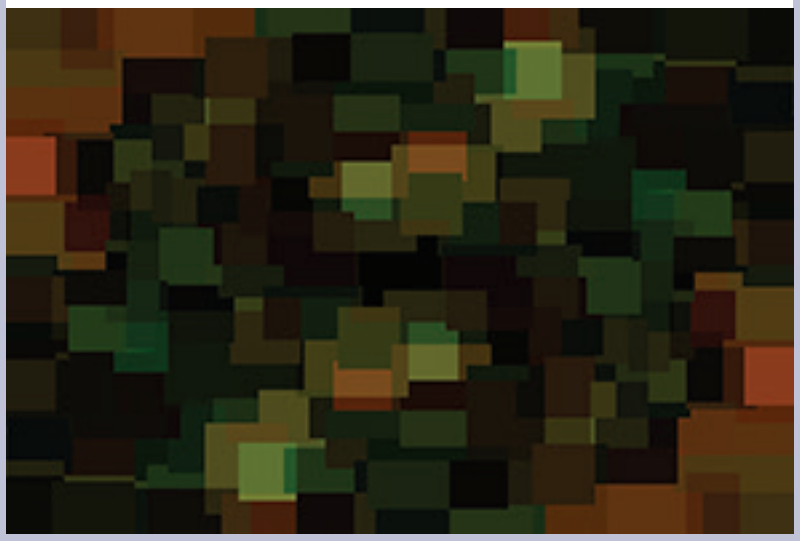
Fafo

Inger Lise Skog Hansen,
Maja Tofteng og
Linn Sørensen Holst

Et tjenesteområde i utvikling

Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet

Resultatrapport



Fafo-rapport
2021:17

Inger Lise Skog Hansen, Maja Tofteng og Linn Sørensen Holst

Et tjenesteområde i utvikling

Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet

Resultatrapport

Fafo-rapport 2021:17

Fafo-rapport 2021:17

© Fafo 2021
ISBN 978-82-324-0603-6 (papirutgave)
ISBN 978-82-324-0604-3 (nettutgave)
ISSN 0801-6143 (papirutgave)
ISSN 2387-6859 (nettutgave)

Omslagsbilde: Colourbox
Trykk: Allkopi Netprint

Innhold

Forord **5**
Sammendrag **7**
1 Innledning **9**
1.1 Et felt i utvikling 11
1.2 Gangen i rapporten 12
2 Evalueringsdesign og metode **13**
2.1 Evalueringstilnærming 13
2.2 Indikatorsettet 15
2.3 Kvalitative data 21
3 Innrettingen av arbeidet med planen **24**
3.1 Den nasjonale strukturen 24
3.2 Den regionale innsatsen 27
3.3 Vurderinger og anbefalinger 30
4 Overordnet innsats **32**
4.1 Indikatorsettet for overordnet innsats 34
4.2 Målet om 2,4 milliarder i opptrapping 35
4.3 Økt kapasitet i kommunene 40
4.4 Kommunal variasjon 44
4.5 Indikasjoner på at kompetansen er styrket 46
4.6 Innsatsen innen spesialisthelsetjenesten 48
4.7 Vurderinger og anbefalinger 49
5 Bruker- og pårørendeinvolvering **50**
5.1 Brukermedvirkning på individnivå 53
5.2 Brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå 60
5.3 Vurderinger og anbefalinger 62
6 Tidlig innsats **64**
6.1 Tidlig innsats overfor barn og unge 66
6.2 Tidlig innsats overfor voksne 68
6.3 Vurderinger og anbefalinger 71
7 Et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat **72**
7.1 Tilgjengelighet til tjenester i kommunene 76
7.2 Utviklingen i spesialisthelsetjenesten 81
7.3 Vurderinger og anbefalinger 85
8 En aktiv og meningsfylt tilværelse **87**
8.1 Boligsituasjonen 90
8.2 Arbeid og innhold i livet 92
8.3 Vurdering og anbefalinger 94

9 Straffegjennomføring 95
9.1 Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) 96
9.2 Rusbehandling i fengslene 97
9.3 Bruk av § 12 (soning i behandlingsinstitusjon) 100
9.4 Bruk av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging 101
9.5 Kompetanse om rusmiddel- og avhengighetsproblematikk i fengsler 102
9.6 Oppsummering og anbefalinger 103
10 Samfunnseffekter 104
10.1 Rusmiddelbruk 106
10.2 Narkotika og alkoholrelaterte dødsfall 106
10.3 Levekår og livskvalitet 107
10.4 Vurderinger og anbefalinger 109
11 Avsluttende vurderinger 110
11.1 Vurdering av den statlige oppfølgingen av planen 110
11.2 Ressursinnsats 112
11.3 De fem hovedmålene 113
11.4 En avsluttende refleksjon 116
11.5 Oppsummering av måloppnåelse og anbefalinger 118
Litteratur 121

Forord

Dette er resultatrapporten fra evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Evalueringsoppdraget fra Helsedirektoratet startet i 2017. Sluttrapporten kommer etter mer enn ett år med covid-19-pandemi. I denne rapporten har vi ikke egne vurderinger av hvordan pandemien har påvirket tjenestene til personer med rusmiddelproblemer, deres levekår og livskvalitet. I forrige statusrapport fra desember 2020 viste vi at mange kommuner og andre aktører hadde mobilisert for å kunne tilby tjenester under nye rammebetingelser. Ut fra ulike kartlegginger og rapporter vet vi at situasjonen har påvirket tjenestene og gjort utfordringene større for mange som i utgangspunktet hadde en vanskelig livssituasjon. Når samfunnet nå gjenåpnes, er det viktig å ha fortsatt oppmerksomhet om denne gruppen.

Evalueringsoppdraget har pågått i nesten fire år. Vi vil takke alle vi har hatt dialog med, informanter på ulike nivåer i forvaltningen, casekommunene og brukerorganisasjoner. Evalueringen baserer seg på et indikatorsett med data fra en rekke ulike kilder. Tolv av våre indikatorer baserer seg på data fra den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen. I forbindelse med resultatrapporten har vi fått helt ferske data fra KoRus Midt-Norge for å kunne oppdatere disse. Vi skylder dem en stor takk for at de velvillig har delt disse dataene med oss, før de har ferdigstilt analysene og offentliggjort egne resultater. Vi vil også takke ansvarlige forskere ved SINTEF for samarbeid om tilgang til data fra IS-24/8-kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og ansvarlige ved KORFOR i Helse Stavanger for velvillighet når det gjelder tilgang til BrukerPlan-data.

Opptrappingsplanen har virket i en periode hvor det har vært stor politisk oppmerksomhet om rusfeltet, og hvor det har skjedd mye utviklingsarbeid i kommunene. Vi er glade for at evalueringsoppdraget har gitt oss en mulighet til å følge med på dette.

Fafo har gjennomført evalueringen i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) og Ipsos. Samfunnsøkonomisk analyse har hatt et hovedansvar for indikatorsettet, som er en grunnpilar i evalueringen, og målingene på de definerte indikatorene. Resultatrapporten inkluderer oppdatering av data for 73 av 84 indikatorer. Ipsos har bidratt i den kvalitative delen av evalueringen. Analysene i resultatrapporten er i hovedsak gjennomført av Maja Tofteng ved SØA og Inger Lise Skog Hansen ved Fafo. Linn Sørensen Holst i Ipsos har bidratt i analysene i kapittel ni, og hun har hatt hovedansvaret for å skrive kapitlet. Inger Lise Skog Hansen ved Fafo har ledet arbeidet med evalueringen og vært aktiv i alle deler av evalueringsarbeidet. Hun har hatt hovedansvaret for å skrive sluttrapporten.

Avslutningsvis vil vi takke Helsedirektoratet for godt samarbeid. En særlig takk til vår kontaktperson Jannicke Berg Leknes for imøtekommenhet og interesse for evalueringsarbeidet.

Takk til Tone Fløtten ved Fafo som har vært kvalitetssikrer for rapporten. Hun har bidratt med konstruktive kommentarer og tilbakemeldinger. Takk også til informasjonsavdelingen ved Fafo som har hjulpet oss med å ferdigstille rapporten, og en spesiell takk til Jon Lahlum som har bidratt til at figurene våre er blitt lesbare for dere. Tross alle gode bidrag, forfatterne står ene og alene ansvarlig for innholdet i rapporten.

Oslo, mai 2021
Inger Lise Skog Hansen

Sammendrag

Dette er resultatrapporten fra evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015–2016)). Opptrappingsplanen for rusfeltet ble vedtatt i Stortinget i april 2016 og var virksom fram til og med 2020. I rapporten viser vi måloppnåelsen for den definerte ressursinnsatsen i planen, for kapasitet og kompetanseutvikling, og for hvert av planens fem hovedmål. I tillegg presenteres en vurdering av samfunnseffekter av planen, og avslutningsvis en oppsummering av ulike anbefalinger som følge av vurderingene i evalueringen. Det foreligger en egen kortversjon av sluttrapporten, med hovedfunn og anbefalinger.

Siden evalueringen startet opp i 2017, er det presentert til sammen fire statusrapporter. Alle finnes på Fafos hjemmesider www.fafo.no.

Resultatrapporten presenteres etter mer enn ett år med covid-19-pandemi, strenge smittevernregler og flere perioder med sosial nedstenging av samfunnet. Pandemien har hatt konsekvenser for kommunenes arbeid, inkludert tjenestene på rusfeltet, og selvsagt for personer med rusmiddelproblemer.

Hovedfunn

Regjeringens mål om å styrke innsatsen på rusfeltet med 2,4 milliarder kroner, vurderes som å være innfridd. Det har vært en økning i både kapasitet og kompetanse i kommunene, og mange steder har det vært mye utviklingsarbeid. Måloppnåelsen varierer for de fem definerte hovedmålene i opptrappingsplanen. I hovedsak har utviklingen gått i riktig retning, men vi kan ikke konkludere med at noen av målene er fullt ut innfridd. Bildet er sammensatt, med store kommunale variasjoner. Generelt er det behov for fortsatt innsats dersom alle målene i planen skal kunne innfris. Resultatrapporten har derfor fått tittelen «Et tjenesteområde i utvikling». Aktiviteten må videreføres dersom alle med rusmiddelproblemer og deres pårørende skal motta et godt tilbud.

En kvalitativ vurdering

Det er vanskelig å isolere effekter av innsats som følge av opptrappingsplanen fra andre satsinger og strategier. Planen inkluderer flere tiltak som ble initiert før den ble vedtatt, og en rekke tiltak er forankret i andre statlige strategier og planer. Det mest spesifikke er målet om 2,4 milliarder kroner i ekstra bevilgninger. Evalueringen er en vurdering av i hvilken grad målene for den statlige ressursinnsatsen og de fem hovedmålene er innfridd, og om opptrappingsplanen har bidratt til dette.

1 Innledning

Dette er resultatrapporten fra følgeevalueringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Opptrappingsplanen (Prop. 15 S (2015–2016)) ble vedtatt i Stortinget i april 2015 og inkluderer en omfattende kunnskapsstatus om situasjonen på rusfeltet og et omfattende og sammensatt utfordringsbilde. Planen gjenspeiler dette sammensatte utfordringsbildet.
Opptrappingsplanen har tre innsatsområder:

- Tidlig innsats. Flere skal få hjelp før de utvikler rusmiddelproblemer.
- Behandling. Styrke kapasitet og kvalitet i behandlingstilbudet.
- Oppfølgingstjenester.[1] Prioritere bolig, arbeid og aktivitet.

Hovedinnsatsen i planen er rettet mot kommunesektoren, hvor opptrappingsplanen slår fast at utfordringene vurderes å være størst. Måloppnåelsen avhenger samtidig av innsats fra en rekke andre aktører, som spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg, frivillige organisasjoner og andre. Nettopp kompleksiteten på saksfeltet er omtalt i planen, hvor det stadfestes at 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 rusmiddelproblemer og for personer med alvorlig rusmiddelavhengighet, samt deres pårørende» (Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020:6).

Det er utarbeidet fem hovedmål for opptrappingsplanen:

1 Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
2 Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusmiddelproblem, 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). Et av disse «regjeringen vil»-punktene er «styrke kommunale tjenester til personer med rusmiddelproblemer gjennom vekst i frie inntekter». Regjeringen satte et mål for den samlede økningen i bevilgningene til rusfeltet til 2,4 milliarder kroner i planperioden 2016–2020. Det er flere statlige tilskuddsordninger som støtter opp under målene i opptrappingsplanen, men regjeringen varslet at hoveddelen av opptrappingen skulle skje ved økning i de frie inntektene til kommunene (rammeoverføringen). I påvente av opptrappingsplanen hadde regjerningen gjeninnført det øremerkede tilskuddet til kommunalt rusarbeid, gjeninnført den gylne regel som sier at det skal være høyere

[1] 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.

vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk på regionnivå i spesialisthelsetjenesten, innført fritt behandlingsvalg for pasientgruppene innen rusbehandling og psykisk helsevern og øremerket midler til kjøp av behandlingsplasser til private (ibid.:5). Veksten i finansiering av TSB kommer i tillegg til de 2,4 milliardene i opptrapping.

Målene i opptrappingsplanen handler i stor grad om styrking av kapasitet og kvalitet i tjenestetilbudet til personer som er i ferd med eller allerede har utviklet rusmiddelproblemer, samt styrking av tilbudet til pårørende. Det overordnede målet er at personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende skal få et bedre tilbud enn tidligere.

Følgeevalueringen

Evalueringsopplegget startet i 2017. Fafo har, i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos, presentert til sammen fire statusrapporter i opptrappingsperioden (Hansen, Tofteng, Flatval, Andersson, Holst & Bråthen 2018a; Hansen, Tofteng, Holst, Flatval & Bråthen 2018b; Hansen, Tofteng, Holst, Flatval & Bråthen 2019; Hansen, Tofteng, Flatval & Holst 2020). Hensikten med statusrapportene har vært å gi myndighetene informasjon om hvorvidt det skjer en utvikling i retning av måloppnåelse i opptrappingsplanen, påpeke eventuelle utfordringer og dermed behov for styrket innsats for å øke måloppnåelsen. Resultatrapporten er konsentrert om vurdering av måloppnåelsen for opptrappingsplanens innsatsområder, definerte mål og tiltak.

Rapporten har følgende forskningsspørsmål:

- I hvilken grad har det vært en opptrapping av ressurser til rusfeltet i tråd med føringene i planen?
- Har det skjedd en styrking av kapasitet og kompetanse på rusfeltet i opptrappingsperioden?
- Hvordan er måloppnåelsen for de fem definerte hovedmålene i planen?
- Hvilke områder har eventuelt lav måloppnåelse? Hva kan forklare eventuelle forskjeller i måloppnåelse?
- Har personer med rusmiddelproblemer fått et bedre tilbud i opptrappingsperioden?
- Har pårørende fått et bedre tilbud i opptrappingsperioden?
- Hvordan har utviklingen i brukernes levekårssituasjon vært i opptrappingsperioden?
- Er det noen spesifikke grupper med fortsatt særlig behov for bedre tjenestetilbud?
- I hvilken grad kan identifisert utvikling på de ulike målområdene tilskrives opptrappingsplanen for rusfeltet?
- Hvordan har den statlige økonomiske innsatsen bidratt til utvikling i tråd med målene i opptrappingsplanen?
- Hvordan har de statlige aktørene fulgt opp oppdraget om å bidra til oppfølging av planen?

I denne rapporten presenterer vi et «statusbilde 2020» på de ulike målområdene i planen og analyse av utviklingen i perioden i lys av andre foreliggende data innsamlet i perioden, rapporter og dokumenter, samt en overordnet analyse av den samlede måloppnåelse for opptrappingsplanen og vurderinger av behov for videre innsats.

I tillegg til denne rapporten foreligger det en kortversjon med presentasjon av sentrale funn, hovedkonklusjoner og anbefalinger.

1.1 Et felt i utvikling

Resultatrapporten er utarbeidet i en periode hvor det har vært unikt stor oppmerksomhet om ruspolitikk i det norske samfunnet. Våren 2021 har regjeringens forslag til rusreform stått på agendaen, og engasjementet i de politiske partiene, mediene og den offentlige debatten har vært høyt. Debatten har synliggjort noe som både opptrappingsplanen for rusfeltet i seg selv og de til nå fire statusrapportene som har vært publisert som del av følgeevalueringen av planen, illustrerer: Ruspolitikken dekker et svært sammensatt og bredt område. Den omfatter en rekke sektorer og tjenesteområder. Den angår helsepolitikk, kriminalpolitikk, sosialpolitikk, oppvekstpolitikk og arbeidsmarkedspolitikk. Videre omfatter politikken forebygging, behandling, skadereduksjon, habilitering og rehabilitering. Og slik kan man fortsette. Hva man vektlegger, vil påvirke hvilket perspektiv man tar. Rus er med andre ord en dimensjon innenfor de aller fleste politikk- og samfunnsområder.

Rusreformens kjernepunkt er at samfunnets reaksjoner på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsesektoren, eller som tittelen på regjeringens forslag «fra straff til hjelp». Hovedprinsippet fikk tilslutning i en flertallsmerknad fra helse- og omsorgskomiteen i Stortinget på tampen av 2017. Rett før denne rapporten ble ferdigstilt ble regjeringens forslag til hvordan dette skal gjennomføres behandlet i samme komité. Selv om komiteen uttrykker tilslutning til deler av forslaget, ble hovedprinsippet om avkriminalisering avvist av flertallet.

Vil en trekke de lange linjene, er det en klar link fra regjeringens forslag til rusreform til den forrige rusreformen i 2004 hvor ansvaret for rusbehandling ble overført fra fylkeskommunen til staten og helseforetakene, og personer med rusavhengighet eller ruslidelser fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper. Opptrappingsplanen for rusfeltet inkluderer en bred beskrivelse av den utviklingen som har skjedd i perioden etter at rusavhengighet ble anerkjent som helseproblem. Planen synliggjør at det har vært en utvikling av tjenester og behandlingstilbud på området, men dokumenterer også betydelige utfordringer. De fem hovedmålene i opptrappingsplanen gjenspeiler et sammensatt utfordringsbilde.

Resultatrapporten skrives også etter mer enn ett år med koronapandemi, strenge smittevernregler og flere perioder med nedstenging. Pandemien har hatt konsekvenser for kommunenes arbeid, inkludert tjenestene på rusfeltet, og selvsagt for personer med rusmiddelproblemer. I forrige rapport vurderte vi at utviklingen på rusfeltet de siste årene har hatt betydning for den mobiliseringen som har vært under pandemien. Vi beskrev at det i mange kommuner var en betydelig mobilisering for å gi tjenester under andre rammebetingelser (Hansen mfl. 2020:86–89). Noen av hovedtrekkene i kommunens respons var mer ambulante tjenester og tilbud, utstrakt digital oppfølging og mer samarbeid med andre på aktører på rusfeltet. Det er indikasjoner på at kommuner som i mindre grad har utviklet tjenestetilbudet på rusfeltet, også i mindre grad greide denne omstillingen. Selv om det er lite kunnskap om hvordan brukerne selv har opplevd situasjonen, viser kartlegginger indikasjoner på en økning i psykiske helseproblemer blant personer med rusmiddelproblemer (KoRus Oslo 2020). I kartlegginger er det også kommuner som peker på økt rusmiddelbruk blant noen og tilbakefall til rusmiddelbruk (ibid.)

1.2 Gangen i rapporten

I kapittel 2 presenterer vi evalueringstilnærmingen og datagrunnlaget for rapporten. Her beskriver vi blant annet hvordan vi har brukt et sett av indikatorer for å følge utviklingen på de definerte målene i opptrappingsplanen. Den videre rapporten er i hovedsak disponert etter dette indikatorsettet. I kapittel 3 gir vi en vurdering av de statlige aktørenes arbeid med å følge opp opptrappingsplanen for rusfeltet. I kapittel 4–9 presenterer vi resultatene for indikatorsettet og en samlet vurdering av måloppnåelse for overordnet innsats og de fem hovedmålene i planen. I kapittel 10 vurderer vi overordnede samfunnseffekter med særlig vekt på utvikling i brukernes levekårssituasjon. I kapittel 11 avslutter vi med en samlet vurdering av måloppnåelse for de ulike målene i opptrappingsplanen.

2 Evalueringsdesign og metode

Evalueringen har vært designet både som en prosessevaluering og en resultatevaluering. Evalueringen har hatt 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 organisering av arbeidet og oppfølgingen av opptrappingsplanen med iverksatte tiltak hensiktsmessig for å nå opptrappingsplanens mål?

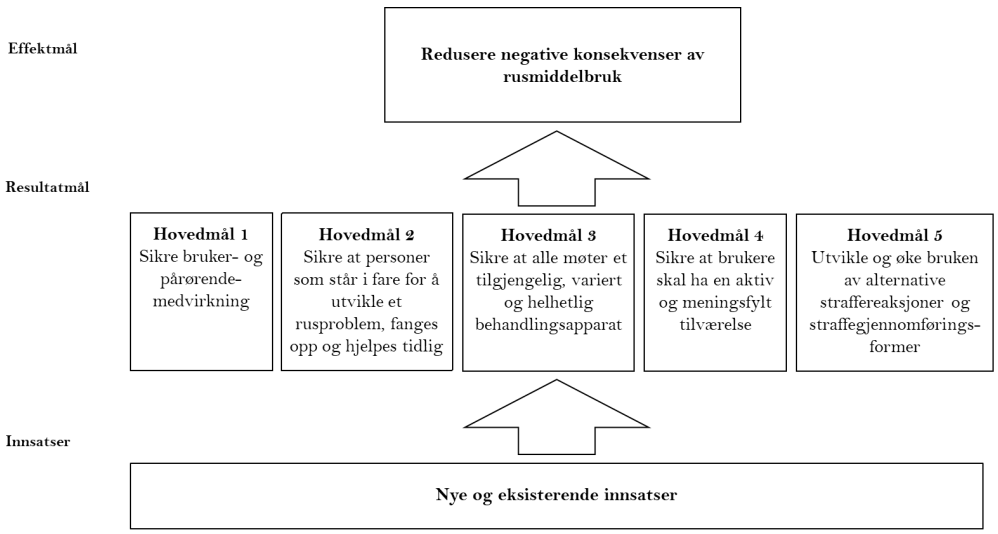
I dette kapitlet gir vi en kort beskrivelse av evalueringstilnærmingen, metode og data som ligger grunn for vurderingene i sluttrapporten.[2]

2.1 Evalueringstilnærming

Evalueringen er designet for at det skal være mulig å følge utviklingen i opptrappingsperioden på de ulike målene i planen, kunne gi statusrapporter underveis som grunnlag for å vurdere eventuelle behov for endring av innsatsen i perioden samt gi grunnlag for denne endelige resultatevalueringen.

Som grunnlag for evalueringen utarbeidet vi et målhierarki for opptrappingsplanen for rusfeltet.

Figur 2.1 Målhierarki for opptrappingsplanen for rusfeltet.



[2] Fremstillingene av evalueringsdesignet i 2.1 og utformingen av indikatorsettet i 2.2 er i hovedsak samsvarende med beskrivelsene av dette først presentert i Hansen mfl. 2018a:17–20, de påfølgende statusrapporter og sist i Hansen mfl. 2020:15–23.

I evalueringen vurderes måloppnåelse for de fem hovedmålene hver for seg og samlet, jamfør figur 2.1. De fem hovedmålene rommer også de tre spesifiserte innsatsområdene (tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølging)[3].

Ingen effektevaluering

Vi har tidligere understreket at følgeevalueringen ikke er en effektevaluering slik begrepet ofte brukes i evalueringsfaget. Det vil ikke være mulig å få til en stringent effektmåling av opptrappingsplanen. En effektmåling stiller store krav til data og bruk av kontrollgrupper for å dokumentere effekter og kausalitet. Opptrappingsplanen er av en slik karakter at det er vanskelig å dokumentere og isolere effekter fra de ulike innsatsene i opptrappingsplanen fra andre pågående satsinger og strategier innenfor helse- og omsorgsfeltet. En effektevaluering indikerer muligheten til å måle direkte og isolerte effekter av en gitt innsats. Innledningsvis pekte vi på at det i opptrappingsperioden har vært en rekke initiativer og tiltak som virker inn på opptrappingsplanens målområder, i tillegg til at opptrappingsplanen inkluderer en rekke tiltak og innsatser som 1) var initiert før opptrappingsplanen ble startet, og/eller 2) er forankret i andre pågående strategier og initiativer på andre områder. Følgeevalueringen er derfor mer en samlet vurdering av utvikling på de fem hovedmålene og for planen samlet sett og en kvalitativ vurdering av opptrappingsplanens bidrag til dette.

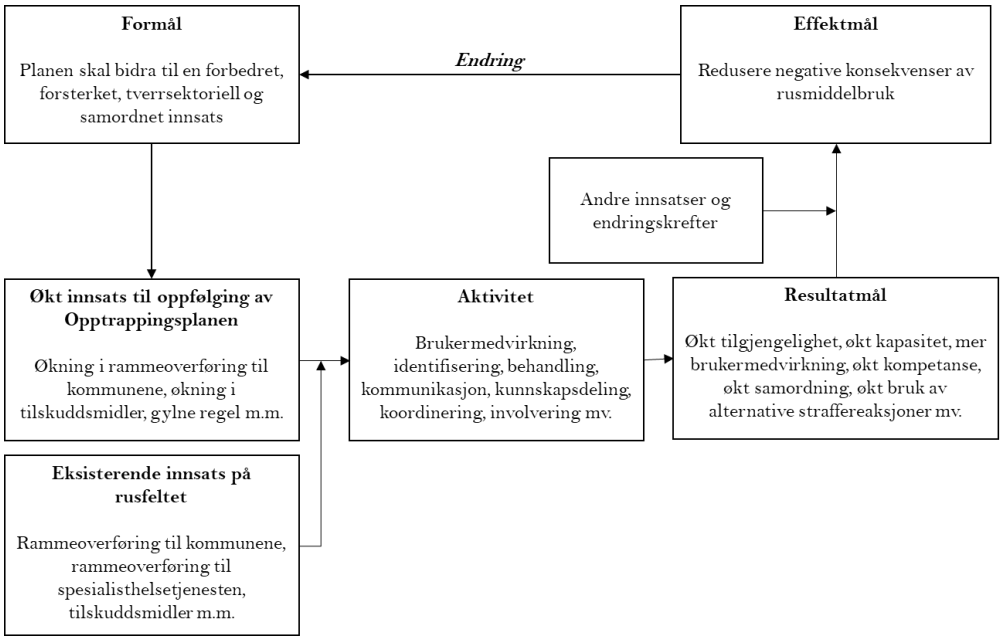
Intervensjonslogikken bak for opptrappingsplanen

Opptrappingsplanen består, som beskrevet, av en rekke eksisterende innsatser, men også av ytterligere og forsterket innsats på noen områder. Den samlede innsatsen skal bidra til å utløse konkrete aktiviteter i tjenesteapparatet, som (ideelt sett) vil føre til en endring for brukerne og for samfunnet. Figur 2.2 illustrerer intervensjonslogikken i opptrappingsplanen.

Intervensjonslogikken[4] er et praktisk redskap for å synliggjøre og konkretisere antakelsene om hvordan en offentlig intervensjon fungerer, det vil si hvilken endring intervensjonen, som i dette tilfellet er opptrappingsplanen for rusfeltet, skal føre til. Når det gjelder endringer, kan vi skille mellom umiddelbare endringer eller utfall i form av resultater på spesifikke målformuleringer i planen og effekter som består av mer langsiktige og samfunnsmessige endringer som planen er ment å føre til. Mellom resultatmål og effektmål er det i figuren en boks med «Andre innsatser og endringskrefter». Eksempler på dette er blant annet at parallelt med opptrappingsplanen for rusfeltet pågår det et omfattende folkehelsearbeid for å forebygge rusmiddelproblemer som ikke egentlig er en del av opptrappingsplanen. Som vi har påpekt over, er en rekke av tiltakene eller målene i opptrappingsplanen forankret i andre strategier og tiltak. En slik strategi er Bolig for velferd, som i likhet med opptrappingsplanen for rusfeltet avsluttes i 2020, og hvor også bolig for vanskeligstilte med rusmiddelproblemer er en satsing. Andre svært relevante innsatser er pakkeforløpene, ny overdosestrategi og en egen hepatittstrategi.

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

Figur 2.2 Overordnet intervensjonslogikk for evalueringen.



Kilde: Hansen mfl. (2018a)

Første rapport i følgeevalueringen (Hansen mfl. 2018a) anga spesifikke intervensjonslogikker for hvert av de fem hovedmålene i opptrappingsplanen. Her ble det tydeliggjort hvilke former for innsats og aktiviteter som er inkludert innenfor de ulike hovedmålene. Intervensjonslogikkene var svært viktige for å identifisere relevante indikatorer for evaluering av planen. Grunnstammen i evalueringen er et omfattende indikatorsett for å kunne måle utvikling på de ulike målene i opptrappingsplanen. For å få større forståelse av utviklingen har dette vært supplert med casestudier i kommunene, dokumentstudier, erfaringssamlinger, dialog og intervjuer med involverte aktører på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå.

I det følgende beskriver vi først indikatorsettet som utgjør et grunnelement i evalueringen av måloppnåelse både på de enkelte hovedmålene i planen og samlet. Deretter presenterer vi det supplerende kvalitative materialet for vurdering av utviklingen på rusfeltet og opptrappingsplanens betydning i dette.

2.2 Indikatorsettet

Indikatorsettet er utviklet for å vurdere måloppnåelse for opptrappingsplanen. I grunnlagsrapporten redegjøres det nærmere for den omfattende prosessen knyttet til å identifisere relevante indikatorer på alle områder (Hansen mfl. 2018a). I indikatorsettet skiller vi mellom innsatsindikatorer, aktivitetsindikatorer, resultatindikatorer og indikatorer for effektmål. Indikatorer for effektmål er de vi vurderer at best belyser bevegelse i retning av reduserte skadevirkninger for samfunnet, mens resultatindikatorene er de som best belyser bevegelse i retning av hovedmålene med opptrappingsplanen (jf. intervensjonslogikken illustrert i figur 2.2). Innsatsindikatorer og aktivitetsindikatorer er inkludert der det i liten grad finnes gode indikatorer på resultater og effekter, eller for å belyse innsatser og aktivitet som er særlig vektlagt i opptrappingsplanen (eksempelvis fordi de er en del av «regjeringen vil»-punktene i opptrappingsplanen).

Indikatorsettet besto opprinnelig av 94 indikatorer. I evalueringsprosessen har det vært nødvendig å gjøre noen revideringer (se Hansen mfl. 2019:18–19). Enkelte indikatorer har vist seg å være basert på data som ikke blir oppdatert, mens andre indikatorer har vist seg mindre relevante for vår evaluering og er i samråd med oppdragsgiver tatt ut. I denne fjerde statusrapporten består indikatorsettet av 84 indikatorer. Det er oppdaterte data for 75 av 84 indikatorer. Eventuelle endringer i indikatorene eller data kommenteres løpende.

Indikatorsett i syv deler

Indikatorsettet er gruppert i syv deler:

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

Statusbilde 2020 og endring i perioden

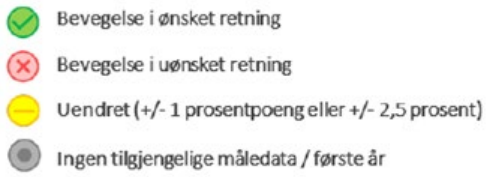
Denne rapporten gir et statusbilde på de gitte indikatorene for 2020 samt endring i opptrappingsperioden. Hver for seg og samlet gir indikatorene mye informasjon om innsatsen på rusfeltet og utviklingen i tilbud til og situasjonen for personer med rusmiddelproblemer.

I denne versjonen angis verdi i 2016, 2017, 2018, 2019 og 2020 så fremt data er tilgjengelig, samt endringen i indikatoren for 2020 sammenlignet med 2019 og for perioden. Endring over tid er beregnet til endring per år målt i prosent eller prosentpoeng per år fra første til siste måling. For de fleste indikatorer vil 2016 være nullpunktet og 2020 være sluttpunktet, men for enkelte indikatorer vil 2017 være første år og/eller 2019 siste år. Det vises ellers til øvrige kolonner for hvilke år data er tilgjengelig. Endringene er vist i skjema og også drøftet i tekst. Der måledata ikke er tilgjengelig, 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.

Videre har vi gitt de to endringskolonnene farger etter hvorvidt indikatorene endrer seg i tråd med målene eller ikke. Fargekodingen presenteres i figur 2.3. Grønn farge viser endring 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. Indikatorer som måles som prosent (f.eks. andel kommuner som mener at de ivaretar voksne som pårørende på en god eller svært god måte), gis 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 tolkes som å ikke ha endret seg i vesentlig grad siden nullpunktet. Fargebruken er ment som en hjelp for leserne fordi antallet indikatorer er høyt.

Figur 2.3 Fargekoding.



Kilde: Hansen mfl. (2018a)

Der data er basert på spørreundersøkelser, har vi testet om forskjellen mellom første og siste måling er statistisk signifikant. Signifikanstesten er gjennomført ved beregning som en toveis test med 95-prosents konfidensintervall. (*) angir at forskjellen mellom første og siste måling er statistisk signifikant, mens (–) angir at forskjellen ikke er statistisk signifikant.

Fargekodingen indikerer at en eventuell endring i løpet av evalueringsperioden er av en viss størrelse, mens signifikanstesten indikerer at vi ikke kan utelukke at forskjellen fra første til siste måling er tilfeldig. Vi presiserer at fargekodingen og signifikanstestingen er basert på matematiske beregninger som ikke tar høyde for forhold i måten undersøkelsene er gjennomført på, eller andre eksterne forhold som kan påvirke svarene. Vår tolkning av dataene presenteres løpende. Vi presiserer videre at vi matematisk ikke kan knytte eventuelle endringer til opptrappingsplanen.

Det er viktig å presisere at selv om indikatorsettet er omfattende, er det ikke uttømmende for alt som skjer på rusfeltet, eller alle aspekter ved opptrappingsplanen. Indikatorsettet strukturerer og gir overordnet informasjon om innsatsen og situasjonen på rusfeltet med utgangspunkt i et utvalg indikatorer. Det gir en oversikt over endringer i perioden etter lansering av opptrappingsplanen som det er mulig å hente ut fra et utvalg tilgjengelige kvantitative størrelser, og tolkes underveis i lys av informasjon framkommet gjennom andre datakilder. Indikatorsettet er ikke utarbeidet eller egnet for å belyse resultater og effekten av enkelttiltak på rusfeltet. For en grundig presentasjon av vår framgangsmåte for indikatorutvikling, se Hansen mfl. (2018a:23–30).

Datakilder

I valg av indikatorer har vi vært opptatt av å bruke de indikatorene der data er tilgjengelig og i størst grad tilfredsstiller kravene til målbarhet, relevans, objektivitet, reliabilitet og validitet. Krav til indikatorene og datakildene er nærmere beskrevet i nullpunktsanalysen (Hansen mfl. 2018a). For å kunne følge utvikling over tid har vi utelatt undersøkelser og studier som ikke oppdateres jevnlig (med unntak av studier av omfang av problematisk rusmiddelbruk), og konsentrert oss om indikatorer som treffer det vi ønsker å måle relativt godt, selv om datainnhentingen er basert på metoder som ikke fullt ut tilfredsstiller kravene til reliabilitet og objektivitet. Resultatet av dette er at indikatorene enkeltvis må tolkes med varsomhet. Det er det samlede indikatorsettet på de enkelte målområdene og for planen som helhet som sammen med supplerende kvalitative data legger grunnlaget for å vurdere måloppnåelse.

Indikatorsettet er basert på data fra en lang rekke datakilder. Tre datakilder har stått særlig sentralt: BrukerPlan-undersøkelsen, IS-24/8-undersøkelsen og Brukertilfredshetsundersøkelsen. Før vi kommenterer disse tre datakildene, vil vi presisere at 2020 var et spesielt år på mange måter. Den pågående covid-pandemien har påvirket

det praktiske arbeidet med innhenting av data til de ulike kartleggingene i kommunene. Pandemien har selvsagt også påvirket både tjenestene i kommunene og brukernes situasjon (Hansen mfl. 2020:86–89; KoRus Oslo 2020). Vi må derfor også anta at pandemien kan ha betydning for innhentingen av dataene og svarene som gis. Siden denne evalueringen særlig skal vurdere opptrapping i perioden, anser vi det som særlig viktig å ikke kun legge 2020-data til grunn, men å se til trender over tid og jamføre med andre datakilder.

Vi vil også presisere at miljøene som har ansvaret for gjennomføringen av de tre målingene og andre målinger brukt i følgeevalueringen, har vært svært behjelpelige både når det gjelder å stille data til rådighet og innsyn i målemetodene som er brukt. Vi vil likevel understreke at vi bruker indikatorer og målinger slik de framgår av de ansvarlige aktørenes egne rapporter, og at vi ikke har hatt rammer eller mandat til å kvalitetssikre dataene eller gjøre mer inngående analyser på dataene som ligger til grunn for de enkelte indikatorene.

Dataene har vært viktige i arbeidet med evalueringen, og vi har registrert at det er stor interesse for denne sammenstillingen av sentrale data blant aktørene på rusfeltet. Vi tolker interessen for følgeevalueringen generelt og dataene som inngår i indikatorsettet spesielt, som et uttrykk for at det er et stort behov for mer kunnskap om innretning og virkning av tiltak på rusfeltet, og om utviklingen i tjenestetilbudet til kommunene og situasjonen for personer med rusmiddelproblemer. Det er vår vurdering er at det vil være viktig framover å ha oppmerksomhet om å sikre kvalitet i dataene og legge til rette for at data som samles inn om tjenestetilbud og brukernes situasjon, kan anvendes til videre analyser og innsikt i utviklingen på feltet.

BrukerPlan

BrukerPlan er et verktøy for kartlegging av tjenestemottakere med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. En viktig del av kartleggingen beskriver mottakernes daglige fungering på åtte levekårsområder: boligsituasjon, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og sosialt nettverk. Opplysningene om levekårsområdene samles også i en levekårsindeks. BrukerPlan er utviklet av Helse Fonna, IRIS og Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Stavanger (KORFOR) og driftes nå av KORFOR på oppdrag fra Helsedirektoratet. Enkelte kommuner har gjennomført årlige kartlegginger helt siden 2006, og antall kommuner og bydeler som deltar, har økt år for år siden 2006. For innsamling av data for 2020 har det vært en betydelig endring i utvalget for undersøkelsen, som vi redegjør for under. Dette fører til at vi ikke kan anvende data fra 2020-kartleggingen i tidsseriene i indikatorsettet basert på disse dataene. I indikatorsettet merker vi tydelig at datagrunnlaget for 2020 er annerledes enn de tidligere årene, og at tallene følgelig ikke kan sammenlignes (se mer under). KORFOR har etablert et sammenlignbart utvalg for 2017 og 2020 for å kunne følge utviklingen over tid for samme utvalg på levekårsdataene (se Helse Stavanger 2021:44–49).

Tjenesteutøvernes vurdering

I undersøkelsen er det fagansvarlige som kartlegger brukerne, og til tross for retningslinjer vil det være rom for subjektive vurderinger, misoppfatninger eller unøyaktigheter i de fagansvarliges vurderinger. Det har vært forsøk i KoRus Nord med å prøve ut at bruker og saksbehandler fyller ut kartleggingsskjemaet sammen. Dette kan være en måte å få større refleksjon om hvordan den enkelte skårer på de ulike områdene, men framgangsmåten vil uansett være sårbar for subjektive vurderinger. Veiledning er sentralt for at kriteriene for utfylling blir tydelige. Det er som omtalt i

forrige rapport også viktig å være klar over at undersøkelsen gir et øyeblikksbilde av brukere som mottar tjenester i kommunen i et gitt år.

Om utvalget for BrukerPlan-kartleggingene

BrukerPlan til og med 2019 inkluderer opplysninger om brukere med «rusmiddelproblemer» registrert av kommunale helse- og omsorgstjenester, kommunale NAV-tjenester og barnevern (se nærmere under om endring i utvalg for 2020 hvor kartlegginger fra NAV og barnevern ikke lenger inngår). «Rusmiddelproblem» defineres som bruk av rusmidler på en måte som i alvorlig grad går ut over daglig fungering eller relasjoner til andre. For å inkluderes i kartleggingen må personen ha mottatt minst én av tjenestene de siste 12 månedene, uavhengig av om tilbudene er begrunnet i brukerens rusmiddelproblemer / psykiske helseproblemer eller ikke. Det er tjenestemottakere som kartlegges. Med andre ord vil mennesker som ikke mottar slike tjenester, ikke bli vurdert (selv om de har et rusmiddelproblem). Basert på intervjuer med KORFOR er det grunn til å tro at for 2016–2019 er så å si alle tjenestemottakere med moderat og alvorlig rusmiddelbruk 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. BrukerPlan har ikke inkludert mulighet for å gjøre analyser av hvor mange av de registrerte som mottar tjenester over flere år, eller utvikling i situasjonen for brukere over tid. Unntaket er en egen panelstudie fra 2017 med 8000 tjenestemottakere. I rapporten for 2020 har KORFOR vist til denne panelstudien, som er basert på kartlegginger i 2015 og 2016 for det aktuelle utvalget på 8000 (se Helse Stavanger 2021:49). Denne panelstudien er ikke gjentatt, og dataene slik de foreligger nå, åpner ikke for denne typen analyse. Samtidig er det viktig å merke seg at denne panelstudien viser at selv om det er få registrerte endringer på gruppenivå, skjer det endringer på individnivå. De bruker som eksempel utviklingen i brukernes bosituasjon i dette panelet. 74 prosent hadde en uendret bosituasjon fra 2015–2016, men en andel på 15 prosent ble vurderte å ha hatt en forbedring av situasjonen, mens 11 prosent hadde en forverring (ibid.).

En svakhet med undersøkelsen fram til nå er at den i svært liten grad dekker unge, og at for eksempel fastlegene i liten grad har deltatt i kartleggingen. Som omtalt i forrige rapport er det også enkelte kommuner som kun deltar i undersøkelsen annethvert år. I slike tilfeller er dataene basert på målingen året før. 2020-årsrapporten dekker 134 kommuner som kartla i 2020, og 60 kommuner som kartla senest i 2019, totalt 194 kommuner (Helse Stavanger 2021:2).

Store endringer i utvalget i 2020

Behandling av kartleggingsskjemaene betinger at Helse Stavanger har dispensasjon fra taushetsplikten for de aktuelle enhetene i kommunen. I august 2020 fikk Helse Stavanger fornyet dispensasjonen for behandling av opplysninger innsendt fra kommunale helse- og omsorgstjenester, men ikke for å behandle kartlegginger foretatt av NAV og barnevern. Det jobbes for å finne løsninger for å inkludere disse enhetene igjen, men inntil videre er all behandling av opplysninger fra NAV og barnevern stanset. Dette medfører som tidligere omtalt endringer i utvalget som gjør at vi ikke kan anvende BrukerPlan-data fra 2020 som del av de tidligere tidsseriene i indikatorsettet.

2020-målingen dekker om lag 37 000 brukere av de aktuelle kommunale tjenestene, hvorav 12 000 personer med rusmiddelproblemer. Foregående kartlegginger har dekket om lag 60 000 brukere. For 2020 er utvalget betraktelig redusert sammenlignet med tidligere som følge av at kartlegginger fra NAV og barnevern ikke er med.

På nasjonalt nivå står NAV og barnevern for henholdsvis 25 og 1 prosent av alle kartlegginger. Det er utelukkelsen av NAV som har størst konsekvenser for kartleggingen av personer med rusmiddelproblemer. Det er variasjon mellom kommuner i hvor stor deltakelse det er fra NAV i kartleggingen, men i storbyene Oslo og Bergen står NAV for henholdsvis 70 og 79 prosent av alle kartlegginger av mottakere med rusmiddelproblemer.

Det at årets måling ikke omfatter kartlegginger fra NAV og barnevern, fører til systematiske skjevheter i utvalget, som at kvinneandelen i brukergruppen er høyere, brukergruppen er eldre enn tidligere og levekårene er, slik KORFOR beskriver det, klart bedre. Eventuelle endringer i enkeltindikatorer kan skyldes disse utvalgsskjevhetene, og det er derfor både vår og KORFOR sin vurdering at målingene for 2020 ikke kan sammenlignes med tidligere år. Vi har heller rapportert måling for 2020 og 2017 basert på et utvalg KORFOR har etablert for å muliggjøre sammenligning over tid. Målingene inngår i tabellene med en ny rad merket med «revidert».

For øvrig minner vi om at fra og med 2018-kartleggingen ble en tidligere brukt vekting av tjenestemottakere med rusmiddelproblemer i levekårsindeksen fjernet. Dette gjør at vi kun kan sammenligne 2019 og 2018 når det gjelder utvikling i levekårsindeksen (se nærmere redegjørelse i forrige rapport, BrukerPlan årsrapport 2018 og Helse Stavanger 2019:32).

Kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, IS-24/8

Helsedirektoratets skjema **IS-24/8 Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene** er en viktig datakilde i indikatorsettet**.** Undersøkelsen er særlig relevant for å følge innsatsen i rus- og psykisk helsearbeid i kommunene og kommunenes vurdering av eget tjenestetilbud. Målingen og rapporteringen utarbeides av SINTEF (rapport for 2020, se Ose, Kaspersen, Hilland, Kalseth & Ådnanes 2020).

Gjennomføring av IS-24/8-kartleggingen

Undersøkelsen dekker kommunenes egne vurderinger av årsverksinnsats, innhold og kvalitet i tjenester rettet mot målgruppen med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. For mange av spørsmålene er det ikke mulig å isolere rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Så å si alle landets kommuner deltar normalt i undersøkelsen, og med god kvalitetssikring er anslagene for ressursbruk ansett som pålitelige. Kartleggingen har normalt vært gjennomført på våren, men i 2020 ble datainnsamlingen påvirket av koronasituasjonen. Rapporteringsfristen ble utsatt, og svarraten er noe lavere enn normalt.

Endringer over tid og konsekvenser for sammenligning

Undersøkelsen er relativt fleksibel. Nye spørsmål er tatt inn, og noen spørsmål er tatt ut de senere årene. En fleksibel undersøkelse gir gode muligheter for tilpasninger til de endringene som kommunesektoren står overfor. For eksempel er det i undersøkelsen fra og med 2016 inkludert spørsmål om forventninger til opptrappingsplanen. Siden porteføljen av spørsmål og spørsmålsformuleringene endres over tid, er det imidlertid også mulig at enkelte spørsmål ikke kan følges. Vi kommenterer eventuelle endringer løpende.

Som omtalt var svarraten i 2020 noe lavere enn i tidligere år. 79 prosent av alle landets kommuner og bydeler besvarte undersøkelsen i 2020, mot rett i underkant av

100 prosent i 2019. I kartleggingen av årsverk har SINTEF brukt 2019-tall for kommuner som ikke har levert data. SINTEF vurderer at bruk av årsverk fra 2019 ikke har stor betydning da endringene er små fra år til år. Spørsmålene knyttet til brukermedvirkning og innhold i tjenestene besvares vanligvis ikke av alle kommuner, og bydeler har tradisjonelt variert noe mer fra år til år. Siden vi ikke er kjent med at det er systematiske forskjeller mellom de som har besvart, og de som har ikke har besvart undersøkelsen, har vi rapportert på 2020-tallene. Likevel har vi vært ekstra varsomme med å trekke for bastante konklusjoner basert på eventuelle endringer i 2020-målingen da året har vært et annerledes år på mange måter. Som tidligere omtalt anser vi det som særlig viktig å se eventuelle endringer fra 2019 til 2020 i sammenheng med tidligere år og med andre datakilder. Dette gjelder særlig indikatorer hvis data er basert på subjektive vurderinger.

Brukertilfredshetsundersøkelsen

Som en del av evalueringsprogrammet for å følge effektene av opptrappingsplanen for rusfeltet gjennomfører KORUS-Midt en nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse blant brukere av ulike kommunale rustjenester på vegne av Helsedirektoratet. I løpet av opptrappingsperioden er det gjennomført tre delmålinger (2017, 2019 og 2020). Dette er den tredje omfattende datakilden i indikatorsettet. **Brukertilfredshetsundersøkelsen** (BU) er særlig relevant for å belyse flere av hovedmålene om brukernes erfaringer og tilfredshet med de kommunale tjenestene innenfor rusfeltet. Den siste undersøkelsen er nylig avsluttet. Vi har fått tilgang på data på de indikatorene vi bruker i indikatorsettet, mens endelig rapport med alle resultatene fra den siste undersøkelsen forventes å bli offentliggjort høsten 2021.

Utvalg og besvarelse

I BU er det i utgangspunktet lagt opp til at brukerne selv skal fylle ut undersøkelsen, uten bistand fra andre. Dette er en styrke med tanke på å sikre at resultatene reflekterer brukernes faktiske holdninger. Til forskjell fra IS-24/8 og BrukerPlan er ikke BU en fulltelling, men en utvalgsundersøkelse. De deltakende kommunene velges via randomisering, der det blir 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). I den første undersøkelsen deltok 491 brukere fra 20 kommuner. I 2019-kartleggingen inngår 1336 brukere, mens 2020 kartleggingen omfatter 1121 brukere. De to siste målingene dekker altså godt over 1000 brukere, men antall besvarelser variere mellom spørsmålene. Der brukerne bes om å ta stilling til spørsmål om tjenestene på en skala, vil eventuelle kategorier som «ikke aktuelt», «vet ikke» og «har ikke»» være tatt ut før prosentberegning. Resultatene baseres altså kun på de som har en reell formening om det temaet det spørres om.
Sammen med pasienterfaringsundersøkelsene i TSB er disse målingene svært verdifulle for å kunne identifisere eventuell utvikling i brukernes opplevelse av tjenestene og tilbudene på rusfeltet.

2.3 Kvalitative data

Evalueringsopplegget har indikatorsettet beskrevet over som sin grunnpilar, men opplegget har i tillegg inkludert et omfattende kvalitativt materiale. De fire statusrapportene som er presentert i evalueringsperioden, har alle inkludert et omfattende kvalitativt materiale som grunnlag for vurderingene. Dette materialet inngår også

som grunnlag for denne endelige resultatrapporten. Dette materialet er beskrevet inngående i hver av de tidligere statusrapportene, men vi gir en kort beskrivelse her:

Intervjuer med statlige aktører

Følgeevalueringen har inkludert en studie av den statlige oppfølgingen av opptrappingsplanen. Dette har vært en viktig del av prosessevalueringen. I forbindelse med den første statusrapporten ble det foretatt intervjuer med nøkkelinformanter i alle de involverte direktoratene i opptrappingsplanen (Hansen mfl. 2018a:22). Det ble gjennomført intervjuer med representanter for Husbanken, Kriminalomsorgsdirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. I Arbeids- og velferdsdirektoratet var det på det tidspunktet uavklart hvor ansvaret for planen skulle ligge, og det ble ikke gjennomført intervju. Utdanningsdirektoratet har, slik det er redegjort for i første statusrapport, ikke vært en del av det felles arbeidet med oppfølging av opptrappingsplanen (se Hansen mfl. 2018a:72).

I forbindelse med statusrapport nummer to ble det ikke gjennomført egne intervjuer med hvert av direktoratene, men et fokusgruppeintervju med den tverrdirektorale arbeidsgruppen (Hansen mfl. 2018b:28).

Gjennom hele evalueringsforløpet har det vært gjennomført flere møter med Helsedirektoratet og aktører med hovedansvar for den operative oppfølgingen av planen. Det har vært kontakt på e-post og telefon om ulike planer, status og tilgang til dokumenter. Evalueringsteamet har hatt tilgang til Helsedirektoratets rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) på arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet.

I forbindelse med de tre første statusrapportene har vi gjennomgått oppdragene til statsforvalterembetene (tidligere fylkesmannsembetene) i tildelingsbrev og oppdragene til kompetansesentrene innen rus, psykisk helse og voldsfeltet i tilskuddsbrev. I denne fasen av evalueringen har vi også undersøkt omtale av opptrappingsplanen i tildelingsbrevene til de involverte direktoratene.

Fra 2018 har organisasjonsstudien også inkludert intervjuer (fokusgruppeintervju) og dialogmøter med Arbeidsutvalget (AU) for opptrappingsplanen.

I hele perioden har vi innhentet informasjon om statsforvalternes arbeid med gjennomføring av opptrappingsplanen. Vi har gjennomgått rapporteringer på området og hatt to spørreundersøkelser til rådgiverne i embetene om arbeidet og telefonintervjuer.

Erfaringssamlinger og dialogmøter

Evalueringsopplegget har inkludert at forskerteamet har gjennomført flere samlinger med kommuner og deltatt på seminarer eller møter hvor utviklingstrekk innenfor målene i opptrappingsplanen er lagt fram og har dannet grunnlag for dialog og erfaringsutveksling ut fra deltakernes perspektiv.

Det har vært arrangert fire såkalte «erfaringssamlinger» i perioden. Det har vært egne opplegg med framleggelse av ulike temaer, resultater og observasjoner, kommentarer og erfaringsutvekslinger. På to av disse samlingene ble det benyttet en metode med involvering av deltakerne ved bruk av mentometerknapper for å svare med utgangspunkt i egne erfaringer eller praksis på enkeltområder, og så felles refleksjon og dialog om resultatene (se for eksempel Hansen mfl. 2018b:27).

Det har vært dialogmøter med Helsedirektoratets Brukerråd innen rus- og psykisk helsearbeid (BrukerRop). Her har vi lagt fram utkast til statusrapport 2 og statusrap-

port 3 for innspill og vurderinger. I forbindelse med statusrapport 4 ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med fem representanter fra BrukerRop i stedet for framleggelse i plenum (Hansen mfl. 2020:24).

Fafo har i 2018, 2019 og 2020 deltatt med innlegg og påfølgende erfaringsutveksling på de årlige samlingene for rusrådgiverne hos statsforvalterne, kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus-ene) og øvrige kompetansesentre involvert i rus- og psykisk helsearbeid.

De ulike samlingene og dialogene med kommuner og aktører på feltet har representert viktig innsikt i arbeidet på rusfeltet og utviklingen i perioden.

Casestudier i kommuner

I forbindelse med de tre første statusrapportene ble det gjennomført omfattende casestudier i til sammen elleve kommuner og to bydeler i Oslo: Vadsø, Tromsø, Trondheim, Kristiansund, Fjell (Øygarden), Sandnes, Karmøy, Horten, Østre Toten, Oslo (Velferdsetaten og Helseetaten), Bydel Gamle Oslo og Bydel Sagene. Disse er grundig beskrevet i de tre første statusrapportene. Casestudiene har gitt viktige data til analysene av utviklingstrekk i perioden. I forbindelse med statusrapport 4 ble det gjennomført nøkkelintervjuer med alle de tidligere casekommunene og bydelene om deres vurdering av utviklingen i perioden (Hansen mfl. 2020).

Dokumentstudier

Evalueringsopplegget har inkludert gjennomgang av en rekke dokumenter og relevante evalueringer og rapporter fra ulike satsinger og tiltak på rusfeltet. Som nevnt over har dette også inkludert Helsedirektoratet og de øvrige direktoratenes rapportering fra arbeidet med planen. Dette inkluderer en oversikt over status eller iverksatte tiltak på alle «regjeringen vil»-punktene i opptrappingsplanen.

3 Innrettingen av arbeidet med planen

Vurdering av den statlige oppfølgingen av opptrappingsplanen har vært en viktig del av følgeevalueringen. I hver statusrapport har vi presentert resultater fra egne organisasjonsstudier av hvordan arbeidet med planen fra statlig hold fungerer, og hvorvidt oppfølgingen er hensiktsmessig ut fra målene med planen. Disse rapportene har følgelig gitt informasjon som har bidratt til utvikling i arbeidet i perioden.

Vurderingene i dette kapitlet tar utgangspunkt i dette forskningsspørsmålet: Hvordan har de statlige aktørene fulgt opp oppdraget om å bidra til oppfølging av planen? Hensikten med kapitlet er å bidra til belysning av problemstilling 2 i evalueringen: hvorvidt de statlige aktørenes organiseringen av arbeidet og aktivitet for oppfølging av opptrappingsplanen har vært hensiktsmessig med tanke på best mulig måloppnåelse.

3.1 Den nasjonale strukturen

Det er seks departementer som står bak opptrappingsplanen for rusfeltet, men den er avgitt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) på vegne av regjeringen. Helsedirektoratet ble gitt et særlig ansvar for å koordinere den statlige innsatsen. I tillegg til Helsedirektoratet har Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken, Kriminalomsorgsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet selvstendig ansvar for gjennomføring av enkelte tiltak i planen og å bidra til gjennomføring av planen.

Planens karakter, hvor mange av tiltakene er forankret i andre satsinger, planer, prosesser og tiltak (jf. kap. 2), kan være en av årsakene til relativt svak forankring av opptrappingsplanen i flere av de involverte departementene og direktoratene (Hansen mfl. 2018a:61–88). Eierskapet til det samlede målbildet er sterkest i HOD og Helsedirektoratet, mens noen departementer og direktorater har sterkt eierskap til avgrensede deler av målbildet.

Opptrappingsplanens karakter er viktig å ha i bakhodet når vi ser nærmere på hvordan arbeidet med planen har vært organisert og har fungert.

Under vurdering av den nasjonale innsatsen vurderer vi først Helsedirektoratets arbeid med planen før vi går inn på samarbeidet mellom direktoratene.

Helsedirektoratets rolle

Helsedirektoratet er gitt et særlig ansvar for å koordinere den statlige innsatsen med opptrappingsplanen. I tillegg er Helsedirektoratet sakseier og ansvarlig for en rekke av tiltakene og «regjeringen vil»-punktene i opptrappingsplanen. Generelt er rusfeltet innenfor Helsedirektoratets faglige ansvarsområde.

Arbeidet med opptrappingsplanen ble først organisert som et prosjekt. Organisasjonsstudien har vist at det tok litt tid før Helsedirektoratet fikk en aktiv og målorientert oppfølging av planen. Utfordringer knyttet til oppfølgingen den første tiden må

ses i lys av en periode med omfattende omorganisering og nedbemanning i direktoratet, flytting av lokaler, men også manglende forankring og prioritering av arbeidet med planen utover avdelingsnivå. Fra siste del av 2017 ble det prioritert flere ressurser til arbeidet og en bredere forankring av prosjektet på leder- og divisjonsnivå. Det ble etablert en prosjektgruppe i direktoratet, med representasjon fra flere avdelinger (og divisjoner) med ansvar for ulike oppdrag i planen. Fagansvaret for de ulike tiltakene i planen som Helsedirektoratet er ansvarlig for, er spredt på flere divisjoner og avdelinger, og god samordning og koordinering av egen innsats er derfor vesentlig. Etter omorganiseringen ble avdeling psykisk helse og rus plassert innenfor divisjon folkehelse og forebygging, og arbeidet med planen ble forankret her.

Prosjektorganiseringen ble oppløst fra 2018 og rollen som prosjektleder erstattet av en koordinator. Å forankre arbeidet i ordinær styringslinje kan ha bidratt til sterkere eierskap i flere deler av direktoratet og til at planen kom høyere på agendaen (Hansen mfl. 2019:29). Koordinatoren har hatt det samlede ansvaret for oppfølging av arbeidet, i eget direktorat, i samarbeidet med de øvrige direktoratene og i samarbeidet med de regionale aktørene. Den interne prosjektgruppen ble erstattet med kontaktpersoner i andre avdelinger som kan involveres ved behov. Gjennom perioden ser vi at det utvikles en mer kritisk tilnærming til det å opprette eller opprettholde egne grupper for arbeidet med planen. Framfor å drifte parallelle strukturer ble oppdraget ivaretatt med spesifisering av ansvar innenfor ordinære strukturer eller etablerte fora. Vi skal senere se at et unntak er opprettelsen av et eget arbeidsutvalg (AU) for opptrappingsplanen, men da for samling av Helsedirektoratet og de regionale aktørene.

Man kan si at det skjedde et taktskifte i Helsedirektoratets arbeid med planen i overgangen fra 2017 til 2018. Fra å ha hatt mye oppmerksomhet om koordinering og rapportering på tiltak i planen, gikk man over i en mer proaktiv fase med betydelig sterkere oppmerksomhet om måloppnåelsen i planen og innsats som kan støtte opp under dette. Rapporteringen til HOD illustrerer dette taktskiftet. Fra å ha begrenset seg til en sammenstilling av pågående tiltak og status på alle «regjeringen vil»-punktene, har Helsedirektoratets rapporteringer fra 2018 også inkludert en mer kvalitativ rapportering av status på de ulike områdene i planen og en samordnet rapportering for de tre innsatsområdene med anbefalinger om videre innsats (Hansen 2018b:110–113).

Som vi skal komme tilbake til, ble også formen på samarbeidet med de øvrige direktoratene endret, og det ble mer oppmerksomhet om å etablere et sterkere samarbeid med de regionale aktørene.

Samarbeidet mellom de involverte direktoratene

Oppdraget til de seks involverte direktoratene om gjennomføring av opptrappingsplanen for rusfeltet kom i et brev til Helsedirektoratet fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 6.6.2016. I brevet vises det til at det er seks departementer som er ansvarlige for opptrappingsplanen, og seks direktorater som skal iverksette opptrappingsplanen på statlig nivå. Brevet ble sendt fra HOD med kopi til alle berørte direktorater på vegne av alle berørte departementer (se mer om oppdraget i Hansen mfl. 2018a:65–66). Brevet gir Helsedirektoratet ansvaret for å forberede og koordinere gjennomføringen av opptrappingsplanen og følge opp helsemyndighetenes tiltak i planen. Tilsvarende skal de andre direktoratene følge opp sine sektordepartements tiltak. Brevet inkluderer oppfordringer om å ha en bred tilnærming til alle sektorer som inngår i planen. Andre oppgaver, satsinger og tilskuddsordninger som knytter an til rusfeltet, skal ses i sammenheng med planen. Det tas opp spesifikt at flere av

tiltakene i planen er forankret i andre pågående strategier som Bolig for velferd, 0–24-samarbeidet, strategi mot barnefattigdom og oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse. For å unngå dobbeltrapportering skal oppfølging og iverksetting av tiltak innen nevnte arbeider koordineres av de ansvarlige departementene (ibid.).

I 2017 hadde alle de seks direktoratene bortsett fra Utdanningsdirektoratet et oppdrag knyttet til opptrappingsplanen i tildelingsbrevet fra eget departement. Oppdraget dreide seg om å bidra til gjennomføring av eget departements tiltak i opptrappingsplanen. Felles oppdrag utover det ble av involverte aktører i direktoratene erfart som utydelige (Hansen mfl. 2018b:114–115).

Da Helsedirektoratet startet arbeidet med opptrappingsplanen, valgte de å invitere alle involverte direktorater til en arbeidsgruppe. Dette var en arbeidsgruppe på saksbehandlernivå, og den endte i stor grad med å være et fora for utveksling av informasjon og felles rapportering av status på tiltak i planen. Manglende konkretisering av forventninger til og mandat for felles innsats begrenset arbeidet i gruppen.

Utdanningsdirektoratet valgte tidlig å trekke seg fra denne arbeidsgruppen fordi de ikke anså at det var noen merverdi for dem å delta. Utdanningsdirektoratets eksplisitte tiltak i planen var ivaretatt innenfor andre etablerte samarbeidsplattformer (Hansen mfl. 2018a:72–73). Utdanningsdirektoratets vurdering illustrerer nettopp utfordringen med å skulle initiere en ny arbeidsgruppe rundt en plan som i stor grad består av tiltak ivaretatt innenfor andre satsinger og eventuelle allerede etablerte samarbeidsplattformer. Det kan bli dobbeltarbeid. Noen av deltakerne i gruppen ønsket en mer utviklende eller proaktiv rolle for arbeidsgruppen, med identifisering av behov for felles innsats og utvikling av relevante tiltak, samtidig som gruppen ikke erfarte å ha noe mandat til en slik innsats. Flere av aktørene på direktoratsnivå etterlyste sterkere lederforankring av innsatsen, men også et tydeligere oppdrag og styringssignaler om å prioritere dette arbeidet fra eget departement (Hansen mfl. 2018b:114–116).

Intervjuer i direktoratene i 2018 viste at arbeidet med opptrappingsplanen i svært liten grad var forankret på ledernivå i de involverte direktoratene, bortsett fra i KDI (Hansen mfl. 2018a:70). KDI var også et av få direktorater som hadde klart eierskap til et av målområdene i planen med konkrete tiltak (utvidelse av Narkotikaprogram med domstolskontroll, utvikling av bedre oppfølging av personer med rusmiddelproblemer i fengsel). I et annet direktorat hadde informanten lagt fram en rekke ulike strategier og handlingsplaner på pulten da forskeren kom for å gjennomføre intervju. Hensikten var å illustrere at alle tiltakene dette direktoratet hadde i opptrappingsplanen, også var del av en eller flere av disse planene. Dette var planer som dette direktoratet hadde et spesifikt ansvar for å følge opp eller koordinere innsatsen om (Hansen mfl. 2018a:70–71). Manglende engasjement eller eierskap til opptrappingsplanen på ledernivå i noen av direktoratene kan blant annet skyldes at de allerede følger opp tiltakene i andre satsinger, eller at de ikke har et tydelig oppdrag fra eget departement om å bidra aktivt til gjennomføringen av planen utover å følge opp enkelttiltak. Det første ser vi gjelder delvis for Husbanken. De har parallelt med opptrappingsplanen for rusfeltet hatt hovedansvaret for gjennomføring av den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd (2014-2020). Her er bolig og tjenester for personer med rusmiddelproblemer inkludert, og Helsedirektoratet en samarbeidspartner. Dette samarbeidet har vært forankret på ledernivå i begge direktoratene.

Det er ulikt eierskap til det samlede målbildet i opptrappingsplanen. Helsedirektoratet har i løpet av evalueringsperioden etablert en mindre ambisiøs form for samarbeid med de øvrige direktoratene. De samarbeider på enkelte områder der det er

felles ansvar, og Helsedirektoratet koordinerer rapporteringen til HOD. Den kvalitative rapporteringen er en god illustrasjon på samarbeidet de siste årene, hvor det er bilaterale samarbeid mellom Helsedirektoratet og relevant direktorat om vurdering av status og eventuelle behov for videre innsats på hvert av de tre innsatsområdene.

3.2 Den regionale innsatsen

De regionale aktørene har hatt et viktig oppdrag med å bidra til at kommunene utvikler rusfeltet i tråd med føringene i opptrappingsplanen. De regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus), Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, psykisk helse og barnevern (RKBU) og de regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har en rolle her, men statsforvalterne har hatt en nøkkelrolle.

Statsforvalterne ble gitt ansvar for oppfølging av planen fra starten, med et eget brev fra helseminister Høie i 2016 og et konkret oppdrag i tildelingsbrevet for 2016. I grunnlagsrapporten pekte vi på at mange av embetene ønsket en tydeligere operasjonalisering av sin rolle og sine oppgaver i gjennomføring av planen (Hansen mfl. 2018a). I statusrapportene har vi vist hvordan oppdraget ble bedre presisert og rapporteringspunktene utvidet utover i opptrappingsperioden. Statsforvalterens nøkkelrolle ble tydelig definert i tildelingsbrevet for 2018, hvor de også fikk et eksplisitt ansvar for å initiere samarbeid med de regionale kompetansesentrene om opptrappingsplanen (Hansen mfl. 2018b:117–120). Dette året inkluderte oppdraget følgende tydelig definerte måltall for arbeidet i kommunene i fylket:

- at 90 prosent av målgruppen er kartlagt for å belyse rusmiddelsituasjonen i fylkets kommuner gjennom BrukerPlan eller andre kartleggingsverktøy
- at minst 70 prosent av kommunene sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet
- at 80 prosent av kommunene omfattes av tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid
- at 70 prosent av kommunene har etablert tidlig intervensjonstiltak ved rusrelatert problematikk og det mer omfattende «bedre kvalitet i tilbudet til personer med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer gjennom kunnskapsbaserte metoder, herunder etablering av flere oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam etter modell av ACT/FACT-team, individuell jobbstøtte / jobbmestrende oppfølging og rask psykisk helsehjelp enn i 2017»
- at et større antall personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer får tilfredsstillende botilbud enn i 2017 (ibid.:119–120)

I grunnlagsrapporten (Hansen mfl. 2018a) viste vi at alle de regionale kompetansesentrene har krysspunkter med målene i opptrappingsplanen for rusfeltet, men at det er KoRus-ene som har det mest eksplisitte ansvaret for å bidra til gjennomføringen. Kartleggingene av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid viser også at KoRus er det regionale kompetansesenteret flest kommuner samarbeider med (Ose mfl. 2020). KoRus-ene og de øvrige regionale kompetansesentrene spiller en viktig rolle for å bidra til implementering av kunnskapsbasert praksis i kommunen og faglig utvikling i tjenestene. KoRus-ene har blant annet hatt ansvar for å bidra på området tidlig innsats (blant annet med programmet Tidlig Inn og organisasjonsmodellen bedre tverrfaglig innsats i kommunene), i BrukerPlan-kartleggingene, i implementering av pakkeforløpene og i overdosestrategien. De har hatt som oppgave å samarbeide med NAPHA

og NKROP om å understøtte tjenestene i etableringen og implementeringen av tverrfaglig aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam etter ACT- og FACT-modellene, og samarbeide med statsforvalterne og RVTS om etablering av regionale nettverk for slike samhandlingsteam. KoRus-ene har også hatt som en oppgave å bistå Helsedirektoratet knyttet til den boligsosiale strategien Bolig for velferd 2014–2020 (Hansen mfl. 2019:35).

I statusrapport 4 viste vi at statsforvalterne har mye samarbeid med KoRus-ene, men også de øvrige kompetansesentrene. Innsatsen varierer, men noen steder har embetene spilt en betydelig rolle for å fremme utvikling i kommunene i tråd med føringene i opptrappingsplanen (Hansen mfl. 2020:28–29). Statsforvalternes forvaltning av sentrale tilskuddsordninger gir en unik posisjon for dialog og samarbeid med kommunene. Alle embetene har tilskuddsforvaltning og bidrar gjennom dette til prioritering av føringene i opptrappingsplanen. Noen av embetene har i tillegg hatt spesifikke initiativer for oppfølging av enkelte områder i planen. Vi har blant annet vist til betydningen av statsforvalteren i Rogaland og KoRus Vest sitt arbeid for å bidra til utvikling av recovery-orienterte tjenester i kommunene. Dette ble gjennomført innenfor rammene av et samarbeid med KS og et KS læringsnettverk, som inkluderte både deltakende kommuner, helseforetak, forskningsmiljø, kompetansesentre og brukerorganisasjoner (Hansen mfl. 2020:54). Den siste rapporteringen fra statsforvalternes arbeid med opptrappingsplanen viser at flere embeter har initiert, driftet eller bidratt inn i ulike typer nettverk og (rus)forum for å fremme utvikling i kommunene i tråd med føringene i planen. Et eksempel er Trøndelag som har inkludert prioriterte områder fra opptrappingsplanen i sitt etablerte Velferdsnettverk for samarbeid mellom statlige aktører i fylket, kompetansesentre og kommuner. Andre embeter har ikke spesifikke nettverk, men arrangerer samlinger for kommunene om arbeidet på rusfeltet. Et eksempel her er en kommunesamling i Vestland for kommunalsjefer og ledere innenfor rus- og psykisk helsefeltet (Hansen mfl. 2019:34). Her bidro evaluator med et eget opplegg knyttet til opptrappingsplanen, men utover det var det faglige bidrag og erfaringsutveksling om temaer som lavterskeltilbud og livskvalitet, utdeling av brukerutstyr, brukerinvolvering, hepatitt-C-kampanje, Narkotikaprogram med domstolskontroll og vold i nære relasjoner. Dette illustrerer både statsforvalternes omfattende nedslagsfelt og hvordan de kan ha en rolle for kommunal erfaringsdeling og forankring av statlige føringer på rusfeltet.

Tilskuddsforvaltning gir statsforvalterne en unik posisjon for dialog med kommunene om kunnskapsbaserte metoder og utvikling i tråd med føringene i planen. Selv om det er variasjon i hvor aktive embetene er når det gjelder seminarer, nettverk og fora, så er dette en del av arbeidet til alle embetene. Vi har i statusrapportene blant annet pekt på at statsforvalterne flere steder har spilt en rolle i å initiere utviklingsprosesser, som etablering av FACT-team eller implementering av ulike metoder og verktøy. IS-24/8-kartleggingene og BrukerPlan-kartleggingene er et viktig kunnskapsgrunnlag for mange embeters initiering av utviklingsarbeid i kommunene.

Statsforvalterne er gjennom sine ulike oppdrag tett på kommunene. I den siste rapporteringen for arbeidet (vår 2021) skriver et av embetene i en overordnet vurdering av arbeidet med opptrappingsplanen:

> «Opptrappingsplanens mål, retning, og finansiering har vært formidlet til politisk og administrativ ledelse, og resultater og utvikling på området har vært tema i Statsforvalterens styringsdialog med den enkelte kommune. Vi gjen-

nomgikk alle kommunenes økonomiplaner i 2018 og fant at opptrappingsplanen var omtalt i over 80 % av kommunene» (rapportering fra statsforvaltningsembetene, våren 2021)

Vi har i opptrappingsperioden sett at det regionale arbeidet med oppfølging av planen og generelt for å bidra til utvikling på rusfeltet har styrket seg. Noe av dette vurderer vi kan tilskrives en økt vektlegging i Helsedirektoratet av samarbeid med de regionale aktørene om gjennomføring av planen.

Samarbeid mellom Helsedirektoratet og regionale aktører

I den første grunnlagsrapporten viste vi at både rådgiverne hos fylkesmannsembetene og KoRus-ene etterlyste et tydeligere oppdrag eller forventninger fra Helsedirektoratet til hvordan de skulle følge opp opptrappingsplanen (Hansen mfl. 2018a). Opprettelsen av Arbeidsutvalget (AU) for opptrappingsplanen for rusfeltet har vært et viktig bidrag til tydeliggjøring eller operasjonalisering av oppdraget. I mandatet til AU var et av punktene at de skulle utarbeide en rådgivende strategiplan for det regionale arbeidet med opptrappingsplanen. Planen skulle blant annet gi råd og anbefalinger om hvilke innsatsområder fylkesmannsembetene og kompetansesentrene bør prioritere det enkelte år. Denne planen forelå våren 2018 og svarte på flere av de regionale aktørenes behov for en sterkere konkretisering av sitt oppdrag (Hansen mfl. 2018b:116–117).

AU ledes av koordinator for opptrappingsplanen i Helsedirektoratet og består av representanter for relevante avdelinger i Helsedirektoratet, representanter for Regionalt kunnskapssenter for barn og unges psykiske helse (RKBU), de regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og KoRus, en representant for TSB og representanter fra fem fylkesmannsembeter. AU for opptrappingsplanen har gitt Helsedirektoratet en arena for samarbeid og dialog med de regionale aktørene som er direkte involvert i oppfølgingen av kommunene. Dette er en arena hvor direktoratet kan få tilgang til informasjon om situasjonen i kommunene (og de regionale helseforetakene), hvordan utviklingen går, hva som er utfordringene, og hvor det eventuelt er behov for økt innsats. De regionale aktørene har en arena for erfaringsutveksling og dialog om hensiktsmessige tilnærminger. Opprettelse av AU har bidratt til en operativ struktur for samarbeid mellom Helsedirektoratet og de regionale aktørene om oppfølging av opptrappingsplanen. Dette vurderes av direktoratet å ha hatt stor betydning for målrettet arbeid med oppfølging av planen (Hansen mfl. 2020:28). Som vist har AUs operative strategiplan for det regionale arbeidet hatt nytte for særlig statsforvalterne. Et annet fora har vært årlige samlinger for rådgiverne på rusfeltet hos statsforvalterne, fagansatte ved kompetansesentrene (både regionale og NAPHA) og RHFene innen TSB. Dette har gitt Helsedirektoratet en arena for å formidle faglige føringer og prioriteringer til de som følger opp rusfeltet, men ikke minst gitt rådgiverne og fagansette en arena for erfaringsutveksling og felles læring. Å skape eierskap til gjennomføringen av opptrappingsplanen hos særlig rådgiverne i statsforvalterembetene har hatt betydning for den regionale innsatsen. I dette har disse to foraene hatt betydning.

Fra 2018 tok de regionale aktørene en mer aktiv rolle i gjennomføringen av opptrappingsplanen. Gjennomgangen av rapporteringer fra statsforvalterne viste en sterk økning i aktivitet på området (Hansen mfl. 2019:33–35). Selv om graden av aktivitet har variert, har det i alle fylker og regioner vært målrettet aktivitet for å bidra til at kommunene utvikler rusfeltet i tråd med føringene i opptrappingsplanen.

3.3 Vurderinger og anbefalinger

Opptrappingsplanen for rusfeltet er et interessant eksempel på en type strategi eller plan som det er blitt flere av de siste årene. Et satsingsområde, som barnefattigdom eller tilbakeføring etter gjennomført soning, formuleres i en plan eller en strategi som samler ulike (ofte allerede pågående) tiltak og innsatser. Ofte er dette uttrykk for komplekse samfunnsutfordringer som krever innsats fra flere instanser for å lykkes, men hvor den felles og samordnede innsatsen i den statlige intervensjonen utover enkelttiltakene er lite konkretisert. Man kan tenke seg to ulike intensjoner ved denne typen planer: en om mer samordnet innsats og felles handling i kraft av planen (altså oppnå en synergi som følge av sammenstillingen), eller en om å synliggjøre aktivitet og tiltak på tvers av sektorgrensene (oppmerksomhet om området). Opptrappingsplanen for rusfeltet ligger tett opp til den andre typen planer. Oppdraget til de involverte direktoratene har vært å gjennomføre tiltak som ligger under eget departements myndighetsområde. Det har ikke vært et klart mandat om å bidra til «felles» gjennomføring. Analysene av organisasjonsstudien viser at denne typen oppdrag kan være krevende å håndtere for det direktoratet som får koordineringsansvar. Det er behov for å utvikle en hensiktsmessig struktur for oppfølging av denne typen felles oppdrag som i seg selv ikke inkluderer felles tiltaksutvikling eller samordning av innsats. Faren er at denne type oppdrag ender med merarbeid for byråkratiet mer enn økt gjennomføringsevne og bedre måloppnåelse. Tydelige oppdrag og mandat er sentralt for underliggende direktoraters oppfølging av såkalte tverrdirektorale innsatser. Når det gjelder opptrappingsplanen for rusfeltet har det i liten grad vært gitt et oppdrag om felles innsats.

Helsedirektoratet har hatt hovedansvaret for oppfølging av opptrappingsplanen og koordinering av den statlige innsatsen. Analysen viser at Helsedirektoratet fra årsskiftet 2017/2018 utviklet en mer proaktiv tilnærming til arbeidet og mer oppmerksomhet om hvordan man kan fremme måloppnåelsen i planen. Omlegging fra en prosjektorganisering til forankring av oppfølging i ordinær styringslinje ser ut til å ha styrket innsatsen, men ikke minst har prioritering av ressurser og økt lederforankring hatt betydning. Løsningen med en koordinator og kontaktpersoner i involverte avdelinger og for definerte oppdrag ser ut til å ha fungert. Det må nevnes at koordinator for arbeidet har lang erfaring fra saksfeltet og direktoratet, og dette i seg selv kan ha bidratt til gjennomføringen.

En mer kritisk tilnærming til hvilke parallelle strukturer og møtearenaer som er hensiktsmessige, ser ut til å ha styrket gjennomføringskraften. Koordinatorrollen ble etter hvert tydelig, både internt i direktoratet og i samarbeidet med de øvrige involverte direktoratene. En suksessfaktor vurderes å være dreiningen fra å forsøke å få til et aktivt tverrdirektoralt samarbeid til heller å satse på et aktivt samarbeid med de regionale aktørene om gjennomføringen av planen. De regionale aktørene er tett på kommunene og kan spille en rolle i å bidra til en utvikling i kommunene i tråd med målene i planen. På regionalt nivå har statsforvalterne et tydelig oppdrag om å se ulike statlige innsatser i sammenheng og bidra til en samordnet statlig innsats overfor kommunene.

Analysene viser at statsforvalterne har hatt en nøkkelrolle i den statlige oppfølgingen av planen overfor kommunen, sammen med de øvrige regionale aktørene. En viktig læring fra arbeidet med planen er betydningen av å utvikle en struktur for operativt samarbeid mellom ansvarlig direktorat og regionale aktører. Opprettelsen av AU for opptrappingsplanen har styrket gjennomføringskraften. Denne strukturen for samarbeid mellom ansvarlig direktorat og regional stat på et gitt ansvarsområde eller

konkrete satsinger overfor kommunene kan ha overføringsverdi til innsatser på andre områder.

Gjennomføring av opptrappingsplanen bygger i stor grad på det vi kan betegne som governance-styring. Det baserer seg på at økt informasjon, kunnskap og oppmerksomhet om gode løsninger skal bidra til at kommunene og andre aktører bedrer tilbudet til målgruppen. Vurderingene på bakgrunn av organisasjonsstudiene er at her har de regionale aktørene utgjort en betydelig del av den statlige innsatsen.

4 Overordnet innsats

I dette kapitlet analyserer vi hvorvidt målene for den overordnede statlige innsatsen satt i opptrappingsplanen for rusfeltet er innfridd. Den statlige innsatsen kan beskrives som tredelt:

- økning i ressursene til kommunene (frie midler)
- øremerkede satsinger til prioriterte områder
- bidra til kompetanseheving og kvalitet i tjenestene

Det vil si at innsatsen består av å kanalisere økonomiske ressurser til rusfeltet og å utvikle tiltak/virkemidler for å øke kapasiteten og kompetansen i tjenestene i kommunene og å bidra til faglig utvikling gjennom formidling av god praksis og kunnskapsbaserte metoder og tilnærming.

I forrige kapittel viste vi blant annet at statsforvalterne og de regionale kompetansesentrene i perioden har hatt tydelige oppdrag om å bidra til oppfølging av planen, og at de har hatt en omfattende aktivitet for å bidra til bedre kvalitet i tilbudene på rusfeltet og kunnskapsbaserte metoder i tjenestene.

Analysene i kapitlet har utgangspunkt i tre forskningsspørsmål:

- I hvilken grad har det vært en opptrapping av ressurser til rusfeltet i tråd med føringene i planen?
- Har det skjedd en styrking av kapasitet og kompetanse på rusfeltet i opptrappingsperioden?
- Hvordan har innrettingen av de økonomiske virkemidlene (ramme og tilskudd) påvirket utviklingen i kapasitet og kompetanse i perioden?

Målene for opptrapping av innsats

Målene for den statlige økonomiske innsatsen som følge av opptrappingsplanen er klart definert. Regjeringen satte et mål om en opptrapping på 2,4 milliarder kroner i overføring til kommunene gjennom ramme, tilskudd og spesifikke satsinger. Hoveddelen av opptrappingen på 2,4 milliarder skulle komme i form av en økning i frie inntekter (rammeoverføring) til kommunene, men i tillegg ble det definert konkrete mål for følgende prioriterte tiltak:

- å bidra til at flere rusavhengige får et sted å bo (estimert til 500 millioner kroner)
- å øke antall tiltaksplasser for dem med nedsatt arbeidsevne (estimert til 75 millioner kroner)
- å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer (estimert til 93 millioner kroner)
- å åpne mottakssentre i de største byene og utbygging av oppsøkende behandlingsteam etter modell av ACT, lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO og lavterskeltilbud etter modell av Gatehospitalet (estimert til 100 millioner kroner)
- økt kompetanse på rusmiddel- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer (estimert til 100 millioner kroner)

Med utgangspunkt i forskjellen mellom de statlige satsingene og ramma for opptrappingsveksten tilsvarer da veksten i frie inntekter om lag 1,5 milliarder norske kroner.

I opptrappingsplanen er det også tatt inn at i forkant av opptrappingsplanen er det igangsatt flere satsinger i påvente av opptrappingsplanen, herunder:

- gjeninnføring av det øremerkede tilskuddet til kommunalt rusarbeid
- øremerking av midler til kjøp av behandlingsplasser hos private
- gjeninnføring av den gylne regel[5]
- innføring av fritt behandlingsvalg først for pasientgruppene innen rusbehandling og psykisk helsevern

Budsjettmessig styrking av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), blant annet som følge av den gylne regel og innføring av fritt behandlingsvalg, kommer i tillegg til de oven-nevnte 2,4 milliarder kroner.

Som beskrevet i kapittel 1 og 2 inkluderte opptrappingsplanen også 77 «regjeringen vil»-punkter. Vi har nummerert «regjeringen vil»-punktene etter den rekkefølgen de har i planen. Nummereringen er angitt i parentes. Punktene illustrerer bredden i «regjeringen vil»-punktene og er knyttet til de statlige virkemidlene, prioriteringen av innsats og målene for ressurser til kompetanseheving:

- Gjennomgå støtteordninger til bruker- og pårørendeorganisasjoner med sikte på en mer rettferdig og forutsigbar tildeling av midler (3)
- Øke kompetansen om rusmiddel- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer (4)
- Vurdere samordning av tilskuddsordninger til kompetanse for flere sektorer (helse- og omsorgstjenesten, barnevern, skole mv.) (6)
- Iverksette og gjennomføre nytt kompetanseløft for kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor kompetansetiltak rettet mot rus og psykisk helse inngår (9)
- Bidra til økt forskning om rusmiddel- og avhengighetsproblematikk gjennom Norges forskningsråds programmer HELSEVEL, God behandling og Bedre helse (10)
- Styrke tilskuddsordningen til oppfølging av barn av psykisk syke og barn av personer med rusmiddelproblemer (Satsingen bygger på erfaringene fra Modellkommuneforsøket.) (13)
- Styrke tilskuddsordningen til Oppfølgings- og losfunksjon for ungdom for å øke antallet kommuner som har tiltak for å hindre at ungdom dropper ut av videregående skole (14)
- Tilrettelegge og tilpasse de ulike sektorenes regelverk, tjenester og virkemidler overfor utsatte barn og unge blant annet gjennom ungdomshelsestrategien og regjeringens 0–24- samarbeid (2015–2020) (15)
- Styrke kommunale tjenester til personer med rusmiddelproblemer gjennom vekst i frie inntekter (27)
- Gjennomgå tilskuddsordninger til frivillige og ideelle organisasjoner med sikte på en mer rettferdig og forutsigbar tildeling av midler i tråd med gjeldende regelverk (35)
- Følge opp pågående tiltak for å sikre at rus og vold i større grad tematiseres i grunn- og etterutdanningene, herunder oppfølging av tiltaksplanen En god barndom varer livet ut (2014–2017) og Meld. St 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd* (42)

[5] Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå i spesialisthelsetjenesten.

I evalueringsperioden har vi fulgt utviklingen i den overordnede statlige innsatsen på åtte indikatorer. Disse presenteres i tabell 4.1. Disse indikatorene dekker ikke alle målformuleringene over, men gir informasjon om utviklingen på de mest sentrale punktene for ressursøkning og kapasitetsutvikling. Videre i kapitlet drøfter vi måloppnåelsen for ressursøkning, kapasitet og kompetanseheving også i lys av andre datakilder og det kvalitative materialet.

4.1 Indikatorsettet for overordnet innsats

Den endelige resultatmålingen for indikatorene på overordnet innsats presenteres i tabell 4.1. De to første indikatorene viser vekst i rammeoverføringer til kommunene og spesifikke tiltak som regjeringen direkte kobler til oppfølgingen av opptrappingsplanen for rusfeltet. Disse to indikatorene gir grunnlag for vurderingen av hvorvidt målet om en opptrapping på 2,4 milliarder kroner i perioden tilfredsstilles. Vi kommer nærmere tilbake til dette nedenfor. Indikator 3 og 4 gir et bredere bilde av den statlige innsatsen på rusfeltet og med det aktiviteter som er relatert til rusfeltet, men ikke nødvendigvis direkte knyttet til opptrappingsplanen. Indikator nummer 5 og 6 gir et bilde av eventuell opptrapping innen TSB, mens de to siste indikatorene gir et bilde av kompetanseutvikling.

Tabell 4.1 Overordnet innsats, femte måling, per år, endring per år i prosent eller prosentpoeng.

								Endring per år	
#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	2019–2020	2016–2020[2]
1	Vekst i frie midler til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen). Mill. 2020-kroner[1]	Kommuneproposisjonen	433	319	388	203	150		
2	Ytterligere tverrdepartemental satsing utover veksten i rammeoverføring til kommunene som begrunnes med økt satsing på rusfeltet (opptrappingsplanen)	Statsbudsjettet HOD kap. 765	288	288	107	209			
3	Samlede bevilgninger over kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid. Mill. 2020-kroner. Saldert	Statsbudsjettet HOD kap. 765	1959	2081	2227	2281	2141	−6,2 %	2,2 %
4	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid	IS-24/8	13936	14633	15894	16399	16569	1,0 %	4,4 %
5	Kostnader til TSB, ekskl. pensjon, kapital og legemidler. Ekskl. mva. Mill. 2020-kroner[3]	SAMDATA	N/A	4783	4865	4891	N/A	N/A	1,2 %
6	Vekst i kostnader til TSB som andel av vekst i kostnader til somatikk. Alle regioner, totalt.[4]	SAMDATA	1,9	0,9	1,0	0,5	N/A		
7	Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for økte midler til kompetanseheving på rusområdet	IS-24/8	N/A	21 %	27 %	19 %	19 %	0,0 %-poeng	−0,7 %-poeng (−)
8	Samlede driftskostnader til FoU (rusmiddelforskning) i kroner i helseforetak. Mill. 2020-kroner	NIFU	62	79	N/A	85	N/A	N/A	11,2 %

[1] For indikatorer der måleenheten er kroner, brukes faste 2020-NOK.
[2] Endring per år fra første til siste måling. For de fleste indikatorer vil perioden være 2016–2020, men for enkelte indikatorer vil 2017 være første år og/eller 2019 siste år. Endring over tid er beregnet til endring per år målt i prosent eller prosentpoeng per år fra første til siste måling. Det vises ellers til øvrige kolonner for hvilke år data er tilgjengelig. I endringskolonnen angis også estimering av hvorvidt forskjellen fra første til siste måling er signifikant forskjellig. (*) angir at forskjellen er statistisk signifikant, (−) angir at forskjellen ikke er statistisk signifikant.

[3] For kostnader til TSB oppgis kun data fra og med 2017, da årene før er rapportert inkludert mva. Kostnader er omregnet til faste priser på bakgrunn av årlig konsumprisindeks. Årene 2017–2019 vil være beregningsgrunnlaget i kolonnen lengst til høyre.
[4] Dersom kostnader til TSB samlet for alle regioner vokser raskere enn tilsvarende utgifter til somatikk, vil indikator 6 ha en verdi over 1, og vurderes positiv. Dette er et av tre delmål for vurdering av den gylne regel. Verdi lik eller under 1 tilsier ikke positiv utvikling. Datagrunnlaget er revidert i perioden, årets måling er følgelig revidert i henhold til dette.

Den samlede vurderingen basert på indikatorsettet er at de sentrale målene om ressursøkning til rusfeltet er innfridd, det samme gjelder kapasitetsutvikling, mens det øvrige bildet er mindre entydig. Vi vurderer nærmere under målene om økt ressursinnsats, utvikling i kapasitet og kompetanse i de neste underkapitlene.

4.2 Målet om 2,4 milliarder i opptrapping

Som nevnt varslet regjeringen at opptrappingsplanen skal gi en vekst i samlede bevilgninger til rusfeltet på 2,4 milliarder kroner i perioden 2016–2020 (sammenlignet med 2015). Bevilgninger til TSB er holdt utenfor dette. Opptrappingen skulle komme gjennom en økning i frie inntekter til kommunene og gjennom en rekke øremerkede statlige satsinger. Indikator 1 og 2 viser de årlige tiltakene som regjeringen har knyttet til opptrappingsplanen år og for år, fordelt på henholdsvis vekst i frie midler til kommuner og i andre tverrdepartementale satsinger.

Behandlingen av opptrappingsplanen for rusfeltet inkluderte satsinger i budsjettåret 2016, mens øvrige satsinger ble vedtatt i etterfølgende budsjettår, jamfør tabell 4.2 som viser hvilke statlige satsinger regjeringen har knyttet til opptrappingsplanen. Statlige satsinger inkluderer 500 millioner kroner innenfor det boligsosiale området i perioden 2016–2019, jamfør omtale i statusrapport 3 og 4 (Hansen mfl. 2019:67, 2020:33). Evaluator har fordelt innsatsen som en vekst på 125 millioner kroner per år i perioden. I 2020 ble 150 millioner kroner av veksten i frie midler til kommunene knyttet til opptrappingsplanen (indikator 1), mens det var ingen ytterligere statlig satsing dette året (indikator 2).

Tabell 4.2 viser at innrettingen av den tverrdepartementale satsingen avviker fra slik den opprinnelig var skissert. Innledningsvis skisserte vi estimatene for styrkingen gjennom ulike tverrdepartementale satsinger, og alle satsinger bortsett fra den boligsosiale innsatsen er betydelig lavere enn opprinnelig estimert. Til gjengjeld er en betydelig andel av den tverrdepartementale satsingen kanalisert til tiltak i regi av de frivillige organisasjonene, til sammen 226 millioner i perioden. Det utgjør 25 prosent av den samlede spesifiserte opptrappingen som knyttes til opptrappingsplanen. Den boligsosiale satsingen var estimert til å utgjøre mer enn halvparten av opptrappingen i spesifikke satsinger, og det har regjeringen redegjort for.

Tabell 4.2 Bevilgninger som inngår i de tverrdepartementale satsingene. I løpende priser.

	Total	Øremerkede og tverrdepartementale satsinger
2016	266 mill. NOK	- 30 mill. kroner til permanent etablering og utvidelse av Narkotikaprogram med domstolskontroll - 30 mill. kroner til utvikling av forpliktende samarbeidsmodeller, herunder utvikling av mottaks- og oppfølgingssentre og etablering av flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre som f.eks. etter modell av Lasso i Oslo - 20 mill. kroner til styrking av arbeidstrening, aktivisering mv. i regi av frivillige organisasjoner - 15 mill. til styrking av tilskuddsordning for barn av psykisk syke og personer med rusmiddelproblemer - 46 millioner til navngitte frivillige organisasjoner på rusfeltet - 125 millioner kroner til boligformål[1]
2017	271 mill. NOK	- 12 mill. kroner til etablering av tre nye stifinnerenheter - 10 mill. kroner til styrking av fengselshelsetjenesten - 20 mill. kroner til å etablere økt kunnskap om effekt av tiltak og den behandling som tilbys rusmisbrukere gjennom Forskningsrådets program HELSEVEL 3 mill. kroner til kompetanseutvikling på området rus og vold - 101 mill. til tilskuddsordningen til frivillige og ideelle aktører som yter institusjonsbaserte tjenester innen rusfeltet - 125 mill. kroner til boligformål
2018	103 mill. NOK	- -40 mill. til tilskuddsordningen til frivillige og ideelle aktører som yter institusjonsbaserte tjenester innen rusfeltet[2] - 5 mill. til styrking av fengselshelsetjenstene - 13,2 mill. til styrkning av frivillige organisasjoner og frivillig arbeid - 125 mill. kroner til boligformål
2019	206 mill. NOK	- 20 mill. kroner til flere tiltaksplasser - 11 mill. kroner til avrusning i fengsel - 50 mill. til styrking av tilskudd til utleieboliger - 125 mill. kroner til boligformål

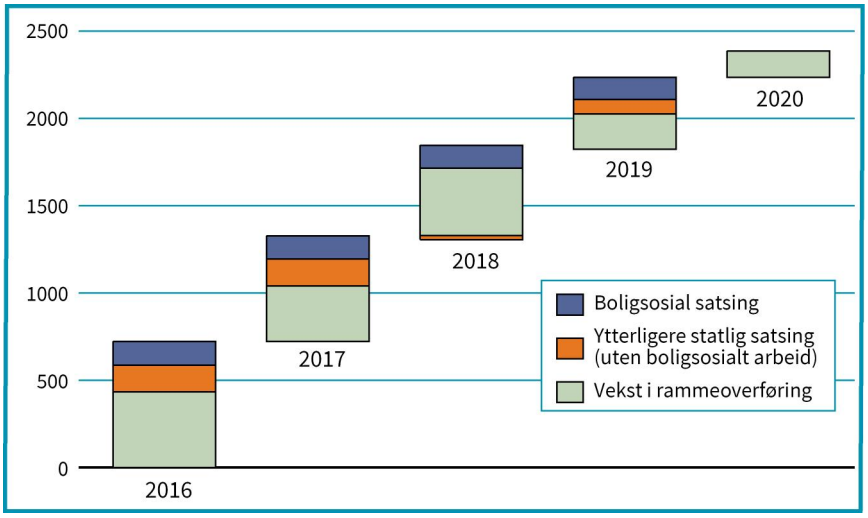
1 KMD har estimert opptrappingen på boligområdet til 500 mill. NOK i perioden 2016–2019. Evaluator har fordelt veksten gradvis på 4 år.
2 Bevilgning til tilskuddsordningen for frivillige og ideelle aktører som yter institusjonsbaserte tjenester innen rusfeltet, ble først økt med 100 millioner i 2017, men i 2018 redusert med 40 millioner på grunn av lav søknadsinngang.

I figur 4.1 vises veksten i frie midler til kommunene (indikator 1) og andre tverrdepartementale satsinger begrunnet med opptrappingsplanen (indikator 2) i 2020-NOK. Figuren viser fordelingen og tempoet på opptrappingen på 2,4 milliarder kroner. Veksten i frie midler utgjør som opprinnelig estimert til sammen 1,5 milliarder.

I figur 4.1 har vi valgt å vise den boligsosiale innsatsen separat fra de øvrige tverrdepartementale satsingene. Dette skyldes at i statsbudsjettet for 2019 la regjeringen fram en revidert (og økt) boligsosial innsats i perioden 2016–2018 enn tidligere presentert (Hansen mfl. 2019:67, 2020:33). Denne innsatsen er en betydelig del av den tverrdepartementale satsingen. Opptrappingen av de frie inntektene til kommunene kan direkte settes i sammenheng med opptrappingsplanen. Når det gjelder de øvrige satsingene, er det for noen av dem mer komplisert å vurdere om dette er en «merbevilgning», eller om allerede etablerte tilskudd eller ordninger knyttes til opptrappingsplanen eller omprioritering av midler. Dette vil vi ikke fullt ut kunne besvare.

Fordelingen mellom opptrapping i frie midler gjennom rammeoverføringene til kommunene og særlige satsinger på enkeltområder samsvarer med beløpene som opprinnelig ble skissert i opptrappingsplanen. Selv om fordelingen mellom de spesifikke satsingene avviker noe fra regjeringens intensjon, vurderes målet om 2,4 milliarder som innfridd ut fra de premisser regjeringen har lagt til grunn.

Figur 4.1 Målet om opptrapping på 2,4 mrd. Indikator 1 og 2. I millioner 2020-kroner.



Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse AS basert på Prop. 1 S (2016–2017), Prop. 1 S (2018–2019) og Prop. 1 S (2019–2020), Prop. 1 S (2020–2021) tilrådinger fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er samtidig slik at det har vært en kanalisering av innsats utover disse spesifikke satsingene for å støtte opp under målene i opptrappingsplanen, og vi ser nærmere på noen av tilskuddsordningene og målformuleringene om den økonomiske opptrappingen under.

En rekke tilskuddsordninger er relatert

Opptrappingen på 2,4 milliarder består som vist av økning i rammeoverføringene og bevilgninger til ulike tverrdepartementale satsinger, altså «merbevilgning». Den samlede ressursinnsatsen til rusfeltet og de ulike målområdene i planen er samlet langt større.

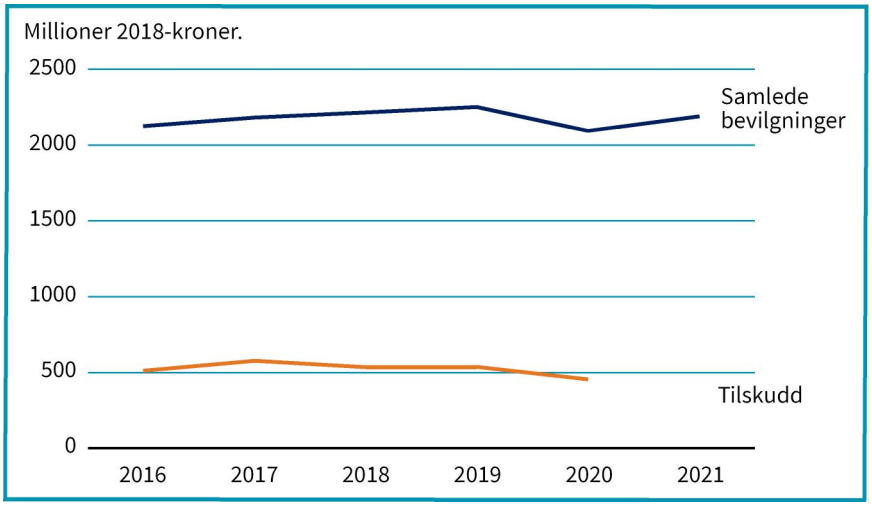
En viktig indikator for den statlige ressursinnsatsen dekkes av indikator 3, kapittel 765 psykisk helse og rusarbeid.[6] Kapitlet dekker blant annet bevilgninger til kommunalt rusarbeid, tilskuddsordningen ble vedtatt gjeninnført i forkant av at opptrappingsplanen ble vedtatt. Tilskuddet skal bidra til kapasitetsvekst (stillinger) i det samlede kommunale tilbudet til personer med rusmiddelproblemer og har ligget på om lag 450 millioner kroner i året i perioden med en liten nedgang de siste årene. Ordningen er sentral for å nå spesifikke mål i opptrappingsplanen, blant annet om å styrke brukermedvirkning og erfaringskompetanse i tjenestene.

I figur 4.2 viser vi utviklingen i samlede bevilgninger til rus- og psykisk helsearbeid over kapittel 765 og utviklingen for den øremerkede tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid. De samlede bevilgningene økte de første årene av opptrappingsperioden fra 2,12 milliarder kroner i 2016 (2020-NOK) til 2,28 milliarder kroner i 2019 (i 2020-NOK), men falt så til 2,14 milliarder kroner i 2020 (indikator 3). Det vil si at de

[6] Prop. 1, statsbudsjettet, under Helse- og omsorgsdepartementet.

samlede bevilgningene på dette kapitlet har vært relativt stabile i perioden. I figuren viser vi utviklingen i de øremerkede midlene til kommunalt rusarbeid, som også har ligget relativt stabilt, men med en nedgang det siste året. Vi skal komme tilbake til dette senere.

Figur 4.2 Samlede øremerkede bevilgninger til psykisk helse- og rusarbeid (indikator 3). Saldert budsjett 2015–2020, forslag til bevilgninger 2021 (lilla linje). Tildeling tilskudd «kommunalt rusarbeid» (orange linje). Faste 2020-kroner.



Kilde: 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), Prop. 1 S (2018–2019), Prop. 1 S (2019–2020), Prop. 1 S (2020–2021) Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet.

To andre sentrale tilskuddsordninger for kommunene som også inngår i den samlede potten kapittel 765, omfatter tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte tjenestebehov» og «Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester». Ordningene skal stimulere til helhetlige tjenester, nye tjenestemodeller og forpliktende samhandling mellom ulike nivåer og sektorer. Denne ordningen har blant annet vært sentral for utvikling av FACT-team i kommunene og Housing First-team for bosetting og oppfølging av personer med rusmiddel- og psykiske helseproblemer. Den samlede ramma for disse to tilskuddsordningen er om lag 230–255 millioner kroner per år i perioden. Det er en svært liten andel av midlene fra disse to omfattende ordningene som er definert som en styrking som følge av opptrappingsplanen i den tverrdepartementale øremerkede satsingen (30 millioner i 2016).

Kapittel 765 dekker også tilskuddsordninger til frivillige og ideelle organisasjoner på rusfeltet. Gjennom disse ordningene er det definert «satsinger» i 2016, 2017 og 2018 på totalt 114 millioner. Samtidig viser figur 4.2 at den samlede overføringen på dette kapitlet har ligget relativt stabilt hele perioden. Dette illustrerer at det er vanskelig å isolere hvorvidt den varslede opptrappingen representerer reelle merbevilgninger eller omprioritering innenfor rammene av psykisk helse- og rusarbeid.

En rekke av «regjeringen vil»-punktene om de statlige virkemidlene dekkes ikke over kapittel 765. Dette gjelder for eksempel kompetanse- og innovasjonstilskuddet som forvaltes av statsforvalterne. Tilskuddet er et sentralt virkemiddel i Kompetanseløft 2020 som ble lagt fram i statsbudsjettet for 2017, nå videreført i Kompetanseløft 2025 (se også «regjeringen vil»- punkt 9 over om å iverksette og gjennomføre et

nytt kompetanseløft for kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor kompetansetiltak rettet mot rus og psykisk helse inngår). Tilskuddsordningen har vært omfattende (nær 400 millioner i 2019 som er siste tall vi har tilgang til), og rapporteringer viser at den har vært benyttet av nær alle kommuner og med rusfeltet som et av feltene hvor det har vært konkrete tiltak (se SINTEF, NIBR, NIFU 2020; Helsedirektoratet 2020). Vi kommer tilbake til noe av rapporteringen av konkret kompetanseutvikling innenfor rus- og psykisk helsearbeid i kommunene som følge av denne ordningen. I den øremerkede satsingen er 3 millioner knyttet til dette formålet.

I oversikten over «regjeringen vil»-punkter innledningsvis er det en rekke målformuleringer som gjelder andre statlige tilskuddsmidler. Et eksempel er en «regjeringen vil»-formulering om å gå igjennom støtteordningene til bruker- og pårørendeorganisasjoner med sikte på en mer rettferdig og forutsigbar tildeling av midler. Ordningen er evaluert[7], revidert og nytt regelverk implementert fra 2020. Også ordningen med tilskudd til frivillige og ideelle aktører er gjennomgått i tråd med «regjeringen vil»-punkter i planen.

Flere av de øvrige ordningene som er formulert i «regjeringen vil»-punkter, gjelder tidlig innsats for barn og unge. Vi viste over til ordningen Tilskudd til systematisk identifikasjon og oppfølging av utsatte barn. I 2016 ble 15 millioner av den tverrdepartementale satsingen tilskrevet denne ordningen. Ordningen ble opprettet fra 2015 med mål om å videreføre erfaringene fra Modellkommuneforsøket (2007–2014). Dette var et utviklingsprosjekt hvor oppdraget var å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av foreldre med psykiske helseproblemer og/eller foreldre med rusmiddelproblemer (Deloitte 2015). Fra 2018 har ordningen inkludert tilskudd til bedre tverrfaglig innsats (BTI) – utvikling av lokal samhandling, som tidligere ble forvaltet av Helsedirektoratet. Ordningen hadde en ramme på 23,5 millioner i 2016. I 2020 oppgir Bufdir at det ble bevilget 27 millioner fra ordningen, og at det da var 49 kommuner og bydeler som mottok støtte (Helsedirektoratet 2021). Ramma for ordningen har ligget på om lag samme nivå, 30 millioner i 2018 og 2019. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om ordningen er «styrket» i perioden, særlig sett i lys av samordningen med tilskuddsordningen BTI fra 2018, men ordningen er implementert og vurderes å bidra til utvikling av tidlig innsats og bedre samhandling og helhetlig innsats i kommunene (ibid.).

«Regjeringen vil»-punkt 14 er at tilskuddsordningen til Oppfølgings- og losfunksjon for ungdom skal styrkes for å øke antall kommuner som har tiltak for å hindre at ungdom dropper ut av videregående skole. Dette er en tilskuddsordning som også forvaltes av Bufdir, og som går inn på et hovedområde innenfor 0–24-satsingen. Ordningen skal bidra til en mer samordnet og tettere oppfølging av ungdom som er i en vanskelig livssituasjon. Ungdom som trenger hjelp, skal få en person å forholde seg til, og målet er å styrke skoletilknytning, trivsel og mestring og gjennom dette bidra til bedre skoleprestasjoner og økt gjennomføring i videregående skole. Ordningen er betydelig styrket i perioden, i denne ordningen ble det bevilget i overkant av 12 millioner i 2015, i 2020 ble det bevilget i underkant av 50 millioner.[8] For 2021 har ordningen en ramme på 55 millioner. Rapporteringene til direktoratet viser at mange kommuner viderefører LOS-funksjonen etter endt tilskuddsperiode (Helsedirektoratet 2021).

Det har vært en sentral målsetting innenfor 0–24-samarbeidet å bidra til større samordning av de statlige virkemidlene overfor kommunene. «Regjeringen vil»-

[7] Oxford Research 2019
[8] Informasjon hentet fra Bufdirs hjemmesider.

punkt 15 referert over er at de ønsker en samordning av ulike sektorers regelverk, tjenester og virkemidler overfor utsatte barn og unge blant annet gjennom ungdomshelsestrategien og regjeringens 0–24-samarbeid (2015–2020). I regi av 0–24-samarbeidet har det vært egne arbeidsgrupper både for samordning av regelverk mellom ulike sektorer og samordning av tilskudd og virkemidler. Det siste er fulgt opp med en pågående egen pilot for programfinansiering i et utvalg kommuner på området utsatte barn og unge (se blant annet Hansen, Jensen & Fløtten 2020:108–116). På regelverksområdet har regjeringen lagt fram et forslag til bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for sammensatte tjenester, med forslag til harmonisering av regelverk på tvers av sektorer og en egen barnekoordinator for barn og unge med sammensatte behov. Forslaget ble sendt på høring i juni 2020 og er fortsatt under behandling.

Hensikten her har vært å illustrere at det er omfattende statlige ordninger på de ulike målområdene i opptrappingsplanen. Tabell 4.2 viser andre definerte satsinger i perioden, som til sammen 68 millioner definert til henholdsvis Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), nye rusmestringsenheter (stifinnerenheter), styrking av fengselshelsetjenesten og etablering av avrusning i fengsel (målt i løpende priser). En rekke innsatser på andre områder er ikke spesifikt nevnt her, men virker også inn på utviklingen, som en økning i satsingen på arbeid gjennom ordningen IPS. Vi har i tillegg vist at «regjeringen vil»-punkter som gjelder innretting av ulike ordninger, har vært fulgt opp.

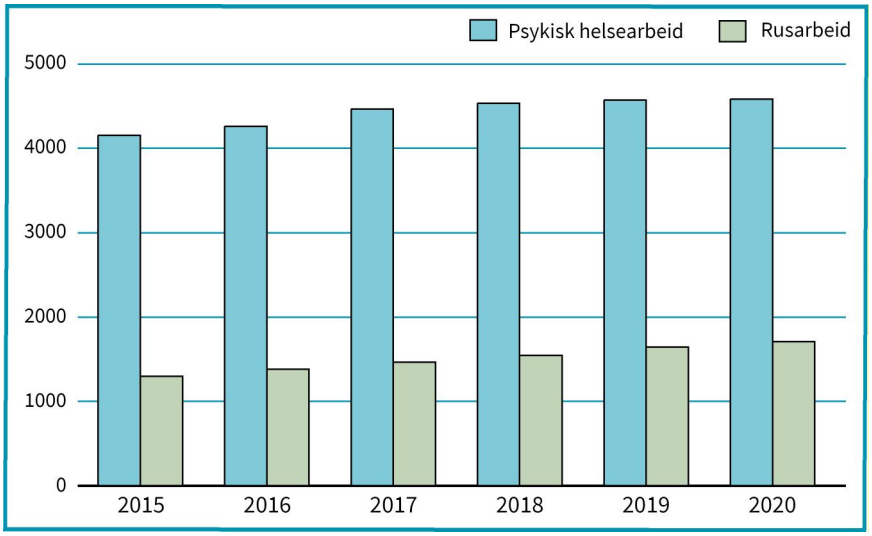
Denne gjennomgangen har vist bredden i den definerte økonomiske satsingen, ikke alt er knyttet til kommunalt rusarbeid. Økningen i de frie midlene og de to store tilskuddsordningene innenfor kapittel 765 virker derimot direkte inn på det kommunale rusarbeidet. I neste del ser vi nærmere på hvorvidt økte ressurser og tilgjengelige tilskuddsordninger også gjenspeiler seg i økt kapasitet i kommunene.

4.3 Økt kapasitet i kommunene

Veksten i frie midler til kommunene samt de øremerkede tilskuddene har lagt til rette for en kapasitetsvekst i kommunene. Kapasitetsveksten i perioden kan leses ut av flere datakilder.

For det første indikerer IS-24/8-undersøkelsen at det har vært en opptrapping i kommunalt rusarbeid. I undersøkelsen kartlegges årsverk til rus- og psykisk helsearbeid. Fra undersøkelsen framkommer det at antall årsverk innen kommunalt rus- og psykisk helsearbeid har vokst fra 13 936 i 2016 til 16 569 i 2020. Dette tilsvarer en økning på om lag 2600 årsverk, eller 4,4 prosent per år, jamfør figur 4.3.

Figur 4.3 Antall årsverk rus og psykisk helse. Indikator 4.



Kilde: Årsverk for 2015–2020 er hentet fra IS-24/8.

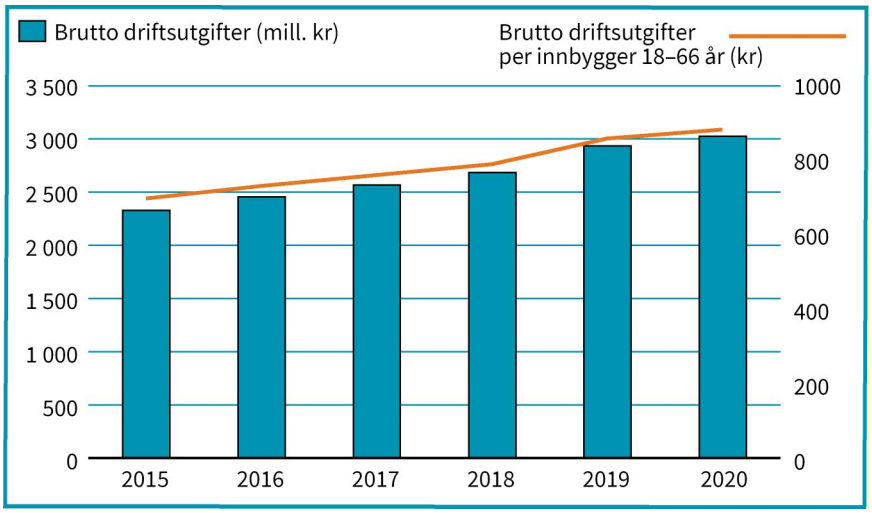
Veksten i antall årsverk kunne brukes til å estimere veksten i kommunenes samlede arbeidskraftkostnader. Med utgangspunkt gjennomsnittlige arbeidskostnader på 767 584 per årsverk[9] kan veksten på 2600 årsverk estimeres til om lag 1,5 milliarder kroner. Denne enkle beregningen indikerer størrelsesordenen på kapasitetsveksten i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Hvor mye av denne veksten som kun omhandler rusarbeid, vet vi ikke.

For det andre rapporterer kommunene om eget forbruk fordelt på en rekke tjenesteområder i KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). KOSTRA-data viser at utgifter på tjenesteområdet «243 Tilbud til personer med rusproblemer» er på 3,0 milliarder kroner i 2020. Samlede utgifter var rapportert til 2,6 milliarder kroner i 2016 (målt i 2020-NOK), noe som tilsvarer en vekst på 400 millioner kroner eller 3,4 prosent per år i perioden 2016–2020 (målt i inflasjonsjusterte priser).

Vi kan ikke si hvor mye av denne veksten som kan henføres til veksten i frie midler som følge av opptrappingsplanen eller tilskuddsordningene, men KOSTRA-dataene indikerer at det har vært en opptrapping i det kommunale rusarbeidet. Veksten er noe lavere (2,7 prosent per år i perioden 2016–2020), men likefullt positiv, dersom vi legger innbyggertall til grunn. Etter vår vurdering underbygger disse dataene vår vurdering om en vekst i kapasitet innenfor det kommunale rusarbeidet. Veksten målt i kroner er trolig noe lavere enn den samlede veksten i frie midler på 1,5 milliarder kroner.

[9] Jf. SSB tabell 07685 som viser gjennomsnittlige arbeidskraftkostnader per årsverk, etter næring (SN2007), statistikkvariabel og år. Arbeidskraftkostnader omfatter lønnskostnader, sosiale kostnader, opplæringskostnader, arbeidsgiveravgift mv. Her er det tatt utgangspunkt i arbeidskostnadene til helse- og sosialtjenester.

Figur 4.4 Brutto driftsutgifter til aktivitet 243, tilbud til personer med rusmiddelproblemer samlet (venstre akse) og brutto driftsutgifter per innbygger 18–66 år (høyre akse, linje). Faste 2020-kroner.



Kilde: KOSTRA aktivitet 243, hentet fra SSB april 2020.

Veksten i brutto driftsutgifter og antall årsverk har avtatt noe mot slutten av planperioden. Dette kan skyldes en mindre «opptrapping» av midler til rusfeltet og de økonomiske rammene i kommunene, men også at flere kommuner er kommet i en fase hvor nye stillinger som er opprettet ved hjelp av tilskuddsmidler, skal innarbeides i budsjettene for å gi en varig kapasitetsøkning i tjenestene, jamfør omtale i forrige rapport (Hansen mfl. 2020:35).

Hvordan virker de statlige ressursene inn i kommunal utvikling?

Kapasiteten i kommunene er styrket i perioden, og det er naturlig å se kapasitetsøkningen i sammenheng med veksten i frie inntekter og ulike tilskuddsordninger. Som vist over har det øremerkede tilskuddet til kommunalt rusarbeid vært betydelig i perioden, en ramme på om lag 450 millioner kroner i året i opptrappingsperioden. Tilskuddet skal nettopp bidra til kapasitetsøkninger og finansiere stillinger på rusfeltet. Det gis støtte for inntil fire år, og fra 2017 har kravet til kommunal forankring og egenfinansiering blitt forsterket. Kommunene får gradvis redusert tilskuddet med 100 000 kroner per stilling per år over fire år (fra 660 000 første år til 330 000 fjerde år). Bevilgningen i 2020 var på 452,46 millioner kroner (Helsedirektoratet 2021). Som vi viste i statusrapport 4 med henvisning til bevilgningen for 2019, har det vært en nedgang i bevilgningene og også i søknader til denne ordningen. Som tidligere påpekt kan nedgangen skyldes at kommunene nå er inne i en fase hvor de skal innarbeide opprettede tjenester og økt kapasitet i ordinær drift (Hansen mfl. 2020:35). Samtidig er det en tendens til at tilskuddsordningen i mindre grad anvendes av små kommuner, og at det kan stilles spørsmål om hvorvidt ordningen er godt nok tilpasset disse kommunenes behov. Dette skal vi komme tilbake til.

Tilskuddsordningen bidrar til utvikling på prioriterte områder i opptrappingsplanen, som eksempelvis flerfaglige oppsøkende team, oppfølgingstjenester i bolig, arbeid og -aktivitetsrettede tiltak og lavterskel helsetjenester / skadereduserende tiltak.

Videreføring av stillinger finansiert av tilskuddsmidler krever kommunal prioritering når de skal over i ordinær drift. Ifølge Helsedirektoratet rapporterer 84 prosent

av kommunene at stillinger de har fått tilskudd til fra ordningen kommunalt rusarbeid, skal videreføres i ordinær drift i kommunen etter at tilskuddet avsluttes (Helsedirektoratet 2021). Økningen i frie midler er tenkt å bidra til varig kapasitetsøkning på rusfeltet.

IS 24-8-kartleggingen hadde et mer generelt spørsmål om hvorvidt videreføring av den kapasitet og kompetanse som opptrappingsplanen har medført, er omtalt i kommunens planverk. 55 prosent av kommunene svarer ja på det, 24 prosent nei og 21 prosent vet ikke. Jo større kommunene er, jo større sannsynlighet er det for at de har omtalt planer for videreføring.

Når det gjelder de frie midlene, er de som benevnelsen sier, frie, og det er opp til kommunal prioritering hvordan de anvendes. Vi har ikke i evalueringsopplegget kunnet gjøre analyser av hvorvidt midlene som følger av opptrappingsplanen for rusfeltet til økt innsats i kommunene, faktisk benyttes til dette, men de tidligere omtalte KOSTRA-dataene kan tyde på at veksten er mindre enn økningen i frie midler. Andre data underbygger denne tolkningen.

I kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) har det vært inkludert et spørsmål om hvorvidt opptrappingsplanen, gjennom økt rammetilskudd, har hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid i deres kommune siste år (Ose mfl. 2020). Her var det 60 prosent som svarte ja i 2018, 48 prosent i 2019 og 45 prosent i 2020 (ibid.:124). Analysene viser at jo større en kommune er, jo større sannsynlighet er det for at de svarer ja.

Om man ser nærmere på innrettingen av rammetilskuddet, kan man se at omfanget og beregningen[10] gjør at beløpet i ramma begrunnet med opptrappingsplanen utgjør svært lite for mindre kommuner. For å sette det på spissen mottok Utsira i underkant av 7000 kroner i 2016, 4000 i 2020.

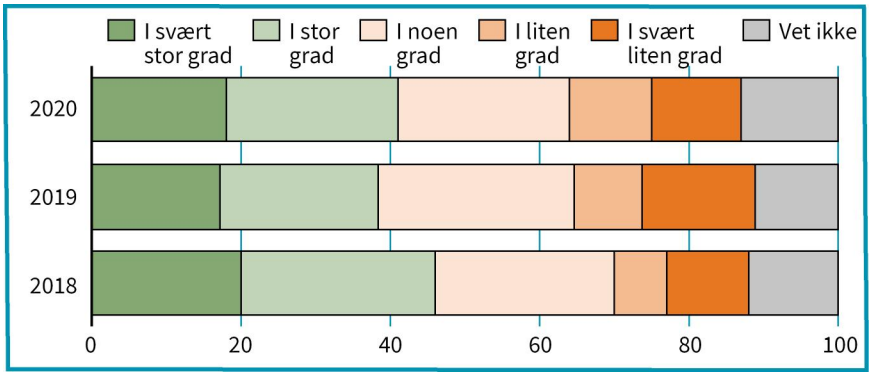
Utsira er en svært liten kommune, mer relevant er det å se på en av casekommunene i evalueringen, Vadsø med i overkant av 6000 innbyggere, hvor rammetilskuddet utgjorde om lag 450 000 i 2016, 390 000 i 2017 og i 2020 kun 200 000 kr. I de første årene av opptrappingsplanen mottar Vadsø kommune betydelig mer i tilskudd til kommunalt rusarbeid enn gjennom de frie midlene. Dette er tilfelle for de fleste casekommunene. I statusrapport 3 viste vi at Vadsø kommune sier at økningen i rammetilskudd gikk inn som finansiering av fast ansettelse av psykolog i enheten psykisk helse og rus (Hansen mfl. 2018b:46). Økning i ramma har følgelig hatt betydning for videreføring i ordinær drift av en stilling opprinnelig opprettet som følge av statlige tilskuddsmidler. Økningen i ramma de to første årene til sammen vil omtrent tilsvare hva et årsverk til en psykolog koster. Ser vi på en litt større casekommune i nord, Tromsø, utgjorde rammetilskuddet om lag 4,7 millioner i 2016 og om lag 1,8 millioner i 2020. Slik vil rammetilskuddet øke og gi mer handlingsrom i kommuner som er større, men hvor det også er flere utfordringer. Oslo kommune er et eksempel på det, hvor rammetilskuddet utgjorde om lag 85 millioner i 2016 og 27 millioner i 2020.

Sett i lys av denne innrettingen er kanskje ikke kommunenes svar i 1S 24/8-kartleggingen veldig overraskende. Det første året, med størst økning i ramma, svarer 60 prosent at dette har direkte konsekvenser. Det siste året med betydelig mindre økning i ramma svarer i underkant av halvparten det samme. Ramma gir størst handlingsrom for de mellomstore og store kommunene, mindre for de små. Når det blir mindre penger i ramma, blir konkrete overføringer i kroner for de små kommunene så lave at det kan være vanskelig å skille ut i spesifikke innsatser eller bruke disse som grunnlag for prioritering av stillinger.

[10] Baserer seg på sosialhjelpsnøkkelen.

Kartleggingene av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) har også inkludert et spørsmål om hvorvidt midler kommunen har mottatt gjennom opptrappingsplanen, har blitt benyttet til formålet (Ose mfl. 2020:145). Dette spørsmålet henger ikke direkte sammen med overføringene i rammetilskudd, men er generelt formulert (se figur 4.5). Her ser vi at andelen som oppgir at midlene de har mottatt, er blitt benyttet til formålet i stor eller svært stor grad, var 46 prosent i 2018, 38 prosent i 2019 og 41 prosent i 2020. Tar vi med de som sier «i noen grad», er andelen 70 prosent i 2018 og 64 prosent i 2020. I hele denne perioden er det slik at jo større kommunen er, jo mer sannsynlig er det at de svarer at midlene har blitt benyttet til formålet (ibid.).

Figur 4.5 I hvilken grad har de økte midlene kommunen/bydelen har mottatt gjennom opptrappingsplan for rusfeltet, blitt benyttet til formålet? Prosent



Kilde: IS-24/8. Antall respondenter varierer noe for ulike år og ulike spørsmål, men for IS-24/8 ligger N på i overkant av 400 i 2016–2019 og i underkant av 300 i 2020.

Ifølge Helsedirektoratet rapporterer 84 prosent av kommunene at stillinger de har fått tilskudd til fra ordningen kommunalt rusarbeid, skal videreføres i ordinær drift i kommunen etter at tilskuddet avsluttes (Helsedirektoratet 2021). At det er en såpass høy andel, kan være en konsekvens av økende krav til egenfinansiering av stillingene i tilskuddsperioden og at de dermed «fases inn» i ordinær drift.

IS 24-8-kartleggingen hadde et mer generelt spørsmål om hvorvidt videreføring av den kapasitet og kompetanse som opptrappingsplanen har medført, er omtalt i kommunens planverk. 55 prosent av kommunene svarer ja på det, 24 prosent nei og 21 prosent vet ikke. Jo større kommunene er, jo større sannsynlighet er det for at de har omtalt planer for videreføring.

En samlet vurdering av den statlige økonomiske innsatsen for å fremme økt kapasitet på rusfeltet er at den slår relativt ulikt ut for store og små kommuner.

4.4 Kommunal variasjon

Gjennom hele evalueringsforløpet har vi påpekt at det er store kommunale variasjoner på rusfeltet. I statusrapport 4 påpekte vi uro for de mindre kommunene. I statsforvalternes sluttrapportering fra arbeidet med opptrappingsplanen er det flere embeter som påpeker en bekymring for manglende styrking av kapasitet og kompetanse i de mindre kommunene, og noen skriver at de vurderer at opptrappingsplanen har hatt best effekt for de mellomstore og større kommunene.

I forrige rapport viste vi at intervjuer i casekommunene underbygget den trenden som er vist i figur 4.1 og 4.3, veksten i både ressurser og kapasitetsøkning har avtatt.

Samtidig illustrerer de samme casekommunene en betydelig variasjon i utfordringsbildet i de elleve kommunene og to bydelene i Oslo. I noen av casekommunene er det fortsatt et stort behov for kapasitetsøkning i tjenestene og flere stillinger, mens andre kommuner vurderer at det primære behovet er faglig utvikling, innretting av tjenestene og organisering, mer enn eksplisitt kapasitetsøkning (Hansen mfl. 2020:35). I evalueringsperioden har vi også vist at i noen kommuner er det uro for at en presset kommuneøkonomi fører til at etablerte tilbud bygges ned, eller at tilbud utviklet ved hjelp av tilskuddsmidler ikke videreføres i ordinær drift. Vi har blant annet vist til at det er eksempler i opptrappingsperioden hvor den økonomiske situasjonen i kommuner har ført til reelle innsparinger på rusfeltet. Også i statsforvalternes sluttrapportering fra arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet er det uttrykt uro for opprettholdelse av tilbud framover uten fortsatt satsing.

Et eksempel på en oppsummering fra en av statsforvalterne er denne:

> «Opptrappingsplanen har ført til økning i kapasiteten i de kommunale tjenestene. Kapasitetsveksten har vært størst i tilbud til personer med omfattende og langvarig problematikk.
>
> Etablering av tverrfaglige oppfølgingsteam (FACT) er tilfredsstillende.
>
> Kommunene har tatt i bruk erfaringskompetanse, og tilbakemeldingsverktøy for innhenting av bruker erfaringer.
>
> Pakkeforløp rus og psykisk helse er ikke godt nok implementert i spesialisthelsetjenesten eller i kommunene.
>
> Finansieringsmodellen i opptrappingsplanen har i liten grad vært virkningsfull for de minste kommunene» (Rapportering fra statsforvalterne, 2021)

Et annet embete formulerer det slik:

> «Vi vurderer at Opptrappingsplanen for rusfeltet til en viss grad har bidratt til å styrke tilbudet til mennesker som er i ferd med eller har utviklet rusmiddelproblemer, samt deres pårørende. De fleste kommunene har i løpet av planperioden tilført feltet flere ressurser, samt økt fokus og til dels status. Mange har tatt i bruk ny kunnskap og nye arbeidsmåter. Flere kommuner har i planperioden hatt reduksjon i budsjett, noen oppgir opptrappingsplanen har skjermet feltet mot nedskjæringer. […]
>
> Statsforvalteren vil til slutt understreke at mye tyder på at det så langt er de største og mellomstore kommunene som har hatt høyest måloppnåelse. Det er fortsatt utfordringer å ta tak i på feltet, vi ser det som viktig at fokus på psykisk helse, rus- og voldsfeltet fortsetter» (Rapportering fra statsforvalterne 2021).

I statusrapport 4 tok vi også opp at vi foreløpig har lite informasjon om hvordan kommunesammenslåing påvirker tilbudet på rusfeltet. Blir gode tilbud utviklet i en kommune, videreført i den nye storkommunen? Vi viste til at casekommunen Fjell nå var blitt en del av Øygarden. Her var kommunens egne FACT-team ikke videreført i den nye kommunen, men samtidig var det prosesser for å opprette FACT-team i regi av DPS. Mottaks- og oppfølgingssenteret som var utviklet i Fjell, er videreført for den nye kommunen (Hansen mfl. 2020:36).

Som vist over har tilskuddsmidlene hatt stor betydning for utvikling av kapasitet i kommunene, men i betydelig mindre grad eller ikke i de små og mindre kommunene. Den samme indikasjonen på at eksisterende ordninger ikke treffer like godt behovene i små kommuner, finner man i evalueringen av Kompetanseløft 2020 (SINTEF, NIBR,

NUPI 2010). De peker på at Kompetanseløft 2020 har vært viktig, men trolig ikke tilstrekkelig for å bidra til rekruttering, stabilitet og kvalitet i helsetjenestene i distriktskommuner.

Flere rapporter peker i tillegg på ulike utfordringer når det gjelder størrelse og geografi. Både evaluering av Kompetanseløft 2020, statsforvalternes rapportering og IS-24/8-kartleggingen peker på at mindre kommuner og kommuner som ligger langt vekke fra etablerte fagmiljøer/byer, erfarer vansker med å rekruttere fagpersonell. For noen små kommuner er befolkningsgrunnlaget i tillegg så lavt at interkommunalt samarbeid om mer spesialiserte tjenester vurderes som nødvendig. I neste del undersøker vi nærmere om opptrappingsperioden har medført en styrking av kompetanse på rusfeltet.

4.5 Indikasjoner på at kompetansen er styrket

Det er indikasjoner på at kapasitetsøkning har vært fulgt av kompetanseheving i kommunene. De økonomiske virkemidlene har også vært innrettet mot å bidra til å styrke kompetansen på rusfeltet.

I siste statusrapport viste vi til at casestudiene i evalueringen og IS-24/8-kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid viser en styrking av kompetansen på rusfeltet. Det første handler om flere med helse- og sosialfaglig utdanning, med og uten videreutdanning, det andre om en betydelig kompetanseheving i form av økning av psykologer i sektoren. Det tredje, som vi ikke har andre datakilder for å belyse, er at flere kommuner påpeker at det er flere med helsefaglig kompetanse (somatikk, eksempelvis sykepleiere) i rusfeltet (Hansen mfl. 2020:38). I tillegg har vi i de tidligere statusrapportene og i forrige kapittel i denne rapporten vist at det har vært en betydelig faglig utvikling i perioden gjennom kurs og konferanser i regi av de regionale kompetansesentrene og statsforvalterne. I vurdering av kompetanseutvikling bør man også ta inn at det i mange kommuner har blitt implementert nye kunnskapsbaserte metoder på flere av målområdene i opptrappingsplanen. Dette kommer vi tilbake til under analyse av måloppnåelse innenfor de fem hovedmålene i planen.

Andelen kommuner som oppgir at de mener opptrappingsplanen for rusfeltet har hatt direkte konsekvenser for midler til kompetansehevende tiltak dette året (indikator 7), har ligget relativt lavt gjennom hele opptrappingsperioden. Andelen som mente dette var tilfelle, var høyest i 2018, hvor 27 prosent mente at dette var tilfelle, mens andelen var kun 19 prosent i 2019 og 2020. Dette må nok ses i sammenheng med at det var noe lavere overføring av frie midler begrunnet med opptrappingsplanen i 2019 og 2020 enn årene før, men også med at en del kompetansetiltak ikke knyttes direkte til opptrappingsplanen for rusfeltet, selv om det er relevant for tjenester innenfor feltet.

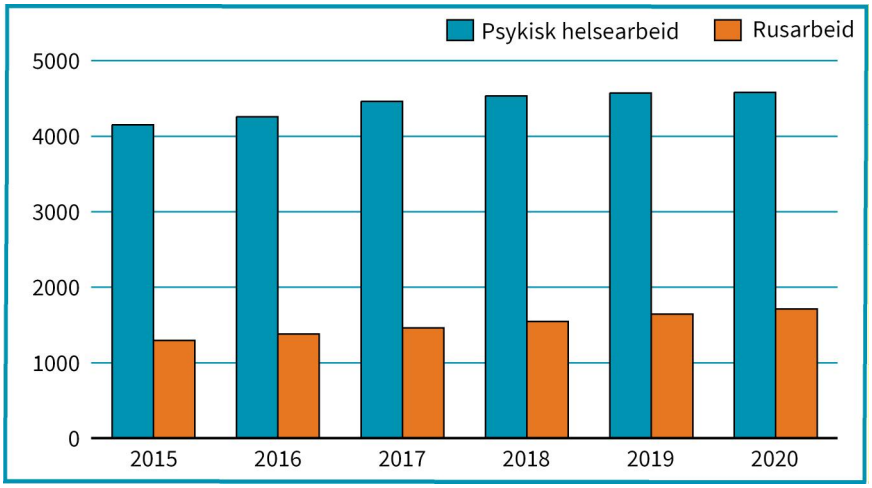
Vi viser her noen data som indikerer en betydelig styrking av kompetansen på rusfeltet i perioden.

KOSTRA-dataene viser styrkingen av antall årsverk med videreutdanningen i psykisk helsearbeid og rusarbeid som påpekt over. I figur 4.6 viser vi kommunenes rapportering i KOSTRA på vekst i årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Det har siden 2015 og fram til 2020 vært en positiv vekst på begge områder. Antall årsverk med videreutdanning innen psykisk helsearbeid er om lag det dobbelte av antall årsverk med videreutdanning innen rusarbeid, men veksten har vært sterkest

innen rusarbeid.[11] Dette illustrerer kanskje det flere casekommuner poengterer, rusfeltet i kommunene er fortsatt under utvikling.

Figur 4.6 Årsverk utført av personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid (helse og sosial) og årsverk utført av personer med videreutdanning i rusarbeid (helse og sosial).



Kilde: Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene – grunnlagstall. Dataene er hentet fra KOSTRA kommuneregnskap, KOSTRA bolig, KOSTRA sosialtjenesten og a-ordningen.

Kompetanseløft 2020 har som vist over inkludert betydelige midler til kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene, inkludert rus- og psykisk helsearbeid. I forbindelse med statsbudsjettet for 2021 lanserte regjeringen et nytt Kompetanseløft 2025, som også skal inkludere psykisk helse- og rusfeltet (jf. Prop. 1 S (2020–2021) Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. september 2020). I den forbindelse refereres det at om lag 2200 ansatte knyttet til rusfeltet og psykisk helse fullførte et kompetansetiltak i 2019. Evalueringen av Kompetanseløft 2020 viser en stor satsing på kompetanseheving i kommunene innen psykisk helse- og rusarbeid (SINTEF, NIBR, NIFU 2020). Det er særlig bidrag til fagskoleutdanninger innen psykisk helse- og rusarbeid, en del til kortere kurs og opplæringsprogrammer, men også master- og videreutdanninger på universitets- og høgskolenivå. Den mest populære videreutdanningen er lederutdanning, men ser man bort fra samlekategorien annen utdanning, følger psykisk helsearbeid og rus (ibid.).

En del av Kompetanseløft 2020 har også vært økning av antall psykologer i kommunene. Her har tilskuddsordningen til rekruttering av psykologer vært sentral. Ordningen ble avsluttet fra 2020 da lovkravet om kommunenes plikt til å ha psykologkompetanse trådte i kraft. Evalueringen av kompetanseløftet viser det også flere av statsforvalterne påpeker, at mange mindre kommuner strever med å rekruttere psykologkompetanse. Evalueringen viser dessuten at styrkingen av psykologkompetanse i kommunene foreløpig i begrenset grad har kommet innenfor rusfeltet (ibid.).

IS-24/8 har i 2020 inkludert spørsmål om rekrutteringsproblemer og viser at halvparten av kommunene vurderer at det er meget eller ganske utfordrende å rekruttere psykologer, og en tredel at det er vanskelig å rekruttere psykologspesialister. Det er også om lag en tredel som oppgir problemer med å rekruttere helsesykepleiere og sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid (Ose mfl. 2020).

[11] Veksten er marginalt lavere for begge indikatorer når man tar høyde for befolkningsveksten.

Forskning på rusfeltet

At det gjennomføres forskning innenfor området rus og avhengighet, har betydning for fagutvikling og kompetanseheving i sektoren. Dette er blant annet fulgt opp ved at 20 millioner kroner til Forskningsrådets program HELSEVEL var en del av den tverrdepartementale satsingen i 2017, jamfør tabell 4.2.

Tabell 4.1 viser samlede driftsutgifter til rusrelatert forskning ved helseforetakene (indikator 8). Utgiftene 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 de KoRus-ene som er organisert som deler av helseforetakene. Målingen dekker imidlertid ikke forskning eller kunnskapsgenerering som skjer ved andre institusjoner eller i kommunene. Det vil si at kunnskap generert ved evalueringer av spesifikke tiltak eller innsatser gjennomført på oppdrag fra kommuner eller eksempelvis direktorater eller departementer, ikke vil inngå. Slik kunnskap har også betydning for kunnskapsutviklingen i feltet. Målingen viser at det har vært en vekst fra 60 millioner kroner i 2016 til 85 millioner kroner i 2019. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) beregner denne aktiviteten annet hvert år, så data for 2020 er ikke tilgjengelig.[12]

4.6 Innsatsen innen spesialisthelsetjenesten

Opptrappingsplanen for rusfeltet inkluderte også et mål om styrking av innsatsen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Indikator 5 viser samlede kostnader til TSB, eksklusive pensjon, kapital og legemidler. Det har vært en forsiktig vekst i kostnader til TSB i løpet av årene 2017–2019 på 1,2 prosent per år, målt i 2020-NOK, men med en marginal nedgang fra 2018–2019. Data for 2020 er ikke tilgjengelig, men kostnadsutviklingen vil ventelig være påvirket av korona.

Det mest spesifikke målet var å videreføre «den gylne regel». Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal prioriteres sterkere enn somatisk sektor.

Målsettingen om «den gylne regel» er inkludert i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsbrev til de regionale helseforetakene[13]. Vi har definert indikator 6 for å få en indikasjon på hvorvidt den gylne regel innfris for området rus (TSB). Indikatoren er avgrenset til kostnadsutvikling og med utgangspunkt i alle regioner samlet (nasjonalt nivå). Dersom de regionale helseforetakenes samlede driftsutgifter til TSB justert for kostnader til pensjon, kapital og legemidler vokser raskere enn tilsvarende utgifter i somatikk samlet for alle de regionale helseforetakene, vil målingen av indikator 6 gi en verdi på over 1.[14] Vi har ikke oppdaterte tall for 2020 på denne indikatoren. Kostnadsveksten i TSB på nasjonalt nivå var høyere enn for somatikk i 2016, lavere i 2017, lik den for somatikk i 2018, og lavere i 2019. Samlet for perioden er kostnadsveksten for TSB på nasjonalt nivå ikke høyere enn for somatikk. «Den gylne regel» når det gjelder kostnader etterleves ikke på nasjonalt nivå for perioden samlet. Vurderingene er i tråd med Helsedirektoratets *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten* (Helsedirektoratet, IS-2957). Rapporten viser at grad av måloppnåelse på de ulike delmålene i den gylne regel varierer mellom de regionale helseforetakene,

[12] Denne omtalen er hentet fra statusrapport 4, Hansen mfl. 2020:40.
[13] I oppdragsbrevet defineres det at dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader og aktivitet.
[14] Teksten er i hovedsak hentet statusrapport 4, Hansen mfl. 2020:40.

men at ingen tilfredsstiller alle delmålene knyttet til den gylne regel i 2019. Når det gjelder kostnadsutvikling, er Helse Nord det eneste regionale helseforetaket som innfrir dette delmålet for området TSB i 2019 (Helsedirektoratet, IS-2957:30–32).

4.7 Vurderinger og anbefalinger

Analysene i dette kapitlet viser at det har vært kanalisert mye midler til rusfeltet og de ulike målområdene i opptrappingsperioden. Regjeringen har redegjort for at de har innfridd målet om en samlet opptrapping på 2,4 milliarder kroner i perioden 2016–2020. Som vist i analysene over er det krevende å ettergå hvorvidt hele veksten i de definerte tverrdepartementale satsingene (900 millioner av opptrappingen på 2,4 milliarder) representerer merbevilgninger til feltet som sådan. I tillegg til de 2,4 milliardene har det vært prioritert midler fra flere ulike tilskuddsordninger til å støtte opp under en utvikling i tråd med føringene i planen. Det har også vært økte midler til forskning på rusfeltet.

Vi finner at kanalisering av statlige midler har bidratt til å styrke det kommunale rusarbeidet, indikert ved en økning på lag 2600 årsverk (tilsvarende 4,4 prosent per år) i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid (basert på IS-24/8) og en økning på 400 millioner kroner i brutto driftsutgifter (3,4 prosent per år i kommunenes rapporterte utgifter til rus (basert på KOSTRA)).

En samlet analyse basert på ulike datakilder viser at de statlige økonomiske virkemidlene slår ulikt ut for store og små kommuner. Det er en betydelig kommunal variasjon i både bruk av statlige ressurser, kapasitetsvekst og kompetanseutvikling. Økt størrelse er gjennomgående synonymt med utvikling i tråd med føringene for ressursutvikling, kapasitet og kompetanseheving. Vi stiller derfor spørsmål om hvorvidt veksten i frie inntekter har vært tilstrekkelig til å føre til reelle satsinger i mindre kommuner. Det er også indikasjoner på at det er behov for å vurdere hvorvidt sentrale statlige tilskuddsmidler er innrettet slik at de møter utfordringsbildet og behov i små kommuner.

Når det gjelder ressursutviklingen i TSB, har det ikke vært mulig å registrere noen vesentlig opptrapping av ressurser. Samlet for perioden er kostnadsveksten for TSB på nasjonalt nivå ikke høyere enn for somatikk. Intensjonen om den gylne regel er ikke innfridd, selv om det kan være positiv måloppnåelse i enkelte regioner på noen av de tre delmålområdene som definerer denne regelen i perioden (kostnader, ventetid, aktivitet). I 2019 var Helse Nord de eneste som innfridde den gylne regel for delmålet kostnadsutvikling. Data for 2020 foreligger ikke p.t.

I evalueringen har vi særlig oppmerksomhet om utviklingen i kommunene. Analysene viser en styrking av kompetansen på rusfeltet i kommunene i opptrappingsperioden. Det har vært vekst i antall årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunal sektor (basert på KOSTRA). Rapporteringen fra Kompetanseløft 2020 viser en økning i ansatte som har gjennomført kompetansetiltak. Det har vært en betydelig økning i antall psykologer i sektoren, selv om det fortsatt er få psykologer innenfor rusfeltet. Casestudiene i kommunene viser også faglig utvikling i tjenestene og vektlegging av implementering av kunnskapsbaserte metoder. Det er ikke mulig å isolere virkningen av statlige virkemidler kanalisert som direkte følge av opptrappingsplanen fra andre statlige virkemidler på området. Utviklingen av kapasitet og kompetanse innenfor de ulike målområdene i opptrappingsplanen vil få mer oppmerksomhet i de følgende kapitlene.

5 Bruker- og pårørendeinvolvering

Hovedmål 1 i opptrappingsplanen er «Reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet». Vi har operasjonalisert dette målområdet til å dreie seg om bruker- og pårørendeinvolvering. Det er snakk om å tilrettelegge for og praktisere brukermedvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå.

Følgende «regjeringen vil»-punkter presiserer hva regjeringen ønsker å oppnå i perioden for dette målområdet:

- Styrke brukermedvirkning på systemnivå ved økt bruk av personer med erfaringskompetanse og systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner (1)
- Legge til rette for aktive bruker- og pårørendeorganisasjoner (2)
- Vurdere å innføre plikt om at helse- og omsorgstjenesten i kommunen har barneansvarlig personell, jamfør spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a (33)
- Innføre ordningen med fritt behandlingsvalg (36) (innført fra november 2015)
- Bidra til at flere kommuner etablerer brukerstyrte sentre/tiltak i samarbeid med brukerorganisasjonene (64)
- Sikre brukermedvirkning ved bosetting og ved utformingen av tjenestetilbudet for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer (68)
- Opprette brukerstyrte senger i alle helseregioner (69)
- Legge til rette for at alle rusavhengige får en individuell plan og oppfølging av koordinator (71)

Økt (eller reell) brukerinnflytelse er en overordnet ambisjon som gir retning for innsatsen på alle de tre innsatsområdene i planen (forebygging, behandling og oppfølging) og de øvrige målområdene. Dette gjenspeiler seg i «regjeringen vil»-punktene som kan knyttes til dette området, men hvor flere av punktene også kan sies å være relevante for andre målområder.

I evalueringsperioden har vi vist utvikling på 15 indikatorer for dette området. Indikatorene viser utvikling i innsats for å fremme brukerinvolvering, aktiviteter for å fremme bedre bruker- og pårørendemedvirkning og resultater i form av vurdering av hvorvidt tjenestene sikrer brukermedvirkning og ivaretakelse av brukere og pårørendes behov.

Vi har tidligere vist at mange kommuner har hatt stor oppmerksomhet om dette målområdet. I tabell 5.1 ser vi bevegelse i retning større måloppnåelse på noen av områdene, men også at bildet er sammensatt.

Tabell 5.1 Femte måling av indikatorer knyttet til hovedmål 1.

#		Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	Endring per år: 2019–2020	Endring per år: 2016–2020[1]
25	**Innsats**	Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene for voksne har brukererfaring	IS-24/8	N/A	23 %	24 %	27 %	37%	10,0 %-poeng	4,7 %-poeng (*)
26		Andel kommuner/bydeler som oppgir at noen av årsverkene for barn og unge har brukererfaring	IS-24/8	N/A	3 %	3 %	4 %	6,1 %	2,2 %-poeng	1,0 %-poeng (–)
27	**Aktivitet**	Andel kommuner som har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 md. som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.)	IS-24/8	42 %	44 %	44 %	42 %	49%	7,0 %-poeng	1,8 %-poeng (–)
28		Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfredse med sin individuelle plan (gitt at de har en)	BU	N/A	44 %	N/A	40 %	46%	6,3 %-poeng	0,8 %-poeng (–)
29		Andel brukere som i stor eller svært stor grad er tilfredse med sin ansvarsgruppe (gitt at de har en)	BU	N/A	52 %	N/A	51 %	56%	5,3 %-poeng	1,4 %-poeng (–)
30		Andel brukere med planer og/eller ansvarsgrupper (omfatter individuell plan, kriseplan, nettverksmøter, tiltaksplaner / andre planer og ansvarsgruppe)	BP	66 %	64 %	65 %	64 %	N/A	N/A	-0,7 %-poeng (*)
30rev		Andel brukere med planer og/eller ansvarsgrupper (omfatter individuell plan, kriseplan, nettverksmøter, tiltaksplaner / andre planer og ansvarsgruppe). Ekskl. NAV og barnevern	BP	N/A	66 %	N/A	N/A	68 %	N/A	0,7 %-poeng (*)
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	N/A	67 %	69 %	72 %	77 %	5,0 %-poeng	3,3 %-poeng (*)
32		Andel kommuner som i stor eller svært stor grad vurderer at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet	IS-24/8	N/A	N/A	37 %	44 %	27 %	-17,0 %-poeng	-5,0 %-poeng (*)
33		Andel kommuner som svarer at de ivaretar voksne som pårørende for voksne brukere med rusmiddelproblemer på en god eller svært god måte	IS-24/8	N/A	39 %	44 %	41 %	46 %	5,0 %-poeng	2,3 %-poeng (–)
34		Andel kommuner som svarer at de ivaretar barn som pårørende for foresatte med rusmiddelproblemer på en god eller svært god måte	IS-24/8	N/A	43 %	45 %	47 %	46 %	-1,0 %-poeng	1,0 %-poeng (–)
35		Andel brukere som i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet	BU	N/A	36 %	N/A	49 %	52 %	3,3 %-poeng	5,4 %-poeng (*)
36		Andel brukere som i stor grad opplever at de får den hjelpen de trenger	BU	N/A	42 %	N/A	55 %	63 %	7,8 %-poeng	6,9 %-poeng (*)
37		Andel pasienter i TSB som rapporterer at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på behandlingen	TSB[2]	N/A	56 %	N/A	N/A	69 %	N/A	4,3 %-poeng (*)
38		Andel pasienter i TSB som rapporterer at de i stor eller svært stor grad opplever et godt samarbeid mellom personalet i TSB og pårørende	TSB	N/A	33 %	N/A	N/A	49 %	N/A	5,3 %-poeng (*)

[1]Endring per år fra første til siste måling. For de fleste indikatorer vil perioden være 2016–2020, men for enkelte indikatorer vil 2017 være første år og/eller 2019 siste år. Det vises ellers til øvrige kolonner for hvilke år data er tilgjengelig. Endring over tid er beregnet til endring per år målt i prosent eller prosentpoeng per år fra første til siste måling. (*) angir at forskjellen er statistisk signifikant, (–) angir at forskjellen ikke er statistisk signifikant.

[2] Pasienters erfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er en kartlegging som gjennomføres av Folkehelseinstituttet. Alle offentlige døgninstitusjoner og private døgninstitusjoner som har avtaler med RHF-ene, er inkludert i undersøkelsen. Rene avrusningsenheter ekskluderes. Undersøkelsen omfatter voksne pasienter 16 år og eldre som har hatt døgnopphold. Faglig ansvarlig har mulighet til å ekskludere pasienter ut fra særlige menneskelige hensyn. I 2017 ble undersøkelsen gjennomført som en tverrsnittsundersøkelse og papirbasert. I 2020 er undersøkelsen gjennomført løpende. I forrige rapport ble 2019-tall presentert, men som i realiteten var data for 1. kvartal 2020. I denne rapporten har vi tatt 2019-tall ut og rapportert på nasjonale data for hele 2020.

Fra tabellen kan vi identifisere noen hovedtrekk:

- Det har vært en sterk økning i kommunenes egen vurdering av hvorvidt de arbeider såkalt recovery-orientert (vekt på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus)[15].
- Det har vært en økning i andel brukere som vurderer at de har hatt innflytelse på eget tjenestetilbud, og andel som opplever at de får den hjelpen de trenger. Mer enn halvparten av brukerne opplever nå at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på eget tjenestetilbud, en økning på 5,3 prosentpoeng fra første måling i 2017. Mer enn 6 av 10 mener de får den hjelpen de trenger, en økning på 6,9 prosent.
- Innen TSB er det en større andel av pasientene som rapporterer at de har hatt innflytelse på behandlingen, fra under 60 prosent i 2017 til nær 70 prosent i 2020.
- Andelen brukere som har individuell plan, ansvarsgrupper eller andre former for planverk eller struktur for brukermedvirkning og oversikt over eget tjenestetilbud, har ligget stabilt mellom 65 og 68 prosent. Forskjellen er ikke statistisk signifikant.
- Nær halvparten av kommunene oppgir at de har innhentet brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring i tjenestene i løpet av det siste året, en beskjeden økning. Forskjellen er dog ikke statistisk signifikant.
- Nær 40 prosent av kommunene oppgir nå at noen av årsverkene i tjenestene for voksne har brukererfaring/erfaringskompetanse. En betydelig økning fra 2016 hvor kun 23 prosent oppga det samme. Det har ikke vært samme utvikling i tjenestene for barn og unge.
- Det er i underkant av halvparten av kommunene som vurderer at de sikrer barn og voksne pårørende på en god måte, en beskjeden, men ikke statistisk signifikant endring i perioden.
- Nær halvparten av pasientene i TSB rapporterer om et godt samarbeid mellom personale og pårørende, en signifikant økning på 5,3 prosentpoeng per år i perioden.
- Kun 27 prosent av kommunene vurderer selv at de i stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsearbeid, en signifikant nedgang på 5 prosentpoeng per år i perioden.

Tilgjengelige data indikerer en betydelig utvikling når det gjelder brukermedvirkning på individnivå, mens utviklingen er mer beskjeden på tjeneste- og systemnivå.

I en nettartikkel om brukermedvirkning poengterer Helsedirektoratet at brukermedvirkning ikke er noe tjenestene (eller kommuner og helseforetak) kan velge, det er en lovfestet rettighet (Helsedirektoratet 2017). Brukermedvirkning både på individ-, tjeneste- og systemnivå er regulert i lovverket. Brukermedvirkning er også et viktig prinsipp i faglige føringer innenfor rus- og psykisk helsearbeid. I veilederen om lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet 2014), er det en sentral anbefaling at tjenestene organiseres og utformes i et bruker-

[15] Forklaring hentet fra Ose & Kaspersen 2017:80, referert første gang i Hansen mfl. 2018b:60.

og mestringsperspektiv. Første punkt i veilederen er at «Brukeren skal være viktigste aktør», og under dette utdypes det blant annet at «Økt brukerinnflytelse fordrer at alle tjenester og utøvere har en systematisk tilnærming til samarbeidet med brukeren, både i den enkeltes behandling / bedringsprosess og i utvikling av helse- og omsorgstjenestene» (ibid.:11).

I den videre analysen av dette målområdet vil vi dele det inn i brukermedvirkning på 1) individnivå og 2) tjeneste- og systemnivå. Under brukermedvirkning på individnivå behandler vi også målet om bedre ivaretakelse av barn og voksne som pårørende.

5.1 Brukermedvirkning på individnivå

Brukermedvirkning på individnivå viser til at brukere, altså personer som nyttiggjør seg ulike tjenester, har rett til å medvirke i valg og utforming av eget tjenestetilbud. Dette reguleres i lov om pasient- og brukerrettigheter.

Det er fire «regjeringen vil»-punkter som går direkte inn på brukermedvirkning på individnivå. To av dem gjelder de kommunale tjenestene: å sikre brukermedvirkning ved bosetting og ved utformingen av tjenestetilbudet for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer, og å legge til rette for at alle rusavhengige får en individuell plan (IP) og oppfølging av koordinator. Målet om IP gjelder også for spesialisthelsetjenesten. For spesialisthelsetjenesten er det i tillegg to «regjeringen vil»-punkter om å bidra til større brukerinnflytelse: å innføre ordningen med fritt behandlingsvalg og å opprette brukerstyrte senger i alle regioner. Fritt behandlingsvalgt innenfor TSB ble innført i 2015. Brukerstyrte senger er ifølge rapporter fra de regionale helseforetakene opprettet i alle regioner (Helsedirektoratet 2021). Vi kommer tilbake til brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten, men starter med å se på utviklingen i kommunene.

Vi har ikke objektive data som kan belyse i hvilken grad tjenestene praktiserer brukermedvirkning på individnivå, men data samlet inn gjennom evalueringen indikerer at det har vært en utvikling i retning større brukerorientering i tjenestene innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. I de tidligere statusrapportene har vi vist at casekommunene ofte tar opp at de har jobbet med å utvikle en sterkere brukerorientering i tjenestene og med å gi tjenester på brukerens premisser og tilpasset brukerens behov (Hansen mfl. 2020:51). Krav til brukermedvirkning er innarbeidet i tilskuddsordninger på psykisk helse- og rusfeltet og følges opp i tilskuddsforvaltning. Brukermedvirkning kan belyses fra et tjenesteperspektiv og et brukerperspektiv. I kartleggingen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for 2020 var det inkludert et spørsmål om hvorvidt kommunene vurderer at de sikrer brukermedvirkning på individ- og systemnivå. Nær åtte av ti kommuner[16] svarer at de i svært stor eller stor grad sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå) (Ose mfl. 2020:19). Sett fra tjenestene (kommunens) perspektiv er det innarbeidet praksiser som ivaretar brukermedvirkning i samhandlingen med tjenestemottakere.

Recovery og brukerinnflytelse

I evalueringsperioden har vi sett at mange knyttet brukerorientering i tjenestene til det å arbeide etter prinsippene i recovery eller det å ha recovery-orienterte tjenester (Hansen mfl. 2018b:60–62). Sentrale elementer i recovery er å ha oppmerksomhet om bedring, myndiggjøring og mestring. Bedring er både en sosial og en personlig

[16] 78 prosent

prosess, og målet er at hver enkelt skal kunne leve et meningsfylt liv til tross for begrensninger som følge av ulike problemer i livet. Tjenestene skal støtte den enkeltes bedringsprosesser ut fra deres egne premisser (Helsedirektoratet 2014). I veilederen for lokalt psykisk helse- og rusarbeid, *Sammen om mestring*, står det blant annet dette om recovery som faglig perspektiv:

> «Recoveryperspektivet legger til grunn at tjenesteutøveren anser brukeren som ekspert på seg selv og formidler tro på at han eller hun kan utvikle seg og få et bedre liv. Relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver må preges av likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit. Tjenesteutøveren må bistå brukeren i å utvikle ferdigheter, nettverk og støtte, slik at hun eller han kan ta mest mulig ansvar for eget liv.» (Helsedirektoratet 2014:32)

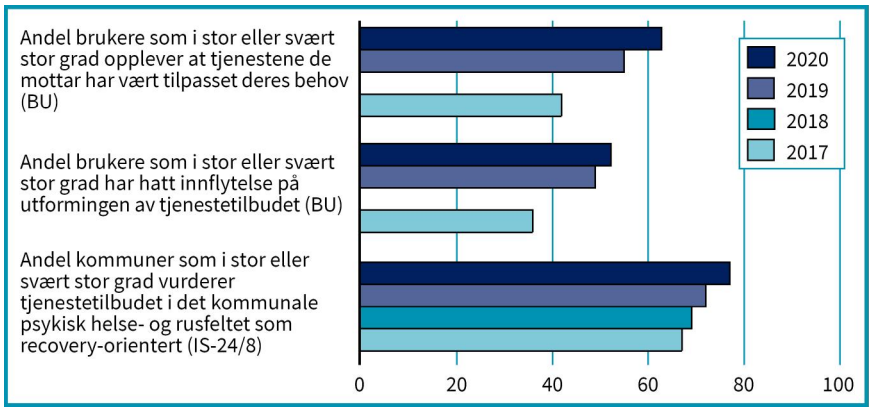
I tidligere statusrapporter har vi påpekt at det kanskje er noe ulik forståelse av hva det vil si å jobbe recovery-orientert. Noen kommuner har vedtatt at dette perspektivet skal ligge til grunn for tjenestene på rus- og psykisk helsefeltet, men sier at det tar tid å operasjonalisere hva dette innebærer, og innarbeide tilnærmingen i praksisen. Recovery-orientert praksis forutsetter arbeid med kultur og verdier i tjenestene, metodikk i møte med brukerne og det å bidra til å støtte den enkeltes bedringsprosesser (Hansen mfl. 2020:53–55). I evalueringen har vi vist til at flere kompetansesentre og statsforvaltere har vært aktive i å bidra til utvikling av recovery i tjenestene innenfor psykisk helse og rus. Det har blant annet vært initiert kommunenettverk om dette flere steder. Dette prinsippet er også svært sentralt innenfor modellen Housing First, som etter hvert er prøvd ut i flere kommuner for bosetting og oppfølging av personer med rusmiddel- og psykiske helseproblemer (Hansen 2018, 2021). Utvikling av tjenester etter denne modellen har også vært prioritert i tildeling av tilskuddsmidler i perioden. I evalueringen har vi vist til at to av casekommunene har utviklet egne recovery-kurs eller undervisningsopplegg for brukere for å styrke deres eierskap til egen bedringsprosess. Dette er tilbudet Recovery college i Karmøy (Hansen mfl. 2019:33) og Recovery is up to you i Sandnes (Hansen mfl. 2018b:61–62). Recovery forutsetter at brukeren involveres og har innflytelse på eget tjenestetilbud.

Hva vet vi om hvorvidt brukerne selv erfarer at de har innflytelse på eget tjenestetilbud? Brukertilfredshetsundersøkelsen gjennomført av KoRus Midt i 2017, 2019 og 2021 gir oss et innblikk i brukernes opplevelse av innflytelse over eget tjenestetilbud. I figur 5.1 viser vi utviklingen i andel kommuner som jobber recovery-orientert, og brukernes vurdering av innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud og hvorvidt tjenestene de mottar, er tilpasset deres behov.

Det har vært en betydelig økning i andel kommuner som oppgir at de i stor eller svært stor grad vurderer tjenestetilbudet som recovery-orientert. Vi er om lag på samme nivå som andel kommuner som oppgir at de sikrer brukermedvirkning på individnivå, nær åtte av ti kommuner (jf. innledningsvis i 4.1). Det har også vært en økning fra 36 til 52 prosent av brukere som opplever at de i stor eller svært stor grad har innflytelse på eget tjenestetilbud, og som vurderer tjenestene de mottar, som tilpasset deres behov. Det er med andre ord sterke indikasjoner på at det skjer en utvikling i praksis i kommunene. Likevel er det som figuren illustrerer, fortsatt et relativt stor sprik mellom andel kommuner som sier de arbeider recovery-orientert i stor eller svært stor grad, og brukernes vurderinger av innflytelse. Litt mer enn halvparten av brukerne vurderer å i stor grad ha innflytelse, en høyere andel at tjenestetilbudet er tilpasset deres behov. I siste statusrapport refererte vi også til at de kvalitative dataene fra Brukertilfredshetsundersøkelsen viste betydningen av relasjon til tjenesteutøver, av hvordan de er blitt møtt, lyttet til og anerkjent i møte med tjenesteapparatet

(Hansen mfl. 2020:54–55; KoRus Midt 2020a, b). Særlig for eldre brukere hadde relasjon til tjenesteutøver betydning for om de klarte å nyttiggjøre seg tjenestetilbudet. Eldre brukere erfarte i mindre grad enn de yngre at de fikk medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud, at de ble lyttet til og anerkjent i møte med tjenestene. De yngre opplevde at de i større grad fikk medvirke, velge mellom ulike tilbud og behandlingsopplegg og eksempelvis være med og bestemme mål i egen tiltaksplan (ibid.).

Figur 5.1 Andel kommuner som mener de arbeider recovery-orientert (indikator 31), brukernes vurdering av egen innflytelse (indikator 35) og brukere som opplever at tjenestene de mottar, er tilpasset deres behov (indikator 36). Prosent.[1]



Kilde: IS-24/8 og BrukerPlan (BP). Antall respondenter varierer noe for ulike år og ulike spørsmål, men for IS-24/8 ligger *N* på i overkant av 400 i 2016–2019 og i underkant av 300 i 2020. Antall respondenter i Brukertilfredshetsundersøkelsen lå på i underkant av 500 i 2017 og i overkant av 1300 i 2019.

[1] Brukererfaringsundersøkelse (BU) ble ikke gjennomført i 2017 og 2019. Data for 2021 er gjort tilgjengelig for evalueringsteamet. Endelig rapportering vil skje høsten 2021.

Når det gjelder hvorvidt tjenestene er tilpasset eget behov, så synliggjør de kvalitative intervjuene at brukerne savner oppfølging og tilbud som dreier seg om sosialt nettverk og aktivitet. Eldre etterspør hjelp til aktivitet for å hindre ensomhet og få et bedre sosialt nettverk. Unge framhever udekkede behov når det gjelder oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten. De tar opp at ansatte mangler innsikt i unges livssituasjon, og at det mangler aktiviseringstiltak. I KoRus-analyse av forbedringspunkter som følge av studien peker de på oppfølging etter rusbehandling og støtte til individuelle bedringsprosesser. For unge blir det framhevet at de kan ha behov for særlig hjelp til å etablere seg og skaffe seg jobb, førerkort og bolig (KoRus Midt-Norge 2020b:69). Dette illustrerer at det å jobbe recovery-orientert er noe som handler om mer enn brukerorientering i tjenestene, det handler også om innretting av tjenestetilbud som bidrar til å støtte den enkeltes bedringsprosesser og livskvalitet. Vi kommer tilbake til dette i drøftelsene av hovedmål 4 om en aktiv og meningsfylt tilværelse.

Individuell plan og systemer for samarbeid med bruker

Opptrappingsplanen inkluderer et eget «regjeringen vil»-punkt om å legge til rette for at alle rusmiddelavhengige får en individuell plan (IP) og oppfølging av koordinator. Individuell plan er et virkemiddel for et individuelt tilpasset, helhetlig og koordinert tjenestetilbud. IP skal ivareta den enkeltes rett til medvirkning i utforming av

eget tjenestetilbud. Rett til individuell plan er regulert både i helse- og omsorgstjenesteloven og i lov om sosiale tjenester i NAV. Også spesialisthelsetjenesteloven og lov om psykisk helsevern regulerer rett til individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

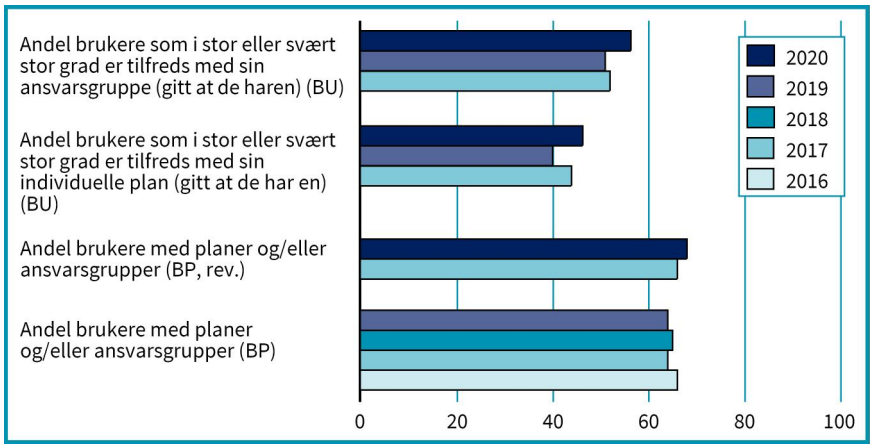
I evalueringen har vi fulgt utviklingen i andel brukere som har organisert systematikk rundt eget tjenestetilbud og samarbeid med tjenesteapparatet (indikator 30). Indikatoren inkluderer både individuell plan, ansvarsgrupper, kriseplaner og nettverksmøter. Vi har fulgt utviklingen i alle formene fordi det er kjent at relativt få har individuell plan, men at det benyttes en rekke andre former for systematisering (og koordinering) av samarbeid mellom bruker og ulike tjenester. Ansvarsgrupper er betydelig mer utbredt enn IP. Data er hentet fra BrukerPlan-kartleggingene, og som redegjort for i kapittel 2 utelukker årets BrukerPlan-kartlegginger data fra NAV og barnevern. Det vil si at det i hovedsak er helse- og omsorgstjenestene som har kartlagt i 2020. Ser man nærmere på andelen kartlagt i 2019 som har IP, og andelen kartlagt i 2020 (mindre utvalg), er likevel hovedbildet det samme. En svært liten andel har IP. Av alle kartlagte med rusmiddelproblemer i 2019 hadde 12 prosent IP. Det må tas inn i betraktningen at ikke alle med rusmiddelproblemer nødvendigvis har behov for IP. IP er et virkemiddel for de med behov for langvarige og koordinerte helse. Innenfor denne samlekategorien ser man at i undergruppen med «kun» rusproblemer er det 10 prosent som har IP, mens i undergruppen som må antas å ha mer sammensatte og alvorlige problemer, de med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse (alvorlig ROP), er det heller ikke mer enn 14 prosent som har IP (Helse Stavanger 2020:36). I utvalget kartlagt i 2020 er bildet det samme: Av alle med rusproblemer har 11 prosent IP, mens av de med alvorlig ROP er det 14 prosent (Helse Stavanger 2021:32). Det er med andre ord lite utbredt med bruk av IP i de kommunale tjenestene selv overfor brukergrupper med sammensatte problemer. Det er likevel slik at en stor andel av brukerne har en form for planverk eller ansvarsgrupper.

I figur 5.2 viser vi utviklingen i perioden fram til og med 2019 for opprinnelig utvalg i BrukerPlan-kartleggingen når det gjelder andel brukere med noen form for planverk eller ansvarsgrupper. I tillegg viser vi utviklingen for revidert utvalg i 2020 fra 2017 til 2020. I denne figuren ser vi også basert på Brukertilfredshetsundersøkelsen hvor stor andel av brukerne som har IP og ansvarsgruppe som i stor eller svært stor grad er fornøyd med denne. Figuren illustrerer noe av utfordringen med disse virkemidlene.

Det har vært en betydelig økning i andel kommuner som oppgir at de i stor eller svært stor grad vurderer tjenestetilbudet som recovery-orientert. Vi er om lag på samme nivå som andel kommuner som oppgir at de sikrer brukermedvirkning på individnivå, nær åtte av ti kommuner (jf. innledningsvis i 4.1). Det har også vært en økning fra 36 til 52 prosent av brukere som opplever at de i stor eller svært stor grad har innflytelse på eget tjenestetilbud, og som vurderer tjenestene de mottar, som tilpasset deres behov. Det er med andre ord sterke indikasjoner på at det skjer en utvikling i praksis i kommunene. Likevel er det som figuren illustrerer, fortsatt et relativt stor sprik mellom andel kommuner som sier de arbeider recovery-orientert i stor eller svært stor grad, og brukernes vurderinger av innflytelse. Litt mer enn halvparten av brukerne vurderer å i stor grad ha innflytelse, en høyere andel at tjenestetilbudet er tilpasset deres behov. I siste statusrapport refererte vi også til at de kvalitative dataene fra Brukertilfredshetsundersøkelsen viste betydningen av relasjon til tjenesteutøver, av hvordan de er blitt møtt, lyttet til og anerkjent i møte med tjenesteapparatet (Hansen mfl. 2020:54–55; KoRus Midt 2020a, b). Særlig for eldre brukere hadde relasjon til tjenesteutøver betydning for om de klarte å nyttiggjøre seg tjenestetilbudet.

Eldre brukere erfarte i mindre grad enn de yngre at de fikk medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud, at de ble lyttet til og anerkjent i møte med tjenestene. De yngre opplevde at de i større grad fikk medvirke, velge mellom ulike tilbud og behandlingsopplegg og eksempelvis være med og bestemme mål i egen tiltaksplan (ibid.).

Figur 5.2 Andel brukere med planer og/eller ansvarsgrupper (indikator 30)[1] – og brukernes vurdering av dette virkemiddelet (ind. 28 og 29). Prosent.



Kilde: BrukerPlan (BP) og Brukertilfredshetsundersøkelsen (BU). Endret utvalg for BP i 2020 gjør at vi ikke kan vise utvikling til og med 2020 for samme utvalg som tidligere. Vi viser tidligere tidsserie etter gammelt utvalg og 2017 og 2020 for utvalget uten brukere av NAV og barnevern (jf. kapittel 2). BU er gjennomført i 2017, 2019 og 2020.

[1] Omfatter individuell plan, kriseplan, nettverksmøter, tiltaksplaner / andre planer og ansvarsgruppe

Vi finner ikke at det har vært en statistisk signifikant endring i andel brukere med en form for plan eller ansvarsgruppe i løpet av opptrappingsperioden. For det endrede utvalget i BrukerPlan (uten kartlegginger i NAV/barnevern) er andelen med en form for planverk marginalt høyere. Vi har allerede vist til at andelen med IP er lav i begge utvalgene. Går vi inn i tallene, er det i det nye utvalget for 2020 42 prosent av alle med rusmiddelproblemer som har ansvarsgruppe, mens andelen i 2019 for et utvalg med tall fra NAV og barnevern var 40 prosent. Noe av utfordringen med disse virkemidlene ser ut til å være at de i liten grad vurderes å fungere godt for mange av brukerne. Den siste brukertilfredshetsundersøkelsen viser samtidig at det er en noe høyere andel av de med IP som er fornøyd med denne, men likevel kun i underkant av halvparten. En noe høyere andel av de som har ansvarsgruppe, er tilfredse med denne.

I siste statusrapport viste vi til at en kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid gjennomført av Pasient- og brukerombudene i 2019 og de kvalitative studiene som er del av Brukertilfredshetsundersøkelsen, belyser noe av årsaken til dette bildet (Hansen mfl. 2020:52). Det viser blant annet at det er brukere som ser nytten av individuell plan, men sier nei fordi de mener den ikke fungerer etter hensikten. Noe av det som viser seg å kunne være et problem, er

- manglende systematikk for oppdatering og evaluering av planen
- at tiltak ikke blir fulgt opp i praksis
- at planen ikke blir brukt eller fulgt opp av involverte instanser
- at samarbeidet med koordinator for planen ikke fungerer godt nok
- at kommunene kan være tilbakeholdne med å tilby IP (ibid.)

Det kan være grunnlag for å se nærmere på bruk av IP på rusfeltet og hvordan man kan tilrettelegge for at dette virkemiddelet kan funger etter hensikten.

Brukermedvirkning på individnivå i spesialisthelsetjenesten

Et av «regjeringen vil»-punktene er innføring av fritt behandlingsvalg. Fritt behandlingsvalg ble innført i 2015, og punktet må vurderes som innfridd. Fritt behandlingsvalg gir brukere som er innvilget rett til utredning eller behandling, større mulighet for å velge behandlingssted (offentlige behandlingssteder, private med avtale og private som er godkjent av Helfo). Det har vært en betydelig vekst i antall pasienter som mottok tjenester i godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalgt innen TSB, fra 157 pasienter i 2016 til 562 i 2020 (Helsedirektoratet 2021b:15). Pasienterfaringsundersøkelsen viser at i 2020 oppgir 60 prosent av pasientene at de har vært med på å velge behandlingen de mottar, i stor eller svært stor grad (FHI 2021:8).

Fra pasienterfaringsundersøkelsen henter vi også data til indikator 37, om pasienter i TSB sin vurdering av innflytelse på egen behandling. I 2020 oppgir 69 prosent at de har hatt innflytelse på behandlingen i stor eller svært stor grad, en økning på 4,3 prosentpoeng fra 2017.

Vi har ikke en egen indikator for bruk av IP i TSB, men pasienterfaringsundersøkelsen viser at andelen brukere med IP her er betydelig høyere enn i kommunene. 67 prosent av pasientene i døgnbehandling innenfor TSB har IP, og 67 prosent er tilfredse med denne i stor eller svært stor grad (FHI 2021:14). Det kan være mange årsaker til dette. En klar årsak er at brukeren er inne i et behandlingsløp, og det er utviklet systemer med bruk av IP for støtte i prosessen.

Fra januar 2019 ble det innført pakkeforløp for psykisk helse og rus. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet er et av målene med pakkeforløpet. I vår kom den andre rapporten fra en evaluering av pakkeforløpene (Ådnanes, Høiseth, Magnussen, Thaulow & Kaspersen 2021). Denne inkluderte blant annet en brukerstudie med 59 deltakere, men kun 20 fra TSB. Likevel gir rapporten indikasjoner på at det kan være utfordringer med å gi tilstrekkelig informasjon om pakkeforløp, informasjon om behandlingsmetoder og behandlingstiltak og involvering av pasienter i utarbeiding av egen behandlingsplan (ibid.:30–34). Analysene av brukerstudien viser at det kan se ut til at det legges større vekt på å utarbeide en behandlingsplan sammen med brukeren under døgninnleggelse enn under poliklinisk behandling. I rapporten henvises det spesifikt som eksempel til en av deltakerne i studien fra TSB som fortalte at han aldri ville fulgt en plan dersom han ikke følte at han hadde eierskap til den, og at det å ha en plan å forholde seg til gir en opplevelse av å ha kontroll og er noe som gjør ting mer forutsigbart (ibid.:33). Brukerstudien påpekte for øvrig at deltakerne mente det kunne være viktig å ha mulighet for å gi tilbakemelding på behandlingen, men at det kan være vanskelig om man ikke er tilstrekkelig trygg på at dette ikke medfører en risiko for negative konsekvenser (ibid.:36). Disse kvalitative dataene gir grunnlag for refleksjon om praktisering av brukermedvirkning i pakkeforløpene, selv om utvalget fra TSB er svært lite. Intervjuene med ledere og behandlere viser at mange gir uttrykk for at det har skjedd en utvikling både på systemnivå og blant behandlere når det gjelder brukerinvolvering. Utviklingen er ikke noe som knyttes spesifikt til pakkeforløp, men den generelle utviklingen de siste årene (ibid.:11).

Indikator 38 handler om pasienter i TSB sin vurdering av personalets samarbeid med pårørende. Dataene er hentet fra pasienterfaringsundersøkelsen og indikerer bedring i perioden. Nær halvparten rapporterer at de i stor eller svært stor grad opplever et godt samarbeid mellom personalet i TSB og pårørende. Det er en økning på

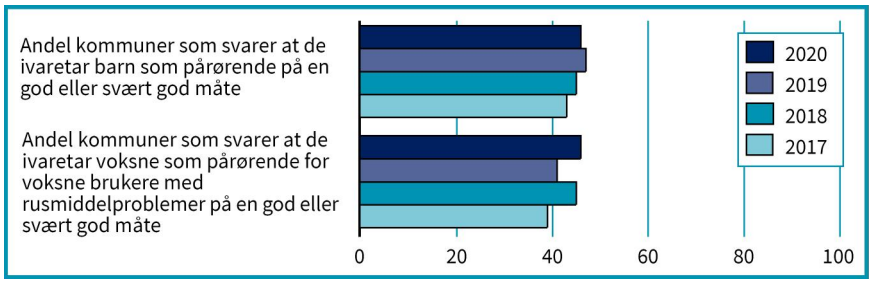
5,3 prosentpoeng per år i perioden. Det er samtidig under halvdelen av pasientene og indikerer et område med fortsatt behov for økt oppmerksomhet.

Ivaretakelse av pårørende

Hovedmål 1 i opptrappingsplanen inkluderer også involvering og ivaretakelse av pårørende, herunder barn som pårørende. I evalueringsperioden har vi i flere av statusrapportene vist at det er behov for økt oppmerksomhet på dette området. Flere av casekommunene har tatt opp at de har få tilbud. I siste statusrapport viste vi at det likevel er initiativer og utviklingsprosesser flere steder knyttet til samarbeid med pårørende (Hansen mfl. 2020:56–58). Blant annet viste vi at det er utviklet en egen Oslo-standard for pårørendearbeid. Vi nevner dette her fordi veilederen også tar opp noen av de dilemmaene som er forbundet med pårørendesamarbeid, som ivaretakelse av pårørende dersom bruker ikke ønsker at det skal være kontakt eller involvering av pårørende, eller dersom dette ikke vurderes å være en ressurs for bruker (ibid.:57). Dette er dilemma som berøres i den kvalitative brukerundersøkelsen blant unge (Ko-Rus Midt-Norge 2020). For noen unge brukere er pårørende en viktig støtte og ressurs i samarbeidet med hjelpeapparatet, andre synes det er problematisk at hjelpeapparatet har kontakt med pårørende, og for noen har tilstedeværelse av pårørende vært hemmende i møte med tjenesteapparatet (ibid.).

Ivaretakelse av pårørende inkluderer også barn som pårørende. I figur 5.3 viser vi utviklingen i perioden på henholdsvis ivaretakelse av voksne og barn som pårørende.

Figur 5.3 Andel kommuner som svarer at de ivaretar henholdsvis voksne og barn som pårørende på en god eller svært god måte. Indikator 33 og 34. Prosent.



Kilde: IS-24/8 2016–2020. Antall respondenter varierer noe for ulike år og ulike spørsmål, men for IS-24/8 ligger N på i overkant av 400 i 2016–2019 og i underkant av 300 i 2020.

Det er en forsiktig økning i andel kommuner som oppgir at de ivaretar både voksne og barn på en god eller svært god måte, men økningen er ikke statistisk signifikant. Det overordnede bildet er at det fortsatt er under halvdelen av kommunene som oppgir at de ivaretar pårørende på en god måte. Det innebærer at det er behov for økt oppmerksomhet både når det gjelder voksne og barn som pårørende. Manglende ivaretakelse av barn som pårørende kan vurderes som særlig alvorlig. Manglende ivaretakelse kan ha stor betydning for deres livssituasjon og helse. Fra brukerorganisasjonene ble det i forbindelse med forrige rapport uttrykt bekymring for ivaretakelse av barn som pårørende i kommunene. De stilte blant annet spørsmål om hva kommunene mener når de sier at de ivaretar barn som pårørende på en svært god eller god måte. Innebærer det for eksempel at man har systemer for å snakke med barn og unge, ikke bare om dem (Hansen mfl. 2020:58)?

Fra kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ser vi at 86 prosent av kommunene oppgir at de har rutiner for å dokumentere barn som er pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a, og at 71 prosent av kommunene

har rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale helse- og omsorgstjenestene om oppfølging av barn som pårørende. Det er også 59 prosent av kommunene som sier at de har tillagt et spesielt ansvar for og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel et familiesenter, familiekoordinator, personell i voksentjeneste eller andre (Ose mfl. 2020:246). Dette er tall som gjelder for barn som pårørende for foreldre/søsken med ulike typer av helseproblemer. Ut fra svaret når det gjelder ivaretakelse av barn som pårørende til foreldre/søsken med rusmiddelproblemer, kan det se ut som de ikke er tilstrekkelig ivaretatt innenfor disse ordningene. Dette har vi også sett i casestudiene i evalueringsprosessen. Kun et fåtall av casekommunene oppga at de hadde egne barneansvarlige i rus- og psykisk helsetjenesten eller andre særlige tiltak eller systemer for ivaretagelse av barn som pårørende (se Hansen mfl. 2019:85).

Opptrappingsplanen for rusfeltet inkluderte et eget «regjeringen vil»-punkt om å innføre plikt om at helse- og omsorgstjenestene i kommunen har barneansvarlig personell i likhet med i spesialisthelsetjenesten. I Helsedirektoratets rapportering fra arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet står det at dette følges opp som del av regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (2021–2025)[17].

5.2 Brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå

Brukermedvirkning på tjenestenivå viser til at brukeres erfaringer skal benyttes til forbedring av tjenestene. Ansettelse av personer med erfaringskompetanse i tjenestene og anvendelse av tilbakemeldingssystemer og brukerundersøkelser eller brukerpanel er konkrete eksempler på tiltak for å utvikle tjenestene. Brukermedvirkning på tjenestenivå reguleres i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Brukermedvirkning på systemnivå viser til at kommunen sørger for at *representanter* for brukere (og pasienter) blir hørt ved utforming av kommunens helse- og omsorgstjenester. Vi snakker med andre ord om involvering av brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter. Brukermedvirkning på systemnivå er regulert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-10. Eksempler på brukermedvirkning på systemnivå er brukerråd, systemer for innhenting av høringsuttalelser fra brukerorganisasjonene, møter og tiltak som gjør at brukerrepresentanter bidrar til at pasienter og brukeres perspektiver blir hørt i utforming av kommunens tjenester og tilbud. Lignende regulering finnes for spesialisthelsetjenesten, regulert i lov om helseforetak § 35.[18]

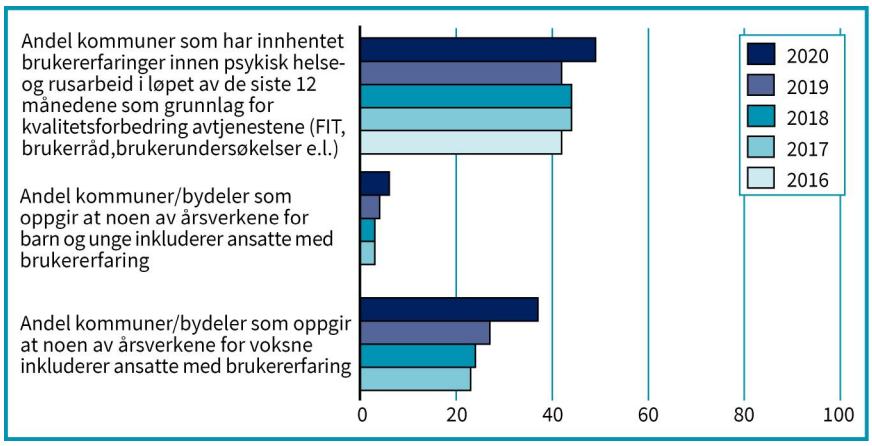
I forrige del viste vi at i kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid svarer nær åtte av ti kommuner at de ivaretar brukermedvirkning på individnivå i svært stor eller stor grad. Når det gjelder egen vurdering av brukermedvirkning på systemnivå, er bildet helt annerledes. Kun tre av ti kommuner svarer at de sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutvikling i svært stor eller stor grad. De små kommunene har i mindre grad sikret brukermedvirkning på systemnivå enn de øvrige (Ose mfl. 2020:19). Funnene samsvarer med erfaringer fra evalueringsarbeidet. I statusrapport fire pekte vi på at systemer for brukermedvirkning og for innhenting av brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring i tjenestene er et av områdene med behov for økt oppmerksomhet framover (Hansen mfl. 2020:91).

[17] https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf

[18] Beskrivelsen baserer seg på https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva (lest 2.5.2021).

I figur 5.4 presenterer vi utviklingen på tiltak for innhenting av brukererfaring som grunnlag for utvikling i tjenestene.

Figur 5.4 Brukermedvirkning, grunnlag for tjenesteutvikling. Indikator 25, 26 og 27. Prosent.



Kilde: IS-24/8 2016–2020. Antall respondenter varierer noe for ulike år og ulike spørsmål, men for IS-24/8 ligger N på i overkant av 400 i 2016–2019 og i underkant av 300 i 2020.

Figuren illustrerer at bruk av erfaringskompetanse i tjenestene tross en betydelig utvikling fortsatt kun praktiseres i godt under halvparten av kommunene. Erfaringskompetanse i tjenester for barn er svært lite utbredt. Andelen kommuner som oppgir at de innhenter brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring i tjenestene, er høyere, dette er det om lag halvparten av kommunene som sier at de gjør. Det er forskjeller i brukermedvirkning på tjenestenivå mellom store og små kommuner. Innhenting av brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring i tjenestene er svært utbredt i større kommuner, og særlig mye mindre utbredt i kommuner med færre enn 5000 innbyggere (Ose mfl. 2020:204). Et lignende mønster viser seg for bruk av erfaringskompetanse (ibid.:208). Av de som har innhentet brukererfaring, er det flest (58 prosent) som sier de har brukt metoden tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. Nær halvparten har hatt brukerundersøkelser, mens fire av ti har brukt brukerråd (Ose mfl. 205). Av tilbakemeldingssystemer er det Feedback-informerte tjenester (FIT) digitalt som er mest utbredt (79 prosent) og deretter FIT på papir (39 prosent) (ibid.:206). Bruk av FIT har hatt oppmerksomhet fra mange av statsforvalterne og KoRus-ene i opptrappingsperioden, som nok har bidratt til utbredelsen.

I forrige statusrapport viste vi at mange har tatt i bruk FIT på individnivå, men har liten utnyttelse av tilbakemeldingene for mer systematisk kvalitetsforbedring i tjenestene. Slik sett kan bruk av denne typen virkemidler plasseres under brukermedvirkning på individnivå. Noen av casekommunene oppga at de jobber med å utvikle systemer for å bedre bruk av disse tilbakemeldingene for tjenesteutvikling (Hansen mfl. 2020:49–50).

Det har vært en betydelig økning i ansettelse av erfaringskompetanse i tjenestene i hele opptrappingsperioden. Dette er et eget «regjeringen vil»-punkt i opptrappingsplanen. Vi ser utviklingen i sammenheng med tilskuddsordningen Kommunalt rusarbeid. Ansettelse av personer med erfaringskompetanse har vært sett som en måte å bidra til økt brukerorientering i tjenestene på. I tidligere statusrapporter har vi drøftet blant annet behovet for å tydeliggjøre hvilke roller erfaringskonsulentene skal ha i tjenestene, betydningen av opplæring og veiledning (Hansen mfl. 2019:81). Her har det vært en utvikling i opptrappingsperioden. I forrige statusrapport viste vi til en

undersøkelse blant erfaringskonsulenter med bakgrunn fra rusavhengighet som viste at de opplever å få et bredere spekter av oppgaver og roller enn før, og i større grad enn i tidligere undersøkelser opplever å bli anerkjent som bidragsytere i tjenestene, og at deres kompetanse verdsettes. Samtidig vises det også her til behovet for opplæring og veiledning (Åkerblom, Agdal & Haakseth 2020). Vi ser at det tross betydelig økning er færre enn 40 prosent av kommunene som har ansatte med erfaringskompetanse. For mange av stillingene er bidrag fra tilskuddsmidler en stor del av finansieringen, og det er viktig å følge med videre på i hvilken grad stillingene blir videreført i ordinær drift.

Forskjellene mellom små og store kommuner når det gjelder brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå, blir påpekt av statsforvalterne. I rapporten fra arbeidet med opptrappingsplanen er det flere som tar opp at det i mange mindre kommuner er vanskelig å få til brukermedvirkning. Utfordringene for små kommuner kan være at det ikke er relevante brukerorganisasjoner i området, og at det er vanskelig å få brukerrepresentanter til råd og utvalg. Vi har tidligere vist til et samarbeid mellom organisasjonene MARBORG og RIO og de tidligere tre fylkesmannsembetene i nord, Brukerstemmen i nord (2016-2018), som nettopp hadde som utgangspunkt å bidra til brukerrepresentasjon også i mindre kommuner og kommuner hvor det ikke var egne brukerorganisasjoner representert (se Hansen mfl. 2018b).

Opptrappingsplanen inkluderer egne «regjeringen vil»-punkter om å bidra til utvikling av brukerstyrte sentre/tiltak i samarbeid med brukerorganisasjonene. Vi har ingen objektive data for å kunne vurdere i hvilken grad dette har blitt realisert. Fra casestudiene og rapporter fra statsforvalterne ser vi at det noen steder er samarbeid mellom kommuner og brukerorganisasjoner om utvikling av konkrete tiltak, men at dette foreløpig begrenser seg til svært få kommuner.

Parallelt med økt oppmerksomhet om brukermedvirkning i rus- og psykisk helsearbeid har det også kommet kritiske blikk på hva brukermedvirkning på feltet er og bør være. Denne våren kom det to bøker som belyser brukermedvirkning innenfor psykisk helse- og rusfeltet. Utgangspunktet er nettopp at dette etter hvert er noe «alle er for», men hvor det kanskje ikke alltid er like klart hva det går ut på, eller hvordan det skal operasjonaliseres og praktiseres (Skjeldal 2021; Sørly, Karlsson & Sjåfjell 2021).

I statusrapportene har vi vist at ambisjonene når det gjelder brukermedvirkning i kommunene, ser ut til å ha økt. Statsforvalterne og KoRus-ene har bidratt til dette gjennom sine aktiviteter. Selv om casekommunene har illustrert variasjonen i Kommune-Norge når det gjelder brukermedvirkning, hadde alle oppmerksomhet om dette. Mange hadde prosesser for å utvikle brukermedvirkningen, finne hensiktsmessige måter for å innhente brukererfaringer i tjenesteutvikling. I noen av casekommunene strevde de med å få til brukermedvirkning på systemnivå. Økte ambisjoner når det gjelder brukermedvirkning, kan være en årsak til at vi ser en betydelig nedgang i andel kommuner som i IS-24/8-kartleggingen svarer at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet (indikator 32). Færre enn tre av ti kommuner mener at de sikrer dette i stor eller svært stor grad.

5.3 Vurderinger og anbefalinger

Vi registrerer at måloppnåelsen på dette området er relativt høy når det gjelder brukermedvirkning på individnivå, men lav på tjeneste- og systemnivå.

Nær åtte av ti kommuner vurderer at de sikrer brukermedvirkning på individnivå, og en like stor andel at de jobber recovery-orientert. Målingene er basert på kommunenes vurdering av egen praksis og tjenester, men det har vært en positiv utvikling også i brukernes vurdering av innflytelse på eget tjenestetilbud og hvorvidt de får den hjelpen de har behov for. Det er likevel viktig å påpeke at det er en positiv utvikling opp til at litt mer enn halvparten av brukerne vurderer at de har stor innflytelse på eget tjenestetilbud. Det er med andre ord rom for forbedring. Samtidig er det en økning i andel brukere som vurderer at de får den hjelpen de trenger, mer enn 6 av 10.

Også i spesialisthelsetjenesten (TSB) registreres en positiv utvikling i pasientenes vurdering av innflytelse og hvorvidt de mottar et tilpasset behandlingsopplegg. Et av «regjeringen vil»-punktene var innføring av fritt behandlingsvalg (innført fra 2015), og vi har vist at det har vært en betydelig økning av antall pasienter i ordningen i perioden.

Det er i underkant av halvparten av kommunene som rapporterer om at de innhenter brukererfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring i tjenestene. Dette spriket mellom brukermedvirkning på individnivå og tjenestenivå er kanskje en av årsakene til at kommunene selv er ganske kritiske til egen praksis. Det er kun tre av ti kommuner som vurderer at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsearbeid. En annen hypotese er at dette også kan handle om økte ambisjoner når det gjelder å sikre brukermedvirkning.

Gjennom følgeevalueringen har vi i alle statusrapportene pekt på at dette er et område som har hatt relativt stor oppmerksomhet, og hvor det har vært mye aktivitet. Målområdet har vært sterkt stimulert gjennom de statlige tilskuddsmidlene og fulgt opp i de regionale kompetansesentrene og statsforvalternes samhandling med kommunene. Statsforvalternes rapportering fra arbeidet med opptrappingsplanen viser også at de fleste av embetene har hatt tiltak for å fremme utvikling i tråd med målene i planen når det gjelder større brukermedvirkning. Samtidig har mange casekommuner påpekt at det kreves utviklingsarbeid for å innarbeide operative systemer for brukermedvirkning og innhenting av brukererfaring (se Hansen mfl. 2020:48–58). Denne vurderingen følges nå også opp i Helsedirektoratet hvor det er initiert et arbeid for å utvikle en veileder eller nasjonale anbefalinger for brukermedvirkning i psykisk helse- og rusfeltet. Arbeidet er noe forsinket på grunn av den pågående covid-19-pandemien, men arbeidet beregnes å ferdigstilles våren 2022. Vi vurderer at det også bør initieres et arbeid for mer kunnskap om bruk av individuell plan eller andre metoder for å sikre brukeres eierskap til eget tjenestetilbud, oversikt og koordinering.

Når det gjelder ivaretakelse av både voksne og barn som pårørende, er det fortsatt kun i underkant av halvparten av kommunene som vurderer at de ivaretar disse gruppene på en god måte. Dette er et område med behov for fortsatt oppmerksomhet framover.

6 Tidlig innsats

Hovedmål 2 er å sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusmiddelproblem, skal fanges opp og hjelpes tidlig. Tidlig innsats betyr i denne sammenheng ikke nødvendigvis tidlig i alder, men tidlig i forløp. Målområdet inkluderer innsats rettet mot individer som lever under en kjent økt risiko for å utvikle problemer, og tiltak for de som allerede har lettere og begynnende rusmiddelproblemer, for å forebygge større problemer eller plager[19].

Følgende «regjeringen vil»-punkter utdyper målene for dette området:

- Øke kompetansen og etablere faste rutiner knyttet til avdekking og kartlegging av rusmiddelproblemer i kommunene og i somatiske sykehusavdelinger (7)
- Øke oppmerksomheten om eldre og rus blant annet ved å øke kompetansen blant helse- og sosialpersonell og styrke behandlings- og oppfølgingstilbudet til et voksende antall eldre med rusmiddelproblemer (8)
- Revidere veilederen *Fra bekymring til handling* om tidlig intervensjon (11)
- Styrke tilskuddsordningen til Oppfølgings- og losfunksjon for ungdom for å øke antall kommuner som har tiltak, for å hindre at ungdom dropper ut av videregående skole (14) [20]
- Systematisk utprøve og evaluere tiltak for tidlig intervensjon (16)
- Vektlegge fysisk aktivitet i det forebyggende arbeidet (17)
- Øke bevisstheten om betydningen av riktig kosthold i det forebyggende arbeidet (18)
- Synliggjøre gevinsten av rusmiddelforebyggende arbeid i arbeidslivet og utvikle og stimulere til bruk av kunnskapsbaserte metoder (19)
- Bidra til en forsterket innsats for en synlig og god ruskultur i utdanning og arbeidsliv gjennom Akan-samarbeidet (20)
- Stimulere stat og kommune til å gå foran med et godt eksempel gjennom en ledelsesforankret rusmiddelpolitikk (21)
- Se forebygging og behandling av problematisk spillatferd i tettere sammenheng med innsatsen mot rusmiddelproblemer (23)
- Videreutvikle og øke bruken av helsefaglige tiltak og metoder som reaksjon på mindre alvorlige narkotikarelaterte lovbrudd, herunder ungdomskontrakt (25) (nærmere omtalt under hovedmål 5)

«Regjeringen vil»-punktene kan deles inn i tre kategorier:

- forebygging blant barn og unge hvor det er en kjent risiko for å kunne utvikle problemer

[19] Målområdet er i opptrappingsplanen avgrenset fra primærforebygging ivaretatt gjennom den generelle forebyggende rusmiddelpolitikken og folkehelsearbeidet.
[20] Vi har omtalt dette nærmere under kapittel 4 og inkluderer for øvrig ikke andre målformuleringer om innsats med styrking av tilskuddsordninger eller endring av regelverk spesifikt på området barn og unge. Denne delen av den statlige innsatsen vurderes som dekket i kapittel 4.

- tidlig innsats for barn og unge som er i ferd med å utvikle eller har lettere problemer
- tidlig innsats for voksne som er i ferd med å utvikle eller har lettere problemer

For å følge utviklingen på dette området har vi seks indikatorer. Her må vi bemerke at mangel på indikatorer som for eksempel gjelder eldre og rus eller rus i arbeidslivet, skyldes at det var eller fortsatt er få kvantifiserbare data som oppdateres jevnlig. Vi presenterer først den endelige målingen for utviklingen i perioden på disse indikatorene før vi går videre med å kommentere spesifikt utvikling og måloppnåelse for målene for tidlig innsats for henholdsvis barn og unge og voksne.

Tabell 6.1 Femte måling av hovedmål 2.

									Endring per år	
#		Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	2019–2020	2016–2020[1]
39	Innsats	Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere 0–5 år, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	SSB	133	143	158	167	N/A	N/A	7,9 %
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[2]	IS-24/8	N/A	44 %	50 %	64 %	83 %	19,0 %-poeng	13,0 %-poeng (*)
43		Andel kommuner som driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam)	IS-24/8	25 %	41 %	42 %	48 %	48 %	0,0 %-poeng	5,8 %-poeng (*)
44	Resultat	Antall meldinger til barnevern om barns rusmiddelbruk, alle typer meldere (barnet selv, familie, venner, lag og organisasjoner mv.)	SSB	1252	1499	1648	1965	N/A	N/A	16,2 %
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	62 %	74 %	73 %	80 %	85 %	5,0 %-poeng	5,8 %-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	67 %	78 %	78 %	81 %	80 %	−1,0 %-poeng	3,3 %-poeng (*)

[1] Endring per år fra første til siste måling. For de fleste indikatorer vil perioden være 2016–2020, men for enkelte indikatorer vil 2017 være første år og/eller 2019 siste år. Det vises ellers til øvrige kolonner for hvilke år data er tilgjengelig. Endring over tid er beregnet til endring per år målt i prosent eller prosentpoeng per år fra første til siste måling. (*) angir at forskjellen er statistisk signifikant, (–) angir at forskjellen ikke er statistisk signifikant.

[2] Fra og med 2020 er formuleringen i spørsmålet endret til også å inkludere «og oppfølging» slik at spørsmålet lyder «Andel kommuner som vurderer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering og oppfølging av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk».

Med utgangspunkt i de utvalgte indikatorene kan vi si at dette er et område med høy grad av måloppnåelse. Fra tabellen ser vi følgende hovedtrekk:

- Det er en økning i antall årsverk i helsestasjon og skolehelsetjeneste.
- Det er betydelig større andel kommuner (mer enn åtte av ti) som vurderer at de har systemer på tvers av tjenester for å identifisere personer med behov for oppfølging som følge av rusrelaterte problemer. Det er en økning på 13 prosentpoeng per år i perioden.

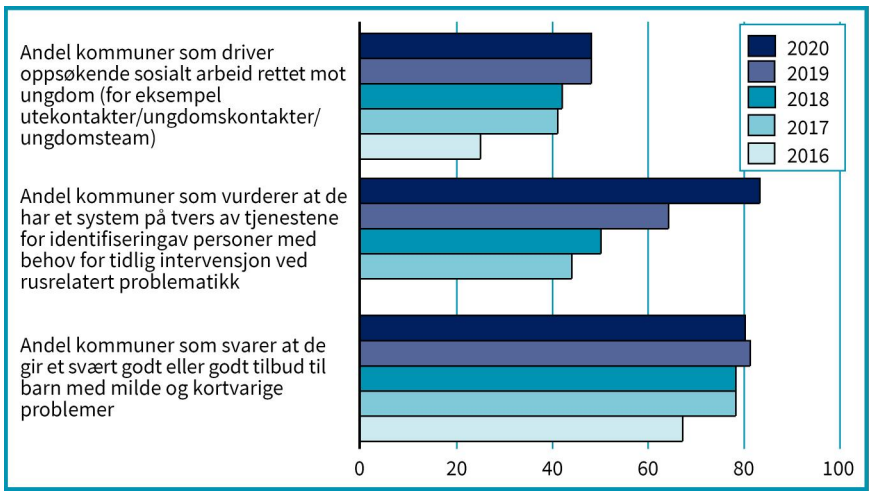
- Det har vært en betydelig økning i andel kommuner som driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, men fortsatt har kun halvdelen av kommunene slike tjenester.
- Det er betydelig flere kommuner (85 prosent) som mener de gir et godt tilbud til voksne med milde og kortvarige rusmiddelproblemer eller psykiske helseplager, en økning på nær 6 prosentpoeng per år i perioden.
- Det er flere kommuner (80 prosent) som mener de gir et godt tilbud til barn med milde og kortvarige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, en økning på mer enn 3 prosentpoeng per år i perioden.

Vi ser at svært mange av indikatorene handler om barn og unge. Vi har tidligere vist at bedre tidlig og mer samordnet oppfølging av utsatte barn og unge har hatt stor oppmerksomhet i perioden blant annet som følge av det statlige 0–24-samarbeidet (Hansen mfl. 2020:59–60). Vi har færre indikatorer som viser utviklingen for eldre, men ser at kommunene selv i betydelig høyere grad enn i 2016 vurderer at de har et godt tilbud til voksne med lettere rusmiddel- og psykiske helseproblemer. Vi vil i den videre analysen se først på tidlig innsats for barn og unge, før vi går nærmere inn på målene for voksne.

6.1 Tidlig innsats overfor barn og unge

Som påpekt i tidligere statusrapporter har det på området tidlig innsats overfor utsatte barn og unge vært en betydelig satsing i perioden som følge av det statlige 0–24-samarbeidet. Særlig Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har parallelt med opptrappingsplanen for rusfeltet vært svært sentrale i dette arbeidet. Mye av innsatsen som dreier seg om tidlig innsats knyttet til barn og unge, og familier, som er omtalt i opptrappingsplanen, eller som har vært en del av direktoratenes egen tiltaksliste for å følge opp målene i opptrappingsplanen, er også tiltak innenfor 0–24-samarbeidet. Som vi har påpekt tidligere, er dette ofte tiltak som primært er forankret i andre planer eller strategier. I figur 6.1 viser vi også at det er mulig å identifisere klare indikasjoner på at dette har ført til utvikling i de kommunene.

Figur 6.1 Kommunal innsats og aktivitet for barn og unge. Indikator 42, 43 og 46. Prosent.



Kilde: IS-24/8 2016–2020. Antall respondenter varierer noe for ulike år og ulike spørsmål, men for IS-24/8 ligger N på i overkant av 400 i 2016–2019 og i underkant av 300 i 2020.

Nær alle «regjeringen vil»-punktene som omhandler barn, unge og familier, er fulgt opp i perioden. Vi vil vise noen av disse her. Et av «regjeringen vil»-punktene om tidlig innsats er å revidere veilederen *Fra bekymring til handling*. Dette er gjort, og i desember 2019 publiserte Helsedirektoratet *Nasjonalfaglig retningslinje for tidlig oppdagelse av usatte barn og unge*[21]. Retningslinjen er utarbeidet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Politidirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. De faglige retningslinjene retter seg mot ledere og ansatte i kommunen innenfor ulike tjenester og sektorer og gir anbefalinger fulgt av praktiske forslag til hvordan anbefalingene kan følges opp, samt redegjørelse for kunnskapsgrunnlaget.

I kapittel 4 viste vi til tilskuddsordningen Tilskudd til systematisk identifikasjon og oppfølging av utsatte barn. Ordningen støtter kommunalt utviklingsarbeid i tråd med kunnskapsgrunnlaget fra Modellkommuneforsøket (Deloitte 2015) og bedre tverrfaglig innsats (Helgesen 2018). I denne sammenhengen er det relevant å bemerke at de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus) har hatt en rolle i oppfølging av kommunene som starter utviklingsprosjekter med midler fra denne ordningen.

Tilskuddsordningen er kun en av flere statlige innsatser for å øke oppmerksomheten om tidlig innsats og samhandling for bedre oppfølging av utsatte barn og unge. Gjennom hele opptrappingsperioden har de regionale kompetansesentrene (KoRus, RBUP/RKBU, RVTS og Bufetat) tilbudt opplæringsprogrammet Tidlig Inn til kommunene. Tidlig Inn er evaluert av IRIS (Mathiesen & Skoland 2016[22]). Målgruppen for opplæringsprogrammet er kommunalt ansatte, deres ledere og fastleger som i tjenesten møter gravide og småbarnsforeldre. Formålet er gjennom opplæring i kartleggingsverktøy og metoder for samtale om rus, psykisk helse og vold å bidra til at gravide og småbarnsforeldre får kompetent hjelp tidlig. I 2019 var det 168 kommuner som hadde deltatt i opplæringsprogrammet. I 2020 var det kun fem nye kommuner som startet opplæring, noe som sannsynligvis må ses i sammenheng med prioritering i kommunene under koronapandemien. I internrapporteringen fra direktoratene oppgis det at det tas initiativ til evaluering av ordningen (Helsedirektoratet 2021).

Det er flere andre pågående programmer og initiativer som kan knyttes til et eget «regjeringen vil»-punkt om systematisk å teste og vurdere tiltak for tidlig innsats. Flere av Tidlig Inn-tiltakene vi har referert over, har vært fulgt av forskning og bygger på kunnskapsbaserte modeller. I opptrappingsplanen for rusfeltet omtales også programmet Familiy Nurse Programme, eller Familie for første gang. Programmet prøves ut i norske kommuner i perioden 2016–2021. Dette er et hjemmebesøksprogram hvor spesialopplærte sykepleiere besøker sårbare førstegangsgravide kvinner fra graviditet og helt fram til to år etter fødsel. Implementeringen er evaluert, og blant vurderingene er at tilbudet når fram til sårbare familier som man ellers sliter med å hjelpe (Pedersen, Ballo & Nilsen 2019[23]). Tilbudet gir tett og strukturert oppfølging av familier. Undersøkelsen viser at mange av familiene har komplekse vansker og har i oppfølgingsperioden kontakt med andre tjenester, deriblant ruskonsulent (ibid.:7). Undersøkelsen indikerer at programmet også fanger opp familier med rusmiddelproblemer. Så vidt vi er kjent med, skal programmet videreføres, og det planlegges å gjennomføre en evaluering av tilbudet.

[21] https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge
[22] http://www.forebygging.no/Global/Oppdatert%20rapport%20om%20tidlig%20inn%20fra%20Iris.pdf
[23] https://www.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/familie_samliv/utprovingen_av_familie_for_forste_gang_sluttrapport_fra_en_rearig_folgeevaluering_av_nurse_family_partnership_i_norge-.pdf

I casestudien har vi pekt på at flere kommuner er opptatt av å komme i posisjon til å gi oppfølging av unge som er i ferd med å utvikle eller har rusmiddelproblemer. Mange kommuner vektlegger betydningen av det å ha kompetanse om ungdom, det å komme ut på de arenaer hvor unge er, og det å ha oppsøkende arbeid overfor unge (Hansen mfl. 2020:60–62). Det er også en betydelig økning i andel kommuner som rapporterer at de har oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, for eksempel utekontakt eller ulike former for ungdomsteam (jfr. figur 6.1). Mens en firedel av kommunene hadde dette i 2016, oppgir nær halvparten at de har slike tjenester i 2020. Det betyr samtidig at halvparten av kommunene ikke har denne typen tilbud.

Under covid-19 pandemien har tilgang til tjenester for utsatte barn og unge har vært en utfordring i mange kommuner. I tabell 6.1. henviser vi til at det er blitt flere årsverk i skolehelsetjenesten, samtidig vet vi at under pandemien har mange innenfor skolehelsetjenesten har blitt omdirigert til arbeid med smittevern og at dette har redusert tilgjengelighet til tjenestene. Dette har vi dessverre ikke grunnlag for å gå ytterligere inn på her.

I tidligere statusrapporter har vi vist at flere av casekommunene er bekymret for hvorvidt de klarer å komme i posisjon til å gi unge med rusrelaterte problemer relevant oppfølging tidlig. I den sammenheng har flere tatt opp betydningen av ruskompetanse i NAV. NAV har kontakt med unge som følge av problemer med for eksempel et sted å bo eller økonomi, mens mange som er i en utsatt posisjon, kanskje ikke like naturlig vil oppsøke kommunens rus- og psykisk helsetjeneste. Det taler også for betydningen av å ha kompetanse og oppmerksomhet om rus i helsestasjonene, i barnevernet og hos fastlegene.

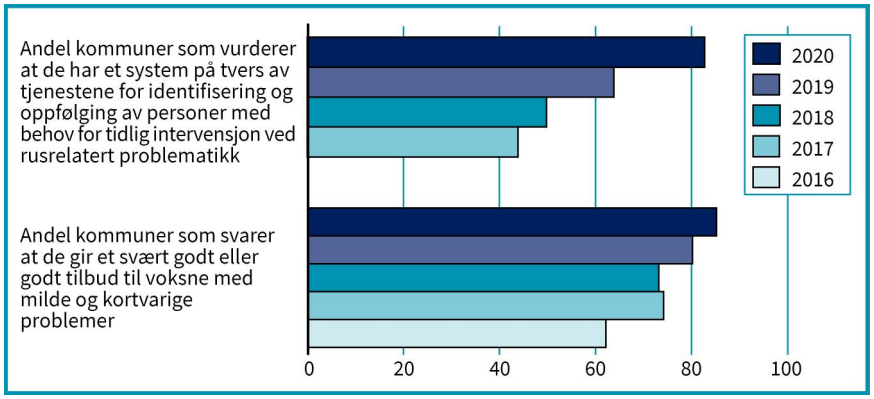
I tabell 6.1 ser vi at det er en jevn økning i antall meldinger til barnevernet om barns rusmiddelbruk, en økning på 16 prosent i perioden (tall for 2020 foreligger ikke p.t.). Dette er meldinger fra alle typer av meldere, barnet selv, foreldre, organisasjoner og skole. I siste statusrapport drøftet vi at vi i utgangspunktet tolket dette som en positiv utvikling og primært et uttrykk for ansvaret for å melde ved bekymring. Samtidig kan det indikere en bekymringsfull utvikling i rusmiddelbruk blant en del barn og unge. Uavhengig av dette viser det et behov for kompetanse om rus i barnevernet. I Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets felles rapportering for innsatsområdet tidlig innsats blir det påpekt at det er behov for økt kompetanse om rus i barnevernet (Hansen mfl. 2020:61).

6.2 Tidlig innsats overfor voksne

Den andre delen av tidlig innsats handler om å komme inn tidlig for å forebygge rusmiddelproblemer eller hindre at rusmiddelproblemer utvikler seg til å bli alvorlige. I opptrappingsplanen er det 1) «regjeringen vil»-punkter med ambisjoner om økt innsats i arbeidslivet og innenfor utdanning, 2) oppmerksomhet og «regjeringen vil»-punkter som går ut på økt kunnskap i de generelle tjenestene og i spesialisthelsetjenesten for å kunne identifisere rusmiddelproblemer og følge opp dette.

Vi starter med punkt nummer 2, om utvikling i de generelle tjenestene og identifisering av rusmiddelproblemer hos voksne på et tidlig tidspunkt. I figur 6.2 viser vi utviklingen i kommunenes egen vurdering av hvorvidt de har systemer på tvers i kommunen for tidlig identifisering og oppfølging av rusmiddelproblemer, og hvorvidt de mener de har et godt tilbud til voksne med milde og kortvarige problemer.

Figur 6.2 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 og andel kommuner som gir et svært godt eller godt tilbud til voksne med milde og kortvarige rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser. Indikator 42 og 45. Prosent.



Kilde: IS-24/8 2016–2020. Antall respondenter varierer noe for ulike år og ulike spørsmål, men for IS-24/8 ligger N på i overkant av 400 i 2016–2019 og i underkant av 300 i 2020.

Figuren illustrerer en betydelig utvikling. Vi har få data som gjør at vi kan undersøke hvorvidt akkurat målgruppen for disse tjenestene selv erfarer at de får et bedre tilbud. Likevel indikerer dataene at det er mer oppmerksomhet og utviklede tilbud i kommunene som er innrettet mot å nå personer som er i ferd med å utvikle problemer.

Fra casestudiene vet vi samtidig at mange informanter i kommunene gir uttrykk for behov for mer kompetanse i de generelle tjenestene for å identifisere rusmiddelproblemer på et tidlig tidspunkt. Dette gjelder blant annet som vist tidligere unge voksne med rusmiddelproblemer som er i kontakt med NAV. Samtidig har vi vist at satsingen på Rask psykisk helsehjelp i noen av casekommunene vurderes å ha bidratt til å nå personer med begynnende eller lettere rusmiddelproblemer.

Det andre området vi har hatt spesifikk oppmerksomhet om i casestudiene, er eldre med rusmiddelproblemer, og da særlig oppmerksomheten om dette i hjemmetjenesten. Vi har vist at dette er et område hvor det fortsatt er behov for økt oppmerksomhet, og at mange synes det er vanskelig å vite hvordan de skal følge opp identifisering av for eksempel et problematisk alkoholforbruk.

I statusrapport 4 viste vi blant annet til et prosjekt om eldre, alkohol og legemidler i KoRus Oslo (se Hansen mfl. 2020:61). I regi av prosjektet hadde de gjennomført en kartlegging i bydel Sagene som viste at mange ansatte var usikre på hvilke rutiner som gjelder ved bekymring for eldres alkohol og legemiddelbruk. I år lanserte de på bakgrunn av prosjektet en håndbok i hvorfor og hvordan man snakker med eldre om alkohol og legemiddelbruk (KoRus Oslo 2021).

I kartleggingen av kommunalt rus- og psykisk helsearbeid er det for 2020 et eget kapittel om eldre (Ose mfl.:237). Undersøkelsen viser at det kun er en svært liten andel av kommunene (14 prosent) som har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innenfor psykisk helse og rus (ibid.:238). Ser man nærmere på hvordan denne kartleggingen er gjort, er det i hovedsak i form av BrukerPlan, noe som indikerer at det er snakk om eldre hvor rus- og/eller psykiske helsetjenester er kjent for tjenesteapparatet. Noen svarer at det gjøres fortløpende gjennom eldres kontakt med hjemmesykepleien eller andre tjenester.

Et annet spørsmål er om kommunen gjennomfører forebyggende hjemmebesøk hos eldre. Det gjør 35 prosent av kommunene, det er betydelig mer vanlig i de store

kommunene enn i mindre kommuner. Undersøkelsen viser at 60 prosent av kommunene som gjennomfører hjemmebesøk, svarer at alkohol er en del av samtalene under disse hjemmebesøkene, annet rusmiddelbruk i 30 prosent av kommunene. Legemidler oppgis ikke overraskende som et tema i tre firedeler av kommunene (Ose mfl. 2020:239). I overkant av halvparten (54 prosent) av kommunene oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak for ansatte om målgruppen eldre med rusmiddelproblemer, og 44 prosent om eldre med rus og alvorlig psykisk lidelse (ROP) (Ose mfl. 2020:240).

Undersøkelsen referert over gir ikke informasjon om hvilke tjenester som har mottatt denne kompetansehevingen. Fra casestudien i evaluering av opptrappingsplanen vet vi at psykisk helse- og rustjenestene flere steder er opptatt av at det blir flere eldre med rusmiddelproblemer, og behovet for å utvikle gode tjenester til denne målgruppen. Hvorvidt det er utviklet kompetanse i hjemmetjenesten, for eksempel på identifisering av eldre med alkoholproblemer eller andre typer rusmiddelproblemer, vet vi mindre om.

Statsforvalternes rapportering fra arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet sier at det nå er noen av embetene som retter søkelys mot problemstillingen eldre og rus. Dette er et av områdene innenfor tidlig innsats hvor det er behov for økt oppmerksomhet, på samme måte som vi må påpeke at vi generelt har svært lite konkret kunnskap om utviklingen av kompetanse i relevante generelle tjenester, som hjemmetjeneste, fastlege og NAV.

Forebyggende arbeid, utdanning og arbeidsliv

Noen av «regjeringen vil»-punktene knyttet til det forebyggende arbeidet er generelle og ikke mulige for oss å etterfølge i lys av aktiviteten i forbindelse med opptrappingsplanen for rusfeltet. Dette gjelder for eksempel å stimulere til at stat og kommune går foran med et godt eksempel gjennom en ledelsesforankret rusmiddelpolitikk, eller å se forebygging og behandling av problematisk spillatferd tettere i sammenheng med innsatsen mot rusmiddelproblemer. Det gjelder for så vidt også «regjeringen vil»-punkter som dreier seg om å vektlegge fysisk aktivitet i det forebyggende arbeidet eller å øke oppmerksomheten om kosthold. I direktoratenes rapportering på oppfølging av opptrappingsplanen er dette definert inn som en del av målene for levevaner og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer. Vi kommer tilbake til dette under hovedmål 4, kapittel 8.

På samme måte har evalueringsdesignet vårt i liten grad vært innrettet mot å belyse utvikling i utdanningssektoren og arbeidslivet. I utviklingen av indikatorsettet for dette målområdet var det heller ikke mulig å identifisere relevante indikatorer for å måle utvikling over tid for disse målformuleringene. Opptrappingsplanen er i hovedsak rettet mot å utvikle tilbudet til personer som er i ferd med eller har utviklet et rusmiddelproblem, og deres pårørende, og innsatsen er i hovedsak innrettet mot kommunene. Vi har i hovedsak sett på prioriteringen i planen, nemlig utviklingen i kommunene. Ved å gjennomgå direktoratenes rapportering på disse «regjeringen vil»-punktene ser vi at det ofte vises til innsats innenfor andre strategier eller planer (Helsedirektoratet 2021). Flere punkter som konkret handler om alkohol i arbeidsliv og utdanning, henvises til videre oppfølging i forbindelse med *Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025)* som ble lansert i mars 2021.

Dette betyr ikke at det i opptrappingsperioden ikke har vært initiativer og aktivitet på området, men dette har i liten grad vært direkte knyttet til arbeidet med opptrappingsplanen. Det vises blant annet i Helsedirektoratets rapportering til at Folkehel-

seinstituttet (FHI) har gjennomført befolkningsundersøkelser om alkohol og arbeidsliv i opptrappingsperioden (Moan & Halskjelvik 2019). Undesøkelsene viser betydelige bransjeforskjeller i jobbrelatert alkoholbruk og konsekvenser av drikking, kjennskap til retningslinjer og om bedriften har en kontaktperson for alkoholproblemer. Undersøkelsen viser også forskjeller mellom offentlig og privat sektor, hvor ansatte i privat sektor rapporterer om mer drikking, mer problemer forårsaket av alkoholforbruk og at de i mindre grad har en kontaktperson for alkoholproblemer (ibid.). Det vises også til dialog med AKAN Kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk og at dette samarbeidet inngår i den videre oppfølgingen av *Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025)*.

6.3 Vurderinger og anbefalinger

En samlet analyse av målområde 2, tidlig innsats, viser at dette er et område med i hovedsak god måloppnåelse. Dette gjelder særlig utviklingen i tjenestene overfor barn og unge. Her har det statlige 0–24-samarbeidet om utsatte barn og unge gitt god drahjelp. Det er vist at det er økende oppmerksomhet om utsatte barn og unge i kommunene og om behovet for bedre tverrsektoriell innsats for å lykkes med tidlig innsats og helhetlig oppfølging (Hansen, Jensen & Fløtten 2020). Det er jobbet med utvikling av flere ulike modeller for tidlig identifisering av og systematisk oppfølging i kommunene, og her har de regionale kompetansesentrene spilt en viktig rolle. Det har vært en økning i andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialfaglig arbeid overfor unge, men dette gjelder fortsatt kun knapt halvparten av kommunene. En stor andel av kommunene oppgir at de gir gode tjenester til både barn og voksne med milde eller kortvarige rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer.

Samtidig har casestudiene i forbindelse med evalueringen vist at det er bekymring i flere kommuner for om det er tilstrekkelig kompetanse i for eksempel NAV eller andre tjenester som møter unge voksne, til å identifisere rusmiddelproblemer og initiere relevant oppfølging. Vi har ikke data som gir oss innsikt i hvorvidt det har vært en utvikling i kompetanse og oppmerksomhet om rusmiddelproblemer i de generelle tjenestene. Det er indikasjoner fra casestudien på at dette i begrenset grad er tilfelle. Dette tilser at det er behov for fortsatt oppmerksomhet om å øke kompetansen om rus i de generelle tjenestene som NAV, hos fastlegene, i barnevernet, i helsestasjonene/skolehelsetjenesten og i hjemmetjenesten. Dette er viktig for å lykkes med tidlig identifisering av rusmiddelproblemer og mulighet for å koble på relevant oppfølging tidlig. I evalueringsperioden har vi blant annet tatt opp om det er tilstrekkelig oppmerksomhet om å fange opp alkoholproblemer hos eldre. Vi registrerer at dette er et område som får mer oppmerksomhet, men hvor det er behov for både økt kompetanse og oppmerksomhet.

7 Et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat

Hovedmål 3 artikulerer nærmest den samlede ambisjonen med opptrappingsplanen for rusfelt: «Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud.» Dette er et omfattende målområde som strekker seg fra tilgjengelige tilbud og tjenester i kommunene via sammenheng i tjenestetilbudet til behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten.

Følgende «regjeringen vil»-punkter utdyper målene for området:

- Etablere et eget nasjonalt kvalitetsregister for TSB (5)
- Bidra til at kommunene utvikler et bredt spekter av tjenester til personer med rusmiddelproblemer, herunder utvikling av lavterskeltiltak og skadereduserende tiltak (26)
- Åpne mottakssentre i de største byene (28)
- Øke antall oppsøkende behandlingsteam etter modell av ACT og FACT og lavterskeltiltak etter modell av Gatehospitalet (29)
- Etablere lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO i alle helseregioner innen 2020 (30)
- Styrke behandlingsforberedende tiltak i kommunen og i spesialisthelsetjenesten (31)
- Øke kapasiteten og redusere ventetiden til rusbehandling, blant annet til et voksende antall eldre med rusmiddelproblemer (37)
- Vurdere behandlings- og oppfølgingstilbud til grupper som i dag mangler et adekvat tilbud, som barn og unge og spillavhengige (38)
- Innføre pakkeforløp for rusbehandling og psykisk helsevern innen 2020 etter mal av pakkeforløp for kreft (39)
- Vurdere effekten av integrert rus- og voldsbehandling samt brukerens synspunkter på arbeid med volds- og traumeerfaringer i rusbehandling (40)
- Bidra til økt kompetanse i tjenestene om vold og traumer, risikovurderinger og sikkerhetsarbeid, og der det er relevant, kunnskap om behandling av voldsutsatthet og voldsutøvelse, inkludert miljøterapeutiske intervensjoner (43)
- Legge til rette for økt vektlegging av fysisk aktivitet og ernæring i rusbehandling (44)
- Vurdere innføring av en 24-timers behandlingsgaranti der det sikres at ruspasienter får time til poliklinisk eller annen behandling innen 24 timer etter avrusning (45)
- Økt vektlegging av de helsemessige utfordringene ved spilleavhengighet (46)
- Vurdere økt bruk av medikamentell behandling av alkoholproblemer (47)
- Vurdere behovet for å styrke tiltak innen den nasjonale overdosestrategien, herunder vurdere å utvide prosjektet med nalokson til flere byer, tilgang på rent brukerutstyr og tiltakspakke mot overdoser (48)

- Igangsette utviklingsprosjekter for å bedre krisesentertilbudet til utsatte grupper (49)
- Vurdere å gi alle kvinner med alvorlig rusmiddelavhengighet tilbud om gratis langtidsvirkende prevensjon (75 – vedtatt som tillegg til opptrappingsplanen i stortingsbehandlingen)
- Sørge for at det stilles krav til at helsetjenestene skal gi alle kvinner i reproduktiv alder som skal starte opp i LAR, grundig informasjon om LAR-behandling og graviditet. Kvinner i LAR som ønsker å få barn, må få tilbud om hjelp til nedtrapping av LAR-medikamenter, men det understrekes at det må gjøres individuelle vurderinger av konsekvensene av en eventuell nedtrapping (76 – vedtatt som tillegg i stortingsbehandlingen)
- Innføre en enkel og ubyråkratisk ordning som kan gi kvinner i LAR gratis langtidsvirkende prevensjon ved oppstart i LAR (77 – vedtatt som tillegg i stortingsbehandlingen)

Vi har hatt 18 indikatorer som har belyst utviklingen på dette målområdet i opptrappingsperioden. I tabell 7.1 viser vi siste måling til og med 2020 for tolv av disse. Vi har i tidligere statusrapporter pekt på at det har vært et betydelig utviklingsarbeid på rusfeltet, og det gjenspeiler seg i tabell 7.1 med en positiv utvikling på en rekke indikatorer. Samtidig ser vi at heller ikke på dette målområdet er det noe entydig bilde.

Tabell 7.1 Fjerde måling, indikatorer hovedmål 3.

									Endring per år	
#		Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	2019–2020	2016–2020[1]
47	**Innsats**	Antall polikliniske årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	SAMDATA	1 105	1 101	1 097	N/A	N/A	N/A	N/A
52	**Aktiviteter**	Antall mottaks- og oppfølgingssentre (MO-sentre) som mottok støtte gjennom tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte problemer og barn og unge med sammensatte hjelpebehov»[3]	Fylkesmannen	4	7	4	2	4		
53		Andel kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk	IS-24/8	N/A	70 %	83 %	92 %	90 %	−2,0 %-poeng	6,7 %-poeng (*)
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	N/A	26 %	25 %	44 %	64 %	20,0 %-poeng	12,7 %-poeng (*)
55		Andel kommuner som har delt ut brukerutstyr for skadereduksjon (utstyr for injisering eller røyking av rusmidler, nalokson nesespray, kondomer/glidemiddel eller engangstannbørster)	KORFOR	26 %	31 %	36 %	49 %	N/A	N/A	7,7 %-poeng (*)
56	**Resultat**	Median ventetid (antall dager) før behandling innen TSB for ordinært avviklede pasienter	IS-2706	27	27	27	27	26	−3,7 %-poeng	−0,9 %-poeng

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	Endring per år 2019–2020	Endring per år 2016–2020[1]
57	Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestenes tilgjengelighet som tilfredsstillende	BU	N/A	49 %	N/A	54 %	65%	N/A	5,2 %-poeng (*)
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 i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid[3]	IS-24/8	77 %	71 %	75 %	79 %	82 %	3,0 %-poeng	1,3 %-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 i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid	IS-24/8	67 %	61 %	62 %	65 %	65 %	0,0 %-poeng	−0,5 %-poeng (–)
60	Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid	IS-24/8	60 %	59 %	62 %	65 %	67 %	2,0 %-poeng	1,8 %-poeng (–)
61	Andel kommuner som mener de har et svært godt eller godt tilbud til barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid	IS-24/8	43 %	41 %	43 %	42 %	44 %	2,0 %-poeng	0,2 %-poeng (–)
62	Andel brukere som rapporterer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere/mestre rusmiddelproblemer	BU	N/A	41 %	N/A	46 %	50 %	3,7 %-poeng	2,9 %-poeng (*)
63	Andel brukere som i stor eller svært stor grad vurderer tjenestene som tilfredsstillende	BU	N/A	53 %	N/A	59 %	63 %	3,5 %-poeng	3,2 %-poeng (*)
64	Andel pasienter i TSB som rapporterer at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen	TSB[2]	N/A	64 %	N/A	N/A	77 %	N/A	4,3 %-poeng (*)
65	Andel pasienter i TSB som opplever at behandlerne/personalet har forberedt dem på tiden etter utskrivning i stor eller svært stor grad	TSB	N/A	34 %	N/A	N/A	65 %	N/A	10,3 %-poeng (*)
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 %	48 %	48 %	41 %	−7,0 %-poeng	-1,5 %-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 %	33 %	32 %	29 %	−3,0 %-poeng	-1,8 %-poeng (–)

#		Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	Endring per år 2019–2020	Endring per år 2016–2020[1]
68		Andel kommuner som mener at kommunen/bydelen i stor eller svært stor grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for dem med rusrelaterte problemer	IS-24/8	N/A	45 %	48 %	54 %	54 %	0,0 %-poeng	3,0 %-poeng (–)

[1] Endring per år fra første til siste måling. For de fleste indikatorer vil perioden være 2016–2020, men for enkelte indikatorer vil 2017 være første år og/eller 2019 siste år. Det vises ellers til øvrige kolonner for hvilke år data er tilgjengelig. Endring over tid er beregnet til endring per år målt i prosent eller prosentpoeng per år fra første til siste måling. I endringskolonnen angis også estimering av hvorvidt forskjellen fra første til siste måling er signifikant forskjellig. (*) angir at forskjellen er signifikant, (–) tilsvarer «ikke signifikant».
[2] I 2020 er undersøkelsen gjennomført løpende. I forrige rapport ble 2019-tall presentert, men var i realiteten data for 1. kvartal 2020. I denne rapporten har vi tatt 2019-tall ut og rapportert på nasjonale data for hele 2020.[3] I foregående rapporter var 2016-tallene basert på målinger som kun gjaldt rus, mens for 2017–2020 rapporteres rus og psykisk helse samlet. 2016-tall er endret for også å reflektere rus og psykisk helse.
[3] Vi har ikke beregne endringer for antall MO sentrene da det er usikkerhet knyttet til hvorvidt datagrunnlaget reflekterer utviklingen.

En helhetlig vurdering av indikatorene på dette området viser at det for flere sentrale målformuleringer har vært en utvikling i retning målene, men at bildet er sammensatt. Følgende hovedtrekk vises i tabellen:

- Det har vært en betydelig økning i andel kommuner som har oppsøkende flerfaglige team, for eksempel FACT, nå gjelder dette 64 prosent av kommunene.
- Andelen kommuner som deler ut brukerutstyr for skadereduksjon, har økt, nå gjelder det om lag halvparten av kommunene.
- En stor andel av kommunene mener de gir et godt tilbud til voksne. Det er en svak økning i perioden, men den er ikke statistisk signifikant.
- Det er under halvdelen av kommunene som mener de gir et godt tilbud til barn med alvorlige problemer. Det er ingen endring i perioden.
- Over halvparten av kommunene vurderer tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer som godt koordinert og sammenhengende, en økning på 3 prosentpoeng per år i perioden.
- Andelen av brukerne som vurderer tjenestene som i stor grad tilgjengelige og tilfredsstillende, har økt, nå gjelder dette over halvparten.
- Det er en marginal nedgang i median ventetid til behandling i TSB, fra 27 dager i perioden 2016–2019, til 26 dager i 2020.
- Det er en betydelig bedring i pasientenes vurdering av utbytte av behandling i TSB og hvorvidt ansatte har forberedt dem på tiden etter utskrivelse.
- Det er godt under halvparten av kommunene som mener samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetak fungerer godt. Det ser ut til at kommunenes vurdering er blitt mer kritisk i 2020.

Videre i dette kapitlet vil vi først analysere utviklingen i kommunene før vi går nærmere inn på utviklingen innenfor spesialisthelsetjenesten (TSB) og samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Vi mener vi har data for å belyse hovedlinjene i dette målområdet, selv om vi ikke kan redegjøre for utviklingen på alle de skisserte «regjeringen vil»-punktene over.

7.1 Tilgjengelighet til tjenester i kommunene

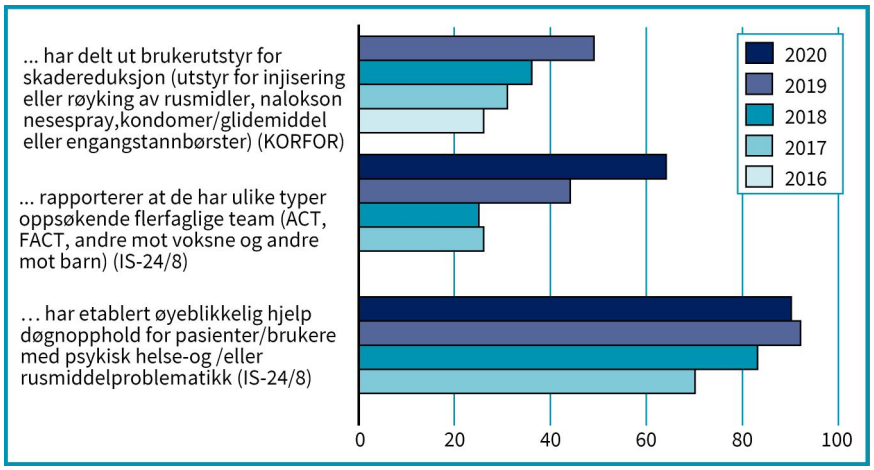
Som vist innledningsvis er det en rekke «regjeringen vil»-punkter som gjelder utvikling av tjenestetilbudet i kommunene. I de tidligere statusrapportene har vi vist at det har vært og er et betydelig utviklingsarbeid på rusfeltet i mange kommuner. I statusrapportene har vi tidligere påpekt at mange kommuner har brukt BrukerPlan-kartleggingene som kunnskapsgrunnlag for utvikling av tjenestene. En av statsforvalterne henviser i sin sluttrapport fra arbeidet med opptrappingsplanen til at systematisk jobbing med BrukerPlan i samarbeid med KoRus har gjort tjenestene i kommunene bedre i stand til å identifisere sine lokale utfordringer og arbeide med bedre tilpasning av egne tjenester til brukernes behov. Andre embeter har vist til at de bruker IS-24/8-kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og BrukerPlan-kartleggingene som grunnlag for prioritering av innsats og tildeling av tilskuddsmidler. En annen av statsforvalterne skriver i sin rapport:

> «Flere kommuner har i løpet av perioden tatt i bruk kunnskapsbaserte modeller. Det er etablert ACT/FACT team, Housing First, Lavterskel LAR, MO sentre og Recovery college. Vi ser også eksempler på at kommuner tar i bruk verktøyet Feedback informerte tjenester, selvhjelpsverktøy og andre digitale løsninger som for eksempel Rask rushjelp.» (Rapport fra statsforvalterne 2021).

Dette viser noe av mangfoldet i utviklingen av de kommunale tjenestene. Det må bemerkes at nær alle statsforvalterne påpeker at det er store kommunale variasjoner i hvilken grad det skjer utviklingsarbeid i kommunene, og hvorvidt tjenestene er styrket i perioden. Dette forholdet er grundig analysert i kapittel 4. Sitatet illustrerer at utviklingen både handler om utvikling av tjenester og tilbud og om faglig utvikling og implementering av kunnskapsbaserte metoder.

I figur 7.1 viser vi utviklingen i tre spesifikke typer av tjenester i opptrappingsperioden.

Figur 7.1 Tilgjengelige tjenester i kommunene. Indikator 53, 54, 55. Prosent.



Kilde: IS-24/8 og KORFOR. Antall respondenter varierer noe for ulike år og ulike spørsmål, men for IS-24/8 ligger N på i overkant av 400 i 2016–2019 og i underkant av 300 i 2020.

Figuren illustrerer en utvikling i tjenestetilbudet i kommunene. Ordningen med øyeblikkelig hjelp døgnopphold er en forpliktelse etter helse- og omsorgstjenesteloven, og vi må anse ordningen som etablert ut fra årets registrering av at ni av ti kommuner

har et tilbud. Den er kanskje ikke noen god indikator for tilgjengelige tilbud i kommunen, for vi vet relativt lite om hvordan disse ordningene blir brukt, og hvorvidt og i hvilken grad de brukes for personer med rusmiddelproblemer. I 2020 oppgir halvparten av kommunene at plassene brukes i svært liten eller liten grad (Ose mfl. 2020:189). Hvilke løsninger kommunene har valgt for øyeblikkelig hjelp, varierer. Flest kommuner (37 prosent) har valgt en interkommunal løsning med felles kommunal akutt døgnenhet (KAD). Noen færre oppgir at de har et eget kommunalt tilbud for eksempel i bofellesskap eller sykehjem. En liten andel har et tilbud knyttet til legevakt i kommunen (Ose mfl. 2020:188). Hvordan tilbudet anvendes for personer med rusmiddelproblemer, bør undersøkes nærmere.

Halvparten av kommunene har delt ut brukerutstyr i 2019, en betydelig økning i perioden. Tall for 2020 foreligger ikke ennå, men ut fra kjennskap til kommunenes mobilisering i forbindelse med nedstenging som følge av covid-19 vil vi anta at denne andelen har økt ytterligere i 2020. Under den første nedstengingen var det mange kommuner som mobiliserte for å ivareta de sykeste brukerne og hadde utdeling av mat, medisiner og rent brukerutstyr (se Hansen mfl. 2020:86–87).

Det er en betydelig økning i andel kommuner som nå oppgir at de har ulike typer av oppsøkende flerfaglige team, som FACT[24]. Nå oppgir hele 64 prosent at de har dette. I siste statusrapport hadde vi en lengre redegjørelse for utviklingen i tilgang til oppsøkende flerfaglige team i kommunene (Hansen mfl. 2020:66–69). Vi viste blant annet til at det er ulike typer av flerfaglige team. Det kan være kommuner som har etablert Housing First-prosjekter, og hvor flerfaglige oppsøkende team er en del av modellen. Det store bidraget på dette området må likevel tilskrives en omfattende utvikling av FACT-team rundt i store deler av landet. Dette har vært sterkt prioritert i den statlige tilskuddsordningen og har vært jobbet systematisk med hos både statsforvaltere og kompetansesentre. Rapporten fra kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inkluderer en liste over alle FACT- og ACT-team under etablering eller i drift i hele landet (Ose mfl. 2020:181–183). Helsedirektoratet (2021) oppgir at det per april 2021 er om lag 80 ACT- eller FACT-team i Norge.

Evalueringen av de syv første FACT-teamene i Norge har vist at modellen bidrar til mer helhet og sammenheng i tjenestetilbudet til brukere med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (Landheim & Odden 2020). Både brukere og pårørende er i stor grad tilfredse med tjenestene. Alle de syv teamene hadde inkludert personer med rusmiddelproblemer, to hadde i hovedsak brukere med rus- og psykiske lidelser, mens de øvrige hadde mellom 25 og 50 prosent brukere som i tillegg til psykisk lidelse hadde rusmiddelproblemer (ibid.:138–139). Vi har vist at det de siste årene har vært forsøkt egne RusFACT-team i Bydel Sagene, og at dette nå er under etablering flere steder. Det er utviklet FACT eldre og FACT ung (Hansen mfl. 2020:66–69). Modellen gir en ramme for mer fleksibel oppfølging av personer med sammensatte problemer. Vi mener det er viktig å følge utviklingen av FACT videre med tanke på i hvilken grad personer med rusmiddelproblemer inkluderes i ordningen. Etter hvert som det kommer mer erfaring fra egne RusFACT, kan det være interessant å vurdere om dette kan bidra til å nå nye målgrupper på en mer hensiktsmessig måte.

Et konkret mål i opptrappingsplanen var å åpne mottaks- og oppfølgingssentre i de største byene. Indikator 52 ble opprinnelig inkludert for å undersøke hvordan dette utvikler seg i perioden. Indikatoren har vist seg lite hensiktsmessig for å si noe om antall MO-sentre i kommunene. Dette er tall basert på antall MO-sentre som har fått støtte gjennom en spesifikk tilskuddsordning (tilbud til personer med langvarige

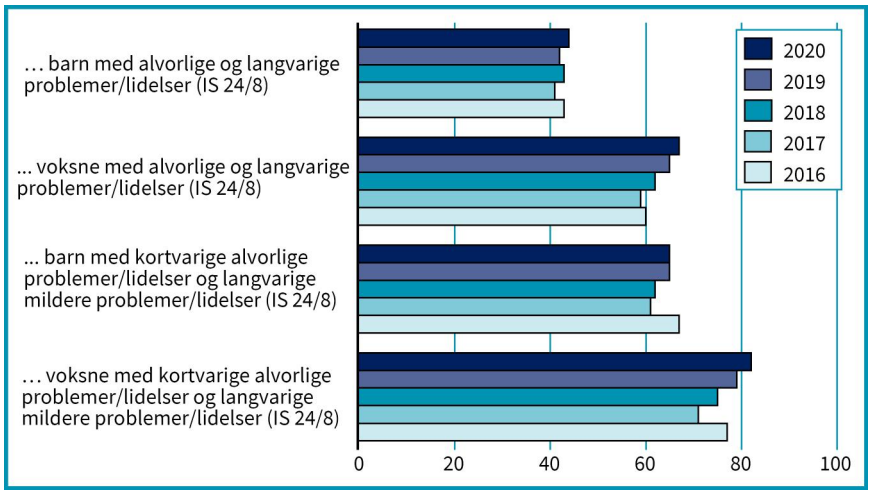
[24] Flexible Assertive Community Treatment

og sammensatte tjenestebehov). Vi har tidligere vist at det er finnes MO-sentre som ikke er etablert med støtte fra tilskuddsordningen. Hensikten med disse sentrene eller tilbudene er å senke terskelen for tilgang til hjelp, gi en bedre tilgjengelighet og tilgang til et spekter av ulike tjenester og tilbud (Hansen mfl. 2020:65). Casestudien har vist at selv om ikke alle har akkurat denne typen tjeneste, har flere lignende typer av lavterskeltilbud hvor det er mulighet for samtaler, tilgang til ulike tjenester og videre henvisning til tjenester.

Kommunenes vurdering av eget tjenestetilbud

Vi har ikke data som gir oss eksakt oversikt over hvilke tilbud som er etablert i hvilke kommuner, men vi har data om kommunenes vurdering av eget tjenestetilbud. I figur 7.2 ser vi kommunens vurdering av eget tjenestetilbud til ulike forløp slik de er skissert i veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet 2014). Her er det henholdsvis vist tjenester til brukere som vurderes å ha kortere alvorlige problemer og/eller langvarige mildere problemer, og brukere som vurderes å ha alvorlige og langvarige problemer og lidelser.

Figur 7.2 Andelen kommuner som vurderer tjenestene sine som svært gode eller gode til … Indikator 58, 59, 60 og 61. Prosent



Kilde: IS-24/8. Antall respondenter varierer noe for ulike år og ulike spørsmål, men for IS-24/8 ligger N på i overkant av 400 i 2016–2019 og i underkant av 300 i 2020.

Det er flest kommuner som vurderer at de har svært gode eller gode tjenester til voksne med kortvarige alvorlige problemer og langvarige midlere problemer. Det har vært en kontinuerlig økning i andel kommuner som vurderer at tjenestene her er bra, siden 2017, men som vi ser, var det en nedgang fra 2016 til 2017. Det betyr at endringen i perioden 2016 til 2020 er relativt marginal og ikke statistisk signifikant. Disse vurderingene av tjenestene må tolkes med en viss forsiktighet, de er sensitive for hvem i kommunen som svarer, og deres subjektive vurdering. Det mest bekymringsfulle i figur 7.2 er at det er godt under halvparten av kommunene som mener de gir et godt tilbud til barn med alvorlige og langvarige problemer. Denne andelen har ligget stabilt i hele perioden. Det er blant annet vist til at denne gruppen skal motta et tilbud i spesialisthelsetjenesten. I siste statusrapport viste vi til at Helsedirektoratet har vurdert at det er behov for avklaring og tydeliggjøring av ansvar og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og innad i tjenestene. De påpeker blant annet at for barn/unge med rusmiddelproblemer er det i mange tilfeller tilfeldig

om behandlingstilbud gis i barnevern eller i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), og det er varierende rusfaglig kompetanse i disse tjenestene (Hansen mfl. 2020:71). Anbefalingen fra tidligere om å følge opp dette området gjentas som følge av sluttmålingen vist i figur 7.2.

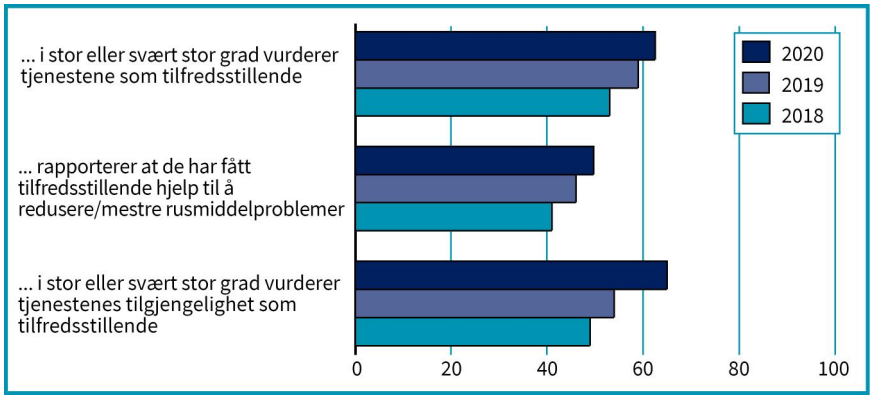
En god indikator for måloppnåelse for tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat er om kommunene kan tilby sammenhengende og koordinerte tjenester. I tabell 7.1 viser vi at mer enn halvparten av kommunene mener de kan tilby sammenhengende og koordinerte tjenester (indikator 48). Indikatorsettet viser en økning på 3 prosentpoeng per år i perioden. Mange mener de kan tilby dette i noen grad, og svært få mener de i liten grad kan tilby dette. Det er i all hovedsak små kommuner som vurderer at de i liten grad klarer å tilby dette (Ose mfl. 2020:130). Det er uansett viktig å merke seg at det er behov for fortsatt utvikling før de fleste kommuner tilfredsstiller ambisjonen om et mer sammenhengende tjenestetilbud. Vi vil også minne om at vi i kapittel 5 viste at for eksempel bruk av IP er svært lite utbredt på rusfeltet i kommunene, og at det finnes en betydelig andel brukere som ikke har noen form for plan eller ansvarsgruppe. Dette er virkemidler som kan bidra til et mer sammenhengende og koordinert tjenesteapparat for brukeren.

I drøftelser om utviklingen i det kommunale tjenestetilbudet har vi tidligere pekt på at utviklingen av et tilgjengelig og helhetlig tilbud ikke bare, eller nødvendigvis alltid, dreier seg om flere stillinger og økt kapasitet. Det kan handle om innretting av tjenestene, om tilnærminger og metoder i arbeidet og om samarbeid mellom ulike instanser. I oppfølgingen av opptrappingsplanen har dette vært en viktig del av den statlige innsatsen kanalisert gjennom statsforvalterne og de regionale kompetansesentrene (jf. kapittel 3). I tidligere statusrapporter har vi pekt på at i mange kommuner har det vært en samordning av psykisk helse og rus i felles enheter. Dette vurderes av mange som å ha styrket fagmiljøet i kommunen, og kanskje også gitt rustjenestene en sterkere faglig forankring som del av kommunens helse- og omsorgstilbud. Som vist over har også FACT-team påvirket tjenestetilbudet og bidratt til mer sammenhengende tjenester. På samme måte har mer brukerorienterte tjenester betydning for at tjenestene i større grad tilpasses brukernes behov og bidrar til den enkeltes bedringsprosess.

Brukernes vurdering av tjenestetilbudet

Kommunenes vurderinger er selvsagt deres vurdering av tjenestetilbudet. Det er ikke nødvendigvis slik at det er samsvar mellom kommunens vurdering og brukernes vurdering. I dette perspektivet er det svært verdifullt at vi som del av evalueringsopplegget har hatt tilgang til KoRus Midt sin brukertilfredshetsundersøkelse. I figur 7.3 viser vi på bakgrunn av disse dataene utviklingen i brukernes vurdering av tjenestene.

Figur 7.3 Brukernes vurdering av tjenestenes tilgjengelighet og eget tjenestetilbud. Indikator 57, 62 og 63. Prosent.



Kilde: Brukertilfredshetsundersøkelsen. 2020 data er gjort tilgjengelig for evalueringsteamet. Rapporten som oppsummerer 2020 tallene publiseres høsten 2021.

Det er en økning i andelen brukere som vurderer både tjenestenes tilgjengelighet og tjenestene som tilfredsstillende. Mer enn seks av ti brukere vurderer at tjenestene i stor grad er tilfredsstillende. Dette kan indikere at mange kommuner har klart å gi nødvendig oppfølging til brukerne også under covid-19 pandemien. Det er halvparten av brukerne som opplever at de har fått tilstrekkelig hjelp til å redusere eller mestre rusmiddelproblemene sine, men også det representerer en positiv utvikling i perioden. Brukertilfredshetsundersøkelsen viser også at av de brukerne som har vært i døgnbehandling er det 4 prosent som vurderer at oppfølgingen fra kommunen etter utskrivelsen i stor eller svært stor grad var tilfredsstillende. Også her er det en positiv utvikling i perioden. Selv om det er en positiv utvikling i brukernes vurdering, tydeliggjør verdiene behovet for fortsatt oppmerksomhet om både innhold i tjenestetilbud, at tjenestene er tilpasset brukerens behov, og at de er tilgjengelige ved behov.

Ulike deler av behandlingstilbudet

Vi har ikke mulighet innenfor rammene av evalueringen å ettergå alle «regjeringen vil»-punktene om innhold i behandling eller ambisjoner om økt vektlegging av spesifikke dimensjoner i behandlingstilbud. Det som gjelder økt oppmerksomhet om levevaner, følger vi opp i neste kapittel. Her vil vi kommentere to «regjeringen vil»-punkter som er relatert til tilbudet i kommunene. Det ene er «regjeringen vil»-punktet om å vurdere effekten av integrert rus- og voldsbehandling. Vi har i tidligere statusrapporter framhevet utfordringen med å gi gode tilbud i kommunene til personer som har sammensatte problemer, og hvor det også er en vurdert voldsrisiko. Her rapporteres det om at KoRus og RVTS har utviklet kunnskapsmoduler for å heve spesialist- og primærhelsetjenestens kompetanse innen integrert behandling for rus- og voldsproblematikk[25]. Implementering skjer fortløpende, og det er varslet om at evalueringen skal iverksettes i løpet av 2021 (Helsedirektoratet 2021).

Det andre gjelder legemiddelassistert behandling. Et av «regjeringen vil»-punktene er å etablere lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO i alle helseregioner. LASSO står for legemiddelassistert skadereduserende substitusjonsbehandling i Oslo. Statusrapporten for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i

[25] www.rusogvold.no

2019 viste at fire LAR-tiltak (Oslo, Bergen, Østfold og Stavanger) har etablert lavterskel LAR som muliggjør rask oppstart uten formell henvisning (SERAF 2020:7). I forrige rapport viste vi til at i forbindelse med nedstengingen som følge av covid-19 våren 2020 ble det etablert samarbeid mellom tjenester i kommunen og også med spesialisthelsetjenesten for å komme ut med medisiner til brukerne og gi større tilgang til legemiddelassistert rehabilitering. Noen kommuner hadde fått begynne med lavterskel LAR (Hansen mfl. 2020:87). I rapporteringen på opptrappingsplanen fra direktoratene vises det til at Helse Nord ved Universitetssykehuset i Nord-Norge har etablert lavterskel LAR. Det vises også til at alle regionene nå har fått på plass LAR-tiltak (Helsedirektoratet 2021). Flere medikamenter er tatt i bruk, og det er startet opp et prøveprosjekt med heroinassistert behandling i Oslo og Bergen. Retningslinjene for LAR er under revidering.

I stortingsbehandlingen av opptrappingsplanen ble det lagt til tre «regjeringen vil»-punkter om LAR-behandling og graviditet, tilbud til kvinner om prevensjon og oppfølging under graviditet. Dette er fulgt opp i en egen anbefaling fra 2019 om prevensjon, familieplanlegging og legemiddelvalg lagt til de nasjonale retningslinjene for gravide i LAR.[26]

Et av «regjeringen vil»-punktene var å vurdere økt bruk av medikamentell behandling av alkoholproblemer. Det er åpnet opp for å kunne få individuell stønad på blåresept til alle legemidler med markedsføringstillatelse for bruk ved alkoholavhengighet. Det rapporteres om få søknader. Det vises til at dette kan skyldes lite kunnskap om mulighetene, og at Helfo/Helsedirektoratet har publisert vilkårene for stønad på sine nettsider. Det vurderes om det skal informeres særskilt om muligheten gjennom andre kanaler (Helsedirektoratet 2021).

Sist vil vi ta med at flere «regjeringen-vil» punkter omhandler kosthold. Helsedirektoratet oppgir at en ny versjon av Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av underernæring er på intern høring i direktoratet. I den nye versjonen er personer med rusmiddelproblemer eksplisitt nevnt. Når det gjelder målformuleringen om «økt oppmerksomhet om kosthold» er dette inkludert som en del oppfølging av somatisk helse og levevaner innenfor pakkeforløpene for psykisk helse og rus[27].

7.2 Utviklingen i spesialisthelsetjenesten

I kapittel 4 viste vi at det har vært en forsiktig vekst i innsatsen i TSB i opptrappingsperioden indikert ved kostnadsutviklingen. Det er ikke mulig å identifisere en utvikling i tråd med den gylne regel, som skulle tilsi en sterkere vekst innenfor psykisk helsevern og rus i spesialisthelsetjenesten. Samtidig viste vi i kapittel 5 at innføringen av fritt behandlingsvalg i 2015 har vært fulgt av en betydelig økning av antallet pasienter i ordningen. Et av «regjeringen vil»-punktene var å øke kapasiteten og redusere ventetiden til rusbehandling. I perioden før opptrappingsplanen var det en sterk vekst innenfor TSB, men veksten har avtatt i opptrappingsperioden. Det er ikke mulig å si at det har vært en kapasitetsøkning i opptrappingsperioden. Tilsvarende utvikling gjenspeiles også i ventetid (jamfør figur 7.4). Vi ser en nedgang i årene før opptrappingsplanen, noe som blant annet har sammenheng med en betydelig økning i døgnkapasitet hos private og ideelle aktører, men kun marginal endring i opptrappingsperioden.

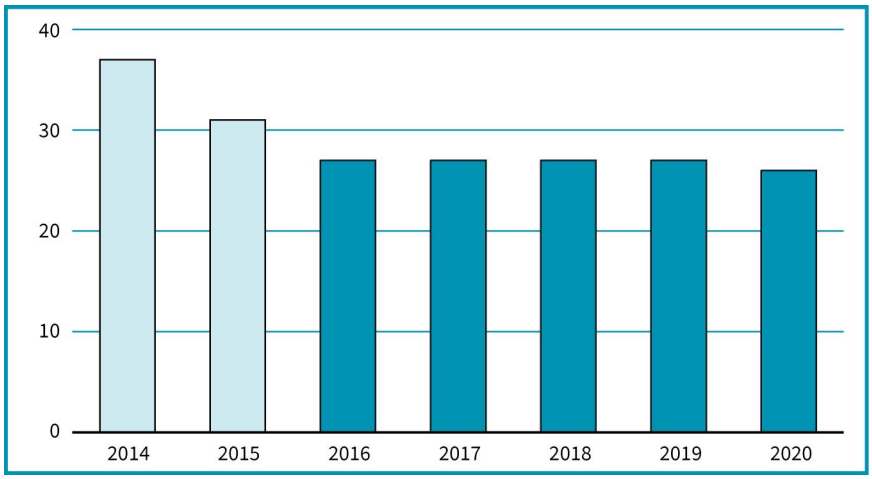
[26] https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar
[27] https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer

Helsedirektoratets rapport *Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019* (2020) viser at den planlagte døgnplasskapasiteten[28] for rusbehandling (TSB) var på 1883 plasser ved utgangen av 2019. I 2016 var antallet plasser 1917, noe som tilsvarer en nedgang på 0,6 prosent per år. Dekningsraten (dvs. antall døgnplasser per 100 000 voksne innbyggere) har falt ytterligere ettersom oppbyggingen i døgnplasser ikke kompenserer for befolkningsveksten.

Helsedirektoratets rapport viser likevel til en forsiktig vekst i antall voksne som har fått behandling i TSB. I 2016 fikk 32 821 voksne pasienter behandling i TSB. Antallet pasienter i 2019 var 33 255, noe som svarer til en årlig vekst på 0,4 prosent. Helsedirektoratet knytter veksten til flere øyeblikkelig hjelp-innleggelser og kortere varighet i døgnbehandling samt flere polikliniske konsultasjoner. Behandlingsraten har gått noe ned for de yngre (18–22 år) og opp for eldre (60–69 år) (ibid.). I 2020 var det 33 000 som mottok behandling i TSB, en nedgang på 1,8 prosent fra året før (Helsedirektoratet 2021, Aktivitetsdata for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2020). Nedgangen knyttes til covid-19 pandemien og situasjonen våren 2020. Det er en nedgang i antall behandlede pasienter, reduksjon i antall utskrivninger, antall oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner, men en stor økning i indirekte poliklinisk behandling.

Som nevnt falt ventetiden i TSB før opptrappingsplanen, men har ligget stabilt siden før vi ser en dags nedgang fra 27 dager i 2019 til 26 dager i 2020, jamfør figur 7.4. Vi viser utviklingen i den midterste ventetiden (median) når alle pasientløp i TSB rangeres fra minste til høyeste antall ventedager. Dette er et mål som er mindre sårbart for tilfeller med svært lang eller svært kort ventetid enn gjennomsnittlig ventetid. Den forsiktige nedgangen vises også i gjennomsnittlig ventetid. Fra 35 dager i 2016 til 32 dager i 2020[29]

Figur 7.4 Median ventetid (antall dager) til behandling innen TSB for ordinært avviklede pasienter. Indikator 56.



Kilde: Helsedirektoratet, IS-2706

[28] Antall døgnplasser omfatter det totale antallet plasser som er tilrettelagt med tilpasset bemanning, og som legger en ytre ramme for den planlagte døgnkapasiteten innen denne sektoren. Om lag 60 prosent av døgnplassene er lokalisert ved private avtaleinstitusjoner, og dette er primært ideelle private foretak.

[29] https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ventetider-og-pasientrettigheter/Ventetider%20og%20pasientrettigheter%202020.pdf

Et av «regjeringen vil»-punktene var å vurdere en egen 24-timers behandlingsgaranti til poliklinisk eller annen behandling. I rapporteringen på dette punktet fra Helsedirektoratet (2021) vises det til at dette punktet anses som ivaretatt som del av arbeidet med pakkeforløpene. En del helseforetak har hatt mer oppmerksomhet om å følge opp pasienter som venter på behandling for å forebygge frafall. Dette må vurderes som å ligge i målsettingene for pakkeforløpene.

Et «regjeringen vil»-punkt på dette området er innføringen av pakkeforløp for området psykisk helse og rus. Pakkeforløpet trådte i kraft fra januar 2019, og følgelig er målet innfridd. I evalueringen har vi vist at det i kommunene foreløpig ikke vurderes at pakkeforløpene har ført til store endringer eller bedring i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten (Hansen mfl. 2020:74). Flere påpekte at så langt har pakkeforløpene dreid seg om prosesser i spesialisthelsetjenesten, men mange har tro på at pakkeforløpene kan ha betydning for et mer sammenhengende behandlingstilbud. Denne holdningen kommer også til uttrykk i kartleggingen av kommunalt rus- og psykisk helsevern, det er mange som har forventninger til pakkeforløpene, men det er få kommuner som foreløpig registrerer endringer som følge av pakkeforløpene, hverken i tilbudet til pasientene eller forbedret samhandling (Ose mfl. 2020:154 – 155). De to første rapportene fra evalueringen av pakkeforløpene for psykisk helse og rus har også vært relativt kritiske til måloppnåelsen så langt (Ådnanes, Kaspersen, Melby & Lassemo 2020; Ådnanes, Høiseth, Magnussen, Thaulow & Kaspersen 2021).

Indikatorer på kapasitet og aktivitet sier lite om behandlingen har effekt. I opptrappingsplanen står det at det skal etableres et eget nasjonalt kvalitetsregister for TSB. I desember 2018 godkjente Helsedirektoratet at Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS) gis nasjonal status. Dette skal omfatte alle offentlige behandlingstiltak innen TSB og private tiltak som har driftsavtale med et regionalt helseforetak. Registeret er lagt til Helse Stavanger. Status per februar 2021 er at 1108 pasienter er registrert på landsbasis. Alle regioner har startet implementering, men det er foreløpig få som er godt i gang med registreringsarbeid. Dette registeret kan bli et bidrag til økt kunnskap om hva effekten er av ulike former for behandling for ulike grupper.

Pasientenes vurdering

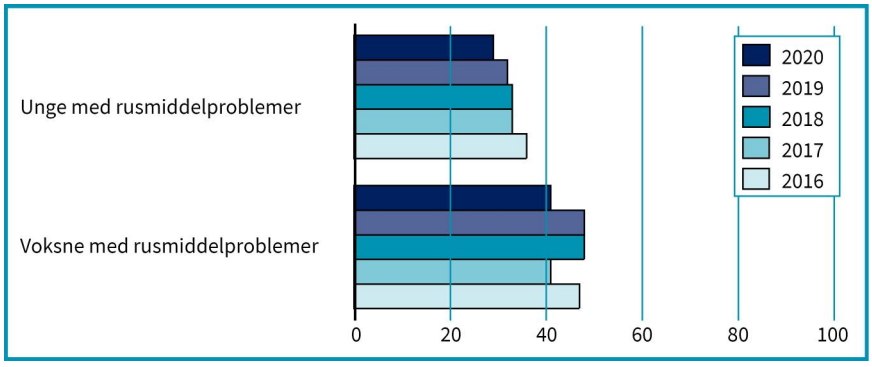
Vi har vist til noen utviklingstrekk i TSB, men en viktig indikator for vurdering av behandlingstilbud er pasientenes egen vurdering. Den kvalitative brukerundersøkelsen i forbindelse med evaluering av pakkeforløpene viser både at mange er lite informert om pakkeforløpene, og at det er flere som erfarer å ha liten påvirkning på eget tjenestetilbud (Ådnanes mfl. 2021). Utvalget for disse undersøkelsene er lite for TSB, og oppmerksomheten i studien henger selvsagt tett sammen med pakkeforløpene. Pasienterfaringsundersøkelsene i TSB gir et litt annet bilde (se indikator 64 og 65). Her ser vi at det er en økning i andel pasienter i TSB som rapporterer at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen. Dette gjelder 77 prosent av pasientene, en økning på 4,3 prosentpoeng siden 2017. Andelen pasienter som vurderer at behandlerne eller personalet har forberedt dem på tiden etter utskrivning i stor eller svært stor grad, er noe lavere, 65 prosent. Dette er en betydelig økning, 10,3 prosentpoeng, i perioden fra 2017.

Samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune

I statusrapportene i evalueringsforløpet har vi vist at det er mye samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Den betydelige utviklingen av FACT-team

illustrerer også at det er mye samarbeid. Helhetlig oppfølging og gode forløp er avhengig av fungerende samarbeid mellom aktørene på rusfeltet. I indikatorsettet har vi to indikatorer basert på IS-24/8-kartleggingen som viser utviklingen i kommunenes vurdering av hvordan samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune fungerer for henholdsvis voksne og barn (se figur 7.5).

Figur 7.5 Andel kommuner som mener samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak fungerer svært godt eller godt, fordelt på voksne og unge med rusmiddelproblemer. Indikator 67. Prosent.



Kilde: IS-24/8. Antall respondenter varierer noe for ulike år og ulike spørsmål, men for IS-24/8 ligger N på i overkant av 400 i 2016–2019 og i underkant av 300 i 2020.

Figuren vitner om en svært kritisk vurdering av hvordan samarbeidsavtalene fungerer, særlig for unge. Spørsmålet er avgrenset til samarbeidsavtalene, så det betyr ikke at det ikke er fungerende samarbeid mellom ulike deler av TSB og kommunene, men det er bekymringsfullt at planverket vurderes så kritisk av kommunene. Pakkeforløpene legger nye føringer for samarbeidet mellom helseforetak og kommuner. Kartleggingen av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid viste at godt under halvparten av kommunene har gjennomgått samarbeidsavtalene og oppdatert disse i henhold til pakkeforløpene (Ose mfl. 2020:153). 44 prosent har gjort dette med avtalene for voksne med rusmiddelproblemer, mens kun 33 prosent har gjort dette for unge med rusmiddelproblemer.

Her er det klare indikasjoner på at det er behov for økt oppmerksomhet. Etableringen av 19 helsefellesskap der helseforetak og kommuner skal samarbeide om de mest sårbare pasientene, kan kanskje bidra til samarbeidet framover (skal opprettes som følge av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023). Tjenestetilbudet i kommunene er styrket i opptrappingsperioden. Gjennom casestudiene har vi vist at mange kommuner utvikler tjenestetilbudet, og flere kommuner tilbyr mer behandlingsrettede tilbud på rusfeltet. Utviklingen av FACT viser at et dynamisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten er mulig og kan ha betydning for tilbudet til brukerne. I statusrapportene har vi vist at det er mye samarbeid og mange møteplasser mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. I siste statusrapport viste vi til kommuner som pekte på behovet for at aktørene i spesialisthelsetjeneste og kommune jobber med økt forståelse av hverandres tjenester, med anerkjennelse av ulik kompetanse og roller (Hansen mfl. 2020:74). Kjennskap og anerkjennelse av hverandres rolle og kompetanse er viktig for å lykkes med samhandling. Det er behov for å ha fortsatt oppmerksomhet om utvikling av dynamiske modeller for likeverdig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for oppfølging av brukerne.

7.3 Vurderinger og anbefalinger

Vi har registrert en utvikling i tilbud og tilgjengelighet til tjenester på rusfeltet i opptrappingsperioden, dette gjelder både utvikling av lavterskeltilbud, øyeblikkelig hjelp, mer oppsøkende og flerfaglige tjenester og større oppmerksomhet om innføring av kunnskapsbaserte modeller og faglig utvikling i tjenestene. Utviklingen er særlig tydelig i andelen kommuner som har tilgang til oppsøkende flerfaglige team, som FACT. Det er indikasjoner på utvikling av et mer tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud. Det har vært en større samordning av rus- og psykiske helsetjenester i mange kommuner i opptrappingsperioden. I evalueringen har vi pekt på at dette av flere vurderes å ha styrket fagmiljøet og tjenestene til brukerne. Virkningene av denne organisasjonsendringen har vi likevel lite systematisert kunnskap om. Det bør gjøres en undersøkelse av hvordan dette har påvirker tjenestene på rusfeltet, og hvorvidt dette bidrar til en sterkere forankring av rustjenestene som en etablert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange har tatt opp at rustjenestene er sårbare innenfor en presset kommuneøkonomi. Det er viktig å følge utviklingen av nye tilbud og tjenester framover for å se om de blir opprettholdt innenfor kommunens ordinære drift. Vi mener også at det er viktig å følge utviklingen av FACT videre med tanke på i hvilken grad personer med rusmiddelproblemer inkluderes i tilbudene. Etter hvert som det kommer mer erfaring fra egne RusFACT, kan det være interessant å vurdere om dette gir læring for hvordan man kan nå nye målgrupper på en mer hensiktsmessig måte.

Det er store kommunale variasjoner. Og tross utvikling er det fortsatt en betydelig andel kommuner som for eksempel ikke deler ut brukerutstyr eller har tilgang til oppsøkende tjenester. Rusfeltet er fortsatt i utvikling. Det er indikasjoner på at det er behov for å ha oppmerksomhet om både kapasitet og kvalitet i tjenestene i de mindre kommunene.

Selv om det er variasjoner, gir en stor andel av kommunene uttrykk for at de mener de gir et godt tilbud til grupper av brukere med ulikt problemtrykk, bortsett fra når det gjelder barn med alvorlige og langvarige problemer. Det er behov for å undersøke nærmere roller og ansvarsfordeling og kompetansen om rus i barnevern og BUP.

Kommunenes generelle positive vurdering av eget tjenestetilbud bortsett fra for barn med omfattende problemer ser ut til i en viss grad å deles av brukerne. Det en positiv utvikling i brukernes vurdering av det kommunale tjenestetilbudet. Flere enn seks av ti brukere i den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen vurderer tjenestene de mottar, som tilfredsstillende. 65 prosent vurderer tilgjengeligheten til tjenestene som god eller svært god. Halvparten rapporterer at de har fått tilfredsstillende hjelp til å redusere eller mestre rusmiddelproblemer. 47 prosent av de som har vært i døgnbehandling opplever at de har fått tilfredsstillende oppfølging fra kommunen etter siste utskrivelse. Den tidligere registrerte positive utviklingen på disse områdene fortsetter til tross for begrensningene covid-19 pandemien har medført. Likevel tilsier verdiene at det fortsatt er behov for å ha oppmerksomhet om både innhold i tjenestetilbud, at tjenestene er tilpasset brukerens behov, og at de er tilgjengelige ved behov. Brukernes vurderinger viser at kommunene fortsatt må ha mer oppmerksomhet om hvordan tjenestene kan utformes, slik at de best mulig støtter opp under den enkeltes bedringsprosess (jf. omtale av recovery i kapittel 5).

Objektive data peker ikke i retning av at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten (TSB) er nevneverdig styrket i perioden. Ventetiden til behandling i TSB har gått marginalt ned i perioden. Samtidig ser vi at en økende andel pasienter i TSB melder om at de har hatt utbytte av behandlingen. Det kan indikere at det skjer en endring i

tilnærminger og oppmerksomhet om mer helhetlige og kontinuerlige behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. Likevel illustrerer både pasienters vurdering av forberedelse til livet etter døgnbehandling og brukeres vurdering av det tilbudet de har mottatt etter behandling, at det er behov for å jobbe med samarbeidet mellom kommuner og helseforetak og bedre sammenheng i tjenestetilbudene.

Så langt ser det ut til at pakkeforløpene i liten grad har bidratt til forbedring av tilbudet til brukerne eller i samarbeidet med kommunene. Det er behov for å ha mer oppmerksomhet om gode modeller for likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune vurderes av over halvparten av kommunene å ikke fungere etter hensikten. De nye helsefellesskapene i regionene skal ha oppmerksomhet om særlig sårbare pasienter, blant dem en gruppe vi gjennom hele evalueringsforløpet har pekt på at ofte får et utilstrekkelig tilbud, nemlig personer med omfattende rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Det bør prioriteres å utvikle modeller for likeverdig samarbeid mellom helseforetak og kommune for oppfølging av denne gruppen.

8 En aktiv og meningsfylt tilværelse

Hovedmål 4 kan defineres som et område som i stor grad handler om innhold i livet eller det å bidra til bedre livskvalitet for den enkelte. Målformuleringen er at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Vi har knyttet målområdet tett til innsatsområde 3, om oppfølgingstjenester med prioritering av bolig, arbeid og aktivitet.

Følgende «regjeringen vil»-punkter utdyper ambisjonene for dette området:

- Styrke det frivillige arbeidet med å bedre tilknytningen til arbeidsmarkedet og motvirke sosial ekskludering for personer med rusmiddelproblemer (58)
- Øke antall tiltaksplasser for de med nedsatt arbeidsevne med 500 plasser (59)
- Vurdere bruken av metodikk som IPS og jobbmestrende oppfølging også for personer med rusmiddelproblemer (60)
- Styrke attføringstilbudet for personer med sammensatte problemer ved å etablere arbeidsforberedende trening (AFT) (62)
- Følge opp at arbeidsrettede tiltak avsatt til personer i LAR benyttes i tråd med intensjonen (63)
- Utarbeide en nasjonal veileder for bruk av fysisk og sosial aktivitet i behandling og oppfølging av personer med rusmiddel- og psykiske problemer (65)
- Legge til rette for økt vektlegging av fysisk aktivitet og ernæring i behandling, oppfølging og ettervern av personer med rusmiddel- og psykiske problemer (66)
- Bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo (67)
- Alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet (70)

For å følge utviklingen på området er det definert 18 indikatorer. I tabell 8.1 viser vi utviklingen til og med 2020 på disse indikatorene.

Tabell 8.1 Femte måling for indikatorer hovedmål 4.

									Endring per år	
#		Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	2019–2020	2016–2020*
69	Innsats	Andel kommuner som har etablert samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet	IS-24/8	N/A	58 %	66 %	63 %	63 %	0,0 %-poeng	1,7 % poeng (–)
70	Aktivitet	Andel kommuner med individuell jobbstøtte (IPS) eller supported employment (SE) innen rusarbeid	IS-24/8	N/A	19 %	21 %	26 %	34 %	8,0 % poeng	6,0 % poeng (*)
71		Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å komme i arbeid	BU	N/A	23 %	N/A	30 %	24 %	-6,1 %-poeng	0,3 %-poeng (–)

#		Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	Endring per år 2019–2020	Endring per år 2016–2020*
72		Andel brukere som rapporterer at de har fått praktisk hjelp til å mestre økonomien	BU	N/A	27 %	N/A	39 %	34 %	-4,8 %-poeng	2,4 %-poeng (–)
73		Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å skaffe bolig	BU	N/A	43 %	N/A	49 %	47 %	-2,5 %-poeng	1,2 %-poeng (–)
74		Andel brukere som rapporterer at de har fått hjelp til å komme i gang med meningsfulle aktiviteter	BU	N/A	24 %	N/A	33 %	29 %	-4,5 %-poeng	1,5 %-poeng (–)
75		Andel brukere som mener de har fått tilfredsstillende oppfølging i kommunen etter siste utskrivning	BU	N/A	27 %	N/A	39 %	47 %	7,6 %-poeng	6,5 %-poeng (+)
76		Andel kommuner som mener de i stor eller svært stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig	IS-24/8	58 %	60 %	55 %	58 %	58 %	0,0 %-poeng	0,0 %-poeng (–)
77	**Resultat**	Andel brukere med tilfredsstillende bosituasjon (grønn)	BP	71 %	73 %	71 %	71 %	N/A	N/A	0,0 %-poeng (–)
77 rev		Andel brukere med tilfredsstillende bosituasjon (grønn) ekskl. NAV og barnevern	BP	N/A	74 %	N/A	N/A	74 %	N/A	0,2 %-poeng (–)
78		Andel brukere med tilfredsstillende fysisk helse (grønn)	BP	50 %	48 %	47 %	46 %	N/A	N/A	-1,3 %-poeng (*)
78 rev		Andel brukere med tilfredsstillende fysisk helse (grønn) ekskl. NAV og barnevern	BP	N/A	45 %	N/A	N/A	44 %	N/A	-0,5 %-poeng (–)
79		Andel brukere med tilfredsstillende psykisk helse (grønn)	BP	24 %	25 %	25 %	22 %	N/A	N/A	−0,7 %poeng (*)
79 rev		Andel brukere med tilfredsstillende psykisk helse (grønn) ekskl. NAV og barnevern	BP	N/A	23 %	N/A	N/A	20 %	N/A	−1,0 %-poeng (*)
80		Andel brukere med tilfredsstillende økonomi (grønn)	BP	48 %	47 %	45 %	45 %	N/A	N/A	−1,0 %-poeng (*)
80 rev		Andel brukere med tilfredsstillende økonomi (grønn) ekskl. NAV og barnevern	BP	N/A	49 %	N/A	N/A	51 %	N/A	0,5 %-poeng (–)
81		Andel brukere med tilfredsstillende meningsfylt aktivitet (grønn)	BP	28 %	30 %	29 %	29 %	N/A	N/A	0,3 %-poeng (–)
81 rev		Andel brukere med tilfredsstillende meningsfylt aktivitet (grønn) ekskl. NAV og barnevern	BP	N/A	28 %	N/A	N/A	27 %	N/A	−0,6 %-poeng (–)
82		Andel brukere med tilfredsstillende rusmiddelbruk (grønn)	BP	30 %	29 %	31 %	27 %	N/A	N/A	−1,0 %-poeng (*)
82 rev		Andel brukere med tilfredsstillende rusmiddelbruk (grønn) ekskl. NAV og barnevern	BP	N/A	30 %	N/A	N/A	28 %	N/A	−0,7 %-poeng (*)
83		Andel brukere med tilfredsstillende nettverk (grønn)	BP	29 %	27 %	27 %	26 %	N/A	N/A	−1,0 %-poeng (*)
83 rev		Andel brukere med tilfredsstillende nettverk (grønn) ekskl. NAV og barnevern	BP	N/A	25 %	N/A	N/A	25 %	N/A	−0,2 %-poeng (–)
84		Andel brukere som deltar i arbeidslivet (i arbeid eller arbeidsmarkedstiltak)	BP	11 %	13 %	13 %	13 %	N/A	N/A	0,7 %-poeng (*)

#		Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	Endring per år 2019–2020	Endring per år 2016–2020*
84 rev		Andel brukere som deltar i arbeidslivet (i arbeid eller arbeidsmarkedstiltak), ekskl. NAV og barnevern	BP	N/A	14 %	N/A	N/A	12 %	N/A	−0,7 %-poeng (*)
85		Andel kommuner som mener at boligsituasjonen for målgruppen for kommunalt rusarbeid har bedret seg (bedring eller stor bedring) de siste årene	IS-24/8	28 %	33 %	33 %	33 %	40 %	7,0 %-poeng	3,0 %-poeng (*)
86		Andel kommuner som mener opptrappingsplanen har hatt direkte konsekvens for flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer	IS-24/8	N/A	10 %	9 %	6 %	7 %	1,0 %-poeng	−1,0 %-poeng (–)

*Endring per år fra første til siste måling. For de fleste indikatorer vil perioden være 2016–2020, men for enkelte indikatorer vil 2017 være første år og/eller 2019 siste år. Det vises ellers til øvrige kolonner for hvilke år data er tilgjengelig. Endring over tid er beregnet til endring per år målt i prosent eller prosentpoeng per år fra første til siste måling. I endringskolonnen angis også estimering av hvorvidt forskjellen fra første til siste måling er signifikant forskjellig. (*) angir at forskjellen er signifikant, (–) angir at forskjellen ikke er signifikant.

En overordnet analyse av utviklingen på dette målområdet med utgangspunkt i tabell 8.1 er at det har vært en betydelig økning i innsats og aktivitet, men at det i all hovedsak ikke er mulig å registrere noen positive resultater for brukernes situasjon. Tvert imot indikerer tilgjengelige data at det har vært en marginal forverring på noen områder. Situasjonsbildet for brukerne når det gjelder arbeid, aktivitet og sosialt nettverk, er svært dårlig. Bildet er betydelig bedre når det gjelder brukernes bosituasjon, selv om endringen er beskjeden i løpet av perioden. Vi skal kommentere mer utdypende på disse to områdene videre i kapitlet, men vil i tillegg nevne følgende hovedtrekk ved brukernes situasjon:

- Andel brukere med vurdert tilfredsstillende psykisk helse er stabilt svært lav i hele perioden (om lag 20 prosent).
- Under halvparten av brukerne vurderes å ha tilfredsstillende fysisk helse, ingen bedring i perioden.
- Om lag halvparten vurderes å ha tilfredsstillende økonomi, heller ikke her er det bedring i perioden.

I forbindelse med den første statusrapporten fra evalueringen (Hansen mfl. 2018a) ble det gjennomført en spørreundersøkelse til fylkesmannsembetene (nå statsforvalterne) hvor de blant annet ble bedt om å vurdere behovet for innsats på ulike områder for at kommunene i fylket skulle styrke innsatsen i tråd med målene i opptrappingsplanen. Svarene viste at der fylkesmennene mente det var størst behov for innsats, var tilbud om arbeid og aktivitet til målgruppen og flere egnede boliger til målgruppen. Respondentene i embetene vurderte generelt at det var stort behov for kompetanseheving på flere områder, økt brukerorientering og -medvirkning i tjenestene, innsats for å styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten samt systemer for rask tilgang til behandling for personer med rusmiddelproblemer.

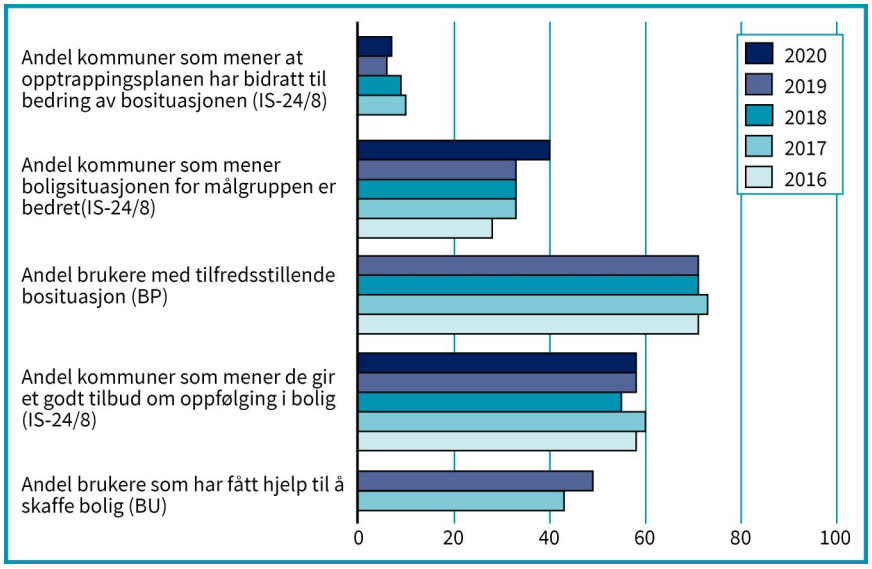
Vurderingen gjenspeilte seg også i IS-24/8-kartleggingen i 2016 – første året av opptrappingen. Der var det spørsmål om kommunenes forventninger til opptrappingsplanen for rusfeltet. Her er ikke arbeid og aktivitet særlig nevnt, men i tillegg til

forventninger om blant annet flere faste stillinger og kapasitetsøkning, er det flere som forventer at boligtilbudet bedres (Ose & Kaspersen 2016:16).
I dette kapitlet ser vi først på utviklingen når det gjelder bolig og brukernes bosituasjon, før vi belyser utviklingen når det gjelder arbeid og aktivitet eller innhold i livet.

8.1 Boligsituasjonen

Bolig og boforhold er en grunnleggende levekårsfaktor. Boligforholdene har betydning for hvordan vi har det på andre områder i livet, for helse, for mestring av livet, for deltakelse på sosiale arenaer (Hansen 2021b). Gjennom hele evalueringsforløpet har utfordringer med bolig og brukernes bosituasjon vært tatt opp innenfor kommunalt rusarbeid (Hansen mfl. 2019:100–101; Hansen mfl. 2020:77–79). Dette har primært dreid seg om tilstrekkelig tilgang til egnede boliger og tilstrekkelige tjenester til oppfølging i bolig for de som har behov for det. I figur 8.1 viser vi utviklingen i på indikatorer som er knyttet til målet om at alle skal ha et egnet sted å bo, og at alle med behov skal få hjelp til å mestre boforholdet.

Figur 8.1 Utvikling i bolig og oppfølging for personer med rusmiddelproblemer. Indikator 73, 76, 77, 85 og 87. Prosent.



Kilde: Nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse, BrukerPlan (2016–2019) og IS-24/8.

Her er tall fra BrukerPlan basert på gammelt utvalg til og med 2019, som inkluderer helse- og omsorgstjenestene, NAV og barnevern.

Det er en noe høyere andel kommuner (40 prosent) enn tidligere som mener at boligsituasjonen for målgruppen er bedret de siste årene, og at en høyere andel av brukerne har fått hjelp til å skaffe bolig, utover dette er situasjonsbildet relativt stabilt gjennom hele perioden. I figuren vises andel brukere med tilfredsstillende bosituasjon kun fram til 2019. Dette skyldes at i 2020 er utvalget for BrukerPlan endret (jf. redegjørelse i kapittel 2). I 2020 inkluderer ikke utvalget kartlegginger fra NAV og barnevern. I indikator 77rev (tabell 8.1) viser vi situasjonen for det reviderte utvalget i 2020, men også i 2017. Bildet er svært likt, uten registreringene fra NAV er det en litt høyere andel, 74 prosent, som vurderes å ha en tilfredsstillende bosituasjon. Vi ser også at andel kommuner som mener de gir et godt tilbud når det gjelder oppfølging i bolig, ligger stabilt på 58 prosent.

Det har vært stor oppmerksomhet om bolig og boligsosialt arbeid i kommunene gjennom hele opptrappingsplanen, men da gjerne knyttet til den nasjonale boligsosiale strategien Bolig for velferd (2014–2020). I Husbankens årsrapport for 2020 referer de til sitt ansvar for å følge opp boligtiltakene i opptrappingsplanen for rusfeltet. De viser til at de i strategiperioden for Bolig for velferd har gitt støtte til etablering av 900 boliger for målgruppa (Husbanken 2021:160). Årsrapporten inkluderer hovedfunn fra den siste kartleggingen av bostedsløse. Denne viser at det i 2020 var 3 325 bostedsløse, en nedgang på 15 prosent i perioden. Av de som er bostedsløse er andelen med rusmiddelproblemer redusert i perioden, mens andelen med samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (ROP) er på samme nivå som i 2016 (ibid.162).

Det er mange som bor, men det ser ut til at kommunene erfarer utfordringer med å sikre en god bosituasjon særlig for brukere med sammensatte problemer (Hansen mfl. 2020:77–79). I noen kommuner er det mangel på nok boliger, men mange steder er det primære behovet flere egnede boliger og utviklingen av tilstrekkelige oppsøkende tjenester for å bidra til at flere mestrer å opprettholde en stabil bosituasjon. BrukerPlan-dataene for 2020 illustrerer dette utfordringsbildet. Jo mer omfattende utfordring brukerne har, jo lavere andel med tilfredsstillende boligsituasjon (Helse Stavanger 2021:14). Av alle med rusmiddelproblemer vurderes 74 prosent å ha en tilfredsstillende bosituasjon, 5 prosent vurderes å ha en dårlig bosituasjon, det vil si at de er bostedsløse. Det viser seg at bildet er mye mer sammensatt. Gruppen «alle med rusmiddelproblemer» består av flere underkategorier, og her ser man at for de med «kun» rusmiddelproblemer vurderes 84 prosent å ha en tilfredsstillende bosituasjon, for de med samtidige rusmiddel- og psykiske helseproblemer (mindre alvorlig ROP) er det 74 prosent, og for de med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP) er det 59 prosent som vurderes å ha en tilfredsstillende bosituasjon.[30] Mens det kun er henholdsvis 4 og 3 prosent blant de med kun rusmiddelproblemer og mindre alvorlig ROP som vurderes å være bostedsløse, er andelen i ROP-gruppen 11 prosent. Dette er noe bedre resultater enn i 2019, hvor utvalget også inkluderte kartlagte i NAV. Samtidig er hovedpoenget her at denne oversikten illustrerer de utfordringene mange kommuner beskriver, de strever med å sikre en god bosituasjon for personer med sammensatte problemer (Hansen mfl. 2020). Dette samsvarer med funnene i siste kartlegging av bostedsløse slik de refereres i Husbankens årsrapport for 2020 (Husbanken 2021).

En del av utfordringen når det gjelder brukernes bosituasjon handler om tilstrekkelige og hensiktsmessige tjenester. Utviklingen av flere oppsøkende og fleksible tjenester i kommunen kan ha betydning for bostabilitet for personer med sammensatte problemer. Likevel må det påpekes at noen kommuner har betydelig mangel på egnede boliger. Andre casekommuner i evalueringen har et relativt differensiert og omfattende bo- og tjenestetilbud til målgruppen, mens andre kanskje har nok boliger, men noe mangel på egnede boliger for enkelte grupper og ikke tilstrekkelig kapasitet i oppfølgingstjenestene. I statusrapport 3 viste vi til at informanter i spesialisthelsetjenesten oppgir mangel på boliger eller mer spesifikt tilgang til egnede boliger for pasientene etter utskrivelse som en betydelig utfordring. Mange skrives ut til uegnede boforhold som kan gjøre det vanskelig å opprettholde behandlingseffekter. Det er behov for videre satsing for at kommunene har nok egnede boliger til målgruppen, og en særlig oppmerksomhet om bo- og tjenestetilbud til personer med sammensatte utfordringer og samtidige rusmiddel- og psykiske helseproblemer.

[30] Her må det bemerkes at en konsekvens av at NAV ikke inngår i BrukerPlan-kartleggingen i 2020, er at majoriteten av bydelene i Oslo og Bergen ikke inngår. Det må antas å påvirke andel brukere med omfattende problematikk.

8.2 Arbeid og innhold i livet

Det har vært økende oppmerksomhet om betydningen av arbeid og aktivitet gjennom opptrappingsperioden. Dette illustreres i rapporteringene fra statsforvalterne på opptrappingsplanen, som blant annet påpeker at mange FACT-team som etableres, også har egne jobbkonsulenter. Når det gjelder flere «regjeringen vil»-punkter om å bidra til arbeid og aktivitet for personer med rusmiddelproblemer, så er de krevende å vurdere. Ambisjonen om flere (500) tiltaksplasser for dem med nedsatt arbeidsevne er ikke mulig å identifisere i noen rapportering. Prioriteringer av personer med rusmiddelproblemer må eventuelt gjøres innenfor ramma. Det er ikke mulig å identifisere hvor mange i tiltak som har rusmiddelproblemer. Det samme gjelder hvor mange med rusmiddelproblemer som har deltatt i arbeidsforberedende trening (AFT).

Vi har likevel noen indikatorer som viser utviklingen i tilbud om arbeidsrettede tiltak for målgruppen. Det er en noe høyere andel kommuner (64 prosent) som nå har samarbeid mellom NAV og helse- og omsorgstjenestene om arbeidsrettet rehabilitering (indikator 69). Et «regjeringen vil»-punkt er å vurdere metodikk som individuell jobbstøtte (IPS) og jobbmestrende oppfølging også for personer med rusmiddelproblemer. Her har det vært en betydelig utvikling, 34 prosent av kommunene oppgir nå at de har IPS eller «supported employment» i rusarbeidet (indikator 70). Utviklingen er sterkt stimulert gjennom statlige tilskuddsordninger. I rapporteringen fra direktoratene på «regjeringen vil»-punktene viser de til at det nå er etablert IPS-tilbud i alle fylker, men med varierende kapasitet og utbredelse. Her vises det også at rapporteringen for IPS i 2019 viste at 23 prosent av det totale antallet som fikk et IPS-tilbud, var personer med rusmiddelproblemer, det vil si 458 personer (en økning på 137 personer fra 2018). Av disse fikk 40 prosent ansettelse i ordinært arbeidsliv i løpet av 2019. Denne prosentandelen er på samme nivå som for de andre IPS-deltakerne (Helsedirektoratet 2020, 2021).

I tabell 8.1. ser vi at det er en forsiktig positiv utvikling i perioden når det gjelder brukere som oppgir at de har fått hjelp til henholdsvis å komme i gang med meningsfulle aktiviteter (indikator 74), og til å komme i arbeid (indikator 71). Det er samtidig en nedgang i andel som får slik hjelp i 2020 sammenlignet med målingen i 2019. Dette kan ha sammenheng med covid-19 pandemien og at det generelt har vært utfordringer med å kunne bidra til sosial inkludering i 2020.

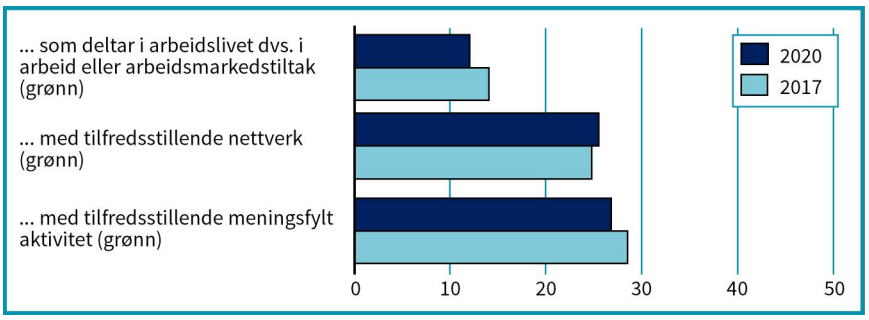
Før vi går til vurdering av brukernes situasjon, må vi ta med at det har vært prioritert tilskuddsmidler til de frivillige organisasjonene for å drive arbeid- og aktivitetsrettede tilbud for personer med rusmiddelproblemer. Dette inkluderer en rekke ulike typer av aktivitetstiltak, blant annet utbredelsen av ordningen med gatefotball, men også mer arbeidsrettede aktiviteter.

Det er likevel som oppsummert innledningsvis ikke slik at en foreløpig kan registrere at denne innsatsen i opptrappingsperioden gir seg utslag i brukernes situasjon. I figur 8.2 viser vi andel brukere som vurderes å ha henholdsvis tilfredsstillende meningsfylt aktivitet eller nettverk eller deltar i arbeid. Denne figuren viser situasjonen i 2020 for revidert BrukerPlan-utvalg (dvs. uten NAV og barnevern) og samme type utvalg i 2017.

Det er en svært liten andel av brukerne som er kartlagt i BrukerPlan, som har en tilfredsstillende situasjon når det gjelder arbeid, aktivitet og nettverk og det er ikke mulig å registrere noen positiv utvikling. Andelen som er i arbeid, er svært liten. Om man går inn i dataene, vil man se at det har vært en forsiktig nedgang i andel som skårer rødt på meningsfylt aktivitet fra 28,5 i 2017 til 26,3 i 2020. De fleste skårer gult, som vil si at de har lite eller begrenset grad av meningsfull aktivitet. I 2020 er det 12

prosent som skårer rødt på nettverk, det er en marginal nedgang fra 2017 (Helse Stavanger 2021:47–48).

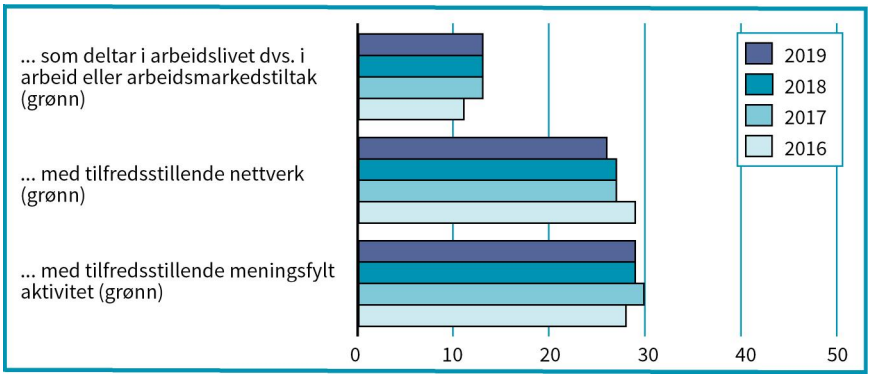
Figur 8.2 Innhold i livet, andel brukere … (indikator 81, 83, 84). Prosent.



Kilde: BrukerPlan 2020 og konstruert utvalg ekskl. NAV og barnevern 2017. Omfatter ca. 130 kommuner og 9000 personer med rusmiddelproblemer.

For å se utviklingen i hele opptrappingsperioden velger vi å vise en figur med opprinnelig utvalg (inkludert NAV og barnevern) på de samme indikatorene for 2016–2019 (figur 8.3). Også med dette utvalget ser vi den samme urovekkende utviklingen med manglende økning i andelen med en form for aktivitet eller sosialt nettverk.

Figur 8.3 Innhold i livet. Brukere som … (indikator 81, 83 og 84). Prosent.



Kilde: BrukerPlan. Den øverste figuren omfatter kartlegginger fra kommune, fastlege, NAV og barnevern. Omfatter ca. 400 kommuner og 22 000 personer med rusmiddelproblemer.

Dette betyr at en stor andel av brukerne med rusmiddelproblemer i de kommunale tjenestene har lite aktivitet og lite tilfredsstillende sosialt nettverk. Svært få er i arbeid eller arbeidsmarkedstiltak. Dette må man anta at kan påvirke livskvalitet, psykisk helse og mestring i livet. Det er klare indikasjoner på at det er behov for å styrke oppmerksomheten om arbeid, aktivitet og sosialt nettverk som en del av det å arbeide recovery-orientert og støtte den enkeltes bedringsprosess.

Et av «regjeringen-vil» punktene er å utvikle en nasjonal veileder for bruk av fysisk og sosial aktivitet i behandling og oppfølging av personer med rusmiddel- og psykiske problemer. Dette er ikke gjennomført i perioden, men i Helsedirektorats (2021) rapportering på arbeidet med opptrappingsplanen vises det til at oppmerksomhet om

somatisk helse, fysisk og sosial aktivitet, eller levevaner, er inkludert i pakkeforløpene for psykisk helse og rus[31]. Det henvises utover dette til aktivitet i regi av frisklivssentralene i kommunene, og at dette tilbudet nå er etablert i 60 prosent av kommunene. Det er også inkludert i rapporteringen at Fagrådet og Rådet for psykisk helse med midler fra Helsedirektoratet har gjennomført prosjekt "den gode hjertebanken"[32]. Prosjektet har inkludert utarbeiding av en kunnskapsstatus om bruk av fysisk trening og aktivitet i behandling.

8.3 Vurdering og anbefalinger

Måloppnåelsen for hovedmål 4 om at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse, må sies å være svært lav. Likevel er bildet sammensatt. Det er indikasjoner på økt innsats knyttet til arbeid og aktivitet i kommunene, og i regi av de frivillige organisasjonene. Flere av de nye FACT-teamene har egen jobbkonsulent, det er flere kommuner som har IPS (selv om det fortsatt bare er en tredel av kommunene). Det er flere kommuner (64 prosent) som nå har samarbeid mellom NAV og helse- og omsorgstjenestene om arbeidsrettet rehabilitering, en økning i perioden (ikke statistisk signifikant). Likevel er det ingen endring i situasjonen på dette området for brukere som kartlegges i BrukerPlan. Vi mener det er behov for i sterkere grad å innarbeide perspektiver om betydningen av arbeid, aktivitet og sosial inkludering i de kommunale rustjenestene, inkludert det å jobbe recovery-orientert.

Under dette målområdet har vi også analysert utviklingen når det gjelder brukernes bosituasjon. Heller ikke på dette området er det mulig å registrere noen utvikling eller bedring av situasjonen. Det er ingen endring i andel kommuner som mener de gir et godt tilbud om oppfølgingstjenester i bolig (58 prosent). Det er ingen endring i andel av brukerne som vurderes å ha en tilfredsstillende bosituasjon (gammelt utvalg BrukerPlan 71 prosent, nytt utvalg uten NAV 74 prosent). Også her er likevel bildet sammensatt. Fire av ti kommuner mener at bosituasjonen for målgruppen er blitt bedre de siste årene. Nær halvparten av brukerne har fått hjelp til å få et sted å bo. Det er variasjoner i situasjonene i kommunene. Likevel viser BrukerPlan-dataene det vi har påpekt i evalueringsperioden, jo mer sammensatte problemer brukerne har, jo større er sannsynligheten for at de har en lite tilfredsstillende bosituasjon. Mens 84 prosent av brukere med «kun» rusmiddelproblemer vurderes å ha en tilfredsstillende bosituasjon, gjelder dette 59 prosent av brukerne med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP). Mens det kun er henholdsvis 4 og 3 prosent blant de med kun rus og mindre alvorlig ROP som vurderes å være bostedsløse, er andelen i ROP-gruppen 11 prosent.

Utfordringene når det gjelder boligsituasjon, handler om egnede boliger og om tilstrekkelige og hensiktsmessige tjenester. Utfordringsbildet varierer i kommunene, men det er behov for videre satsing for at kommunene skal ha nok egnede boliger til målgruppen, og en særlig oppmerksomhet om bo- og tjenestetilbud til personer til med sammensatte utfordringer og samtidige rusmiddel- og psykiske helseproblemer.

[31] https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretakelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levevaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus

[32] https://psykiskhelse.no/assets/council/Dokumenter/Nettversjonen_av_Den_gode_hjertebanken_originalen.pdf

9 Straffegjennomføring

Det femte hovedmålet i Opptrappingsplanen er å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer. Dette er et område hvor det i opptrappingsplanen er spesifisert en særlig opptrapping av innsats på 93 millioner kroner i perioden (jf. kapittel 4). Innsatsen var blant annet knyttet til utbredelse av ordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), flere rusmestringsenheter (stifinnerenheter) og styrking av fengselshelsetjenesten. I tabell 4.2 (se kapittel 4) viser vi at totalt har den øremerkede opptrappingen definert inn i den tverrdirektorale satsingen som følge av opptrappingsplanen summert seg opp til 68 millioner i perioden, altså noe lavere enn det opprinnelige estimatet. Beløpet fordeler seg på de nevnte områdene og i tillegg på etablering av avrusning i fengsel (2019). Selv om dette er en mindre opptrapping enn målformuleringen skisserte, er dette et område hvor vi gjennom hele evalueringsforløpet har pekt på at det har vært mye aktivitet og bevegelse i retning god måloppnåelse.

Regjeringen har uttrykt følgende «regjeringen vil»-punkter for hva de ønsker å oppnå i perioden innenfor hovedmål 5:

- Utvide og gjøre Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) permanent (50)
- Styrke det polikliniske psykiatriske behandlingstilbudet i fengslene for å tilby tjenester innen både tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (51)
- Bidra til å styrke primærhelsetjenestetilbudet i fengslene (52)
- Vurdere å etablere nye tilbud om tverrfaglig spesialisert behandling i fengsel etter stifinnermodellen (53)
- Stimulere til økt bruk av § 12 (soning i behandlingsinstitusjon) i løpet av opptrappingsperioden (54)
- Vurdere hvordan avrusningstilbudet for innsatte kan styrkes, herunder vurdere et pilotprosjekt med avrusning i fengsel (55)
- Videreutvikle og øke bruken av helsefaglige tiltak og metoder som reaksjon på mindre alvorlige narkotikarelaterte lovbrudd, herunder ungdomskontrakt (25)

I tillegg kommer de mer generelle punktene om

- å øke kompetansen om rusmiddel- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer (4)
- å vurdere behovet for å styrke tiltak innen den nasjonale overdosestrategien, herunder vurdere å utvide prosjektet med nalokson til flere byer, tilgang på rent brukerutstyr og tiltakspakke mot overdoser (punkt 48), noe som også har blitt fulgt opp i kriminalomsorgen

I følgeevalueringen har vi fulgt utviklingen på syv indikatorer for dette målområdet. De syv indikatorene er basert på data fra årsrapporter fra kriminalomsorgen, Helsedirektoratet og Konfliktrådet. Tabell 9.1 viser utviklingen på disse indikatorene i opptrappingsperioden. Videre i dette kapitlet vil vi diskutere måloppnåelse på de ni «regjeringen vil»-punktene over.

Tabell 9.1 Fjerde måling av indikatorer knyttet til hovedmål 5.

#		Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	Endring per år 2019–2020	Endring per år 2016–2020
87	Aktivitet	Antall rusmestringsenheter og/eller stifinnerenheter (antall plasser)	KDI	134	145	162	162	162	0,0 %	4,9 %
88	Resultat	Antall personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12 (soning i behandlingsinstitusjon)	KDI	675	650	329	296	261	−11,8 %	−21,1 %
89		Antall dømte i ND i poliklinisk behandling i årets siste tertial**	KDI	N/A	69	109	134	132	−1,5 %	24,1 %
90		Antall dømte i ND i døgnbehandling i årets siste tertial**	KDI	N/A	37	43	65	66	1,5 %	21,3 %
91		Antall iverksatte betingede dommer i Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)	KDI	32	132	163	183	157	−14,2 %	48,8 %
92		Antall straffesaker, sivile saker, sivile henlagte saker og u18-saker med ungdomsstraff/-oppfølging	Konflikt rådet	361	422	525	553	513	−7,2 %	9,2 %
93		Gjennomsnittlig skår blant kommuner som har besvart IS-2657 på spørsmålet om fengselshelsetjenesten har et forsvarlig helsetilbud. Fra 1 – helt uenig til 4 – helt enig	Hdir	3,41	3,74	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

*Endring per år fra første til siste måling. For de fleste indikatorer vil perioden være 2016–2020, men for enkelte indikatorer vil 2017 være første år og/eller 2019 siste år. Det vises ellers til øvrige kolonner for hvilke år data er tilgjengelig. Endring over tid er beregnet til endring per år målt i prosent eller prosentpoeng per år fra første til siste måling.

Hovedmål 5 er et av områdene hvor det i stor grad har vært en samlet utvikling mot målene i planen. Antall rusmestringsenheter (indikator 87) har økt fra 134 til 162. Det har vært en økning i antall dømte innenfor Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) både i poliklinisk behandling (indikator 89) og døgnbehandling (indikator 90) samt økning i antall iverksatte betingede ND-dommer (indikator 91). Det har også vært en økning i antall straffesaker, sivile saker, sivile henlagte saker og under18-saker med ungdomsstraff/-oppfølging i perioden (indikator 92). Den eneste indikatoren som skiller seg ut med en tilbakegang, er antall personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12 (gjennomføring av straff i institusjon) (indikator 88). Indikator 93 som viser gjennomsnittlig skår blant kommuner som har besvart IS-2657 på spørsmålet om fengselshelsetjenesten har et forsvarlig helsetilbud, har ikke blitt oppdatert siden 2017. Under kommenterer vi utviklingen på indikatorene samt på de andre «regjeringen vil»-punktene som er relevante for dette målområdet.

9.1 Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

Regjeringen ønsket at ordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll skulle utvides og gjøres permanent i opptrappingsperioden. I løpet av opptrappingsplanperioden er Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) etablert i hele landet og ved alle friomsorgskontorer. Antall ND-dommer har også økt i perioden (indikator

91). I tabell 9.11 ser vi at det i 2020 ble iverksatt 157 nye ND-dommer. Selv om dette er en reduksjon i antallet fra 2019 til 2020, er det en betydelig oppgang sammenlignet med de 32 dommene som ble iverksatt i 2016. Det har også vært en økning i antall dømte i ND i poliklinisk behandling (indikator 89) og i antall dømte i ND som er i døgnbehandling (indikator 90), i opptrappingsperioden. KDI oppgir at av alle aktive ND-saker i 2020 ble straffen i tolv tilfeller omgjort til fengselsstraff på grunn av ny kriminalitet. Dette anser KDI som et lavt antall, sett i lys av den omfattende problematikken som denne gruppen av domfelte har (KDI 2021).

I forrige statusrapport (Hansen mfl. 2020:84) viste vi at Oslo Economics og Tyrilistiftelsens (2020) vurdering av tilbudet under straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblematikk indikerer at bruk av ND likevel er noe lav sett i forhold til hvor mange som er i målgruppen for denne straffereaksjonen. Deres vurdering er at det er potensial for økt bruk. De peker på at skal man lykkes med å øke bruken, vil det kreve større kjennskap til ordningen blant annet hos forsvarere, påtalemyndigheter og domstol samt flere ressurser til friomsorgskontorene og/eller ND-sentrene. Dette er i tråd med de vurderingene vi viste i vår statusrapport fra 2019, hvor vi hadde spesifikk oppmerksomhet om ND i casestudien (se Hansen mfl. 2019:104–106). En av konklusjonene var at premissene i ND forutsetter at det er tilstrekkelige ressurser til oppfølging (ibid.:106).

Myndighetene har signalisert at de ønsker å videreføre ordningen med ND etter at opptrappingsplanperioden er ferdig, gjennom en bevilgning på 4,5 millioner kroner til videreføring av ordningen i statsbudsjettet for 2021.

9.2 Rusbehandling i fengslene

Etablering av flere rusenheter i fengslene

Et av regjeringens mål for opptrappingsperioden var å vurdere å etablere tilbud om tverrfaglig spesialisert behandling i fengsel etter stifinnermodellen. Av tabell 9.1 framkommer det at antall plasser i rusmestringsenheter og/eller stifinnerenheter har gått opp i opptrappingsperioden (indikator 87), fra 134 plasser i 2016 til 162 plasser siden 2018. Det kriminalomsorgsfaglige innholdet består blant annet av tilbakeføringsarbeid, fysisk aktivitet og miljøterapi. Det finnes nå totalt 18 rusavdelinger i fengsler, der kriminalomsorgen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten gir tilbud om rehabilitering og behandling av innsatte med rusmiddelproblemer: 13 rusmestringsenheter, 2 stifinneravdelinger og 3 nyere rusavdelinger fra 2017.

KDI (2021) rapporterer om at arbeidet som gjøres i rusmestringsenheter og stifinneravdelinger, er et vesentlig bidrag i kriminalomsorgens arbeid med å gi innsatte et målrettet tilbud som kan forebygge rusmisbruk og ny kriminalitet. Ifølge KDI var det i 2020 798 søkere til i alt 162 plasser ved de 18 rusavdelingene. Antall søkere er dermed relativt likt som i 2019. Det var totalt 401 innsatte som fikk tilbud om opphold i en av rusavdelingene i 2020, noe som utgjør en nedgang sammenlignet med fjoråret, da 440 innsatte fikk opphold. Årsaken til nedgangen er et noe redusert inntak i enkelte rusavdelinger under pandemien.

Selv om det har skjedd en styrking av tilbudet til innsatte med rusmiddelproblematikk i opptrappingsperioden, er det fortsatt behov for forbedring av tilbudet. Som vi pekte på i forrige statusrapportering (Hansen mfl. 2020:85), finner Oslo Economics og Tyrilistiftelsen (2020) at tilbudet til innsatte med rusmiddelutfordringer som soner i ordinære avdelinger, er relativt begrenset, og at tilstedeværelsen til spesialisthelsetjenesten (TSB) i fengslene varierer. De påpeker videre at det er store forskjeller

i ressurssituasjonen mellom de ulike rusenhetene, og at noen av dem i liten grad drives i samsvar med veilederen for rusmestringsenheter.

Etablering av områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten i fengslene

Et annet av «regjeringen vil»-målene var å styrke det polikliniske psykiatriske behandlingstilbudet i fengslene for å tilby tjenester innen både tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern. De regionale helseforetakene og Kriminalomsorgsdirektoratet fikk i sitt oppdragsdokument for 2020 i oppdrag å utarbeide en plan for etablering av en områdefunksjon for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Målet er at spesialisthelsetjenesten på sikt skal være fysisk til stede med personell innen psykisk helsevern og TSB i fengslene. Dette tilbudet skal sikre stedlige spesialisthelsetjenester i alle landets fengsler.

KDI oppgir at de i 2020 har bistått helseregionene med å utarbeide en samlet konkret plan for etablering av områdefunksjon for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for helseforetak med ansvar for fengsler (KDI 2021). De regionale helseforetakene (RHF-ene) har i oppdragsdokumentet for 2021 fått i oppdrag å etablere områdefunksjon i henhold til denne planen. RHF-ene rapporterer om at planen for arbeidet er behandlet i møte mellom administrerende direktører i RHF-ene (nasjonalt AD-møte) og venter på godkjenning fra styrene i RHF-ene (Helsedirektoratet 2021). Det er foreslått at styrkingen skal skje over 1–3 år, og RHF-ene melder om at de har satt av midler i budsjettene sine til styrkingen.

Styrking av primærhelsetjenestetilbudet og kompetanseheving

Innsatte i fengsel har krav på å få samme helse- og omsorgstjenester som befolkningen for øvrig. Ifølge veilederen for helse- og omsorgstjenester til innsatte (Helsedirektoratet 2013) innebærer dette at innsatte skal gis et tjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov etter individuell vurdering. Det inkluderer at innsatte har tilgang til kvalifisert personell med særlig kompetanse på forhold knyttet til innsattes spesielle levekår, livssituasjon, funksjonsevne og helseproblemer. Et av «regjeringen vil»-punktene for opptrappingsplanen er å bidra til å styrke primærhelsetjenestetilbudet i fengslene, både gjennom tilskudd og kompetanseheving.

Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning som gir tilskudd til drift av helsetjenester til innsatte i fengsel. Dette er et øremerket tilskudd som gis til kommuner og fylkeskommuner. Tilskuddet har økt de siste to årene, og det er innført kvantitative kriterier over tre år med 2020 som siste året. Ifølge Helsedirektoratet (2021) har denne endringen medført en økning for mange kommuner og en nedgang for noen få. Det gjenstår årlig ubrukte midler, noe direktoratet mener kan skyldes at kommuner som får en økning, ikke klarer å dimensjonere tjenestene raskt nok. Fra 2020 er tilskuddet forenklet ved at det ikke søkes på midler, men at det tildeles ut fra antall innsatte og type soning.

Helsedirektoratet gjennomfører en årlig spørreundersøkelse til fengselshelsetjenestene og tannhelsetjenestene om både kvalitative og kvantitative forhold ved tjenestene. Fra 2021 har Helsedirektoratet inngått et samarbeid med Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) om den årlige rapporteringen. Målet er å profesjonalisere og kvalitetssikre rapporteringen for å få et datagrunnlag som reflekterer helsetjenestens aktivitet og faglige utvikling.

Helsedirektoratet (2021) rapporterer også om planer for systematisk å innhente kunnskap og informasjon om helsetilstanden og tjenestetilbudet til innsatte i feng-

sel. De tre siste årene har Helsedirektoratet arrangert dialogmøter med ledere/ansatte i fengselshelsetjenesten samt opprettet et fagråd. I tilskuddsbrevene til kommuner som har ansvar for fengselshelsetjenester, oppfordrer Helsedirektoratet til at de ordinære kommunale tjenestene for rus og psykisk helse benyttes inne i fengslene, samt vektlegger at sykepleiere i fengsel bør ha videreutdanning i rus og/eller psykisk helse.

Veilederen for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel fra 2013 er under revidering og forventes å være ferdigstilt rundt årsskiftet 2021/2022. Helsedirektoratet (2021) rapporterer om at det også arbeides med en kortfattet veileder for helsetjenester til personer i arrest. Arbeidet er påbegynt i samarbeid med Politidirektoratet, men er satt på vent på ubestemt tid grunnet prioritering av covid-19-relaterte oppgaver ved helserettsavdelingen, hvor tiltaket er forankret. Veilederen forventes å være ferdigstilt våren 2021.

Avrusningsenhet i Bjørgvin fengsel

Regjeringen har også som mål å vurdere hvordan avrusningstilbudet for innsatte kan styrkes, herunder vurdere et pilotprosjekt med avrusning i fengsel. Stortinget besluttet i 2018 at det skal etableres en avrusningsenhet ved Bjørgvin fengsel, der helsepersonell skal gjennomføre avrusning på samme måte som i samfunnet ellers. Et bedre avrusningstilbud i fengsel kan motivere innsatte til å søke videre behandling og bidra til at de i større grad kan leve et liv uten tilbakefall til rus og kriminalitet etter endt opphold. Denne enheten skal ha et forsterket kriminalomsorgsfaglig innhold og døgnkontinuerlig tilstedeværelse av spesialisthelsetjenesten i avrusningstilbudet. Det er Helse Vest og Helse Bergen som har fått det helsefaglige ansvaret. Helsedirektoratet bistår ved eventuelle behov for avklaringer og fortolkning av regelverket. KDI (2021) melder om at arbeidet med etablering av en avrusningsenhet ved Bjørgvin fengsel pågår, men er vesentlig forsinket blant annet fordi kommunens behandling av byggesaken har tatt lengre tid enn forutsatt. Den nye avrusningsenheten forventes å bli tatt i bruk i siste tertial i 2021.

Tilbud for å redusere overdoser ved løslatelse fra fengsel

Et annet av «regjeringen vil»-punktene med relevans for hovedmål 5 er punktet om å vurdere behovet for å styrke tiltak innen den nasjonale overdosestrategien. Det er utarbeidet en tiltakspakke for å redusere overdoser ved løslatelse fra fengsel. Det er kjent at risikoen for overdosedødsfall er spesielt høy de første dagene og uka etter løslatelse. Overdoseprosjektet i kriminalomsorgen 2016–2022 er forankret i Helsedirektoratets nasjonale overdosestrategi (2019–2022). Prosjektet er et samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten i fengsel og delfinansiert av Helsedirektoratet. Prosjektet inneholder kunnskapsbaserte tiltak som innkomstsamtale, informasjon om overdoserisiko og hjerte- og lungeredning, nalokson-nesespray som motgift, løslatelsessamtale og tiltaket «time i hånden» (KDI 2020). I statusrapport 3 viste vi blant annet til hvordan dette var implementert i Tromsø fengsel (Hansen mfl. 2019:73).

Det er Kriminalomsorgens høgskole og utdanningssenter (KRUS) som er ansvarlig for opplæring og forankring i fengslene. KDI melder om at nye fengsler i prosjektet i 2020 er Ålesund, Mosjøen, Haugesund og Hustad, og at pandemien har medført at opplæringen har blitt redusert (KDI 2021). Disse fengslene vil delta på nytt i 2021 sammen med de nye fengslene fra 2021: Bastøy, Ringerike, Vadsø, Bjørgvin, Vik, Oslo

og Agder fengsel, slik at til sammen elleve fengsler vil få opplæring i overdoseprosjektet i år. Ifølge KDI vil alle landets fengsler ha gjennomgått opplæring innen utgangen av 2022, noe som innebærer at de vil nå målet om et landsdekkende tilbud om tiltak for å redusere overdoser ved løslatelse.

Alt i alt vurderer vi at det har skjedd en styrking av rusbehandlingen i fengslene i opptrappingsperioden, men at det fortsatt er behov for forbedring av tilbudet.

9.3 Bruk av § 12 (soning i behandlingsinstitusjon)

Å stimulere til økt bruk av § 12 i løpet av opptrappingsperioden var et av «regjeringen vil»-punktene. § 12-straffegjennomføring er et tiltak som betyr at domfelte med rusmiddelproblemer helt eller delvis gjennomfører fengselsstraffen i rusbehandlingsinstitusjon, primært i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Av tabell 9.1 ser vi at det var 261 personer som var inne på et § 12-opphold i 2020, mot 675 i 2016 (indikator 88). Dette utgjør en gjennomsnittlig årlig nedgang på 21 prosent fra 2016 til 2020, og det er dermed ingen måloppnåelse på dette punktet.

Ifølge KDI har det vært en økning i antall fengselsdøgn som ble gjennomført i behandlings- eller omsorgsinstitusjon i 2020 sammenlignet med 2019 (KDI 2021). Totalt ble det gjennomført 39 897 døgn i § 12-institusjon i 2020. Samtidig har det vært en nedgang i antall innsatte som ble overført til § 12-soning, fra 296 i 2018 til 261 i 2020, men de som har blitt overført, har hatt lengre opphold i institusjon. KDI vurderer at resultatet for 2020 er tilfredsstillende, siden mange av institusjonene har hatt inntaksstopp på grunn av covid-19-smittefare i løpet av året.

Det er flere mulige årsaker til en nedgang i bruk av § 12-soning i opptrappingsperioden. I forrige statusrapport (Hansen mfl. 2020:83) pekte vi på endring i fengselspopulasjonen, flere i alternativ straffegjennomføring som Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) samt endringer i behandlingstilbudet til personer med rusmiddelproblemer som årsaker til dette. KDI sin årsrapport for kriminalomsorgen for 2019 utdyper disse forholdene:

- Det er primært en nedgang i andelen delgjennomføringer, det vil si i andelen personer som blir overført til institusjon etter innsettelse i fengsel. Dette kan skyldes at den potensielle gruppen for delgjennomføringer har gått ned som følge av at det er færre innsatte i fengsel, og at gjennomsnittlig domslengde har økt. Er dette tilfelle, kan det føre til at færre vurderes som aktuelle for å sone utenfor fengsel.
- Det er en generell trend innen rusbehandling i retning av økt bruk av poliklinisk behandling framfor døgnbehandling.
- Det har vært en betydelig reduksjon i antall døgn i institusjon gjennomført av bøtelagte som gjennomfører subsidiær fengselsstraff,[33] samt sterk økning i ND-dommer, hvor de domfelte ville ha vært i målgruppen for rusbehandling om de hadde blitt dømt til straff i fengsel (ibid.)

Det er også indikasjoner på at det er lang ventetid ved behandling av søknader om § 12-soninger i kriminalomsorgen og ved henvising og vurdering av pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten (Oslo Economics & Tyrilistiftelsen 2020:22). Samlet kan man si at utgangspunktet for «regjeringen vil»-punktet om bruk av § 12 soning har endret seg i opptrappingsplanen, og dette har betydning for manglende utvikling i

[33] Bøtetjenesten har som formål at personer som ikke kan betale bøter, kan få samfunnsnyttig tjeneste i stedet for fengsel. Den ble gjort landsdekkende 1. oktober 2019 (KDI 2020).

tråd med målformuleringen. Likevel er det indikasjoner på at behandlingen av søknader om § 12-soning i fengsel er lite effektiv og bidrar til manglende måloppnåelse.

9.4 Bruk av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging

Et annet av «regjeringen vil»-punktene innenfor delmål 5 er å videreutvikle og øke bruken av helsefaglige tiltak og metoder som reaksjon på mindre alvorlige narkotikarelaterte lovbrudd, herunder ungdomskontrakt. Det har vært en økning i antall straffesaker, sivile saker, sivile henlagte saker og under 18-saker med ungdomsstraff/-oppfølging i opptrappingsperioden (indikator 92), fra 361 i 2016 til 513 i 2020. Ifølge Konfliktrådet (2021) er de største sakskategoriene vold og narkotika. Disse utgjør til sammen omtrent halvparten av den totale saksporteføljen i oppfølgingsreaksjonene. Hvis man kun ser på ungdomsstraff, er det mange saker også på seksuallovbrudd og ran. For ungdomsstraff/ungdomsoppfølging er det et mål at det ikke skal gå mer enn 55 dager (median) fra saken mottas i Konfliktrådet, til straffegjennomføringen starter. Antall dager (median) for igangsetting har gått noe ned fra 59 i 2019 til 54 dager i 2020. Dette er til tross for at pandemien har skapt visse utfordringer med samhandling rundt tilgang til tiltak, noe som kan medføre at straffegjennomføringen kan falle bort eller bli forsinket i oppstart.

Flere av statsforvalterne rapporterer om økt søkelys på bruk av denne typen tiltak overfor ungdom i sin årlige rapportering på aktiviteter for oppfølging av Opptrappingsplanen for rusfeltet. I boksen under presenterer vi et eksempel på et slikt prosjekt som statsforvalteren i Trøndelag har vist til i siste rapportering fra arbeid med opptrappingsplanen:

> I Trøndelag har det siden 2017 pågått et prosjekt som heter «*Lik praksis – ruskontraktsarbeid for ungdom mellom 15 og 18 år*». Konfliktrådet i Trøndelag er prosjekteier, og det ferdigstilles i første halvdel av 2021. Prosjektet skal bidra til lik praksis i Trøndelag for ungdom i alderen 15 til 18 år som har brukt illegale narkotiske stoffer og har blitt anmeldt for dette. Med lik praksis menes felles rutiner, retningslinjer, regelverk samt kompetansehevende tiltak. Formålet med prosjektet er at ungdommene i målgruppen skal få tilbud om ruskontrakt som et alternativ til bøter, i tråd med riksadvokatens siste rundskriv. Det er gjennomført flere kompetansehevende tiltak innen blant annet motiverende intervju (MI), hasjavvenningsprogram (HAP), antidoping, kognitiv teori, samtaleverktøy med ungdom og relasjon med ungdom. Det anslås at det er 200 brukere i målgruppen. Konfliktrådet har skrevet avtaler med alle 38 kommuner og alle videregående skoler i fylket og lensmannskontor/politistasjoner. Samarbeidsparter i prosjektet har vært Trøndelag politidistrikt, Trøndelag fylkeskommune, Fylkesmannen i Trøndelag, KS Trøndelag, St. Olavs Hospital, Antidoping Norge, Actis, fastlegene i Trøndelag, Aker universitetssykehus, KoRus Midt-Norge, Trøndelag Statsadvokatembete, politidirektoratet og politiets fellestjenester. Vi har oppnådd en praksis med alternativ straffereaksjon overfor ungdom i fylket, og gitt økt kompetanse til ansatte i kommunene. Fylkesmannen har hatt samarbeid og dialog med Kriminalomsorgen Nord og Helse Midt-Norge, og ansatte i fengselshelsetjenesten har deltatt i Nettverk for rus- og psykisk helsearbeid som et ledd i kompetanseheving på fagfeltet (Rapportering opptrappingsplanen rus fra statsforvalterne, 2021).

Samtidig som vi ser en økning i bruk av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging i opptrappingsperioden, har det nylig framkommet at tidsbruk i slike saker er en betydelig

utfordring, og at det er behov for klarere føringer rundt bruk av denne typen virkemidler. Nordlandsforskning påpeker i sin følgeevaluering av ungdomsreaksjonene at tidsbruk i disse sakene er en betydelig utfordring. De peker på at det tar for lang tid i de ulike leddene i straffesakskjeden, og det er behov for raskere og tettere samhandling mellom aktørene (Nordlandsforskning 2019:10). Riksadvokaten har pekt på at for å sikre en mer effektiv håndtering av straffereaksjonene ungdomsstraff og ungdomsoppfølging er det avgjørende at det arbeides videre på tvers av etatene med felles problemforståelse og omforente tiltak (Riksadvokaten, Politidirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet, Domstolsadministrasjonen & Sekretariatet for konfliktrådene 2021:4, 27). Justis- og beredskapsdepartementet ga i tildelingsbrevene våren 2020 Sekretariatet for konfliktrådene (SfK) og Den høyere påtalemyndighet ved Riksadvokatembetet i oppdrag å kartlegge hvilke saker som får ungdomsstraff og ungdomsoppfølging på hvilket overføringsgrunnlag, samt vurdere om det er behov for tydeligere føringer for hvilke saker som anses som egnet. Denne kartleggingen konkluderer med varierende praksis i politidistriktene og hos domstolen og peker på behov for tydeligere føringer for hvilke sakstyper som anses som egnet for ungdomsreaksjonene, hvilke forhold hos ungdommen som skal vektlegges i vurderingen, hvilke overføringsgrunnlag som skal benyttes, og hvilken gjennomføringstid, prøvetid og eventuelt subsidiær/betinget straff som skal fastsettes (Riksadvokaten & Konfliktrådet 2021:1, 5).

9.5 Kompetanse om rusmiddel- og avhengighetsproblematikk i fengsler

Et annet av «regjeringen vil»-punktene er å øke kompetansen om rusmiddel- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer. Som vi allerede har vært inne på, har flere instanser jobbet med dette i opptrappingsperioden. Helsedirektoratet har lagt vekt på kompetanseheving, blant annet gjennom sitt arbeid med nasjonale veiledere og på andre arenaer hvor de bidrar med tilrettelegging og rådgivning, som i dialogmøter med ledere/ansatte i fengselshelsetjenesten og i fagråd. Kriminalomsorgens høgskole- og utdanningssenter (KRUS) har en sentral rolle i opplæring av personer som jobber med innsatte med rusutfordringer. KDI oppgir at etter- og videreutdanningstilbudet ved KRUS har vært noe redusert i 2020 på grunn av pandemien, og at opplæringen på rusfeltet i hovedsak er gjennomført digitalt (Helsedirektoratet 2021). I 2020 har KRUS arrangert konferanser og erfaringssamlinger for rusmestringsavdelinger, med temaer som motiverende samtaler, isolasjonsproblematikk, russamtalen, ruskunnskap, selvmordsfare og overdoseforebygging.

Det framkommer også av den årlige rapporteringen fra statsforvalterne på oppfølgingen av opptrappingsplanen at flere av disse har lagt vekt på kompetanseheving rundt rusmiddel- og helseutfordringer blant innsatte i sin region. For eksempel rapporterer statsforvalteren i Rogaland om at ansatte i Rogalands fire fengselshelsetjenester og samarbeidende tannhelsetjeneste har fått årlig kompetanseheving på rusmiddel-, psykisk helse- og voldsproblematikk i løpet av opptrappingsplanen. Statsforvalteren i Trøndelag har hatt samarbeid og dialog med Kriminalomsorgen region nord og Helse Midt-Norge, og ansatte i fengselshelsetjenesten har deltatt i Nettverk for rus- og psykisk helsearbeid som et ledd i kompetanseheving på fagfeltet. Statsforvalteren i Møre og Romsdal rapporterer om at det er inngått samarbeidsavtale mellom mange regionale aktører, som kriminalomsorgen, helseforetak og statsforvalter, for å samordne innsats overfor innsatte med rusmiddel- og helseutfordringer. Ifølge statsforvalteren har dette bidratt til å tydeliggjøre ansvarsområder og aktuelle

samarbeidsområder samt praksis for dette. I statusrapport 3 viste vi spesifikt til innovasjonstiltak i Tromsø fengsel knyttet til bedre tilgang til tjenester utenfor fengsel ved hjelp av digitale hjelpemidler. En del av dette var en særskilt satsing på å tilrettelegge for samhandling med behandlere og spesialisthelsetjeneste (Hansen mfl. 2019:107).

Til tross for at vi finner flere eksempler på at kompetansehevende tiltak er gjennomført på feltet i opptrappingsperioden, er behovet for en mer systematisk kartlegging av rusmiddelproblematikk blant domfelte og for større kompetanse om slik problematikk blant ansatte i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten to av punktene som Oslo Economics og Tyrilistiftelsen (2020) trekker fram som anbefalinger for å styrke tilbudet til innsatte med rusmiddelproblematikk ytterligere.

9.6 Oppsummering og anbefalinger

Selv om det har skjedd en mindre økonomisk opptrapping innenfor delmål 5 enn målformuleringen skisserte, så er dette et område hvor det har vært mye aktivitet og bevegelse i retning god måloppnåelse i opptrappingsperioden. Ordningen med Narkotikaprogram med domstolkontroll (ND) er utvidet og har blitt gjort permanent. Det har vært flere tiltak for bedre tilgang til rusbehandling i fengsler. Blant annet har antall rusmestringsenheter økt, det er opprettet en plan for etablering av en områdefunksjon for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og TSB. Det forventes at et landsdekkende tilbud om tiltak for å redusere overdoser ved løslatelse fra fengsel er på plass innen utgangen av 2022. Det pågår også et arbeid med etablering av en avrusningsenhet i Bjørgvin fengsel. Det har vært en økning i tilskudd til styrking av primærhelsetjenestetilbudet i fengslene samt vektlegging av kompetansehevende tiltak. Det har også vært en økning i bruk av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging i tråd med føringene i opptrappingsplanen. Det eneste området som skiller seg ut med en utvikling i negativ retning sett i lys av målformuleringene i opptrappingsplanen, er antall personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12. Som vi har sett, kan dette ha flere årsaker, som endring i fengselspopulasjonen, flere i alternativ straffegjennomføring som ND samt endringer i behandlingstilbudet til personer med rusmiddelproblemer. Likevel er det også indikasjoner på at en lite effektiv behandling av søknader om § 12-soning i fengslene har betydning.

Samtidig som vi ser en utvikling i retning målene på de fleste av områdene innenfor delmål 5, gjenstår det fortsatt noen utfordringer. Blant annet ser det ut til å være et forbedringspotensial rundt rusbehandling i fengslene, med særlig vekt på å styrke tilbudet til innsatte med rusmiddelproblemer som soner i ordinære avdelinger, styrke kartlegging av rusmiddelproblematikk ved innsettelse, legge til rette for bedre samhandling mellom fengselshelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten samt styrke kompetansen både i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten (Oslo Economics & Tyrilistiftelsen 2020:8–9). Vi har vært inne på at det ser ut til å være et større potensial for bruk av ND, men at dette både vil kreve større kjennskap til ordningen blant annet hos forsvarere, påtalemyndigheter og domstol og flere ressurser til friomsorgskontorene og/eller ND-sentrene (ibid.; Hansen mfl. 2020:84). For ungdomsstraff og ungdomsoppfølging er lang tidsbruk i slike saker en betydelig utfordring (Riksadvokaten mfl. 2021:4, 27), og det er også behov for klarere føringer rundt bruk av denne typen virkemidler for å sikre en likere praksis på tvers av politidistrikter og domstoler (Riksadvokaten & Konfliktrådet 2021:1, 5). Både gjennomføring av ungdomsoppfølging og ND er reaksjonsformer som forutsetter tilstrekkelige ressurser til oppfølging i tjenestene som skal ivareta dette ansvaret.

10 Samfunnseffekter

I de foregående kapitlene har vi vurdert måloppnåelse for de fem hovedmålene i planen. Disse hovedmålene dreier seg i hovedsak om å utvikle og styrke tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende på ulike områder. Opptrappingsplanen for rusfeltet handler om å bedre tilbudene og tjenestene på rusfeltet, men det er selvsagt også en intensjon med planen å bidra til et overordnet samfunnsmål om å redusere rusmiddelproblemer i samfunnet og negative konsekvenser av rusmiddelbruk. Vi har i perioden fulgt utviklingen på 13 indikatorer relatert til rusmiddelbruk og rusrelaterte problemer i samfunnet (jf. intervensjonslogikk og redegjørelse for indikatorer i kapittel 2). Den siste målingen på dette indikatorsettet vises i tabell 10.1.

Spørsmålet som ligger til grunn for kapitlet, er følgelig: Kan vi se at opptrappingsplanen for rusfeltet har hatt effekter på mer overordnet nivå, for brukernes levekår og for negative skadevirkninger av rusmiddelproblemer i samfunnet? Det korte svaret er at det kan vi ikke.

For det første kan vi ikke isolere effekter fra opptrappingsplanen fra effekter av andre utviklingstrekk i perioden (inkludert en rekke ulike tiltak og strategier som følge av andre statlige planer) (jf. kapittel 2.1).

For det andre befinner vi oss i en unntakssituasjon. Vi har levd med konsekvenser av covid-19-pandemien i over ett år. Det har påvirket tjenestene på alle områder, også på rusfeltet. Det har hatt konsekvenser for hvordan vi alle har det, og vår opplevelse av livskvalitet. Personer med rusmiddelproblemer ble tidlig identifisert som en sårbar gruppe, og pandemien har påvirket både det tjenestetilbudet de mottar, og deres livskvalitet.

For mange av de valgte indikatorene er det ikke er mulig å registrere noen endring i perioden, jamfør tabell 10.1, men det finnes unntak. Dette gjelder blant annet dødsfall som følge av narkotika eller alkoholbruk, hvor det er en svært urovekkende utvikling i 2020. Når det gjelder utviklingen i antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd, ser vi derimot en positiv utvikling (altså nedgang) i perioden, men vi har ikke oppdaterte tall for 2020 (se mer utdypende omtale i Hansen mfl. 2020:42–43). For de øvrige indikatorene relatert til rusmiddelbruk i befolkningen og tjenestemottakernes levekår er det liten endring i perioden. Videre i dette kapitlet drøfter vi først det overordnede bildet før vi går nærmere inn på utviklingen i levekårssituasjonen for brukere av kommunale tjenester med rusmiddelproblemer.

Tabell 10.1 Fjerde måling, overordnede effektindikatorer.

#	Indikator	Kilde	2016	2017	2018	2019	2020	Endring per år 2019–2020	Endring per år 2016–2020[1]
9	Antall narkotikautløste dødsfall iht. EMCDDA	FHI	284	249	289	275	324	17,8 %	3,3 %
10	Antall dødsfall som skyldes alkoholbruk	FHI	341	344	340	305	386	24,9 %	3,1 %
11	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter legemiddelloven	SSB	6479	5449	5360	4824	N/A	N/A	−9,4 %
12	Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd etter straffeloven	SSB[5]	7268	6518	5714	5281	N/A	N/A	−10,1 %
13	Antall straffereaksjoner for ruspåvirket kjøring	SSB	5088	4685	4560	4689	N/A	N/A	−2,7 %
14	Antall meldinger til barnevern om barns eller foreldres rusmisbruk	SSB	10486	10089	10409	10814	N/A	N/A	1,0 %
15	Andel brukere med tilfredsstillende levekårsindeks (grønn)[2]	BP	N/A	N/A	5 %	4 %	N/A	N/A	−1,0 %-poeng (*)
15 rev	Andel brukere med tilfredsstillende levekårsindeks (grønn) ekskl. NAV og barnevern[3]	BP	N/A	5 %	N/A	N/A	4 %	N/A	−0,3 %-poeng (*)
16	Andel brukere med utilfredsstillende levekårsindeks (rød + blålys)	BP	N/A	N/A	50 %	51 %	N/A	N/A	1,0 %-poeng (–)
16 rev	Andel brukere med utilfredsstillende levekårsindeks (rød + blålys) ekskl. NAV og barnevern	BP	N/A	51 %	N/A	N/A	50 %	N/A	−0,3 %-poeng (–)
19	Andel av respondentene som svarer at de har drukket mer enn 6 enheter sammenhengende minst én gang i løpet av en uke (16–24 år)[4]	FHI/SSB	N/A	N/A	7 %	9 %	8 %	-1,0 %	0,5 %-poeng (–)
20	Andel av respondentene som svarer at de har drukket mer enn 6 enheter sammenhengende minst én gang i løpet av en uke (65–79 år)[4]	FHI/SSB	N/A	N/A	3 %	3 %	3 %	0,0 %-poeng	0,0 %-poeng (–)
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 %	5,4 %	5,1 %	4,3 %	−0,8 %-poeng	0,1 %-poeng (–)
22	Andel ungdomsskoleelever som har brukt hasj eller marihuana minst én gang siste 12 md.	Ungdata	3 %	3 %	4 %	4 %	N/A	N/A	0,5 %-poeng (*)
23	Andel elever på videregående skole som har brukt hasj eller marihuana minst én gang siste 12 md.	Ungdata	12 %	14 %	15 %	15 %	N/A	N/A	1,0 %-poeng (*)

1 Endring per år fra første til siste måling. For de fleste indikatorer vil perioden være 2016–2020, men for enkelte indikatorer vil 2017 være første år og/eller 2019 siste år. Det vises ellers til øvrige kolonner for hvilke år data er tilgjengelig. Endring over tid er beregnet til endring per år målt i prosent eller prosentpoeng per år fra første til siste måling. (*) angir at forskjellen mellom første og siste måling er signifikant forskjellig. (–) angir at forskjellen mellom første og siste måling ikke er signifikant.

[2] En tidligere brukt vekting i beregning av levekårsindeksen ble fjernet i 2018, slik at målingene for 2018 og 2019 ikke er sammenlignbare med tidligere målinger. Levekårsindeksen for 2016 og 2017 er derfor tatt ut.

[3] Som tidligere omtalt er det systematiske forskjeller i kartlegging av brukere slik at BrukerPlan-dataene for 2020 ikke kan sammenlignes med tidligere år. En revidert indikator ekskl. rapportering fra NAV og barnevern er inkludert.
[4] I tidligere rapporter har vi inkludert «andel av respondenter som svarer at de i løpet av 12 md. oppgir en ukentlig beruselsesfrekvens». FHI/SSB har endret spørsmålsformuleringen til «andel av respondentene som svarer at de har drukket mer enn 6 enheter sammenhengende minst én gang i løpet av en uke». Indikatoren er endret, og vi har tatt ut data basert på tidligere spørsmålsformulering.
[5] Rapporteringen er forskjøvet tilbake ett år sammenlignet med tidligere rapporter og følger nå årstall som brukes av SSB.

10.1 Rusmiddelbruk

I stort synes rusmiddelbruken å være relativt stabil over tid. Det er ingen registrert statistisk signifikant endring i indikatorene om utvikling i rusmiddelbruk i perioden. For noen av indikatorene foreligger ikke data for 2020 ennå, men også for indikatorene med oppdaterte tall for 2020 er bildet stabilt (indikator 19, 20 og 21).

Vi ser at det er en økning i andel elever på videregående som har brukt hasj eller marihuana siste år, i målingen fra Ungdata i 2019 (15 prosent), men forskjellen mellom første og siste måling i perioden er ikke statistisk signifikant.

I statusrapporten som kom på tampen av fjoråret, viste vi at det i kommunenes tilbakemelding på situasjonen under pandemien var rapporteringer om økt eller endret rusmiddelbruk (Hansen mfl. 2020:88). Også for befolkningen for øvrig har det vært bekymring for særlig økende alkoholforbruk. Betydningen av alkohol i det norske samfunnet ble også veldig tydelig i januar 2021 da myndighetene vurderte hvorvidt Vinmonopolet skulle kunne holdes åpent under perioder med nedstenging. En studie fra Folkehelseinstituttet (FHI 2021) viser at alkoholkonsumet endret seg under den første nedstengingen som følge av covid-19 våren 2020, men bildet er ikke entydig. Nesten én av tre drakk mindre enn tidligere, mens nesten én av seks rapporterte at de drakk mer. Tendensen er at de som hadde et høyt alkoholforbruk, oftere rapporterte et høyere forbruk, mens de som hadde et lavt konsum før pandemien, var mer tilbøyelig til å drikke mindre (ibid.).

10.2 Narkotika og alkoholrelaterte dødsfall

Som påpekt i de tidligere statusrapportene er Norge et av landene i Europa med høyest forekomst av narkotikautløste dødsfall per innbygger (Hansen mfl. 2020:42). Det har i opptrappingsperioden vært stor oppmerksomhet om overdoseforebyggende arbeid, og en ny nasjonal overdosestrategi for perioden fram til 2022 ble vedtatt i 2019. I forrige kapittel viste vi blant annet at overdoseforebyggende arbeid har vært prioritert også innenfor kriminalomsorgen. Vi ser at overdosetallene har ligget relativt stabilt i opptrappingsperioden fram til og med 2019, med en liten nedgang i perioden som helhet. I 2020 er situasjonen en annen. FHI registrerer det høyeste antallet narkotikautløste dødsfall siden 2001. 324 registrerte overdoser, 49 flere enn i 2019.

I siste statusrapport viste vi til at det var en bekymring for hvorvidt koronapandemien ville føre til flere overdoser og dødsfall (Hansen mfl. 2020:42–43). Flere kilder viste indikasjoner på en urovekkende utvikling med flere overdoser sommeren 2020, men at det var en nedgang utover høsten 2020 (KoRus Oslo 2020:8–9). FHI sin analyse av narkotikautløste dødsfall 2020 viser at sommermånedene skiller seg ut med et større antall dødsfall enn tidligere år. Ifølge FHI er årsaken til veksten sammensatt. En faktor er at 2020 var det første året hvor elektronisk innmelding til Dødsårsaksregisteret var tilgjengelig for alle leger. En annen forklaring mener de kan være høy styrkegrad på heroin. FHI viser til at det ifølge Kripos i 2020 var registrert enkelte heroinbeslag med svært høy styrkegrad. En tredje forklaring er smitteverntiltak som

følge av Covid-19 pandemien. Det er Oslo, Viken og enkelte kommuner i Vestland som har hatt størst økning i antall overdoser sammenlignet med 2019. Dette er også områder hvor det har vært stor grad av pandemirelaterte restriksjoner.[34] Nedstenging og sosial isolering har vist seg å ha konsekvenser for rusmiddelbruk, og det er følgelig god grunn til å ha fortsatt stor oppmerksomhet om overdoseforbygging framover.

Antall alkoholrelaterte dødsfall er høyere enn narkotikautløste dødsfall. Her registrerer vi en noe større nedgang i antall dødsfall i perioden fram til og med 2019. Også her er det en økning i antall registrerte dødsfall i 2020. 386 i 2020, 82 flere enn i 2019.

10.3 Levekår og livskvalitet

Har levekårene for personer med rusmiddelproblemer blitt bedre i opptrappingsperioden? Vi har i de foregående kapitlene vist at det har vært en utvikling i tjenestetilbudet. Man skulle anta at et styrket tjenestetilbud i mange kommuner, tilgang til kvalitativt bedre hjelp ved behov, burde tilsi at man kunne se en bedring i levekårene for brukere av kommunale tjenester. Dessverre gjør vi ikke det. Vi har gjennom hele evalueringsperioden påpekt at data fra BrukerPlan-kartleggingen ikke viser en bedring i brukernes samlede levekårssituasjon, heller indikasjoner på en forverring for enkelte grupper.

Våre indikatorer for levekår baserer seg på de årlige BrukerPlan-kartleggingene i kommunen (Helse Stavanger 2020, 2021). For et samlet mål på levekårssituasjonen hos tjenestemottakere med rusmiddelproblemer anvender vi levekårsindeksen utviklet på bakgrunn av BrukerPlan-kartleggingen. Denne er utviklet med utgangspunkt i brukernes situasjon på åtte levekårsområder: bolig, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk og psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk. 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 indikatorsettet vil du se at indikator 15 viser andel brukere som skårer bra på levekårsindeksen (grønn), mens indikator 16 viser andel brukere som skårer dårlig, det vil si rød eller blålys. (Skår på øvrige levekårsområder dekkes under hovedmål 4.)[35]

Det har som tidligere vist vært endringer i utvalget for BrukerPlan-kartleggingen i 2020 (jf. kapittel 2 og 8). Vi velger her å presentere utviklingen i levekårsindeksen for opprinnelig utvalg for 2018 og 2019 samt utviklingen for det nye utvalget med kun kartlegginger fra helse- og omsorgstjenestene for 2017 og 2020 (figur 10.1).

Denne figuren viser et overraskende stabilt bilde, uavhengig av utvalg. Andelen med svært omfattende problemer er marginalt høyere når utvalget inkluderer NAV og barnevern (2018 og 2019). For utviklingen fra 2017 til 2020 med gruppen uten NAV ser vi at andelen med omfattende problemer (blålys) er stabil – 8 prosent. Andelen som vurderes å ha tilfredsstillende levekår (grønn), er redusert fra 5 til 4 prosent. Det er indikasjoner på en liten forverring i den samlede levekårssituasjonen.

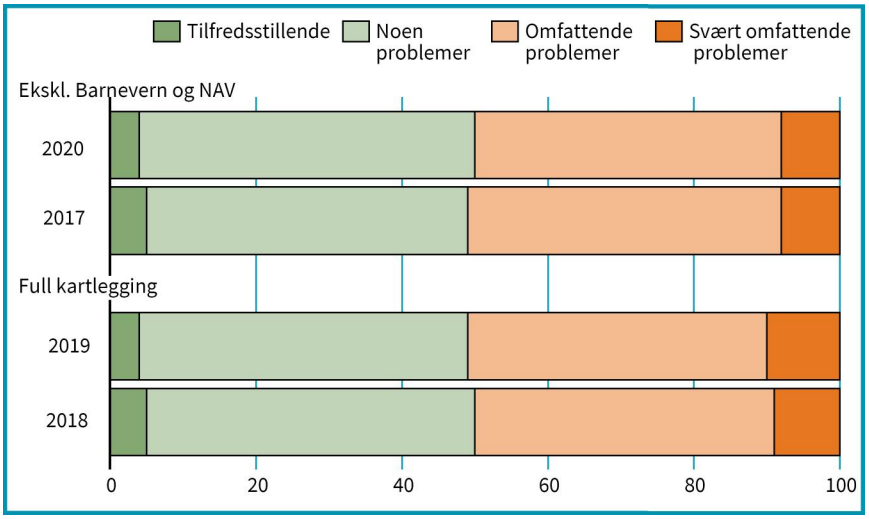
Går vi nærmere inn i disse dataene, ser vi at det er en svak negativ utvikling i brukernes fysiske og psykiske helse, det er både færre med tilfredsstillende skår og en

[34] https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-2020/

[35] Som redegjort for i kapittel 2 har det vært endringer i disse kartleggingene og presentasjonen av data som får konsekvenser for mulighetene for sammenligning av utvikling over tid. 1) En endret vekting av rus i levekårsindeksen for 2018 gjør at tallene for dette året ikke kan sammenlignes med tidligere år. En endring i utvalg for 2020 (ikke registreringer fra NAV og barnevern) gjør at det har vært nødvendig å konstruere et sammenlignbart utvalg for 2017 for å sammenligne utvikling i perioden.

økning i andel med svært omfattende problemer eller utilfredsstillende skår. Psykisk helse er det levekårsområdet som har hatt størst reduksjon i andel grønn skår, fra 22,7 prosent i 2017 til 19,8 prosent i 2020 (Helse Stavanger 2021). Selv om vi har vist at det er liten utvikling i den samlede levekårssituasjon over tid, også før covid-19-pandemien, må tallene for 2020 når det gjelder flere med psykisk uhelse, ses i lys av den pågående pandemien. Det er tidligere registrert uro for økende psykiske helseproblemer i målgruppen. I statusrapporten som kom på tampen av året i fjor, viste vi at det i kommunenes tilbakemelding på situasjonen under pandemien var en tiltakende uro for økende psykiske helseproblemer blant brukerne og økt eller endret rusmiddelbruk (Hansen mfl. 2020:88).

Figur 10.1 Levekårsindeks. Kartlegging med og uten NAV og barnevern. Indikator 15 og 15rev, 16 og 16rev. Prosent.



Kilde: BrukerPlan

Søylene nederst omfatter kartlegginger fra kommune, fastlege, NAV og barnevern. Omfatter ca. 400 kommuner og 22 000 personer med rusmiddelproblemer. Søylene øverst viser målinger for et konstruert utvalg ekskludert NAV og barnevern. Omfatter ca. 130 kommuner og 9000 personer med rusmiddelproblemer.

Levekårsindeksen viser at det som tidligere år særlig er gruppen med sammensatte problemer, samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP), som skiller seg ut med svært dårlige levekår. Det er behov for å ha økt oppmerksomhet om tjenestetilbudet til denne gruppen.

I siste statusrapport viste vi at et forhold som i år ble påpekt av flere kommuner i de kvalitative intervjuene, er bekymringen for ivaretakelse av brukernes somatiske helse. Flere erfarer at når brukerne blir eldre, øker også de fysiske helseplagene. Mange av kommunene erfarer at de ikke har tilstrekkelige tjenester for å følge opp brukernes somatiske helseproblemer (Hansen mfl. 2020:45–46).

Levekårsindeksen er i seg selv ikke et objektivt mål på livskvalitet. Samtidig må det påpekes at det å ha omfattende levekårsproblemer øker sannsynligheten for å erfare dårlig livskvalitet. Helseproblemer (fysiske og psykiske), vanskelig økonomi, begrenset sosialt nettverk, å stå utenfor arbeid og annen aktivitet øker sannsynligheten for å ha dårlig livskvalitet (Nes, Nilsen, Hauge, Eilertsen, Gustavson, Aarø & Røysamb 2020). Å ha økt oppmerksomhet om å fremme trygge livsbetingelser, sosialt nettverk, arbeid og aktivitet er følgelig viktig for å bedre målgruppens levekår. Vi har i kapittel

8 pekt på at det er stort behov for å øke oppmerksomheten om arbeid, aktivitet og nettverk som del av det å bidra til brukernes bedringsprosesser.

10.4 Vurderinger og anbefalinger

Endring tar tid. Opptrappingsplanen for rusfeltet har bidratt til utvikling i tjenestene, men det er foreløpig ikke mulig å måle noen bedring i brukernes samlede levekårssituasjon. Det er en liten gruppe av brukere med svært omfattende levekårsproblemer, og her finner vi mange med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Det er behov for økt oppmerksomhet om tjenestene til denne gruppen.

Manglende bedring i brukernes levekår kan skyldes flere forhold, men det er viktig å ta med at vi tidligere har pekt på 1) at det er stor variasjon i det kommunale tjenestetilbudet, 2) at det er særlig behov for videre styrking av tjenestene til gruppen med sammensatte problemer. I år kommer vi ikke utenom å ta inn i betraktningen at covid-19-pandemien sannsynligvis har påvirket særlig den psykiske helsen til personer med rusmiddelproblemer.

11 Avsluttende vurderinger

I rapporten har vi vist at det i opptrappingsperioden har vært en utvikling på flere av målområdene i opptrappingsplanen for rusfeltet. Regjeringens mål om å styrke innsatsen på rusfeltet med 2,4 milliarder vurderes å være innfridd. Det har vært en økning i både kapasitet og kompetanse i kommunene og det har mange steder skjedd mye utviklingsarbeid. En tidligere registrert positiv utvikling i brukernes vurdering av de kommunale tjenestene fortsetter, til tross for utfordringene som følge av covid-19 pandemien. Dette gjelder ikke tjenester for å støtte opp under økt sosial deltakelse. Utviklingen har i hovedsak gått i riktig retning for fire av de fem hovedmålene i planen. For målet om at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse er det lav grad av måloppnåelse. Vi kan likevel ikke konkludere med at noen av målene fullt ut er innfridd. Bildet er svært sammensatt, med store kommunale variasjoner. Generelt er det fortsatt behov for videre innsats for at målene satt i planen skal kunne vurderes som innfridd. Resultatrapporten har derfor fått tittelen «et tjenesteområde i utvikling». Innsatsen på rusfeltet må videreføres dersom alle med rusmiddelproblemer og deres pårørende skal motta et godt tilbud.

I denne avsluttende vurderingen viser vi måloppnåelse både for den definerte ressursinnsatsen, for kapasitet og kompetanseutvikling og for hvert av de fem hovedmålene. Vi starter med en vurdering av det statlige arbeidet med oppfølgingen av opptrappingsplanen. Vi avslutter kapitlet med en oppsummering av måloppnåelse og en oversikt over alle anbefalinger som følge av evalueringen.

11.1 Vurdering av den statlige oppfølgingen av planen

Opptrappingsplanen for rusfeltet er et interessant eksempel på en type strategi eller plan som det er blitt flere av de siste årene. Et satsingsområde, som barnefattigdom eller tilbakeføring etter gjennomført soning, formuleres i en plan eller en strategi som samler og synliggjør ulike tiltak og innsatser. Ofte er dette uttrykk for komplekse samfunnsutfordringer som krever innsats fra flere instanser for å lykkes, men hvor den felles innsatsen i den statlige intervensjonen utover enkelttiltakene er lite konkretisert. Man kan tenke seg to ulike intensjoner ved denne typen planer: en om mer samordnet innsats og felles handling i kraft av planen (altså oppnå en synergi som følge av sammenstillingen) eller en intensjon om å synliggjøre aktivitet på tvers av sektorgrensene (oppmerksomhet om området). Opptrappingsplanen for rusfeltet ligger tett opp til den andre typen planer. Oppdraget til de involverte direktoratene har vært å gjennomføre tiltak som ligger under eget departements myndighetsområde. Planen i seg selv er ikke en egen intervensjon utover en konkret målsetting om opptrapping av ressursene til rusfeltet med 2,4 milliarder kroner.

I evalueringsopplegget har vi vært tydelige på at det å måle direkte effekter av opptrappingsplanen ikke er mulig, bortsett fra nettopp målet om 2,4 milliarder. Det vi måler eller undersøker i evalueringen, er i hovedsak hvorvidt den statlige innsatsen i opptrappingsperioden har bidratt til en utvikling i tjenestene i tråd med de fem hovedmålene i planen, og om ambisjonene i planen er fulgt opp.

Organisasjonsstudien av arbeidet med opptrappingsplanen viser at det er behov for å utvikle en hensiktsmessig struktur for oppfølging av denne typen tverrdepartementale oppdrag som i seg selv ikke inkluderer felles tiltaksutvikling eller gjennomføring av felles tiltak. Tydelige oppdrag og mandat er viktig for underliggende direktoraters oppfølging av såkalte tverrdepartementale innsatser.

I arbeidet med opptrappingsplanen har Helsedirektoratet i perioden utviklet en koordinatorrolle som har vært hensiktsmessig for ivaretakelse av samarbeidet mellom direktoratene, men ikke minst for samarbeidet med de regionale aktørene. De regionale aktørene er tett på kommunene og kan spille en rolle i å bidra til en utvikling i kommunene i tråd med målene i planen. Analysene viser at statsforvalterne har hatt en nøkkelrolle i oppfølgingen av planen overfor kommunen, sammen med de øvrige regionale aktørene. En viktig læring fra arbeidet med planen er betydningen av å utvikle en struktur for operativt samarbeid mellom ansvarlig direktorat og regionale aktører. Opprettelsen av et eget AU for opptrappingsplanen har styrket gjennomføringskraften. Denne strukturen for samarbeid mellom ansvarlig direktorat og regional stat på et gitt område overfor kommunene kan ha overføringsverdi til innsatser på andre områder som krever samhandling mellom nasjonal og regional stat og går på tvers av etablerte sektorer. Det bør vurderes å inkludere representanter for kommuner og brukerorganisasjoner i slike utvalg.

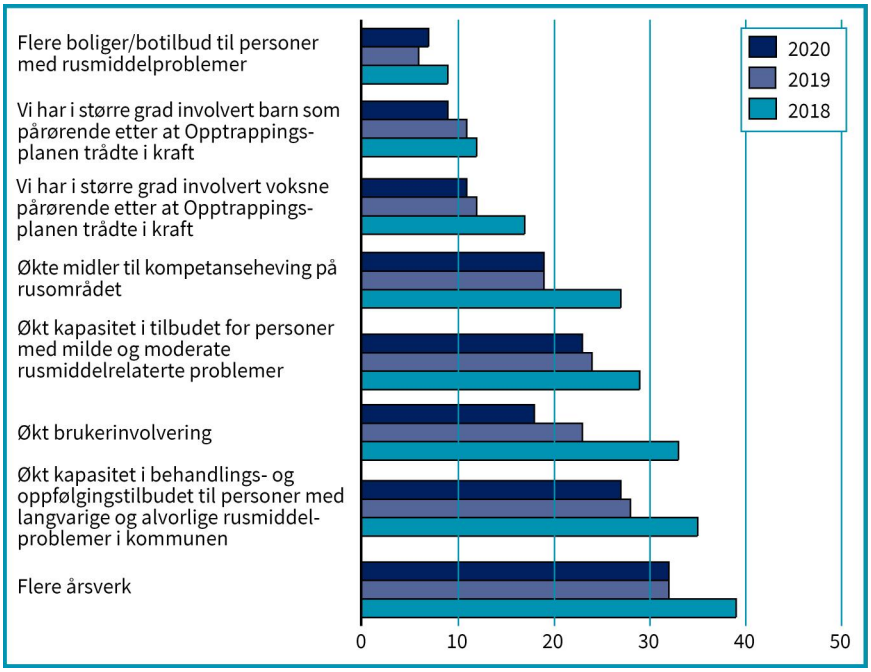
Gjennomføring av opptrappingsplanen bygger i stor grad på det vi kan betegne som governance-styring. Det baserer seg på at økt informasjon, kunnskap og oppmerksomhet om gode løsninger skal bidra til at kommunene og andre aktører bedrer tilbudet til målgruppen. Vurderingene på bakgrunn av organisasjonsstudiene er at her har de regionale aktørene utgjort en viktig del av den statlige innsatsen overfor kommunene.

Har opptrappingsplanen hatt direkte konsekvenser

Vi har i evalueringsopplegget vært tydelige på at utover det definerte målet om en vekst på 2,4 milliarder kroner vil det ikke være mulig å måle direkte effekter av opptrappingsplanen for rusfeltet. Det dreier seg om den form som opptrappingsplanen har, og som vi har beskrevet over. Den er satt sammen av en rekke ulike tiltak fra ulike områder og representerer ikke i seg selv en egen definert innsats. Ser vi på kommunenes vurdering av «direkte» konsekvenser av opptrappingsplanen, ser vi at den i liten grad vurderes å ha hatt konsekvenser for flere av de definerte målområdene i opptrappingsplanen. Vi må anta at det kommunene svarer på her, er om økte ressurser som følge av opptrappingsplanen har hatt effekter for ulike områder i kommunen. Vi har i rapporten vist til kommunenes vurdering av effekten av opptrappingsplanen på ulike områder, men presenterer en sammenstilling av deres vurderinger i figur 11.1.

Vurderingen av direkte konsekvenser synker utover i opptrappingsperioden. Dette kan ha sammenheng med at økningen i rammeoverføringen til kommunene var høyest de to første årene. Her ser vi at der flest mener opptrappingsperioden har hatt betydning, er for flere årsverk og økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbud til personer med langvarige og alvorlige problemer. Deretter følger betydning for økt brukerinvolvering.

Figur 11.1 Andel kommuner som har besvart spørsmålet «På hvilken måte har Opptrappingsplanen for rusfeltet hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid?» Prosent.



Kilde: IS-24/8. Antall respondenter varierer noe for ulike år og ulike spørsmål, men for IS-24/8 ligger N på i overkant av 400 i 2016–2019 og i underkant av 300 i 2020.

11.2 Ressursinnsats

Analysene av den statlige ressursinnsatsen viser at det har vært kanalisert mye midler til rusfeltet og til de ulike målområdene i opptrappingsperioden. Regjeringen har redegjort for at de har innfridd målet om en samlet opptrapping på 2,4 milliarder kroner i perioden 2016–2020. Det har vært en opptrapping av midler til rusfeltet gjennom de frie midlene til kommunene på 1,5 milliarder kroner i perioden. Opptrappingen som følge av spesifikke tverrdepartementale satsinger beløper seg til 900 millioner. En stor andel av de tverrdepartementale satsingene representerer midler til boligsosiale formål og bevilgninger til tilbud i regi av de frivillige organisasjonene. Vi har vist at det er svært krevende å ettergå hvorvidt hele veksten i de definerte tverrdepartementale satsingene representerer merbevilgninger til feltet som sådan.

I tillegg har midler fra flere ulike tilskuddsordninger blitt brukt til å støtte opp under en utvikling i tråd med føringene i planen. Vi har i denne rapporten ikke omtalt ordninger med tilskudd som er initiert som følge av covid-19-pandemien.

Økt kapasitet i tjenestene

Opptrappingsplanen legger særlig vekt på det kommunale tjenestetilbudet. Kanaliseringen av statlige midler har bidratt til å styrke det kommunale rusarbeidet, indikert ved en økning på om lag 2600 årsverk (tilsvarende 4,4 prosent per år) i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid i perioden.

Kommunal variasjon

Flere datakilder viser at de statlige økonomiske virkemidlene brukes i ulik grad av store og små kommuner. Det er en betydelig kommunal variasjon i både kapasitetsvekst og kompetanseutvikling. Økt størrelse er gjennomgående synonymt med utvikling i tråd med målene i planen. Vi stiller derfor spørsmål om veksten i frie inntekter har vært tilstrekkelig til å føre til reelle satsinger i mindre kommuner. Det er behov for å vurdere hvorvidt de sentrale statlige tilskuddsordningene er innrettet slik at de møter utfordringsbildet og behovet i små kommuner.

Ikke vesentlig kapasitetsvekst i spesialisthelsetjenesten

Selv om opptrappingsplanen særlig er rettet mot tjenestene i kommunene, viser også planen til behov for og mål om opptrapping i spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder ressursutviklingen i TSB, er det ikke mulig å registrere noen betydelig opptrapping av ressurser eller aktivitet. Intensjonen om den gylne regel, tilsier en sterkere vekst innenfor psykisk helsevern og rus (TSB), enn for somatikk. Samlet for perioden er kostnadsveksten for TSB på nasjonalt nivå ikke høyere enn for somatikk. Intensjonen om den gylne regel er ikke innfridd, selv om det kan være positiv måloppnåelse i enkelte regioner på noen av de tre delmålområdene som definerer denne regelen (kostnader, ventetid, aktivitet). I 2019 var Helse Nord de eneste som innfridde den gylne regel for delmålet kostnadsutvikling. Data for 2020 foreligger ikke p.t.

Økt kompetanse i tjenestene

Analysene viser en styrking av kompetansen på rusfeltet i kommunene i opptrappingsperioden. Det har vært vekst i antall årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunal sektor (basert på KOSTRA). Rapporteringen fra Kompetanseløft 2020 viser en økning i ansatte som har gjennomført kompetansetiltak. Det har vært en betydelig økning i antall psykologer i sektoren, selv om det fortsatt er få psykologer innenfor rusfeltet. I mange kommuner har det vært en faglig utvikling i tjenestene og kunnskapsbaserte metoder. Det er store kommunale variasjoner, og det er ikke mulig å isolere virkningen av opptrappingsplanen fra andre pågående tiltak for å styrke kompetansen.

11.3 De fem hovedmålene

Brukermedvirkning

På målområdet som handler om økt brukermedvirkning, er det en positiv utvikling i perioden, men her er bildet sammensatt. Vi registrerer en betydelig utvikling i brukermedvirkning på individnivå, mens utviklingen er mer beskjeden på tjeneste- og systemnivå. Det er vist at det er behov for en tydeligere operasjonalisering av hvordan man kan implementere medvirkning innenfor kommunalt rusarbeid. Denne vurderingen følges nå også opp i Helsedirektoratet hvor det er initiert et arbeid for å utvikle en veileder eller nasjonale anbefalinger for brukermedvirkning i psykisk helse- og rusfeltet. Vi vurderer at det også bør initieres et arbeid for mer kunnskap om bruk av individuell plan eller andre metoder for å sikre brukeres eierskap til eget tjenestetilbud, oversikt og koordinering.

Når det gjelder ivaretakelse av både voksne og barn som pårørende, er det fortsatt kun i underkant av halvparten av kommunene som vurderer at de ivaretar disse gruppene på en god måte. Dette er et område med behov for fortsatt oppmerksomhet framover.

Tidlig innsats

En samlet analyse av målområde 2, tidlig innsats, viser at dette er et område med i hovedsak god måloppnåelse. Dette gjelder særlig utviklingen i tjenestene overfor barn og unge. Her har det statlige 0–24-samarbeidet om utsatte barn og unge gitt god drahjelp. Vi har pekt på at det fortsatt er behov for oppmerksomhet om å øke kompetansen om rus i de generelle tjenestene som NAV, hos fastlegene, i barnevernet, i helsestasjonene og i hjemmetjenesten. Dette er viktig for å lykkes med tidlig identifisering av rusmiddelproblemer og mulighet for å koble på relevant oppfølging. Dette har vært tatt opp særlig knyttet til å identifisere unge voksne med begynnende rusmiddelproblemer, og eldre. Når det gjelder eldre, vurderer vi at det er behov for både mer kompetanse og økt oppmerksomhet i hjemmetjenestene om hvordan man kan ivareta eldre med alkoholproblemer.

Et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud

Hovedmål 3 artikulerer nærmest den samlede ambisjonen med opptrappingsplanen for rusfeltet: «Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud.» Analysene viser en utvikling i retning målene for området, men bildet er sammensatt. Vi har registrert en utvikling av lavterskeltilbud, øyeblikkelig hjelp, mer oppsøkende og flerfaglige tjenester og større oppmerksomhet om innføring av kunnskapsbaserte modeller i tjenestene. Utviklingen er særlig tydelig i andelen kommuner som nå har tilgang til oppsøkende flerfaglige team, som FACT.

Det har vært en større samordning av rus- og psykiske helsetjenester i mange kommuner i opptrappingsperioden. Dette vurderes av mange kommuner som både å ha styrket fagmiljøet og tjenestene til brukerne. Virkningene av denne organisasjonsendringen har vi lite systematisert kunnskap om. Det bør gjøres en undersøkelse av hvordan dette har påvirket tjenestene på rusfeltet, og hvorvidt dette bidrar til en sterkere forankring av rustjenestene som en etablert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange har tatt opp at rustjenestene er sårbare innenfor en presset kommuneøkonomi. Det er viktig å følge utviklingen av nye tilbud og tjenester framover for å se om de blir opprettholdt innenfor kommunens ordinære drift. Vi anbefaler å følge utviklingen av FACT videre med tanke på i hvilken grad personer med rusmiddelproblemer inkluderes i tilbudene, og eventuelle behov for å utvikle flere spesifikke RusFACT for å nå en større del av brukerne på en mer hensiktsmessig måte.

Selv om det er variasjoner, gir en stor andel av kommunene uttrykk for at de mener de gir et godt tilbud til grupper av brukere med ulikt problemtrykk, bortsett fra når det gjelder barn med alvorlige og langvarige problemer. Vi anbefaler at det foretas en nærmere undersøkelse av roller og ansvarsfordeling for målgruppen og kompetansen om rus i barnevern og BUP. Dette er i tråd med faglige anbefalinger fra direktoratene.

For utviklingen i TSB finner vi ikke at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten (TSB) er nevneverdig styrket i perioden. Ventetiden til behandling har gått marginalt ned i perioden. Medianventetid lå stabilt på 27 dager fram til 2019, med nedgang til 26 dager i 2020. Gjennomsnittlig ventetid har gått ned fra 35 dager i 2016 til 32 dager i 2020. Nå er fokuset i opptrappingsplanen i hovedsak rettet mot kommunesektoren,

men vi kan ikke utelukke at manglende kapasitetsvekst i TSB også får direkte betydning for det kommunale rusarbeidet. Vi har vist at kommunene ikke er tilfredse med hvordan samarbeidsavtalene med TSB fungerer. Vi anbefaler mer oppmerksomhet om hvordan man kan fremme et fungerende og likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Vår vurdering er at det er særlig behov for å utvikle dynamiske modeller for samarbeid om oppfølging, særlig for brukere med omfattende og sammensatte behov.

En aktiv og meningsfylt tilværelse

Måloppnåelsen for hovedmål 4 om at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse, må sies å være lav. Likevel er bildet sammensatt. Det er noen indikasjoner på økt oppmerksomhet om arbeid og aktivitet i kommunene. Flere av de nye FACT-teamene har egen jobbkonsulent, det er flere kommuner som har IPS (men fortsatt bare er en tredel av kommunene). Brukertilfredshetsundersøken viser likevel at få svært brukere oppgir at de får hjelp til å komme i arbeid eller komme i gang med meningsfulle aktiviteter. Det er en negativ utvikling i 2020, som også må tolkes i lys av covid-19 og generelle begrensninger for sosiale aktivitet. Det er heller ikke mulig å registrere positiv endring i brukernes situasjon på dette området. Få vurderes å ha meningsfulle aktiviteter og et tilfredsstillende sosialt nettverk. Vi anbefaler at betydningen av arbeid, aktivitet og sosial inkludering i sterkere grad må implementeres i tjenestene på rusfeltet og i bevisstheten om dette som del av en recovery-orientert praksis.

Analyse av brukernes bosituasjon viser ingen endring i perioden. Litt mer enn syv av ti brukere vurderes å ha en tilfredsstillende bosituasjon. Seks av ti kommuner gir et godt tilbud om oppfølging i bolig. Mange bor, men jo mer sammensatte problemer brukerne har, jo større er sannsynligheten for at de har en lite tilfredsstillende bosituasjon. Utfordringene når det gjelder boligsituasjon, handler om nok egnede boliger og om tilstrekkelige og hensiktsmessige tjenester. Utfordringsbildet varierer i kommunene, men det er behov for videre satsing for at kommunene har nok egnede boliger til målgruppen, og en særlig oppmerksomhet om bo- og tjenestetilbud til personer til med sammensatte utfordringer og samtidige rusmiddel- og psykiske helseproblemer. Som vi viste innledningsvis, er det få som vurderer at opptrappingsplanen har hatt direkte effekt på flere boliger i kommunen. Dette kan skyldes at det ikke er etablert nok boliger, men også at den innsatsen som har vært, særlig relateres til den boligsosiale strategien Bolig for velferd (2014–2020).

Alternative straffereaksjoner og gjennomføringsformer

Det femte hovedmålet i opptrappingsplanen er å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer. Det er et område hvor analysene viser en sterk bevegelse i retning god måloppnåelse. Ordningen med Narkotikaprogram med domstolkontroll (ND) er utvidet og har blitt gjort permanent. Det har vært flere tiltak for bedre tilgang til rusbehandling i fengsler. Det eneste området som skiller seg ut, er at det er en reduksjon i antall personer som soner utenfor fengsel etter straffegjennomføringslovens § 12. Vi har identifisert behov for en mer effektiv behandling av søknader om § 12-soning i fengslene, en fortsatt styrking av tilbudet om rusbehandling i fengslene, med særlig vekt på å styrke tilbudet til innsatte med rusmiddelproblemer som soner i ordinære avdelinger, og bedre samhandling mellom fengselshelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthel-

setjenesten. Vi har anbefalt oppmerksomhet om at ungdomsoppfølging og ND er reaksjonsformer som forutsetter tilstrekkelige ressurser til oppfølging i tjenestene som skal ivareta dette ansvaret.

Brukernes levekår

Selv om vi kan identifisere at det har vært en utvikling i tjenestene i tråd med føringene i opptrappingsplanen, er det foreløpig ikke mulig å måle noen bedring i brukernes samlede levekårssituasjon. Mer enn halvparten av brukerne med rusmiddelproblemer vurderes å ha omfattende eller svært omfattende levekårsproblemer. Kun en svært liten gruppe brukere vurderes å ha en tilfredsstillende levekårssituasjon. Det er en liten gruppe brukere som vurderes å ha svært omfattende problemer. Her finner vi mange med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (ROP).

Manglende bedring i brukernes levekår kan skyldes flere forhold, men det er viktig å ta med at vi tidligere har pekt på 1) at det er stor variasjon i det kommunale tjenestetilbudet, og at det fortsatt er behov for utvikling av tilbudet, 2) at det er særlig behov for videre styrking av tjenestene til gruppen med sammensatte problemer, 3) at det er behov for økt vektlegging av arbeid, aktivitet og sosial inkludering som del av de kommunale rustjenestene og det å arbeide recovery-orientert, og 4) at det er behov for å utvikle dynamiske modeller for god samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for oppfølging av særlig de mest sårbare brukerne. I vurdering av brukernes samlede levekårssituasjon for 2020 kommer vi ikke utenom å ta inn i betraktningen at covid-19-pandemien sannsynligvis har hatt betydning for brukernes situasjon. Overdosetallene for 2020 er alvorlige. FHI peker på restriksjoner som følge av covid-19-pandemien som en del av et sammensatt årsaksbilde.

11.4 En avsluttende refleksjon

I statusrapport 4 skrev vi at koronapandemien kunne betraktes som en stresstest på de kommunale rustjenestene (Hansen mfl. 2020:86–89). Gjennom hele evalueringsforløpet har vi pekt på at det er mye aktivitet og utviklingsarbeid på rusfeltet. Selv om det fortsatt er utfordringer, er det klare indikasjoner på både styrket kapasitet og kompetanse i kommunene.

I mange kommuner har tjenester på rusfeltet blitt etablert som en viktig del av helse- og omsorgstjenestene i kommunen, men det er betydelige kommunale variasjoner. I rapporten peker vi på at utviklingen de siste årene nok har hatt betydning for den omfattende mobiliseringen i kommunene våren 2020. Mange kommuner ser ut til å ha bestått stresstesten, de klarte å omstille seg og gi tjenester til brukerne under helt andre omstendigheter. Det er klare indikasjoner på at kapasitet og kompetanse i kommunene har betydning i krisetid. Kommuner som i liten grad har utviklet tjenestetilbudet, ser også ut til i mindre grad å ha klart å opprettholde et tilbud til brukerne under pandemien (ibid.). Pandemien har vist betydningen av å ha et etablert fagfelt som evner å snu seg rundt og møte brukernes behov på nye måter. Avslutningsvis i statusrapport 4 konkluderte vi med at betydningen av god tilgang til tjenester, samarbeid mellom tjenester og sosialt nettverk for den enkelte er blitt enda tydeligere enn før. Etter nyttår 2021 gikk vi inn i en ny nedstengingsperiode, og det kom også flere smitteutbrudd i rusmiljøene flere steder i landet. Vi har ikke egne vurderinger av hvordan dette har blitt håndtert, men forrige statusrapport viste at mange kommuner vurderte at de nå var mer forberedt på nye perioder på nedstenging og håndtering av smitteutbrudd enn tidligere.

Tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer i kommunene er i begrenset grad direkte lovpålagte tjenester. Det stiller krav til kommunenes prioritering av utviklede tjenester og tilbud framover. Mange er bekymret for konsekvensene av en presset kommuneøkonomi. Det er mye som tyder på behov for særskilt oppmerksomhet og fortsatt prioritering av statlige midler til rusfeltet framover. Det krever oppmerksomhet om det utviklingsarbeidet som har startet, skal videreføres.

Opptrappingsplanen har i liten grad handlet om oppfølging av lettere alkoholproblemer og oppfølging av dette. Det er svært mange gode grunner til det, ikke minst den tidligere beskrevne levekårssituasjonen til brukere med rusmiddelproblemer som mottar oppfølgingstjenester. Vi vil likevel avslutte med en liten refleksjon rundt dette.

Ofte snakker vi om illegale rusmidler når ruspolitikk er på den offentlige agendaen i Norge, altså om narkotika. Samtidig er det rusmiddelet som flest bruker, og som påvirker flest liv i Norge, legalt, nemlig alkohol, og alkoholpolitikk oppnår sjelden like mye engasjement i den offentlige debatten. Eller det er kanskje ikke riktig, diskusjoner om tilgang til alkohol skaper ofte engasjement – det være seg skjenketider, taxfreekvoter eller som på nyåret 2021 om Vinmonopolet er en like nødvendig butikk å holde åpen under perioder med nedstenging av smittevernhensyn som dagligvarebutikker og apotek. Mat, medisiner og alkohol er på lista over nødvendighetsvarer for nordmenn, og begrunnelsen til helsedirektøren på en pressekonferanse 24. januar 2021 hvor det ble bestemt å omgjøre beslutningen om at også polene skulle være stengt under full nedstenging, viser alkoholens janusansikt: Det er et legitimt nytelsesmiddel, men det er også et rusmiddel som fører til avhengighet og problemer. Pressekonferansen skjer på et tidspunkt hvor Vinmonopolet var stengt i Oslo kommune, men ikke nabokommunen Bærum, og hvor dette førte til at oslofolk valfartet til vinmonopolbutikkene i Bærum. I argumentasjonen for å gjenåpne Vinmonopolet viste helsedirektøren til utfordringene med de som har en avhengighet til alkohol, og hvor abstinenser som følge av at man ikke får kjøpt alkohol, kan gi uhensiktsmessig atferd i en krevende smittevernsituasjon (se blant annet omtale i *Vårt Oslo* 25.1.2021[36]). Den offentlige debatten i etterkant var interessant fordi den i stor grad handlet om skadevirkningene av alkoholisme eller stort alkoholforbruk for pårørende og særlig barn og unge (se f.eks. *Nettavisen* 26.1.21)[37]. I statusrapport 4 tok vi opp konsekvenser av koronapandemien og viste blant annet til at Organisasjonen Barn av rusmisbrukere pekte på at deres chattetjeneste hadde registrert økt pågang og en bekymring for at foreldre på hjemmekontor drakk mer enn ellers, og at dette skapte usikkerhet og for mange utrygge hjemmeforhold. I gjennomføringen av opptrappingsplanen har det vært liten oppmerksomhet om den generelle alkoholpolitikken, forebygging og oppmerksomhet om å identifisere problematisk alkoholforbruk. I mars 2021 presenterte regjeringen *Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025)*, en helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk. En rekke initiativer knyttet til forebygging og alkohol i utdannings- og arbeidsliv som er omtalt i opptrappingsplanen og i begrenset grad fulgt opp som del av denne planen, blir fulgt opp i den nye nasjonale alkoholstrategien.

Vi har i tidligere statusrapporter vist til at nettopp det at alkohol er et legitimt og svært vanlig rusmiddel blant nordmenn, gjør at det for eksempel kan oppleves som vanskelig å ta opp uro for uheldig alkoholforbruk blant eldre i hjemmetjenesten, eller

[36] https://vartoslo.no/bjorn-guldvog-korona-vinmonopolet/apner-vinmonopolet-igjen-blant-annet-av-hensyn-til-alkoholavhengige--kunne-gitt-abstinenser/282326
[37] https://www.nettavisen.no/norsk-debatt/osloborgere-drar-ikke-pa-hytta-nar-de-er-dritings-dette-er-ikke-morsomt/o/5-95-168290

vite hvordan man skal snakke om dette og håndtere det. I tidligere rapporter har vi også pekt på at casestudiene og den kvalitative delen av Brukertilfredshetsundersøkelsen viser behov for mer oppmerksomhet om rusmiddelproblematikk generelt i de allmenne tjenestene, i NAV, i hjemmetjenesten og blant fastlegene, og at disse har kjennskap til tilgjengelige tilbud og tjenester i kommunen for å kunne initiere riktig oppfølging (se blant annet Hansen mfl. 2020:61–62). Utviklingen av et godt tilbud for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende framover handler derfor ikke bare om å utvikle de definerte kommunale psykisk helse- og rustjenestene, men å øke oppmerksomheten og kompetansen om rus i de generelle tjenestene.

11.5 Oppsummering av måloppnåelse og anbefalinger

Mål	Måloppnåelse
Samlet opptrapping på 2,4 milliarder: 1,5 milliarder i frie midler til kommunen, 900 millioner i spesifikke tverrdepartementale satsinger.	Målet vurderes innfridd, med forbehold om at det ikke foreligger grunnlag for å vurdere om alle midlene i de tverrdepartementale satsingene er merbevilgninger som følge av planen.
Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.	Måloppnåelsen er relativt høy når det gjelder brukermedvirkning på individnivå, men lav på tjeneste- og systemnivå.
Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, fanges opp og hjelpes tidlig.	Måloppnåelsen er relativt høy, særlig når det gjelder innsats overfor barn og unge.
Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.	Det er ikke mulig å gi en samlet vurdering av måloppnåelse. Evalueringen viser at bevegelse i retning målet på flere punkter, men bildet er sammensatt.
Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.	Måloppnåelsen vurderes å være lav.
Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.	Måloppnåelsen vurderes å være høy.

Anbefalinger

- Det er behov for videre økonomisk satsing for å bidra til fortsatt utvikling på rusfeltet.
- Det bør vurderes om de sentrale økonomiske virkemidlene er hensiktsmessige for å møte utfordringene og behovet for utvikling i mindre kommuner.
- Det er fortsatt behov for å øke kapasiteten og kompetansen på rusfeltet, med særlig oppmerksomhet om situasjonen i mindre kommuner.

- Det er fortsatt behov for å sikre brukernes medvirkning, særlig når det gjelder å implementere slik medvirkning på tjeneste- og systemnivå.
- Det er behov for å involvere og ivareta pårørende i større grad, særlig å ivareta barn som pårørende.
- Det er fortsatt behov for å øke kompetansen om rus i de generelle tjenestene, som i NAV, hos fastlegene, i barnevernet, i helsestasjonene og i hjemmetjenesten. Dette for å identifisere rusproblemer tidlig og for å koble på relevant oppfølging.
- Det er behov for større oppmerksomhet og mer kompetanse i hjemmetjenesten om alkohol- og rusmiddelproblemer blant eldre.
- Det har vært en utvikling i tjenestetilbudet, men evalueringen viser at innholdet i tjenestetilbudet fortsatt bør vies oppmerksomhet, at tjenestene tilpasses brukerne og at de er tilgjengelige ved behov.
- Det har vært en samordning av rus- og psykiske helsetjenester i flere kommuner. Mange kommuner mener at dette både har styrket fagmiljøet og tjenestene til brukerne. Virkningene av denne organisasjonsendringen har vi lite systematisert kunnskap om, og dette bør undersøkes nærmere.
- FACT, i hovedsak forankret i psykisk helsevern, utvikles nå over hele landet. Utviklingen bør følges med tanke på i hvilken grad personer med rusmiddelproblemer inkluderes i tilbudene.
- Det er under halvparten av kommunene som mener de har et godt tilbud til barn med alvorlige og langvarige problemer. I evalueringen viser vi at det kan være behov for å avklare roller og ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, samt undersøke om det er tilstrekkelig kompetanse om rus i barnevern og BUP.
- Det er fortsatt behov for å utvikle samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.
- Det er fortsatt behov for å sikre brukerne en trygg bosituasjon. Det gjelder videre satsing på at kommunene har nok egnede boliger til målgruppen, og en særlig oppmerksomhet om bo- og tjenestetilbud til personer med sammensatte utfordringer, og samtidig rus- og psykiske helseproblemer.
- Det er behov for å styrke oppmerksomheten om arbeid, aktivitet og sosialt nettverk som en del av innsatsen på rusfeltet, og som en integrert del av det å bedre brukernes livskvalitet.
- Det er indikasjoner på at en lite effektiv behandling av søknader om § 12-soning i fengslene kan ha betydning for nedgangen i antall innsatte i ordningen. Dette bør gjennomgås.
- Det er behov for å styrke tilbudet til innsatte med rusproblemer som soner i ordinære avdelinger.
- Dersom potensialet for ND skal utnyttes fullt ut, er det nødvendig at forsvarere, påtalemyndigheter og domstol har tilstrekkelig kjennskap til ordningen.

- Ordningene ungdomsoppfølging og ND forutsetter at det er tilstrekkelige ressurser til å følge opp de som er i ordningene.
- Det er liten gruppe brukere som har svært omfattende levekårsproblemer, og her finner vi mange med samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Det er behov for økt oppmerksomhet om tilbudene og tjenestene til denne gruppen.
- Det er behov for innsats for å fremme trygge livsbetingelser, sosialt nettverk, arbeid og aktivitet for å bedre livskvaliteten til personer med rusmiddelproblemer.

Litteratur

FHI (2021). *Pasienters erfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Årsrapport 2020, Nasjonale resultate*r. Rapport 2021:111.

Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Flatval, V. S., Andersson, S., Holst, L. S. & Bråthen, K. (2018a). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016*. Fafo-rapport 2018:08

Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2018b), *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Andre statusrapport*. Fafo-rapport 2018:44.

Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2019a). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Tredje statusrapport*. Fafo-rapport 2019:33

Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Holst, Flatval, V. S. & Holst, L. S. (2020). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Tredje statusrapport*. Fafo-rapport 2020:29

Hansen, I. L. S. (2018), Users' Choice in Providing Services to the Most Vulnerable Homeless People. *Social Inclusion* 6(3) 319–326 https://doi.org/10.17645/si.v6i3.1536

Hansen, I. L. S. (2021). Bolig som grunnleggende levekårsfaktor. I A, Solstad, T. Bliksvær, M. Iversen., I. L. S. Hansen, A. Kjellevold, V. Nordvik & J. Sørvoll (2021), *Boligsosialt arbeid*. Universitetsforlaget. (s 47 – 67).

Hansen, I. L. S. (2021), Oppfølging på brukerens premisser. I A. Solstad, T. Bliksvær, M. Iversen., I.L.S. Hansen, A. Kjellevold, V. Nordvik & J. Sørvoll (2021), *Boligsosialt arbeid.* Universitetsforlaget. (s 122 – 140).

Hansen. I.L, R.S. Jensen & T. Fløtten (2020). *Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge*. Fafo-rapport 2020:02.

Helsedirektoratet (2013): *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*. Veileder. IS-1971.

Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet.no https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning

Helsedirektoratet (2020a). Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Status og anbefalinger til videre satsning etter planperioden – juli 2020.

Helsedirektoratet (2020b). *Kostnader i spesialisthelsetjenesten. SAMDATA. Spesialisthelsetjeneste*. Rapport IS 2949.

Helsedirektoratet (2020c) *Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten*. Rapport IS-2952.

Helsedirektoratet (2021a). *Rapportering opptrappingsplanen for rusfeltet, regjeringen-vil punktene*.

Helsedirektoratet (2021b). *Fritt behandlingsvalg. Årsrapport 2020*. Rapport IS-2978.

Helsedirektoratet (2021c). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2020. Norsk pasientregister, avdeling helseregister. Rapport IS-2935.

Helse Stavanger (2020). *Brukerplan. Kommuneundersøkelse 2019*. Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR).

Helse Stavanger (2021*). Brukerplan. Kommuneundersøkelse 2020.* Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Prop. 1 S (2020 –2021) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2021. (Statsbudsjettet).

Husbanken (2021). *Årsrapport 2020. Alle skal bo trygt og godt.*

KDI (2020). *Årsrapport 2019 for kriminalomsorgen*

KoRus Oslo (2019). Kartleggingsrapport: Kompetanse om eldre, alkohol og legemidler i hjemmetjenesten, Bydel Sagene. September 2019.

KoRus Oslo (2021). *Om aldring, alkohol og legemidler. NERO prosjektet, et samarbeid mellom Bydel Sagene hjemmetjeneste og KoRus Oslo. En håndbok.*
KoRus Oslo (2020). *Korona og rus – kartlegging uke 42. Spørreundersøkelse om endringer i kommunenes rusmiddelmiljø og tjenestetilbud.* Rapport.
Kompetansesenter rus Midt-Norge (2020a). *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer. 2. statusrapport*. Delrapport 2, 2020. Kvalitativ rapport, Eldre 65+. St. Olavshospital. Universitetssykehuset i Trondheim,
Kompetansesenter rus Midt-Norge (2020b). *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer*. 2. statusrapport. Delrapport 3, 2020. Kvalitativ rapport, Yngre 18-23 år. St. Olavshospital. Universitetssykehuset i Trondheim,
Kompetansesenter rus Midt-Norge (2020c). *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer*. 2. statusrapport. Delrapport 1, 2020. Kvantitativ rapport, Nasjonale resultater. St. Olavshospital. Universitetssykehuset i Trondheim,
Landheim, A. & Odden, S. (red.) (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge. Sluttrapport*. Sykehuset Innlandet. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.
Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.
Nes, R. B., Nilsen, T. S., Hauge. L. J., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L. E. & Røysamb, E. (2020). *FRA NORD TIL SØR: Livskvalitet i Norge 2019*. Rapport: Folkehelseinstituttet.
Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Hilland, G. H., Kalseth, J & Ådnanes, M. (2019). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019; Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene.* SINTEF-rapport 2019:01307
Ose. S. O. & Kaspersen, S. L. (2020). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten*. SINTEF-rapport:
Oslo kommune (2020). *Oslostandard for oppsøkende arbeid med utsatt ungdom*. Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid.
Oslo Economics og Tyrilistiftelsen (2020). *Vurdering av det samlede tilbudet under straffegjennomføringen for personer med rusmiddelproblematikk*. Utarbeidet for Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.
Pasient- og brukerombudene (2020). *Psykisk helsearbeid i kommunene. Felles fokusområde 2019 for landets pasient- og brukerombud. Oppsummering og anbefalinger*.
Riksadvokaten og Konfliktrådet (2021). *Rapport om Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging - egnede saker og overføringsgrunnlag*
Riksadvokaten, Politidirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet, Domstoladministrasjonen og Sekretariatet for konfliktrådene (2020). *Tidsbruk i straffesakskjeden - En analyse av tidsbruk fra lovbrudd begås til oppstart av ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging*
Sørly, R., Karlsson, B. E. & Sjåfjell, T. (2021) *Medvirkning i psykisk helse og rusarbeid*. Universitetsforlaget.
Skjeldal, E. (red). (2021). *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning*. Universitetsforlaget.
Åkerblom, K.B., Agdal, R. & Haakseth, Ø. (2020). *Integrering av erfaringskompetanse: Hvordan opplever erfaringskonsulener med ruserfaring sin arbeidssituasjon?* Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse 2020:1.
Ådnanes, M., S. Kaspersen, L. Melby, E. Lassemo (2020) *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året*. SINTEF 2020:00064
Ådnane, M., J.R. Høiseth, M. Magnussen, K. Thaulow & S.L. Kaspersen (2021), *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. Rapport 2. SINTEF 2021:00090

Et tjenesteområde i utvikling

Dette er resultatrapporten fra evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S (2015–2016)). Evalueringen er utført av Fafo i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos.

Opptrappingsplanen for rusfeltet ble vedtatt i Stortinget i april 2016 og var virksom fram til og med 2020. Et omfattende indikatorsett er etablert for å kunne følge utviklingen på planens ulike mål. I denne rapporten presenterer vi et «statusbilde 2020» på målområdene i planen, og analyse av utviklingen i perioden i lys av andre foreliggende data innsamlet i perioden, rapporter og dokumenter, samt en overordnet analyse av den samlede måloppnåelse for opptrappingsplanen og vurderinger av behov for videre innsats.

Fafo

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

Fafo-rapport 2021:17
ID-nr.: 20784