitet og helse. Det har vært flere boligsosiale strategier gjennom de siste årene (Grønningsæter mfl. 2014). En viktig del av satsingene i de tidligere boligsosiale strategiene og den pågående strategien Bolig for velferd er behovet for å ikke bare sikre tilgang til boliger, men også tilstrekkelige tjenester for at den enkelte skal mestre å bo i egen bolig over tid. En rekke kommuner har økt oppmerksomheten om boliger for personer med rusproblemer og har utviklet booppfølging eller andre typer ambulante tjenester for at den enkelte skal få den hjelpen de trenger for å klare å bo.

I figur 9.1 viser vi status og utvikling knyttet til bolig og oppfølging i kommunene.

Figur 9.1 Utvikling bolig og oppfølging for personer med rusproblemer.



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

Det er en positiv utvikling på alle boligindikatorene. Med utgangspunkt i kommunenes kartlegging ved hjelp av BrukerPlan ser vi nå at kommunene vurderer at 73 prosent av brukerne har en tilfredsstillende bosituasjon (indikator 77). Seks av ti kommuner oppgir i IS-24/8 at de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig (indikator 76). Likevel viser den nasjonale brukerundersøkelsen at under halvdelen av brukerne har fått hjelp til å skaffe bolig (indikator 73). Selv om situasjonen i kommunene ser ut til å bli bedre på boligområdet, er det kun en tredel av kommunene som mener at boligsituasjonen er bedret (indikator 85), og en svært liten andel av kommunene som mener at opptrappingsplanen så langt har bidratt til bedring på området (indikator 86). Casestudien gir et mer utfyllende bilde av utviklingen på boligområdet.

Kommunal og statlig oppmerksomhet om bolig

Manglende tilgang på egnede boliger er et forhold som ofte blir tatt opp når vi snakker om utfordringene i kommunene. Likevel har alle kommunene i større eller mindre grad hatt oppmerksomhet om utviklingen av det boligsosiale arbeidet i kommunen. I Kristiansund kommune vektlegger de betydningen av blant annet den nasjonale strategien Bolig for velferd og at også Opptappingsplanen for rusfeltet har bidratt til å styrke oppmerksomheten om dette arbeidet. Dette blir også poengtert av våre informanter i Fjell kommune. Det at det har vært vektlagt å spre kjennskap til kunnskapsbaserte metoder og modeller, mener de er viktig for å kunne utvikle tjenestene videre. Kristiansund er en av kommunene som har etablert modellen Housing First. De er

foreløpig i en startfase med kartlegging av aktuelle brukere for dette tilbudet. Kristiansund kommune mener at deres boligsosiale arbeid har gitt resultater, og at de har lyktes med å etablere gode varige boligløsninger og tiltak. De nasjonale satsingene i kombinasjon med lokale boligsosiale planer har vært et viktig suksesskriterium. Arbeidet med det boligsosiale området har vært godt forankret i kommunen.

Denne systematiske jobbingen med boligsosialt arbeid finner vi i flere kommuner. Fjell har i dag et eget boligkontor som arbeider med framskaffing av boliger. Boligkontoret var tidligere organisert under NAV, men ligger nå under sjefen for kommunens servicetorg. Kommunen har jobbet mye med boliger for personer med rusproblemer de siste årene. I 2012–2013, hadde kommunen til enhver tid om lag 30 personer med rusproblemer på venteliste for bolig. På denne tiden bodde flere av kommunens innbyggere med rusproblemer på hospits i Bergen eller andre midlertidige tilbud, som på campingplass og hoteller. I forbindelse med kommunens handlingsplan for rusomsorg 2015–2020 ble det satt av mer midler til kjøp av nye boliger. Fjell har derfor kjøpt 30 boliger til personer i målgruppen de siste 2,5 årene. Ifølge våre informanter står det per i dag omtrent ingen personer med rusproblemer på venteliste for bolig. Kommunen har for øvrig ingen egen bo-oppfølgingstjeneste utover ruskonsulenter og FACT-team som begge arbeider ambulant.

Sandnes kommune vant i 2016 statens pris for boligsosialt arbeid for å ha arbeidet systematisk over lang tid. De har hatt flere boligsosiale prosjekter og effektiv bruk av de boligsosiale virkemidlene. Kommunen har hatt sterk reduksjon i bruken av midlertidige boliger (hospits).

Housing First

I opptrappingsplanen refereres det blant annet til den opprinnelig amerikanske modellen Housing First for bosetting av personer med rusproblemer og eller psykiske lidelser i ordinære boliger og med oppfølging fra et ambulant flerfaglig team. En nylig utviklet kunnskapsstatus laget på oppdrag fra Bolig for velferd viser at det nå er 19 norske kommuner som har opprettet prosjekter inspirert av Housing First-modellen (Barvik & Flåto 2018). Hovedlinjene i modellen er i tråd med sentrale retningslinjer innenfor det boligsosiale arbeidet i Norge. Modellen har blitt møtt med entusiasme i mange kommuner, kanskje særlig fordi den tilbyr en modell for bosetting av en gruppe som mange kommuner erfarer at de ikke tidligere har klart å hjelpe til å etablere og opprettholde en stabil bosituasjon over tid (Snertingdal & Bakkeli 2015; Hansen 2017). Et viktig moment for både mange ansatte i Housing first-prosjektene og deltakerne er den systematiske tilnærmingen i modellen til å jobbe mer brukerorientert, det vil si med større vektlegging av brukernes ønsker og valg knyttet til både bolig og tjenester (Hansen 2018). Modellen er i tråd med sentrale føringer på større vektlegging av recovery. Det er selvsagt også et viktig moment for kommunene at dette er en ordning hvor det har vært mulig å få statlige tilskuddsmidler til prosjektene.

Vi har vist at Kristiansund kommune nå starter opp med Housing First. Sandnes kommune er en av kommunene som har prøvd ut metoden Housing First, og i dag er metoden inkorporert som en del av tjenestene under ROP-teamet i mestringsenheten. Housing First er integrert i FACT-teamet, og man må stå på listen for søknad om kommunal bolig for å være aktuell for Housing First. I Sandnes har personer med samtidig rusavhengighet og psykiske lidelser (ROP) vært målgruppen for Housing First. Utprøvingen av metoden er evaluert og viste at de i prosjektet lyktes med å bo-

sette en målgruppe med omfattende rus- og psykiske helse-plager som de ikke tidligere hadde klart å gi et godt bolig- og tjenestetilbud.³⁷ Motivasjonen for å velge denne målgruppen var nettopp at dette var den gruppen de erfarte at de slet med å bosette.

Også Gamle Oslo fikk prosjektmidler for å utvikle Housing First i bydelen. Etter en vurdering har de valgt å gå bort fra dette og heller jobbet videre med å styrke bolig- og oppfølgingsarbeidet de har i bydelen. Som vist tidligere har bydelen allerede flere tjenester som arbeider ambulant. Den etablerte booppfølgingstjenesten arbeider svært helhetlig. Bo-oppfølgingstjenesten driver konkret booppfølging i hjemmet til brukerne, praktisk hjelp, koordinering av andre tjenester, bistand til å etablere kontakt med andre tjenester og bistand ved behov for å søke om ting, og de gir støtte-samtaler. Gamle Oslos ansatte forholder seg med andre ord til hele livet til den som får oppfølging. Denne individuelle innretningen og fleksibiliteten samsvarer med det som blir framhevet som viktig knyttet til bydelens psykisk helse- og rusteam som følger opp personer med samtidig alvorlig rusavhengighet og psykiske lidelser. Tjenesten bistår i tillegg i en rekke andre saker, for eksempel om det kommer klager på beboere, bekymringsmeldinger, manglende betalinger og restanser mv. Tjenesten har følgelig tett kontakt med rusteamet i NAV.

Egnede boliger fortsatt en utfordring

Selv om blant annet Sandnes har arbeidet systematisk med boligmengden, er mange av utfordringene de erfarer, felles for hva vi ser i mange andre kommuner. Bolig omtales i noen grad som et område med stor treghet på grunn av reguleringsprosesser, tilgang til tomter og egnede bygg mv. Per i dag er det omkring 50 rusavhengige på venteliste for bolig i Sandnes. Det finnes noen «ettervernsleiligheter» for de som kommer fra skjerming/behandling/fengsel, og kommunen har søkelys på raskt å tilby bolig som er tilpasset behovene til denne brukergruppen (ref. kommunens boligsosiale handlingsplan). Kommunen har et midlertidig tilbud for rusavhengige som er bostedsløse, og kommunale utleieboliger med spesielle vilkår og oppfølging. Kommunen opplever at det har vært en bedring når det gjelder tilgang til bolig til brukerne de senere årene, men gir uttrykk for at det fortsatt er utfordringer med å finne egnede boliger til brukerne. Dette med aktuelle tomter er en problemstilling som kom opp i våre intervjuer i Fjell. I intervjuene opplyser kommunen at de mangler boliger som ligger litt «for seg selv», og som passer for de som trives best uten nære naboer. Kommunen har i dette arbeidet erfart at slike boliger er vanskelige å etablere, fordi brorparten av de ledige kommunale tomtene ofte ligger i nærheten av skoler og barnehager og annen kommunal tjenesteyting.

Bydel Gamle Oslo har bosatt svært mange personer med rusproblemer og har som beskrevet flere ulike ambulante oppfølgingsteam som gir oppfølging. Likevel erfarer de at tilgang til egnede boliger er en stor utfordring. Dersom brukerne har gjeld, vil de ikke komme i betraktning for kommunal bolig. Boligstrukturen i bydelen gjør også at det er utfordrende å finne egnede boliger i egnede bomiljøer for enkeltbrukere. I mange av de kommunale gårdene er det vanskelig å unngå at det er stor eksponering for rus. Boligstrukturen i sentrumsbydelen gir begrensede muligheter for skjerming. Bydelen erfarer at de mangler tilbud til en del brukere som kanskje er urolige eller utagerer slik at det er vanskelig for dem å bo i leilighet i gårder med mange andre, kanskje også barnefamilier. Bydelen har hatt et prosjekt med bomiljøarbeid som har gitt dem mer kunnskap om situasjonen i ulike bomiljøer i bydelen, slik at de kan ta

³⁷ Se Hansen 2017. Fra bostedsløs til varig bolig. Evaluering av Housing First i Bergen og Sandnes. Fafo-rapport 2017:06.

hensyn til dette ved bosetting. Bydelen har ikke selv noen særskilte boliger for målgruppen og er som tidligere vist til en storforbruker av Velferdsetaten sine institusjonstilbud.

NAV i bydel Gamle Oslo (som NAV generelt) er ansvarlig for midlertidig bolig eller at alle har tak over hodet. De beskriver utfordringen hvor en person kan være utskrevet fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten uten at de har en bolig klar til vedkommende. Ofte må de velge mellom midlertidig døgnopphold ved Prindsen mottakssenter for personer i aktiv rus eller Blå Kors Bosenter. Ved NAV kan de risikere å ha personer som er skrevet ut, som ikke har et sted å bo, og hvor det ikke er mulig å gi brukeren plass i Velferdsetatens sine tilbud, enten fordi de ruser seg, eller fordi de har utagert og er tidligere utestengt fra botilbudet.

I Vadsø kommune er det ingen personer som er bostedsløse, men i likhet med flere tar de opp at de mangler egnede boliger, og at de kunne ha behov for noen egne botilbud med bemanning til personer med rusproblemer. Det har vært et boligsosialt prosjekt i kommunen som har utarbeidet et forslag til en boligsosial handlingsplan, og her ble behovet for noen særskilte boliger til personer med rusproblemer samt en booppfølgingstjeneste påpekt.

Østre Toten har ansatt en boligkonsulent på tildelingskontoret som arbeider med brukernær oppfølging. Kommunen har kartlagt behovet for boliger til målgruppen i årene framover og mener de har en dekningsgrad nå som jevnt over vil være tilstrekkelig for å ha nok botilbud. Det de ser, i likhet med Gamle Oslo, er at behovet for bolig noen ganger kommer litt brått på. Dette kan blant annet skyldes at en bruker er utskrevet fra døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten uten at dette er varslet til kommunen i tilstrekkelig tid på forhånd. Denne problemstillingen er det flere av kommunene som er opptatt av. Samtidig skal det tas med at når det lykkes med godt samarbeid på forhånd mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, så lykkes bosettingene bedre. En del av dette handler ikke bare om å få på plass en bolig, men også om nødvendige tjenester for at brukeren skal mestre å leve et godt liv i egen bolig.

Å komme i posisjon til å gi booppfølging

I Oslo kommune er det en forskrift³⁸ for tildeling av kommunale boliger som gjør at det kan stilles vilkår om mottak av booppfølgingstjenester i inntil 1 år for personer med vurdert behov for dette. Søkere om kommunal bolig som anses ha behov for hjelpetiltak for å mestre bosituasjonen må akseptere oppfølging ellers vil søknaden avslås. Om hjelpetiltak aksepteres er dette grunnlaget for utarbeiding av en samarbeidsavtale. Etablering av en samarbeidsavtale om booppfølging gir en mulighet for tjenestene til å jobbe med å etablere en relasjon til brukeren og en posisjon for å utøve tjenester. Dette kan føre til at brukeren ønsker å opprettholde denne tjenesten etter at denne definerte tidsperioden på et år er utløpt.

Vadsø kommune har ikke en egen booppfølgingstjeneste per i dag, og dette er det flere som tar opp at er en mangel i tjenestetilbudet. Enhet psykisk helse og rus gir oppfølging til en del brukere, men det er flere med rusproblemer som ikke har oppfølging fra denne tjenesten. Det å komme i posisjon til å gi tjenester i brukernes hjem tas opp av flere informanter i kommunene. Noen kommuner opplever at de ikke har noen virkemidler, slik som i Gamle Oslo, for å få tilgang til boligen til personer i kommunale boliger uten at de ønsker det selv. Dette medfører at selv når de har kjennskap til at personer har utfordringer med å mestre boforholdet sitt, har de ikke mulighet

³⁸ <https://lovdata.no/dokument/OV/forskrift/2003-05-07-1895> (§ 6 Søkere med behov for oppfølging).

til å komme inn med tjenester om ikke brukeren ønsker det selv. I de tidligere nevnte Housing First-prosjektene er nettopp en viktig del av metoden at det er en samarbeidsavtale med brukeren som deltar, om at han eller hun skal motta oppfølging fra Housing first-teamet.

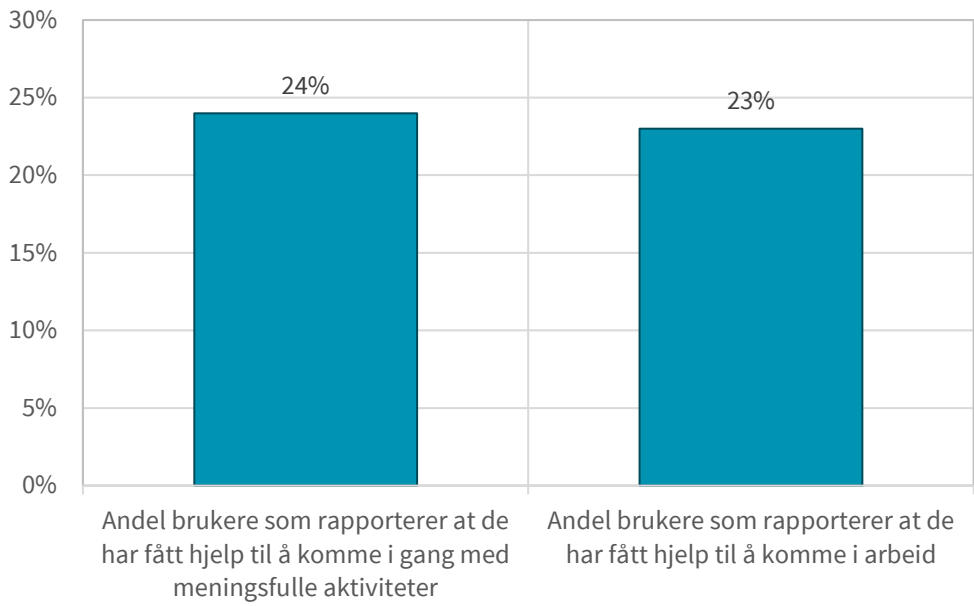
Casestudiene illustrerer at det i kommunene i dag er stor oppmerksomhet om bolig for personer med rusproblemer. Det er en positiv utvikling, men det er utfordringer med tilgang til egnede boliger og i noen kommuner også behov for å utvikle ambulant oppfølging av brukere i hjemmene deres. Noen kommuner har utviklet god kompetanse og metodikk for å komme i posisjon til å gi oppfølging til brukere, men dette er noen steder fortsatt en utfordring. Utfordringene ser ut til å være særlig uttalt for personer med rusproblematikk hvor det også er en tilleggsdimensjon med mye uro og fare for utagering. Innenfor den boligsosiale nasjonale strategien Bolig for velferd (2015–2020) er det besluttet at gode bo- og tjenestemodeller for personer med rusavhengighet og psykiske lidelser skal være en av to hovedsatsinger i de to siste årene av strategiperioden. Utfordringene som er nevnt over vil være relevante å følge opp i forbindelse med denne satsningen.

Innhold i livet

Vi viste tidligere til stor entusiasme i mange kommuner for Housing First-prosjekter, for at personer med rus- og psykiske helse-problemer skal kunne leve selvstendige liv i egne boliger. Samtidig viser flere studier både i Norge og internasjonalt at selv om modellen bidrar til relativt god bostabilitet, og mange brukere som deltar i prosjektene, føler at de får det bedre, så lykkes ikke denne modellen heller med å fremme sosial inkludering, og mange erfarer å være ensomme (Barvik & Flåto 2018; Hansen 2018). Utfordringene knyttet til innhold i livet, aktivitet, arbeid og sosialt nettverk for personer med rusproblemer er kjente. Den sosiale støtten i kommunene på dette området har vært mangelfull. I figur 9.2 viser vi hvor stor andel av brukerne i den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen som oppgir at de har fått hjelp til å komme i arbeid eller til å komme i gang med meningsfulle aktiviteter. Dette er et statusbilde per 2017 i og med at brukerundersøkelsen da ble gjennomført første gang.

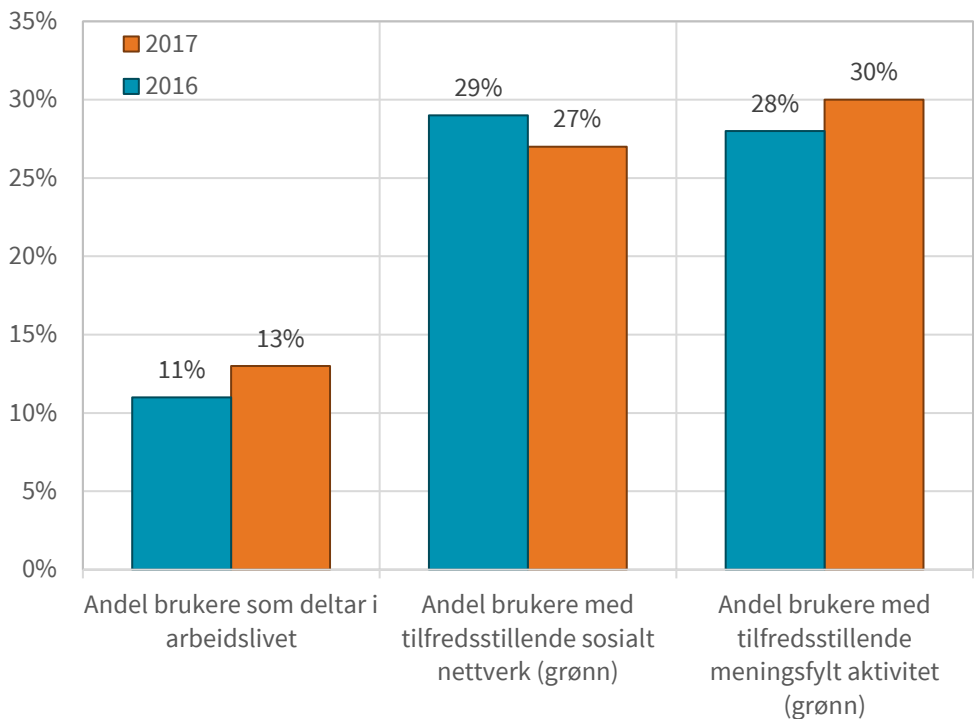
Figur 9.2 viser at kun en fjerdedel av brukerne opplever at de har fått bistand til å komme i arbeid (indikator 71) eller annen meningsfull aktivitet (indikator 74). Denne manglende oppfølgingen av arbeid og aktivitet gjenspeiler seg i bildet av hvorvidt brukerne er i arbeid og aktivitet. I figur 9.3 viser vi andelen brukere, kartlagt i BrukerPlan, som er i arbeid (indikator 84), har en meningsfull aktivitet (indikator 81) og et tilfredsstillende sosialt nettverk (indikator 83).

Figur 9.2 Andel brukere som har fått bistand til aktiviteter eller arbeid.



Kilde: Nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse 2017

Figur 9.3 Andel brukere i arbeid, aktivitet og med et sosialt nettverk.



Kilde: BrukerPlan

Det samlede bildet er at det er en svært lav andel av brukerne som oppgis å være i arbeid, ha et tilfredsstillende sosialt nettverk og meningsfylt aktivitet. Det er svært få brukere som er i arbeid, men her er det en positiv utvikling, fra 11 prosent i 2016 til 13 prosent i 2017. Det er også en utvikling i positiv retning når det gjelder brukere med meningsfylt aktivitet, fra 28 prosent i 2016 til 30 prosent i 2017. Når det gjelder det å ha et tilfredsstillende sosialt nettverk, er det derimot en utvikling i negativ retning, fra 29 prosent i 2016 til 27 prosent i 2017.

Arbeid

Det er som vist en svært lav andel av brukerne som er i arbeid, men det er en utvikling i positiv retning. Som vi har vist i kapittel 8, har alle FACT-teamene egne jobbspesialister, flere av de ambulante oppfølgingsteamene har oppmerksomhet om aktivitet og sosialt nettverk, men her er det helt klart at kommunene sliter.

Å delta i arbeid og aktivitet kan være en beskyttende faktor mot tilbakefall til rus for personer som har sluttet å ruse seg, og det er viktig for å oppleve en meningsfylt hverdag for alle. Under hovedmål 1 viste vi at svært mange kommuner oppgir at de jobber recovery-orientert. Det ser i alle fall ut til å være en ambisjon i kommunene å arbeide for å styrke den enkeltes egne bedringsprosesser. Samtidig er dette med arbeid og aktivitet krevende. I Sandnes jobber de aktivt med gode overganger mellom for eksempel spesialisthelsetjenesten/institusjon/fengsel og kommunen. De ønsker å jobbe mer med et godt livsinnhold til målgruppen, ved å bruke både NAVs arbeidsrettede virkemiddelapparat og kommunens mer aktivitetsrettede form.

I Vadsø forteller flere informanter om sterkt press på arbeidsmarkedet og få jobber for personer som ikke har høy kompetanse. I noen kommuner er det informanter som erfarer at det er vanskelig å få prioritering av denne gruppen innenfor ulike tiltak og programmer i NAV. Mange steder er individuell jobbstøtte (IPS)³⁹ fortsatt ikke et tiltak som er i utstrakt bruk overfor personer med rusproblemer. Sandnes ønsket å innføre IPS, men fikk ikke tilskuddsmidler til dette. De viser til at de har jobbspesialist i FACT-teamet, men som i de øvrige casekommunene er også flere informanter her opptatt av at det er behov for mer innsats knyttet til arbeid og aktivitet. Kommunen har også noe samarbeid med friomsorgskontor og TAFU Rogaland, som er et prosjekt for tett samarbeid mellom kommune, kriminalomsorg, NAV og opplæringsmyndigheter, for å få brukerne inn i fast arbeid eller utdanning.

I indikator 70 viser vi at kun 17 prosent av kommunene i 2017 oppgir at de har individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) innen rusarbeid (IS-24/8). Likevel viser intervjuer ved NAV i flere av casekommunene at det gis en del oppfølging til unge med rusproblemer for at de skal kunne komme i arbeid. NAV har en egen satsing på unge under 30 år, og innenfor denne gruppen vil det være en del med begynnende eller etablert rusproblem. De som får oppfølging her, vil kanskje ofte være unge uten svært omfattende rus- og psykiske helseproblemer.

Meningsfull aktivitet og sosialt nettverk

I alle kommunene er det oppmerksomhet om at det er behov for innsats for å bidra til at flere kan ha meningsfulle aktiviteter. En utfordring er at mange aktivitetstilbud

³⁹ Individuell jobbstøtte (IPS) er en kunnskapsbasert oppfølgingsmetode som går ut på å hjelpe personer med psykiske lidelser og eventuell rusproblematikk til å komme i og beholde ordinært, lønnet arbeid. (<https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/individuell-jobbst%C3%B8tte-ips>)

blir særskilte tilbud for enkeltgrupper av brukere, og slik kan det hindre sosial inkludering. Noen steder erfarer kommunene at de utvikler tilbud som ikke blir brukt. I Vadsø erfarer kommunen at aktivitetstilbudene de har utviklet ved enhet for psykisk helse og rus, i liten grad blir oppsøkt av personer med rusproblemer. Frelsesarmeens tilbud Stedet har bedre oppslutning.

Østre Toten har ulike gruppetilbud for brukerne, blant annet treningsgrupper, samtale- og aktivitetsgrupper og egen jentegruppe. De har også noe samarbeid med frivilligheten, blant annet frivillighetssentralen, hvor de bruker deres lokaler til aktiviteter. I Østre Toten finner vi også et eget tiltak for å øke brukernes innflytelse på aktivitetstilbudet som tilbys. En ansatt i rus- og psykiatritjenesten holder på å utvikle en nettbasert løsning hvor brukerne kan logge inn og huke av for aktiviteter som de ønsker mer informasjon om. Tanken bak dette er at hver enkelt bruker skal få et bedre tilpasset aktivitetstilbud ved at de selv kan velge hvilke fritidsaktiviteter og tilbud de ønsker informasjon om.

Mestringsenheten i Sandnes framhever at de jobber med å integrere brukere og personer med rus mer i ordinære tjenester og aktiviteter, både når det gjelder fritid og aktivitet/arbeid. Kommunen ønsker færrest mulig spesialtilbud og best mulig integrering.

I enkelte av casekommunene finnes det mange frivillige og ideelle aktører, offentlige organisasjoner og sosiale entreprenører som tilbyr aktiviteter for rusfrie brukere og brukere i aktiv rus, men kommunene opplever at tilbudene ikke er godt nok kjent hos brukerne, ansatte og pårørende. Som en følge av dette ble det arrangert en aktivitetsmesse, «Fyll dagene», i Stavanger (2018) og Oslo (2017 og 2018), for å vise fram noen av tilbudene og lage en møteplass for å sette brukere og organisasjoner i kontakt med hverandre. I Oslo er målgruppen for aktivitetsmessen personer som har sluttet med rus, og ansatte og pårørende som ønsker informasjon om rusfrie jobb- og fritidstilbud i Oslo. I Stavanger er tilbudet også for de som er i aktiv rus. Velferdsetaten står bak arrangementet i Oslo, mens Stavanger kommune samarbeider med Fylkesmannen i Rogaland, KoRus Vest, Veiviserprosjektet v/Helse Stavanger, bruker- og pårørendeorganisasjonen A-larm og Recovery Kompetanse.

Å arbeide med sosialt nettverk er det flere informanter som tar opp. Mange har erfaringer om hva som virker, og hva som ikke virker. Psykisk helse- og rusteamet i Gamle Oslo har sluttet med gruppeaktiviteter overfor sine brukere, men prioriterer aktiviteter sammen med enkeltbrukere, som å dra sammen på tur, gå og svømme, trene eller på fotballkamp. På erfaringssamlingene er det mange i kommunene som tar opp at dette med sosialt nettverk er et område som krever mer innsats. Noen av teamene vi har snakket med, blant annet psykisk helse- og rusteam i Gamle Oslo, bidrar blant annet med å gjenopprette brutte relasjoner til familie, eller de bidrar etter samtykke fra brukerne til å holde kontakt med foreldre eller annen familie.

Rusmestring, fysisk og psykisk helse

I indikatorsettet ser vi at det er en marginal negativ utvikling knyttet til brukernes fysiske (indikator 78) og psykiske (indikator 79) helse og rusmestring (indikator 82). Denne utviklingen er urovekkende sett i sammenheng med at det heller ikke er mulig å spore noen bedring i den samlede levekårssituasjonen for brukere med rusproblemer (jf. kapittel 5). Mange i casekommunene har tatt opp at de mener det er behov for bedre oppfølging av personer med rusavhengighets somatiske helse. Dette gjelder særlig eldre brukere som mange erfarer ikke får tilstrekkelig oppfølging. Flere informanter viste til at det å gi tett individuell oppfølging og etablere en relasjon til bruker kan ha betydning for den enkeltes rusmestring. Det å bli sett av noen og ha jevnlig

kontakt kan ha stor betydning. En av informantene forteller at det at en av deres brukere får booppfølging, betyr at personen faktisk drikker noe mindre.

Å motta oppfølging fra FACT eller andre typer flerfaglige samhandlingsteam med spesialistkompetanse betyr at det også gis veiledning og oppfølging knyttet til rusbruk. At denne type oppfølging øker uten at man ser en økning i bedre rusmestring, er urovekkende. Psykisk helse- og rusteamet i Gamle Oslo er de eneste som eksplisitt oppgir at de driver veiledning om bedre rusmestring. De forholder seg til at brukerne er rusavhengige, men kan gi oppfølging knyttet til om det ville være bedre for brukeren å bruke andre rusmidler enn det de gjør, for å få bedre helse. Psykisk helse- og rusteamet fortalte også at for mange brukere i aktiv rus fungerer ikke samtaleterapi, men det å ha samtaler med noen i teamet kan ha stor betydning for den enkeltes helse og mestring av hverdagen.

10 Alternative strafferettslige reaksjoner og bedret rusbehandling i fengslene

Opptappingsplanens femte hovedmål er å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer. Det identifisert **syv indikatorer** for å følge utviklingen på dette hovedmålet. For en grundig diskusjon og redegjørelse for valg av indikatorer, se den første rapporten (nullpunktsmåling) fra dette evalueringsoppdraget (Hansen mfl. 2018). Etter forrige statusrapport og utarbeidelsen av nullpunktsmålingen er det foretatt en endring i rapporteringen av antall saker med ungdomsstraff og antall saker med ungdomsoppfølging (rapportering fra Konfliktrådet) som gjør at disse ikke lenger kan rapporteres separat. I den videre evalueringen er derfor tidligere indikator 92 og 93 slått sammen til én indikator (indikator 92 i tabell 10.1). De syv indikatorene er basert på data fra årsrapporter fra Kriminalomsorgen, HelseDirektoratet og Konfliktrådet.

Det er én indikator for å **følge aktivitet** for dette hovedmålet:

- antall rusmestringsenheter og/eller stifinnerenheter (antall plasser)

Det er seks **indikatorer for å følge resultatene** for dette hovedmålet:

- antall personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12 (soning i behandlingsinstitusjon)
- antall dømte i ND (narkotikaprogram med domstolskontroll) i poliklinisk behandling i årets to første tertialer
- antall dømte i ND i døgntilrettelagt behandling i årets to første tertialer
- antall iverksatte betingede dommer i ND
- antall straffesaker, sivile saker, sivile henlagte saker og u18-saker med ungdomsstraff/-oppfølging¹⁾
- andel kommuner som har besvart IS-2657, som er helt enig i at helsetilbudet i fengslene er forsvarlig

Tidligere indikator 92 (antall saker med ungdomsstraff) og indikator 93 (saker med ungdomsoppfølging) er i den videre evalueringen slått sammen til én indikator. Dette skyldes en endring i rapporteringen på dette som gjør at det ikke lenger er mulig å oppgi disse hver for seg. I tabell 10.1 presenteres første måling av indikatorer på innsats, aktivitet og resultater av tjenester knyttet til opptappingsplanens hovedmål 5. For en del av indikatorene foreligger det per november 2018 ikke data. Disse indikatorene vil derfor først diskuteres i oppdragets neste rapport, som forventes utgitt høsten 2019.

Tabell 10.1 Andre måling av hovedmål 5

#	Type	Indikator	Kilde	2016	2017	Endring
87	Aktivitet	Antall rusmestringsenheter og/eller stifinnerenheter (antall plasser)	KDI	134	145	8,2 %
88		Antall personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12 (soning i behandling sinstitusjon)	KDI	675	650	-3,7 %
89	Resultat	Antall dømte i ND i poliklinisk behandling i årets to første tertialer	KDI	75	175	133 %
90		Antall dømte i ND i døgnbehandling i årets to første tertialer	KDI	32	92	188 %
91		Antall iverksatte betingede dommer i narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)	KDI	35	135	286 %
92		Antall straffesaker, sivile saker, sivile henlagte saker og u18-saker med ungdomsstraff/-oppfølging ¹⁾	Konfliktrådet	363	406	11,8 %
93		Andel kommuner som har besvart IS-2657, som er helt enig i at helsetilbudet i fengslene er forsvarlig	Hdir	54 %	-	N/A

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

Tabell 10.1 viser at på svært mange av indikatorene for hovedmål 5 hvor det foreligger data, er det en positiv utvikling. I den første grunnlagsrapporten pekte vi også på at innenfor dette området har Opptrappingsplanen for rusfeltet hatt flere konkrete satsinger (Hansen mfl. 2018). Under kommenterer vi noen av resultatene.

Rusmestringsenheter og stifinnerenheter

Av tabell 4.7 framkommer det at antall plasser i rusmestringsenheter og/eller stifinnerenheter har gått opp fra 2016 til 2017. I 2017 er det i samarbeid mellom Kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten (TSB) etablert tre nye rusmestringstiltak inspirert av stifinnermodellen. Fra før var det allerede etablert 13 rusmestringsenheter i norske fengsler. Etableringen innebærer en økning på elleve nye plasser innenfor rusmestringsenheter og/eller stifinnerenheter.

Soning i behandling sinstitusjon

Av tabellen ser vi at det var 650 personer som startet et § 12-opphold i 2017. Totalt ble det i 2017 gjennomført 50 018 fengselsdøgn i institusjon med utgangspunkt i straffegjennomføringslovens § 12, noe som utgjør 98 prosent av måltallet på 51 000. Kriminalomsorgen opplyser selv at en slik straffetype er et vesentlig bidrag til å styrke forebyggingen av ny kriminalitet, særlig kriminalitet som er utløst av ruspåvirkning eller rusavhengighet. Riktignok er det vesentlig å merke seg at tiltaket også omfatter andre grupper domfelte som av ulike grunner har nytte av et institusjonsopphold (Kriminalomsorgen 2018a).

Narkotikaprogram med domstolskontroll

I løpet av vår datainnsamling i de valgte casekommune forsøkte vi å få fatt i informanter med kjennskap til narkotikaprogram med domstolskontroll (ND). Vi var interessert i å snakke med både personer som selv hadde aktive eller avsluttede ND-dommer, og ansatte i kommunene som hadde kjennskap til ND-programmet fra «kommunesiden». Dette lyktes vi kun delvis med; kun én av våre casekommuner hadde førstehåndskjennskap til ND-programmet gjennom å ha hatt innbyggere med slike dommer. I denne kommunen intervjuet vi kun ansatte i kommunen og ikke noen av de domfelte. I neste runde med caseundersøkelser i 2019 vil vi vektlegge aktive ND-dommer som et kriterium ved utvelgelse av casekommuner, slik at vi kan innhente flere erfaringer med programmet. Som en del av evalueringsarbeidet i denne runden har vi dessuten intervjuet én person som arbeidet ved et av de nasjonale ND-sentrene. Denne informanten har de siste årene også jobbet med den nasjonale utrulling av programmet.

Flere ND-dommer i 2017

Av tabell 10.1 ser vi at de tre indikatorene knyttet til narkotikaprogram med domstolskontroll viser positiv framgang. Antall dømte i ND i poliklinisk behandling i årets to første tertialer øker fra 75 i 2016 til 175 i 2017, mens antall dømte i ND i døgnbehandling øker fra 32 til 92 i samme periode. Indikatorene er basert på tertialvise rapporteringer fra Friomsorgsenteret/ND-senteret over pågående og iverksatte dommer, ansvarsgruppemøter, domfelte mv. Vi velger å justere indikatoren noe for å få to målinger. Ved å se på de to første tertialene heller enn kun tredje tertial slik indikatoren var definert i nullpunktsmålingen, får vi to målinger av indikatorene. Indikatorene viser som nevnt en ønsket utvikling i tråd med opptrappingsplanens målsettinger. Denne positive utviklingen kommenteres av Kriminalomsorgens daværende leder Marianne Vollan i årsrapporten for 2017. Her skriver Vollan blant annet følgende:

«Arbeidet med å gjøre straffereaksjonen Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) permanent og landsdekkende, må nå anses å være fullført. Per 31.12.2017 var det 151 aktive ND-dommer på landsbasis. Kriminalomsorgen har også fulgt opp tiltak i opptrappingsplanen for rusfeltet, og herunder etablert tre nye rusmestringstiltak etter stifinnermodellen innen fastsatt frist» (Kriminalomsorgen 2018a)

ND ble fra 2016 en landsdekkende straffereaksjon, etter å ha vært en prøveordning i Oslo og Bergen siden 2006. ND er et alternativ til ubetinget fengselsstraff for rusmiddelavhengige som dømmes for kriminalitet knyttet til rusavhengigheten. Det kan være kriminalitet begått i ruspåvirkning eller for å finansiere rus. Den som dømmes, må ønske å gjøre noe med sitt problem og samtidig samtykke til en slik straff. ND blir satt som særvilkår for en betinget dom. Det blir gitt en prøvetid på mellom 2 og 5 år. Denne prøvetiden setter rammene for hvor lenge ND-programmet skal vare for den enkelte. Videre er det domstolene som fører kontroll med domfelte under straffegjennomføringen. Dette skjer i gjentatte møter der en dommer ser til at vilkårene blir overholdt, og at det er en utvikling i den domfeltes rehabilitering (Kriminalomsorgen 2018b).

Informasjonsarbeid overfor domstoler, påtalemyndighet, kommuner mv.

Kriminalomsorgen (2018a) opplyser i sin årsrapport at det arbeides kontinuerlig med å øke antall ND-dommer, og at dette særlig skjer gjennom informasjonsarbeid overfor relevante aktører. I 2017 fikk alle statsadvokatembeter og tingretter informasjon om programmet. Friomsorgskontorene har også fått kontaktpersoner i alle aktuelle helseforetak, og spesialisthelsetjenesten har en rolle i svært mange ND-saker.

Vår informant fra ND-senteret bekrefter opplysningene fra Kriminalomsorgens årsrapport der man kan lese at det har blitt lagt stor vekt på informasjonsarbeid overfor en rekke aktører. Vår informant fortalte at det har blitt drevet med mye opplæring og blitt spredt informasjon til retten og påtalemyndighetene om hva rusavhengighet er, og hva dette innebærer. Det har dessuten blitt avholdt flere kurs, særlig for dommere. Innholdet i disse kursene har variert, men flere ganger har personer med brukererfaringer som er tidligere domfelte i ND-programmet, fortalt om sine erfaringer.

Informanten fra ND-senteret fortalte dessuten at man i informasjonsarbeidet overfor kommunene har valgt en annen strategi enn overfor domstolene og påtalemyndighetene. Mer spesifikt innebærer den valgte strategien at myndighetene ikke har gått bredt ut og informert samtlige norske kommuner om ND-programmet, men heller valgt å informere kommunene når aktuelle saker har dukket opp. Dette ble framholdt av informanten som det mest hensiktsmessige, all den tid en stor andel av norske kommuner trolig ikke vil få erfaring med slike dommer.

Informanter fra kommunecaset så derimot noe annerledes på dette. Informanten fra kommunen uttalte at de gjerne skulle gjerne hatt noe mer informasjon om ND i forkant, og at forholdene i større grad ble lagt til rette og var avklart for kommunen når en av innbyggerne deres fikk en dom i ND-programmet. Informanten fra kommunen var dessuten opptatt av at heller ikke alle i og utenfor kommuneorganisasjonen var godt informert om hva ND innebar. Dette ble sett på som problematisk fordi flere aktører innad i kommunen (som ruskonsulenter, NAV etc.) samt eksterne aktører som fastlege og DPS var nødt til å samarbeide forholdsvis tett om personer i ND-program. Likevel karakteriserte informanten samarbeidet med Kriminalomsorgen som meget bra.

Vi ser med andre ord at den aktuelle kommunen gir uttrykk for å ha vært ganske uforberedt og usikker på hva det faktisk innebærer å ha en innbygger innenfor et slikt program. Hvordan denne informasjonen burde komme, og hvordan et eventuelt koordineringsopplegg overfor kommunen skulle legges opp, fikk vi derimot ikke noe svar på i vårt intervju.

Kommunene er positive til ND

Informanten som arbeider ved ND-senteret, satt med et hovedinntrykk av at kommunene i all hovedsak er meget positivt innstilt til ND-programmet, og at det utvises stor vilje i de enkelte kommunene for å finne gode løsninger til innbyggere med ND-dom. Det at kommunene er positivt innstilt til ND, er noe som også framkommer av våre data. En leder i en av våre casekommuner hevdet å ha et veldig godt samarbeid med Kriminalomsorgen om ND-programmet. Våre data tyder på at norske kommuner er positive til ND-programmet og er villig til å legge til rette for personer som får en slik dom. Samtidig melder én kommune om at de ønsker mer informasjon om programmet, og at de gjerne skulle være bedre forberedt før den domfelte kommer «ut i kommunen» og skal i gang med å gjennomføre vilkårene i sin ND-dom. Dette er temaer vi derfor vil forfølge mer inngående i neste runde med casestudier i norske kommuner.

Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging

Når det gjelder den siste indikatoren i tabell 10.1 med oppdaterte 2017-tall, antall straffesaker, sivile saker, sivile henlagte saker og u18-saker med ungdomsstraff/-oppfølging (samlet), ser vi en økning i antall saker fra 363 i 2016 til 406 i 2017.

11 Arbeidet med planen

Det er seks departementer som er ansvarlige for Opptappingsplanen for rusfeltet, og seks direktorater som er ansvarlige for iverksettingen på statlig nivå. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har avgitt planen på vegne av regjeringen, og Helsedirektoratet er gitt et særlig ansvar for å koordinere den statlige innsatsen. Oppdraget til direktoratene er gitt i et brev til Helsedirektoratet fra HOD datert 6.6.2016 og sendt i kopi til de øvrige direktoratene. De øvrige direktoratene med et selvstendig ansvar for gjennomføring er Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken, Kriminalomsorgsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

Helsedirektoratet har koordineringsansvaret for direktoratene og de øvrige regionale aktørenes arbeid med opptappingsplanen. Samarbeidet med de øvrige direktoratene er forankret i en tverrdirektoral gruppe. I grunnlagsrapporten viste vi til at Utdanningsdirektoratet har valgt å ikke delta i denne gruppen, mens de øvrige direktoratene deltar.

I forrige rapport (Hansen mfl. 2018:61–88) pekte vi på flere utfordringer i arbeidet med opptappingsplanen. På nasjonalt nivå dreide dette seg om at selv om alle direktoratene bortsett fra Utdanningsdirektoratet har fått et eksplisitt oppdrag i tildelingsbrevet om å bidra i gjennomføringen av opptappingsplanen, så erfarer alle at oppdraget er lite tydelig, og at arbeidet med planen i liten grad er forankret på ledernivå i de enkelte direktoratene. Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) er de direktoratene som har fått det tydeligste mandatet til å prioritere arbeidet. I sist rapport pekte vi også på at arbeidet med opptappingsplanen på direktoratsnivå så langt i stor grad var preget av vekt på rapportering. Hensikten og merverdien ved det tverrdirektorale samarbeidet var lite tydelig. Vi etterspurte en avklaring av hvorvidt dette samarbeidet kun dreier seg om å samordne rapportering på de ulike tiltakene direktoratene er ansvarlige for i planen, eller om det er en forventning om å bidra til å fremme en mer samordnet innsats på rusfeltet og sammen tilrettelegge for større måloppnåelse for de skisserte målene i planen.

I grunnlagsrapporten viser vi at den regionale innsatsen har stor betydning for iverksetting av planen overfor kommunene. I dette arbeidet er det mange sentrale aktører, men fylkesmannen har en nøkkelrolle gjennom sin nærhet til kommunene, sammen med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus) og andre kompetansesenter. Evalueringen viste at det var relativt stor variasjon mellom fylkesmannsembetene i hvordan de arbeider innenfor området rus og psykisk helse, og hvor mye aktivitet de har på området. Både fylkesmannsembetene og kompetansesentrene etterlyste tydeligere forventninger og oppdrag knyttet til sin aktivitet for å gjennomføre opptappingsplanen.

I dette kapitlet går vi nærmere inn på hvordan arbeidet med planen har blitt fulgt opp videre fra de involverte aktørene på statlig nasjonalt nivå og regionalt nivå.

Helsedirektoratet og ansvaret for å koordinere innsatsen

Organisering av arbeidet med opptrappingsplanen på direktoratsnivå er beskrevet i grunnlagsrapporten (Hansen mfl. 2018:61–63). Tidligere lå ansvaret for opptrappingsplanen som et prosjekt i avdeling psykisk helse og rus, i primærhelsesdivisjonen. Etter en omfattende omorganisering⁴⁰ er ansvaret for oppfølgingen av opptrappingsplanen lagt til divisjon folkehelse og forebygging og en egen avdeling psykisk helse og rus. Denne avdelingen har ansvar for utvikling i feltet på et strategisk nivå og som del av dette blant annet koordinering av arbeidet med opptrappingsplanen, oppfølging av andre handlingsplaner, strategier og store satsinger innen psykisk helse og rusfeltet. Her sitter koordinator for opptrappingsplanen. Fagansvar for de ulike tiltakene i opptrappingsplanen som Helsedirektoratet har hovedansvar for er spredt på flere divisjoner og avdelinger. Dette tilsier at Helsedirektoratet må tilrettelegge for en god samordning av egen innsats for å følge opp opptrappingsplanen, i tillegg til at de skal koordinere samarbeidet med de øvrige direktoratene og de regionale aktørene.

Hvordan arbeidet med opptrappingsplanen skal gjennomføres framover, er ikke endelig avklart. Rusfeltet er integrert i mange ulike områder i Helsedirektoratet, og ansvaret for oppfølging av tiltak i opptrappingsplanen fordelt på flere avdelinger. Det er en pågående vurdering av hva som vil være en egnet organiseringsform for planarbeidet framover, som kan fremme samhandling mellom ulike avdelinger og divisjoner for å bidra til å nå målene i opptrappingsplanen.

Et grep som er iverksatt, er at flere fagpersoner fra Helsedirektoratet er representert i den tverrdirektorale arbeidsgruppen. Disse personene er ofte ansvarlige for tiltak eller områder som har betydning for de andre direktoratenes arbeid og tiltak på området. Dette erfarer å ha bidratt til en bedre samordning av Helsedirektoratets samlede ansvar for oppfølging av planen og koordinering av dette med de øvrige direktoratene.

Etter å ha brukt mye tid og ressurser på omorganisering og flytting beskriver Helsedirektoratet at de nå er inne i en ny fase av arbeidet hvor de er opptatt av hvilke grep som kan tas for å styrke måloppnåelsen i planen, både i eget direktorat og ved samordnet innsats med de andre direktoratene. Dette kommer også til uttrykk i tiltaksrapporteringen som ble levert fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet for opptrappingsplanen våren 2018 (Helsedirektoratet 2018).

Tiltaksrapportering på opptrappingsplanen

Direktoratenes års rapport til Helse- og omsorgsdepartementet er annerledes enn tidligere. Den gir ikke bare status på alle tiltakene i planen, men også en vurdering av situasjonen basert på andre tilgjengelige data og ikke minst anbefalinger for den videre oppfølgingen. Rapporteringen er todelt:

1. Hovedrapport med status for sentrale utvalgte tiltak med anbefalinger – organisert etter planens fem hovedmål.

Inkludert i denne delen er også et eget kapittel med en samordnet rapportering og status og anbefalinger fra direktoratene for utvalgte innsatsområder.

⁴⁰ Vi går ikke nærmere inn på omorganiseringen her, men det har vært en omfattende omorganisering i Helsedirektoratet samt at direktoratet høsten 2018 flyttet inn i nye lokaler.

2. Statusoppsummering for hvert enkelt tiltak i planen – organisert etter regjeringen vil-punktene (77 regjeringen vil-punkter).

I hovedrapporten er det en gjennomgang og rapportering på 126 ulike tiltak. Direktoratene vurderer at de i all hovedsak er i rute når det gjelder framdrift, og at utviklingen siste år har vært positiv for 42 prosent av tiltakene i planen, nøytral for 48 prosent, negativ for 5 prosent og ikke vurdert for 5 prosent av tiltakene.

For hvert hovedmål gis det en status og en anbefaling for videre arbeid for å styrke måloppnåelse. For hovedmål 1 om reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet konkluderer de med at brukermidvirkningen har blitt styrket i planperioden, blant annet ved at flere benytter seg av fritt behandlingsvalg ved valg av behandlingssted innenfor TSB, at det er etablert brukerstyrte senger i alle helseregioner, og at brukerstemmen er blitt styrket på systemnivå. Samtidig peker de på følgende behov og anbefalinger:

- behov for å styrke kunnskaps- og praksiskompetanse i kommunene om systematisk innhenting av bruker- og pårøndererfaring som grunnlag for utvikling i tjenestene
- at det settes av midler til å sikre at den nasjonale brukerundersøkelsen i kommunene kan inkludere flere kommuner
- at det gjennomføres pasientundersøkelser innenfor poliklinisk og ambulant virksomhet i TSB som en utvidelse av undersøkelsen i TSB døgnopphold
- at Helsedirektoratet ser nærmere på om det bør stilles tydeligere krav til hvilken opplæring og oppfølging erfaringskonsulenter som ansettes ved midler fra tilskuddsordninger, får i kommunene

Hovedmål 2 om tidlig innsats:

- anbefaling om mer systematisk arbeid for tidlig innsats for voksne generelt og eldre spesielt
- behov for å styrke fastlegenes arbeid med å fange opp og identifisere rusmiddelrelaterte problemer hos pasientene

Hovedmål 3 om å sikre et tilgjengelig, variert og helhetlig behandlingsapparat:

- behov for ytterligere styrking av bevilgningene i planperioden – både gjennom sentrale tilskuddsordninger og i rammen til kommunene, til tross for kapasitetsvekst i mange kommuner
- behov for styrking overfor den eldre aldergruppen med milde og moderate rusmiddelproblemer, primært gjennom lavterskeltilbud
- et kompetanseløft for helse- og omsorgspersonell som møter eldre med rusmiddelrelaterte problemer

For hovedmål 4 om å sikre meningsfylt arbeid og aktivitet vises det blant annet til at det har vært en positiv utvikling innenfor sentrale tilskuddsordninger som skal styrke arbeids- og aktivitetstilbud for målgruppen. Det var i 2017 en betydelig økning i tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud for personer med rusmiddelproblemer. Den samlede oversikten for tilskuddsordningen for arbeidsrehabilitering etter modell av individuell jobbstøtte (IPS) og jobbmestrende oppfølging (JMO) viser at 78 prosent av tilskuddsmottakerne har IPS/JMO-tilbud som

omfatter personer med rusmiddelproblemer. Når det gjelder målet om å øke antall tiltaksplasser for de med rusmiddelproblemer, er det ikke mulig å generere relevant statistikk fra NAV.

- I det videre arbeidet med IPS overfor målgruppen er det viktig å nyttiggjøre seg informasjon- og erfaringsutveksling fra de nasjonale IPS-samlingene.
- Det må iverksettes tiltak som sikrer at målgruppen faktisk tilbys den lovpålagte rettigheten til deltakelse i Kvalifiseringsprogram.
- I den økte etablering av frisklivssentraler i kommunene, må det sikres at personer med rusmiddelproblemer er godt kjent med tilbudet.

Hovedmål 5: Rapportering på mange tiltak for å øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføring viser en positiv utvikling. Her er det to anbefalinger:

- at alle innsatte som har behov for det, får tilstrekkelige tjenester fra kvalifisert personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og NAV
- øke antall rusenheter i fengslene og opprette egnede avrusningstiltak (Det anbefales å sikre midler til et forslag til avrusningstiltak utarbeidet av Kriminalomsorgen Region vest og Helse Bergen angående et pilotprosjekt i Bjørgvin fengsel.)

Tre innsatsområder

Som et eget kapittel i hovedrapporten har direktoratene utarbeidet en felles rapportering for tre utvalgte innsatsområder: tidlig innsats, boligsosialt arbeid og arbeid og aktivitet. Også her har de utarbeidet en vurdering av behov for styrket innsats på området, tiltak og virkemidler.

Tidlig innsats

For området tidlig innsats er det Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som står oppført som hovedansvarlige. En av vurderingene på bakgrunn av gjennomgangen av situasjonen er at direktoratene mener det vil være nødvendig å videreføre arbeidet med å samordne prosesser, tjenester og tiltak på området tidlig innsats, på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer. Det vises til 0–24-samarbeidet og Folkehelseprogrammet, og de skriver blant annet at det bør vurderes om en nasjonal programsatsing for å styrke samhandlingen rundt utsatte barn og unge kan bidra til tidlig innsats, også på rusfeltet.

Boligsosialt arbeid

På området boligsosialt arbeid er Husbanken og Helsedirektoratet ført opp som hovedansvarlige. Etter en beskrivelse av aktivitet og status innenfor dette området skisser de seks punkter under overskriften «Vurdering av behov for styrket innsats på området – tiltak og virkemidler». Det ene punktet er å skissere arbeidsprosesser for kommunene for utvikling av gode bolig- og tjenestemodeller for personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Disse skal utvikles sammen med et utvalg kommuner og gjøres kjent gjennom portalen Veiviseren.no. Punkt nummer to er å sikre tilstrekkelig med tilskuddsmidler til å finansiere nye boliger. Det vises til at kommunene melder om et stort behov for nye tilrettelagte boliger for målgruppen, og at det i 2017 var en klar økning i nye tilskudd gjennom utleieboliger og investeringstilskuddet til omsorgsboliger som de mener viser at kommunene prioriterer området. Andre punkter tar blant annet opp det å opprettholde øremerkede tilskudd til

styrking av tjenestetilbudet i kommunene og til videre utvikling og etablering av kunnskapsbaserte samhandlingsmodeller. Innenfor dette nevner de spesifikt at satsingen på nye team etter ACT- og FACT-modellen bør videreføres, men at også andre kunnskapsbaserte metoder for bo- og tjenesteoppfølging bør kunne vurderes.

Arbeid og aktivitet

Det tredje innsatsområdet som presenteres, er arbeid og aktivitet. Her er Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet satt opp som ansvarlige. De slår fast at resultatene fra flere ulike kilder viser at det er behov for styrket innsats for å nå målet om at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Her foreslås det ikke nye tiltak, men at eksisterende, virksomme tiltak gis mulighet til nasjonal utbredelse og tilførelse av ressurser som samsvarer med brukernes behov. Det vektlegges behov for kompetansebygging og generell kunnskapsformidling om mestrings- og mulighetsperspektiver knyttet til arbeidsdeltakelse for målgruppen innenfor både NAV og helsetjenesten.

Oppfølging fra Helse- og omsorgsdepartementet

Det er uklart hvordan Helse- og omsorgsdepartementet følger opp denne rapporteringen og direktoratenes vurderinger knyttet til videre innsats. Noen av anbefalingene kan følges opp på direktoratsnivå videre, men flere av dem krever prioritering og oppfølging fra departementene.

I grunnlagsrapporten viste vi til at det har vært liten aktivitet i det tverrdepartementale samarbeidet knyttet til opptrappingsplanen. I vår var det arrangert et møte for den tverrdepartementale gruppen for Opptrappingsplanen for rusfeltet, hvor den første statusrapporten fra evalueringen skulle presenteres. Til dette møtet var det av diverse årsaker flere forfall og til sist kun Justis- og beredskapsdepartementet som møtte sammen med Helse- og omsorgsdepartementet. Det har ikke vært flere møter i denne gruppen i 2018.

Direktoratenes arbeid

I 2017 hadde alle de seks direktoratene som skal iverksette opptrappingsplanen på statlig nivå, bortsett fra Utdanningsdirektoratet, et oppdrag knyttet til opptrappingsplanen i tildelingsbrevet fra eget departement. Dette dreide seg om å bidra til gjennomføringen ved å følge opp eget departements tiltak i opptrappingsplanen. Direktoratenes felles oppdrag utover dette ble erfart som svært utydelig. I grunnlagsrapporten viser vi til gjennomgang av tildelingsbrev for alle direktorater og intervjuer i alle direktorater som viser at bortsett fra i Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) var arbeidet med opptrappingsplanen svært lite forankret på ledernivå. En del av dette skyldes at KDI har spesifikke tiltak som inngår i opptrappingsplanen. For flere av direktoratene er en hovedutfordring at de fleste av de inkluderte tiltakene fra deres direktorat er pågående arbeid som i utgangspunktet ikke ble initiert som del av opptrappingsplanen, og som kanskje er forankret i andre strategier og planer hvor direktoratet har et større ansvar for gjennomføring.

I rapporten peker vi også på at mye av den tverrdirektorale innsatsen hadde gått ut på å etablere en oversikt over alle pågående tiltak og rapportering på disse. Flere etterlyste en større oppmerksomhet om felles tiltak eller samarbeid for å understøtte målene i opptrappingsplanen. Tiltaksrapporteringen i år må kunne ses som et initiativ til en mer aktiv rapportering og samarbeid om forslag til videre innsats som kan

styrke den samlede måloppnåelsen, særlig direktoratenes samlede rapportering på de tre innsatsområdene.

Selve opptrappingsplanens form med en sammenstilling av en rekke (ofte pågående) tiltak er noe av utfordringen for direktoratenes arbeid. Det er ikke et oppdrag om å utvikle nye tiltak eller satsinger, men et oppdrag om å følge opp tiltak i planen. Det skal likevel bemerkes at direktoratene som fagorgan kan gjøre en vurdering av nye tiltak eller initiativer som kan bidra til å styrke måloppnåelsen på innsatsområder i opptrappingsplanen hvor deres departement har et særlig ansvar, og ha en dialog med eget departement om dette. Om direktoratene skal prioritere ytterligere oppfølging av opptrappingsplanen enn det de gjør i dag, sier flere av informantene i direktoratene at det krever et tydeligere oppdrag fra eget departement.

Oppdrag i tildelingsbrevene

En gjennomgang av tildelingsbrevene for 2018 til de involverte direktoratene bekrefter informantenes påpekning av at det ikke er kommet noen tydeligere presisering av oppdraget om å bidra til gjennomføring av opptrappingsplanen.

I tildelingsbrevet til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet fra Barne- og likestillingsdepartementet er det et eget kapittel, 5.6, som heter «Handlingsplaner og strategier med presisering av Bufdirs ansvar og oppgaver knyttet til ulike handlingsplaner og strategier». Her er det beskrevet et omfattende ansvar knyttet til opptrappingsplanen mot vold og overgrep og relativt spesifiserte oppdrag knyttet til for eksempel den nasjonale strategien Bolig for velferd og 0–24-programmet. For Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) står det at Bufdir skal følge opp BLD sine tiltak i planen, og ingen ytterligere oppdrag eller spesifiseringer utover dette.

Den samme formuleringen finner vi i tildelingsbrevet til Arbeids- og velferdsdirektoratet. Mens det for bidrag til den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd står at Arbeids- og velferdsdirektoratet skal bidra til gjennomføring av tiltaksplanen 2018 og til utarbeiding av den årlige status- og avviksrapporten, så er oppdraget knyttet til Opptrappingsplanen for rusfeltet mye mer nøkternt: følge opp Arbeids- og sosialdepartementets tiltak i Opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15. S (2015-2016) (ASD, Tildelingsbrev 2018:11).

I Husbankens tildelingsbrev for 2018 fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet er det ingen spesifiserte oppdrag knyttet til Opptrappingsplanen for rusfeltet. Husbanken har et omfattende ansvar for oppfølgingen av den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd, hvor også bolig for personer med rusproblemer er et tema.

Heller ikke for Kriminalomsorgsdirektoratet er Opptrappingsplanen for rusfeltet nevnt spesifikt i tildelingsbrevet for 2018. Det er flere andre oppdrag som er svært relevante for målene i opptrappingsplanen, som et spesifikt oppdrag om å følge opp og iverksette tiltak i rapporten *Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*⁴¹. Her er det spesifisert at KDI skal samarbeide med Helsedirektoratet om dette. KDI skal også følge opp Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021, som i tillegg har konkrete tiltak som er svært relevante for Opptrappingsplanen for rusfeltet.

⁴¹ <http://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/3637094.823.bpxvsxfveu/Rapport+om+oppf%C3%B8lging+av++innsatte+med+psykiske+lidelser+og+rusmiddelproblemer.pdf>

En mer aktiv rolle for å styrke måloppnåelsen

Etter fokusgruppeintervju med den tverrdirektorale gruppen kan vi oppsummere at det ikke har vært noen ytterligere forsterking av oppfølging av Opptappingsplanen for rusfeltet siden forrige statusrapport. Det betyr ikke at det ikke er mye aktivitet, for det er det. Alle de seks direktoratene er involvert i en rekke prosesser og tiltak som direkte eller indirekte berører rusfeltet og personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Flere i den tverrdirektorale gruppen gir uttrykk for at det er behov for mer målrettet samarbeid om hva de ulike direktoratene kan gjøre hver for seg eller sammen for å understøtte målene i opptappingsplanen.

Hvordan opptappingsplanen kan bli et redskap for en mer samordnet innsats fra direktoratene for å styrke innsatsen på rusfeltet, er fortsatt noe uklart. Dette dreier seg både om manglende oppmerksomhet og lederforankring i det enkelte direktorat og ikke minst om utydelig oppdrag fra departementene. Her har direktoratene et ansvar for å vurdere om de tiltakene som ligger i opptappingsplanen, fortsatt er de riktige, om det er andre tiltak som kanskje allerede pågår eller er iverksatt av direktoratene som er mer relevante, eller om det er innsatser i de ulike direktoratene som kan bli forsterket ved å bli sett i sammenheng. Årets rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet er en dreining i en slik retning mot større oppmerksomhet om å vurdere hvor det er behov for innsats, og gi innspill til hvor innsatsen bør forsterkes. Høsten 2018 har Helsedirektoratet i samråd med de øvrige direktoratene fulgt opp denne linjen ytterligere. Helsedirektoratet har sendt en henvendelse til alle de involverte direktoratene og bedt dem om å gjennomgå sine pågående tiltak og ansvarsområder i planen og vurdere hvorvidt noen tiltak ikke lenger er aktuelle, om målene nådd, og om utviklingen så langt tilsier at det er behov for nye tiltak, eller om de har andre pågående tiltak eller prosesser som bør ses i sammenheng med Opptappingsplanen for rusfeltet. Hensikten med denne henvendelsen er å få økt oppmerksomhet om hvordan man kan styrke måloppnåelsen for opptappingsplanen. Denne bestillingen har også gått til alle avdelinger i Helsedirektoratet som har ansvar for tiltak i planen. Planen er at tverrdirektoral gruppe i etterkant av dette skal gå igjennom innspillene for å identifisere og prioritere områder med behov for økt samarbeid og samordnet innsats. Innen fristen som var satt til 1. november 2018, var det kun KDI som hadde svart på denne henvendelsen. De hadde et innspill om å følge opp pakkeforløpene for psykisk helse og rus inn i fengslene. På dette området er det allerede igangsatt arbeid.

Fokusgruppen med direktoratene viste et felles ønske om mer oppmerksomhet om hvordan direktoratene sammen kan bidra til bedre måloppnåelse for Opptappingsplanen for rusfeltet. Samtidig viser denne prosessen at det er svært krevende å få eget direktorat involvert i dette arbeidet.

Arbeidsutvalg for opptappingsplanen

Det er etablert et arbeidsutvalg for opptappingsplanen hvor fem fylkesmannsembeter er representert, i tillegg til to kompetansesenter for rus (KoRUS), et kompetansesenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), et kompetansesenter for barn og unges psykiske helse (RBKU) og en representant for de regionale helseforetakene. Denne gruppen har utarbeidet en strategiplan for det regionale arbeidet med Opptappingsplanen for rusfeltet som forelå i starten av 2018. Denne strategiplanen skulle svare på noe av etterspørselen fra fylkesmannsembetene og kompetansesentrene om et tydeligere oppdrag eller forventninger fra Helsedirektoratet om hvordan de skal følge opp opptappingsplanen. I forbindelse med denne rapporten har vi ikke hatt en egen spørreundersøkelse til fylkesmannsembetene slik vi

hadde i 2017. Samtidig ser vi av planene og rapporteringene fra fylkesmannsembetene at det er mye aktivitet knyttet til opptrappingsplanen. Deltakelse på en samling om rus og psykisk helse for rådgiverne i fylkesmannsembetene og fagansatte ved kompetansesentrene innen rus, psykisk helse, vold og traumer i november 2018, viste at de fleste embetene kjente til denne strategiplanen fra arbeidsutvalget, og var opp-tatt av oppfølging av arbeidet med planen.

Den regionale innsatsen

I grunnlagsrapporten framhevet vi den regionale innsatsen som særlig viktig for å følge opp kommunene og bidra til å nå målene i opptrappingsplanen. En nøkkelaktør i dette arbeidet er fylkesmannsembetene. I tillegg har de regionale kompetansesentrene for rus (KoRus) et eksplisitt oppdrag om å bidra til gjennomføringen. Det finnes flere andre kompetansesenter som også støtter opp under kommunenes arbeid (se Hansen mfl. 2018:81–87), men det er Kompetansesenter rus som er tettest på kommunene i utviklingsarbeidet på rusfeltet.

Fylkesmannens arbeid

Grunnlagsrapporten viser at fylkesmannsembetene både i 2016 og 2017 er gitt et omfattende ansvar for oppfølging av Opptrappingsplanen for rusfeltet, både gjennom et eget brev fra helseminister Høie i 2016 og gjennom et konkret oppdrag i tildelingsbrevet for 2016 som er nærmere presisert i 2017 (jf. Hansen mfl. 2018:75–80). Fylkesmannen skal både gjøre planen kjent og følge opp arbeidet med planen. I 2017 blir oppdraget mer spesifisert, og det står blant annet at fylkesmannen skal bidra til at kommunene utvikler sitt rusarbeid i tråd med Opptrappingsplanen for rusfeltet. Fylkesmannen skal utarbeide en plan og lokale målsettinger for arbeidet som oversendes Helsedirektoratet med kopi til Helse- og omsorgsdepartementet. I forbindelse med grunnlagsrapporten gjennomførte vi også en egen spørreundersøkelse til rådgiverne innen psykisk helse og rus i fylkesmannsembetene. Undersøkelsen viste blant annet at fylkesmannsembetene tar et omfattende ansvar for oppfølging av opptrappingsplanen, men at flere på det tidspunkt etterspør tydeligere definerte oppgaver for oppfølging av planen. Det viste seg også å være relativt stor variasjon mellom fylkesmannsembetene i hvordan de arbeider med dette feltet.

Fylkesmannens rapporteringer for 2017

I forbindelse med denne andre statusrapporten har vi gjennomgått rapporteringen fra 2017 med søkelys på relevante områder for arbeidet med Opptrappingsplanen for rusfeltet. Disse rapporteringene følger samme mal, men det er noe variasjon i rapporteringenes detaljnivå mellom de ulike embetene. Fylkesmennene skal blant annet rapportere om hvordan de jobber med å legge til rette for forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats, jamfør Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020, samt gi en samlet vurdering av hvorvidt det kommunale rusarbeidet i fylket utvikles i henhold til retning og målsettinger i opptrappingsplanen.

Rapporteringene viser at fylkesmennene følger opp opptrappingsplanen gjennom ulike aktiviteter som forvaltning av tilskuddsordninger og samarbeid med KoRus-ene, de nasjonale kompetansesentrene, spesialisthelsetjenesten og andre aktører om lokale og regionale samarbeidsfora (for eksempel konferanser, seminar og nettverk) samt ved oppfølging av kommunene gjennom tilsyn og veiledning. De generelle til-

bakemeldingene fra fylkesmennene er at opptrappingsplanen har bidratt til å øke kapasiteten og kvaliteten i rus- og psykiaritjenestene på kommunalt nivå og til å utvikle samarbeidet mellom tjenester og sektorer. De fleste fylkesmennene oppgir at det kommunale rusarbeidet er i henhold til retningen for kommunalt rusarbeid slik det er skissert i opptrappingsplanen, men understreker at det fortsatt gjenstår en del arbeid for å nå målsettingene i planen. I rapporteringene framheves det at noe av utfordringen i arbeidet med opptrappingsplanen er at kommunene har ulike forutsetninger for å nå disse målene, for eksempel når det gjelder tilgang til kvalifisert personell og økonomiske rammebetingelser.

Alle fylkesmennene rapporterer status i kommunene i deres område for fire kvantitative mål relatert til opptrappingsplanen:

- *«Minst 70 % av kommunene sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykiatrifeltet.»*
- *«90 % av kommunene har kartlagt rusmiddelsituasjonen i kommunen ved Bruker-Plan eller annen kartlegging.»*
- *«70 % av kommunene har sektorovergripende system for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk.»*
- *«Flere kommuner har etablert aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgningsteam for mennesker med rus- og psykisk helseproblematikk enn i 2016.»*

De innrapporterte tallene varierer fra embete til embete, og vi vil ikke gå inn på hvert fylkes rapportering her. Noen fylkesmenn rapporterer at det er et stykke igjen før disse fire målene er oppnådd i dere region, mens andre rapporterer at flere av målene er oppnådd.

Fylkesmennene rapporterer også på resultatoppnåelse for tilskuddsordningene «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester og barn og unge med sammensatte hjelpebehov» (765.60) og «Kommunalt rusarbeid» (765.62). Kommentarene på dette punktet varierer fra å være en generell rapportering om at tilskuddsordningene er forvaltet i tråd med intensjonene og regelverket, til grundigere forklaringer på hvor mange penger som er delt ut og til hva for hver enkelt ordning. Tilskuddene er blant annet benyttet til opprettelse av ACT/FACT-team, lavterskeltilbud og ansettelse av psykologer. Flere nevner at tilskuddsmidlene er nødvendige for at kommunene skal kunne gjennomføre endringer i tråd med Opptrappingsplanen for rusfeltet. Dette stemmer med tilbakemeldinger fra fylkesmannsembetene i spørreundersøkelsen i 2017 om at tilskuddsmidler har stor betydning for å sikre utvikling i kommunene i henhold til målene i planen.

Rapporteringene for 2017 bekrefter inntrykket fra grunnlagsrapporten: Det er mye aktivitet. Om vi ser nærmere på de innrapporterte planene, så støtter de opp om dette.

Aktivitetsplanene fra fylkesmannsembetene for 2018

Som vist over skal fylkesmannsembetene utarbeide en plan og lokale målsettinger for arbeidet med opptrappingsplanen. Vi har gått gjennom disse planene. Det er utarbeidet en mal for disse planene, og de aller fleste embetene følger denne malen. Dette gjør det blant annet mulig å sammenligne med hensyn til resultatmålene i tildelingsbrevet. Et fåtall av fylkesmannsembetene følger ikke malen eller har ikke fylt ut alle deler. Flere av planene er imidlertid mangelfulle når det gjelder tidsplan.

Fylkesmennenes aktivitetsplaner ligger tett opptil fylkesmannsembetets oppdrag om å bidra til at kommunene utvikler sitt rusarbeid i tråd med Opptappingsplanen for rusfeltet. Å bidra med kunnskap, kompetanse, gode modeller og nettverk er en hovedtilnærming. Bruk av tilskuddsmidler som et virkemiddel for utvikling i tråd med målene i opptappingsplanen er en del av dette. Mange av planene går ut på å arrangere samlinger og kurs eller tilrettelegge for andre fora hvor det informeres om eller gjennomføres opplæring i verktøyene som vektlegges i opptappingsplanen. Oppbyggingen av nettverk og tilrettelegging for dialog mellom ulike deler av tjenesteapparatet om aktuelle temaer innen rus og psykisk helse er også med i mange planer. Eksempler på slike initiativer er å etablere brukerstemmenettverk for mer vekt på brukermedvirkning i tjenestene, å arrangere nettverkssamlinger for kompetansedeling og -heving hvor kommunene, NAV og spesialisthelsetjenesten deltar, og nettverksmøter med mål om å opprettholde bruk av motiverende intervju i kommuner som har tatt i bruk dette.

Det er etter hvert stor oppmerksomhet i fylkesmannsembetene om å bidra til kartlegging i kommunene ved hjelp av BrukerPlan. En del av disse aktivitetene er knyttet til resultatmålet om at 90 prosent av målgruppen skal være kartlagt for å belyse rusmiddelsituasjonen i fylkets kommuner gjennom BrukerPlan eller annet kartleggingsverktøy. I mange av tilfellene dreier det seg om å informere om BrukerPlan eller andre kartleggingsverktøy på samlinger og konferanser, arrangere opplæringsmøter om BrukerPlan og være en pådriver i arbeidet samt innhente oversikter fra KoRus. Noen av aktivitetene som er planlagt, omhandler samarbeid med ulike eksterne organisasjoner som KoRus og NAPHA.

Oppdrag for 2018

Oppdraget for fylkesmennene i styringsdokumentet for 2018 er ytterligere spesifisert med at det nå presiseres at fylkesmannsembetene skal initiere samarbeid med kompetansesentrene om opptappingsplanen, jamfør tildelingsbrev fylkesmannsembetene 2018, 3.1.3.2.3:

«Fylkesmannen skal bidra til at kommunene utvikler sitt rusarbeid i tråd med Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) og bidra til at kommunene integrere rusfeltet i sitt ordinære planverk. Arbeidet ses i sammenheng med fylkesmannens innsats på psykisk helsefeltet og andre tilstøtende områder. Fylkesmennene skal initiere samarbeidet med kompetansesentrene om opptappingsplanen. Fylkesmannen skal oversende sin virksomhetsplan med angivelse av tidspunkt for aktivitet og milepælsplan for arbeidet med Opptappingsplanen for rusfeltet. Planen oversendes Helsedirektoratet med kopi til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. mars 2018.»

Det er også kommet flere resultatindikatorer for styringsparameter 3.1.3.2.1 «Forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats på rusfeltet og økt kapasitet og bedre kvalitet i tilbudet til personer med psykisk helse og rusproblemer». Følgende mål er videreført fra tidligere:

- «90 % av målgruppen er kartlagt for å belyse rusmiddelsituasjonen fylkets kommuner gjennom BrukerPlan eller annet kartleggingsverktøy.
- Minst 70 % av kommunene sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet.
- 80 % av kommunene omfattes av tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid.

- 70 % av kommunene har etablert tidlig intervensjonstiltak ved rusrelatert problematikk.»

Ett av disse målene er utvidet med inkludering av individuell jobbstøtte og rask psykisk helsehjelp:

- Bedre kvalitet i tilbudet til personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer gjennom kunnskapsbaserte metoder, herunder etablering av flere aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam etter modell av ACT/FACT-team, individuell jobbstøtte / jobbmestrende oppfølging og rask psykisk helsehjelp enn i 2017.

Det er også lagt til et nytt punkt:

- Et større antall personer med rus- og/eller psykisk helse-utfordringer har tilfredsstillende botilbud enn i 2017.

Vurdering av den regionale innsatsen

Gjennomgangen over viser at det er en aktiv regional innsats for oppfølging av Opptrappingsplanen for rusfeltet. Fylkesmannen har et tydelig mandat om å følge opp dette arbeidet og samarbeide med de øvrige regionale aktørene. Vi har ikke gjort egne gjennomganger av KoRus-ene sine rapporteringer i år, men ut fra casestudie og erfaringssamlinger kan vi si at de er en viktig aktør for oppfølging av planen. De øvrige regionale kompetansesentrene, RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) og RKBU/RBUP (Regionale kunnskapsentre for barn og unges psykiske helse og barnevern) er også, som vist i grunnlagsrapporten, relevante for oppfølging av planen (Hansen mfl. 2018:81), men KoRus-ene har et mer eksplisitt ansvar og oppdrag.

Casestudien og erfaringssamlingene viser at kommunene verdsetter fylkesmannens og kompetansesentrenes arbeid for å bidra til faglig utvikling på rusfeltet. Rusforum og samlinger, tilbud om kurs og for fylkesmannen selvsagt et utstrakt arbeid overfor kommunene som følge av forvaltning av statlige tilskuddsmidler på området har stor betydning for utviklingsarbeid i kommunene. Flere av kommunene forteller at nye prosjekter i kommunen er kommet i gang som følge av kontakt med fylkesmannen. Dette kan ha vært dialogsamtaler om tilskuddsmidler eller andre møter hvor fylkesmannen på bakgrunn av kjennskap til situasjonen i kommunen har kommet med innspill til hvor det er relevant å sette i gang utviklingsarbeid og muligheten til å søke om tilskuddsmidler til dette. På samme måte er det flere som tar opp at nettverk og samlinger i regi av fylkesmannen er viktig for erfaringsutveksling og bidrar til spredning av god praksis.

De regionale kompetansesentrene for rus (KoRus) skal bidra i gjennomføringen av opptrappingsplanen. Erfaringen fra datainnsamlingen i forbindelse med denne statusrapporten viser at de i likhet med fylkesmannsembetene gjør mye overfor kommunene, både når det gjelder kompetanseheving, tilbud om kurs og samlinger og initiert av prosesser i kommunene. Begge erfaringssamlingene vi har gjennomført, har hatt KoRus som medarrangør sammen med fylkesmannen. KoRus-ene har også lenge hatt et stort engasjement for å følge opp kommunene i kartlegging ved hjelp av BrukerPlan. Her er også fylkesmannen blitt mer involvert etter hvert. Et av de tiltakene som får mye oppmerksomhet i kommunene, er BrukerPlan. Denne kartleggingen bidrar til å synliggjøre situasjonen og har stor betydning for utviklingen av

tjenestene lokalt. Planen har også betydning for synliggjøring av behov overfor politikerne.

I casestudien har vi i tillegg vist til andre kompetansesenter som er aktive for å stimulere til utviklingsarbeid i kommunene, blant annet Regionalt kompetansesenter for barn og unge. Flere andre nasjonale kompetansesenter som NAPHA og NKROP bidrar med kompetanse og nettverk for støtte utviklingen på rusfeltet. Disse er derimot mer rettet mot engasjement i enkeltprosjekter, spesifikke nettverk og nettsider.

Oppsummering

For å styrke den samordnede innsatsen for å nå målene i opptrappingsplanen etterlyser flere aktører sterkere lederforankring i direktoratene, men også tydeligere oppdrag og styringssignaler om å prioritere dette fra departementene til egne direktorat. Gjennomgangen viser likevel at det er en utvikling i direktoratenes arbeid mot at de mer aktivt bidrar til å styrke måloppnåelsen i planen, ved å vurdere hvor det er behov for ekstra innsats og initiere prosesser for en mer aktiv oppfølging. Dette kommer blant annet til uttrykk ved en ny form for rapportering fra Helsedirektoratet som inkluderer konkrete anbefalinger, samt henvendelser til direktoratene om å spille inn hva de vil prioritere framover.

Fylkesmannsembetene tar en større og større rolle i oppfølgingen av planen, og både fylkesmennene og kompetansesentrene oppleves å være gode støttespillere for kommunene i arbeidet med faglig utvikling på rusfeltet.

12 Går utviklingen i riktig retning

I de foregående kapitlene har vi omtalt innsatsen så langt og drøftet status og utvikling for den overordnede innstasen, utviklingen på mer overordnet nivå og mer spesifikt for hvert av de fem hovedmålene i opptrappingsplanen. Statusbeskrivelsene tar utgangspunkt i indikatorsettet vi har utviklet for å følge utviklingen. I tillegg har vi benyttet omfattende casestudier, erfaringsamlinger og dokumentstudier for å få bedre forståelse av utviklingen innfor de ulike målområdene. Vi har også sett på arbeidet med opptrappingsplanen fra direktoratsnivå og den regionale innsatsen for å bidra til at utviklingen i kommunene på rusfeltet er i tråd med føringene i opptrappingsplanen. I dette sluttkapitlet vil vi på bakgrunn av resultatene og funnene som er presentert i rapporten, gi noen avsluttende vurderinger om status og anbefalinger for den videre prosessen.

Et sammensatt bilde

Indikatorsettet som vi følger i evalueringen av opptrappingsplanen, har totalt 93 indikatorer. I rapporten er de presentert i syv ulike tabeller, en med indikatorer for overordnet innsats, en for samfunnseffekter og en for hver av de fem hovedmålene. I tabellene har vi brukt fargen rød om det er en indikator med utvikling i uønsket retning, grønn for indikatorer med utvikling i ønsket retning, gul dersom situasjonen er uendret, og grå dersom vi ikke har tilgjengelige data for å se på utvikling. Om vi samler hele indikatorsettet, vil vi se at det ikke er mulig å gi et entydig svar på i hvilken retning utviklingen på målene i opptrappingsplanen går fra 2016 til 2017. Bildet er svært sammensatt. På noen områder er det en utvikling i riktig retning, på andre områder ikke. Bildet preges også av at for 33 av 93 indikatorer har vi ikke tilgjengelige data nå for å vise utvikling. Dette skyldes i hovedsak at flere av disse indikatorene har 2017 som nullpunkt, blant annet de som er basert på data fra den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen. Likevel er det verdt å merke seg at det er en utvikling i ønsket retning for 30 av 60 indikatorer hvor det er oppdaterte tall for 2017, en utvikling i uønsket retning for 19 av 60 indikatorer og 11 indikatorer hvor situasjonen er relativt uendret.

I den endelige sluttrapporten i 2021 vil vi med utgangspunkt i indikatorsettet gi en fullstendig analyse av måloppnåelsen for opptrappingsplanen basert på indikatorsettet som sådan, men i denne rapporten anvender vi det kun som bakgrunn for en status på utviklingen i arbeidet med opptrappingsplanen så langt. Videre i kapitlet vil vi heller framheve noen hovedfunn med utgangspunkt i indikatorsettet.

Økte bevilgninger til kommunene

Denne statusrapporten viser at det skjer en opptrapping av innsatsen på rusfeltet. Samlet økning til oppfølging av opptrappingsplanen var 541 millioner kroner i 2016 og 438 millioner kroner i 2017 (begge salderte 2016-kroner⁴²). Økningen kommer i

⁴² I målingen rapporterer vi på saldert, det vil si regnskapsførte, bevilgninger. Det salderte beløpet var både i 2016 og i 2017 høyere enn det som ble lagt fram i budsjettforslagene. Differansen kan

tillegg til det som allerede skjer på feltet, og kommer både i form av en økning i rammeoverføringer til kommunene og gjennom øremerkede økninger i tilskuddsordninger og andre spesifikke tiltak. Økningen er det vi kan betegne som vekst på vekst. De ekstra bevilgningene blir stående, og ny bevilgning året etter kommer i tillegg. De samlede bevilgningene til kommunalt rusarbeid øker både i 2016, 2017 og 2018.

Flere årsverk og økt kompetanse i kommunene

Økningen i ressurser til rusfeltet ser også ut til å føre til flere årsverk i tjenestene i kommunene. Det rapporteres om en betydelig økning i antall ansatte i kommunalt rus- og psykisk helse-arbeid. I perioden 2016–2018 har det vært en økning fra 13 936 i 2016 til 15 894 i 2018,⁴⁵ noe som tilsvarer om lag 2000 årsverk i perioden. Økningen i antall årsverk skjer parallelt med en styrking av kompetansen. Kommunene ansetter flere med lang og spesialisert utdanning. De fleste årsverk utføres av personer med helse- og sosialfaglig utdanning på høyskolenivå, men størst vekst har det vært i årsverk for psykologer og psykologspesialister i perioden 2016–2017.

Innsatsen i spesialisthelsetjenesten flater ut

Det har vært en betydelig styrking av innsatsen i kommunene i denne perioden, men det er ikke samme positive utvikling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det har kun vært en marginal økning i de samlede kostnadene til TSB i perioden 2016–2017. Den gylne regel er ikke fulgt opp i 2017. Den gylne regel tilsier at veksten innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn veksten til somatikk, altså en prioritering av disse områdene i spesialisthelsetjenesten. Dette var tilfelle for TSB i 2016, men ikke i 2017.

Betydelig opptrapping kreves for å nå målet om en samlet bevilgning på 2,4 milliarder

Det er en økning i ressursene til rusfeltet, men hvorvidt takten i opptrappingen er tilstrekkelig for å nå regjeringens mål om å øke de samlede bevilgningene til rusfeltet med 2,4 milliarder kroner i perioden 2016–2020, er et annet spørsmål. Beregningene vi har gjort i denne statusrapporten, viser at det kreves en betydelig bevilgning i 2020 dersom dette målet skal nås. Med utgangspunkt i veksten i bevilgninger til oppfølging av opptrappingsplanen så langt, estimat på den samlede bevilgningen i 2018 og forslag til bevilgning til oppfølging av opptrappingsplanen i 2019 (jf. sittende regjeringens budsjettforslag for 2019) finner vi at det er behov for bevilgninger tilsvarende om lag 600–700 millioner kroner i 2020 for å nå målet (avhengig av prisjusteringer i løpet av perioden).

Behov for bedre bruker- og pårørendeinvolvering

Hovedmål 1 er å «sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet». I

skyldes omdisponeringer gjennom året eller at regjeringen i ettertid vurderer det til at endringer på andre budsjettposter kan knyttes til opptrappingsplanen. Vi har omregnet til 2016-kroner. I andre dokumenter kan beløpene oppgis i løpende kroner eller i 2017-kroner. Beløpene kan derfor variere noe i ulike dokumenter.

⁴⁵ Antall årsverk for 2018, Prop. 1 S (2018-2019) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak), Helse og omsorgsdepartementet. Antall årsverk er innhentet som en del av IS-24/8 2018 som ved publisering av denne rapporten ikke er offentliggjort.

kapittel 6 har vi vist at det er en økning i bevilgningen til brukermedvirkning i organisert form. Det er også en utvikling i ønsket retning på andel kommuner som rapporterer at de innhentet brukererfaring innen psykisk helse- og rusarbeid som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, selv om dette fortsatt gjelder under halvparten av kommunene. Det er stor oppmerksomhet om erfaringskompetanse i kommunene, men foreløpig få ansatte med erfaringskompetanse. En stor andel av kommunene mener de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutviklingen, samtidig som under halvparten har systemer for systematisk innhenting av brukererfaring gjennom brukerråd, kartlegginger eller tilbakemeldingssystemer. En stor andel av kommunene oppgir at de vurderer de kommunale rus- og psykisk helse-tjenestene som recovery-basert, men andelen brukere som opplever at tjenestene er tilpasset deres behov, og som har fått tatt del i utforming av tjenestetilbudet, er imidlertid langt lavere, kun om lag fire av ti. Bruk av individuell plan (IP) har stor oppmerksomhet i Opptrappingsplanen for rusfeltet. I statusmålingen viser vi at det er svært få brukere på rusfeltet som har IP, og at det er en utvikling i negativ retning i andel brukere som har en plan og/eller ansvarsgruppe.

Casestudien viser at det er oppmerksomhet om brukermedvirkning i kommunene, men stor variasjon i praksis. I noen av kommunene er det ikke brukerrepresentanter eller organisasjoner på rusfeltet i kommunen. Her viser vi til at i Nord-Norge er det utviklet en ordning for å bidra til brukermedvirkning på systemnivå også i disse kommunene. Statusbildet viser at det er behov for fortsatt innsats for å bedre brukerinvolvering både på system og individnivå. Det samme gjelder ivaretagelse av pårørende. Kartleggingen viser at mindre enn fire av ti kommuner mener de ivaretar voksne pårørende på en god eller svært god måte, litt mer enn fire av ti mener de ivaretar barn på en god måte. Vi har vist at særlig knyttet til barn som pårørende er det stor oppmerksomhet i kommunene. Også innenfor TSB er det behov for økt oppmerksomhet om samarbeid med pårørende, kun tre av ti pasienter i TSB opplever at samarbeidet mellom personale og pårørende fungerer godt.

Oppmerksomhet om tidlig innsats

Hovedmål 2 er å «sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig». I statusrapporten viser vi at om lag tre av fire kommuner mener de har et godt tilbud for de med kortvarige og milde problemer (rus og psykisk helse). Det er en utvikling i ønsket retning for kommunenes vurdering av tilbudet til voksne med kortvarige og milde problemer, mens det er en utvikling i uønsket retning for barn. Kommunenes kritiske vurdering av eget tilbud til barn med milde og kortvarige problemer kan ha sammenheng med at dette har stor oppmerksomhet i kommunene. Ambisjonene kan ha økt, og dette gir seg uttrykk i en mer kritisk vurdering av egne tjenester. Det er stor oppmerksomhet om sårbare barn og unge i flere kommuner og utvikling av tjenester og systemer for å fange opp barn og unge tidlig. Dette gjelder også barn som pårørende. Det er en økning i meldinger til barnevernet om barns rusmiddelproblemer. Flere kommuner tilskriver dette en økt oppmerksomhet om ansvaret for å melde til barnevernet når man er urolig for barn, og følgelig en utvikling i positiv retning.

Nå unge tidlig i forløpet

Flere kommuner er urolige for at de ikke i tilstrekkelig grad fanger opp unge med et begynnende rusproblem. Det har vært en betydelig økning i andel kommuner som driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot unge, men det er fortsatt under halvdelen

av kommunene som har oppsøkende tjenester som utekontakt eller ungdomsteam. I casestudien blir det tatt opp behov for oppsøkende tjenester for å nå unge. Her er det flere som tar opp behov for å ha tilstrekkelig ruskompetanse i ordinære tjenester som møter barn og unge. Dette gjelder også tilstrekkelig ruskompetanse i NAV til å kunne fange opp unge med rusproblemer som tar kontakt fordi de har utfordringer knyttet til økonomi eller bolig.

Eldre og alkohol

I kapittel 4 har vi vist at det er en utvikling som tyder på større alkoholforbruk blant eldre. Under kapitlet om tidlig innsats (kapittel 7) har vi også vist at flere kommuner erfarer at det er økende alkoholproblemer blant eldre, og at hjemmetjenestene strever med hvordan de skal forholde seg til dette. Dette er en illustrasjon av at det er behov for økt kompetanse og bevissthet om rusmiddelbruk i alle kommunale tjenester for å kunne identifisere utfordringer tidlig og gi tilpasset oppfølging.

Et mer tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat

Hovedmål 3 er at «alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud». Dette er et svært omfattende hovedmål som kan strekke seg fra alle tilgjengelige rus-tilbud og -tjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kompleksiteten både i aktørbildet og måten tjenestetilbudet er organisert på, gjør det krevende å gi en samlet vurdering. Statusmålingen viser at det på flere områder er en utvikling i innsats i positiv retning, men for flere av resultatindikatorerne går utviklingen i uønsket retning. Det er for eksempel en nedgang i andelen kommuner som vurderer at de har et svært godt eller godt tilbud til brukere med alvorlige og langvarige utfordringer. Det er stor oppmerksomhet i kommunene om å utvikle ambulant og tverrfaglig oppfølging. Det er foreløpig kun om lag en firedel av kommunene som har flerfaglig ambulant oppfølging som for eksempel FACT eller ACT, men her er det mye aktivitet i kommunene og flere ulike typer ambulant oppfølging av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser.

Bedre tilgjengelighet til tjenester

Den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen viser at kun om lag halvparten av brukerne av kommunale tjenester vurderer tjenestenes tilgjengelighet som tilfredsstillende i stor eller svært stor grad. I statusrapporten viser vi at kommuner peker på behov for tjenester med lav terskel for kontakt og tilgang til hjelp og behov for større tilgjengelighet til tjenester utover ordinær arbeidstid.

Øke innsatsen til brukere med rusproblemer og psykiske lidelser (ROP)

Samtidig som det er mye oppmerksomhet om utvikling av tverrfaglige ambulante team og hvor personer med rus- og psykiske helseproblemer ofte er målgruppen, er dette også en gruppe hvor kommunene erfarer at de har særlige utfordringer med å gi et godt tjenestetilbud. Det er også uro for en gruppe med eldre personer med rusmiddelproblemer og ofte psykiske helseplager og dårlig somatiske helse i tillegg.

Bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Det ser ut til å være stort behov for å utvikle gode metoder for samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Til tross for økende samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune er det en nedgang i andelen kommuner som mener

at samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten fungerer godt. I kapittel 8 peker vi på at flere kommuner framhever at konkretisering av samarbeid, rolle- og ansvarsavklaring er viktig for å lykkes med et godt samarbeid. En del av dette dreier seg også om anerkjennelse av hverandres kompetanse og betydning for å gi et godt tilbud til brukerne.

I kapittel 8 viser vi at det skjer en nedgang i ventetid for tilgang til behandling i spesialisthelsetjenesten. Ventetiden til døgnbehandling er høyere enn for øvrig behandling i TSB. Det er fortsatt utfordringer i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i overgangen mellom døgnbehandling og kommunen. Kun tre av ti pasienter mener at behandlerne i TSB har forberedt dem på tiden etter utskrivning i stor eller svært stor grad, og en noe lavere andel av brukerne i kommunene mener de har fått tilstrekkelig oppfølging i kommunen etter siste utskrivning. Pakkeforløpet som implementeres fra januar 2018, er ment å bedre disse overgangene og blir viktig å følge i den videre evalueringen av opptrappingsplanen.

Boligsituasjonen er bedre, men fortsatt utfordringer med egnet bolig

Hovedmål 4 er at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. I opptrappingsplanen blir det pekt på store utfordringer på dette målområdet, særlig knyttet til bolig, arbeid og aktivitet. I kapittel 9 viser vi at det er en utvikling i ønsket retning når det gjelder bedre bosituasjon. Vi viser at her er det en omfattende innsats på det boligsosiale området fra Husbanken og den pågående strategien Bolig for velferd som ser ut til å gi resultater. Likevel er det utfordringer knyttet til det å finne egnede boliger og i noen kommuner også behov for å utvikle ambulant oppfølging av brukere for at flere skal kunne opprettholde en stabil bosituasjon.

Det er en positiv utvikling når det gjelder brukere som deltar i arbeidslivet, selv om andelen er svært lav (opp fra 11 prosent i 2016 av brukerne som er kartlagt i BrukerPlan, til 13 prosent i 2017). Kun en firedel av brukerne opplever at de har fått bistand til å komme i arbeid eller annen meningsfull aktivitet (BrukerPlan 2018).

Større fokus på arbeid, aktivitet og innhold i livet

Selv om det er utvikling i positiv retning for andel brukere som er i arbeid, og brukere med meningsfylt aktivitet, er det fortsatt en svært lav andel av brukerne som oppgis å være i arbeid, ha et tilfredsstillende sosialt nettverk og meningsfylt aktivitet. Dette er et innsatsområde hvor det er behov for særskilt innsats. Dette dreier seg blant annet om økt oppmerksomhet i NAV om å bidra til at personer med rusmiddelproblemer kommer i arbeid og inkluderes i ulike tiltak. Generelt ser det ut til å være behov for styrket oppmerksomhet om gode metoder for å jobbe med meningsfylt aktivitet og styrke den enkeltes sosiale nettverk. En utfordring som synliggjøres i casestudien, er at flere aktivitetstilbud ofte ender opp som særskilte tiltak for målgruppen og følgelig har begrenset verdi for å styrke den enkeltes sosiale inkludering.

Prioritering av rusrelaterte tiltak i Kriminalomsorgen

Hovedmål 5 er å «utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer». I kapittel 10 viser vi at på dette målområdet er det utvikling i ønsket retning på flere indikatorer. Det er etablert tre nye rusmestringstiltak inspirert av stifinnermodellen i løpet av 2017. Det er en betydelig økning i bruk av narkotikaprogram med domstolskontroll og økning i saker med ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Det eneste området med utvikling i uønsket retning er soning i behandling sinstitusjon, hvor det er en nedgang.

I casestudiene for 2018 har vi svært begrenset informasjon om utviklingen på dette målområdet. I arbeidet med neste statusrapport vil vi spesifikt tilrettelegge for å inkludere casekommuner hvor vi også kan få data knyttet til utvikling i fengselshelsetjenesten og bruk av narkotikaprogram med domstolskontroll. Her vil det også være aktuelt å følge opp hvordan det nye pakkeforløpet for rus og psykisk helse følges opp i fengslene.

Stor kommunal variasjon

I rapporten har vi vist at det er oppmerksomhet om rusfeltet i alle casekommunene. Vi har også gjennom denne statusrapporten vist at ambisjonene på rusfeltet i kommunene ser ut til å ha økt. Det er mye pågående utviklingsarbeid. Dette gjenspeiler seg også i erfaringssamlingene. Samtidig viser denne studien at det er stor kommunal variasjon på rusfeltet. Noen kommuner har et bredt spekter av ulike tilbud og tjenester, andre har mye færre. Noen kommuner har lenge hatt FACT-team og flere ambulante team i oppfølgingen av målgruppen, andre kommuner har ikke det. Noen har kommet langt i implementering av recovery-tenkning, andre er i starten av å utvikle denne type perspektiver i tjenestene. Noen har aktive brukerorganisasjoner og sterk brukerinvolvering på systemnivå, andre har ikke dette. Det er fortsatt behov for å utvikle tjenestene i alle kommunene som har vært inkludert i denne studien, men utfordringsbildet er noe ulikt.

Betydningen av opptrappingsplanen

Opptrappingsplanen for rusfeltet er som nevnt innledningsvis i rapporten i stor grad en omfattende sammenstilling av en rekke ulike føringer og tiltak, prosjekter og initiativer på rusfeltet. Opptrappingsplanen lanserer få egne nye tiltak, men inkluderer en målsetting om en opptrapping av ressursene på rusfeltet, hovedsakelig gjennom økte rammeoverføringer til kommunene. Det er derfor svært vanskelig, om ikke umulig, å kunne gjøre en stringent effektevaluering av opptrappingsplanen. For eksempel er det en positiv utvikling i boligsituasjonen for personer med rusmisbruk og psykiske helseplager, selv om det fortsatt er store utfordringer. Casestudien illustrerer at utviklingen på dette området ikke minst skyldes innsatsen fra Husbankens boligsosiale kommuneprogram de siste årene og den pågående strategien Bolig for velferd. Opptrappingsplanen samvirker med ulike pågående strategier og satsinger. Lignende eksempler vil vi finne innenfor alle målområdene. Denne statusmålingen viser likevel at Opptrappingsplanen for rusfeltet har betydning. En ting er den reelle opptrappingen av ressurser til rusfeltet begrunnet med opptrappingsplanen, men også oppmerksomheten om opptrappingsplanen og ikke minst de regionale aktørenes innsats for å bidra til en utvikling i kommunene i tråd med målene i opptrappingsplanen har betydning. Casestudien viser at kommunene i stor grad tilstreber å utvikle tjenestene i kommunen i tråd med målene i opptrappingsplanen. Hvorvidt det er oppmerksomhet om opptrappingsplanen i kommunene, varierer, men målbildet er kjent. I kapittel 3 viser vi at opptrappingsplanen i stor grad er kjent i kommunene, og at over halvparten av kommunene mener at opptrappingsplanen har betydning for rus- og psykisk helsefeltet i kommunen.

I grunnlagsrapporten påpekte vi at gjennomføringen av opptrappingsplanen i stor grad bygger på det vi kan betegne som governance-styring (Røiseland & Vabo 2012). Økt informasjon, kunnskap og oppmerksomhet om gode og kunnskapsbaserte løsninger skal bidra til at kommunene og andre aktører bedrer tilbudet til målgruppen. Opptrappingen av tjenestene og tilbudene i kommunene forventes hovedsakelig å

skje som følge av økning i de frie inntektene i rammeoverføringene til kommunene. Vi har vist at det skjer en opptrapping av årsverk i kommunene innenfor rus og psykisk helse. Det skjer også en kompetanseheving ute i kommunene ved at det ansettes flere på rusfeltet med høy kompetanse. Ut fra analysene i denne rapporten vil vi også peke på at det ser ut som ambisjonene på rusfeltet har økt. Flere tilstreber seg implementering av nye metoder og modeller, og bidraget fra fylkesmann og kompetansesenter for å bidra til kunnskapsbasert utvikling verdsettes.

Oppfølging fra direktorat og regionale aktører

I kapittel 11 viser vi at Helsedirektoratet som koordinator for direktoratenes oppfølging av opptrappingsplanen er inne i en ny fase med tydeliggjøring av hvor det er behov for sterkere innsats for å øke måloppnåelsen i planen, ikke bare rapportere på status på enkelttiltak. Dette gjenspeiler seg i tiltaksrapporten til Helse- og omsorgsdirektoratet levert våren 2018. Også den tverrdirektorale arbeidsgruppen bidrar i dette arbeidet. Samtidig ser det ut som det fortsatt er store utfordringer med å komme videre fra det enkelte direktorats fokusering på gjennomføring av sitt direktorats tiltak i planen til en mer samordnet innsats for å øke måloppnåelsen i planen. Det er fortsatt svært lite tydelige styringssignaler fra departementene om hva de ønsker med det tverrdirektorale samarbeidet, og lav lederforankring i involverte direktorat. Helsedirektoratet har utfordret alle direktorater til å melde inn hvilke tiltak de vil prioritere framover i siste fase av opptrappingsplanen, samt hvilke nye tiltak de ser bør bringes inn, og eventuelt hvor det vil være formålstjenlig med et samarbeid med andre direktorater. Arbeidet med opptrappingsplanen fra statlig hold preges av at det er lite oppmerksomhet om felles oppfølging av planen fra departementshold. De fleste tiltakene i planen er ikke et resultat av opptrappingsplanen, men forankret i andre prosesser eller planer i det ansvarlige departement. Å få til et mer aktivt samarbeid mellom direktoratene for å øke måloppnåelsen i opptrappingsplanen krever en større oppfølging av samarbeidet mellom de involverte departementene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Samtidig er det en rekke pågående prosesser på rusfeltet som må antas å ha stor betydning for måloppnåelsen i opptrappingsplanen. Dette gjelder ikke minst innføringen av pakkeforløpene fra januar 2019 og det pågående Kompetanseløftet 2020 som også inkluderer psykisk helse og rusfeltet. Rusfeltet er høyt på den offentlige agendaen, og utfordringen for de involverte i oppfølgingen av opptrappingsplanen er å klare å etablere planen som en paraply for all denne aktiviteten.

I rapporten peker vi på at den regionale innsatsen for å bidra til at utviklingen i kommunene er i tråd med målene i opptrappingsplanen, er aktiv og med stor betydning for kommunene. Det er noe variasjon mellom fylker i innsatsen på feltet, og en større oppmerksomhet om å utveksle erfaringer om gode måter å jobbe på kan ha betydning for å styrke aktiviteten ytterligere. Det er også verdt å merke seg at BrukerPlan-kartleggingene er blitt svært viktige for utviklingsarbeid i kommunene. Her er både KoRus-ene og fylkesmannsembetene viktige. BrukerPlan-kartleggingene har betydning både for å gi en oversikt over situasjonen i kommunene og for å synliggjøre hvor det er behov for utvikling. Oppmerksomheten BrukerPlan-kartleggingene får fra de regionale aktørene, ser ut til å forsterke oppmerksomheten også om målene i opptrappingsplanen og ha betydning for at tjenestene i kommunene utvikles i henhold til disse.

Evalueringsprosessen videre

I forbindelse med statusrapport 2019 vil vi igjen gjennomføre flere casestudier og arrangere erfaringssamlinger for å få mer kunnskap om utviklingen i kommunene og arbeidet med å nå målene i opptrappingsplanen. I 2019-datainnsamlingen vil vi være særlig oppmerksomme på arbeidet med å implementere pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. I forbindelse med dette vil vi også vektlegge å rekruttere flere informanter fra TSB for å få deres perspektiver på å nå målet om større bruker- og pårørende-involvering samt samarbeid med kommunene. I utvalgelse av casene vil vi også etterstrebe å inkludere kommuner i casestudien som har erfaring med å følge opp brukere som er i narkotikaprogram med domstolskontroll, samt gjennomføre noen intervjuer om utviklingen i fengselshelsetjenesten og samarbeidet mellom kommune og kriminalomsorg ved løslatelse av personer med rusmiddelproblemer etter soning i fengsel. I årets (2018) statusrapport har vi svært lite data om akkurat denne delen. I likhet med i år vil vi tilstrebe en sammensetning av kommuner som gjør at vi både har små og store kommuner og en god geografisk fordeling.

Statusrapportene fra evalueringen kommer på slutten av hvert år og rapporterer på utviklingen på våre 93 indikatorer til og med året før. Det vil si at årets statusrapport viser utviklingen fra 2016 til 2017, altså etter 2 år med Opptrappingsplanen for rusfeltet. Datainnsamlingen i kommunene er foretatt i løpet av tredje året i opptrappingsplanen. I år er det også slik at en hovedkilde for data til indikatorsettet, IS-24/8-kartleggingen samlet inn av SINTEF, er klar til å offentliggjøre nye oppdaterte tall for 2018 samtidig med at denne statusrapporten foreligger. Ideelt skulle vi selvsagt inkludert oppdatering med 2018-tall på alle indikatorene som baserer seg på denne kilden. Samtidig er det slik at flere andre datakilder, for eksempel BrukerPlan-data, ikke foreligger før rundt sommeren og andre ikke før langt utpå høsten. Statusrapportene er delrapporter i følgeevalueringen som skal gi oss et bilde av hvorvidt det skjer en utvikling i tråd med målene i opptrappingsplanen, og hvorvidt det er noen områder hvor det ser ut til å være behov for styrket innsats. Den endelige resultatevalueringen vil foreligge i 2021 og vil da inkludere en fullstendig analyse av måloppnåelsen. I arbeidet med følgeevalueringen har vi en pågående dialog med Helsedirektoratet om hva som er det mest hensiktsmessige tidspunktet og form på statusrapportene. I 2019 vil vi gjøre en vurdering av hvorvidt det er hensiktsmessig å endre rapporteringstidspunktet for å ha mest mulig ferske tall på de mest sentrale datakildene.

Litteratur

- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater*. NOVA Rapport 8/18.
- Barvik, H. & Flåto, M. (2018). *Alle skal bo trygt og godt – hva kan vi lære av erfaringene fra Housing first i Norge?* Rapport fra Husbanken, Arbeids- og Velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet.
- BrukerPlan (2017). *Brukerplan årsrapport 2017. Kommunenes kartlegginger av tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i 2017*. KORFOR, Helse Stavanger.
- FHI (2018). Alkohol, narkotika og folkehelse. <https://www.fhi.no/hn/helse/alkohol-og-narkotika/>
- FHI (2018). Narkotikautløste dødsfall 2017. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/narkotikautloste-dodsfall-2017/>
- Grønningsæter, A. B., Becken, L. E., Bakkeli, V., Klingenberg, S. & Strand, A. H. (2014). *Evaluering av Husbankens kommunesatsning*. Fafo-rapport 2014:51.
- Hansen, I. L. S. (2018). Users' Choice in Providing Services to the Most Vulnerable Homeless People. *Social Inclusion*, 6(3).
- Hansen, I. L. S. (2017). *Fra bostedsløs til varig bolig. Evaluering av forsøk med Housing first i Bergen og Sandnes*. Fafo-rapport 2017:06
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Flatval, V. S., Andersson, S., Holst, L. S. & Bråthen, K. (2018). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016*. Fafo-rapport 2018:08.
- Helsedirektoratet (2018). *Hovedresultater SAMDATA. Spesialisthelsetjenesten 2013-2017*. Analysenotat 10/2018.
- Hustvedt, I. B. & Nesvåg, S. (2017). *Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk*. Kommuneundersøkelsen 2016. KORFOR-rapport 2017/01.
- Kriminalomsorgen (2018a). *Årsrapport 2017 for kriminalomsorgen*. <http://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/4153045.823.nmpwutijutunma/%C3%85rsrapport+-2017.pdf>
- Kriminalomsorgen (2018b). Narkotikaprogram med domstolskontroll. <http://www.kriminalomsorgen.no/narkotikaprogram-med-domstolskontroll.237893.no.html>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2017). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF rapport 2017:00801
- Prop. 15 S. *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*.
- Snertingdal, M. & Bakkeli, V. (2015). *Housing first i Norge – sluttrapport. Prosesser, resultater og kartleggingsskjema*. Fafo-rapport 2015:52
- Soggiu, A-S. & Biong, S. (2014). *Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo - En forskningsbasert evaluering om recovery*. Høgskolen i Sørøst-Norge, SFPR-forskningsrapport 10-2014.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet

Dette er andre statusrapport fra evalueringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Vi presenterer årlige statusrapporter i planperioden, og en endelig resultatevaluering i 2021. I den første statusrapporten (Hansen mfl. 2018) ble det presentert et indikatorsett utarbeidet for å kunne vurdere måloppnåelsen for opptrappingsplanen. Denne andre statusrapporten gir en måling på indikatorsettet to år etter at opptrappingsplanen ble iverksatt. Statusen på indikatorsettet ses i lys av resultatene fra en casestudie i seks kommuner og to erfaringsamlinger.



Borggata 2B
Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2018:44
ISBN 978-82-324-0484-1
ISSN 2387-6859
Bestillingsnr. 20693